

Seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv: Een literatuurreview

Tom Platteau, Jacques van Lankveld

Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen; Pompestichting, Nijmegen; Universiteit Maastricht

Samenvatting

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de literatuur over seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv. Mensen met hiv hebben proportioneel meer kans dan controlegroepen om seksuele disfuncties en psychische aandoeningen te ontwikkelen. Daarnaast is er ook empirische evidentie dat homoseksuele mannen meer psychische stoornissen ontwikkelen dan heteroseksuele mannen. Psychische stoornissen, vooral stemmings- en angststoornissen, zijn mediërende factoren voor de ontwikkeling van seksuele disfuncties. Hieruit wordt geconcludeerd dat zowel een hiv-positieve status als homoseksualiteit (onrechtstreeks, via mediërende factoren) kwetsbaarheidsfactoren zijn voor de ontwikkeling van seksuele disfuncties.

UNAIDS, het gemeenschappelijk programma van de Verenigde Naties ter bestrijding van hiv en AIDS, schat dat er wereldwijd in 2003 38 miljoen mensen met hiv en AIDS leven, waarvan 1.6 miljoen in Europa en Noord-Amerika (UNAIDS, 2004). Voor de opkomst van Highly Active Anti Retroviral Therapy (HAART), de medicijncocktails ter onderdrukking van de hiv-infectie, was de levensverwachting voor mensen met hiv slecht. Er was geen en later beperkte behandeling beschikbaar waardoor mensen met hiv AIDS ontwikkelden en stierven (Detels, Munoz, McFarlane, Kingsley e.a., 1998). Sinds de introductie van HAART worden hulpverleners vaker geconfronteerd met mensen met hiv die klachten formuleren over hun seksueel functioneren (Martinez, Collazos & Mayo, 1999; Colebunders, Smets, Verdonck & Dreezen, 1999; Colson & Sax, 2000). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn (1) dat deze groep (opnieuw) seksueel actiever wordt, waardoor seksualiteitsbeleving belangrijker wordt. Het kan (2) ook wijzen op een grotere bespreekbaarheid van seksualiteit in de klinische praktijk. Een (3) psychologische verklaring van het stijgend aantal seksuele klachten is dat

hiv en de wijze van besmetting ermee een rol spelen in de beleving van seksualiteit. Anders gesteld: hiv als seksueel overdraagbare aandoening (SOA) remt of verstoort de beleving van seksualiteit van mensen met hiv op een psychologisch niveau. Een (4) laatste verklaring zou kunnen zijn dat seksuele problemen het gevolg zijn van het gebruik van medicatie.

In dit artikel wordt de aandacht op seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv gericht. Eerst zal een beeld worden geschetst van wat verstaan wordt onder seksuele disfuncties; vervolgens zal de prevalentie van deze disfuncties bij homoseksuele mannen, chronisch zieken en homoseksuele mannen met hiv worden beschreven. Tenslotte worden de differentiaal diagnostische aspecten en comorbide stoornissen belicht.

Behandeling van seksuele problemen van mensen met hiv wordt vanuit verschillende specialismen beschreven. Hijazi, Nandwani en Kell (2004) geven een overzicht van de medische behandelingsmogelijkheden voor mensen met hiv. Een psychologische behandeling van seksuele problemen bij mensen met hiv zou vergelijkbaar zijn met de behandeling van seksuele problemen bij mensen met een chronische aandoening, waarbij rekening gehouden dient te worden met (1) de transmissieroute van hiv (Weijmar Schultz, Incrocci, Weijnenborg, van de Wiel & Gianotten, 2004) en met (2) de attributie van de seksuele problemen (Cove & Petrak, 2004). Hiervoor is een gedegen anamnese onontbeerlijk waarbij de hulpverlener zich bewust moet zijn van de spanning die praten over het thema sek-

Drs. T. Platteau, geestelijk gezondheidkundige, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen, België. E: TPlatteau@itg.be
Dr. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog - psychotherapeut - seksuoloog NVVS, Pompestichting, Nijmegen & Universiteit Maastricht, Department Medische, Klinische en Experimentele Psychologie.

sualiteit meebrengt en de fysiologische belemmeringen uitgebreid moeten nagevraagd worden (Weijmar Schultz e.a., 2004). Mogelijkheden van behandeling zijn zelfhulp, psychologische hulp en medische hulp, waarbij zeker combinaties van de verschillende vormen mogelijk, zelfs aangewezen zijn (Weijmar Schultz e.a., 2004). Gegeven de weinig specifieke literatuur over behandeling bij de doelgroep, zal dit verder in dit artikel niet besproken worden.

Begripsbepaling seksuele disfuncties

Seksuele disfuncties zijn in de huidige versie van de Diagnostic and Statistical Manual (DSM IV-TR, APA, 2001) opgenomen en worden onderverdeeld in 4 subcategorieën, die ontleend zijn aan de seksuele responscyclus, zoals die door Masters en Johnson (1966) en Kaplan (1981) beschreven werd. DSM IV-TR (APA, 2001) stelt dat er slechts van een (seksuele) disfunctie gesproken wordt indien er (1) sprake is van een seksueel probleem, (2) hierdoor duidelijk sprake is van lijden of relatieproblemen, (3) de seksuele problemen niet toe te schrijven zijn aan een andere As I stoornis (behalve een andere seksuele disfunctie) en (4) niet uitsluitend het gevolg zijn van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening. Verder in dit artikel zal de term seksuele disfunctie enkel gebruikt worden voor problemen die aan deze definitie voldoen. Indien in onderzoeken geen rekening gehouden is met (2) en / of (3), zal gesproken worden over seksuele problemen of seksuele moeilijkheden. Voor mannen worden in DSM IV-TR (APA, 2001) de volgende clusters van seksuele disfuncties onderscheiden: stoornis in seksueel verlangen (seksuele stoornis met verminderd verlangen, seksuele aversiestoornis), seksuele opwindingsstoornis (erectiestoornis), orgasmestoornis (orgasmestoornis, voortijdige ejaculatie) en seksuele pijnstoornissen (dyspareunie (genitale pijn)). Daarnaast worden in DSM IV-TR (APA, 2001) nog aparte definities gehanteerd voor seksuele disfuncties die geïnduceerd worden door een somatische aandoening of door gebruik van een middel. Een laatste categorie die beschreven wordt, is de categorie van seksuele disfuncties Niet Anderszins Omschreven (NAO).

Daarnaast worden in de literatuur andere seksuele problemen beschreven, die niet zijn opgenomen in DSM VI-TR (APA, 2001): het vrijwillig (seksueel) celibatair leven en seksuele compulsiviteit (hyperactief verlangen, verslaving, 'out-of-control seksualiteit'). De belangrijkste kenmerken van seksuele compulsiviteit/impulsiviteit zijn: (1) de onmogelijkheid om het seksueel gedrag onder controle te houden en (2) het blijven stellen van dit gedrag ondanks de negatieve consequen-

ties ervan (Goodman, 1997). In een onderzoek bij HIV-positieve mannen, vonden Benotsch, Kalichman en Kelly (1999) dat mannen die hoger scoren op een vragenlijst die seksuele compulsiviteit meet, regelmatig onbeschermde seksuele contacten hadden met verschillende partners en onveilige seksuele handelingen als plezieriger ervoeren dan mannen die lager scoren op deze vragenlijst.

Via Pubmed werden in de periode januari – februari 2004 de termen 'HIV', 'sexual dysfunction', 'sexual*' en 'gay*' ingegeven. De combinatie van de termen 'HIV' en 'sexual dysfunction' gaf 57 hits. Er werden ook specifieke combinaties van 'HIV' met 'depression', 'anxiety', 'grief' en 'bereavement' ingegeven. Daarnaast werden referentielijsten van aangewende artikels manueel nagekeken op relevante verwijzingen. Op basis van het abstract werd beslist om het artikel al dan niet te weerhouden. Dezelfde procedure, met het oog op de meest recente artikels, werd herhaald in maart – april 2005 en in juli 2005, waarbij naast Pubmed ook PsychINFO werd geraadpleegd. Hierbij werden voor PubMed de zoektermen 'HIV, sexual dysfunction, gay' ingegeven, wat tot 13 verwijzingen leidde. Dezelfde zoektermen leidden in PsychInfo tot slechts 1 verwijzing, waarbij de zoekopdracht werd uitgebreid naar 'HIV, sexual difficulties' (10 verwijzingen) en 'HIV, sexual dysfunction' (34 verwijzingen). Ook hier werd op basis van titel en abstract besloten of het artikel werd weerhouden.

Prevalentie van seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv

Bij prevalentiestudies op seksueel gebied is het steeds van belang om niet enkel de functiestoornis (seksueel probleem) vast te stellen, maar ook de lijdensdruk die deze veroorzaakt (seksuele disfunctie). Epidemiologische studies die het lijdenscriterium wel en niet hantieren blijken sterk uiteenlopende prevalentiecijfers te vinden, waarbij studies die seksuele disfuncties meten steeds lagere cijfers vinden.

Prevalentie van seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen

Verstoord verlangen

Hypoactief seksueel verlangen is slechts in een beperkte groep (5-25%) van homoseksuele mannen met seksuele problemen waargenomen (Sandfort & de Keizer, 2001), wat bevestigd wordt door een onderzoek van Lamba, Goldmeier, Mackie en Scullard (2004), waaruit blijkt dat 2% van de 100 ondervraagde homoseksuele mannen (hiv status negatief of onbekend) een verlies van seksueel verlangen ervaart. George en Behrendt (1987) suggereren vanuit hun klinische erva-

ring dat, alhoewel het een stoornis is die vaak voorkomt, de persoon zelf deze klacht niet uit. De klacht wordt meestal door de partner uitgesproken.

Over hyperactief verlangen en compulsieve seksualiteit bij homoseksuele mannen bestaan weinig data (Sandfort & De Keizer, 2001). De literatuur rond het thema spitst zich toe op het definiëren van het concept en het onderzoeken van comorbide problemen (Bancroft & Vukadinovic, 2004). Zolang er geen overeenstemming is over de exacte definitie, zijn prevalentiestudies niet betrouwbaar.

Volgens Siegel en Schrimshaw (2003) gebeurde er op het vlak van bewust celibatair leven weinig research, hoewel uit de resultaten van de onderzoeken toch blijkt dat het niet om een uitzonderlijk fenomeen gaat. In een onderzoek bij gehuwde en ongehuwde volwassenen (18 – 59 jaar) bleek 14% van de mannen (niet specifiek homoseksuele mannen) seksueel inactief geweest te zijn gedurende het laatste jaar (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994).

Met betrekking tot aversiestoornissen beschreven en analyseerden McWhirter en Mattison (1978) hun ervaringen als behandelaars van 22 mannelijke homoseksuele koppels. Volgens hen is totale seksuele aversie bij homoseksuele mannen een uitzonderlijk fenomeen. Er bestaan geen betrouwbare prevalentiecijfers omtrent seksuele aversiestoornis bij homoseksuele mannen.

Erectiestoornissen

Verschillende onderzoekers hebben onderzoek naar de prevalentie van erectiestoornissen verricht. Een aantal daarvan richt zich op een klinische populatie. McWhirter en Mattison (1978) beschreven dat een kwart van hun homoseksuele patiënten leed aan erectieproblemen en dit percentage was in een onderzoek van Reece (1981-1982) nog veel hoger (> 80%). In een onderzoek van Lamba, Goldmeier, Mackie en Scullard (2004) rapporteerden 10% van 100 homoseksuele mannen (hiv-negatieve of onbekende status) erectieproblemen. Een onderzoek van Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich en Long (2005) bij 1379 homoseksuele en 1558 heteroseksuele mannen wees uit dat erectiestoornissen meer voorkwamen bij homoseksuele mannen in vergelijking met de groep heteroseksuele mannen die naar leeftijd gematched waren.

Orgasmestoornissen

Orgasmestoornissen bij homoseksuele mannen, met name premature en geremde ejaculatie, zijn in verschillende onderzoeken gerapporteerd. Net als bij erectiestoornissen werden uiteenlopende prevalentiecijfers gevonden en waren de onderzoekspopulaties niet

steeds vergelijkbaar. In klinische settings varieerden de prevalentiecijfers van 16% tot 25% (McWhirter & Mattison, 1978; Reece, 1981-1982; Rosser, Metz, Bockting, & Buroker, 1997). In een niet-klinische populatie van 686 homoseksuele mannen ervoer 6% van de respondenten 'te snel klaarkomen' als een ernstig probleem, hoewel meer dan 50% wel eens te snel klaarkwam. (Bell & Weinberg, 1978).

Conclusie

Concluderend kan men stellen dat er weinig gegevens zijn over de prevalentie van seksuele problemen en disfuncties bij homoseksuele mannen. Bovendien zijn de cijfers, die in de verschillende onderzoeken gevonden worden, zo uiteenlopend dat vermoed mag worden dat de cijfers niet betrouwbaar zijn (Sandfort & de Keizer, 2001). Het is daarom noodzakelijk dat er verder onderzoek gedaan wordt naar de prevalentie van seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen waarbij in eerste instantie de criteria voor seksuele disfunctie strikt in acht worden genomen (we denken hierbij aan de DSM IV-criteria) en waarbij het onderzoek reproduceerbaar is (grote betrouwbaarheid).

Chronische aandoeningen en seksuele disfuncties

In het Westen werd HAART geïntroduceerd in het midden van de jaren '90. Een grote reductie in mortaliteit en morbiditeit ten gevolge van hiv was het effect (Detels et al., 1998; Mocroft, Lederberger, Katlama, Kirk, et al., 2003; Palella, Delaney, Moorman, Loveless et al., 1998). Deze antivirale cocktails bestaan uit ten minste 3 antiretrovirale geneesmiddelen die het virus wel kunnen onderdrukken maar niet volledig uit het lichaam kunnen verwijderen. Antiretrovirale behandeling moet daarom levenslang ingenomen worden. Deze medicijnen voorkomen dat mensen met hiv AIDS ontwikkelen. In deze zin kan men stellen dat hiv-seropositiviteit een chronische aandoening is geworden.

Het lijkt daarom logisch te veronderstellen dat bevindingen bij patiënten met andere chronische aandoeningen generaliseerbaar zijn naar hiv-seropositieve patiënten. Om dus na te gaan of een besmetting met hiv of het hebben van symptomen en klachten van AIDS een specifieke bijdrage leveren aan het ontstaan van seksuele disfunctie bij homoseksuele mannen, is het zinvol om allereerst de aandacht te richten op de associatie tussen andere chronische ziekten en seksuele disfuncties.

Ziekte of handicap en medische interventies kunnen leiden tot een ernstige verstoring van het seksueel functioneren (Sipski & Alexander, 1997). De oorzaken hiervan kunnen erg divers zijn. Volgens Weijmar

Schultz et al. (2004) is er een seksueel systeem nodig met verschillende niveaus, waarbij op elk van deze niveaus problemen kunnen optreden: op fysiologisch (biologisch), intrapsychisch (psychologisch) en interpsychisch (sociaal) niveau. We kunnen hierbij dus spreken van een biopsychosociaal model van seksualiteit. Seksuele tevredenheid zal bepaald worden door enerzijds het werkelijke (seksuele) gebeuren, dat beïnvloed wordt door fysieke, psychologische en sociale factoren, en anderzijds het gewenste gebeuren, dat beïnvloed wordt door de cultuur, door de opvattingen over relaties en door de wensen en verlangens van het individu (Weijmar Schultz et al., 2004). Veranderingen op deze verschillende niveaus kunnen een rol spelen bij seksueel functioneren bij ziekte.

Een uniek aspect van hiv in vergelijking met vele andere (chronische) aandoeningen is de transmissiewijze. Een SOA heeft altijd consequenties voor de (eventuele) partnerrelatie. De relationele situatie kan door een SOA problematisch worden, maar omgekeerd kunnen relationele problemen ook aanleiding zijn tot een seksuele relatie buiten de (vaste) relatie (Weijmar Schultz et al., 2004). Bovendien kan het oplopen van een SOA rechtstreekse gevolgen hebben voor het seksueel leven: angst om de partner te besmetten of de noodzaak voelen maatregelen te moeten nemen om besmetting van anderen te voorkomen (Weijmar Schultz et al., 2004). De hiv-positieve persoon zal dus steeds opnieuw een overweging moeten maken of de (seksuele) partner zal ingelicht worden.

Prevalentie van seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv

Stigmatisatie is een fenomeen waar mensen met hiv en AIDS nog steeds mee te maken krijgen. Voor een overzicht van de geschiedenis, prevalentie en uitingsvormen ervan in de Verenigde Staten, verwijzen we naar Herek, Capitanio en Widaman (2002). Uit hun telefonische bevraging van 669 mensen bleek dat in 1999 nog steeds 1 op 5 volwassenen bang is van mensen met hiv en 1 op 6 gevoelens van afkeer ervaart met betrekking tot mensen met AIDS. Uit de resultaten van een ander onderzoek, uitgevoerd in 2000 bij meer dan 5600 inwoners van de VS via internet, bleek dat 1 op 5 respondenten akkoord ging met de stelling dat 'mensen die AIDS krijgen door seksueel contact of druggebruik, hun verdiende loon krijgen' (CDC, 2000).

De etiologische rol van stigma bij psychische problemen wordt door Meyer (2003) voorgesteld in een model waarbij stigma, vooroordelen en discriminatie zorgen voor een vijandige en stressvolle omgeving en op deze wijze leiden tot psychische problemen. In dit

model wordt bovendien de aandacht gevestigd op 'minderheidsstress' als ontstaansfactor van psychische problemen. Minderheidsstress is een vorm van stress die voorkomt bij minderheidsgroepen in de samenleving, waaronder homoseksuele mannen.

Gezien er (1) een sterk sociaal (discriminatie e.d.) en seksueel stigma (seksualiteit met een hiv-seropositive partner kan consequenties hebben waardoor hiv-positieve mannen hun hiv-status verzwijgen) op de aandoening rust en gezien (2) onderzoeken uitwijzen dat seksuele disfuncties vaker voorkomen bij chronische aandoeningen, lijkt het bijna evident te veronderstellen dat mensen met hiv relatief veel seksuele problemen ervaren.

Prevalentiestudies naar seksuele disfuncties bij homoseksuele mannen met hiv ondersteunen deze veronderstelling. Chalmers, Catalan, Nelson en Day (1992) namen bij 50% van hun 30 homoseksuele mannen met hiv een verminderd verlangen in seksualiteit waar. Dupras en Morisset (1993) vonden zelfs een prevalentiecijfer van 57% bij 88 homoseksuele hiv-positieve respondenten. Uit de resultaten van een onderzoek van Orr, Catalan en Longstaff (2004) dat psychologische moeilijkheden van 50 homoseksuele mannen met hiv vergeleek met dezelfde moeilijkheden bij 50 heteroseksuele mannen met hiv, bleek dat homoseksuele mannen met hiv significant meer seksuele problemen ervaren (16% versus 6%).

Een beschrijvend onderzoek dat uitgevoerd werd door Jones, Klimes en Catalan (1994) vergeleek psychoseksuele problemen bij 16 homoseksuele mannen met hiv met dezelfde klachten bij 20 hiv-seronegatieve homoseksuele mannen met een seksuele partner. Deze groepen waren vergelijkbaar qua leeftijd, burgerlijke staat, inkomensklasse en professionele activiteit. Alle deelnemers aan het onderzoek rapporteerden veranderingen in hun seksueel functioneren die geassocieerd waren met de hiv-test of hiv-infectie, waarbij de hiv-positieve groep meer negatieve gevolgen beschreef. Vermijding van seksueel contact en het niet hebben van een seksuele partner werden door sommigen toegeschreven aan hiv. Erectiestoornissen, geremd orgasme en verminderd verlangen waren de drie meest gerapporteerde psychoseksuele problemen bij homoseksuele mannen met hiv. Enkel geremd orgasme kwam significant meer voor bij de hiv-positieve dan bij de hiv-negatieve groep (Jones, Klimes & Catalan, 1994). Een tweede onderzoek naar seksuele problemen bij homoseksuele mannen met hiv werd uitgevoerd door Cove en Petrak (2004). Zij ondervroegen 78 homoseksuele mannen met hiv op een anonieme manier over de kwaliteit van hun seksualiteit. Van de respondenten rapporteerde 69% één of meerdere seksuele proble-

men. Verminderd verlangen werd door 41% van de respondenten als een probleem gerapporteerd, moeilijkheden om een erectie te krijgen door 33%, moeilijkheden om een erectie te houden door 38%, prematuur orgasme door 31%, moeilijkheden om tot een orgasme te komen door 24% en onmogelijkheid om tot een orgasme te komen door 19%. Er werd hierbij geen associatie gevonden tussen demografische variabelen (leeftijd, etniciteit) en gerapporteerde seksuele problemen. In hetzelfde onderzoek werd ook gevraagd naar de attributie van deze problemen. De respondenten noemden voornamelijk psychologische oorzaken, alleen of in combinatie met hiv en HAART, als oorzaak van hun seksuele problemen (Cove & Petrak, 2004).

Onderzoek naar bewust celibatair leven toont aan dat 20% van de hiv-positieve mannen uit New York en Washington DC (mediaan 39 jaar) gedurende het laatste jaar seksueel inactief was (Wiktor et al., 1990). Wenger, Kusseling, Beck & Shapiro (1994) vonden dat 19% (mediaan 36 jaar) hiv-positieve mannen geen seksuele partners meer had gehad sinds de diagnose. Hoewel in dit onderzoek geen significant verschil kon waargenomen worden tussen hiv-positieve (20%) en hiv-negatieve mannen (10%), werd door 74% van de hiv-positieve homoseksuele respondenten hiv als argument voor seksuele abstinentie gebruikt. In een ander onderzoek werd ook geen significant verschil in prevalentie tussen hiv-positieve (23%) en hiv-negatieve (25%) mannen in een Europees cohort waargenomen (Wiktor et al., 1990).

Er werden verschillende onderzoeken verricht naar de etiologie van seksuele disfuncties bij mensen met hiv waarbij de rol van hiv en de behandeling ervan centraal stond. Tindall, Folde, Goldstein, Ross & Cooper (1994) concludeerden dat mensen in een gevorderd stadium van de ziekte meer seksuele problemen ervoeren dan asymptomatische personen met hiv. Dit onderzoek uit 1990 onderzocht de prevalentie van seksuele disfuncties bij 149 mensen, waarvan 57% een klinische diagnose AIDS had. Van de gehele groep rapporteerden 53% enige vorm van seksuele problemen te ervaren op het moment van het onderzoek. Bij personen met AIDS was de prevalentie 62%, bij de groep hiv-positieve mensen zonder AIDS 42%. Uit de resultaten van een onderzoek van Wagner, Rabkin en Rabkin (1993) bij 85 hiv-positieve homoseksuele mannen die psychiatrische hulp zochten voor een klinische depressie, bleek ook dat seksuele inactiviteit geassocieerd was met een AIDS-diagnose.

Na de introductie van HAART werden verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de invloed van de medicatie op het seksuele functioneren van homoseksuele mannen met hiv. Er werd immers vastgesteld

dat een groter aantal mensen met hiv die behandeld werden met HAART, klaagden over seksuele disfuncties (Martinez, Collazos & Mayo, 1999; Colson & Sax, 2000). Een onderzoek van Schrooten, Colebunders, Youle, Molenberghs e.a. (2001) toonde aan dat voornamelijk één bepaalde klasse van antiretrovirale medicatie, met name protease-inhibitoren, tot seksuele disfuncties leidde. De precieze mechanismen hierbij zijn echter (nog) niet duidelijk, hoewel verschillende onderzoeken zich toespitsen op de rol van hormonale veranderingen ten gevolge van de behandeling met HAART. De resultaten van de verschillende onderzoeken spreken elkaar echter tegen (Collazos, Mayo, Martinez & Ibarra S, 2002; Lamba, Goldmeier, Mackie & Scullard, 2004).

Mediërende factoren

Verschiedende factoren kunnen een mediërende rol spelen bij de ontwikkeling van seksuele problemen. Het is daarom zinvol eerst een verklaringsmodel voor (problemen met) seksualiteit te bekijken en daarna de mogelijke factoren te bespreken.

Een aanzet ter verklaring van (in eerste instantie psychogene) seksuele problemen werd gegeven door Bancroft (1999) waarna zijn ideeën gemodelleerd werden in een biosychosociaal model ("Dual Model of the Male Sexual Response") door Bancroft en Janssen (2000). Volgens het model wordt de seksuele respons gereguleerd middels centrale seksuele inhibitie in de hersenen (hersenstam en laterale hypothalamus). Deze inhibitie verschilt interindividueel en is psychologisch adaptief (het zorgt ervoor dat mensen rekening houden met mogelijke consequenties van hun gedrag). Bij verhoogde inhibitie worden mensen kwetsbaar voor seksuele disfuncties (niet voor seksuele compulsiviteit), terwijl een verlaagde inhibitie kan leiden tot risicovol seksueel gedrag. Volgens dit model zal bij mensen, indien ze worden blootgesteld aan erotiserende prikkels, een evenwicht ontstaan tussen excitatorische processen via neurotransmitters (verhogen van de seksuele respons) en inhiberende processen (afremmen van de seksuele respons). De onderzoekers onderscheiden twee types van inhibitie: een intern (prestatie- en faalangst) en een extern (angst voor de consequenties van het gedrag (SOA) en voor fysieke integriteit) type.

Bij verschillende psychische moeilijkheden kan seksueel disfunctioneren als symptoom voorkomen. Depressie, rouwverwerking en angst kunnen ervoor zorgen dat de beleving van seksualiteit van een individu negatief kan worden beïnvloed. Een veranderd inhibitiepatroon zou hier volgens het 'dual model of the male sexual respons' (Bancroft & Janssen, 2000) de oorzaak van zijn.

Hierbij dient steeds de bedenking gemaakt te worden dat indien de seksuele problemen enkel toe te schrijven zijn aan gebruik van een middel, men moet spreken van een seksuele disfunctie door een middel (aparte DSM-IV categorie). Van verschillende medicijnen voor de behandeling van psychische stoornissen is aangetoond dat ze een invloed hebben op seksueel functioneren (voor een overzicht: Nkanginieme & Segraves, 2003).

Psychische problemen komen vaker voor bij hiv-positieve dan bij hiv-negatieve personen. Bing, Burnam, Longshore, Fleishmen, et al. (2001) concluderen dat bijna de helft van de 2864 ondervraagde mensen met hiv aan een psychische stoornis (depressie, dysthymie, gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis) lijdt.

Depressie

De relatie tussen depressie en seksuele disfuncties is erg complex: een depressief toestandsbeeld heeft vaak seksuele disfuncties tot gevolg (Philips & Slaughter, 2000; Segraves, 1998), maar vaak houden deze seksuele disfuncties de depressieve gevoelens in stand doordat seksuele gezondheid deel uitmaakt van de algemene gezondheid en persoonlijk welbevinden (Nussbaum & Hamilton, 2002).

In een cross-sectioneel onderzoek van Mills et al. (2004) bij 2881 homoseksuele mannen uit de VS werd een associatie gevonden tussen depressie en seksuele disfunctie en was hiv-positiviteit gecorreleerd met depressie.

In een onderzoek naar de prevalentie van stemmingsstoornissen concludeerden Sandfort, de Graaf en Bijl (2003) dat deze meer voorkomen bij homoseksuele dan bij heteroseksuele mannen (4.9% versus 2.6%). Deze stelling wordt geconfirmeerd in een onderzoek van Mills, Paul, Stall, Pollack et al. (2004), waarin 17.2% van de 2881 ondervraagde homoseksuele mannen leed aan een 7-dagen prevalentie van depressie, wat hoger is dan in de algemene populatie. In een meta-analyse van 10 onderzoeken concludeert Meyer (2003) dat het antwoord op de vraag of holebi's meer psychische problemen ervaren dan heteroseksuele mensen, overtuigend 'ja' is.

Verscheidende onderzoekers hebben studies verricht naar de comorbide prevalentie van depressieve stoornissen bij hiv-positieve personen. In hun meta-analyse van 10 onderzoeken, concludeerden Ciesla en Roberts (2001) dat de kans op een depressieve stoornis voor hiv-positieve mensen tweemaal groter is dan voor een vergelijkbare hiv-negatieve groep. Afhankelijk van de gebruikte statistische methode, voldoen 8.1% tot 9.4% van de hiv-positieve tegenover 5.2% van de hiv-negatieve personen aan de criteria van een depressieve

episode. Concluderend kan men stellen dat homoseksuele mannen met hiv erg kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van depressieve en angststoornissen. Zowel homoseksualiteit als hiv hebben een (negatieve) invloed op het seksueel functioneren. Deze stelling wordt empirisch ondersteund door een onderzoek van Berg, Mimiagra en Safren (2004). Zij onderzochten de prevalentie van psychische problemen bij 56 homo- en bi-seksuele mannen met hiv. In hun onderzoek voldeden 21.4% van de deelnemers aan de DSM IV-TR (APA, 2001) criteria voor depressie.

Bij depressieve stoornissen treedt er voornamelijk verandering op in het seksueel verlangen. Phillips en Slaughter (2000) en Segraves (1998) stellen dat disproporitioneel veel mensen met een depressieve stoornis een verminderd verlangen naar seksualiteit ervaren. Casper, Redmond, Katz, Schaffer, e.a. (1985) stellen zelfs dat dit geldt voor meer dan 70% van de depressieve patiënten. Verminderd verlangen is volgens Phillips en Slaughter (2000) positief gecorreleerd met de ernst van de depressie.

Recent werd echter aangetoond dat een minderheid (16% - 21%) van homoseksuele mannen meer interesse in seks krijgt bij een depressieve stemming (Bancroft, Janssen, Strong & Vukadinovic, 2003) en dat er een associatie bestaat tussen seksuele compulsiviteit en depressieve stemming (Black, Kehrberg, Flumerfelt & Schlosser 1997). Mensen met een hogere score voor seksuele compulsiviteit lopen bovendien meer risico op hiv en andere SOA (Kalichman & Cain, 2004). Volgens dit onderzoek hebben meer dan 3 keer zo veel mensen die hoger scoren op de schaal voor seksuele compulsiviteit (2 of meer) SOA opgelopen tijdens de laatste 3 maanden dan mensen die lager scoren op deze schaal (10% versus 3%). Dit kan volgens Bancroft, Janssen, Strong & Vukadinovic (2003) te maken hebben met een behoefte aan bevestiging en affectie en met een verminderde bezorgdheid over de consequenties van (onveilig) seksueel gedrag. In een theoretisch model (Bancroft, & Vukadinovic, 2004), waarbij uitgegaan werd van het model van Goodman (1997), worden als mogelijke oorzaken van seksueel compulsief gedrag genoemd: (1) een gestoorde affectregulatie, (2) een gestoorde gedragsinhibitie, (3) een afwijkende werking van het (interne) motivationele beloningssysteem en (4) een onmogelijkheid tot zelfregulatie.

Angst

Alhoewel acute angst bij seksueel goed functionerende mannen juist een stimulerende invloed kan hebben op seksuele opwinding tijdens seksuele stimulatie (Barlow, Sakheim & Beck, 1983) is angst in andere gevallen

een negatieve mediërende factor. Barlow (1986) stelt dat prestatieangst bij seksueel disfunctionerende mannen een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van de erectie. Door (1) negatieve verwachtingen, (2) inaccurate waarneming van de eigen erectie en (3) de focus op de (falende) erectie in plaats van op erotiserende stimuli wordt de genitale opwindingsrespons tegengewerkt en zal seksualiteit vermeden worden. Ook in het 'Dual Model of the Male Sexual Respons' (Bancroft & Janssen, 2000) komt angst, als een inhiderende factor, naar voor als een belangrijke voorspeller voor seksuele problemen. Angststoornissen kunnen bijgevolg een mediërende factor zijn in het ontstaan van seksuele problemen.

Er werden verschillende onderzoeken verricht naar comorbiditeit van seksuele disfuncties en angststoornissen, zoals ze in de DSM IV-TR (APA, 2001) zijn gedefinieerd. Figueira, Possidente, Marques en Hayes (2001) onderzochten mannelijke patiënten met een sociale fobie en paniekstoornis. Bij mannen met een paniekstoornis werd van de verschillende mogelijkheden seksuele aversiestoornis het vaakst gerapporteerd (35.7%). Bij mannen met een sociale fobie werd premature ejaculatie het vaakst als seksueel probleem gerapporteerd (47.4%). Cosgrove, Gordon, Bernie, Hami, e.a. (2002) onderzochten seksuele disfuncties bij oorlogsveteranen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Zij concludeerden dat oorlogsveteranen met PTSS meer seksuele disfuncties ervoeren dan oorlogsveteranen zonder PTSS. Verschillende angststoornissen kunnen dus aanleiding geven tot seksuele disfuncties.

In een onderzoek naar psychische problemen bij (56) homo- en biseksuele mannen met hiv concludeerden Berg, Mimiagra en Safren (2004) dat 5.4% van de deelnemers aan een (formele) angststoornis lijdt. Na onderzoek van de prevalentie van angststoornissen bij mensen met hiv, concludeerden Kelly, Raphael, Judd Kernutt et al. (1998) dat 30% van de respondenten (gemiddeld 4 jaar na de diagnose) voldeden aan de criteria voor PTSS. In een onderzoek bij 1489 mensen met hiv in de VS (Orlando, Burnam, Beckman, Morton et al., 2002) voldeden 4.1% van de respondenten aan de criteria van een gegeneraliseerde angststoornis en 15.5% aan de criteria van een paniekstoornis (12 maanden prevalentie volgens DSM IV-TR (APA, 2001)).

Rouw

Rouwreacties zijn veelvuldig gedocumenteerd en worden in de DSM IV-TR (APA, 2001) omschreven als een reactie op het overlijden van een dierbaar persoon. Momenteel wordt pathologische rouw niet als

een aparte (diagnostische) aandoening beschouwd, maar verschillende auteurs wijzen op een gecompliceerde vorm van rouw die in aanmerking kan komen als aparte categorie in een volgende uitgave van DSM (Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004) omdat ze symptomen toont die jaren kunnen aanslepen indien ze niet behandeld worden en niet binnen andere categorieën kunnen gediagnosticeerd worden in DSM IV-TR (APA, 2001).

In de 'Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2001), wordt gesteld dat 'als onderdeel van de reactie op het verlies tonen sommige rouwende personen symptomen die karakteristiek zijn voor een depressieve episode' (p. 373). Verder staat: 'de diagnose van een depressieve stoornis wordt meestal niet gesteld, tenzij de symptomen twee maanden na het verlies nog aanwezig zijn' (p. 373).

Gegeven de gelijklopende symptomen met een depressieve episode, kan men veronderstellen dat seksuele moeilijkheden ook voorkomen tijdens rouwreacties, hoewel ze misschien niet als zodanig ervaren worden door de betrokkene.

Een onderzoek dat 746 homoseksuele mannen tussen 1985 en 1991 jaarlijks ondervroeg (Martin & Dean, 1993), onderzocht de invloed van (hiv en AIDS-gerelateerde) rouw op psychologisch onbehagen. Significante symptomen van rouw werden waargenomen indien (1) mensen geconfronteerd werden met een overlijden van een dierbare, indien ze (2) de diagnose hiv-seropositiviteit kregen of (3) indien ze gezondheidsklachten t.g.v. AIDS ervoeren. Mannen die hiv-positief waren en tegelijk een rouwproces doormaakten rapporteerden de grootste psychische last.

Conclusie

In dit artikel werd een overzicht gegeven van empirische studies naar seksuele problemen. Er werd gesteld dat seksuele problemen vaker voorkomen bij chronisch zieke mensen dan bij gezonde mensen (Sipski & Alexander, 1997), waarbij hiv als een chronische aandoening kan beschouwd worden.

Daarnaast werd evidentie gevonden dat seksuele problemen vaker optreden bij mensen die een diagnose angststoornis of depressie kregen of die voor deze problemen behandeld worden (Segraves, 1998; Cosgrove, Gordon, Bernie, Hami, et al., 2002; Phillips & Slaughter, 2000; Segraves, 1998; Casper, Redmond, Katz, Schaffer, et al., 1985; Bancroft, Janssen, Strong & Vukadinovic, 2003; Nkanginieme & Segraves, 2003).

Bovendien worden depressieve en angstklachten vaker gerapporteerd door homoseksuele dan door heteroseksuele mannen (Sandfort, de Graaf, Bijl & Schna-

bel, 2001; Meyer, 2003) en worden depressieve klachten ook vaker gerapporteerd door hiv-positieve dan door hiv-negatieve personen (Ciesla & Roberts, 2001).

Als men deze evidentie in overweging neemt, kan verondersteld worden dat hiv-positieve homoseksuele mannen erg kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van seksuele problemen. Deze stelling wordt empirisch ondersteund in verschillende onderzoeken (Jones, Klimes & Catalan, 1994; Cove & Petrak, 2004).

Over de etiologie van de seksuele moeilijkheden bij homoseksuele mannen met hiv bestaat weinig overeenstemming. Het lijkt erop dat verschillende oorzaken kunnen genoemd worden: biologische (o.a. medicatiegebruik), psychologische (o.a. inhibitie van de seksuele respons) en sociale factoren (o.a. stigma). Een poging om verschillende visies m.b.t. de etiologie van seksuele problemen te combineren werd gedaan door Bancroft en Janssen (2000) met hun (biopsychosociaal) 'Dual Model of the Male Sexual Respons'. Bancroft (2002) toetste het model aan wat op de bestaande kennis over seksualiteit, op zowel biomedisch als psychologisch vlak. Hij kan hierbij geen tegenstrijdigheden vinden. Daarenboven lijkt het model een verklaring te kunnen bieden voor fenomenen als 'out-of-control' seksualiteit (Bancroft & Vukadinovic, 2004).

Kennis omtrent etiologie van seksuele disfuncties is erg belangrijk voor klinici voor het stellen van een diagnose en het aanbieden van een behandeling. In de anamnese zou meer nadruk kunnen gelegd worden op de seksuele gezondheid, welke een directe weerslag heeft op de algemene gezondheidstoestand. Door de seksuele gezondheid zelf aan te kaarten zorgt de clinicus er tevens voor dat seksualiteit bij hiv-positieve patiënten uit de taboesfeer wordt gehaald. Hierdoor kunnen seksuele disfuncties sneller opgespoord worden en kunnen mensen gerichter behandeld worden. Deze stelling geniet volop empirische ondersteuning (Bachmann, Leiblum en Grill, 1997; van Lankveld, ter Kuile, Kenter et al., 1996; van Lankveld & van Koeveeringe, 2003). Hieruit bleek dat, indien klinici meer seksuele anamneses opnamen, de prevalentie van seksuele problemen bij hun patiënten verveelvoudigde.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Bachmann, G.A., Leiblum, S.R., & Grill, J. (1989). Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstetrics & Gynecology*, 7, 425-427.
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26, 763-784.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 571-579.
- Bancroft, J. (2002). Biological factors in human sexuality. *The Journal of Sex Research*, 39, 15-21.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., & Vukadinovic, Z. (2003). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 231-242.
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *The Journal of Sex Research*, 41, 225-234.
- Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goodrich, D., & Long, J.S. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 285-297.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow, D.H., Sakheim, D.K., & Beck, J.G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49-54.
- Bell, A.P., & Weinberg, M.S. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. New York: Simon and Schuster.
- Benotsch, E.G., Kalichman, S.C., & Kelly, J.A. (1999). Sexual compulsivity and substance use in HIV seropositive men who have sex with men: Prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addictive Behaviors*, 24, 857-868.
- Berg, M.B., Mimiaga, M.J., & Safren, S.A. (2004). Mental health concerns of HIV-infected gay and bisexual men seeking mental health services: an observational study. *AIDS Patient Care STDS*, 18, 635-643.
- Bing, E.G., Burnam, A., Longshore, D., Fleishmen, J.A., Sherbourne, C.D., London, A.S., et al. (2001). Psychiatric disorders and drug use among Human Immunodeficiency Virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 721-728.
- Black, D.W., Kehrberg, L.L.D., Flumerfelt, D.L., & Schlosser, S.S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154, 243-249.
- Casper, R.C., Redmond, D.E., Katz, M.M., Schaffer, C.B., Davis, J.M., & Koslow, S.H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1098-1104.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). HIV-related knowledge and stigma - United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49, 1062-1064.
- Chalmers, A., Catalan, J., Nelson, M., & Day, A. (1992). *Sexual dysfunction in HIV seropositive gay men*. In: Abstracts of VIII International AIDS Conference, 3, (PuB 7099) Amsterdam.
- Ciesla, J.A., & Roberts, J.E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 725-730.

- Colebunders, R., Smets, E., Verdonck, K., & Dreezen, C. (1999). Sexual dysfunction with protease inhibitors. *Lancet*, 353, 1802.
- Collazos, J., Mayo, J., Martinez E., & Ibarra, S (2002). Association between sexual disturbances and sexual hormones with specific antiretroviral drugs. *AIDS*, 16, 1294-1295.
- Colson, A., & Sax, P. (2000). Sexual dysfunction and HIV infection. *AIDS Clinical Care*, 12, 40-46.
- Cosgrove, D.J., Gordon, Z., Bernie, J.E., Hami, S., Montoya, D., Stein, M.B., & Monga, M. (2002). Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Urology*, 60, 881-884.
- Cove, J., & Petrak, J. (2004). Factors associated with sexual problems in HIV-positive gay men. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 732-736.
- Detels, R., Munoz, A., McFarlane, G., Kingsley, L.A., Margolick, J.B., Giorgi, J., et al. (1998). Effectiveness of potent antiretroviral therapy on time to AIDS and death in men with known HIV infection duration. Multicenter AIDS Cohort Study Investigators. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1497-1503.
- Dupras, A., & Morisset, R. (1993). Sexual dysfunction among HIV-positive gay males. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 8, 37-46.
- Figuera, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 369-377.
- George, K.D., & Behrendt, A.E. (1987). Therapy for male couples experiencing relationship problems and sexual problems. *Journal of Homosexuality*, 14, 77-88.
- Goodman, A. (1997). Sexual addiction. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman & J.G. Langrod (Eds.). *Substance abuse: A comprehensive textbook* (pp. 340-353). Philadelphia: William and Wilkins.
- Herek, G.M., Capitanio, J.P., & Widaman, K.F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92, 371-377.
- Hijazi, L., Nandwani, R., & Kell, P. (2002). Medical management of sexual difficulties in HIV-positive individuals. *International Journal of STD and AIDS*, 13, 587-592.
- Jones, M., Klimes, I., & Catalan, J. (1994). Psychosexual problems in people with HIV infection: Controlled study of gay men and men with haemophilia. *AIDS Care*, 6, 587-593.
- Kalichman, S.C., & Cain, D. (2004). The relationship between indicators of sexual compulsivity and high risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. *The Journal of Sex Research*, 41, 235-241.
- Kaplan, H.S. (1981). *Stoornissen in het seksueel verlangen*. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt.
- Kotler, M., Cohen, H., Aizenberg, D., Matar, M., Loewenthal, U., Kaplan, Z. et al. (2000). Sexual dysfunction in male posttraumatic stress disorder patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 309-315.
- Lamba, H., Goldmeier, D., Mackie, N.E., & Scullard, G. (2004). Antiretroviral therapy is associated with sexual dysfunction and with increased serum oestradiol levels in men. *AIDS*, 15, 234-237.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T., & Michaels, D. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lichtenthal, W.G., Cruess, D.G., & Prigerson, H.G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Martin, J.L., & Dean, L. (1993). Effects of AIDS-related bereavement and HIV-related illness on psychological distress among gay men: A 7-year longitudinal study, 1985-1991. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 94-103.
- Martinez, E., Collazos, J., & Mayo, J. (1999). Sexual dysfunction with protease inhibitors. *The Lancet*, 353, 810-811.
- Masters, J.M., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown & Co.
- McWhirter, D.P., & Mattison, A.M. (1978). The treatment of sexual dysfunction in gay male couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4, 213-218.
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Mills, T.C., Paul, J., Stall, R., Pollack, L., Canchola, J., Chang, Y.J., Moskowitz, J.T., & Catania, J.A. (2004). Distress and depression in men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 278-285.
- Mcroft, A., Lederberger, B., Katlama, C., Kirk, O., Reiss, P., d'Arminio Monforte, A., et al. (2003). Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: An observational study. *Lancet*, 362, 22-29.
- Nkanginieme, I., & Segraves, R.T. (2003). Neuropsychiatric aspects of sexual dysfunction. In B. Fogel, R. Schiffer & S. Rao (Eds.), *Neuropsychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Nussbaum, M.R., & Hamilton, C.D. (2002). The proactive sexual health history. *American Family Physician*, 66, 1705-1712.
- Orlando, M., Burnam, A., Beckman, R., Morton, S.C., London, A.S., Bing, E.G., & Fleishman, J.A. (2002). Re-estimating the prevalence of psychiatric disorders in a nationally representative sample of persons receiving care for HIV: Results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 75-82.
- Orr, G., Catalan, J., & Longstaff, C. (2004). Are we meeting the psychological needs of heterosexual men with HIV disease? A retrospective case controlled study of referrals to a psychological medicine unit in London, UK. *AIDS Care*, 16, 586-593.

- Palella, F.J. Jr., Delaney, K.M., Moorman, A.C., Loveless, M.O., Fuhrer, J., Satten, G.A., et al. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatients Study Investigators. *New England Journal of Medicine*, 338, 853-860.
- Phillips, R.L., & Slaughter, J.R. (2000). Depression and sexual desire. *American Family Physician*, 62, 782-786.
- Reece, R. (1981-1982). Group treatment of sexual dysfunction in gay men. *Journal of Homosexuality*, 7, 113-129.
- Rosser, B.R.S., Metz, M.E., Bockting, W.O., & Buroker, T. (1997). Sexual difficulties, concerns, and satisfaction in homosexual men: An empirical study with implications for HIV prevention. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 61-73.
- Sandfort, T., & de Keizer, M. (2001). Sexual problems in gay men: An overview of empirical research. *Annual Review of Sex Research*, 93-120.
- Sandfort, T.G., de Graaf, R., Bijl, R.V., & Schnabel, R.V. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Sandfort, T.G., de Graaf, R., & Bijl, R.V. (2003). Same-sex sexuality and quality of life: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 347-354.
- Schrooten, W., Colebunders, R., Youle, M., Molenberghs, G., Dedes, N., Koitz, G. et al. (2001). Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing highly active antiretroviral treatment. *AIDS*, 15, 1019-1023.
- Segraves, R.T. (1998). Psychiatric illness and sexual functioning. *International Journal of Impotence Research*, 10 (suppl 2): S 131-133, S 138-140.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E.W. (2003). Reasons for the adoption of celibacy among older men and women living with HIV / AIDS. *The Journal of Sex Research*, 40, 189-200.
- Sipski, M., & Alexander, C. (1997). Impact of disability or chronic illness on sexual function. In M.L. Sipski & C.J. Alexander (Eds.), *Sexual function in people with disability and chronic illness* (pp.3-12). Aspen Publishers.
- Tindall, B., Forde, S., Goldstein, D., Ross, M.W., & Cooper, D.A. (1994). Sexual dysfunction in advanced HIV disease. *AIDS Care*, 6, 105-107.
- UNAIDS (2004). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS.
- Van Lankveld, J.J., & van Koeveringe, G.A. (2003). Predictive validity of the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) for the presence of sexual dysfunctions within a Dutch urological population. *International Journal of Impotence Research*, 15, 110-116.
- Van Lankveld, J.J., ter Kuile, M.M., Kenter, G.G., van Hall, E.V., & Weijnenborg, P.T. (1996). Seksuele problemen en ervaringen met seksueel en fysiek geweld bij gynaecologische patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1903-1906.
- Wagner, G.J., Rabkin, J.G., & Rabkin, R. (1993). Sexual activity among HIV-seropositive gay men seeking treatment for depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 470-475.
- Weijmar Schultz, W., Incrocci, L., Weijnenborg, P., van de Wiel, H., & Gianotten, W. (2004). Ziekte, handicap en medische interventies. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & P. Weijnenborg (Red.), *Seksuologie* (pp. 533 – 559). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wenger, N.S., Kusseling, F.S., Beck, K., & Shapiro, M.F. (1994). Sexual behavior of individuals infected with the human immunodeficiency virus. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1849-1854.
- Wiktor, S.Z., Biggar, R.J., Melbye, M., Ebbesen, P., Colclough, G., DiGiola, R. et al. (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.

Abstract

Sexual dysfunctions in homosexual men with hiv: A review of the literature

In this article an overview is given on the existing literature on the subject of sexual dysfunctions in homosexual, hiv-positive men. People living with hiv are proportionally more likely to develop sexual dysfunctions and mental disorders than control groups. There is also empirical evidence that homosexual men develop more mental disorders than heterosexual men. Mental disorders, especially mood and anxiety disorders, are mediating factors for the development of sexual dysfunctions. In conclusion, we contend that hiv-positive status and homosexuality (indirectly, by mediating factors) make people vulnerable for the development of sexual dysfunctions.