

Beschouwing

Seksuele disfuncties van mannen in DSM-5

Jacques van Lankveld

Open Universiteit, Heerlen

Samenvatting

De beschrijving van de seksuele disfuncties bij mannen in DSM-5 lijkt, in vergelijking met de vrouwelijke disfuncties, relatief weinig veranderd ten opzichte van DSM-IV-TR. Ook lijken de gewijzigde indeling en de diagnostische criteria, vergeleken met de vrouwelijke seksuele disfuncties, de parafilieën en de genderidentiteitsstoornissen, betrekkelijk weinig weerstand in het veld te ontmoeten. Bij nadere beschouwing kunnen deze wijzigingen echter wel significante gevolgen hebben voor de klinische diagnostiek en het epidemiologisch onderzoek. De indeling en de diagnostische criteria voor de onderscheiden seksuele disfuncties worden besproken.

Bij de herziening van de indeling in stoornissen in DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) lijken de diagnostische criteria van de seksuele disfuncties bij mannen, in vergelijking met de vrouwelijke disfuncties, relatief weinig veranderd. In 2010 werden de voorstellen voor DSM-5 door de verschillende commissies openbaar gemaakt en konden professionals en onderzoekers hun reacties er op geven. Opvallend is dat in het aprilnummer van 2010 van *Archives of Sexual Behavior* artikelen over alle voorgestelde wijzigingen van seksuele en genderidentiteitsstoornissen werden opgenomen, behalve over de mannelijke disfuncties. In het *Journal of Sexual Medicine (JSM)* verschenen ook in 2010 drie artikelen van Segraves, de voorzitter van de DSM-5 subcommissie voor de seksuele disfuncties, over de tekstvoorstellen voor de mannelijke disfuncties (Segraves, 2010a, 2010b, 2010c) en na elk werden een aantal korte commentaren opgenomen. In deze artikelen beschrijft Segraves afzonderlijk de voorgestelde nieuwe criteria voor erectiestoornis, vroegtijdige zaadlozing en vertraagde zaadlozing. Brotto, eveneens lid van de betreffende DSM-5 commissie, publiceerde ook in *JSM* een artikel over de voorgestelde criteria voor seksuele stoornis met verminderd seksueel verlangen

bij de man (Brotto, 2010). Het uitblijven van commentaren en discussie wekt de indruk dat de voorgestelde wijzigingen vooral instemmend zijn ontvangen en geen aanleiding geven tot veel discussie. Nu de handleiding van de DSM-5 dit jaar gepubliceerd is kunnen we de balans opmaken.

De seksuele disfuncties bij mannen

Wat veranderde er met de invoering van DSM-5 aan de indeling van de mannelijke seksuele disfuncties? Gebleven zijn (zie Tabel 1) de *seksuele stoornis met verminderd verlangen*, de *erectiestoornis*, de *vertraagde ejaculatie* (voorheen 'orgasmestoornis bij de man'), *voortijdige ejaculatie*, en de varianten van deze disfuncties wanneer die het gevolg zijn van het gebruik van psychotrope stoffen of medicijnen. Verder zijn opgenomen: *andere specifieke seksuele disfunctie* en *ongespecificeerde seksuele disfunctie*. Verdwenen uit de lijst zijn de *seksuele aversiestoornis*, *dyspareunie* en de *seksuele disfunctie als gevolg van een somatische aandoening*. Ten aanzien van deze laatste diagnose zeggen de auteurs in de inleidende paragraaf het volgende: wanneer duidelijk is dat een somatische aandoening verantwoordelijk gehouden moet worden voor het seksueel disfunctioneren kan de diagnose seksuele disfunctie niet gesteld worden. De somatische aandoening vormt dus een exclusie criterium voor de 'gewone' disfuncties; er is daarom geen diagnosecode meer voor seksuele disfunctie veroorzaakt door een somatische aandoening.

Voor alle seksuele disfuncties (behalve die ten gevolge van een middel of medicijn) geldt dat de minimale duur van de gerapporteerde problemen 6 maanden is.

Tabel 1. Seksuele disfuncties bij de man in DSM-IV-TR en DSM-5

DSM-IV-TR	DSM-5
Seksuele stoornis met verminderd verlangen	Seksuele stoornis met verminderd verlangen bij de man
Seksuele aversiestoornis	-
Erectiestoornis bij de man	Erectiestoornis
Orgasmestoornis bij de man	Vertraagde ejaculatie
Voortijdige ejaculatie	Voortijdige of vroege ejaculatie
Dyspareunie (niet door een somatische aandoening)	-
Seksuele disfunctie door...[vermeld de somatische aandoening]	-
Seksuele disfunctie door een middel	Seksuele disfunctie door een middel of medicijn
-	Andere specifieke seksuele disfunctie
Seksuele disfunctie niet anderszins omschreven	Ongespecificeerde seksuele disfunctie

Dit is een wijziging die over de volle breedte van de seksuele disfuncties kan leiden tot minder diagnoses. Voor het epidemiologisch onderzoek zal dit waarschijnlijk leiden tot lagere prevalentie- en incidentiecijfers. Hieronder bespreek ik per DSM-5 diagnose de wijzigingen in de diagnostische criteria. Ook ga ik kort in op de in DSM-5 geschrapte diagnose *dyspareunie* bij de man.

Seksuele stoornis met verminderd verlangen bij de man

DSM-IV-TR

A. *Aanhoudend of recidiverend gebrek aan [of ontbreken van] seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit. Bij de beoordeling van het gebrek of het ontbreken wordt rekening gehouden met factoren die van invloed zijn op het seksuele functioneren zoals leeftijd, sekse en de levenswijze.*

DSM-5

A. *Aanhoudende of terugkerende, onvoldoende (of ontbrekende) seksuele/erotische gedachten of fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit. Een seksuele disfunctie, die duidelijk lijden of relatieproblemen veroorzaakt, overheerst het beeld. De beoordeling als onvoldoende wordt door de clinicus gegeven, rekening houdend met factoren die het seksuele functioneren beïnvloeden, zoals leeftijd en de algemene en socio-culturele levensomstandigheden.*

Aan het A-criterium van verminderd seksueel verlangen is in DSM-5 toegevoegd dat het behalve om seksuele fantasieën ook om verminderde *seksuele of erotische gedachten* kan gaan. Niet alleen verminderde cognitieve activiteit in de vorm van imaginaire seksuele beelden maar ook afwezigheid of lagere frequentie van niet-beeldige seksuele cognities kunnen dus voldoende zijn om aan het A-criterium van verminderd seksueel verlangen te voldoen.

In de toelichting op de criteria wordt verder duidelijk gemaakt dat het simpele gegeven dat er sprake is van een

verschil in sterkte van seksueel verlangen tussen twee partners onvoldoende is om (als de mannelijke partner degene is met het minste verlangen) bij de man een diagnose verminderd seksueel verlangen vast te stellen.

In haar artikel in het *Journal of Sexual Medicine* bespreekt Brotto (2010) de gepubliceerde empirische bevindingen over de prevalentie, de mogelijke determinanten van verminderd seksueel verlangen bij mannen, en de overeenkomsten en verschillen tussen mannen en vrouwen op dit terrein. Ook overweegt ze de mogelijkheid om, analoog aan de beweging die bij vrouwelijke disfuncties plaats vond in het proces naar de DSM-5 toe, de stoornissen in het seksueel verlangen en seksuele opwinding bij de man ook onder één diagnose te brengen. Ze doet de aanbeveling om de veldstudies met behulp van de nieuwe diagnostische criteria bepalend te laten zijn voor het al dan niet gelijktrekken met vrouwelijke disfuncties. Inmiddels is duidelijk dat hiervoor uiteindelijk niet is gekozen. Seksueel verlangen en seksuele opwinding blijven in het DSM-5 model onafhankelijk bij mannen, terwijl ze bij vrouwen zijn samengevoegd.

Opmerkelijk is dat Brotto, op basis van erg beperkte empirische ondersteuning, voorstelt dat het (nog steeds) vertonen van masturbatiegedrag van de man die verminderd seksueel verlangen rapporteert niet gebruikt zou mogen worden om de diagnose verminderd seksueel verlangen aan iemand te onthouden. Voor deze diagnose zou het volgens haar dus cruciaal om verlangen naar seks met een partner moeten gaan. Brotto's gedachte is in de DSM-5-handleiding terug te vinden in de paragraaf over 'aanverwante kenmerken die de diagnose ondersteunen'.

De combinatie van de toevoeging van (onvoldoende) seksuele of erotische gedachten aan de vereiste symptomen en het buiten beschouwing laten van de aanwezigheid van masturbatie bij het stellen van de diagnose zijn beide wijzigingen die het indicatiengebied van de diagnose verminderd seksueel verlangen uitbreiden. Dit kan er toe leiden dat de prevalentie- en incidentiecijfers van deze seksuele disfunctie vanaf nu

in populatiestudies, waarin de DSM-5 systematiek leidend is, gaan stijgen. Zoals gezegd zal, anderzijds, de invoering van het *minimaal 6 maanden* criterium het indicatiegebied inperken. We zullen moeten afwachten wat het gevolg 'onder de streep' gaat worden.

Seksuele aversiestoornis

DSM-IV-TR

A. *Aanhoudende of recidiverende extreme aversie voor, en vermijding van elk [of bijna elk] genitaal seksueel contact met de partner.*

Deze diagnose was in DSM-IV-TR beschikbaar voor vrouwen en mannen, maar is in DSM-5 helemaal weggelaten. Er is in de literatuur geen argumentatie te vinden voor deze beslissing; mogelijk is de lage prevalentie van deze diagnose in het verleden aanleiding geweest. De laatste jaren is er allerlei onderzoek gepubliceerd dat juist een belangrijke rol suggereert voor walging in het ontstaan en in stand houden van seksueel disfunctioneren (de Jong, van Lankveld, Elgersma, & Borg, 2010; de Jong, van Overveld, & Borg, 2013). Mannen die last hebben van sterke walgingsgevoelens bij seksuele prikkels of activiteit kunnen in DSM-5 de diagnose *andere specifieke seksuele disfunctie met seksuele aversie* krijgen. Voor een overzicht van de seksuele aversiestoornis in het kader van DSM-5: zie De Jong (2013b).

Erectiestoornis

DSM-IV-TR

A. *Aanhoudend of recidiverend onvermogen om een adequate erectie te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit*

DSM-5

A. *Tenminste een 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):*

1. *Aanzienlijke moeilijkheid om een erectie te krijgen tijdens seksuele activiteit*
2. *Aanzienlijke moeilijkheid om een erectie te houden tot de voltooiing van de seksuele activiteit*
3. *Aanzienlijke vermindering van stijfheid van de erectie*

Alhoewel de formulering van de criteria voor erectiestoornis in DSM-5 vertrouwd klinkt, bevatten ze elementen die enerzijds tot inperking en anderzijds tot

uitbreiding leiden van het indicatiegebied. De eerste inperking zit in de specificatie dat de erectiemoeilikheden het beeld ook kwantitatief moeten overheersen. Waar in DSM-IV-TR gesproken werd over aanhoudend of recidiverend erectiel onvermogen werd het overgelaten aan de hulpvrager en de clinicus om te bepalen wat hieronder verstaan moest worden. Een af en toe optredend probleem om een erectie te krijgen of staande te houden kon in DSM-IV-TR al aan het A-criterium voldoen. In DSM-5 wordt een kwantitatieve beoordeling gevraagd: het erectieprobleem moet 75-100% van de keren aanwezig zijn. Dit kan het aantal afgegeven diagnoses in de toekomst verminderen. Een volgende inperking betreft de context van het erectieprobleem. De diagnose geldt alleen voor erectiemoeilikheden tijdens seksueel contact met een partner. De erop volgende tekst tussen haakjes stelt dat het probleem – daarnaast – ook tijdens masturbatie kan optreden. De inperking van het indicatiegebied is dat geen diagnose gesteld mag worden als het erectieprobleem alleen tijdens masturbatie bestaat, maar niet bij partnercontact. In DSM-IV-TR zou dat wel gekund hebben.

Anderzijds wordt het indicatiegebied in DSM-5 verruimd door de toevoeging van het derde symptoom (vermindering van erectiestijfheid). Ook als er wel een erectie is maar de stijfheid daarvan als onvoldoende wordt beleefd wordt aan het A-criterium voldaan. Men zou kunnen denken dat het stijfheidsaspect al onderdeel uitmaakt van de symptoomomschrijving in DSM-IV-TR, namelijk het onvermogen om een *adequate* erectie te krijgen, en dat DSM-5 slechts een nadere explicitering daarvan geeft. De volumetoename van de penis en het ontstaan van volledige stijfheid zijn beide fysiologische verschijnselen die optreden als gevolg van seksuele stimulatie en liggen op één en dezelfde dimensie (Stoekart, Swaab, Gijs, de Ronde, & Slob, 2009). Volumetoename ontstaat als eerste in dat proces, volledige stijfheid pas daarna bij nog sterkere stimulatie en opwinding. Tegen die achtergrond zijn de nieuwe DSM-5 criteria te interpreteren in de zin dat zowel matige (wel volumetoename, geen rigiditeit) als ernstige erectiemoeilikheden (ook geen volumetoename, of wel aanvankelijke toename maar daarna vroegtijdig verslappen van de penis) een diagnose erectiestoornis kunnen krijgen. Wat beide wijzigingen gaan betekenen voor de klinische praktijk en voor toekomstig epidemiologisch onderzoek kunnen we slechts afwachten.

De minimale probleemdure van 6 maanden in DSM-5 kan, naast de veranderingen in het klinische criterium, een inperkend effect hebben op toekomstige aantallen diagnoses.

In het genoemde artikel in *Journal of Sexual Medicine*¹ geeft de auteur (Segraves, 2010c) een overzicht

¹ Overigens lijkt het artikel van Segraves in *Journal of Sexual Medicine* nogal haastig geschreven en zonder voldoende redactionele controle. Er wordt verwezen naar Nederlands onderzoek in Krimpen (aan de IJssel), dat volgens de auteur een plaatsje vlak bij Amsterdam zou zijn; het bij de studie genoemde referentienummer blijkt in de literatuurlijst niet te zijn opgenomen.

van de uitgebreide literatuur over erectiestoornis. Hij constateert dat er slechts weinig bewijslast is voor de operationele definitie van erectiestoornis in DSM-IV-TR. Hij doet onder meer de aanbeveling om het voor een diagnose erectiestoornis niet meer verplicht te maken dat er ook sprake is van last of lijdensdruk. Het aangedragen argument hiervoor is dat dit de klinische diagnose van erectiestoornis onnodig zou compliceren. Hij eindigt dit deel van zijn betoog met de suggestie om 'marked distress' te vervangen door 'emotional discomfort'; nogal merkwaardig, omdat de betekenis van beide termen weinig verschilt en het gebruik van 'emotional discomfort' dezelfde bezwaren zou oproepen als het lastcriterium. Segraves' advies is in de definitieve versie van DSM-5 echter niet overgenomen. Ik ben van mening dat dit laatste een gelukkige keuze is omdat dit tot een enorme toename van het indicatiegebied aanleiding zou hebben gegeven, ook voor medicamenteuze interventies. En het zou een groot risico hebben veroorzaakt voor toename van de medicalisering bij mannen met erectieproblemen zonder hulpvraag. Weliswaar is dit risico kleiner in de praktijk van de klinische diagnostiek en indicatiestelling omdat daar de aanmelding voor hulp door een hulpvrager meestal al impliceert dat er lijdensdruk aanwezig is. In epidemiologische bevolkingsstudies is dit echter niet vanzelfsprekend het geval.

Voortijdige ejaculatie

DSM-IV-TR

A. *Aanhoudende of recidiverende ejaculatie na minimale seksuele stimulatie voor, tijdens of kort na de penetratie en eerder dan betrokkene wil. Rekening moet worden gehouden met factoren die de duur van de opwindingsfase beïnvloeden zoals leeftijd, onbekendheid met de partner of de situatie en de huidige frequentie van de seksuele contacten.*

DSM-5

A. *Een aanhoudend of recidiverend patroon waarbij de ejaculatie tijdens seksuele activiteit met de partner optreedt binnen ongeveer 1 minuut na vaginale penetratie en voordat de persoon het wenst.*

Noot: alhoewel de diagnose voortijdige (vroegtijdige) ejaculatie ook van toepassing is op personen tijdens niet-vaginale seksuele activiteiten, zijn voor deze activiteiten nog geen specifieke durucriteria vastgesteld.

Het symptoom in het eerste criterium moet tenminste 6 maanden aanwezig zijn geweest en ervaren zijn tijdens bijna alle of alle (bij benadering 75% - 100%) seksuele contacten met een partner (in specifieke situaties of, indien gegeneraliseerd, in alle situaties).

Bij de voortijdige ejaculatiestoornis (vroegtijdige ejaculatie) is de verdergaande kwantificering 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 diagnose te stellen. Het criterium *binnen ongeveer 1 minuut* weerspiegelt de in de afgelopen jaren gegroeide consensus, bijvoorbeeld binnen de International Society for Sexual Medicine (McMahon et al., 2008), maar ook zoals zichtbaar in de NVVS-richtlijn voor vroegtijdige ejaculatie (Leusink et al., 2012), dat de grootste groep van mannen met levenslange problemen op dit gebied gekenmerkt wordt door een extreem korte tijd tussen de start van de seksuele stimulatie en ejaculatie in de cruciale context van het probleem: penetratieseks. Ook wordt hierdoor het percentage mannen in de bevolking die, gemeten langs deze lat, binnen het tijds criterium vallen beperkt tot ca. 1 - 3%. Het meten van de objectieve latentieduur werd in het wetenschappelijk onderzoek vooral gedaan met behulp van een stopwatch (zie voor een overzicht Waldinger, 2008). In de klinische praktijk is het goed mogelijk om de stopwatch achterwege te laten en te vertrouwen op de eigen tijdsinschatting van de hulpvrager, omdat de objectief gemeten en de zelf geschatte latentieduur hoog correleren (Pryor, Broderick, Ho, Jamieson, & Gagnon, 2006; Waldinger, Hengeveld, Zwinderman, & Olivier, 1998).

Alhoewel de penetratiecontext van de snelle ejaculatie in eerste instantie verdwenen is uit de symptoomomschrijving in DSM-5 ('tijdens seksuele activiteit met de partner') terwijl deze in DSM-IV-TR wel een plaats had in de symptoomomschrijving ('voor, tijdens of kort na de penetratie'), blijkt uit de Noot, die hierop in DSM-5 volgt, dat hierbij toch vooral aan penetratie gedacht dient te worden.

Het aspect van de tekortschietende zelfcontrole is (impliciet) aanwezig in zowel DSM-IV-TR als DSM-5 ('eerder dan betrokkene wil', c.q. 'voordat de persoon het wenst'). Segraves (2010b) stelt dat het zelfcontroleaspect na DSM-III verdwenen is uit de symptoomomschrijvingen in daaropvolgende versies van DSM. In DSM-III luidde de symptoomdefinitie 'Ejaculation that occurs before the individual wishes it, because of recurrent and persistent absence of reasonable voluntary control of ejaculation and orgasm during sexual activity'. Ondanks de semantische verschillen zie ik geen relevant inhoudelijk verschil tussen ejaculatie met 'afwezigheid van vrijwillige controle' en 'voordat de persoon het wenst'. Om in DSM-5 de diagnose voortijdige ejaculatiestoornis te kunnen stellen moet er dus sprake zijn van een combinatie van korte latentieduur en gebrek aan controle.

Evenals bij de erectiestoornis overweegt Segraves (2010b) in zijn artikel over de criteria voor voortijdige ejaculatiestoornis dat het lastcriterium weggelaten zou mogen worden. De door hem aangehaalde analogie met migraine, waarvoor de simpele aanwezigheid al voldoende reden is om een diagnose te stellen en een bijkomende beoordeling van de lijdensdruk overbodig

is, is in mijn ogen niet gelukkig.² Bij de pijnstoornis migraine is de ernst van het lijden intrinsiek aanwezig. Bij ejaculatie binnen een bepaalde korte tijd is het, onder meer, cultureel bepaald of dit door de man zelf of zijn partner ervaren wordt als lastig, abnormaal of onverdraaglijk. De snelle ejaculatie heeft, als zodanig, dezelfde ervaringskwaliteit als de ejaculatie bij een 'normale' latentieduur. Ook hierbij geldt: *'saved by the bell'*. Het lastcriterium is behouden in DSM-5. Segraves geeft het advies om de ernst van de voortijdige ejaculatie te zoeken in een verdere onderverdeling van de latentieduur. De meest ernstige vorm van de aandoening zou zijn wanneer de man klaarkomt voordat er penetratie heeft kunnen plaatsvinden ('ante portas'); de daarop volgende ernstcategorieën krijgen de ejaculatie binnen resp. 15, 30 en 45 seconden na penetratie. In de definitieve versie zijn de eerste twee categorieën samengevoegd tot 'ernstig' (ante portas of binnen 15 seconden), tussen 15 en 30 seconden is 'matig ernstig', tussen 30 seconden en 1 minuut is 'mild ernstig'.

Tenslotte adviseert Segraves om de etiologische subtypen van vroegtijdige ejaculatie weg te laten. De clinicus is in de praktijk niet in staat om de etiologie te bepalen. Dit advies is overgenomen; de subtypering is weggelaten in DSM-5.

Vertraagde ejaculatie

DSM-IV-TR

A. *Aanhoudende of recidiverende vertraging, of ontbreken van een orgasme volgend op een fase met een normale seksuele opwinding tijdens de seksuele activiteit die adequaat in aandacht, intensiteit en duur was, waarbij rekening is gehouden met de leeftijd.*

DSM-5

A. *Een van de volgende 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) en terwijl de persoon het uitstel niet wenste:*

1. *Aanmerkelijk vertraagde ejaculatie*
2. *Erg lage frequentie of volledig uitblijven van ejaculatie*

Allereerst valt op dat de benaming van deze seksuele stoornis is veranderd van 'Orgasmestoornis bij de man' in 'Vertraagde ejaculatie'. De oude term bleek nauwelijks gebruikt te worden in de literatuur (Segraves, 2010a).

De kern van het A-criterium blijft in DSM-5 het vertraagd zijn of helemaal uitblijven van de ejaculatie. De

toevoeging dat het probleem in minstens drie van de vier seksuele contacten met een partner zou moeten bestaan volgt het algemene patroon in de nieuwe versie van sterkere kwantificering, maar er wordt geen kwantificering van de minimale duur van het uitblijven van de ejaculatie gevraagd. Het aantal epidemiologische studies in de algemene bevolking is nog klein. In een internationale vergelijkende bevolkingsstudie onder mannen in Nederland, Spanje, Turkije, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten (Waldinger et al., 2005) bleek de intravaginale latentieduur uit te lopen van 55 seconden tot bijna drie kwartier (mediaan: 5.4 minuten). Het lijkt dus mogelijk om een minimale latentieduur vast te stellen op basis van populatiegegevens: de diagnose vertraagde ejaculatie zou gegeven kunnen worden als de ejaculatie na een penetratieduur van bijvoorbeeld 20 minuten niet bereikt is. Een validiteitsprobleem hierbij zou kunnen zijn dat mannen met het betreffende probleem hun pogingen om klaar te komen misschien al staken voordat die kritische tijdgrens bereikt is, terwijl sommige mannen hun opwinding juist reguleren om de ejaculatie langer uit te stellen zonder dat sprake is van een als zodanig ervaren 'vertragingprobleem'.

Ook bij de vertraagde ejaculatie wordt gebrek aan vrijwillige controle ('willen maar niet kunnen') geformuleerd als 'terwijl de persoon het uitstel niet wenste'.

Analoog aan de erectiestoornis geldt de diagnose alleen voor moeilijkheden met het krijgen van een ejaculatie tijdens seksueel contact met een partner. Het probleem kan – daarnaast – ook tijdens masturbatie optreden. De inperking van het indicatiegebied is dat geen diagnose gesteld mag worden als het orgasme probleem alleen tijdens masturbatie optreedt, maar niet bij partnercontact. In DSM-IV-TR zou dat wel gekund hebben.

De etiologische relatie die in de DSM-IV-TR definitie gelegd werd met 'seksuele activiteit die adequaat in aandacht, intensiteit en duur was' is weggelaten uit de nieuwe symptoomomschrijving. Dit lijkt mij een goede beslissing. Het was voor de clinicus immers een onmogelijke opgave om bij een hulpvrager met vertraagde ejaculatie vast te stellen of er bij hem sprake was van voorafgaande adequate seksuele stimulatie en voldoende opwinding als gevolg daarvan.

Dyspareunie

DSM-IV-TR

Recidiverende of aanhoudende genitale pijn samenhangend met de geslachtsgemeenschap bij een man of vrouw.

² Segraves verwijst op dit punt – mijns inziens onterecht – naar de publicatie van Waldinger (2008), die migraine als voorbeeld aanhaalt van een heel andere stelling, namelijk dat het uiteten van de klacht dat de zaadlozing snel komt nog niet automatisch betekent dat er sprake is van de aanwezigheid van een syndroom of stoornis van vroege zaadlozing (evenmin als een hoofdpijnklacht automatisch betekent dat men lijdt aan een migrainesyndroom of hersentumor).

DSM-5 Afwezig

De DSM-5 -makers zeggen expliciet dat deze diagnose gereserveerd is voor vrouwen. Ook al komt er geleidelijk aan meer onderzoek naar seksgerelateerde pijnklachten van mannen, er zou nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing zijn om de diagnose binnen de systematiek van DSM te rechtvaardigen. Het besluit om deze diagnose te schrappen kan echter serieuze negatieve gevolgen hebben. Tijdens de jongste conferentie van de International Academy of Sex Research, tijdens het symposium dat gewijd was aan de wijzigingen in DSM-5, brak een van de leden, Rosser, een lans voor het opnieuw opnemen van seksuele pijnstoornis bij de man, onder andere omdat door het ontbreken van een duidelijke dyspareuniediagnose in DSM-5 homoseksuele mannen met anale dyspareuniekklachten geen diagnose kunnen krijgen, en daarom in veel gevallen geen toegang tot professionele hulpverlening.

Mannen met klachten op dit gebied kunnen in DSM-5 wel de diagnose *andere specifieke seksuele disfunctie* of *ongespecificeerde seksuele disfunctie* krijgen.

Beschouwing

Behalve het niet meer opnemen van een aantal disfunctietypen (seksuele aversiestoornis, dyspareunie bij de man) is de voornaamste wijziging in de criteria van de seksuele disfuncties bij mannen in DSM-5 het kwantificeren van de symptoomomschrijvingen. Een belangrijke rol was daarin weggelegd voor onderzoek in Nederland door Marcel Waldinger, dat sterk heeft bijgedragen aan het kwantificeren van ejaculatieparameters (Waldinger, 2008; Waldinger, et al., 1998; Waldinger, et al., 2005). De gerapporteerde moeilijkheden moeten minimaal gedurende 6 maanden hebben bestaan, moeten in driekwart of meer van de gevallen aanwezig zijn, en bij voortijdige ejaculatiestoornis moet de ejaculatie optreden binnen 1 minuut na penetratie. Daarnaast zijn er diverse 'kleinere' tekstuele wijzigingen, die desondanks behoorlijk grote consequenties kunnen hebben voor de klinische diagnostiek en het epidemiologisch onderzoek die van DSM-5 gebruik maken. Sommige wijzigingen lijken het indicatiegebied van de betreffende seksuele disfunctie in te perken, anderen kunnen het juist groter maken. De invoering van het *minimaal 6 maanden*-criterium voor alle disfuncties en het schrappen van de seksuele aversiestoornis en dyspareunie bij de man zou kunnen leiden tot lagere aantallen klinische diagnoses en daling van de prevalentiecijfers over de hele linie. Anderzijds lijken de criteria voor de erectiestoornis en de voortijdige en vertraagde ejaculatie vooral tot inperking te leiden, terwijl die voor verminderd seksueel verlangen meer mogelijkheden biedt om de diagnose te stellen. Dit zou kunnen leiden tot een relatieve toename van de diagnoseaantallen voor verminderd seksueel verlangen en een relatieve

daling van de diagnoseaantallen voor de overige seksuele disfuncties bij mannen.

De (negatieve, kritische) reacties op de seksuele disfuncties in DSM-5 lijken vooral gericht op de seksuele disfuncties bij vrouwen en op de parafilieën en de genderidentiteitsstoornissen. Was het dan niet nodig om de indeling en criteria van de mannelijke seksuele disfuncties eens grondig aan te pakken? Waren alle gebruikers van DSM-IV-TR hier unaniem tevreden over? De conclusie op basis van het debat dat gevoerd is na het bekend worden van de wijzigingsvoorstellen in 2010 zou kunnen zijn dat de commissies goed werk geleverd hebben voor de seksuele disfuncties van mannen. De kritiek op de vaagheid van de operationele definities is serieus genomen. De recente empirische studies met implicaties voor de diagnostische criteria zijn over het algemeen goed verwerkt.

Toch zijn er ook kritische opmerkingen te maken. Zo lijkt soloseks in DSM-5 een grote verliezer. Als een seksueel probleem alleen bij masturbatie optreedt, kan er geen diagnose gesteld worden volgens DSM-5. Als het probleem tijdens partnerseks gevoeld wordt en tevens tijdens het masturberen en er dus sprake is van een gegeneraliseerd probleem kan de diagnose wel gesteld worden. Aan de man zonder partner die tijdens zijn seksuele solo-activiteiten moeilijkheden heeft op seksueel gebied, hoe langdurig ook, hoe lastig ook, kan formeel geen diagnose verstrekt worden. In de situatie dat de toegang tot (vergoede) hulp beperkt wordt tot die stoornissen waarbij volgens de daarvoor geldende criteria een DSM-diagnose is afgegeven, betekent dit dat aan de *single* man de toegang tot professionele hulpverlening ontzegd wordt.

Na het bespreken van de mannelijke seksuele disfuncties wil ik nog even stilstaan bij enkele algemene aspecten van het hoofdstuk in DSM-5 over de seksuele disfuncties. Bij elke diagnose komt er een klinisch oordeel aan te pas om vast te stellen of de gerapporteerde seksuele moeilijkheden het gevolg zijn van andere problemen of factoren. Een van de factoren is onvoldoende of inadequate seksuele stimulatie. De achterliggende gedachte is dat zonder deze input 'het seksuele systeem' niet eens *kan* reageren. Deze tussenkomst van het klinisch oordeel om de sterkte en geschiktheid van de gegeven seksuele stimulatie vast te stellen introduceert een filosofische discussie. Als er geen stimulatie plaatsvindt, bijvoorbeeld doordat de lijdende vermijdt uit angst voor het opnieuw ervaren van een teleurstellende seksuele respons, kan - volgens deze regel - de diagnose seksuele disfunctie niet gesteld worden. Er kan dus volgens de DSM-5 systematiek alleen sprake zijn van een disfunctie als 'het mechaniek' niet werkt terwijl wel 'op de juiste knoppen wordt gedrukt'. Een psychologische oorzaak die ervoor zorgt dat het mechaniek niet in gang gezet wordt leidt zo tot uitsluiting van de diagnose en in het ergste geval tot uitsluiting van zorg. Is dat wat wij willen bereiken met dit classificatiesysteem? Deze mijns inziens forse re-

ductie van de definitie van seksuele disfuncties tot het disfunctioneren van het seksuele mechaniek ondanks voldoende en adequate stimulatie doet geen recht aan het biopsychosociale model waaraan in de inleiding van het hoofdstuk over seksuele disfuncties in DSM-5 lippendienst wordt bewezen (p. 423).

Evenals in DSM-IV-TR is de aanwezigheid van (klinisch significant) lijden (criterium C) vereist voor een diagnose. Nieuw in DSM-5 is dat de ernst van de stoornis dient te worden aangeduid, onderverdeeld in *mild*, *matig* en *ernstig*. Het valt in toekomstig onderzoek te bezien of de invoering hiervan, wat leidt tot een dubbel systeem om de ernst van het lijden te beoordelen (Criterium C én specificatie van de ernst), relevant zal blijken.

Een wat onopvallende verandering is het loslaten van het onderscheid tussen ejaculatie en orgasme. Alhoewel deze verschillende aspecten van het seksuele hoogtepunt bij mannen in handboeken vaak benoemd werden, mogelijk alleen maar 'overgeschreven' van eerdere teksten, zijn in de klinische onderzoeksliteratuur nauwelijks aanwijzingen te vinden dat mannen met seksuele moeilijkheden op dit gebied het orgasmegevoel onderscheiden van de fysiologische zaadlozing. Geen ejaculatie kunnen bereiken is meestal het hete hangijzer. Ook in het fundamentele onderzoek is, behalve in het werk van Mah en Binik (2001, 2005), nauwelijks werk gemaakt van dit onderscheid.

Wel opvallend vind ik tenslotte dat de seksuele activiteiten van homoseksuele en andere seksuele minderheden in DSM-5 nog steeds in voetnoten of anderszins perifere tekstdelen zijn weggestopt en niet in de centrale tekstdelen opgenomen zijn.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Brotto, L. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in men. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2015-2030.
- De Jong, P. J., van Lankveld, J., Elgersma, H. J., & Borg, C. (2010). Disgust and sexual problems: Theoretical conceptualization and case illustrations. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 23-39.
- De Jong, P. J., van Overveld, M., & Borg, C. (2013a). Giving in to arousal or staying stuck in disgust? Disgust-based mechanisms in sex and sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 50, 247-262.
- De Jong, P. J., Borg, C., & Elgersma, H. J. (2013b). Seksuele Aversie en de DSM-5: verwijderd als stoornis maar als symptoom onverminderd relevant. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 37, 172-176.
- Leusink, P., Waldinger, M., Laan, E., van Lankveld, J., Meuleman, E., Reisman, C., & Incrocci, L. (2012). Richtlijn Vroegtijdige zaadlozing. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 48-57.

- Mah, K., & Binik, Y. M. (2005). Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 187-200.
- Mah, K., & Binik, Y. M. (2001). The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21, 823-856.
- McMahon, C. G., Althof, S. E., Waldinger, M. D., Porst, H., Dean, J., Sharlip, I. D., ... Segraves R. (2008). An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1590-1606.
- Pryor, J., Broderick, G., Ho, K., Jamieson, S., & Gagnon, D. (2006). Comparison of estimated versus measured intravaginal latency time (IELT) in men with and without premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 3(1 suppl), 53 (abstract 125).
- Segraves, R. T. (2010a). Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM V. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2 Pt 1), 690-695.
- Segraves, R. T. (2010b). Considerations for an evidence-based definition of premature ejaculation in the DSM-V. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2 Pt 1), 672-679.
- Segraves, R. T. (2010c). Considerations for diagnostic criteria for erectile dysfunction in DSM V. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2 Pt 1), 654-660.
- Stoekart, R., Swaab, D., Gijs, L., de Ronde, P., & Slob, A. K. (2009). Biologie van de seksualiteit; Endocrinologische, anatomische en fysiologische aspecten. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & P.T. Weijnenborg (Eds.), *Seksuologie* (pp. 73-126). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Waldinger, M. D. (2008). Premature ejaculation: Different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 1-13.
- Waldinger, M. D., Hengeveld, M. W., Zwinderman, A. H., & Olivier, S. (1998). An empirical operationalization study of DSM-IV criteria for premature ejaculation. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2, 287-293.
- Waldinger, M. D., Quinn, P., Dilleen, M., Mundayat, R., Schweitzer, D. H., & Boolell, M. (2005). A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 492-497.

Summary

Male sexual dysfunctions in DSM-5

The descriptions of sexual dysfunctions in men in DSM-5 appear to have undergone relatively few and minor changes in comparison with DSM-IV-TR, compared with the sexual dysfunctions in women. The changed overall structure and the diagnostic criteria have also met with little resistance in the field, compared with the female sexual dysfunctions, the paraphilic disorders and the gender identity disorders. Upon closer scrutiny, however, the changes that were made can have a significant impact on clinical diagnostics and on epidemiological research. The classification in DSM-5 of the male sexual dysfunctions and the diagnostic criteria for the different sexual dysfunctions are reviewed.

Keywords: DSM-5, male sexual dysfunction, erectile disorder, ejaculation disorder, hypoactive sexual desire disorder

Trefwoorden: DSM-5, mannelijke seksuele disfunctie, erectiestoornis, ejaculatiestoornis, verminderd seksueel verlangen