

Onderzoek

Seksueel risicogedrag van mannen en vrouwen met een dubbele psychiatrische diagnose

Elke van Drunen¹, Trudy Griffioen², Ciel Wijsen³, Jacques van Lankveld⁴

¹ GGZ Breburg, Breda,

² GGZ Breburg, Tilburg

³ Rutgers, Utrecht

⁴ Open Universiteit, Heerlen

Samenvatting

Alhoewel er aanwijzingen zijn dat mensen met een dubbele diagnose, dit wil zeggen mensen met zowel een verslaving als een psychiatrische stoornis, een verhoogd risico lopen op een seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) of ongewenste zwangerschap door seksueel risicogedrag, is er nog niet eerder vergelijkend onderzoek gedaan naar seksueel risicogedrag bij deze groep. Onderzoek hiernaar kan ons iets leren over de effectieve risico's op soa's, HIV en ongewenste zwangerschappen in deze doelgroep, wat de zorg voor deze doelgroep mogelijk ten goede kan komen. De gegevens van 33 Nederlandse mannen en vrouwen met een dubbele diagnose werden vergeleken met de gegevens van 4257 mannen en vrouwen uit eerder bevolkingsonderzoek. Mannen en vrouwen met een dubbele diagnose rapporteren meer seksueel risicogedrag dan mannen en vrouwen zonder dubbele diagnose. Ze rapporteren vaker betaald te hebben gekregen voor seks en vaker ten minste eens in hun leven gedwongen te zijn tot seks.

We richtten ons in dit onderzoek op personen met een dubbele diagnose. Bij deze doelgroep, waarbij sprake is én van middelenaafhankelijkheid én van psychiatrische stoornissen (met vele psychosociale en vaak ook somatische problematiek), zijn verschillende combinaties van drugs en/of alcohol en psychiatrische stoornissen mogelijk. Het medicatiegebruik omwille van de psychiatrische problemen kan leiden tot zowel een toename als een afname van seksueel verlangen en seksuele opwindning (Bolle, Griffioen & Knegtering, 2009). Gebruik van verslavende middelen kan leiden tot seksueel disfunctioneren of kan integendeel het seksueel functioneren verbeteren en seksuele ervaringen intensiveren (Gianotten, 2009).

Er is nog niet eerder vergelijkend onderzoek gedaan naar seksueel risicogedrag van dubbele diagnose patiënten. In eerder onderzoek is gefocust op de effecten van enkelvoudige psychiatrische stoornissen, gebruik

van enkelvoudige medicatie en middelenmisbruik of actief drugsgebruik, maar nooit op een combinatie van deze factoren. Men kan zich afvragen aan welke mate van seksueel risicogedrag deze doelgroep zich blootstelt. Onderzoek hiernaar kan ons meer leren over het risico op soa's, HIV en ongewenste zwangerschappen in deze doelgroep. Mogelijk kan de zorg voor deze doelgroep hiermee verbeterd worden.

Ons onderzoek vond plaats bij dubbele diagnose patiënten verbonden aan de 'VOF Dubbele Diagnose, GGZ Breburg Tilburg en Breda' in Nederland (DD-groep). De resultaten zijn vergeleken met gegevens van personen uit de Nederlandse bevolking zonder dubbele diagnose (controlegroep; Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). De hypothese is dat dubbele diagnose patiënten een hogere prevalentie van seksueel risicogedrag zouden rapporteren dan personen zonder een dubbele diagnose.

Methoden

Design

Dit onderzoek heeft een cross-sectioneel (survey) design; alle variabelen werden op één moment in de tijd gemeten. Voor het analyseren van de prevalentiever verschillen in seksueel risicogedrag tussen beide groepen werden de volgende variabelen uit de vragenlijst 'Seksuele Gezondheid in Nederland, 2006' gebruikt (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006): 1. 'het gebruik van condoms

E. van Drunen, MSc

Drs. J.G. Griffioen, psychiater

Dr. C. Wijsen, manager onderzoek

Prof. dr. J.J.D.M. van Lankveld, hoogleraar klinische psychologie

Correspondentie: E. van Drunen, GGZ Breburg, Poolseweg 190, 4818 CG Breda.

door personen die seks hebben gehad met iemand anders dan de vaste partner, en/of door personen met een partner die seks heeft gehad met iemand anders'. Seksueel risicogedrag werd hier gedefinieerd als: geen condoomgebruik bij seks met ander(en) dan vaste partner en/of partner die seks heeft met ander(en). 2. 'het gebruik van een condoom bij de laatste keer vaginale of anale gemeenschap met een losse partner'. Seksueel risicogedrag werd hier gedefinieerd als 'geen condoom gebruikt'. 3. 'het gebruik van condooms bij vaginale of anale gemeenschap met losse partner(s) in de laatste zes maanden'. Hiervoor werd seksueel risicogedrag geoperationaliseerd als 'nooit, bijna nooit of soms een condoom gebruikt'. Er werd voor gekozen om de prevalentie van seksueel risicogedrag te onderzoeken met deze variabelen omdat soa's, HIV en ongewenste zwangerschappen het gevolg kunnen zijn van het hebben van seks zonder condoom (GGD, 2014). Het risico op soa's, HIV en ongewenste zwangerschappen wordt groter bij seks met losse partners of met een partner die seks heeft met losse partners, zonder dat daarbij condooms worden gebruikt.

De DD-groep bestond uit 33 dubbele diagnose patiënten (mannen $n=20$, vrouwen $n=13$) van de 'VOF Dubbele Diagnose, GGZ Breburg' regio Tilburg en Breda. Gegevens van deze groep werden verzameld tussen september 2011 en juni 2012. Inclusiecriteria voor de DD-groep waren: a) aanwezigheid van een dubbele diagnose, b) in de leeftijdscategorie van 19 tot en met 54 jaar en c) voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Het exclusie criterium was een crisissituatie, zoals het verblijf in een isolatieruimte. De controlegroep bestond uit 4257 personen (mannen $n=2136$, vrouwen $n=2121$) die op leeftijd werden uitgeselecteerd uit een grotere groep ($N = 6428$) personen uit de Nederlandse bevolking die in 2009 hebben deelgenomen aan bevolkingsonderzoek dat is uitgevoerd door de Rutgers WPF te Utrecht (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006).

Wervingsprocedure

Zowel ambulante als klinisch opgenomen patiënten behandeld bij de 'VOF Dubbele Diagnose Breburg' werden gevraagd deel te nemen door ofwel de eigen behandelaar ofwel de onderzoeker. Met alle patiënten die toestemden in deelname werd door de onderzoeker contact opgenomen voor verdere afspraken en allen ontvingen een informatiebrief over de aard van het onderzoek. Patiënten kregen de gelegenheid om op ieder moment tijdens het onderzoek hun deelname te stoppen en te allen tijde voor, tijdens en na deelname aan het onderzoek vragen te stellen. De totale patiëntenpopulatie bestond op het moment van onderzoek uit 189 dubbele-diagnose patiënten waarvan er in totaal 75 voldeden aan de inclusiecriteria. De overige 114 patiënten kwamen niet in aanmerking voor deelname in verband met de inclusie- en exclusiecriteria. Van de 75 benaderde dubbele-diagnose patiënten rondde 44% de vragenlijst af ($n = 33$), wilde 30.7% de vragenlijst wel

invullen maar rondde deze niet af om uiteenlopende redenen ($n = 23$) en wilde 25.2% niet deelnemen om uiteenlopende redenen ($n = 19$).

Alle patiënten gaven schriftelijk toestemming (*informed consent*) voor de daadwerkelijke deelname aan het onderzoek. De patiënten konden de keuze maken tussen een afspraak met de onderzoeker voor het invullen van de vragenlijst (optionele hulp) of het ontvangen van de vragenlijst per post.

Meetinstrument

Delen van de vragenlijst 'Seksuele Gezondheid in Nederland, 2006' werden gebruikt voor het onderzoeken van het seksueel risicogedrag (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). De selectie bestaat uit 68 items voor de mannelijke deelnemers en 72 items voor de vrouwelijke deelnemers en heeft een routing zodanig dat de respondent alleen die vragen beantwoordt die voor hem of haar van toepassing zijn. De eerste vragen gaan over demografische variabelen, gevolgd door enkele vragen over relaties en seksuele oriëntatie. De laatste series vragen hebben betrekking op prostitutie, gedwongen seks, seksueel gedrag en gebruik van condooms en andere anticonceptiemiddelen, attitudes en gevoelens ten opzichte van seksualiteit en kennis over soa's en HIV.

De vragenlijst is door Rutgers WPF ontwikkeld in 2006 en werd in 2006, 2009 en 2012 (in aangepaste vorm) gebruikt voor bevolkingsonderzoek naar seksuele gezondheid en seksueel gedrag en beleving. Voor de seksgerelateerde variabelen zijn Nederlandse en internationale vragenlijsten gebruikt. De variabelen voor seksueel risicogedrag zijn ontwikkeld in samenwerking met andere relevante partijen in het veld zoals het RIVM, SOA Aids Nederland en GGD Nederland. De betrouwbaarheid van de diverse onderdelen van de vragenlijst is in het onderzoek van Rutgers WPF voldoende gebleken met Cronbach's alpha's tussen de .68 en .88 en item-rest correlaties tussen de .41 en .80 voor de verschillende variabelen (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Door het kleine aantal respondenten in de DD-groep en de routing in de vragenlijst zijn er verschillende items in de DD-groep onbeantwoord gebleven, waardoor de interne consistentie van de subschalen van de vragenlijst binnen de DD-groep niet berekend kon worden.

Statistische analyses

SPSS 19.0 werd gebruikt voor het analyseren van de data. Voor het analyseren van het seksueel risicogedrag werden de datasets van de DD-groep en Rutgers WPF data vergeleken met behulp van χ^2 -toetsen. Daarnaast werden beschrijvende statistieken berekend voor nominale en ordinale data.

Resultaten

De DD-groep bestond uit 33 patiënten (mannen $n = 20$, vrouwen $n = 13$) met een gemiddelde leeftijd van 38

(SD = 8.9), een minimum leeftijd van 20 en een maximum leeftijd van 54 jaar. De controlegroep bestond uit 4257 personen die geselecteerd werden op leeftijd (19-54 jaar) uit de totale onderzoekspopulatie van de studie uitgevoerd door Rutgers WPF (mannen n = 2136, vrouwen n = 2121) welke ook een gemiddelde leeftijd hadden van 38 jaar (SD = 9.75). In de DD-groep was in 94% van de gevallen het geboorteland Nederland ten opzichte van 92% in de controlegroep.

In de DD-groep was het hoogst genoten opleidingsniveau het vaakst MBO en op de tweede plaats MAVO of HAVO/VWO. Zeven patiënten (21%) in de DD-groep rapporteerden dat ze geen enkele vorm van onderwijs hadden genoten. In de controlegroep was het hoogst genoten opleidingsniveau het vaakst MBO en HBO en minder dan 1% van de controlegroep gaf aan geen enkele vorm van onderwijs te hebben genoten.

Tabel 1 laat zien dat mannen in de DD-groep vaker

Tabel 1a. Resultaten van de χ^2 toetsen voor de variabelen over seksueel risicogedrag, verschillen tussen de DD-groep en de controlegroep voor de mannen.

Variabele	Mannen DD Met Risicogedrag n (%)	Mannen C Met Risicogedrag n (%)	χ^2 waarde	Significantie
Geen condoom bij seks met ander(en) en/of partner heeft seks met ander(en).	3 (15)	85 (4,0)	6.15	< .05*
Geen condoom gebruikt laatste keer vaginale seks met losse partner.	5 (25)	112 (5,2)	15.08	< .001*
Geen condoom gebruikt laatste keer anale seks met losse partner.	4 (20)	74 (3,5)	15.52	< .001*
Geen condoom gebruikt bij vaginale seks met losse partner(s) de laatste zes maanden.	4 (20)	103 (4,8)	9.67	< .005*
Geen condoom gebruikt bij anale seks met losse partner(s) de laatste zes maanden.	4 (20)	55 (2,6)	22.62	< .001*

DF = 1 voor alle variabelen * = significant verschil ($p < .05$) DD=DD-groep en C=Controle groep

Tabel 1b. Resultaten van de χ^2 toetsen voor de variabelen over seksueel risicogedrag, verschillen tussen de DD-groep en de controlegroep voor de vrouwen.

Variabele	Vrouwen DD Met Risicogedrag n (%)	Vrouwen C Met Risicogedrag n (%)	χ^2 waarde	Significantie
Geen condoom bij seks met ander(en) en/of partner heeft seks met ander(en).	3 (23,1)	60 (2,8)	18.47	< .001*
Geen condoom gebruikt laatste keer vaginale seks met losse partner.	3 (23,1)	92 (4,3)	10.66	< .005*
Geen condoom gebruikt bij laatste keer anale seks met losse partner	0 (100%)	60 (2,8%)	0.378	> 0.10
Geen condoom gebruikt bij vaginale seks met losse partner(s) de laatste zes maanden.	2 (15,4)	68 (3,2)	6.05	< .025*
Geen condoom gebruikt bij anale seks met losse partner(s) de laatste zes maanden.	1 (7,7)	22 (1,0)	5.37	< .025*

DF = 1 voor alle variabelen * = significant verschil ($p < .05$) DD=DD-groep en C=Controle groep

seksueel risicogedrag rapporteerden op alle geselecteerde variabelen dan de mannen in de controlegroep. De vrouwen in de DD-groep rapporteerden vaker seksueel risicogedrag dan de vrouwen in de controlegroep op alle variabelen, met uitzondering van de variabele 'gebruik van een condoom bij de laatste keer anale seks met een losse partner'.

Ongeveer de helft van de mannen en vrouwen in de DD-groep had seks met andere(n) dan hun partner in de afgelopen zes maanden terwijl in de controle groep slechts een kleine minderheid van de mannen en vrouwen seks had met andere(n) in de afgelopen zes maanden.

In de DD-groep probeerde maar één patiënt bewust zwanger te worden, maar er waren 16 patiënten (48%) die geen enkele vorm van anticonceptie gebruikten (mannen N = 12, vrouwen N = 4). Condooms werden het meest gebruikt, gevolgd door orale anticonceptie (de pil) en sterilisatie. In de DD-groep werd het niet hebben van seks het meest genoemd als reden voor het niet gebruiken van anticonceptie gevolgd door het hebben van een partner die al anticonceptie gebruikt (mannen). Twee opvallende overtuigingen werden gerapporteerd in de DD-groep. Als eerste dat anticonceptiemiddelen een negatieve invloed hebben op je gezondheid en als tweede dat anticonceptiemiddelen kunnen leiden tot onvruchtbaarheid. Tevens gaven de mannen regelmatig aan dat condoomgebruik de ervaring minder plezierig maakt en dat het omdoen

van een condoom een vervelende onderbreking is. In de controle groep probeerden ongeveer 5% van de mannen en vrouwen bewust zwanger te worden of hun partner zwanger te maken. Echter gaf 11% van de vrouwen en 16% van de mannen aan geen anticonceptie te gebruiken, ook al gebruikte hun partner ook geen anticonceptie. De vrouwen in de controlegroep noemden als anticonceptiemiddel het vaakst de pil, sterilisatie, hormoonspiraaltje en condooms. De mannen noemden het vaakst condooms en sterilisatie. De vrouwen noemden als reden voor het niet gebruiken van anticonceptie het vaakst het niet hebben van seks, verminderde vruchtbaarheid of onvruchtbaarheid en het hebben van een partner die gesteriliseerd is. Mannen noemden het vaakst een partner te hebben die al anticonceptie gebruikt, een partner die gesteriliseerd is, het niet hebben van seks, een zwangere partner, verminderde vruchtbaarheid of onvruchtbaarheid, een onvruchtbare partner en het gebruik van condooms vervelend vinden. Van de mannen in de DD-groep ervaren 55% nooit praktische problemen met het gebruik van condooms, 10% bijna nooit en 5% soms of regelmatig. Van de vrouwen in de DD-groep ervaren 31% nooit praktische problemen met het gebruik van condooms en 8% soms. De andere patiënten rapporteerden nooit condooms te gebruiken. In de controlegroep hadden de meeste mannen en vrouwen nooit of bijna nooit praktische problemen bij het gebruik van condooms. Slechts < 1% had regelmatig of vaak pro-

Tabel 2. Seksueel gedrag en het gebruik van anticonceptiemiddelen bij vaginale seks.

	Mannen DD n (%)	Mannen C n (%)	Vrouwen DD n (%)	Vrouwen C n (%)
<i>De laatste keer dat u vaginale seks had, was dat met een vaste partner?</i>				
Ja	8 (40)	1441 (57.5)	7 (53.8)	1508 (71.1)
Nee	10 (50)	284 (13.3)	6 (46.2)	174 (8.2)
Anders*	2 (10)	2 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>De laatste keer dat u vaginale seks had, hebt u toen een condoom gebruikt?</i>				
Ja	5 (25)	420 (19.7)	5 (38.5)	249 (11.7)
Nee	15 (75)	1300 (60.9)	8 (61.5)	1427 (67.3)
<i>Hebt u de laatste keer dat u vaginale seks had een ander anticonceptiemiddel gebruikt?</i>				
Ja (verschillende anticonceptie)	8 (40)	971 (48)	6 (46.2)	1101 (51.9)
Nee	8 (40)	663 (31)	7 (53.8)	574 (27.1)
Weet ik niet	4 (20)	38 (1.8)	0 (0.0)	6 (0.3)
<i>Hoe vaak gebruikte u een condoom als u vaginale seks had met een losse partner?</i>				
Geen seks gehad met losse partner	7 (35)	1833 (85.9)	5 (38.5)	1937 (91.4)
Bijna nooit / Nooit	3 (15)	80 (3.7)	2 (15.4)	54 (2.6)
Soms	1 (5)	23 (1.1)	0 (0.0)	14 (0.7)
Bijna altijd / Altijd	4 (20)	199 (9.3)	4 (30.8)	115 (5.4)
Niet beantwoord	5 (25)	0 (0.0)	2 (15.4)	0 (0.0)

*Anders: "na beëindigen van relatie nog seks gehad met voormalige partner", "verliefd", "klant".

Mannen / Vrouwen DD = mannen en vrouwen in de DD-groep en Mannen / Vrouwen C = mannen en vrouwen in de controlegroep

blemen bij het condoomgebruik.

Tabel 2 laat zien dat een groot deel van de mannen en vrouwen in de DD-groep geen condoom gebruikten tijdens de laatste keer dat ze vaginale seks hadden. Andere anticonceptie werd door ongeveer de helft van de vrouwen gebruikt en door 40% van de mannen terwijl 20% van de mannen niet wist of er een ander anticonceptiemiddel werd gebruikt. Meer dan de helft van de mannen en vrouwen hadden (ook) seks met een losse partner. Minder dan de helft van de mannen in de DD-groep die anale seks hadden gebruikte de laatste keer een condoom. In de controlegroep gebruikte 3,7% van de mannen (bijna) nooit een condoom bij anale seks met een losse partner en 2,6% van de vrouwen (Tabel 3).

Dubbele diagnose patiënten laten zichzelf vaker betalen voor seks. In de DD-groep heeft 10% van de mannen ooit betaald gekregen voor seks, 5% meer dan eens en 5% regelmatig. Van de vrouwen in de DD-groep heeft 8% meer dan eens betaald gekregen voor seks en 15% regelmatig. In de controlegroep heeft 2,7% van de mannen ooit betaald gekregen voor seks, 1% regelmatig, 0,2% vaak en 0,1% heel vaak. 1,6% van de vrouwen in de controlegroep heeft ooit betaald gekregen voor seks, 0,7% regelmatig, 0,1% vaak en 0,1% heel vaak.

In de DD-groep werden de vrouwen vaker gedwongen tot het hebben van seks dan mannen. 80% van de mannen werd nooit gedwongen tot het hebben van seks, 15% een enkele keer en één patiënt beantwoordde deze vraag niet. Van de vrouwen werd slechts 54%

nooit gedwongen tot het hebben van seks, 23% een enkele keer en 23% meerdere keren. Het aantal mannen en vrouwen dat ooit gedwongen werd tot het hebben van seks ligt een stuk lager in de controlegroep. Daar werd 0,9% van de mannen en 1,3% van de vrouwen ooit gedwongen tot het hebben van seks.

De meeste mannen en vrouwen in de DD-groep zijn ten minste eenmalig getest op soa's en/of HIV. Van de mannen is 30% nooit getest, 40% eenmalig, 15% meerdere keren, 5% vaak en 10% zeer vaak. Van de vrouwen is 23% nooit getest, 23% eenmalig, 31% meerdere keren en 23% vaak. De meerderheid van de mannen en vrouwen zijn langer dan twaalf maanden geleden getest en specifiek op soa's en HIV in plaats van getest te zijn in het kader van een uitgebreid lichamelijk onderzoek. In de controlegroep werd een kleiner aantal mannen en vrouwen getest op soa's en/of HIV. 60,8% van de mannen werd nooit getest, 24,1% eenmalig, 9,7% meerdere keren, 1,2% vaak en 1,1% heel vaak. Van de vrouwen in de controlegroep werd 50,3% nooit getest, 32,1% eenmalig, 12% meerdere keren, 0,6% vaak en 0,5% heel vaak. In de meeste gevallen gebeurde dit langer dan twaalf maanden geleden. Waar in de DD-groep de meeste mannen en vrouwen specifiek op soa's/HIV getest werden, werden in de controlegroep de meeste vrouwen getest in het kader van een uitgebreid lichamelijk onderzoek en de mannen ongeveer even vaak specifiek als als onderdeel van een uitgebreid lichamelijk onderzoek.

Tabel 3. Anale seks en het gebruik van anticonceptie.

	Mannen DD n (%)	Mannen C n (%)	Vrouwen DD n (%)	Vrouwen C n (%)
<i>De laatste keer dat u anale seks had, was dat met een vaste partner?</i>				
Ja	7 (35)	548 (25.6)	4 (30.8)	619 (29.2)
Nee	4 (20)	168 (7.9)	1 (7.7)	87 (4.1)
Anders*	1 (5)	1 (0.1)	1 (7.7)	0 (0.0)
Niet beantwoord / Geen anale seks	8 (40)	1419 (66.4)	7 (53.8)	1414 (66.7)
<i>Hebt u een condoom gebruikt de laatste keer dat u anale seks had?</i>				
Ja	1 (5)	180 (8.4)	3 (23.1)	97 (4.6)
Nee	11 (55)	529 (24.8)	3 (23.1)	595 (28.1)
Niet beantwoord	8 (40)	1419 (66.4)	7 (53.8)	1414 (66.7)
<i>Hoe vaak hebt u een condoom gebruikt als u anale seks had met een losse partner?</i>				
Geen anale seks gehad met losse partner	8 (40)	20 (1.0)	9 (69.2)	16 (0.8)
Bijna nooit / Nooit	4 (20)	80 (3.7)	1 (7.7)	54 (2.6)
Soms	0 (0.0)	23 (1.1)	0 (0.0)	14 (0.7)
Bijna altijd / Altijd	1 (5)	199 (9.3)	1 (7.7)	115 (5.4)
Niet beantwoord	7 (35)	1813 (84.9)	2 (15.4)	1921 (90.6)

*Anders: "na beëindigen van relatie nog seks gehad met voormalige partner", "verliefd", "klant".

Mannen / Vrouwen DD = mannen en vrouwen in de DD-groep en Mannen / Vrouwen C = mannen en vrouwen in de controlegroep

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken of er verschillen zijn in prevalentie van seksueel risicogedrag tussen mannen en vrouwen met en zonder dubbele diagnose in Nederland. De voornaamste hypothese, gebaseerd op de beschikbare literatuur, was dat dubbele diagnose patiënten een significant hogere prevalentie van seksueel risicogedrag zouden vertonen dan de mannen en vrouwen in de controlegroep.

De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat dit effectief het geval is. Het is nog niet bekend wat het verschil in risicogedrag veroorzaakt. De verschillen in seksueel risicogedrag tussen beide groepen zijn consistent met de beschikbare literatuur met betrekking tot seksueel risicogedrag van mensen met uitsluitend een verslaving of een psychiatrische stoornis (Higgins, Barker & Begley, 2006; Gianotten, 2009; Evenden, 1999; Black, Serowik & Rosen, 2009; Meade, 2005; Castilla et al., 1999; Murphy, 1998). Wat betreft condoomgebruik vertonen mensen met een dubbele diagnose meer risicogedrag dan mensen met een enkele diagnose. Hierbij dient er echter rekening mee gehouden te worden dat er verschillende steekproeven met elkaar vergeleken worden dus dat dit gegeven met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dient te worden.

Dit onderzoek heeft tevens aangetoond dat dubbele diagnose patiënten vaker betaalde seks hebben. Dubbele diagnose patiënten gaven ook vaker aan ten minste eens in hun leven gedwongen te zijn tot seks. Bekend is dat mensen die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld of getraumatiseerd zijn in hun jeugd een grotere kans hebben om nogmaals slachtoffer te worden. Ook worden bij slachtoffers van seksueel geweld voorkeuren voor partners en seksuele situaties – vaker seks in ruil voor geld of iets anders en veel losse sekspartners – vaker gezien dan bij niet-slachtoffers. Het risico op seksueel geweld wordt groter als er veel alcohol of drugs wordt gebruikt (Höing & van Oosten, 2009). Dit illustreert dat trauma en ervaringen met seksueel geweld invloed hebben op het seksueel risicogedrag. Om deze relaties volledig te kunnen begrijpen is meer onderzoek nodig.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen die invloed kunnen hebben op de resultaten. De eerste en belangrijkste beperking is de kleine omvang van de DD-groep. Vooral het kleine aantal vrouwelijke patiënten is problematisch. Dit betekent dat de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden, met name die van de vrouwelijke patiënten. Een tweede beperking van dit onderzoek vormt het risico dat er ook dubbele diagnose patiënten aanwezig waren in de controlegroep, omdat hiervoor geen specifieke inclusie- en exclusiecriteria gehanteerd waren. Het is moeilijk te onderzoeken hoeveel mensen er in Nederland een dubbele diagnose hebben (Landelijk expertise- en implementatiecentrum dubbele diagnose, 2010). Een derde beperking is dat door de routing in de gebruikte vragenlijst niet bij alle gebruikte variabe-

len de antwoorden beschikbaar zijn van alle respondenten (N = 33). De belangrijkste kracht van dit onderzoek is dat dit het eerste is dat ooit gedaan is naar seksueel risicogedrag bij dubbele diagnose patiënten. Ook geeft het aan waar verder onderzoek nodig is.

Conclusie

In Nederland is bij dubbele diagnose patiënten meer sprake van seksueel risicogedrag dan bij mensen zonder. Ook rapporteren dubbele diagnose patiënten frequenter zichzelf te laten betalen voor seks en werden ze vaker gedwongen tot seks. Hoe de relatie tussen prostitutie, gedwongen seks, trauma en seksueel risicogedrag er bij hen uit ziet is nog onduidelijk. Dit onderzoek toont het belang aan van aandacht voor seksualiteit en seksueel risicogedrag en het gebruik van anticonceptiemiddelen in deze groep.

Literatuur

- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Bell, H., & Holleran Steiker, L. (2010). Prostitution and substance abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10, 218-223.
- Black, R. A., Serowik, K. L., & Rosen, M. I. (2009). Associations between impulsivity and high risk sexual behaviors in dually diagnosed outpatients. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 35, 325-328.
- Bolle, G., Griffioen, J. G., & Knegtering, H. (2009). Seksuologie en psychiatrie. In Gijs, L., Gianotten, W.L., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. T. M. (Eds.). *Seksuologie*. (pp. 515- 533). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Castilla, J., Barrio, G., Belza, M. J., & de la Fuente, L. (1999). Drug and alcohol consumption and sexual risk behavior among young adults: results from a national survey. *Drug- and Alcohol Dependence*, 56, 47-53.
- Demoor, M., Heene, K., & Reyemants, G. (2005). *Verslagen van het Centrum voor Genderstudies*. Gent: Academia press.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, 348-361.
- Gianotten, W. L. (2009). Drugs, genotmiddelen en seksualiteit. In Gijs, L., Gianotten, W. L., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. T. M.(Eds.). *Seksuologie*. (pp. 567- 573). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gijs, L., Gianotten, W. L., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. T. M. (2009). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2006). Sexual health education for people with mental health problems: What can we learn from the literature? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 687-697.
- Höing, M., & van Oosten, N. (2009). Primaire preventie van seksueel geweld. In Gijs, L., Gianotten, W.L., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P. T. M.(Eds.). *Seksuologie*. (pp. 268- 295). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Landelijk expertise- en implementatiecentrum dubbele diagnose (2010). Opgevraagd 16 oktober 2010 van: http://www.ledd.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=3
- Meade, C. S. (2006). Sexual risk behavior among persons dually diagnosed with severe mental illness and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 147-157.
- Murphy, D. L. (1998). Heterosexual contacts of intravenous drug users. Implications for the next spread of the AIDS epidemic. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 3, 89-97.

- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Sallmann, J. (2010). "Going hand-in-hand": Connections between women's prostitution and substance use. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10, 115-138.
- Silbert, M. H., Pines, A.M., & Lynch, T. (1982). Substance abuse and prostitution. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 193-197.
- Ter Kuile, M. M., Brauer, M., & Laan, E. (2009). De Female Sexual Function Index (FSFI) en de Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometrische eigenschappen in een Nederlandse populatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33, 207-222.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioural expressions and biosocial bases of sensation-seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

Medisch-ethische toetsing

Dit onderzoek is door de METIGG niet WMO-plichtig bevonden. Het Dagelijks Bestuur was primair van mening dat dit geen medisch-wetenschappelijk onderzoek is; er wordt geen medische uitkomst of uitkomstmaat nagestreefd. Tevens is overwogen dat de vragenlijsten ook bij gezonde mensen is afgenomen en dat deze vragen niet meer belastend zijn dan deze groep zou aankunnen. Bovendien is de duur van de invulling van de vragenlijsten beperkt.

Belangen

Er is geen sprake van een belangenconflict.

Summary

Sexual risk behavior of men and women with dual diagnosis.

Although there is evidence that people with a dual diagnosis, this means people with both an addiction as a psychiatric disorder, are at increased risk of sexually transmitted diseases (STDs) or undesirable pregnancy by sexual risk behavior, no comparative studies have been done regarding sexual risk behavior in this population. Research into this can teach us about the risks of STDs, HIV and undesirable pregnancies in this population, and the care for this group can possibly be improved. The data of 33 Dutch male and female dual-diagnosed patients were compared to data from 4257 male and female individuals from previous screening in the general population. Male and female dual-diagnosed patients report more sexual risk behavior than men and women without dual diagnosis. They report more often being paid for sex and more often being forced to have sex at least once in their life.

Key words: dual diagnosis, psychiatric disorder, addiction, sexual risk behavior, survey

Trefwoorden: dubbele diagnose, psychiatrische stoornis, verslaving, seksueel risicogedrag, vragenlijstonderzoek