

WANNEER IS EEN SEKSUEEL PROBLEEM EEN SEKSUELE DISFUNCTIE?

PROBLEMEN BIJ DE CLASSIFICATIE VAN SEKSUELE STOORNISSEN VAN VROUWEN¹

Ellen Laan²

In dit artikel worden vijf problemen gekenschetst met het veelgebruikte classificatiesysteem voor seksuele disfuncties, de DSM-IV (en recente tekstrevisie: DSM-IV-TR). Allereerst is het moeilijk, zo niet onmogelijk, om uit te sluiten dat seksuele problemen het gevolg zijn van een gebrek aan adequate seksuele stimulatie. Daarnaast dwingt het ontbreken van duidelijke diagnostische criteria de clinicus in veel gevallen tot een subjectief oordeel. Bovendien zijn de vier primaire seksuele disfuncties die de DSM-IV onderscheidt niet onafhankelijk. Ook kan verminderde genitale responsiviteit, het criterium voor een opwindingsstoornis, niet worden vastgesteld op basis van een diagnostisch interview. Daarvoor is psychofysiologisch onderzoek nodig en dat staat maar weinig medici ter beschikking. Daarmee lijkt dit criterium in de DSM-IV onwerkbaar, omdat het onterecht veronderstelt dat vrouwen in staat zijn accuraat waar te nemen dat er sprake is van een afwezige of verminderde genitale respons. Tenslotte lijkt verminderde genitale responsiviteit alleen relevant voor vrouwen met een somatische aandoening, maar bij organische etiologie dient de primaire diagnose opwindingsstoornis niet te worden gesteld. Dit alles roept de vraag op of er wel vrouwen zijn op wie deze stoornis zoals bedoeld door de DSM-IV van toepassing zou zijn. Een poging tot een nieuwe classificatie van seksuele disfuncties wordt kort besproken. Tot slot wordt ingegaan op de vraag wanneer een seksueel probleem een seksuele disfunctie genoemd zou moeten worden.

Seksuele disfuncties volgens DSM-IV en DSM-IV-TR

In het DSM-IV classificatiesysteem worden de vier primaire seksuele disfuncties bij vrouwen beschreven als stoornissen in het seksueel verlangen, opwindingsorgasme en pijn (dyspareunie en vaginisme) (American Psychiatric Association, 1994; 2000). Een wezenlijk kenmerk van disfuncties is volgens de DSM-IV de inhibitie of remming van fysiologische veranderingen die typerend zijn voor de seksuele responscyclus (American Psychiatric Association, 2000, pp. 535-536). Bij elke stoornis moet er sprake zijn van hinder of interpersoonlijke moeilijkheden. De stoornis kan altijd (levenslang) bestaan hebben of de stoornis kan verworven zijn na een periode van ongestoord functioneren. De stoornis kan zich beperken tot een specifieke situatie, bijvoorbeeld alleen tijdens het vrijen met een bepaalde partner, of de stoornis kan zich voordoen in alle mogelijke seksuele situaties. Volgens de DSM-IV mag de diagnose seksuele disfunctie niet worden gesteld als er sprake is van inadequate seksuele stimulatie, of als de problemen beter verklaard kunnen

worden door een andere As-I stoornis zoals depressie.

Als de seksuele stoornis volledig wordt veroorzaakt door ziekte, of door medicatie, drugs of andere (toxische) stoffen, mogen de vier hierboven genoemde primaire seksuele disfunctie categorieën niet worden gebruikt: dan is er sprake van respectievelijk een seksuele disfunctie vanwege een medische aandoening of een middel ('substance')-geïnduceerde seksuele disfunctie. Als er sprake is van één van deze stoornissen dient te worden aangegeven om welke stoornis het gaat (waarbij gekozen kan worden uit een probleem met verlangen, pijn, of anders) en door welke ziekte of middel de stoornis wordt veroorzaakt. Tenslotte is er een categorie "seksuele disfunctie, niet anderszins gespecificeerd" (NOS of not otherwise specified). Deze categorie is gereserveerd voor seksuele disfuncties die niet aan de criteria van de andere seksuele disfuncties voldoen of waarvan de etiologie niet met enige zekerheid kan worden vastgesteld.

In de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) zijn geen wijzigingen doorgevoerd in de classificatiecriteria en de formulering van de diagno-

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 22 april 2003. Dit artikel is een bewerking van een lezing gehouden tijdens de Boerhaave cursus "Seksuele disfuncties bij vrouwen: diagnostiek en behandeling", op 8 november 2002 te Leiden. Met dank aan Luk Gijs voor zijn uitgebreide en zorgvuldige commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

² Dr. E. Laan, psycholoog. Onderzoeksschool Experimentele Psychopathologie; Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam.

sen. Op vijf punten zijn in de begeleidende tekst kleine aanvullingen of wijzigingen doorgevoerd die niets wezenlijks veranderen aan de oorspronkelijke tekst.

In de klinische praktijk geschiedt classificatie nogal eens op basis van de manier waarop de klachten worden gepresenteerd (Leiblum, 1998). Rapporteert de vrouw geen zin, dan volgt vaak de diagnose stoornis in het seksueel verlangen. Als de vrouw niet of maar heel moeizaam een orgasme krijgt dan heeft ze een orgasmestoornis. Heeft ze pijn bij het vrijen of is penetratie moeilijk of onmogelijk, dan is er sprake van een pijnstoornis. Vrouwen presenteren hun klachten maar zelden in termen van een opwindingsprobleem, laat staan een fysiologisch opwindingsprobleem. In de landelijke registratie van seksuele klachten door de poliklinieken seksuologie komen opwindingsstoornissen ook vrijwel niet voor. In 2000 was gebrek aan subjectieve opwinding voor 2% van de vrouwelijke patiënten de belangrijkste klacht, en niemand had zich gemeld met een lubricatieprobleem (Vroege, 2002). Bij vrouwen zijn de fysiologische veranderingen die gepaard gaan met seksuele opwinding ook niet goed waarneembaar (Laan & Everaerd, 1995). Daarom klagen de meeste vrouwen met opwindingsproblemen over een gebrek aan zin, over het uitblijven van een orgasme of over pijn tijdens seksuele gemeenschap.

De vier categorieën primaire disfuncties van de DSM-IV zijn afgeleid van de fasen van seksuele responscyclus (American Psychiatric Association, 2000, pp. 535-536), gebaseerd op het werk van Masters en Johnson (1970) en Kaplan (1977). Masters en Johnson (1970) onderzochten fysiologische reacties van heteroseksuele paren in het laboratorium. Zij zagen opwinding, orgasme en herstel als onafhankelijke, en elkaar in de tijd opvolgende, fasen van de seksuele respons, en meenden dat dit model universeel geldig was voor zowel mannen als vrouwen. Omdat de paren in hun laboratorium allemaal graag met elkaar wilden vrijen zagen zij geen problemen met seksueel verlangen. Deze fase werd toegevoegd naar aanleiding van het werk van Kaplan (1977), en werd geacht op te treden onafhankelijk van, en voorafgaand aan, de andere fasen.

Problemen met DSM-IV classificatiecriteria

Hierna bespreek ik vijf problemen met de classificatiecriteria van de vier primaire seksuele disfuncties van de DSM-IV die ik in de afgelopen jaren in het kader van mijn onderzoek naar seksuele opwinding ben tegengekomen. Daarbij gaat mijn aandacht vooral uit naar (de rol van) seksuele opwindingsproblemen.

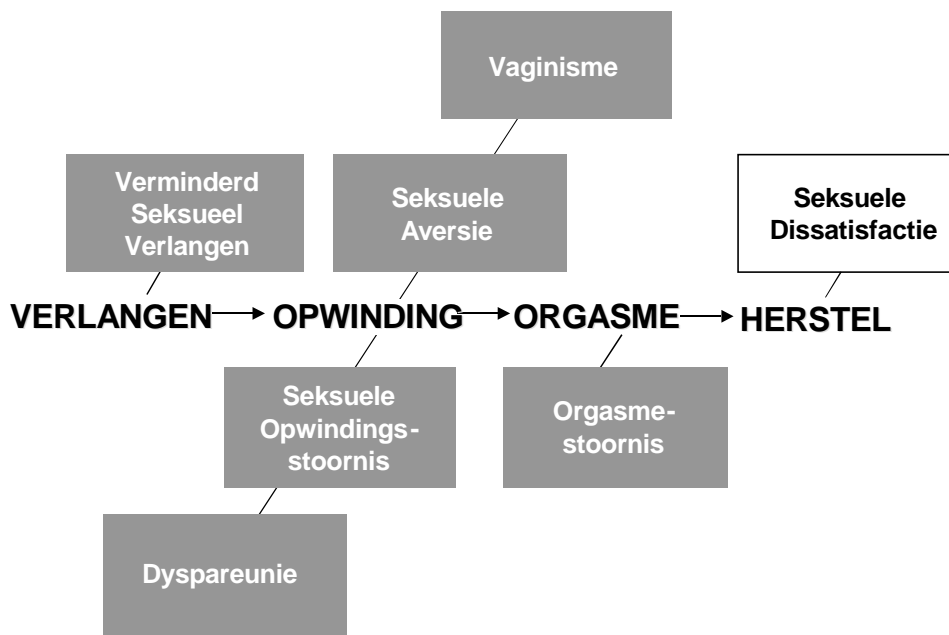
Adequate seksuele stimulatie

Eén van de voorwaarden die de DSM-IV stelt voor de diagnose seksuele disfunctie is dat de seksuele stimulatie adequaat moet zijn. Maar wat is dat eigenlijk? De DSM-IV noemt geen criteria maar laat dit aan het klinisch oordeel over. Meestal komt het neer op: wat effectief is, is adequaat. Maar niet alles wat mogelijk effectief zou zijn is acceptabel voor de patiënt. En als seksuele stimulatie ooit wel gewerkt heeft maar nu niet meer, betekent dat dan dat er sprake is van een opwindingsstoornis? Of betekent het dat de stimulatie, bijvoorbeeld als gevolg van gewenning, nu niet meer effectief is en dat dat gezien moet worden als een normaal fenomeen?

Het is heel moeilijk om in een diagnostisch interview uit te sluiten dat de seksuele stimulatie inadequaat is. Een duidelijk voorbeeld kwam uit een recente studie waarin somatisch gezonde vrouwen met opwindingsproblemen strict volgens de criteria van de DSM-IV werden gediagnosticeerd (Laan, van Driel & van Lunsen, 2003). Alleen als ze aan het fysiologische criterium voldeden, afwezige of sterk verminderde genitale responsiviteit, mochten ze meedoen. Potentiële deelnemers werden daarom zeer nauwkeurig ondervraagd over de manieren waarop ze zichzelf seksueel stimuleerden en over hoe hun partner dat deed. De vrouwen werden alleen geïnccludeerd als het opwindingsprobleem niet te wijten was aan gebrekkige seksuele stimulatie of aan relatieproblemen. Desondanks moest halverwege de studie één vrouw van verdere deelname worden uitgesloten omdat ze verliefd was geworden op iemand anders, en geen problemen met opwinding meer had. Op basis van deze en eerdere studies (Meston & Gorzalka, 1996; Morokoff & Heiman, 1980; Wouda, Hartman, Bakker, Bakker, van de Wiel & Weijmar Schultz, 1998) concludeerden we dat gebrek aan adequate seksuele stimulatie de meest waarschijnlijke oorzaak is van de seksuele opwindingsproblemen van somatisch gezonde vrouwen (Laan et al., 2003).

Subjectieve oordelen

Uit de beschrijving van het eerste probleem wordt duidelijk dat er klinische oordelen nodig zijn over seksuele stimulatie en over de ernst van het probleem, waarvan de validiteit waarschijnlijk te wensen overlaat. De clinicus moet beoordelen wat normaal is gezien leeftijd, leeftijdsfase, en seksuele ervaring. Empirisch onderzoek, op basis waarvan duidelijke criteria kunnen worden geformuleerd, ontbreekt. Er is een enorme variatie in het gemak waarmee vrouwen sek-



Figuur 1. Seksuele responscyclus in relatie tot DSM-IV diagnoses (overgenomen van Derogatis en Conklin-Powers, 1998).

sueel opgewonden kunnen raken en welke vorm van stimulatie hiervoor nodig is (Leiblum, 1998).

Categorieën niet onafhankelijk

Het derde probleem heeft te maken met de vraag of de vier primaire seksuele disfuncties wel onafhankelijk zijn. Ligt aan de meeste problemen met zin, orgasme en pijn niet een gebrek aan seksuele opwinding (en dus wellicht een gebrek aan adequate seksuele stimulatie) ten grondslag?

Figuur 1 geeft een hypothese weer van Derogatis en Conklin-Powers (1998) over de samenhang tussen de DSM-IV diagnoses en de seksuele responscyclus. Uit het model wordt duidelijk dat zij vinden dat seksuele aversie (in de DSM-IV behorend bij de stoornissen in het seksueel verlangen), en de pijnstoornissen vaginisme en dyspareunie geassocieerd zijn met de opwindingsfase van de seksuele responscyclus (zie ook Everaerd & Laan, 2000; de Jong, Ramakers, & van Lunsen, 1998; Laan, 2000). Ook aan verminderd seksueel verlangen liggen in de meeste gevallen problemen met opwinding ten grondslag (zie Everaerd, 2003, elders in dit nummer).

Maar ook orgasmestoornissen kunnen niet los gezien worden van problemen met seksuele opwinding. Volgens de DSM-IV mag die diagnose alleen worden gesteld als de opwindingsfase normaal verloopt. Als de clinicus geen toegang heeft tot psychofysiologisch onderzoek waarbij de genitale respons wordt gemeten tijdens blootstelling aan seksuele stimuli (bijvoorbeeld visueel, tactiel, of een combinatie), kan dat al-

leen als vrouwen duidelijk aangeven dat ze wel gevoelens van opwinding ervaren. Ironisch genoeg is dit subjectieve criterium voor een opwindingsstoornis niet meer in de DSM-IV opgenomen. Voor vrouwen die nog nooit een orgasme hebben gehad, de vrouwen met primaire anorgasmie (ook wel preorgasmie genoemd), is behandeling met geleide masturbatieoefeningen zeer effectief, en tot nu toe de enige seksuologische behandeling die het predicaat 'waarschijnlijk effectief' verdient (zie voor criteria hiervoor Heiman & Meston, 1997). Het succes van deze behandeling suggereert dat opwindingsproblemen als gevolg van inadequate seksuele stimulatie een belangrijke oorzaak zijn van primaire anorgasmie. Deze problemen horen dus eigenlijk bij de opwindingsfase van de seksuele responscyclus en rechtvaardigen geen afzonderlijke diagnostische categorie. Misschien moet de categorie orgasmestoornissen met name worden gereserveerd voor die vrouwen die wel sterk opgewonden zijn maar problemen lijken te hebben met het zich overgeven aan het orgasme. Dit probleem wordt regelmatig genoemd in publicaties over behandeling (bijvoorbeeld Heiman & LoPicollo, 1986), maar in epidemiologische studies komt deze groep nooit voor. Dus we weten niet hoe vaak dit voorkomt. Het vermoeden lijkt gerechtvaardigd dat in de klinische praktijk veel vrouwen de diagnose orgasmestoornis krijgen terwijl er eigenlijk sprake is van een opwindingsprobleem.

Gegevens over comorbiditeit maken de onafhankelijkheid van de diagnostische categorieën ook twijfelachtig. Uit de studie met de vrouwen met opwin-

dingsstoornissen waaraan al eerder werd gerefereerd (Laan e.a., 2003) bleek dat 55% van de vrouwen ook voldeed aan de DSM-IV criteria voor een stoornis in het seksueel verlangen, orgasme problemen had (69%), en voldeed aan de criteria voor dyspareunie (72%). Elke andere studie naar comorbiditeit vindt vergelijkbare cijfers (bijvoorbeeld Segraves & Segraves, 1991).

Het fysiologische opwindingscriterium

Een vierde probleem is het fysiologische criterium voor opwindingsstoornissen. Nieuw in de DSM-IV ten opzichte van de editie daarvoor is dat de afwezigheid van seksuele opwindingsgevoelens geen criterium meer is voor de diagnose. Het enige criterium is nog een afwezige of verminderde genitale respons, de zogenaamde fysiologische lubricatiezwelling. Veel vrouwen lijken er echter geen idee van te hebben of, in seksuele situaties, de lubricatie bij hen adequaat is (Leiblum, 1998). Deze genitale responsiviteit, of het gebrek er aan, wordt in de praktijk meestal vastgesteld in een diagnostisch interview. Een psychofysiologisch onderzoek wordt tot dusver niet tot nauwelijks uitgevoerd bij diagnostische screening van vrouwen met seksuele opwindingsstoornissen. Hetzelfde lijkt op te gaan voor mannen met erectiestoornissen (Slob, 2000). Maar kan een gebrek aan genitale responsiviteit wel in een diagnostisch interview worden vastgesteld?

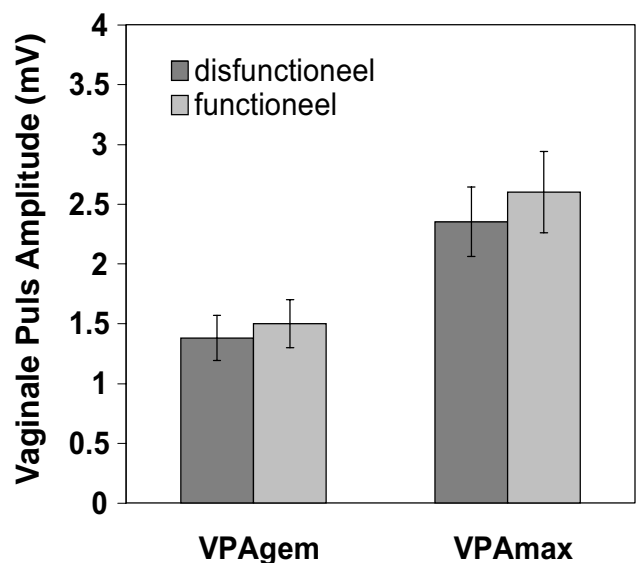
Etiologie

Een vijfde en laatste probleem is dat er zeer weinig empirische evidentie is over de oorzaak van seksuele disfuncties van vrouwen. Dus ook al is het onderscheid eigenlijk vrijwel louter theoretisch, de DSM-IV maakt in elk geval een duidelijke keuze over welke oorzaken een diagnose binnen de vier categorieën van primaire seksuele disfuncties rechtvaardigen. Dat zijn alleen psychologische factoren, of een combinatie van psychologische en somatische factoren. Is de oorzaak louter somatisch dan valt de diagnose buiten deze 4 categorieën van seksuele disfuncties. Dat stoornissen met een louter medische of farmacologische oorzaak als aparte categorieën worden beschouwd komt omdat de DSM beoogt psychiatrische stoornissen te classificeren, en niet fysiologische stoornissen. In de inleiding van de DSM-IV-TR wordt, mijns inziens terecht, aangegeven dat dit onderscheid gebaseerd is op reductionistisch lichaam-geest dualisme (American Psychiatric Association, 2000). Hieronder zal ik duidelijk maken waarom dit onderscheid voor met name de diagnose opwindingsstoornis ongelukkig uitpakt.

Verminderde genitale responsiviteit bij gezonde vrouwen

Als we het criterium verminderde genitale responsiviteit combineren met een uitsluiting van de etiologische factor die de DSM-IV voor het classificeren van een primaire opwindingsstoornis niet toestaat, namelijk uitsluitend somatische etiologie, dan roept dat de vraag op of voor somatisch gezonde vrouwen met opwindingsstoornissen verminderde genitale responsiviteit wel een goed criterium is. Om dat te onderzoeken werd in een laboratoriumstudie de vaginale doorbloeding van de al eerder genoemde streng geselecteerde 29 vrouwen met opwindingsstoornissen vergeleken met die van vrouwen die vrij waren van enige seksuele disfunctie (Laan e.a., 2003). Alle vrouwen kregen een 15 minuten durend filmfragment te zien met voorspel, orale seks en geslachtsgemeenschap. Er werd een gemiddelde toename in vaginale doorbloeding tijdens dit filmfragment berekend ten opzichte van baseline (VPAgem), en de hoogste toename (VPAmox).

De vrouwen met opwindingsstoornissen reageerden met even sterke vaginale doorbloeding op het erotische filmfragment als de vrouwen zonder seksuele problemen. Er bleek dus geen sprake van afwezige of sterk verminderde genitale responsiviteit, terwijl de vrouwen hierop juist streng waren geselecteerd.



Figuur 2. Gemiddelde (VPAgem) en maximale (VPAmox) toenames in Vaginale Puls Amplitude (\pm SEM) ten opzichte van baseline voor vrouwen met opwindingsstoornissen ('disfunctioneel') en voor vrouwen zonder opwindingsstoornissen ('functioneel') tijdens de 15 minuten durende seksuele stimulus. Er waren geen verschillen tussen groepen in VPAgem ($p > 0.70$), noch in VPAmox ($p > 0.60$).

Voor bijna de helft van deze vrouwen waren genitale sensaties tijdens seksuele activiteit al lange tijd geheel afwezig, voor de rest waren genitale sensaties sterk verminderd, en werd dat daadwerkelijk als een probleem ervaren (Laan e.a., 2003). Op grond van deze en eerdere studies (Meston & Gorzalka, 1996; Morokoff & Heiman, 1980; Wouda et al., 1998) kan geconcludeerd worden dat verminderde genitale responsiviteit onder condities van sterke visuele seksuele stimulatie bij somatisch gezonde vrouwen geen goed criterium lijkt te zijn.

Conclusies ten aanzien van DSM-IV(-TR) criteria

Wat kunnen we nu concluderen ten aanzien van deze problemen met de DSM-IV criteria?

Ten eerste, gebrek aan adequate seksuele stimulatie is zeer moeilijk vast te stellen. Het enige dat de clinicus ter beschikking staat is de rapportage van de cliënt over de stimulatie die tijdens seksuele activiteit aanwezig is, en het is goed mogelijk dat zij niet weet welke stimulatie adequaat is of effectiever zou zijn dan het gebodene. Het is niet uitgesloten dat juist vrouwen met klachten over opwinding mogelijk effectieve stimulatie vermijden. Met een psychofysiologisch onderzoek zoals hierboven beschreven kan weliswaar inzicht worden verkregen of een genitale respons in principe mogelijk is, maar dat sluit de mogelijkheid dat de stimulatie buiten de laboratoriumsituatie inadequaat is nog niet uit. Ten tweede, en gerelateerd aan het eerste punt, omdat duidelijke criteria voor de diagnoses ontbreken is een subjectief oordeel nodig. De ene diagnosticus zal daarom tot andere conclusies komen dan de andere. Ten derde, de vier diagnostische categorieën zijn niet onafhankelijk. De meeste klachten of symptomen lijken te wijzen op opwindingsproblemen. Ten vierde, verminderde genitale responsiviteit kan niet worden vastgesteld op basis van een diagnostisch interview, dat, zoals gezegd, het belangrijkste instrument is dat de meeste clinicus ter beschikking staat. Kennelijk is het zo, en dat geldt ook voor vrouwen zonder opwindingsproblemen, dat het voor vrouwen bijzonder moeilijk is om in te schatten wat er in de genitalia gebeurt (Laan & Everaerd, 1995). Het fysiologische criterium in de DSM-IV is dus onwerkbaar omdat dat feitelijk is wat nodig is om de diagnose te kunnen stellen: dat vrouwen in staat zijn accuraat waar te nemen dat er sprake is van een afwezige of verminderde genitale respons. Maar zelfs als ze dat wel goed zouden kunnen dan lijkt het een onbruikbaar criterium, omdat elk laboratoriumonderzoek waarin vrouwen met en zonder seksuele stoornissen met elkaar zijn vergeleken tot nu toe uitwees dat er bij vrouwen met seksuele stoornissen helemaal

geen sprake is van een verminderde genitale respons (Laan et al., 2003; Meston & Gorzalka, 1996; Morokoff & Heiman, 1980; Wouda et al., 1998). Als vrouwen met opwindingsstoornissen zonder organische aandoening, in principe, gegeven adequate stimulatie, wel genitaal responderen, dan zijn ze volgens de DSM-IV dus niet disfunctioneel. Misschien is er, tenslotte, alleen sprake van een afwezige of verminderde genitale respons bij vrouwen met een somatische aandoening (zie ook Basson, 2002). Bij vrouwen met diabetes en vrouwen met dwarslaesies was daar in een aantal studies sprake van (Sipski, Rosen, Alexander, & Hamer, 2000; Wincze, Albert, & Bansal, 1993). Maar ook deze vrouwen zouden niet voldoen aan de DSM-IV criteria voor een primaire opwindingsstoornis, want bij organische etiologie dient deze diagnose niet te worden gesteld. Dit alles roept de vraag op of de stoornis zoals bedoeld door de DSM-IV feitelijk wel bestaat.

Nieuwe classificatiepoging

In 1998 kwam een groep van 19 mensen voor een consensus-vergadering bijeen om te proberen te komen tot een nieuw classificatiesysteem, met als doel een systeem te ontwerpen dat bruikbaar is in zowel paramedische als medische disciplines (Basson, Berman, Burnett, Derogatis, Ferguson, Fourcroy, et al., 2000). Dat betekent dat het onderscheid in somatische- en niet-somatische etiologie zou moeten komen te vervallen. De deelnemers waren geselecteerd door de Sexual Function Health Council van de American Foundation of Urological Disease, op basis van hun onderzoek en/of klinische expertise en auteurschap van relevante publicaties op het terrein van vrouwelijke seksuele stoornissen. Aan relevante verenigingen werd gevraagd deelnemers te nomineren. Het uiteindelijke panel bestond uit Europese en Noord-Amerikaanse onderzoekers uit academische settings en privé praktijken, en vertegenwoordigde een groot aantal verschillende disciplines.

Het uitgangspunt voor de nieuwe classificatie waren de categorieën van de DSM-IV, omdat de meeste deelnemers meenden dat een radicaal nieuw classificatiesysteem in de praktijk en in het onderzoek niet zomaar zou worden geaccepteerd. Een radicaal nieuw classificatiesysteem betekent ook dat nieuwe onderzoeksgegevens niet meer met gegevens gebaseerd op de oude classificatie te vergelijken zijn. Het is echter de vraag hoe vergelijkbaar de tot nu toe gegenereerde onderzoeksgegevens zijn, gegeven de hierboven geschetste problemen met de DSM-IV.

De Rand methode werd gebruikt voor het bepalen van consensus (Brook, Chassin, Fink, Solomon, Kosecoff & Park, 1986). Allereerst vond er een uitgebreide

discussie plaats over de formulering en criteria van een bepaalde diagnose. Daarna werd (anoniem) gestemd met behulp van stemkastjes, waarbij de deelnemers hun oordeel moesten baseren op hun eigen inzichten en niet op die van de vereniging die ze had genomineerd. Bij de stemming werd gebruik gemaakt van een 9-punts schaal waarbij de schaalpunten 7 tot 9 'duidelijk geschikt' betekenden, en de schaalpunten 1 tot 3 'duidelijk niet geschikt'. De hoogste en laagste score werden niet meegenomen in de berekening van de mediaan. De mediaan moest in elk geval in het 7 tot 9 gebied liggen, waarbij de scores bovendien moesten clusteren binnen 3 schaalpunten. Dat betekent dat er zelfs bij een mediane score van 9 en ook één enkele score van 6 (de hoogste waarde in het 'geschikt' gebied van de schaal) geen consensus is bereikt. Daarna kon er nog een keer discussie plaatsvinden, maar als een tweede stemmingsronde geen consensus opleverde dan werd er geen wijziging aangebracht in de DSM-IV formulering.

In tegenstelling tot het criterium in de DSM-IV van 'marked distress or interpersonal difficulty' is gekozen voor het criterium van persoonlijk ervaren hinder, of 'personal distress'. Dat betekent dat iemand niet gediagnosticeerd kan worden met een primaire seksuele disfunctie als niet de patiënt, maar alleen de partner het probleem als hinderlijk ervaart. Daarnaast is het subjectieve criterium voor opwindingsstoornissen weer terug. Er wordt in dit systeem niet verondersteld dat vrouwen in staat zijn hun genitale reacties goed waar te nemen. Je niet seksueel opgewonden voelen zonder nadere specificatie is voldoende. Voor elke categorie dient bovendien aangegeven te worden of er waarschijnlijk sprake is van somatische of niet-somatische etiologie, of een combinatie van beide. Tenslotte werd voorgesteld om een nieuwe categorie, seksuele dissatisfactie, toe te voegen (zie ook Figuur 1). Ook al was een ruime meerderheid hier voor, het voorstel haalde het net niet omdat de gehanteerde criteria voor consensus heel strikt waren. Het belangrijkste argument van de voorstanders was dat deze nieuwe categorie recht zou doen aan veel van de seksuele klachten van vrouwen. Het belangrijkste argument van de tegenstanders was dat er geen empirische evidentie was voor het nut van zo'n nieuwe categorie. De bestaande categorieën ontberen echter eveneens empirische evidentie. Bovendien zal er geen empirische evidentie worden gegenereerd voor een categorie die niet officieel is erkend en waarvoor geen duidelijke criteria zijn gespecificeerd. Deze situatie valt nog het best samen te vatten als een kip-ei probleem.

Terecht kwam er kritiek op dit classificatievoorstel³. Het belangrijkste kritiekpunt was dat het nieuwe classificatievoorstel te weinig verschilt van de DSM-IV en dat daarmee het nut ervan betwijfeld kan worden. Daarnaast geeft ook dit voorstel geen duidelijkheid over de relatie tussen de categorieën onderling, en daarmee blijft onhelder hoe de categorieën zich verhouden tot mogelijke etiologie. Tenslotte ontbreekt ook voor deze classificatie empirische evidentie.

Persoonlijk ervaren hinder

Wat deze classificatiepoging wel genereerde was onderzoek naar persoonlijk ervaren hinder of 'personal (sexual) distress'. Het is niet voldoende om een nieuw criterium te bedenken; dat criterium moet ook te meten zijn. Al snel verscheen er een Female Sexual Distress Questionnaire (Derogatis, Rosen, Leiblum, Burnett & Heiman, 2002). Daarnaast onderzochten Bancroft en collega's welke seksuele problemen nu eigenlijk samenhangen met sexual distress (Bancroft, Loftus & Long, 2003). Ze deden een telefonisch interview dat deels bestond uit interactie met een interviewer en deels uit interactie met een computer. De steekproef bestond uit bijna 1000 heteroseksuele Amerikaanse vrouwen van 20 tot 65 jaar. De steekproef werd verkregen door een random selectie van telefoonnummers in alle Amerikaanse staten.

Van alle respondenten waren 815 vrouwen seksueel actief. De seksueel actieve respondenten vertoonden meer sexual distress naarmate ze meer emotionele en lichamelijke problemen hadden. Dit waren algemene maten van geestelijke en lichamelijke gezondheid. Daarnaast ervoeren de vrouwen meer sexual distress naarmate ze meer gebrek aan intimiteit en positieve gevoelens tijdens seks met een partner rapporteerden. Eén van de belangrijkste voorspellers van sexual distress bij vrouwen lijkt dus te zijn de emotionele relatie met de partner. Sexual distress was niet gerelateerd aan fysieke aspecten van de seksuele respons, zoals lubricatie en orgasme. Deze gegevens komen sterk overeen met de hierboven genoemde problemen met de DSM-IV. Als we er vanuit gaan dat de problemen die de meeste hinder met zich meebrengen de meeste aandacht verdienen, dan is de nadruk van de DSM-IV op de genitale respons onterecht. Ook de keuze van de DSM-IV om organische etiologie uit te sluiten van de vier primaire seksuele disfuncties lijkt onterecht, want vrouwen met een lichamelijke aandoening rapporteerden het meeste sexual distress. Het blijft natuurlijk de vraag of een

³ Zie het maart-april 2001 nummer van het Journal of Sex & Marital Therapy dat hier geheel aan gewijd is. Dit nummer bevat ook een herdruk van het oorspronkelijke rapport van Basson et al., 2000.

hoge sexual distress score ook betekent dat men een seksuele disfunctie heeft.

Wat is een seksuele disfunctie?

Wanneer is een seksueel probleem een seksuele disfunctie? De medische connotatie van de term disfunctie lijkt de keuze voor verminderde genitale respons als criterium voor een opwindingsstoornis in de DSM-IV in de hand te hebben gewerkt. Uit het bovenstaande is gebleken dat dat criterium moeilijk is vast te stellen in een seksuele anamnese zonder laboratorium onderzoek. Ook werd duidelijk uit de studie van Bancroft en collega's (Bancroft e.a., 2003) dat verminderde genitale responsiviteit voor de meeste vrouwen geen sexual distress oplevert. Daarmee is de vraag gerechtvaardigd of al onze onderzoeks- en behandelingsinspanningen dan op genitale responsiviteit gericht moeten zijn.

Het onderscheid tussen seksueel probleem en seksuele disfunctie heeft consequenties voor de keuze van behandeling. Bancroft (2002) stelt voor dat een substantieel deel van de seksuele problemen van vrouwen een logische, adaptieve reactie is op levensomstandigheden, en niet gezien zou moeten worden als teken van een disfunctioneel seksueel responsstelsel. Dat zou betekenen dat veel seksuele problemen van vrouwen geen seksuele behandeling met sekstherapie of geneesmiddelen zouden behoeven. Het onderscheid is bovendien belangrijk, omdat we anders nooit zicht krijgen op de werkelijke prevalentie van disfuncties bij vrouwen. Het hoogste prevalentiecijfer dat op dit moment circuleert is 43%, van Laumann en collega's (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Al eerder gaven Laan en van Lunsen (2002) aan dat hoge prevalentiecijfers wellicht niet los gezien moeten worden van de zoektocht van farmaceutische bedrijven naar winstgevendende geneesmiddelen. In een recent review berekenden Simons en Carey (2001) de prevalentie van seksuele disfuncties in de populatie op basis van alle in de jaren 1990 gepubliceerde prevalentiestudies. Uit dat review kan worden afgeleid dat de prevalentie gebaseerd op zorgvuldig uitgevoerde studies, zeker als daarbij persoonlijk ervaren hinder als criterium wordt gehanteerd, lager zal zijn.

Hoewel uit bovenstaande blijkt dat ik de vraag wat een seksuele disfunctie nu precies is nodig en gerechtvaardigd vind, is het antwoord op die vraag verre van gemakkelijk. Het antwoord op de vraag wanneer een seksueel probleem geen seksuele disfunctie is, is iets makkelijker (net zoals psychofysiologische onderzoek alleen kan bevestigen dat een seksuele respons in principe mogelijk is, en niet, bij het uitblijven

van een respons, dat er sprake is van organische etiologie). Zolang een gebrek aan adequate seksuele stimulatie, of dat nu het gevolg is van een gebrek aan kennis, techniek, aandacht voor, of negatieve emotionele reacties op, de seksuele prikkel, het uitblijven van een gevoel van seksuele opwindings- en fysiologische respons zou kunnen verklaren, kan er mijns inziens niet worden gesproken van een seksuele disfunctie. Evenmin kan dat wat mij betreft als het uitblijven van enige seksuele reactie begrepen kan worden als een adaptieve reactie op levensomstandigheden. Persoonlijk ervaren hinder vind ik een relevant criterium, ook al zijn er genoeg voorbeelden te bedenken van mensen die disfunctioneren en ontkennen dat ze een probleem hebben (denk bijvoorbeeld aan zedendelinquenten met een persoonlijkheidsstoornis). Deze opvatting heeft te maken met aanwijzingen dat vrouwelijke seksuele expressie sterk context-afhankelijk lijkt (bijvoorbeeld Baumeister, 2000; Laan & Everaerd, 1995), en met mijn zorg dat vrouwen wellicht onnodig gepathologiseerd worden. Misschien moet er alleen gesproken worden van een seksuele disfunctie als er naast de seksuele klacht duidelijk sprake is van geestelijke of lichamelijke pathologie (vergelijk Bancroft et al., 2003), gecombineerd met persoonlijk ervaren hinder. Als de (emotionele) relatie met de partner een grote rol speelt bij het probleem, zou ik niet spreken van een seksuele disfunctie.

Ook de vraag hoe een goed classificatiesysteem van seksuele disfuncties er dan wel uit moet zien is niet gemakkelijk, omdat daarvoor op z'n minst een antwoord zo moeten komen op de vraag wat een seksuele disfunctie is. Ook hier is de vraag welke criteria niet geschikt lijken iets eenvoudiger te beantwoorden. Zoals ik heb beargumenteerd twijfel ik voor wat betreft de diagnose primaire seksuele opwindingsstoornis in elk geval sterk aan de bruikbaarheid van het criterium genitale responsiviteit bij afwezigheid van organische etiologie. De herintroductie van een subjectief criterium lijkt wenselijk. Gebrek aan adequate seksuele stimulatie als verklaring voor het uitblijven van de respons zou altijd als één van de eerste mogelijkheden serieus moeten worden onderzocht, het liefst met gebruikmaking van psychofysiologisch onderzoek, waarbij door middel van het manipuleren van aandacht en verschillende typen afleiding zicht kan worden verkregen op mogelijke psychologische inhibities (vergelijk Janssen, Everaerd, van Lunsen, & Oerlemans, 1994). Overwogen zou moeten worden of problemen die sterk situatief zijn, die bijvoorbeeld alleen optreden in interactie met een specifieke of de vaste partner, een diagnose opwindingsstoornis rechtvaardigen, zoals nu mogelijk is in de DSM-IV.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e ed., tekst revisie)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Archives of Sexual Behavior, 31*, 451-455.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J.S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 193-208.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 289-300.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Segraves, K., Segraves, R.T., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G., & Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Urology, 163*, 888-893.
- Baumeister, R.F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin, 126*, 347-374.
- Brook, R.H., Chassin, M.R., Fink, A., Solomon, D.H., Kosecoff, J., & Park, R.E. (1986). A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2*, 53-63.
- Derogatis, L.R., & Conklin-Powers, B. (1998). Psychological assessment measures of female sexual functioning in clinical trials. *International Journal of Impotence Research, 10*, Suppl. 2, S111-S116.
- Derogatis, L.R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 317-330.
- Everaerd, W. (2003). Het psychofysiologisch laboratorium en seksuele disfuncties. *Tijdschrift voor Seksuologie, 27*, 83-87.
- Everaerd, W., & Laan, E. (2000). Drug treatments for women's sexual disorders. *Journal of Sex Research, 37*, 195-204.
- Heiman, J., & LoPiccolo, J. (1986). *Becoming Orgasmic: A sexual growth program for women*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Heiman, J.R., & Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research, 8*, 148-194.
- Janssen, E., Everaerd, W., van Lunsen, H., & Oerlemans, S. (1994). Validation of a psychophysiological Waking Erectile Assessment (WEA) for the diagnosis of male erectile disorder. *Urology, 43*, 686-695.
- Jong, J. de, Ramakers, M., & van Lunsen, R. (1998). Het vulvaire vestibulitis syndroom, een review. De dynamiek van een pijnlijk syndroom. *Tijdschrift voor Seksuologie, 22*, 52-61.
- Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy, 3*, 3-9.
- Laan, E. (2000). Seksuologisch-fysiologisch onderzoek bij vrouwen: De stand van zaken. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie, 113*, 26-30.
- Laan, E., & Everaerd, W. (1995). Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annual Review of Sex Research, 6*, 32-76.
- Laan, E., van Driel, E., & van Lunsen, R.H.W. (2003). Seksuele reacties van vrouwen met een seksuele opwindingsstoornis op visuele seksuele stimuli. *Tijdschrift voor Seksuologie, 27*, 1-13.
- Laan, E., & van Lunsen, R.H.W. (2002). Seks en farmaca. *Tijdschrift voor Seksuologie, 26*, 253-262.
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA, 281*, 537-544.
- Leiblum, S. (1998). Definition and classification of female disorders. *International Journal of Impotence Research, 10*, Suppl. 2, S104-S106.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Seksuele stoornissen bij man en vrouw*. Amsterdam: Manteau.
- Meston, C.M., & Gorzalka, B.B. (1996). Differential effects of sympathetic activation on sexual arousal in sexually dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 582-591.
- Morokoff, P.J., & Heiman, J.R. (1980). Effects of erotic stimuli on sexually functional and dysfunctional women: Multiple measures before and after sex therapy. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 127-137.
- Segraves, R.T., & Segraves, K.G. (1991). Diagnosis of female arousal disorder. *Sexual and Marital Therapy, 6*, 9-13.
- Simons, J., & Carey, M.P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Research from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior, 30*, 177-219.
- Sipski, M.L., Rosen, R.C., Alexander, C.J., & Hamer, R. (2000). Sildenafil effects on sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury. *Urology, 55*, 812-815.
- Slob, A.K. (2000). Age, libido, and male sexual function. *The Prostate Supplement, 10*, 9-13.
- Vroege, J.A. (2002). *LOPS-registratie 2000*. Utrecht: Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie/Rutgers Nisso Groep.
- Wincze, J.P., Albert, A., & Bansal, S. (1993). Sexual arousal in diabetic females: Physiological and self-report measures. *Archives of Sexual Behavior, 22*, 587-601.
- Wouda, J.C., Hartman, P.M., Bakker, R.M., Bakker, I.O., van de Wiel, H.B.M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (1998). Vaginal plethysmography in women with dyspareunia. *Journal of Sex Research, 35*, 141-147.

Abstract

When is a sexual problem a dysfunction? Problems in the classification of sexual disorders in women

This paper describes five problems with the often-used classification system for sexual dysfunctions, the DSM-IV (and recent text revision: DSM-IV-TR). First, it is difficult, if not impossible, to rule out that sexual problems are the result of inadequate sexual stimulation. In addition, very often the lack of clear diagnostic criteria forces the clinician to rely on a subjective judgement. Next, the four primary sexual dysfunctions are not independent. Also, impaired genital responsiveness, the criterion for a sexual arousal disorder, can not be established on the basis of a diagnostic interview. That would require a psychophysiological test, which is available for only a few clinicians. This would render this DSM-IV criterion inappropriate, because such a criterion unjustifiably assumes that women are able to accurately infer that their genital sexual response is absent or impaired. Finally, impaired genital responsiveness seems to be relevant only for women with a medical condition, but in the case of organic etiology primary sexual arousal disorder is not a valid diagnosis. Consequently, the question arises whether there are women to whom this DSM-IV category would apply. An attempt to arrive at a new classification system of sexual disorders is briefly discussed. Finally, the question is raised when a sexual problem should be considered to be a sexual dysfunction.