



**Academiejaar 2014 -2015 POSTGRADUAAT SEKSUOLOGISCHE HULPVERLENING**

## **Seksuele disfuncties bij psychofarmaca**

**Naam: Ilse Poelmans**

**Begeleider: Katelijne Michiels**



## **Seksuele disfuncties bij psychofarmaca**

## **Voorwoord**

In de opleiding postgraduaat seksuologische hulpverlening heb ik ervoor gekozen om een paper te maken over seksuele disfuncties bij psychofarmaca. Vertrekkende vanuit een waargebeurde casus en persoonlijke interesse voor de problematiek, ben ik er toe gekomen om een informatieve brochure te maken voor patiënten in het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem.

Voor de realisatie van deze eindverhandeling heb ik op heel wat mensen beroep kunnen doen. Een welgemeende dank aan mijn docente Katelijne Michiels en mijn collega psychiater Guy Thijskens voor hun begeleiding en steun. Mijn zus Sarah en mijn vriend Yves wil ik bedanken voor de praktische hulp bij de realisatie van mijn paper.

## **Samenvatting**

In de geestelijke gezondheidszorg krijgen veel patiënten te maken met seksuele disfuncties door het gebruik van psychofarmaca. Psychofarmaca grijpen in op de werking van neurotransmittersystemen en hormonale afscheidingen en kunnen op die manier het seksuele functioneren beïnvloeden. Zowel rechtstreeks als onrechtstreeks kunnen er bijwerkingen ontstaan. Dit kan een negatieve invloed hebben op de therapietrouw. Om onderbreken van farmacotherapie te voorkomen bestaan er een aantal strategieën die toegepast kunnen worden om de therapietrouw te blijven behouden.

Om patiënten hierover te informeren heb ik voor hen een informatiebrochure gemaakt met uitleg over de werking van psychofarmaca, de (on)rechtstreekse seksuele bijwerkingen van psychofarmaca en wat ze kunnen doen bij seksuele stoornissen veroorzaakt door hun medicatie.

## INHOUD

Inleiding .....	1
1 Probleemstelling aan de hand van een casus.....	2
2 Psychofarmaca en seksualiteit .....	3
2.1 Werkingsmechanisme van psychofarmaca .....	3
2.2 De seksuele bijwerkingen van psychofarmaca .....	5
2.2.1 Directe en indirecte effecten op de seksuele respons.....	5
2.2.2 De seksuele bijwerkingen van de vier belangrijkste groepen psychofarmaca .....	7
3 Strategieën bij seksuele bijwerkingen van psychofarmaca .....	10
3.1 Bevragen, erkennen en bespreken van de disfunctie .....	10
3.2 Wachten op spontane remissie.....	10
3.3 Verlagen van de dosis .....	10
3.4 Overstappen naar een ander medicament.....	10
3.5 Toevoegen van een medicament aan de bestaande medicatie .....	11
3.6 Seksuologische begeleiding .....	11
4 Vertaling theorie naar de werkvloer .....	12
5 Besluit .....	13
6 Referentielijst.....	14



## Inleiding

Iedereen heeft recht op seksualiteit. Elk individu heeft het recht zich te ontwikkelen op vlak van seksualiteit en relatievorming en om seksualiteit te beleven op een persoonlijke manier. Seksualiteit is een belangrijke levensbehoefte van elke persoon. Seks kan een meerwaarde geven aan het leven en de kwaliteit van leven van mensen verbeteren.

In de geestelijke gezondheidszorg krijgen veel patiënten te maken met seksuele disfuncties door het gebruik van psychofarmaca. De toediening van deze specifieke medicijnen is de belangrijkste en meest toegepaste biologische behandeling voor psychiatrische stoornissen. De nieuw ontwikkelde psychofarmaca uit de afgelopen decennia hebben de levenskwaliteit van de psychiatrische patiënten en hun omgeving sterk verbeterd. Een groot aantal van die psychofarmaca geeft echter bijwerkingen op seksueel gebied. Dat kan een negatieve invloed hebben op de therapietrouw. Om onderbreken van farmacotherapie te voorkomen en de drempel tot het bespreekbaar maken van de seksuele disfunctie voor de patiënt te verlagen, heb ik ervoor gekozen om een informatieve brochure te maken. Deze brochure wil aan patiënten ook een signaal geven dat er ruimte is om over seksualiteit te praten.

Voor het theoretisch gedeelte van mijn paper heb ik me gebaseerd op het onderdeel psychofarmaca en seksualiteit geschreven door Bolle, Griffioen en Knegtering (2009). Voor het praktische gedeelte, met name de informatieve brochure voor patiënten in het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem, heb ik achtereenvolgens de werking van neurotransmitters uitgelegd, beknopte informatie gegeven over de psychofarmaca en de directe seksuele bijwerkingen van psychofarmaca beschreven. Voor dit laatste heb ik op de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie opzoekingswerk verricht. Ik heb ervoor gekozen om niet alle mogelijke psychofarmaca met hun werking en bijwerkingen te vermelden, maar ik heb me beperkt tot de medicatie die in het OPZC Rekem het meest wordt voorgeschreven en gebruikt. Deze zijn onderverdeeld in 4 grote groepen: anxiolytica, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren en antidepressiva. Om te voorkomen dat patiënten op eigen houtje stoppen met hun medicatie-inname heb ik hiervoor tenslotte alternatieven aangereikt die toegepast kunnen worden bij seksuele disfuncties veroorzaakt door psychofarmaca.

Veel psychiatrische ziektebeelden hebben op de één of andere manier een grote impact op het seksuele leven, ze gaan vaak gepaard met veranderingen in de seksuele behoefte en de seksuele respons. Niet enkel geeft de psychische aandoening beperkingen in de seksualiteit, ook bijkomende psychologische en sociale factoren spelen een belangrijke rol: belemmerende negatieve gedachten, stress, onverwerkte verlieservaringen, een veranderd zelf- en lichaamsbeeld, negatieve seksuele ervaringen, blokkades door depressie, woede of (faal)angst, gebrekkige relationele vaardigheden, het nog op zoek zijn naar de seksuele identiteit, het gebruik van drank en drugs, onvoldoende privacy in de zorginstelling, ... Ik geef deze storende factoren voor de seksualiteit ook in de brochure kort weer maar een uitgediepte kennisgeving hiervan valt niet binnen het bestek van mijn paper. Ze dienen uiteraard wel besproken te worden met de psychiater en/of de (seksuologische) hulpverlener.



## 1 Probleemstelling aan de hand van een casus

Jan (fictieve naam) is een 32-jarige man die al enkele jaren op onze afdeling, Forensische Zorg 2, verblijft. Vorig jaar is hij op eigen houtje gestopt met medicatie-inname omwille van erectiestoornissen ten gevolge van zijn antidepressivum, meer bepaald door het middel Seroxat®. Uit de casus blijkt dat Christophe moeite had met het bespreekbaar stellen van zijn seksueel probleem zowel met de aanwezige hulpverleners als met zijn psycholoog en psychiater en met de leden van de werkgroep Seksualiteit en Relaties, waar zijn mentor (psychiatrisch verpleegkundige) en ikzelf (sociaal verpleegkundige) toe behoren.

Seksualiteit blijkt in de psychiatrie nog vaak een beladen thema te zijn. De invoering van psychofarmaca midden vorige eeuw bracht een lichte verbetering in het bespreken van seksualiteit bij psychiatrische patiënten, daar het negatieve effect op de seksualiteitsbeleving snel gekend was. Desondanks worden patiënten nog steeds weinig of niet ingelicht over de bijwerkingen van voorgeschreven medicatie op het seksueel functioneren (Vandereycken, 1991).

Door het stoppen of minderen met psychofarmaca kunnen symptomen van de psychiatrische aandoening terug op de voorgrond treden. Onbesproken seksuele problemen anderzijds leiden tot seksuele frustraties die de behandeling van de psychische aandoening in de weg zitten. Soms richt een bepaalde bijwerking blijvende schade aan. Een voorbeeld hiervan is priapisme: een ongewenste, blijvende en pijnlijke erectie. Hier is tijdig ingrijpen door een chirurg of uroloog belangrijk. Als er niet binnen 6u wordt ingegrepen, bestaat de kans op fibrosering of bindweefselvorming van de corpora cavernosa (2 zwellichamen in de penis die zorgen voor de stijfheid van de penis bij erectie), waardoor een blijvende impotentie optreedt. Het is dus enorm belangrijk dat men als patiënt durft praten over seksualiteit en seksuele problemen en dat aan de patiënt alertheid voor bepaalde symptomen preventief wordt meegegeven. Hierin hebben de hulpverleners een belangrijke rol. Als psychiater is het noodzakelijk seksueel gedrag en problemen als routine in de behandeling, en nadrukkelijk bij het voorschrijven van medicatie, op te nemen (Hengeveld, 1995). Vaak is het zo dat de seksuele neveneffecten niet gekend zijn bij de behandelende arts, omdat de patiënt deze problematiek niet zelf aanhaalt (Rosenberg, Bleibergh, Koscis en Gross, 2003). Patiënten stellen het ten zeerste op prijs dat de arts de seksuele problemen bespreekbaar maakt (Hengeveld, 1995).

## 2 Psychofarmaca en seksualiteit

Psychofarmaca zijn medicijnen die het psychisch functioneren trachten te verbeteren door de gestoorde activiteit van neurotransmitters zo specifiek mogelijk te corrigeren.

Om inzicht te verkrijgen in de werkingsmechanismen van psychofarmaca, maken we eerst kennis met de functionele basiseenheid van het centraal zenuwstelsel, het neuron.

### 2.1 Werkingsmechanisme van psychofarmaca

Het centrale zenuwstelsel (hersenen en ruggenmerg) regelt ons lichamelijk en psychisch functioneren. Door een ingewikkeld netwerk van schakelingen tussen zenuwcellen (neuronen) vindt er informatieoverdracht plaats tussen hersendelen onderling en van/naar de verschillende organen. Elk neuron bestaat uit een cellichaam en verschillende uitlopers die verbindingen maken met andere zenuwcellen. Op deze wijze worden voortdurend signaaltjes of elektrische prikkels van de ene plaats naar de andere gezonden. De uitlopers van de verschillende neuronen hebben geen direct contact met elkaar: aan hun knooppunt (de synaps) blijkt tussen de uitloperknoppen een minuscule ruimte (synaptische spleet) te bestaan. De geleiding van een elektrische prikkel door de synaptische spleet gebeurt met behulp van scheikundige stoffen die als het ware de boodschap van het ene naar het andere neuron overdragen, vandaar hun naam neurotransmitters. In de knop van zenuwuitloper 1 (presynaptisch neuron) komt een elektrische prikkel aan en maakt neurotransmitters vrij die zijn opgeslagen in kleine blaasjes. Vrijgekomen in de synaptische spleet komt de neurotransmitter terecht op een voor elke stof passende opvangplaats (receptor) in de wand van zenuwuitloper 2 (postsynaptisch neuron). Dit veroorzaakt een elektrische prikkel in de tweede zenuwcel. Dit signaal wordt dan weer op dezelfde wijze doorgeseind naar de volgende cel, enzovoort. In en rond de synapsen worden neurotransmitters voortdurend aangemaakt en afgebroken. Hun beschikbaarheid en onderlinge verhouding spelen dan ook een belangrijke rol en hun werking verschilt naargelang het hersenonderdeel waarin ze actief zijn. In de hersenschors bevinden zich bijvoorbeeld centra die zintuiglijke waarneming, motorische activiteit en logisch denken regelen. Het limbisch systeem (een verzameling structuren die als een ring of limbus rondom de hersenstam liggen) speelt een centrale rol in de regulering van emotioneel gedrag. Via neuronen staat het limbisch systeem in verbinding met de hersenschors en met de hypothalamus, een hersengedeelte dat onder andere de hormoonproductie bestuurt. Zo zorgen deze onderlinge zenuwnetwerken ervoor dat emoties gepaard gaan met veranderingen in zowel gewaarwordingen en gedachten als hormoonspiegels, die op hun beurt bepaalde lichaamsfuncties beïnvloeden. Een te sterke of te zwakke activiteit van deze stoffen in bepaalde hersenstructuren zou de oorsprong zijn van sommige psychiatrische stoornissen. Een overactiviteit van dopamine is in verband gebracht met psychotisch gedrag. Noradrenaline speelt een rol in de angstregulering en serotonine in de impulscontrole. Alle drie zijn betrokken bij de regulering van de stemming (Vandereycken, 1997).

Bij het psychische en seksuele functioneren zijn verschillende regulatiesystemen betrokken, met een veelheid aan neurotransmitters/neuropeptiden en hormonen. De belangrijkste neurotransmittersystemen die worden beïnvloed door psychofarmaca zijn *dopamine, serotonine en noradrenaline*.

Uitlopers (projecties) van *dopaminerge* zenuwcellen gaan naar de frontale hersengebieden, naar het striatum (grote kernmassa in de hersenhemisferen) en naar het limbische systeem. Dopaminerge projecties in de frontale schors beïnvloeden aandacht, concentratie, initiëren en stoppen van gedrag, inclusief seksueel gedrag. Dopaminerge projecties naar het striatum beïnvloeden onder andere de fijne motoriek. Dopaminerge projecties naar het limbische systeem zijn betrokken bij het kunnen ervaren van onder andere belonen en straffen, emotie en een orgasme. Dopamine speelt nog een geheel andere rol in de hypofyse: hier remt dopamine onder andere de afgifte van het hormoon prolactine.

*Serotonerge* projecties zijn betrokken bij de regulatie van stemming, angst, slaap, eetlust en seksualiteit. De meeste antidepressiva vergroten de beschikbare hoeveelheid serotonine. Als ze daarbij onder andere 5HT<sub>2a</sub>-receptoren stimuleren, gaat dit meestal gepaard met een inhibitie van seksuele activiteit en vooral met orgasmestoornissen. 5HT<sub>1a</sub>-agonisten daarentegen verhogen de seksuele activiteit. Ejaculatie staat waarschijnlijk ook deels onder serotonerge invloed van mogelijk via 5HT<sub>1a</sub>-, 5HT<sub>1b</sub>-, en 5HT<sub>2c</sub>-receptoren. Gedacht wordt dat antidepressiva, vooral de SSRI's (selective serotonin reuptake inhibitor), via deze receptoren bij de man orgasme en ejaculatie vertragen.

*Noradrenaline* wordt als neurotransmitter in het centrale zenuwstelsel vooral gebruikt in het adrenerge systeem, vooral in het sympathische deel van het zenuwstelsel. Noradrenaline hecht postsynaptisch aan op zogenaamde alfa<sub>1</sub>- of alfa<sub>2</sub>receptoren. Bij alfa<sub>1</sub>-(adrenoceptor)antagonisten zijn de meest voorkomende bijwerking ejaculatiestoornissen, waarbij er een verminderd volume is van het ejaculaat of het ejaculaat geheel afwezig is, vaak bij normale orgasmebeleving. Sommige antipsychotica (onder andere risperidon en sertindol) hebben alfa<sub>1</sub>-blokkerende effecten (Bolle, Griffioen en Knegtering, 2009).

## 2.2 De seksuele bijwerkingen van psychofarmaca

Psychofarmaca interfereren met neurotransmittersystemen en hormonale afscheidingen en kunnen op die manier het seksuele functioneren van de patiënt beïnvloeden.

### 2.2.1 *Directe en indirecte effecten op de seksuele respons*

De seksuele responscyclus is een belangrijk aspect van seksualiteit. De lichamelijke veranderingen tijdens seksuele opwinding (fantaseren, masturberen, seks met partner en ook tijdens de REM-slaap) worden verdeeld in vijf fasen die bij voldoende en doorgaande stimulatie elkaar op kunnen volgen: verlangen, opwinding, plateaufase (fase waarin de opwinding maximaal is en na kortere of langere tijd bij voortgaande stimulatie tot een orgasme kan leiden), orgasme en herstel (Ijff, 2010). Psychiatrische medicatie kan alle fasen van de seksuele respons beïnvloeden.

Niet enkel hebben psychofarmaca een *direct effect* op de seksuele respons, er bestaan ook *indirecte effecten*. Hierbij gaat het om fysiek ongemak en negatieve beïnvloeding van algemeen welbevinden, stemming en uiterlijk, waardoor seks voor de patiënt en/of de partner minder prettig of zelfs bedreigend kan worden.

*Direct* kunnen psychofarmaca alle fasen van de seksuele respons beïnvloeden. Dopamineagonisten kunnen leiden tot verstoring van de seksuele impulsbeheersing en hyperseksualiteit. Bij gebruik van dopamineantagonisten kan er een sterke prolactineverhoging ontstaan die secundair veranderingen kunnen geven in de testosteronspiegels, hetgeen waarschijnlijk bijdraagt tot het verminderen van de zin in seks, zowel bij de man als bij de vrouw. Erectie en lubricatie (vochtig worden) kunnen minder worden bij de stoffen met anticholinerge en anti-adrenerge werking. Dat kan ook bij antidopaminerge stoffen, opnieuw mogelijk mede door de bijhorende stijging van de prolactinespiegel. Het orgasme wordt vooral negatief beïnvloed door een overmaat aan serotonine en/of het blokkeren van dopamine. Bij gebruik van sommige stoffen kan de belevingskwaliteit van het orgasme veranderen. Soms treedt retrograde ejaculatie op, een pijnlijk orgasme of spontane orgasmen. Ook verminderde gevoeligheid van en pijn in de genitalia kunnen voorkomen.

*Onrechtstreekse* beïnvloeding van het seksuele functioneren kan op verschillende manieren plaatsvinden. Bij een anticholinerge werking worden de slijmvliezen droger, met als gevolg een droge mond. Zoenen is dan minder aantrekkelijk, zeker als daarbij ook een vieze geur in de mond is ontstaan. Bij slaperigheid (een antihistaminerg en anti-adrenerg effect) en sufheid kan de ontspanning van het voorspel ertoe leiden dat de betrokkene in slaap valt. Andere vormen van ongemak zijn hevige transpiratie, hoofdpijn, misselijkheid, duizeligheid. Medicatie kan ook het uiterlijk van patiënten veranderen en daarmee ook de ervaren aantrekkelijkheid voor een partner doen afnemen, bijvoorbeeld door huidafwijkingen en krabeffecten of door gewichtstoename (een antihistaminerg effect). Dopamineblokkade gaat vaak gepaard met hyperprolactinemie. Door hyperprolactinemie kunnen verschijnselen ontstaan als borstvorming bij de man (gynaecomastie) en bij de vrouw amenorroe (wegblijven van de menstruatie), melkuitvloed en toename van het volume van de borsten. Bij antipsychotica-gebruik kan de patiënt ook onaantrekkelijk worden voor de partner door extrapiramidale verschijnselen, zoals een star uiterlijk, traagheid en beven. Veel psychotrope stoffen leiden tot stemmingsveranderingen. Vaak wordt echter niet de gewilde stemmingsverandering bereikt, maar schiet de stemming door naar gebieden die vervelend zijn voor de patiënt zelf of voor zijn omgeving. Zo kunnen psychotrope stoffen leiden tot depressiviteit (antipsychotica), manisch gedrag (antidepressiva), agressie, anhedonie of het niet meer (kunnen) ervaren van vreugde

(antipsychotica, antidepressiva), angst, nervositeit, ongeïnteresseerdheid en gespannenheid. Al die stemmingen kunnen de patiënt en/of de partner de zin in seks benemen (Bolle et al., 2009).

## 2.2.2 De seksuele bijwerkingen van de vier belangrijkste groepen psychofarmaca

### Anxiolytica

Anxiolytica verminderen angst. De belangrijkste groep vormen de benzodiazepinen, zoals diazepam (Valium®) en oxazepam (Seresta®). Deze stoffen werken doorgaans ook sederend. De werking loopt via het versterken van de neurotransmitter GABA en het effect is snel. Benzodiazepinen kunnen een dosisafhankelijke vertraging van het orgasme geven en ook gewichtstoename. Buspiron daarentegen is een redelijk snelwerkend anxiolyticum maar is geen benzodiazepine en is niet sederend. Van buspiron zijn geen seksuele bijwerkingen bekend, behoudens een enkele melding van priapisme. Ook de serotonerge antidepressiva werken anxiolytisch, via interactie met het serotoninemechanisme. Dit effect is echter pas na enige weken merkbaar.

### Antipsychotica

Antipsychotica, vroeger 'neuroleptica' genaamd, verminderen of stoppen psychotische verschijnselen (wanen en hallucinaties) en hevige agitatie of onrust. Alle antipsychotica zijn postsynaptische dopamineblokkers (dopamine-antagonisten). Daarnaast hebben veel antipsychotica antiserotonerge, antihistaminerge en antinoradrenerge (alfablokkerende) eigenschappen. Een nadeel van de 'klassieke' antipsychotica is het vaak optreden van extrapyramidale verschijnselen (zoals stijve spieren, kramp, trillen en onrust). Bij de moderne, 'atypische' antipsychotica als amisulpride (Solian®), aripiprazol (Abilify®), clozapine (Leponex®), quetiapine (Seroquel®), risperidon (Risperdal®) en olanzapine (Zyprexa®) treden die extrapyramidale verschijnselen minder vaak op. De sterkste affiniteit van deze antipsychotica betreft niet het dopaminesysteem maar het serotoninesysteem en andere systemen. Hun werking is waarschijnlijk niet alleen gebaseerd op dopamineblokkade. Blokkade van de dopamine D2-receptoren in de hypothalamus en vooral de hypofysevoorkwab leidt tot verhoging van prolactinespiegels. Een deel van de antipsychotica, vooral clozapine en quetiapine, zijn erg zwakke dopamine-antagonisten. Clozapine en quetiapine verhogen nauwelijks de prolactinespiegel in het bloed. Mede hierdoor is hun invloed op het seksueel functioneren relatief beperkt. Aripiprazol is een stof die enerzijds een relatief sterke dopamine-antagonist is, anderzijds een dopamine-agonist. Dit laatste komt ook tot uiting in een lichte daling van de prolactinespiegel. Volgens recent onderzoek heeft het waarschijnlijk geen remmende effecten op de seksualiteitsbeleving en zou het bij sommigen wellicht licht stimulerend kunnen zijn. Veel klassieke antipsychotica maar ook bijvoorbeeld risperidon en het daarvan afgeleide paliperidon (Invega®) hebben een sterke affiniteit voor de dopaminereceptor. Dit kan leiden tot bewegingstoornissen maar ook tot ongewenste seksuele effecten als vermindering van seksueel verlangen en stoornissen van erectie, lubricatie en orgasme. Deze effecten worden nog versterkt doordat deze geneesmiddelen prolactineverhogend zijn, met waarschijnlijk negatieve effecten op het seksueel verlangen en de mogelijkheid om seksuele fantasieën te hebben.

Om de bloed-hersenbarrière te passeren en zo het limbische systeem te bereiken, moet een antipsychoticum relatief lipofiel (vetminnend) zijn. Een aantal antipsychotica is dat echter minder, waardoor ze relatief sterker gebieden beïnvloeden die buiten de bloed-hersenbarrière liggen, zoals de hypofyse. Voorbeelden van antipsychotica die een relatief sterk effect hebben op de hypofyse-voorkwab zijn amisulpride, sulpiride (Dogmatil®), risperidon en paliperidon. Risperidon is sterk serotonine-antagonistisch en veroorzaakt (mede) daardoor weinig bewegingstoornissen. Het wordt door de lever afgebroken tot het dopamine-agonistisch werkende 9-hydroxyrisperidon. Beide stoffen hebben een relatief sterk effect op de hypofyse-voorkwab, waardoor het prolactine sterk wordt verhoogd. Risperidon veroorzaakt dan ook

frequent seksuele functiestoornissen. Ook paliperidon verhoogt in voor psychose adequate doseringen relatief sterk de prolactinespiegel in het perifere bloed. De effecten van paliperidon op seksualiteit zijn nog niet onderzocht. Amisulpride (en sulpiride) zijn relatief zwakke en selectieve dopamine-antagonisten met een relatief sterk effect op de hypofyse-voorkwab. De effecten van amisulpride en sulpiride op seksualiteit zijn nauwelijks onderzocht. Antipsychotica kunnen ook perifere effecten hebben die de seksuele fysiologie beïnvloeden. Sommige blokkeren de cholinerge en alfa-adrenerge receptoren, waardoor erectie, ejaculatie en orgasme kunnen worden geremd. Soms treedt retrograde ejaculatie op, onder andere bij risperidon en sertindol (Serdolect®). Zowel de conventionele als de atypische antipsychotica kunnen door hun alfa-1adrenerge antagonisme priapisme veroorzaken. Een dergelijk priapisme is zeer zeldzaam, maar wel een noodsituatie, want uitgestelde behandeling kan leiden tot blijvend erectieverlies.

Uit bovenstaande blijkt duidelijk dat de antipsychotica een heterogene verzameling van geneesmiddelen vormen met uiteenlopende effecten op het seksueel functioneren. Ongewenste effecten van antipsychotica op het seksueel functioneren zijn op zich omkeerbaar, maar houden aan zolang de medicatie niet wordt gestopt of tenminste in dosis wordt geminderd. Indien tijdens antipsychoticagebruik hinderlijke seksuele functiestoornissen optreden, kan echter rekening houdend met hierboven beschreven eigenschappen vaak een alternatief antipsychoticum (veelal een zogenaamd prolactinesparend) worden gekozen, zoals quetiapine, aripiprazol of olanzapine.

### Stemmingsstabilisatoren

Stemmingsstabilisatoren hebben een antimanische en een antidepressieve werking en worden zowel gebruikt in acute manische fasen als voor onderhoudsdosering. Naast lithium horen hier ook enige anti-epileptica (carbamazepine, valproïnezuur) bij. Hun werking loopt onder andere via beïnvloeding van het serotonerge en het adrenerge systeem en weinig via het dopaminerge systeem. Overigens is het exacte werkingsmechanisme nog onbekend. Sommige onderzoekers menen dat lithium als monotherapie weinig seksuele functiestoornissen geeft. In combinatie met benzodiazepines zou wel een toename van seksuele functiestoornissen optreden. Bij de anti-epileptica doen carbamazepine (Tegretol®) en fenytoïne (Diphantoïne®) de SHBG-spiegel (Sex Hormoon Bindend Globuline) stijgen, waardoor minder (vrij) testosteron beschikbaar blijft en de zin in seks kan afnemen.

### Antidepressiva

Antidepressiva normaliseren de stemming en beïnvloeden andere depressieve kenmerken zoals interesseverlies en schuldgevoel. Een aantal antidepressiva heeft op basis van hun serotonerge werking (remming van de heropname van serotonine) ook een anxiolytisch effect. Deze effecten zijn pas na twee tot vier weken merkbaar. De seksuele bijwerkingen kunnen daarentegen al na enige uren optreden. De exacte werking van de antidepressiva is onbekend. Waarschijnlijk berust de werking op het doen toenemen in de synapsspleet van serotonine, noradrenaline en/of dopamine. Daarin verschillen de groepen antidepressiva ook onderling. De oude groep zijn de tricyclische antidepressiva of TCA's, waaronder desipramine (Pertrofan®), imipramine (Tofranil®), clomipramine (Anafranil®) en amitriptyline (Tryptizol®). Bij SSRI's (selective serotonin reuptake inhibitor) zoals paroxetine (Seroxat®), fluvoxamine (Fevarin®), fluoxetine (Prozac®), sertraline (Serlain®), citalopramen (Cipramil®) en escitalopram (Sipralexa®) wordt de serotonineheropname uit de synaps voorkomen, zonder dat heropname van andere neurotransmitters wordt geremd. Er zijn enige niet-specifieke SRRI's waaronder venlafaxine (Efexor®) en trazodon (Trazolan®) en een groep 'moderne' antidepressiva: mianserine (Tolvon®), mirtazapine (Remergon®) en moclobemide (Aurorix®). Ook wat de

seksuele bijwerkingen betreft zijn die groepen te onderscheiden. Net als de SSRI's kunnen de traditionele antidepressiva, de TCA's (tricyclische antidepressiva), een negatieve invloed hebben op zowel zin als opwinding als orgasme, waarbij de SSRI's overigens vooral het orgasme verstoren (uitstel van orgasme). Antidepressiva, vooral trazodon, kunnen sporadisch ook priapisme van de penis veroorzaken. Bij gebruik van antidepressiva krijgen vooral libidoverlies en orgasmestoornissen veel aandacht. Alle SSRI's vertragen de ejaculatie en het orgasme. Van een aantal moderne antipsychotica met niet te krachtige D2-antagonistische werking (bijv. quetiapine, olanzapine, aripiprazol) zouden de 5HT2a-antagonistische eigenschappen de seksuele functiestoornissen van serotonerge antidepressiva kunnen opheffen. Mirtazapine (Remergon®) is een antidepressivum met 5HT2a-antagonistische eigenschappen, een van de redenen waarom mirtazapine relatief weinig seksuele functiestoornissen zou geven (Bolle et al., 2009).



### 3 Strategieën bij seksuele bijwerkingen van psychofarmaca

Ongewenste effecten van geneesmiddelen op seksueel functioneren verminderen niet alleen de kwaliteit van leven, maar kunnen ook de therapietrouw negatief beïnvloeden. Het is dan ook belangrijk om bij de systematische evaluatie van gewenste en ongewenste effecten van een geneesmiddel ook de seksuele bijwerkingen te betrekken.

Bij problemen door anxiolytica lijkt buspiron het meest geschikte alternatief omdat die stof noch het orgasme remt noch sederend werkt.

Als bij antipsychotica seksuele bijwerkingen optreden bij een middel dat bekend staat als prolactineverhogend (klassieke antipsychotica, risperidon, paliperidon, sulpiride, amisulpride), kan gekozen worden voor een 'prolactinesparend' antipsychoticum. Ook kan dosisverlaging worden geprobeerd. Er zijn aanwijzingen dat bij erectieproblemen door antipsychotica, PDE5-remmers kunnen worden geprobeerd. PDE5-remmers zijn het hoofdingrediënt van de moderne erectiepillen. Ze remmen het enzym fosfodiësterase. Dit enzym bevordert de afvloeiing van bloed uit de penis na seksuele activiteit. Doordat het enzym geremd wordt, blijft het bloed langer in de penis aanwezig. Hoewel in theorie dopamineagonisten psychosen zouden kunnen induceren, is ook toevoegen van een dopamine-agonist (bromocriptine, cabergoline, amantadine) aan antipsychotica met succes geprobeerd.

Bij seksuele disfuncties door lithiumgebruik lijkt valproïnezuur of topiramaat een mogelijk alternatief uit de groep anti-epileptica omdat dat geen invloed heeft op de SHBG-spiegel en dus het beschikbare testosteron niet verlaagt.

Achtereenvolgens kunnen de volgende mogelijkheden worden overwogen:

#### 3.1 Bevragen, erkennen en bespreken van de disfunctie

Belangrijk daarbij is de informatie dat het om een bijwerking gaat. Na stoppen van de medicatie verdwijnt de klacht altijd.

#### 3.2 Wachten op spontane remissie

De seksuele respons past zich aan aan de verminderde neurotransmitters. Het lichaam kan zich aanpassen.

#### 3.3 Verlagen van de dosis

De individuele gevoeligheid is kennelijk zeer verschillend. Sommige patiënten ervaren nog geen seksuele bijwerking bij meer dan de normale dosis, anderen al bij een lage dosis.

#### 3.4 Overstappen naar een ander medicament

Bij een depressie moet het alternatieve middel even goede antidepressieve eigenschappen hebben en minder seksuele bijwerkingen. Waarschijnlijk heeft het geen zin om te switchen binnen dezelfde groep (dus bijvoorbeeld van de ene SSRI naar de andere). Moclobemide (Aurorix®), trazodon (Trazodone®), bupropion (Zyban®) en mirtazapine (Remergon®) zijn geschikte alternatieven bij SSRI-gerelateerde seksuele disfuncties. De werking van de SSRI's is echter zo goed dat men niet graag van deze middelen afstapt. Overstappen naar een ander middel dient of heel geleidelijk of met een wash-out-periode te gebeuren, waarbij het vorige middel eerst wordt afgebouwd totdat het helemaal uit het lichaam verdwenen is. Een alternatief is om trazodon of mirtazapine aan de SSRI toe te voegen om de seksuele functiestoornis te verminderen en eventueel zelfs het antidepressieve effect te versterken.

### 3.5 Toevoegen van een medicament aan de bestaande medicatie

Een groot aantal middelen is beschreven uit de groepen van stimulantia, cholinergica, antiserotonergica, dopaminergica, alfa-2-antagonisten, fosfodiësteraseremmers, anxiolytica en antidepressiva van buiten de SSRI-groep. Van buspiron en sildenafil is het effect inmiddels met methodologisch goede studies bewezen.

### 3.6 Seksuologische begeleiding

Als een disfunctie (vooralsnog) onoplosbaar of onvermijdelijk is, wil dat geenszins zeggen dat seksuologische hulp verder overbodig of zinloos is. Via counseling kan worden gezocht naar nieuwe voldoende acceptabele seksuele scenario's. Hier kan plaats zijn voor symptomatische behandeling van een functie die verloren is gegaan, bijvoorbeeld het gebruik van intracaverneuze injecties of een vacuümpomp bij erectieverlies (Bolle et al., 2009).

#### **4 Vertaling theorie naar de werkvloer**

Ik heb ervoor gekozen om een informatiebrochure voor patiënten te maken. Via dit informatiekanaal wil ik aan patiënten kennis overdragen over de seksuele bijwerkingen van hun psychofarmaca. De brochure is gemaakt om het onderbreken van farmacotherapie te voorkomen en om de drempel tot het bespreekbaar maken van de seksuele disfunctie te verlagen. Deze brochure wil aan patiënten ook een signaal geven dat er ruimte is om over seksualiteit te praten.

Uit gesprekken met patiënten stel ik vast dat ze vooral geïnteresseerd zijn in de werking van hun psychofarmaca en in wat ze kunnen doen als er sprake is van een seksuele stoornis veroorzaakt door hun medicatie. Bij het maken van de brochure heb ik uiteraard rekening gehouden met deze bevindingen.

Het was aanvankelijk de bedoeling om patiënten te informeren over alle rechtstreekse en onrechtstreekse seksuele bijwerkingen van hun medicatie. Patiënten hebben immers het recht om volledig geïnformeerd te worden hierover. Doch in overleg en in samenspraak met mijn collega psychiater Guy Thijskens hebben we besloten om via de brochure patiënten enkel te informeren over de rechtstreekse seksuele bijwerkingen van psychofarmaca. De achterliggende gedachte van deze voorzichtige terughoudendheid berust op het feit dat sommige patiënten erg gefocust zijn op de bijwerkingen waardoor ze toch op eigen houtje stoppen met hun medicatie-inname. Patiënten kunnen ook overspoeld raken bij het lezen van de vele mogelijke bijwerkingen wat therapietrouw in de weg kan staan. In het handboek Seksuologie staan bijwerkingen van psychofarmaca op een andere manier beschreven dan in de bijsluiters. Om bij patiënten verwarring en achterdocht te voorkomen heb ik enkel de bijwerkingen genoteerd die terug te vinden zijn in de bijsluiters van elk medicament.

Dokter Thijskens en ikzelf stellen voor dat er in het forensisch cluster tijdens de sessies Seksualiteit en Relaties (gegeven door leden van de Werkgroep S&R) aandacht wordt besteed aan zowel de seksuele bijwerkingen van psychofarmaca als aan het ter sprake brengen van de seksuele stoornis(sen) bij hun psychiater of verpleegkundige. Ook zal de psychiater tijdens een consultatiegesprek individueel bekijken of er een brochure aan patiënten kan meegegeven worden na een consultatie. De gelezen informatie in de brochure kan dan op een volgende consultatie besproken worden. Deze voorstellen dienen wel nog voorgelegd te worden in de werkgroep Seksualiteit en Relaties van het forensisch cluster. Hoe de brochure in de overige clusters van het OPZC Rekem (cluster acute zorg, cluster ouderenzorg en cluster langdurige zorg) geïmplementeerd zal worden, moet nog besproken worden met de clustermanagers en psychiaters van desbetreffende clusters.

Mijn collega (communicatiedeskundige multimedia) zal binnenkort, met de toestemming van de clustermanager Forensische Zorg, de brochure ontwerpen.

## **5 Besluit**

In de geestelijke gezondheidszorg krijgen veel patiënten te maken met seksuele disfuncties door het gebruik van psychofarmaca. Er kunnen zowel rechtstreeks als onrechtstreeks seksuele bijwerkingen ontstaan. Dit kan een negatieve invloed hebben op de therapietrouw. Om onderbreken van farmacotherapie te voorkomen en de drempel tot het bespreekbaar maken van seksualiteit te verlagen, heb ik voor hen een informatiebrochure gemaakt. De brochure kan als leidraad dienen om seksualiteit ter sprake te brengen. De meeste patiënten ervaren te veel moeite om een gesprek over seksualiteit te starten. Hierdoor is het belangrijk dat de hulpverlener het gesprek proactief initieert. Doch seks ter sprake brengen in de zorgverlening is voor veel hulpverleners geen evidentie. Het is daarom aangewezen dat zij hierin bijgeschoold worden want een goed, professioneel gesprek over seksualiteit kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van de patiënt.

## 6 Referentielijst

Bolle, G., Griffioen, T., & Knegtering, R. (2009). Seksuologie en psychiatrie. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, P. Weijnenborg, *Seksuologie* (Hoofdstuk 22). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Hengeveld, M.W. (1995). Wat iedere psychiater zou moeten weten maar niet durft te vragen: de seksualiteit van de psychiatrische patiënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37 (9), 740-745

Ijff, M. (2010). *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Van Gorcum

Rosenberg, K.P., Bleibergh, H., Koscis, J., & Gross, C. (2003). A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: Impact on compliance. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29 (4), 289-296

Vandereycken, W. (1997). *Psychiatrie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum

Vandereycken, W. (1991). Forum: Seksualiteit en relatievorming in een psychiatrische afdeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 15, 41-46

Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (z.j.). Geraadpleegd op 1 mei 2015, <http://www.bcfi.be/>

