

Beschouwing

Seksuele interesse/opwindingsstoornis bij de vrouw in de DSM-5: van 'libido' naar *incentive motivation* en seksueel plezier

Ellen Laan

Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

Samenvatting

In de DSM-5 worden seksuele stoornissen gedefinieerd als een heterogene groep stoornissen die gekarakteriseerd wordt door een klinisch significante verstoring in het vermogen om seksueel te responderen of seksueel plezier te ervaren. Met deze definitie is het lineaire model van de seksuele responscyclus verlaten, zijn seksuele gevoelens weer terug in het diagnostisch spectrum, en is seksueel plezier expliciet onderdeel van de definitie geworden, ten koste van fysiologie en 'functie'. De oude DSM-IV diagnoses stoornis in het seksueel verlangen en stoornis in de seksuele opwindingsstoornis zijn in de DSM-5 samengevoegd tot een seksuele interesse/opwindingsstoornis. Deze samenvoeging lijkt een goede stap in de richting van het *incentive-motivation*-model, maar in de zes criteria waarmee de nieuwe stoornis wordt gekarakteriseerd is de onderverdeling in 'verlangen' en 'opwindingsstoornis' nog steeds terug te vinden. Een heldere theoretische onderbouwing met duidelijke conceptuele keuzes ontbreekt. De situatieve 'stoornis' is nog steeds toegestaan, ook al is dat strijdig met de in dit classificatiesysteem volgehouden stelling dat psychische stoornissen nadrukkelijk moeten worden opvat als optredend *binnen* het individu. Daarmee wordt nog steeds onvoldoende recht gedaan aan het gegeven dat de meeste seksuele stoornissen zich openbaren in, geassocieerd zijn met, of veroorzaakt worden door de relationele context.

Het is velen van u wellicht al opgevallen: de nieuwe editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) bedient zich van een Arabisch (5) in plaats van een Romeins cijfer (V). Volgens de voorzitter van de werkgroep Sexual Dysfunctions, Ken Zucker, wordt hiermee uitgedrukt dat de DSM een levend document is, dat net als alle levende organismen flexibel is en groeit en verandert (Zucker, 2013). Het uitgangspunt voor vernieuwing klinkt bescheiden en oogt realistisch. In de introductie valt te lezen dat een complete beschrijving van onderliggende pathologie voor de meeste psychische stoornissen niet mogelijk is, en dat de nieuwe editie gezien moet worden

als een neerslag van de op dit moment best mogelijke beschrijving van diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen. Toch ontstond er in de opmaat naar deze nieuwe editie regelmatig groot tumult over de onbescheiden gevolgen van de nieuwe criteria, die zouden leiden tot 'overdiagnostisering', 'psychiatrisering', en daarmee onvermijdelijk 'farmacologisering' van voorspelbare gevoelens en gedragingen bij bijzondere gebeurtenissen.

De ambities voor deze nieuwe editie waren niet bescheiden: biomedische markers, ontwikkeld uit neurobiologisch, genetisch en epidemiologisch onderzoek, zouden de diagnoses moeten onderbouwen; voorgestelde veranderingen moesten hun oorsprong vinden in de empirie en nieuwe definities moesten voor publicatie worden getoetst in veldonderzoek. Hiervan is, in elk geval voor de seksuele stoornissen, niets terecht gekomen.

Wat wel is veranderd is de definitie van seksuele stoornissen. Werden seksuele stoornissen in de DSM-IV (1994; en de tekst-revisie (TR) van 2000) nog gedefinieerd als *een stoornis in seksueel verlangen en in de psychofysiologische veranderingen die kenmerkend zijn voor de seksuele responscyclus* (APA, 2000, pp. 535-536),

Dr. E. Laan, GZ psycholoog, seksuoloog NWS, Universitair Hoofddocent. De auteur was adviseur van de werkgroep Sexual Dysfunctions voor de DSM-5. Correspondentieadres: Afdeling Seksuologie en Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie, Academisch Medisch Centrum, H4-205, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam. E: e.t.laan@amc.uva.nl

Ontvangen: 15 oktober 2013; Geaccepteerd: 2 november 2013

in de DSM-5 worden seksuele stoornissen opgevat als *een heterogene groep stoornissen die gekarakteriseerd wordt door een klinisch significante verstoring in het vermogen om seksueel te responderen of seksueel plezier te ervaren* (APA, 2013, p. 423). Hiermee zijn problematische of juist afwezige seksuele gevoelens weer terug in het diagnostisch spectrum, en het verheugt me dat seksueel plezier expliciet onderdeel is van de definitie, en niet slechts, zoals in eerdere edities, fysiologie en 'functie'. Het lineaire model van de seksuele responscyclus van Masters en Johnson (1970) en Kaplan (1977), vooral door Tiefer (1995) bekritiseerd op methodologische, klinische en feministisch-politieke gronden, lijkt hiermee verlaten. De DSM-IV diagnoses verminderd seksueel verlangen, de stoornis in de seksuele opwinding, en de orgasmestoornis werden niet alleen in deze volgorde gepresenteerd, maar werden ook geacht zich in deze volgorde in mensen te voltrekken. Regelmatig hebben wij en anderen dit model op theoretische en empirische gronden afgewezen (Basson, 2002; Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum, & Luria, 2010; Both, Everaerd, & Laan, 2007; Both, Spiering, Everaerd, & Laan, 2004; Everaerd & Laan, 1995, 1996; Laan & Both, 2008; Laan & Janssen, 2007; van Lunsen, 2013; Spiering, Everaerd, & Janssen, 2003) en deze argumenten lijken uiteindelijk hun weg te hebben gevonden naar de DSM-5-werk-

groep (Brotto, 2010). Zelfs in de volgorde waarmee de diagnoses voor vrouwen worden gepresenteerd in de DSM-5 is de lineaire seksuele responscyclus niet meer te herkennen: de eerste diagnose is vrouwelijke orgasmestoornis (302.73; APA, 2013, p. 429), gevolgd door de seksuele interesse/opwindingsstoornis (302.72; APA, 2013, p. 433) en de genitopelviene pijn/penetratiestoornis (302.76; APA, 2013, p. 437).

De seksuele interesse/opwindingsstoornis

Bij de diagnostiek van seksuele stoornissen bij vrouwen zijn twee fundamentele wijzigingen doorgevoerd. Eén van die wijzigingen heeft betrekking op het samenvoegen van de DSM-IV diagnoses stoornis in het seksueel verlangen (302.72) en stoornis in de seksuele opwinding (302.71). In de DSM-5 wordt nu gesproken van een seksuele interesse/opwindingsstoornis (302.72). In Tabel 1 staan de criteria voor deze stoornis samengevat.

Zoals bij alle seksuele stoornissen moet bij het stellen van de diagnose met vijf factoren rekening worden gehouden: 1. Partnerfactoren (bv. seksuele problemen van de partner, gezondheid van de partner); 2. Relatiefactoren (bv. slechte communicatie, verschil in verlangen); 3. Individuele kwetsbaarheid (bv. negatief lichaamsbeeld, een geschiedenis van seksueel of emotioneel misbruik), psychiatrische comorbiditeit (bv. de-

Tabel 1. *Diagnostische criteria voor Seksuele interesse/opwindingsstoornis bij de vrouw*¹

Seksuele interesse/opwindingsstoornis (DSM-5 code 302.72, ICD11 code F52.22)

- | | |
|---|--|
| A | Gebrek aan, of significant verminderde seksuele interesse/opwinding, tot uiting komend in tenminste drie van de volgende criteria: <ol style="list-style-type: none"> 1 Afwezige/verminderde interesse in seksuele activiteit. 2 Afwezige/verminderde seksuele/erotische gedachten of fantasieën. 3 Geen/verminderd initiatief tot seksuele activiteit, en over het algemeen niet ontvankelijk voor het initiatief van een partner. 4 Afwezige/verminderde seksuele opwinding/plezier tijdens seksuele activiteit bij bijna alle of alle (ongeveer 75-100%) seksuele ontmoetingen (in bepaalde specifieke situaties of, indien gegeneraliseerd, in alle situaties). 5 Afwezige/verminderde seksuele interesse/opwinding in reactie op elke interne of externe seksuele prikkel (bv. geschreven, gesproken, visueel). 6 Afwezige/verminderde genitale of niet-genitale sensaties tijdens seksuele activiteit in bijna alle of alle (ongeveer 75-100%) seksuele ontmoetingen (in bepaalde specifieke situaties of, indien gegeneraliseerd, in alle situaties). |
| B | De symptomen van Criterium A duren al tenminste 6 maanden. |
| C | De symptomen van Criterium A zorgen voor klinisch significant lijden door het individu. |
| D | De seksuele stoornis wordt niet beter verklaard door een niet-seksuele psychische stoornis of als gevolg van ernstige relatieproblematiek (bijvoorbeeld partnergeweld) of andere significante stressoren en kan niet worden toegeschreven aan het effect van een middel/medicatie of een andere medische aandoening. |

Specificeer:

Levenslang: De stoornis is aanwezig vanaf het moment dat de persoon seksueel actief werd.

Verworven: De stoornis begon na een periode van relatief normaal seksueel functioneren.

Specificeer:

Gegeneraliseerd: Niet beperkt tot bepaalde vormen van seksuele stimulatie, situaties, of partners.

Situatief: Treedt alleen op bij bepaalde vormen van seksuele stimulatie, situaties, of partners.

Specificeer huidige ernst:

Mild: Aanwijzingen voor milde hinder van de symptomen van Criterium A.

Matig ernstig: Aanwijzingen voor matig ernstige hinder van de symptomen van Criterium A.

Ernstig: Aanwijzingen voor ernstige of extreme hinder van de symptomen van Criterium A.

¹ Vrije vertaling van de Amerikaanse versie van DSM-5; de Nederlandse vertaling verschijnt naar verwachting begin 2014.

pressie, angststoornis) of stressoren (bv werkloosheid, rouw); 4. Culturele/religieuze factoren (bv. remmingen gerelateerd aan seksverbod, attitudes ten aanzien van seksualiteit); en 5. Medische factoren die relevant zijn voor prognose, verloop, of behandeling. Om overdiagnostiseren tegen te gaan moeten de symptomen al minstens 6 maanden aanwezig zijn en moet er een beoordeling worden gemaakt (door de clinicus) van de ernst van de klachten. Tenslotte moet er nadrukkelijk sprake zijn van klinisch significant lijden van het individu (en is het niet meer mogelijk om de diagnose te stellen als er alleen sprake is van interpersoonlijke hinder).

Uit de begeleidende tekst wordt niet duidelijk wat onder seksuele interesse/opwinding wordt verstaan en of seksuele interesse en seksuele opwinding nu moeten worden opgevat als synoniemen of als afzonderlijke begrippen die zo sterk overlappen dat onderscheid niet zinvol is. Voor een definitie en voor empirische onderbouwing van de samenvoeging van de twee DSM-IV diagnoses moeten we naar de artikelen van Brotto en Graham die al in 2010 verschenen, waarin ze een voorshot namen op de in de DSM-5 doorgevoerde veranderingen (Brotto, 2010; Graham, 2010). Brotto (2010), in haar kritische bespreking van de DSM-IV-stoornis Verminderd seksueel verlangen, kiest voor seksuele interesse als vervanging van seksueel verlangen, omdat seksuele interesse een breder construct zou veronderstellen dan de biologische 'drift'-connotatie van het begrip seksueel verlangen (Levine, 1987). Volgens dat biologische driftmodel moet seksueel verlangen opgevat worden als een gevolg van deprivatie, vergelijkbaar met honger als men lang niet gegeten heeft. Graham (2010), die de DSM-IV-stoornis Vrouwelijke seksuele opwindingsstoornis kritisch besprak, focust onder andere op de onbruikbaarheid van het criterium van verstoorde of afwezige genitale responsiviteit. Voor de meeste vrouwen, zelfs voor de vrouwen zonder seksuele problemen, is het moeilijk om genitale opwinding accuraat waar te nemen, terwijl 'seksueel competente stimuli' toch in staat zijn genitale responsen op te roepen. Bij vrouwen die somatisch gezond zijn is vrijwel nooit sprake van verstoorde genitale responsiviteit bij adequate seksuele prikkels (Laan, van Driel, & van Lunzen, 2008).

De belangrijkste argumenten voor de samenvoeging zijn, in een notendop, gebaseerd op de empirische bevindingen (1) dat problemen met seksueel verlangen en met seksuele opwinding heel vaak samen voorkomen; (2) dat vrouwen zin en opwinding rapporteren tijdens het vrijen ook al hadden ze dat niet voordat, bijvoorbeeld, hun partner het initiatief nam tot vrijen, of ook al hadden ze geen seksuele fantasieën of gedachten buiten een seksuele context; (3) dat zin niet, zoals het biologische driftmodel veronderstelt, (altijd) aan opwinding voorafgaat.

Ook Brotto (2010) ontkomt echter niet aan de conceptuele warboel waarbij het construct seksueel verlangen nu eens wordt beschreven als de intensiteit van

een ervaren gevoel, dan weer als de frequentie van bepaald gedrag, als de inhoud van een gedachte, of als de evaluatie van een specifieke gebeurtenis. Deze conceptuele verwarring kan alleen verminderen met een helder theoretisch model dat verklaart waarom mensen zelf niet of nauwelijks onderscheid kunnen maken in verlangen en opwinding, waarom 'geen zin' zo vaak samengaat met weinig of geen plezier of opwinding, en dat verlangen niet los gezien kan worden van een eventuele seksuele beloning (opwinding, nabijheid, orgasme) om te kunnen begrijpen waar het verlangen dan over gaat. Seksueel verlangen als op zichzelf staand begrip houdt de vraag onbeantwoord waarnaar dan seksueel wordt verlangd. Wat moeten we ons voorstellen van seksueel verlangen als er nog geen enkele sprake is van enige seksuele activatie?

Het *incentive-motivation*-model biedt ons inziens het beste theoretische kader om seksueel verlangen en seksuele opwinding te begrijpen (Singer & Toates, 1987; Toates, 2009). In dat model zijn beide constructen het gevolg van seksuele prikkels, waarbij het gevoel van verlangen en de neiging tot toenadering (al dan niet leidend tot zichtbaar gedrag) kan worden opgevat als seksueel verlangen, en opwinding kan worden gezien als (de subjectieve waarneming van) het lichamelijk (genitaal) geactiveerd zijn (Laan & Both, 2008). Net als alle andere emoties, zou Walter Everaerd zeggen (Everaerd, Both, & Laan, 2006)!

Brotto (2010) en Graham (2010) bespreken het *incentive-motivation*-model en de evidentie hiervoor uitgebreid in hun artikelen, zonder er duidelijk voor te kiezen. In plaats daarvan lijkt de werkgroep met een mengeling van oude verminderd seksueel verlangen-criteria (A1 en A2) en oude en nieuwe seksuele opwindingscriteria (A3-6) iedereen tevreden te willen stellen. Desondanks beschouw ik deze samenvoeging van verlangen/interesse en opwinding als een sterke verbetering ten opzichte van het 'drift'-concept van seksueel verlangen en de tot fysiologie gereduceerde seksuele opwinding van de DSM-IV. Het biopsychosociale 'push-pull'-model van *incentive motivation*, met een centrale rol voor seksuele prikkels en met een oog voor de interactie tussen biologie, psychologie, en omgeving, heeft de voorkeur boven het eenzijdige biomedische ziektemodel waarbij mensen veroordeeld lijken tot het nemen van een pil of tot de droevige constatering dat er bij hen iets 'stuk' is.

Criteria, specificaties en relationele context

Ook al is mijn oordeel over de definitie van seksuele stoornissen en over het samenvoegen van verlangen en opwinding positief, toch ben ik ongelukkig met de formulering van een aantal criteria en met de keuze dat drie willekeurige A-criteria volstaan om de diagnose te stellen. Daarmee is het mogelijk dat er toch nog gewoon sprake blijft van het oude 'verminderd seksueel verlangen' (bij criteria 1, 2 en 3) en de oude opwindingsstoornis (bij criteria 4, 5 en 6). Waarschijnlijk

wreekt zich hier weer het gebrek aan duidelijke theoretische keuzes. Vanuit *incentive-motivation*-perspectief zijn criterium 4, 5 en 6 het belangrijkste. Criterium 5 (Afwezige/verminderde seksuele interesse/opwinding in reactie op elke interne of externe seksuele prikkel) zou er altijd moeten zijn om de diagnose te kunnen stellen, waarbij criterium 4 en 6 met hun nadruk op seksuele activiteit eigenlijk gezien kunnen worden als een verbijzondering van criterium 5. Het is opvallend dat het onderscheid genitale of niet-genitale sensaties (criterium 6) en seksuele opwinding/plezier (criterium 4) zo expliciet wordt gemaakt, ik kan me slecht seksuele opwinding en seksueel plezier voorstellen waarbij lichamelijke sensaties, of ze nu genitaal of niet-genitaal zijn, niet aanwezig zijn. Criterium 1 en 2 volgen uit bovenstaande criteria en kunnen wel of niet optreden. Het is onduidelijk hoe het tweede deel van criterium 3 (over het algemeen niet ontvankelijk voor het initiatief van een partner) verschilt van criterium 4 en 6.

Als er geen seksuele prikkels zijn, of als ze van onvoldoende kwaliteit zijn, kan de diagnose niet worden gesteld (APA, 2013, p. 423). Er kan sprake zijn van een hulpvraag, maar er is geen stoornis. Zoals ook in eerdere edities is opnieuw onduidelijk wie moet vaststellen of seksuele prikkels afwezig of onvoldoende zijn. Een fundamenteel punt is dat de gewenste emoties, gevoelens, of responsen ('beloningen') altijd van seksuele aard zouden moeten zijn. Dus bij vrouwen die zich in seksuele situaties begeven om conflicten te vermijden, om hun partner te plezieren, om emotionele warmte of nabijheid te vinden, en die daarbij niet seksueel geïnteresseerd of opgewonden raken, kan de diagnose niet worden gesteld: zij hebben immers seks om andere dan seksuele redenen, en is er dan een disfunctie als er geen seksuele reacties optreden? Uiteraard kunnen niet-seksuele motieven om seks te hebben uiteindelijk wel leiden tot seksuele interesse/opwinding, bijvoorbeeld omdat de wens tot nabijheid leidt tot blootstelling aan seksuele prikkels of tot herinneringen aan eerdere positieve seksuele ervaringen (Both & Everaerd, 2002). Maar dan is er niet voldaan aan criterium 5 en zou wat mij betreft de diagnose niet moeten worden gesteld. Met andere woorden, de diagnose zou intrinsiek gerelateerd moeten zijn aan een onvermogen voor seksuele prikkels om 'het seksuele systeem' te activeren. Omdat, zoals zojuist gezegd, drie willekeurige A-criteria voldoende zijn om de diagnose te stellen, kan in de DSM-5 de diagnose ook zonder criterium 5 worden gesteld en wordt de eerder genoemde conceptuele verwarring niet opgelost.

Een ander probleem betreft de specificaties (levenslang of verworven; gegeneraliseerd of situatief). Ze zijn allemaal belangrijk om de aard van het seksuele probleem vast te stellen, maar zolang er sprake is van symptomen die alleen in bepaalde situaties maar niet in andere optreden, dan zou er geen sprake mogen zijn van een stoornis in een classificatiesysteem dat psychische stoornissen nadrukkelijk opvat als op-

trekend *binnen* het individu (cf. Laan, 2003). De opvatting dat psychische stoornissen individuele stoornissen zijn verhoudt zich ook slecht met het gegeven dat de meeste seksuele stoornissen zich openbaren in, geassocieerd zijn met, of veroorzaakt worden door de relationele context. Hier is aanzienlijke empirische evidentie voor: (1) vrouwen beschouwen problemen met de partner of de relatie als de belangrijkste oorzaak van seksuele moeilijkheden (King, Holt, & Nazareth, 2007); (2) vrouwen rapporteren meer seksuele en relatiestress naarmate ze meer gebrek aan intimiteit en minder positieve gevoelens tijdens seks met een partner ervaren (Bancroft, Loftus, & Long, 2003); (3) vaak hebben beide partners binnen een relatie gelijktijdig seksuele problemen (Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002; Laumann, Paik, & Rosen, 1999); (4) als één partner individueel behandeld wordt voor een seksueel probleem treedt ook vaak verbetering op in het seksueel functioneren van de andere partner (Heiman et al., 2007); en (5) de relationele context is bijna altijd een centraal aandachtspunt binnen de behandeling (Graham & Brotto, 2013). De werkgroep begon haar werk dan ook met de uitdrukkelijke wens om recht te doen aan de relationele en contextuele bepaaldheid van seksuele stoornissen. Een serieuze poging om relatiestoornissen op te nemen als diagnose in de DSM-5 (First, 2006) haalde het niet. Daarmee kon de werkgroep deze wens alleen gestalte geven in de begeleidende tekst en in eerste twee van de lijst van 5 factoren die bij elke diagnose moet worden betrokken (partnerfactoren en relatiefactoren). De werkgroep vreest zelf ook dat dit niet voldoende zal zijn. Want hoe, zo vraagt Brotto zich af, krijg je drukke hulpverleners en onderzoekers ertoe de begeleidende tekst te lezen? (Graham & Brotto, 2013).

Mannenproblemen en vrouwenproblemen

Het eerder genoemde gebrek aan een helder theoretisch model over de etiologie van seksuele stoornissen is ook zichtbaar als de diagnoses voor mannen en voor vrouwen worden vergeleken. Voor vrouwen zijn het ontbreken van seksuele gevoelens en sensaties weer terug in de diagnostische criteria, maar voor mannen worden deze nog steeds niet relevant geacht. Vertraagde ejaculatie gaat alleen over de expulsie van sperma, niet over het orgasme, waarbij mogelijk verlies aan orgastische sensaties niet is opgenomen als diagnostisch criterium, terwijl bij de Orgasmestoornis van vrouwen een aanmerkelijke daling in intensiteit van orgastische sensaties wel degelijk onderdeel uitmaakt van de diagnose. Dit doet geen recht aan de klinische praktijk waar de klacht verminderd orgasmegevoel bij mannen regelmatig wordt gezien, zeker in de context van Premature (vroeg) ejaculatie, waarbij de mannen tevens opvallend vaak een overactieve bekkenbodem lijken te hebben. Heel kort door de bocht: in de DSM-5 hebben vrouwen steeds meer een lichaam maar mannen hebben nog steeds geen gevoelens.

Opvallend is dat het A-criterium voor Verminderd

seksueel verlangen van mannen ongewijzigd is gebleven. Als er voor vrouwen wordt gekozen voor het samenvoegen van seksueel verlangen en seksuele opwinding, waarom dan niet voor mannen? Want waarom zou zin in seks voor mannen wel 'uit de lucht' komen vallen en wordt de illusie in stand gehouden dat voor mannen seksuele prikkels niet relevant zijn voor het krijgen van zin? Terwijl er juist zoveel seksuele prikkels voor mannen beschikbaar zijn? Opnieuw kort door de bocht: kennelijk hebben alleen mannen echte, spontane zin, vrouwen moeten worden 'geholpen'?

Betekenis voor praktijk en onderzoek

Met nog maar drie in plaats van zes primaire seksuele stoornissen om uit te kiezen (vaginisme en dyspareunie zijn ook 'gefuseerd' en de seksuele aversiestoornis is verdwenen) hoeven er door klinici minder keuzes te worden overwogen, maar gezien de (conceptuele) problemen met de criteria voor de seksuele interesse/opwindingsstoornis is het nog maar de vraag of het onderzoek met deze nieuwe editie van de DSM zal worden gefaciliteerd. Het zal me niet verbazen als er toch weer snel verschillende 'subtypen' zullen opduiken. Ook al worden problemen met seksueel verlangen niet meer vooral als een probleem van neurotransmitters in het brein gezien, de medicalisering van vrouwelijke seksualiteit is daarmee niet ten einde. Ook al hebben klinici en onderzoekers met veel banden met de farmacie heftig geageerd tegen de voorgestelde veranderingen (zie bijvoorbeeld Clayton, DeRogatis, Rosen & Paik, 2012a, 2012b), ik geloof niet dat farmaceuten hun zoektocht naar biomedische oplossingen op korte termijn zullen staken. Ik hoop wel dat de grotere rol voor het biopsychosociale 'push-pull'-model van *incentive motivation* in de DSM-5 zal leiden tot minder monocausaal denken, en tot meer onderzoek naar de interactie tussen seksuele prikkels en individuele biologische en psychologische kwetsbaarheidsparameters in een wisselende situationele en relationele context. Tenslotte hoop ik dat het her en der verschijnen van 'seksueel plezier' in de tekst en de diagnostische criteria van de DSM-5 zal leiden tot een grotere rol van seksueel plezier als seksuele 'uitkomst', ten koste van het normatieve begrip seksuele functie.

Literatuur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e ed., tekst revisie)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5e ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

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). Women's sexual desire: Disordered or misunderstood? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 17-28.

Both, S., & Everaerd, W. (2002). Comment on "The female sexual response: a different model". *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 11-15.

Both, S., Everaerd, E., & Laan, E. (2007). Desire emerges from excitement: A psychophysiological perspective on sexual motivation. In E. Janssen (Ed.), *The Psychophysiology of Sex* (pp. 327-339). Bloomington, IN: Indiana University press.

Both, S., Spiering, M., Everaerd, W., & Laan, E. (2004). Men and women's sexual behavior following laboratory-induced sexual arousal. *The Journal of Sex Research*, 41, 242-259.

Brotto, L.A. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 221-239.

Brotto, L.A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., & Luria, M. (2010). Summary of the Recommendations from Committee 24: Women's Sexual Desire and Arousal Disorders. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 586-614.

Clayton, A.H., DeRogatis, L.R., Rosen, R.C., & Pyke, R. (2012a). Intended or unintended consequences? The likely implications of raising the bar for sexual dysfunction diagnosis in the proposed DSM-V revisions: 1. For women with incomplete loss of desire or sexual receptivity. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2027-2039.

Clayton, A.H., DeRogatis, L.R., Rosen, R.C., & Pyke, R. (2012b). Intended or unintended consequences? The likely implications of raising the bar for sexual dysfunction diagnosis in the proposed DSM-V revisions: 2. For women with loss of subjective sexual arousal. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2040-2046.

Everaerd, W., Both, S., & Laan, E. (2006). The experience of sexual emotions. *Annual Review of Sex Research*, 17, 183-199.

Everaerd, W., & Laan, E. (1995). Desire for passion: Energetics of sexual response. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 255-263.

Everaerd, W., & Laan, E. (1996). Seksuele passie: Volgens Gianotten en Blaas-de Regt komt 'echte zin' voor het gemak 'uit de ballen'. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 20, 59-63.

First, M.B. (2006). Relational processes in the DSM-V revision process: Comment on the special section. *Journal of Family Psychology*, 20, 356-358.

Fugl-Meyer, K. S., & Fugl-Meyer, A. R. (2002). Sexual disabilities are not singularities. *International Journal of Impotence Research*, 14, 487-493.

Graham, C. A. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Female Sexual Arousal Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 256-270.

Graham, C., & Brotto, L.A. (2013). Sexual Dysfunctions. In Zucker, K. (Symposium chair), *DSM-5 and its associated controversies*. Presented at the 39th Annual Meeting of the International Academy of Sex Research, Chicago, Verenigde Staten.

Heiman, J., Talley, D., Bailen, J., Oskin, T., Rosenberg, S., Pace, C., ... Barendse, T. (2007). Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate (Viagra®) for erectile dysfunction: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114, 437-447.

Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3, 3-9.

King, M., Holt, V., & Nazareth, I. (2007). Women's views of their sexual difficulties: Agreement and disagreement with clinical diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 281-288.

Laan, E. (2003). Wanneer is een seksueel probleem een seksuele disfunctie? Problemen bij de classificatie van seksuele stoornissen van vrouwen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 62-69.

Laan, E., & Both, S. (2008). What makes women experience desire? *Feminism and Psychology*, 18, 505-514.

Laan, E., van Driel, E.M., & van Lunsen, R.H.W. (2008). Genital responsive-

- ness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1424–1435.
- Laan, E., & Janssen, E. (2007). How do men and women feel? Determinants of subjective experience of sexual arousal. In E. Janssen (Ed.), *The Psychophysiology of Sex* (pp. 278-290). Bloomington, IN: Indiana University press.
- Laumann, E. O., Paik, A., Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunctions in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Levine, S. B. (1987). More on the nature of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 35- 44.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Seksuele stoornissen bij man en vrouw*. Amsterdam: Manteau.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act, and other essays*. Boulder, CO: Westview Press
- Singer, B., & Toates, F. M. (1987). Sexual motivation. *Journal of Sex Research*, 23, 481-501.
- Spiering, M., Everaerd, W., & Janssen, E. (2003). Priming the sexual system: Implicit versus explicit activation. *The Journal of Sex Research*, 40, 134-145.
- Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *The Journal of Sex Research*, 46, 168-193.
- Van Lunsen, R.H.W. (2013). Myths and misconceptions about sex and con(tra)ception. In P. Briggs, G. Kovacs, & J. Guillebaud (Eds.), *Contraception: A Casebook from Menarche to Menopause* (pp. 8-17). New York, NY: Cambridge University Press.
- Zucker, K. (2013). The Big Picture. In Zucker, K. (Symposium chair), *DSM-5 and its associated controversies*. Presented at the 39th Annual Meeting of the International Academy of Sex Research, Chicago, United States of America.

Summary

Female sexual interest/arousal disorder in DSM-5: from 'libido' towards incentive motivation and sexual pleasure

In DSM-5, sexual dysfunctions are defined as a heterogeneous group of disorders that is typically characterized by a clinically significant disturbance in a person's ability to respond sexually or to experience sexual pleasure. With this definition, the linear human sexual response cycle model has been abandoned, sexual feelings returned in the diagnostic spectrum, and is sexual pleasure an explicit part of the definition, at the expense of physiology and 'function'. The old DSM-IV diagnoses of hypoactive sexual desire disorder and female sexual arousal disorder were merged into a new DSM-5 female sexual interest/arousal disorder. This merger appears to be a solid step towards adaptation of the incentive-motivation model, but in the six criteria that represent this new disorder the old distinction between 'desire' and 'arousal' can still be found. A clear theoretical framework with clear conceptual choices is lacking. The situational 'disorder' is still allowed, even though this conflicts with the notion, adapted in this classification system, that the dysfunction of a mental disorder is centered *within* an individual. As such, this new classification system still does injustice to the fact that most sexual disorders express themselves in, are associated with, or are caused by the relational context.

Keywords: DSM-5, hypoactive sexual desire disorder, female sexual arousal disorder, female sexual interest/arousal disorder, sexual pleasure

Trefwoorden: DSM-5, stoornis in het seksueel verlangen, seksuele opwindingsstoornis, seksuele interesse/opwindingsstoornis, seksueel plezier