

Beschouwing

Seksuele aversie en de DSM-5: verwijderd als stoornis maar als symptoom onverminderd relevant

Peter de Jong, Charmaine Borg, Hermien Elgersma

Basiseenheid Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen

Samenvatting

Seksuele aversie (*sexual aversion disorder*) is als diagnostische categorie verwijderd uit de DSM-5. In deze bijdrage zullen we stilstaan bij de onderbouwing en consequenties van deze aanpassing binnen de DSM, om vervolgens nader in te gaan op de mogelijke klinische implicaties en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Om de impact van de verwijdering beter op waarde te kunnen schatten, starten we deze bijdrage met een kritische terugblik op de introductie van seksuele aversie als een aparte stoornis in de DSM.

Seksuele aversie is voor het eerst opgenomen als diagnostische categorie in de DSM-III-R (APA (American Psychiatric Association), 1987) en vanaf die tijd gedefinieerd als een aanhoudende of recidiverende extreme aversie voor, en vermijding van elk (of bijna elk) genitaal seksueel contact met een partner, terwijl de seksuele disfunctie niet eerder is toe te schrijven aan een andere as I-stoornis zoals een stemmingsstoornis of obsessief-compulsieve stoornis. In de DSM-IV (APA, 1994) is daar nog aan toegevoegd dat er tengevolge van de seksuele disfunctie sprake moet zijn van duidelijk lijden of relatieproblemen. De toelichting in de DSM-IV-TR (APA, 2000) stelt verder dat (het vooruitzicht op) seksueel contact gepaard gaat met angst en walging; en voorts dat er grote verscheidenheid kan zijn in de soort stimuli en gedragingen die aversie kunnen oproepen variërend van een heel specifiek aspect van seks (b.v. genitaal vocht) tot vrijwel alle stimuli die betrokken kunnen zijn bij seks (waaronder kussen, aanrakingen, knuffelen). Symptomen van (extreme) angst/paniek en vermijdingsgedrag staan beschreven als tekenen van ernstige seksuele aversie (SA). Het is belangrijk hierbij op te merken dat SA zoals indertijd

gedefinieerd in de DSM niet impliceert dat er ook geen zin meer zou zijn in seks; SA kan volgens de beschrijving goed samengaan met het hebben van seksuele fantasieën en masturbatie. SA heeft specifiek betrekking op (het vooruitzicht op) seksueel contact met een ander. Daarin onderscheidt SA zich ook van de DSM-IV diagnose "verminderd seksueel verlangen" (Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSSD)), waarbij de verminderde zin in seks niet beperkt is tot seks met iemand anders maar ook tot uitdrukking komt in het minder vaak hebben van seksuele fantasieën en in minder aandrag tot solo-seks.

Waarom seksuele disfunctie en geen specifieke fobie?

In retrospect is het niet evident waarom indertijd is besloten SA te definiëren als een apart type seksuele disfunctie in plaats van het onder te brengen bij de angststoornissen als een specifieke fobie (voor seksueel contact). Oorspronkelijk sprak Kaplan (1987) ook van "sexual phobia" en de kernsymptomen "intense angst en/of weerzin tijdens confrontatie met relevante stimuli" en "vermijding van situaties waarin men mogelijk in aanraking komt met de SA-relevante stimuli" lijken naadloos aan te sluiten bij de criteria voor een specifieke fobie. In overeenstemming hiermee staat ook expliciet in de beschrijving van de DSM-IV dat SA als regel technisch zal voldoen aan de criteria van de specifieke fobie: '*...Although sexual aversion may technically meet criteria for Specific Phobia, this additional diagnosis is not given.*' De rationale hiervoor ontbreekt echter, dus blijft het onduidelijk waarop deze stellingname precies is gebaseerd. De differentiaal diagnose onder Specifieke Fobie (SF) verwijst niet naar SA en biedt derhalve even-

Prof. dr. P. J. de Jong, hoogleraar Experimentele Psychopathologie
Ch. Borg, MSc, onderzoeker, docent
H. Elgersma, MSc, klinisch psycholoog
Correspondentieadres: Basiseenheid Klinische Psychologie, Grote Kruisstraat 2/1
9712 TS Groningen.
E: p.j.de.jong@rug.nl

min verheldering voor de argumenten die speelden bij de keuze om SA af te zonderen van SF.

Sommige auteurs zoals Janata en Kingsberg (2005) hebben betoogd dat SA zich zou onderscheiden van SF omdat bij SA walging/weerzin op de voorgrond staat i.p.v. angst. Ofschoon die auteurs gelijk hebben dat weerzin/walging niet expliciet staat vermeld bij de criteria van de SF, is er ondertussen overvloedige evidentie dat naast angst ook walging een belangrijk onderdeel uitmaakt van SF-en zoals SF voor kleine dieren, bloed-injectie-letsel, overgeven, etc. (voor overzicht zie Olatunji & McKay, 2009). Meer in het bijzonder is bijvoorbeeld spin-angst geconceptualiseerd als angst voor ongewenst fysiek contact met een walgelijke stimulus (de Jong & Muris, 2002). De meeste walgelijke stimuli kunnen zich niet op eigen initiatief verplaatsen en ongewenste aanraking is daarom meestal makkelijk te voorkomen. Het zien van bedorven vlees, bevuild toilet, gebruikt condoom zal daarom als regel slechts walging oproepen en geen angst. Voor een spin geldt echter niet alleen dat mensen het vieze beesten vinden, maar ze kunnen zich ook zelfstandig verplaatsen; het is daardoor denkbaar dat ze je ongewenst gaan aanraken. Het is het vooruitzicht dat de (walgelijke) spin je ongewenst en ongecontroleerd gaat aanraken dat de spin-angst uitlokt. Iets vergelijkbaars geldt mogelijk ook voor seks met andere mensen. Voor zover mensen bepaalde seks-gerelateerde stimuli (of gedragingen) walgelijk vinden, zou het vooruitzicht op ongewenst en ongecontroleerd fysiek contact aanleiding kunnen geven tot intense angst. De gevreesde catastrofe is dan niet zozeer pijn of fysiek letsel maar fysiek contact met een walgelijke stimulus (zie de Jong, 2012 voor meer details). Kortom, dat weerzin voorop staat bij SA, lijkt geen beletsel om SA te classificeren als een specifieke fobie.

Als additioneel onderscheidend kenmerk wees Kaplan daarnaast nog op de mogelijk ernstiger consequenties van het vermijden van seks als *basic need* dan het vermijden van de stimuli die staan gerubriceerd in de DSM onder de SF (zoals harde geluiden, hoogten, dieren, bloed). Ze heeft ongetwijfeld gelijk dat het systematisch vermijden van seks met anderen een enorme impact kan hebben op iemands levensgeluk. Het is echter niet a priori evident dat de gevolgen ernstiger zijn dan die van iemand die bijvoorbeeld vanwege SF tandartsbehandelingen mijdt en tengevolge van de met de ontstekingen samenhangende slechte adem niet durft te lachen, te spreken met anderen, laat staan een intieme relatie durft aan te gaan (zie bv. de Jongh, 2006).

Ook vanuit klinisch perspectief lijkt er geen evidente reden waarom de behandeling van iemand met SA principieel anders zou moeten zijn dan die van iemand met een SF. Als iemand bepaalde seksuele stimuli intrinsiek vies/weerzinwekkend vindt dan is net als bij een dierfobie (of smetvrees) langdurige fysieke blootstelling een logische interventie om habituatie van de

walging te bewerkstelligen (de Jong & Keijsers, 2011). Er is weliswaar geen systematisch en gecontroleerd onderzoek gedaan naar de behandeling van SA maar de beschikbare N=1 studies illustreren dat exposure met response-preventie inderdaad net als bij SF succesvol kan worden ingezet (Elgersma, 1998; Finch, 2001; Schover & LoPiccolo, 1982). Kanttekening is echter dat het denkbaar is dat de vermijding en weerzin is ingegeven door morele opvattingen (Borg, de Jong, & Weijmar-Schultz, 2011; Ribner, 2010) of door akelige seksuele ervaringen zoals incest en verkrachting (Badour, Feldner, Babson, Blumenthal, & Dutton, 2013). In het eerste geval heeft pure blootstelling waarschijnlijk niet veel effect omdat daarmee de normen van iemand niet zullen veranderen. In het tweede geval is de vermijding/weerzin niet zozeer ingegeven om toekomstige aanraking met iets viezigs te voorkomen maar eerder door het willen voorkomen dat bepaalde akelige of zelfs traumatische herinneringen worden geactiveerd. In plaats van dit te zien als verworven SA ligt het dan meer in de reden de aversie te conceptualiseren (en dus ook te behandelen) als een Post-Traumatische Stress Stoornis (PTSS) (Coughtrey, Shafraan, Lee, & Rachman, 2013).

Gebrek aan empirische gegevens

Prevalentie

Op basis van fenomenologische en klinische argumenten lijkt het al met al dus moeilijk hard te maken dat SA een aparte classificatie verdient. Het besluit van de APA-commissie om SA niet op te nemen in de DSM-5 (APA, 2013) is verder nog geschraagd op het gebrek aan onderzoeksgegevens die de relevantie van SA als stoornis kunnen ondersteunen. Sinds de introductie van SA als stoornis in de DSM zijn er zo goed als geen empirische studies verschenen naar etiologische factoren of naar de effectiviteit van de behandeling. Zelfs met betrekking tot de vraag hoe groot het probleem nu eigenlijk is en hoe vaak SA voorkomt zijn geen betrouwbare cross-nationale cijfers beschikbaar. Er zijn geen grootschalige epidemiologische studies beschikbaar in de internationale literatuur die ook specifiek hebben gekeken naar symptomen van seksuele aversie.

De meest betrouwbare gegevens die in Nederland voorhanden zijn, komen voort uit een internetstudie naar de seksuele gezondheid onder volwassenen met ruim 2000 respondenten (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Omdat slechts een minderheid (28%) van de beoogde deelnemers daadwerkelijk aan het onderzoek heeft meegedaan is enige voorzichtigheid op zijn plaats bij het extrapoleren van de uitkomsten naar de gehele Nederlands bevolking. De studie geeft echter wel een duidelijke indicatie dat seksuele aversie -in elk geval onder vrouwen- bepaald geen zeldzaamheid is. Van de respondenten gaf ruim 30% aan wel eens seksuele aversie te ervaren en zo'n 4% voldeed aan de criteria van seksuele aversie als disfunctie. Deze cijfers

suggereren dat seksuele aversie qua prevalentie vergelijkbaar is met dyspareunie (5%). Ter ondersteuning van deze conclusie kwamen vergelijkbare cijfers naar voren in een recente vragenlijst-studie (N=8064) die zich richtte op een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking tussen de 15 en 71 jaar (Kedde, 2012). Ook in deze studie bleek ongeveer 4,5% van de vrouwen regelmatig seksuele aversie te ervaren (tegen 2,4% van de mannen). Daarbij rapporteerden vrouwen tussen de 15 en 40 jaar aanzienlijk vaker 'regelmatig last' te hebben van seksuele aversie dan vrouwen boven de 40 en bleek seksuele aversie vaak samen te gaan met opwindingsproblemen. Nauwkeuriger inzicht in de prevalentie van seksuele aversie, het beloop, variatie als functie van leeftijd en geslacht en de (prospectieve) samenhang met symptomen van de andere seksuele disfuncties is cruciaal om de plaats en rol van SA beter op waarde te kunnen schatten. Het lijkt dan ook aangewezen meer systematisch onderzoek te genereren naar de ernst en frequentie van symptomen van seksuele aversie; liefst in internationaal verband.

Hulpvraag

Ook waar het gaat om gegevens m.b.t. SA als aanmeldingsklacht zijn de empirische gegevens schaars en de internationale literatuur is beperkt tot incidentele bevindingen van bepaalde instellingen (zie b.v. Carnes, 1998). Voor de Nederlandse situatie heeft Jos Vroege (2002) o.a. de incidentie van SA in poliklinieken seksuologie van algemene ziekenhuizen in kaart gebracht bij de vrouwelijke patienten met wie het eerste gesprek in 2000 plaatsvond. Hij kwam uit op 3%. Een recentere studie naar het voorkomen van seksuele functieproblemen bij patienten die zich aanmeldden bij de huisartsenpraktijk van 2003-2008 (Kedde, Donker, & Leusink, 2013) kwam uit op een prevalentie van 0,5 per 100.000 voor mannen en 2.0 per 100.000 voor vrouwen. In vergelijking met andere disfuncties zoals dyspareunie en erectieproblemen lijkt SA aldus vrij zeldzaam onder mensen met een hulpvraag. Tegelijkertijd kan er juist in de context van SA sprake zijn van veel "hidden suffering" omdat mensen met deze klachten waarschijnlijk niet alleen concreet seksueel contact vermijden maar ook het zoeken naar hulp m.b.t. SA. Daarbij is het goed denkbaar dat mensen die zich kenmerken door SA zich helemaal niet realiseren dat SA potentieel modificeerbaar is en dat je daar überhaupt hulp voor zou kunnen krijgen. Dit onderstreept het belang van epidemiologisch onderzoek naar SA-symptomatologie onder de "normale" bevolking om beter zicht te krijgen op ernst en reikwijdte van dit type symptomen en op de mogelijke nood aan een meer gericht behandelaanbod.

Consequentie voor DSM-classificatie

Al met al lijkt er weinig in te brengen tegen het oordeel van de DSM-commissie dat er (vooralsnog) te weinig empirische evidentie is om het behoud van SA als categorie te legitimeren. Het lijkt daarmee redelijk dat SA

als diagnostische categorie is geschrapt en er is geen aanleiding tot grote zorg of protest vanwege het besluit om SA te verwijderen uit de DSM als diagnostische categorie. Het is daarbij belangrijk op te merken dat de huidige indeling van de DSM-5 nog steeds de ruimte open laat om patienten die voldoen aan de oorspronkelijke criteria van SA onder te brengen onder "Other specified sexual dysfunction" (DSM-5; 302.79). Volgens de DSM-5 geldt deze classificatie voor symptomen van een seksuele disfunctie die klinisch-relevante *distress* (lijden) oproepen maar niet voldoen aan alle criteria voor de anderszins gespecificeerde seksuele disfuncties. De categorie wordt gebruikt in gevallen waarbij de behandelaar de specifieke reden wil expliciteren waarom de klachten niet voldoen aan de criteria voor een bepaalde seksuele disfunctie. In de begeleidende tekst wordt ook specifiek verwezen naar het voorbeeld van seksuele aversie. Het zal vooral aan de uitkomsten van toekomstig onderzoek liggen of in de toekomst SA wellicht weer terugkeert als eigen diagnostische categorie, of uiteindelijk wellicht toch beter kan worden gezien als SF, of nog anders. Tot die tijd raden we de behandelaar aan SA te classificeren als *Other specified sexual dysfunction* (DSM-5; 302.79).

Toekomst van seksuele aversie als (transdiagnostisch) symptoom

Met het verdwijnen van SA als aparte seksuele disfunctie binnen de DSM-5 classificatie, zijn de symptomen van seksuele aversie (zie b.v. Bakker & Vanwesenbeeck, 2006) natuurlijk niet ook ineens verdwenen. Sterker, er is juist toenemende aandacht voor het idee dat walging een belangrijke rol zou kunnen spelen bij seksuele problemen (voor recente analyses zie de Jong, van Overveld, & Borg, 2013; de Jong & Borg, 2013). Ofschoon in de huidige seksuologische handboeken nog nauwelijks aandacht is voor de relatie tussen walging en seks, is er de laatste jaren een serie publicaties verschenen over empirisch onderzoek naar walging als relevante factor in seks en seksuele disfuncties. Een van die studies liet zien dat seksueel functioneren zoals gemeten met de Female Sexual Functioning Index (FFSI; Rosen et al., 2000) samenhang met walging voor seks-relevante stimuli: hoe hoger de seksuele walging, hoe lager de scores op de FFSI (van Overveld et al., 2013). Een vergelijkbare samenhang bleek afwezig voor mannen; er was geen betekenisvolle relatie tussen seksuele walging en de scores op de International Index of Erectile Function (IIEF; Rosen et al., 1997). Dus in overeenstemming met de klinische observaties en casuïstische beschrijvingen van seksuele aversie (zie bv Carnes, 1998; Crenshaw, 1985) lijkt walging vooral een relevante factor voor disfuncties bij vrouwen.

Als nadere ondersteuning voor de rol van walging bij seksuele disfuncties bij vrouwen liet vervolgonderzoek zien dat vrouwen met vaginisme hoger scoorden op seksuele walging dan de klachtvrije controlegroep. Een vergelijkbaar verhoogde seksuele walging bleek

overigens afwezig bij vrouwen met dyspareunie (van Overveld et al., 2013; studie 2). Dit vloeit mogelijk voort uit het feit dat dyspareunie zich primair kenmerkt door aan seks gerelateerde pijn; de focus ligt dus eerder op angst voor pijn dan op angst voor fysieke aanraking per se. Consistent met het idee dat walging eerder een rol speelt bij vaginisme dan bij dyspareunie, lieten alleen vrouwen met vaginisme ook relatief sterke activiteit zien van de faciale “walg-spier” (m. levator allesque nasii) tijdens het kijken naar een pornofilm (Borg et al., 2010). Er is nog geen onderzoek gedaan naar seksuele walging in de context van andere seksuele disfuncties; dus of walging mogelijk ook betrokken is bij problemen rond verminderd verlangen/verminderde opwindning is nog een open vraag.

Onlangs heeft onderzoek al wel laten zien dat de impact van walging op vermijdingsgedrag afneemt als mensen seksueel zijn opgewonden (Borg & de Jong, 2012; Stevenson, Case, & Oaten, 2011). Mensen die minder zin hebben in seks en/of minder makkelijk opgewonden raken, zullen daardoor mogelijk extra gevoelig zijn voor het ervaren van seksuele aversie en daardoor mogelijk in een neerwaartse spiraal raken waarbij walging een remmend effect heeft op de seksuele opwindning/zin in seks, hetgeen dan weer leidt tot meer walging en minder remming van vermijdingsgedrag, etc. Al met al zijn er dus zowel empirische als theoretische aanwijzingen dat seksuele walging met name bij vrouwen een rol van betekenis zou kunnen spelen bij verschillende typen seksuele problemen. Het is niet alleen belangrijk om in vervolgonderzoek beter in kaart te brengen hoe walging bijdraagt aan wat voor type klachten, het is tevens van belang nieuwe interventies te ontwerpen die er specifiek op zijn gericht om walging aan te pakken (zie bv. Mason & Richardson, 2012; de Jong, van Lankveld, & Elgersma, 2010). Onderzoek met dergelijke interventies zou niet alleen kunnen bijdragen aan het verbeteren van het reeds beschikbare behandelrepertoire, het zou tegelijkertijd kunnen bijdragen aan het in kaart brengen van het belang van walging bij het voortduren van bepaalde klachten. Voor zover het reduceren van seksuele walging bijdraagt aan het reduceren van de klachten is dat niet alleen gunstig vanuit klinisch perspectief maar ondersteunt de effectiviteit van zo'n interventie tevens het theoretisch perspectief met betrekking tot de rol van walging bij de instandhouding van de klachten.

Conclusie

Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om te kunnen vaststellen of SA moet worden gezien als een aparte stoornis en het lijkt daarom gerechtvaardigd dat SA niet is opgenomen als aparte categorie in de DSM-5. Is dat erg? Dat weten we eigenlijk niet goed. Er is simpelweg nog te weinig bekend over seksuele aversie; we weten niet goed hoe vaak het voorkomt, of het echt wel iets anders is dan een specifieke fobie en of het specifieke interventies vereist. Wat we wel weten is

dat seksuele aversie als symptoom bepaald geen zeldzaamheid is en dat het op zijn minst bij vrouwen samenhangt met hun seksueel functioneren. Om gerichte aanbevelingen te kunnen doen m.b.t. classificatie/diagnostiek en behandeling zijn betrouwbare onderzoeksgegevens een eerste vereiste. En die ontbreken vooralsnog. Gezien de potentieel grote impact van seksuele aversie en de daaraan gerelateerde seksuele vermijding lijkt het daarom in dit stadium bovenal belangrijk gericht onderzoek te initiëren naar de klinische betekenis van seksuele aversie en naar de effectiviteit van op weerzin/walging toegesneden behandelingen.

Ter afsluiting willen we benadrukken dat het niet opnemen van SA als aparte stoornis in de DSM-5 natuurlijk niet impliceert dat SA ook niet zou bestaan. We moeten derhalve voorkomen dat met het terechte verwijderen van SA als categorie in de DSM-5 we ten onrechte de aandacht verliezen voor de symptomen van seksuele aversie. Voor de klinische praktijk blijft het daarom van belang om tijdens de anamnese en behandeling alert te zijn op symptomen van seksuele aversie/vermijding opdat met het verdwijnen van het label SA niet ook adequate hulp uit de klinische praktijk verdwijnt.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Badour, C.L., Feldner, M.T., Babson, K.A., Blumenthal, H., & Dutton, C.E. (2013). Disgust, mental contamination, and posttraumatic stress: unique relations following sexual versus non-sexual assault. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 155-162.
- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006: RNG-studies nr 9*. Delft: Eburon.
- Borg, C., & de Jong, P.J. (2012). Feelings of disgust and disgust-induced avoidance weaken following induced sexual arousal in women. *PLoS ONE, 7*, e44111.
- Borg, C., de Jong, P.J., & Weijmar-Schultz, W. (2010). Vaginismus and dyspareunia: The role of automatic vs. deliberate disgust responsivity. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 2149-2157.
- Borg, C., de Jong, P.J., & Weijmar-Schultz, W. (2011). Vaginismus and dyspareunia: Relationship with general and sex-related moral standards. *Journal of Sexual Medicine, 8*, 223-231.
- Brotto, L. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 271-277.
- Carnes, P.J. (1998). The case for sexual anorexia: An interim report on 144 patients with sexual disorders. *Sexual Addiction & Compulsivity, 5*, 293-309.
- Coughtrey, A.E., Shafran, R., Lee, M. & Rachman, S. (2013). The treatment of mental contamination: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*, 221-231.
- Crenshaw, T. L. (1985). The sexual aversion syndrome. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*, 285-292.

- De Jong, A. (2006). *Angst voor de tandarts*. Assen: van Gorcum.
- De Jong, P.J. (2011). Seks en walging? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 35, 4-14.
- De Jong, P.J., & Borg, C. (2013). Self-directed disgust: Reciprocal relationships with sex and sexual dysfunction. In Powell, P.A., Overton, P.G., & Simpson, J. (Eds.), *The revolting self: Perspectives on the psychological and clinical implications of self-directed disgust*. London: Karnac Books.
- De Jong, P.J. & Keijsers, G.P.J. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een specifieke fobie: kortdurende exposure in vivo. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom
- De Jong, P.J. & Muris, P. (2002). Spider phobia: Interaction of disgust and perceived likelihood of involuntary physical contact. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 51-65.
- De Jong, P.J., van Lankveld, J., & Elgersma H.J. (2010). Refractory cases in the treatment of sexual problems associated with low sexual arousal. In D. McKay, J. Abramowitz, & S. Taylor (Eds.), *Cognitive-Behavioral Therapy for Refractory Cases: Turning Failure Into Success*. Washington DC: American Psychological Association (chapter 12) (pp. 255-275).
- De Jong, P.J., van Overveld, M., & Borg, C. (2013). 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.
- Elgersma, H.J. (1998). *Geen zin meer in walgelijke seks. Verslag van een behandeling volgens gedragstherapeutische principes van een vrouw met klachten van seksuele aversiestoornis en seksuele stoornis met verminderd verlangen*. Ongepubliceerde N= 1 studie in het kader van de opleiding tot gedragstherapeut.
- Finch, S. (2001). Sexual aversion disorder treated with behavioural desensitization [Letter to the Editor]. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 563-564.
- Janata, J. W., & Kingsberg, S. A. (2005). Sexual aversion disorder. In R. Balon & R. T. Segraves (Eds.), *Handbook of sexual dysfunction* (pp. 43-65). Boca Raton, FL: Taylor and Francis Group.
- Kaplan, H. S. (1987). *Sexual aversion, sexual phobias, and panic disorder*. New York: Brunner-Mazel.
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 98-108.
- Kedde, H., Donker, G., & Leusink, P. (2013). Incidentie van seksuele functieproblemen. *Huisarts en Wetenschap*, 56, 62-65.
- Mason, E.C., & Richardson, R. (2012). Treating disgust in anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19, 180-194.
- Olatunji, B., & McKay, D. (2009). *Disgust and its Disorders: Theory, Assessment, and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ribner, D.S. (2010). A brief treatment approach for sexual aversions in a young, single Haredi (Ultra-Orthodox) Jewish female. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 160-165.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Schover, L. R., & LoPiccolo, J. (1982). Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 179-197.
- Stevenson, R.J., Case, T.I., & Oaten, M. (2011). Effect of self-reported sexual arousal on responses to sex-related and non-sex-related disgust cues. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 79-85.
- Van Overveld, M., de Jong, P.J., Peters, M., van Lankveld, J., Melles, R., & ter Kuile, M.M. (2013). The Sexual Disgust Questionnaire; a psychometric study and a first exploration in patients with sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 396-407.
- Vroege, J.A. (2002). *LOPS-registratie 2000*. Utrecht: Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie/Rutgers Nisso Groep.

Summary

Sexual aversion and the DSM-5: Removed as disorder but unabatedly important as a symptom

Sexual aversion disorder (SAD) is no longer a diagnostic category within the DSM-5. In this contribution we evaluate the underpinnings for this modification and discuss the (clinical) implications of this change. We subsequently provide some recommendations for future research that might help to improve the classification and conceptualisation of symptoms of sexual aversion (disorder). In short we argue that there is currently insufficient data available to conclude whether or not sexual aversion should be best considered as a dysfunction or as a symptom. We emphasise that removing SAD from the DSM-5 does not imply that SA no longer exists and stress the importance of remaining alert for symptoms of aversion and avoidance.

Keywords: sexual aversion disorder, classification, DSM-5, disgust

Trefwoorden: seksuele aversie stoornis, classificatie, DSM-5, walging