

# Veranderde classificatie van seksuele disfuncties

## Van DSM-IV-TR naar DSM-5

### AUTEUR

Jacques J.D.M. van Lankveld

Jacques van Lankveld is hoogleraar klinische psychologie aan de Open Universiteit. Vanuit deze positie was hij hoofdopleider psychotherapie bij RINO Zuid in de periode 2006-2014. Van 2001-2010 was hij hoofdredacteur van het Tijdschrift voor Seksuologie, sinds 2016 is hij bestuursvoorzitter van de Stichting Tijdschrift voor Seksuologie.

Seksuele disfuncties zijn veelvoorkomende problemen bij vrouwen en mannen in verschillende levensfasen. Deze disfuncties kunnen aanzienlijke lijdensdruk veroorzaken en grote persoonlijke en maatschappelijke kosten met zich meebrengen. Veel medische en psychologische specialisten worden geconsulteerd voor dergelijke problemen. Voor de onderlinge communicatie tussen verwijzers en behandelaars is het gebruik van een valide en betrouwbaar classificatiesysteem van groot belang. Ook wetenschappelijk onderzoekers zijn hierbij gebaat om onderzoeken onderling vergelijkbaar te maken.

De classificatie van seksuele disfuncties weerspiegelt noodzakelijkerwijs de dominante visie in wetenschappelijke en klinische kringen en de kenmerken daarvan uit de tijd waarin de classificatie werd opgesteld. Ontwikkelingen in de visie op seksuele disfuncties zijn dan ook

herkenbaar in de opeenvolgende versies van de classificatiesystemen, zoals het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), dat vooral in de psychiatrie en de psychologie het meest gebruikte systeem is.

In 2013 werd DSM-5 gepubliceerd.<sup>1</sup> In dit artikel bespreek en becommentarieer ik enkele saillante wijzigingen in DSM-5 ten opzichte van DSM-IV-TR met betrekking tot de seksuele disfuncties. Voor een vollediger overzicht verwijs ik naar het decembernummer uit 2013 van het *Tijdschrift voor Seksuologie*.

### WAT IS ER GEWIJZIGD?

De classificatie van seksuele disfuncties bij mannen in DSM-5 is weinig gewijzigd ten opzichte van de vorige versie, DSM-IV-TR (zie tabel 1).<sup>2</sup> Gebleven zijn de hypoactief-seksueel-verlangenstoornis, de erectiestoornis, de vertraagde ejaculatie (voorheen 'orgasmestoornis

TABEL 1

### Seksuele disfuncties bij de man

Veranderingen in de classificatie tussen DSM-IV-TR en DSM-5

DSM-IV-TR	DSM-5
seksuele stoornis met verminderd verlangen	hypoactief-seksueelverlangenstoornis bij de man
seksuele aversiestoornis	-
erectiestoornis bij de man	erectiestoornis
orgasmestoornis bij de man	vertraagde ejaculatie
voortijdige ejaculatie	voortijdige ejaculatie
dyspareunie (niet door een somatische aandoening)	-
seksuele disfunctie als gevolg van een somatische aandoening	-
-	seksuele disfunctie door een middel/medicatie
-	andere specifieke seksuele disfunctie
-	ongespecificeerde seksuele disfunctie

bij de man'), de voortijdige ejaculatie, en de varianten van deze disfuncties die voortvloeien uit het gebruik van psychotrope stoffen of medicijnen. Verdwenen zijn de seksuele-aversiestoornis en dyspareunie bij de man.

Een van de wijzigingen in de classificatie van vrouwelijke disfuncties is het samenvoegen van verminderd seksueel verlangen en verminderde seksuele opwinding tot de seksuele-intresse/opwindingsstoornis (zie tabel 2). De symptoomcriteria hiervan staan in tabel 3. Een andere wijziging is dat dyspareunie en vaginisme, die in DSM-IV-TR zelfstandige classificaties hadden, in DSM-5 werden samengevoegd tot de genitopelviënpijn/penetratiestoornis.<sup>3</sup> De symptoomcriteria hiervan staan eveneens in tabel 3.

Voor mannen én vrouwen zijn verder nog opgenomen: seksuele disfunctie door een middel/medicatie, andere specifieke seksuele disfunctie en ongespecificeerde seksuele disfunctie. Verdwenen uit de lijst zijn de seksuele aversiestoornis, en de seksuele disfunctie als gevolg van een somatische aandoening. Over deze laatste zeggen de auteurs van DSM-5 dat 'wanneer duidelijk is dat het seksueel functioneren het gevolg is van een somatische aandoening de diagnose "seksuele disfunctie" niet gesteld kan worden'.

## VERANDERENDE OPVATTINGEN OVER SEKSUEEL FUNCTIONEREN *Het lineaire model van de seksuele respons*

Ondanks de wijzigingen in de opgenomen classificaties en de classificatiecriteria, weerspiegelen de mannelijke seksuele stoornissen in DSM-5 nog steeds het lineaire model van de seksuele respons, dat in de jaren 60 van de vorige eeuw werd geïntroduceerd door Masters en Johnson,<sup>4</sup> en dat werd aangevuld met de ideeën van Kaplan over de fase van seksueel verlangen dat aan de seksuele opwindingsrespons vooraf zou gaan (figuur 1).<sup>5</sup> Seksueel verlangen gaat in dit model vooraf aan seksuele opwinding/erectie, daarna kan orgasme/zaadlozing volgen. Een probleem dat in een latere fase van de responsketen speelt kan daardoor gezien worden als het 'logische' gevolg van problemen in eerdere fasen: moeite met het bereiken van orgasme/zaadlozing als ook sprake is van erectiefalen wordt niet makkelijk als zelfstandig probleem beschouwd. Dit lineaire model kwam rechtstreeks voort uit het onderzoek van Masters en Johnson.<sup>4</sup> Zij beschreven hun observaties van masturberende individuen en vrijende paren als een natuurlijke en biologische opeenvolging van stadia van opwinding en orgasme. Waarschijnlijk omdat zij in hun laboratorium alleen sterk seksueel gemotiveerde proefpersonen zagen,

## SAMENVATTING

Sinds 2013 is DSM-5 beschikbaar, de huidige versie van het veelgebruikte classificatiesysteem voor psychische stoornissen. De classificaties van de seksuele disfuncties hierin hebben een aantal wijzigingen ondergaan ten opzicht van DSM-IV-TR. In dit artikel komen een aantal van deze wijzigingen aan de orde. Wat zijn de wijzigingen in de beschikbare classificaties en de diagnostische criteria, en hoe weerspiegelen zij de evolverende visie in wetenschap en samenleving op de aard en etiologie van seksueel functioneren en seksuele disfuncties? Tot slot worden enkele implicaties hiervan voor het epidemiologisch onderzoek en de klinische diagnostiek besproken.

TABEL 2

### Seksuele disfuncties bij de vrouw

Veranderingen in de classificatie tussen DSM-IV-TR en DSM-5

DSM-IV-TR	DSM-5
seksuele stoornis met verminderd verlangen	seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij de vrouw
seksuele aversiestoornis	-
seksuele opwindingsstoornis bij de vrouw	seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij de vrouw
orgasmestoornis bij de vrouw	orgasmestoornis bij de vrouw
dyspareunie (niet door een somatische aandoening)	genitopelviënpijn-/penetratiestoornis
vaginisme (niet door een somatische aandoening)	genitopelviënpijn-/penetratiestoornis
seksuele disfunctie als gevolg van een somatische aandoening	-
-	seksuele disfunctie door een middel/medicatie
-	andere specifieke seksuele disfunctie
-	ongespecificeerde seksuele disfunctie

TABEL 3

**Symptoomcriteria van enkele seksuele stoornissen volgens DSM-5**

<b>stoornis</b>	<b>symptoomcriteria</b>
seksuele-interesse-/opwindingsstoornis bij de vrouw	<p>gebrek aan, of significant verminderde seksuele interesse/opwinding, tot uiting komend in ten minste 3 van de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- afwezige/verminderde seksuele interesse in activiteit</li> <li>- afwezige/verminderde seksuele/erotische gedachten of fantasieën</li> <li>- geen/verminderd initiatief tot seksuele activiteit, en over het algemeen niet ontvankelijk voor het initiatief van een partner</li> <li>- afwezige/verminderde seksuele opwinding/plezier tijdens seksuele activiteit</li> <li>- afwezige/verminderde seksuele interesse/opwinding</li> <li>- afwezige/verminderde genitale of niet-genitale sensaties tijdens seks</li> </ul>
genitopelviene pijn-/penetratiestoornis	<p>recidiverende of voortdurende problemen met 1 of meer van de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaginale penetratie tijdens geslachtsgemeenschap</li> <li>- duidelijk vulvovaginale of onderbuikspijn tijdens geslachtsgemeenschap of penetratiepogingen</li> <li>- duidelijke vrees of angst over vulvovaginale of onderbuikspijn in anticipatie op, of tijdens, of als een resultaat van vaginale penetratie</li> <li>- duidelijke spanning of aanspannen van de bekkenbodemspieren tijdens vaginale penetratie</li> </ul>
erectiestoornis	<p>tenminste 1 van de volgende drie symptomen moet worden ervaren tijdens bijna alle of alle (bij benadering 75-100%) seksuele contacten met een partner (in specifieke situaties of, indien gegeneraliseerd, in alle situaties):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanzienlijke moeilijkheid om een erectie te krijgen tijdens seksuele activiteit</li> <li>- aanzienlijke moeilijkheid om een erectie te houden tot de voltooiing van de seksuele activiteit</li> <li>- aanzienlijke vermindering van stijfheid van de erectie</li> </ul>

kwam de gedachte niet bij hen op dat er een motiverend stadium (seksueel verlangen) aan die actieve fasen van opwinding vooraf zou moeten gaan. Helen Kaplan zag in haar praktijk dat vooral deze eerste fase van verlangen vaak problemen veroorzaakte.<sup>5</sup>

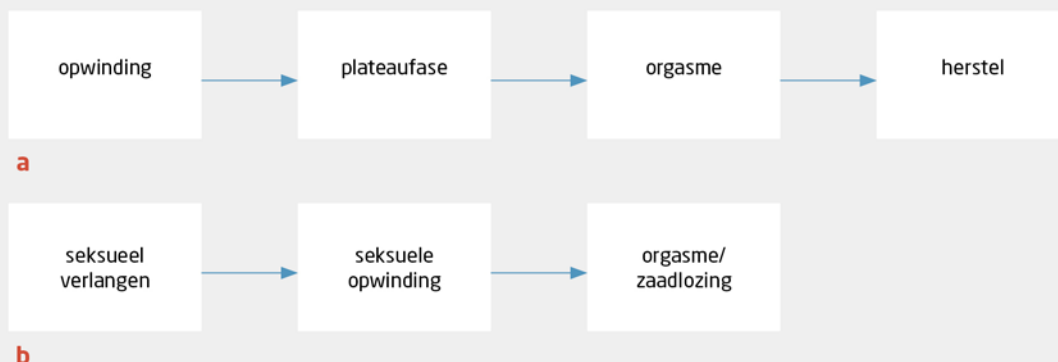
***Het circulaire model***

De vrouwelijke seksuele stoornissen in DSM-5 daarentegen laten een ontwikkeling zien

waarin dit 'driftmatige' theoretische model van seksueel functioneren en disfunctioneren verlaten wordt ten faveure van een circulair model, het 'incentive motivation'-model (zie figuur 2).<sup>6-8</sup>

Volgens dit model motiveren de verwachte belonende gevolgen van seksuele activiteit (het 'incentive') de persoon om actief seksuele activiteit te initiëren, of om responsief open te staan voor seksueel initiatief van de partner. Zo

FIGUUR 1

**Het lineaire model van de seksuele respons**

Masters en Johnson introduceerden in de jaren 60 van de vorige eeuw een model voor de seksuele respons dat voortkwam uit hun onderzoek (a).<sup>4</sup> Dit model werd aangevuld met de ideeën van Kaplan over de fase van seksueel verlangen dat hieraan vooraf zou gaan (b).<sup>5</sup>

kan, bijvoorbeeld, de verwachting van het bereiken of vergroten van de intimiteit door seksueel contact met de partner de seksuele motivatie van de vrouw versterken. Een implicatie van dit nieuwe model is dat het onderscheid en de volgordelijkheid verdwijnt tussen seksueel verlangen en seksuele opwinding, die het lineaire model voorschreef. Dit komt tot uitdrukking in DSM-5 in het samenvoegen van de classificaties voor verminderd seksueel verlangen en verminderde seksuele opwinding tot de seksuele-interesse/opwindingsstoornis.

**Bevindingen uit de praktijk**

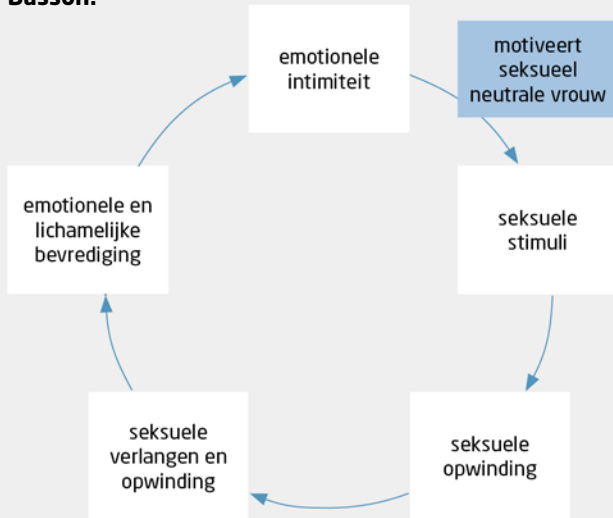
Bij vrouwen werd het driftmatige, lineaire, theoretische model van seksueel functioneren verlaten voor het incentive-motivationmodel vanwege allerlei onderzoeksbevindingen die het volgordelijke karakter van seksueel verlangen, voorafgaand aan genitale en subjectieve seksuele opwinding in respons op erotische stimulatie, onderuit haalden.<sup>9</sup> Problemen met seksueel verlangen en met seksuele opwinding komen in de klinische praktijk immers heel vaak samen voor: er is niet altijd sprake van 'spontane' zin om te gaan vrijen terwijl het seksuele contact dan toch heel bevredigend kan zijn.

Ook ervaren vrouwen frequent dat ze positief kunnen reageren op een initiatief tot vrijen van

de partner zonder dat zij zelf daaraan voorafgaand zin in seks hadden. Vergelijkbaar onderzoek onder mannen is niet bekend. Het lijkt mij echter niet uitgesloten dat ook voor mannen het ervaren van spontaan verlangen zonder dat er gelijktijdig sprake is van subjectieve of waarneembare genitale opwinding, eerder uitzondering dan regel is. Het incentive-motivationmodel zou dan ook het mannelijke seksueel functioneren zou kunnen verklaren, met voorspelbare gevolgen voor 'DSM-6'. De samenvoeging binnen de vrouwelijke seksuele disfuncties van dyspareunie en vaginisme tot genitopelviënpijn-/penetratiestoornis lijkt een andere achtergrond te hebben. De oude classificatie 'vaginisme' was problematisch: het daarin genoemde spierspasme is nooit vastgesteld, en de overlap met pijnproblemen bij vaginale penetratie is groot. De meeste vrouwen met vaginisme en vrouwen met dyspareunie rapporteren pijn tijdens het gynaecologisch onderzoek bij aanraking met een wattenstokje. Dit zorgt ervoor dat het diagnostisch onderscheid tussen vaginisme en dyspareunie moeilijk te maken is.<sup>10</sup> De benadering van de genitopelviënpijn-/penetratiestoornis in DSM-5 lijkt meer in overeenstemming met de bevindingen van wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk dan de oude indeling in DSM-IV-TR.<sup>3</sup>

FIGUUR 2

### Het circulaire model van de seksuele respons volgens Basson.<sup>7</sup>



Volgens dit model motiveren de verwachte belonende gevolgen van seksuele activiteit de persoon om actief seksuele activiteit te initiëren, of om responsief open te staan voor seksueel initiatief van de partner. In dit model zit geen onderscheid en volgorde-lijkheid tussen seksueel verlangen en seksuele opwinding, zoals het lineaire model voorschrijft.

### GEVOLGEN VOOR DE KLINISCHE PRAKTIJK EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Bij nadere beschouwing kunnen de wijzigingen in DSM-5 ten opzichte van de vorige versie, ook al lijken ze niet ingrijpend, wel gevolgen hebben voor de klinische diagnostiek en het epidemiologisch onderzoek. Een van de gevolgen is dat de clinicus voor het kiezen van een classificatie meer dan in het verleden dient te letten op objectief waarneembare en rapporteerbare klachtkenmerken en minder kan varen op de klinische blik.

De behandeling van seksuele disfuncties door een seksuoloog wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering. Soms kan wel aanspraak op vergoeding worden gemaakt vanuit een aanvullend pakket. Ook kan seksuologische behandeling voor vergoeding in aanmerking komen als er seksuele problemen zijn die

samenhangen met andere psychische stoornissen, zoals depressie of psychose. In dergelijke gevallen is het relevant als het probleem een DSM-5-classificatie kan krijgen van een daartoe bevoegd hoofdbehandelaar: een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater. De genoemde mogelijkheden om op basis van de classificatiecriteria een diagnose te kunnen stellen, maar ook de beperkingen van die classificatie, blijven daarom relevant. Daarnaast kunnen de wijzigingen in de classificatie gevolgen hebben voor epidemiologisch onderzoek, hoewel nog niet duidelijk is welke richting deze per saldo op zullen gaan.

Wat betekenen dan de wijzigingen in de verschillende disfunctie-criteria? Bij de seksuele stoornis met verminderd verlangen bij de man is een verschil in sterkte van seksueel verlangen tussen partners op zich onvoldoende om de classificatie 'verminderd seksueel verlangen' te geven. Dit leidt mogelijk tot beperking van het aantal vastgestelde stoornissen. De stoornis kan echter ook vastgesteld worden als de man rapporteert – nog steeds – te masturberen, wat kan leiden tot uitbreiding van het indicatiegebied van de diagnose 'verminderd seksueel verlangen'. Welke effect zal overheersen is niet op voorhand te zeggen.

In tabel 3 staan de symptoomcriteria voor de erectiestoornis volgens DSM-5. Het indicatiegebied van deze classificatie is ingeperkt ten opzichte van DSM-IV-TR. In DSM-IV-TR werd het aan de hulpvrager en de clinicus overgelaten om te bepalen wat verstaan moest worden onder 'aanhoudend of recidiverend erectiel onvermogen'. Een af en toe optredend probleem om een erectie te krijgen of staande te houden kon al aan het symptoomcriterium voldoen. In DSM-5 wordt echter een kwantitatieve beoordeling gevraagd: het erectieprobleem moet 75-100% van de keren aanwezig zijn. De diagnose geldt bovendien alleen voor erectiemoeilijkheden tijdens seksueel contact met een partner, niet als het probleem alleen tijdens masturbatie optreedt. In DSM-IV-TR zou dat wel gekund hebben. Door deze wijzigingen kan het aantal afgegeven classificaties wellicht verminderen. Anderzijds wordt het indicatiegebied in DSM-5 verruimd door de

toevoeging van verminderde erectiestijfheid als symptoom.

Bij de voortijdige ejaculatiestoornis is kwantificering van het symptoomcriterium de belangrijkste verandering in DSM-5 ten opzichte van DSM-IV-TR: de ejaculatie moet optreden binnen ongeveer 1 minuut na vaginale penetratie en in minimaal 75% van de keren. Dit vermindert de mogelijkheden om de classificatie te stellen. Bovendien moet ook dit probleem minimaal 6 maanden bestaan. Deze wijziging is gebaseerd op het kwantitatieve onderzoek naar snelle zaadlozing dat voor een belangrijk deel in Nederland is verricht.<sup>11</sup>

Een lastig gevolg van de wijzigingen in DSM-5 is dat er geen classificatie is voor seksuele problemen die alleen bij masturbatie optreden. Aan de man zonder partner die tijdens zijn seksuele solo-activiteiten moeilijkheden heeft op seksueel gebied, hoe langdurig ook, en hoeveel last hij daar ook van ondervindt – soms in de zin van geen relatie durven aangaan – kan formeel geen classificatie toegekend worden. Mocht er in de toekomst verandering komen in de – momenteel beperkte – vergoeding van de zorg voor seksuele stoornissen, dan zou dit nog steeds betekenen dat aan de alleenstaande man de toegang tot professionele hulpverlening ontzegd wordt. Ook dan zal de toegang waarschijnlijk beperkt blijven tot de stoornissen die een DSM-classificatie krijgen. Voor alle seksuele disfuncties voor vrouwen en mannen – behalve die ten gevolge van een middel of medicijn – geldt dat de problemen tenminste 6 maanden moeten hebben bestaan. In epidemiologisch onderzoek zal dit wellicht leiden tot lagere prevalentie- en incidentiecijfers. Dit criterium zal echter weinig verschil maken in de spreekkamer van de arts die geconsulteerd wordt vanwege seksuele moeilijkheden.

## BESLUIT

De veranderingen van de classificaties in DSM-5 ten opzichte van de vierde versie markeren een verandering in het denken over seksueel functioneren en disfunctioneren, weg van het lineaire, biologische model, in de richting van een circulair en biopsychosociaal model. Momenteel is deze verandering echter alleen nog her-

kenbaar in de classificaties voor de vrouwelijke seksuele stoornissen. De gevolgen voor de klinische praktijkvoering en wetenschappelijk onderzoek zijn nog onduidelijk.

- 
- Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D2750](http://ntvg.nl/D2750)
  - Open Universiteit, Faculteit Psychologie en Onderwijswetenschappen, Heerlen: prof.dr. J.D.M. van Lankveld, GZ-psycholoog, psychotherapeut en seksuoloog NVVS.
  - Contact: J.D.M. van Lankveld ([jacques.vanlankveld@ou.nl](mailto:jacques.vanlankveld@ou.nl))
  - Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
  - Aanvaard op 14 maart 2018
  - Citeer als: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2018;162:D2750

## LITERATUUR

- 1 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5e dr.* Washington DC: Association AP; 2013.
- 2 Van Lankveld J. Seksuele disfuncties van mannen in DSM-5. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2013;37:141-7.
- 3 Ter Kuile MM. Genitopelviene pijn/penetratiestoornis. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2013;37:137-40.
- 4 Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response.* Oxford: Little, Brown; 1966.
- 5 Kaplan HS. *Disorders of sexual desire.* New York: Brunner/Mazel; 1979.
- 6 Toates F. *How sexual desire works: The enigmatic urge.* New York: Cambridge University Press; 2014.
- 7 Basson R. *The female sexual response: a different model.* *J Sex Marital Ther.* 2000;26:51-65.
- 8 Laan E. Seksuele interesse/opwindingsstoornis bij de vrouw in de DSM-5: Van 'libido' naar incentive motivation en seksueel plezier. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2013;37:131-6.
- 9 Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav.* 2010;39:221-39.
- 10 De Kruijff ME, ter Kuile MM, Weijnenborg PT, van Lankveld JJ. Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000;21:149-55.
- 11 Waldinger MD. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther.* 2008;34:1-13.