

## Beschouwing

# Hyperseksualiteit en DSM-5

Gertjan van Zessen

Eigen praktijk, Lunteren

### Samenvatting

‘Seksverslaving’ is een aandoening die we toenemend zien in de klinische praktijk. Het gaat om een buitengewoon lastig te definiëren probleem. Naar aanleiding van de beslissing van de American Psychiatric Association (APA) om hyperseksualiteit niet als afzonderlijk te classificeren stoornis op te nemen in DSM-5, wordt in deze beschouwing besproken waarom de definitie zo lastig is.

**E**lke klinisch werkende seksuoloog ziet mensen in de spreekkamer die (delen van) hun seksualiteit willen versterken of verminderen. De één zou graag wat meer motivatie en zin zien bij zichzelf of de partner, de ander komt vragen om hulp bij het beheersen van de seksuele activiteit van zichzelf of de partner. De eerste groep zouden we hyposeksueel, de tweede hyperseksueel kunnen noemen. In deze beschouwing gaat het vooral over de hyperseksualiteit. Er is teveel van ‘iets’: teveel zin, teveel seksuele onrust, teveel porno, teveel libido, en te weinig zelfbeheersing en controlegevoel.

Te veel met seks bezig zijn is natuurlijk niet nieuw. Pas sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is er echter een groeiende tendens om deze ervaring (teveel seksualiteit, te weinig controle) als een samenhangend probleemgebied te zien (Carnes, 1983). Dit als min of meer logisch vervolg op de seksuele revolutie, de ontdekking dat seks ook onvrij kan zijn en de opkomst van soa zoals herpes en aids. Seksverslaving, seksuele dwangmatigheid en hyperseksuele verlangensstoornis zijn de bijbehorende termen, die in verschillende gedaante herkend zijn als psychische stoornis in eerdere versies van de DSM. In de eerste twee versies hadden we Don Juanisme en Nymphomanie, prachtige termen die in DSM-III vervangen werden door het vage *not otherwise specified*. DSM-III-R bevatte *sex addiction*

maar DSM-IV niet (Ley, 2012). In de nieuwste versie van de DSM heeft de APA er voor gekozen om geen van de voorstellen op dit gebied te honoreren. Seksverslaving (*addiction*) noch hyperseksualiteit wordt gezien als een herkenbare, valide, goed te classificeren stoornis. Dit is om een aantal redenen opvallend: er zijn immers breed verkondigde commentaren dat de DSM steeds meer ‘normaal’ gedrag zou pathologiseren door definities van stoornissen op te rekken; er is een grote en actieve lobby van voorstanders van het bestaan en de behandeling van seksverslaving; en er is een onmiskenbare brede maatschappelijke herkenning en erkenning van het bestaan van seksverslaving. Als seksuologen weten wij ook dat er een toename is van mensen die om hulp vragen bij hun ‘seksverslaving’. Ik ben zelf actief op dit terrein sinds midden jaren tachtig als onderzoeker en hulpverlener, en zie het alleen maar drukker worden. In de huidige context lijkt opname in DSM van seksuele controleproblematiek, hoe die ook gedefinieerd wordt, alleen maar logisch. Mist de APA hier nu een belangrijke ziektecategorie of moeten we de beslissing zien als een teken van helder inzicht?

### Verslaving, compulsie en hyperseksualiteit

Laten we beginnen met de waarnemingen waar alle betrokkenen in het veld het in grote lijnen over eens zijn. Klinisch gezien bestaat ‘seksverslaving’: de ervaring bij individuen en hun partners dat de seksualiteit *out of control* kan raken. Mensen kunnen zonder enige twijfel het gevoel hebben dat de seksuele verlangens sterker zijn dan zichzelf, en dat de verlangens aanzetten tot acties en patronen die uiteindelijk schadelijk zijn voor het psychisch en fysiek welzijn van henzelf of anderen. De omgang met porno, fantasie, masturbatie, chat, vreemdgaan en prostitutie kan verslaafd aanvoel-

len. Deze mensen lijden, hun systeem lijdt meestal mee en ze verdienen de beste hulp in het hervinden van welzijn en levensgeluk.

Zoals geldt voor iedere vorm van menselijk gedrag, vinden we bij dit complexe gedrag een grote mate van variatie in vorm, ernst, intensiteit en consequenties. Seks blijkt - net als werk, verliefdheid, alcoholgebruik, geld, agressie en sport - een medium voor emoties en betekenissen en gevolgen te kunnen zijn, dat niet altijd en door iedereen met mate, plezier en verstand wordt toegepast. En net als bij alle genoemde levensgebieden, zijn de ervaring van het probleem en de neiging er iets aan te doen, al dan niet met externe hulp, afhankelijk van onder meer leeftijd, gender, klasse en maatschappelijke erkenning van het probleemgebied. Gedrag bij een man van twintig wordt anders beleefd en geïnterpreteerd dan bij een vrouw van zestig. Twintig jaar geleden werd excessief pornogebruik anders ervaren dan vandaag. Verder staat niet ter discussie: dat 'seksverslaving' gepaard kan gaan met allerhande comorbiditeit; dat 'seksverslaving' etiologisch niet gebonden is aan specifieke levenservaringen, achtergronden of oorzaken; dat 'seksverslaving' vele vormen kan aannemen en dat er géén eenduidig verklaringmechanisme bestaat waarmee alle vormen begrepen kunnen worden.

In de literatuur wordt al dertig jaar gedebatteerd over die onderliggende mechanismen. Die discussie is belangrijk omdat de visie op verslaving, dwang, impulscontrole of anderszins essentieel is voor de opvattingen over etiologie, epidemiologie en behandelaanpak. *Sexual Addiction & Compulsivity* is het tijdschrift waarin deze discussie het best te volgen is. De dominante denklijn is tegenwoordig die van de *sex-addiction*, de visie van verslaving als ziekte, met een progressief karakter en een één-op-één neurobiologische overeenkomst met de harde verslavingsziekten (middelen, medicijnen, alcohol). Men veronderstelt genetische gevoeligheid, het bestaan van een verslavingsgevoelige persoonlijkheid, veranderingen in de fysiologie van het brein als gevolg van de verslaving, onthoudingsverschijnselen bij het stopzetten van het gedrag en een etiologie van traumatisering. Herstel zonder hulp is lastig en onwenselijk; ook met hulp blijven individuen langdurig, misschien levenslang kwetsbaar. *Sex-addiction* zou logischerwijs opgenomen moeten worden in DSM in de categorie *Substance-Related and Addictive Disorders*, en niet in de seksuele categorie (Samenow, 2012). Men richt zich voor steun, verklaring en behandelmodellen meer op de algemene verslavingswetenschap en denklijnen (ASAM, 2011) dan op de seksuologische wereld. De hulpverlening die stoelt op deze visie van 'seksverslaving' volgt vooral de aanpak die ontwikkeld is in de verslavingszorg, met name het 12-stappen model. Met allerhande varianten en aanvullingen is dit mijns inziens ook de meest voorkomende behandelvorm in Nederland, aangeboden door verslavingsinstellingen, zelfhulpgroepen en christelijk

georiënteerde ggz-instellingen. Actieve beheersing van de ongewenste seksuele impulsen is daarbij het belangrijkste doel.

De denklijn waarin meer psychologisch gekeken wordt, met behulp van de obsessieve-compulsieve stoornis of de stoornis in impulsbeheersing (bijvoorbeeld Coleman, 2011), legt de nadruk op inadequate gedachtenpatronen en emotiebeheersing. Excessief seksueel gedrag is geen uiting van een verslavingsziekte, maar dient om ongewenste emoties te reguleren, zoals het herhaald checken van het gas dient als angstreductie. De empirische ondersteuning voor seksverslaving als OCS of impulsprobleem is gering of negatief en ook de validiteit is omstreden (bijvoorbeeld Reid, Garos, & Carpenter, 2011). Mensen met 'seksverslaving' zijn, ook in mijn klinische ervaring, vaak uitermate beheerst en gestructureerd en juist het tegendeel van ontremd of impulsief. Behandeling richt zich meer op het verkennen en bijstellen van copingprocessen middels cognitieve gedragstherapie, en minder op het voorkomen of stopzetten van het symptoomgedrag. Bovendien is seksueel gedrag niet zozeer bedoeld om angstige gedachten te reguleren, maar heeft het een belonende kwaliteit in zichzelf (Barth & Kinder 1987), wat het repetitief checken van het gas niet heeft, bijvoorbeeld. Het verklaren van 'seksverslaving' als stoornis in de impulsbeheersing stuit op vergelijkbare problemen (Bancroft & Vukadinovic 2004).

Ten slotte is er de benadering van een stoornis in het seksuele verlangen. Kafka, die aan de wieg gestaan heeft van het voorstel dat het in DSM-5 niet gehaald heeft, kiest voor de term hyperseksualiteit en geeft op basis van onderzoek een grenswaarde aan van zeven orgasmes per week - bij mannen, gedurende zes maanden, ongeacht de manier waarop deze orgasmes bereikt zijn en vanaf het zestiende levensjaar (Kafka & Hennen 2003). Meer dan één keer klaarkomen per dag is dus excessief. Daar is van alles van te vinden (ik vind het zelf volslagen onzinnig) maar het geeft wel aan in welke doodlopende stegen je belandt als je consequent probeert te definiëren wat overmatig is of niet: ergens moet de grens getrokken worden en dat leidt altijd tot onder- of overdiagnostiek. Of je belandt in de vaagheid van *excessive sexual drive* zoals die in de ICD-10 van de WHO staat. Men is daar niet in staat gebleken aan te geven wanneer het verlangen excessief is (Kingston & Firestone 2009). Voor onderzoek, epidemiologie of diagnostiek opent dat natuurlijk de weg naar vooroordelen en interpretatieproblemen.

### Voorstel DSM-5: hyperseksuele stoornis

Het voorstel is geformuleerd door Kafka (2010) en tracht zo neutraal mogelijke symptomen te presenteren. Ook wordt er geen link gelegd met een bepaalde etiologie (Tabel 1).

De A-criteria geven aan dat het om excessieve, dus overmatige tijdsbesteding moet gaan (1), dat er een link moet zijn met negatieve emoties (2) en met stress

Tabel 1. *The proposed diagnostic criteria for Hypersexual Disorder*

A.	Over a period of at least six months, recurrent and intense sexual fantasies, sexual urges, and sexual behaviour in association with four or more of the following five criteria:
1.	Excessive time is consumed by sexual fantasies and urges, and by planning for and engaging in sexual behavior.
2.	Repetitively engaging in these sexual fantasies, urges, and behavior in response to dysphoric mood states (e.g., anxiety, depression, boredom, irritability).
3.	Repetitively engaging in sexual fantasies, urges, and behavior in response to stressful life events.
4.	Repetitive but unsuccessful efforts to control or significantly reduce these sexual fantasies, urges, and behavior.
5.	Repetitively engaging in sexual behavior while disregarding the risk for physical or emotional harm to self or others.
B.	There is clinically significant personal distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning associated with the frequency and intensity of these sexual fantasies, urges, and behavior.
C.	These sexual fantasies, urges, and behavior are not due to direct physiological effects of exogenous substances (e.g., drugs of abuse or medications) or to Manic Episodes.
D.	The person is at least 18 years of age.
Specify if:	
Masturbation, Pornography, Sexual Behavior With Consenting Adults, Cybersex, Telephone Sex, Strip Clubs, Other	
Specify if:	
In Remission	
In a Controlled Environment	

(3), dat er sprake moet zijn van vergeefse beheersing (4) en dat er schade moet zijn voor zelf of anderen (5). Het B-criterium stelt dat er sprake moet zijn van lijden en aantasting van sociale rollen. C sluit bepaalde andere oorzaken en stoornissen uit en D is een eenvoudig leeftijds criterium. Bij de specifieke vormen valt op dat parafiele seksualiteit kennelijk niet meetelt als hyperseksualiteit terwijl de A-criteria toch geen beperking aanbrengen in het soort fantasieën of gedragingen.

Dit voorstel zou, om voor opname in DSM-5 in aanmerking te komen, betrekking moeten hebben op een herkenbare, af te bakenen diagnose, het zou goed moeten differentiëren tussen mensen met en zonder de stoornis, en het zou duidelijk moeten maken wanneer de stoornis op zichzelf staat dan wel het gevolg is van comorbiditeit cq andere diagnoses (Moser, 2013). Ook zou de beschrijving van de stoornis duidelijk moeten maken waar de grens tussen normaal en abnormaal gedrag (ongeveer) ligt. De APA vindt, mijns inziens volkomen terecht, dat dit voorstel niet aan deze eisen voldoet. Het begrip seksverslaving of hyperseksualiteit is zelfs niet opgenomen in het voorportaal van opname in DSM-6 (de categorie die nader onderzoek behoeft).

De conceptuele bezwaren tegen het specifieke voorstel, of meer algemeen tegen het per se willen classificeren van seksueel gedrag als excessief of hyperseksueel, wordt prachtig verwoord in Moser (2011, 2013). Mooi ook zijn de miskende reacties op zijn stellingname (bv. Carpenter & Krueger, 2013), met tussen de regels door het verwijt dat hij patiënten en hun partners tekort doet door het bestaan van seksverslaving te betwijfelen. Jaar in jaar uit roepen de editorials van *Sexual Addiction and Compulsivity* de lezer op om de boodschap van de seksverslaving uit te dragen in hun werk en omgeving. Men hunkert naar erkenning en het

niet opnemen van de categorie in DSM is voor hen een echte tegenslag. Wat mij in de verslavingszorg en bij de wetenschappelijke voorstanders van het begrip 'seksverslaving' zo tegenstaat, is de gretigheid waarmee men de zelfdiagnose van hun cliënten overneemt. Seksueel gedrag lijkt verslaafd, mensen spelen zelf met die term (of anders wel hun bedrogen partner) en dus is de diagnostiek zo goed als rond: seksverslaving en dus het behandelfocus op de verslaving, zonder zich af te vragen of er een betere verklaring voor het probleemgedrag of -gevoel is. Voorstanders hebben gelijk als ze claimen dat er decennialang onderbehandeld is, maar nu zie ik meer risico op overbehandeling en overdiagnostiek. Daarbij is er een belangrijk risico van onderdiagnose van veel belangrijker stoornissen die op de één of andere manier ten grondslag liggen aan, verergerd worden door, of overdekt worden door het seksuele gedrag. Denk hierbij aan angst- en stemmingsstoornissen, AD(H)D of persoonlijkheidsproblematiek.

Volgens het voorstel voor de hyperseksuele stoornis is een man die seks leuk vindt, tijd aan porno besteedt ook als hij zich eenzaam of lusteloos voelt, een vrouw heeft die daaronder lijdt (criterium 5), maar dat gedrag niet kan of wil laten, in het bezit van een seksuele stoornis. Wat het voorstel niet omvat, maar wat in de klinische praktijk vaak een probleem is: de partner lijdt zowel onder het 'hyperseksuele gedrag' (man kijkt wel eens porno) als onder het feit dat er minder of niet meer gevreeën wordt met haar. Ik zie bij zogenaamd hyperseksuele mannen vaak een lage interesse in seks en vermijding. Dat de terughoudendheid van de man om seks met haar te hebben, en los daarvan enig heil in porno te zoeken zoals driekwart of meer van de volwassen mannen doet, op relatieproblemen stoelt is dan vaak het echte probleem dat aandacht

verdient. Daarbij komt keer op keer naar voren dat het liegen en vermijden kwalijker gevolgen heeft dan het seksuele gedrag. Nu wordt dit soort mannen op grote schaal aangemeld en behandeld als seksverslaafde. In de methode die ik heb ontwikkeld in het werken met seksverslaving (Van Zessen, 2012) en bij de inmiddels vijftig collega's die de opleiding hierin hebben gevolgd, speelt verslaving slechts een bijrol in de aanpak. In zelfhulpgroepen, de reguliere verslavingszorg en de (christelijke) ggz zie ik voortdurend het focus op de verslaving gelegd worden, waarbij het seksuele verlangen beheerst en onderdrukt dient te worden, er angst voor terugval wordt aangekweekt en mensen onder het mom van responspreventie angstig worden gemaakt voor allerhande triggers.

Comorbiditeit wordt in het voorstel genoemd, maar in beperkte vorm: de hyperseksuele stoornis mag niet het gevolg zijn van directe effecten van middelen of medicijnen of manische episoden. Ik zie zelf een veel grotere invloed van comorbiditeit: zeker de helft van mijn cliënten heeft een stemmingsstoornis, volwassen AD(H)D of een angststoornis. Het gaat daarbij vaak om lichte maar structurele aantastingen: de dysthymie is zelden gediagnostiseerd, de innerlijke onrust verstoort al decennialang een normaal productief leven (afgebroken opleidingen, relaties, betrekkingen - denk aan criterium B!) en de onzekerheid of angst is zo geïnternaliseerd dat deze normaal aanvoelt. Daarnaast zijn algemene ongelukkigheid, stress op het werk, gedoe in de relatie of met de opvoeding, kortom de gewone levensproblematiek, vaak verknoopt geraakt met pornogebruik of vluchten in fantasie. Het probleem, vanuit een zuivere diagnostiek gezien, is dan niet het symptoomgedrag pornokijken, ook al is dat excessief en conform de A-criteria, maar het onvermogen van de persoon of het stel om met de dagelijkse stress en realiteit om te gaan. Een behandeling die daar nadruk op legt zonder het seksuele probleemgedrag (niet alleen het pornokijken maar ook en vooral het vertrouwen en de relationele component) is veel effectiever dan het worstelen tegen de zin in porno. Naast deze vormen van comorbiditeit, zijn er ook echt ingewikkelde problematische levenslopen, waarin er sprake is van multiverslavingen, trauma in het verleden, of persoonlijkheidsproblematiek. Diagnostische expertise en nauwe samenwerking met psychiaters en psychotherapeuten voor second opinion of medicatie-advies is dan een vereiste. De kennis en vooral de visie op het probleemgebied seksverslaving maken dat in veel hulpomgevingen, met name de ideologische en zelfhulpwereld, deze zorgvuldige en ingewikkelde omgang met comorbiditeit ontbreekt. Sterker, bij diverse verslavingsinstellingen wordt seksverslaafden gevraagd om te stoppen met antidepressiva of met ADHD-medicatie, om zo zuiverder aan het echte probleem, de verslaving, te kunnen werken.

### **Vier uitingsvormen van 'seksverslaving'**

Om te illustreren hoe veelvormig het probleemgebied is, hier vier vignetten van mensen uit mijn praktijk. Probeer als lezer zelf de link te leggen met het DSM-voorstel.

#### *Seksverslaving*

Man is langdurig seksueel misbruikt gedurende zijn puberteit. Na twintig jaar huwelijk en een beperkt maar tevreden, monogaam seksleven, raakt hij door reorganisaties in een burn out. In diepe stress gaat hij toenemend dromen over het misbruik, porno zoeken met homoseksuele interacties en gaat hij uiteindelijk riskant en spannend seksueel contact aan met mannen op ontmoetingsplekken. Het huwelijk staat op springen, zijn gedrag is volkomen onbeheersbaar geworden, zeker als hij XTC en cocaïne gaat gebruiken.

#### *Obsessief-compulsief seksueel gedrag*

Streng christelijke jongeman kijkt 'normale' pornoplaatjes en masturbeert daarbij. Zijn eveneens christelijke vrouw vindt dit onacceptabel en hij gaat in behandeling voor pornoverslaving. Deze slaat goed aan. In een tijdschrift leest hij dat 'seksverslaving' vaak progressief is en een voorloper kan zijn van verkrachting en kindermisbruik. Dit bericht slaat in als een bom. Hij wordt erg angstig en kan de gedachten dat hij pedofiel zou zijn niet meer loslaten. Hij is er uren per dag mee bezig, vermijdt kinderen, durft niet over kinderen krijgen na te denken en gebruikt porno en masturbatie als incidentele en vergeefse uitlaatklep - voor hem een bewijs dat hij inderdaad machteloos en seksverslaafd is.

#### *Hyperseksualiteit*

Een vrachtwagenchauffeur heeft zes uur per dag een erectie achter het stuur, kan zes of tien keer klaarkomen en belt vaak met sekslijnen of met zijn losse (en soms betaalde) sekspartners onderweg. Hij vindt seks het mooiste dat er is, zoekt wel hulp omdat het zijn relatie dreigt te kosten. Alle interventies rond gedrag en cognitie zijn zonder effect. Onrust en agressieproblemen leiden tot nader onderzoek: er volgt een diagnose ADHD en een sterk verhoogd testosteronniveau. Voordat medicinale behandeling kan worden ingezet strandt het huwelijk en stopt hij de therapie.

#### *Vormgevingsproblematiek*

Mannen met een normale, seksueel gezien licht onzekere puberteit, toegang tot porno, een aantal achterenvolgende vriendinnen met wie het seksueel in het begin makkelijker loopt dan na verloop van tijd, binden zich aan een vrouw en starten een gezin. Ze doen hun best, draaien hun rol in het gezin, zijn wat vermijgend als het gaat over het uiten van gevoelens en verlangens, en vinden het onderhouden van een goede seksuele relatie met hun vrouw best lastig. Ergens in hun bestaan raken gevoelens van onzekerheid of frustratie, het verlangen naar nieuwe, spannende, vanzelfspre-

kende en simpele seksualiteit, geassocieerd met pornokijken. Porno is makkelijk en smaakt naar meer - zeker omdat het lege gevoelens en afstand tot de partner bevordert.

In mijn praktijk, waarin ik inmiddels ver over de duizend mannen en vrouwen met 'seksverslaving' heb gezien, overheerst de laatste variant absoluut: ik pleit er dan ook voor om het schijnbare seksuele beheersingsprobleem als vormgevingsprobleem te zien en te behandelen, en niet als verslaving. Vormgeving suggereert niet afleren, maar bijleren: de patiënt helpen om adequaat om te gaan met zijn of haar negatieve emoties en met de lastige zaken in het leven en in de relatie. Heel vaak gaat die vormgeving over seksualiteit: durven en kunnen vrijen met je eigen partner, leren dat seksuele opwindning samen kan gaan met vertrouwdeheid, leren dat je lust zelf op moet roepen in plaats van op plaatjes te klikken. Tenzij er sprake is van 'harde' verslavingen aan middelen, medicijnen of drank, ben ik er dan ook voor om 'seksverslaving' door een seksuoloog te laten behandelen en niet in de formele of informele verslavingszorg. Daar ligt nog wel wat werk voor ons seksuologen, omdat de verslavingszorg stevig aan de weg timmert en dit nieuwe gebied, begrijpelijk, graag annexeert.

Dat DSM-5 geen specifieke diagnose seksverslaving of hyperseksualiteit hanteert, is een feit waarmee we moeten leven. Voor vergoeding van zorg maakt het bij mijn weten in Nederland niet uit (in de VS wel een belangrijk thema). Voor mensen die moeten classificeren is het lastig; het voordeel is echter dat het ons dwingt om heel goed na te denken over de echte aard van de problematiek.

## Literatuur

- ASAM. (2011). *Public Policy Statement: Definition of Addiction*. Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine.
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity or what? Towards a theoretical model. *Journal of Sex Research, 41*, 225–234.

- Barth, R.J., & Kinder, B.N. (1987). The mislabeling of sexual impulsivity. *Journal of Sex and Marital Therapy, 13*, 15–23.
- Carnes, P. (1983). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Minneapolis: CompCare Publishers.
- Coleman, E. (2011). Impulsive/compulsive sexual behavior: assessment and treatment. In J.E. Grant, M.N. Potenza (Eds), *The Oxford Handbook of Impulse Control Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Kafka, M.P., & Hennen, J. (2003). Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sex Abuse, 15*, 307–321.
- Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 377–400.
- Kingston, D.A., & Firestone, P. (2009). Problematic Hypersexuality: A Review of Conceptualization and Diagnosis. *Sexual Addiction & Compulsivity, 15*, 284–310.
- Ley, D.J. (2012). *The myth of sex addiction*. Lanhan: Rowman & Littlefield.
- Reid, R.C., Garos, S., & Carpenter B.N. (2011). Reliability, validity and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity, 18*, 17–30.
- Samenow, C.P. (2012). SASH Policy Statement: The future of problematic sexual behaviors/sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity, 19*, 221–224.

## Summary

### Hypersexuality and DSM-5

Notwithstanding thirty years of clinical evidence and discussion in the scientific community, the concept of sexual addiction (or sexual compulsion or hypersexuality) is being ignored completely in the recent 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual. The various difficulties in finding a theoretical and conceptual framework to understand and treat sexual addiction are being discussed in this contribution. Author, who has been involved for 25 years in this field as researcher and practising sexologist, proposes to view and treat 'sexual addiction' as a problem of self-esteem and coping. Therapy should therefore focus on restoring and creating self-worth and active, effective coping styles, instead of focussing on controlling the 'addictive' behavior. 'Sexual addiction' manifests itself as uncontrolled sexuality, but must be understood nor treated as a typical addiction disorder.

**Keywords:** sexual addiction, hypersexuality, DSM-5

**Trefwoorden:** seksverslaving, hyperseksualiteit, DSM-5