

Beschouwing

Waarheen met de parafilieën in DSM-5?

Luk Gijs

Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, KU Leuven

Samenvatting

DSM-5 verscheen in mei 2013. In deze psychiatrische classificatie worden de parafilieën en de parafiele stoornissen onderscheiden en worden de parafiele stoornissen geassocieerd als een aparte groep van psychiatrische stoornissen. Nadat een kort overzicht gegeven is van de verschillende representaties van de parafiele stoornissen in de verschillende edities van de DSM sinds 1952, wordt de classificatie van de parafiele stoornissen in DSM-5 besproken. Vastgesteld wordt dat er in belangrijke mate continuïteit is tussen DSM-I en DSM-5. Meer dan de voorgangers probeert DSM-5 een onderscheid te maken tussen een parafilie of atypische seksuele variatie, en een parafiele stoornis of psychiatrisch gestoorde seksuele variatie. Hoewel dat een verbetering is, blijven vele belangrijke problemen de psychiatrische classificatie van parafiele stoornissen in DSM-5 plagen. Fundamentele problemen zijn: de in- of exclusie van parafilieën/parafiele stoornissen als een psychiatrische stoornis, de in- of exclusie van sommige seksuele variaties als een parafiele stoornis en een gebrek aan betrouwbaarheid en validiteit van specifieke diagnostische criteria en specificaties. Ondanks deze fundamentele problemen biedt de DSM-5 mogelijkheden voor pacificatie tussen "pathologiseerders" en "depathologiseerders" en daarmee mogelijkheden voor de behandeling van parafilieën/parafiele stoornissen.

An belangstelling voor DSM-5 ontbreekt het niet (bijv. Dom, 2013; Marecek & Gavey, 2013; Zucker, 2013). Zowel voor als na publicatie van deze psychiatrische classificatie in mei 2013 door de Amerikaanse Psychiatrische Associatie buitelden voren tegenstanders van DSM-5 over elkaar heen in verhitte debatten (bijv. American Psychiatric Association, 2013; Frances, 2013; Frances, & Nardo, 2013; Wakefield, 2010). Deze debatten betreffen allerlei thema's: van breed naar smal. Breed in de zin dat de meest algemene kritiek is dat de DSM overbodig zou zijn omdat psychiatrische stoornissen niet zouden bestaan (hoewel sommige (levens)problemen wel gelabeld worden als psychiatrische ziekten (bijv. Deacon, 2013; Szasz, 1972)). Daarnaast gaan de debatten over de aard van de DSM-5 zonder dat psychiatrische nosologische classificatiesystemen als dusdanig betwist worden (bijv. Markon, 2013); over specifieke vragen over welke stoornissen wel/niet dienen geassocieerd te worden in de DSM-5 (bijv. Reid, 2013); over kritiek op het ge-

bruik van bepaalde criteria voor het diagnosticeren van een specifieke psychiatrische stoornis of over het gebrek aan betrouwbaarheid en validiteit van bepaalde diagnostische criteria (bijv. Hyman, 2010), tot zorgen over de negatieve klinische en forensische implicaties (bijv. Cosgrove & Wheeler, 2013; First & Frances, 2008; Frances, 2010; Wakefield, 2011).

Voor het al dan niet classificeren van parafilieën in de DSM-5 (2013) is het niet anders dan voor de DSM-5 in het algemeen: voren- en tegenstanders buitelden over elkaar heen in verhitte debatten over alle denkbare aspecten die het (niet) classificeren van parafilieën in de DSM-5 betreffen (voor overzichten: De Block & Adriaens, 2013; Fedoroff, et al., in druk; Krueger, 2011; Krueger & Kaplan, 2012; McManus et al., 2013; Potter, 2013; Wakefield, 2011; Zucker, 2010). In dit artikel wordt een *inleidend* overzicht gegeven van deze debatten. Eerst wordt een kort historisch overzicht gegeven van de representatie van de parafilieën in de verschillende versies van de DSM (vanaf 1952 tot en met 2013). Vervolgens worden de knelpunten beschreven waarover gedebatteerd werd in de aanloop naar en na het verschijnen van DSM-5. In de discussie zal geëvalueerd worden wat de classificatie van parafilieën in de DSM aan "baten en kosten" heeft meegebracht. In essentie zal betoogd worden dat de DSM-5 pacificatiemogelijkheden biedt, maar ook enkele fundamentele problemen helaas (te) onaangeroerd heeft gelaten.

De representatie van de parafilieën in de DSM: een kort historisch overzicht

Hoe werden de parafilieën door de verschillende DSM-versies gerepresenteerd? Is deze representatie vooral gekenmerkt door (een gebrek aan) continuïteit? Doelstelling van het beantwoorden van deze vragen is om duidelijk te krijgen wat de fundamentele visie van de DSM op seksuele variatie is en in welke mate deze visie eenduidig is gebleven doorheen de tijd.

DSM-I (1952): Kort en krachtig: seksuele deviantie is een ernstige (persoonlijkheds)stoornis

In 1952 verscheen de DSM voor het eerst. De algemene doelstelling van deze psychiatrische classificatie was te komen tot een eenduidig diagnostisch systeem, zodat een einde zou komen aan een verwarrende kakofonie van allerlei verschillende diagnoses voor dezelfde fenomenen en dezelfde diagnoses voor verschillende fenomenen (APA, 1952). Tevens was een expliciete doelstelling dat het met een dergelijk eenheidssysteem mogelijk zou worden om prevalenties en incidenties van psychiatrische stoornissen accuraat te bepalen (APA, 1952, p. V-XI; zie ook De Block & Adriaens, 2013; Markon, 2013). De term "parafilie" werd nog niet gebruikt, wel de term "*sexual deviation*" (APA, 1952). Deze term werd omschreven als een psychiatrische classificatie van seksuele deviantie voor zover deze geen symptoom is van 'grotere' syndromen als bijvoorbeeld schizofrenie of obsessionele reacties (APA, 1952). Seksuele deviantie verving de eerdere term "*Psychopathic personality with pathologic sexuality*" (APA, 1952, p. 59). Als voorbeelden van deze diagnostische categorie werden in de DSM-I genoemd: homoseksualiteit, transvestisme, pedofilie, fetisjisme, en seksueel sadisme (o.m. verkrachting, seksueel misbruik en mutilatie). Seksuele deviantie vormde een subgroep van de persoonlijkheidsstoornissen. Zij werden door DSM-I gekarakteriseerd als ontwikkelingsdefecten of als een uiting van een psychopathologische persoonlijkheidsstructuur met minimale ervaren angst en weinig of geen lijden. Aan deze karakterisering voegde DSM-I nog toe dat het primair ging om een gedragspatroon en niet om mentale of emotionele symptomen; alsook dat het ging om ernstige persoonlijkheidspathologie. Of in de woorden van DSM-I: "*The Personality pattern disturbances are considered deep seated disturbances, with little room for regression*" (APA, 1952, p. 34).

De kern van seksuele deviantie was voor DSM dus tweevoudig: (1) het ging om seksualiteit die afweek van de sociale norm (lees heteroseksualiteit), die tevens de psychiatrische norm was, en (2) het ging om persoonlijkheidspathologie, die door de persoon veelal ervaren werd als egosyntoon.

DSM-II (1968): De parafilieën als aparte subgroep en de psychiatrische norm van seksuele normaliteit geëxpliciteerd.

In DSM-II werden de "*Sexual deviations*" voor het eerst

als een aparte subgroep geclassificeerd. Ze waren weliswaar nog ondergebracht bij de hoofdgroep van de "Persoonlijkhedsstoornissen en sommige andere niet-psychotische mentale stoornissen", maar vormden als dusdanig geen onderdeel meer van de persoonlijkheidsstoornissen. DSM II (1968) definieerde de seksuele deviaties als volgt: "*This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward objects other than people of the opposite sex, toward sexual acts not usually associated with coitus, or toward coitus performed under bizarre circumstances*" (p. 44). Anders dan in DSM-I – en zonder inhoudelijke toelichting – stelde de DSM-II (1968) dat seksueel deviante personen vaak hun seksuele praktijken afschuwelijk vinden, maar ze niet kunnen laten. In DSM-II (1968) werden de volgende tien verschillende seksuele deviaties onderscheiden: homoseksualiteit, fetisjisme, pedofilie, transvestisme, exhibitionisme, voyeurisme, sadisme, masochisme, andere seksuele deviatie en ongespecificeerde seksuele deviatie. Het onderscheid tussen deze twee laatste seksuele deviaties wordt niet verhelderd in DSM-II. Anders dan in DSM-I werden ook geen uitspraken meer gedaan over de persoonlijkheidspathologie van mensen met een seksuele deviatie.

DSM-III (1980) en DSM-III- TR (1987): Een nieuw psychiatrisch tijdperk breekt aan, maar voor de parafilieën verandert er weinig.

Zoals algemeen bekend is, introduceerde DSM-III belangrijke veranderingen in het psychiatrische classificatiesysteem van de Amerikaanse Psychiatrische Associatie. Samengevat zijn dat: een beschrijvende (in plaats van een theoretische of etiologische) classificatie, die bij voorkeur gebaseerd is op empirische evidentie, en waarbij psychiatrische stoornissen vastgesteld worden op basis van specifieke symptomen die samen leiden tot categorale psychiatrische stoornissen (APA, DSM-III, 1968). Bovendien werd het welbekende 5-assen systeem ingevoerd en werd er een onderscheid gemaakt tussen As I en As II psychiatrische stoornissen. As II stoornissen werden gedefinieerd als Persoonlijkhedsstoornissen en als Specifieke Ontwikkelingsstoornissen. Alle andere klinisch psychiatrische stoornissen werden als As I stoornissen gedefinieerd (DSM-III, 1980, p. 8 en 23).

Tegen deze algemene achtergrond werden voor de parafilieën ook een aantal specifieke wijzingen doorgevoerd. Allereerst werd de term parafilie ingevoerd met als argumentatie dat deze term de voorkeur verdient boven seksuele deviatie omdat parafilie terecht benadrukt dat "*the deviation (para) is in that to which the individual is attracted (philia)*" (DSM-III, 1968, p. 267). De essentiële kenmerken van de parafilieën worden door DSM-III als volgt omschreven – let op de subtiele verschillen met DSM-II -: "*The essential feature of the disorders in this subclass is that unusual or bizarre imagery or acts are necessary for sexual excitement. Such imagery or acts tend to be insistently and involuntary repetitive and*

generally involve either: (1) preference for use of a nonhuman object for sexual arousal, (2) repetitive sexual activity with humans involving real or simulated suffering or humiliation, or (3) repetitive sexual activity with nonconsenting partners" (APA, 1968, p. 266). Over de aard van de parafilieën merkt de DSM-III op dat deze speels en onschadelijk kunnen zijn (en met instemming van de partner gebeuren), of – en veel frequenter – niet beantwoord kunnen worden door een partner, die zich buitengesloten of oppervlakkig voelt door het parafiele verlangen, of dat ze afgedwongen worden van een niet instemmende partner en schadelijk of gevaarlijk zijn. De parafilieën die DSM-III (1968) onderscheidde zijn: fetisjisme, transvestisme, zoöfilie, pedofilie, exhibitionisme, voyeurisme, seksueel masochisme en seksueel sadisme en de restcategorie atypische parafilie. Deze laatste categorie is voorbehouden voor parafilieën die niet geïnclassificeerd kunnen worden in de eerste acht categorieën. Het apart noemen van de eerste acht vormen is niet gekoppeld aan een (relatief) hoge prevalentie aangezien DSM-III (1968) specificiert dat sommige (van deze) parafilieën (relatief) veel voorkomen en andere heel zeldzaam zijn. Zoals DSM-III (1968, p. 267) suggereert, lijkt het erop dat de lijst van acht aparte parafilieën zoveel als mogelijk behouden is, omdat sommige reeds onderscheiden waren in eerdere classificaties of te wel ter realisering van een zo groot mogelijke continuïteit tussen de verschillende versies van de DSM.

Naast de beschrijving van de diagnostische categorie Parafilieën per se, is een belangrijke wijziging in DSM-III (1980) de plaats van de subgroep parafilieën in het geheel van de DSM. Niet langer worden de parafilieën ondergebracht bij of in nauw verband gebracht met de persoonlijkheidsstoornissen, maar ze zijn nu verplaatst naar de Psychoseksuele Stoornissen. Deze groep bestaat uit de genderidentiteitsstoornissen, de parafilieën, de psychoseksuele dysfuncties en een restcategorie andere psychoseksuele stoornissen (met ego-dystone homoseksualiteit en psychoseksuele stoornissen niet anderszins geïnclassificeerd als specifieke diagnoses). Kenmerkend voor deze groep van psychoseksuele stoornissen is de aanname dat psychologische factoren de belangrijkste etiologische factoren zijn in de ontwikkeling van deze stoornissen.

Samengevat is de positie van DSM-III als volgt te verwoorden. Parafilieën zijn psychiatrische seksuele stoornissen met een voornamelijk psychologische etiologie, die gekenmerkt worden door een "afwijkend seksueel object" en waarbij er duidelijke verschillen zijn in de ernst of de gevaarlijkheid van de parafilie. De verschillende specifiek onderscheiden parafiele diagnoses vertonen grote gelijkenis met eerdere DSM-versies.

In DSM-III R (1987) blijven de parafilieën onderdeel van de "Seksuele stoornissen" en zijn er weinig veranderingen. Belangrijk is evenwel de specificatie dat een parafiele diagnose enkel en alleen gesteld kan worden als de persoon parafiel openlijk gedrag heeft gesteld

of sterk lijdt onder de eigen parafilie (het welbekende onderscheid tussen het A- en het B-criterium). Met andere woorden een persoon die zich goed voelt bij pedofilie (en nog geen pedofiel gedrag heeft gesteld, kan volgens DSM-III R (1987) niet gediagnosticeerd worden als lijdend aan de psychiatrische stoornis pedofilie. (Voor een indringende analyse van de problemen die deze specificatie met zich meebrengt, wordt verwezen naar Marshall, 1997). Anders dan in DSM-III (1980) worden in DSM-III R (1987) normen voor de diagnose van de ernst van een parafilie gegeven: mild (duidelijke lijden zonder gedrag), middelmatig (af en toe wordt parafiel gedrag gedaan) en ernstig (herhaaldelijk wordt parafiel gedrag gesteld). Tenslotte is een belangrijke wijziging in de groep van de Seksuele stoornissen dat er niet meer apriori wordt verondersteld dat er een (voornamelijk) psychologische etiologie is.

DSM-IV (1994): weinig nieuws onder de zon.

DSM-IV (1994) zet de traditie van DSM-III (R) grotendeels verder. De parafilieën blijven onderdeel van de groep van de seksuele en genderidentiteitsstoornissen. Ook worden (grotendeels) dezelfde parafilieën als in DSM-III (R) onderscheiden, te weten: exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, transvestisch fetisjisme, voyeurisme en parafilieën niet anderszins geïnclassificeerd onderscheiden. Eveneens blijft het expliciete onderscheid tussen de parafilie (diagnostisch criterium A) en significant klinisch lijden of belangrijke functioneringsbeperkingen die veroorzaakt worden door de parafilie (diagnostisch criterium B). Echter, waar in DSM-III-R (1987) in het B-criterium enkel gesproken wordt van het feitelijk uitvoeren van de parafilie of van uitgesproken lijden, wordt in DSM-IV (1994) in het B-criterium gesproken van klinisch significant lijden of sociale of beroepsmatige beperkingen of beperkingen in andere belangrijke functioneringsdomeinen. Zowel het A- als het B-criterium dienen vervuld te zijn om de diagnose parafilie te mogen stellen. Mooie illustraties van de implicaties van de afwezigheid van het B-criterium worden gevormd door de volgende casussen (enigszins gewijzigd naar: Davey & Phillips, 2012; Earls & Lalumiere, 2009; Griffiths, in druk; Veale, 2006). Possum is een man die seksueel aangetrokken is tot volwassen merries, en een baan en een goed sociaal netwerk heeft. Hij heeft geen psychiatrische problemen (gehad). Vanaf dat hij seksuele aantrekking heeft ervaren, is hij seksueel aangetrokken tot volwassen merries. Hij ervaart zijn seksuele verlangens als geïntegreerd met zijn liefdesleven en heeft met verschillende merries langdurige (seksuele) relaties. Hoewel hij zeer wel bewust is van de atypicaliteit van zijn seksuele aantrekking en van het labelen ervan als "gestoord" door vele burgers, ervaart hij geen lijden en is hij gelukkig met zijn paarden. Gina, een 36 jarige vrouw, voelt zich seksueel aangetrokken tot doof-zijn en vraagt aan een arts om haar doof te maken. Ze zegt dat doof-zijn haar zal afhelpen van haar ongelukkig zijn

over het feit dat ze door te horen niet kan zijn wie ze erotisch echt is. Ze wijst er met nadruk op dat ze niet ongelukkig is over het vooruitzicht doof te zijn, integendeel. Wel wil ze dat haar doofheid op een medisch verantwoordde wijze wordt bewerkstelligd. Bert, een 22-jarige alleenstaande man, is seksueel aangetrokken tot wonderigheid (het hebben van seks met een persoon die winden laat, waarbij het winden laten de erotische kern is van zijn seksuele opwinding en verlangen). Hoewel hij soms seks met partners heeft, brengt hij zijn "seksuele wonderigheid" veelal met masturbatie in de praktijk. Ongelukkig is hij niet.

Dient hier nu met DSM-IV (1994) diagnostisch vastgesteld te worden dat in de beschreven voorbeelden geen sprake is van een parafilie (als psychiatrische stoornis). En zo ja, impliceert dit dan dat niet de parafilie een stoornis is, maar het ervaren lijden? En als inderdaad het ervaren lijden de kern is van de parafilie (voor de DSM), hoe dan het diagnostische onderscheid te maken tussen lijden dat intrinsiek is aan de parafilie en lijden dat niet alleen en uitsluitend een resultaat is van een sociaal conflict (over de (ab)normaliteit van seksuele variaties). DSM-IV (1994) geeft hiervoor geen nadere toelichting. Evenmin wordt veel toelichting gegeven over hoe het andere deelcriterium van het B-criterium te gebruiken: beperking. Niet anders dan DSM-III (1980) wijst DSM-IV (1994) er enkel op dat er partnerproblemen komen als een partner niet kan instemmen/instemt met de parafiele wensen. Echter, waarom een partnerconflict over wat seksueel met elkaar te doen, een definitiecriteria is van een psychiatrische stoornis blijft onduidelijk, temeer daar de DSM-IV (1994, p. xxi) - net zoals DSM-III (1980, p. 6) - expliciet opmerkt dat een gedragsmatige of psychologische verstoring, die enkel beperkt is tot een conflict tussen een individu en de samenleving, weliswaar sociaal deviant kan zijn, maar geen psychiatrische stoornis als dusdanig is (zie verder Malon (2012) voor een analyse van het gebruik van het criterium beperking in de DSM).

DSM-IV-TR (2000): Stiekeme grote veranderingen?

Op het eerste gezicht lijkt het alsof DSM-IV-TR (2000) geen grote wijzigingen heeft aangebracht in de diagnostiek van de parafilieën. Ze blijven een subgroep van de Seksuele en Genderidentiteitsstoornissen. Ook worden ze op dezelfde wijze gedefinieerd (in DSM-IV-TR op pagina 566) als in DSM-III-R. Essentieel wordt een parafilie in DSM-IV-TR gekenmerkt door terugkerende, intense seksuele impulsen/verlangens, fantasieën, of gedragingen, waarbij betrokken zijn: ongewone objecten, activiteiten of situaties en deze leiden tot klinisch significant lijden of tot sociale, beroepsmatige of andere functionele beperkingen (DSM-IV-TR, 2000, p. 535; vergelijk ook p. 566). In lijn met deze definitie blijven het A- en B-criterium gebruikt. Niet verrassend worden de volgende parafilieën onderscheiden: exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, transvestisch fetis-

jisme, voyerisme en niet anderszins gespecificeerde parafilieën. Zoals gesignaleerd door Hilliard en Spitzer (2002), heeft DSM-IV-TR (2000) toch een zeer betekenisvolle verandering in de definitie van de parafilie – meer bepaald in het B-criterium - doorgevoerd: *"For Pedophilia, Voyeurism, Exhibitionism, and Frotteurism, the diagnosis is made if the person has acted on these urges with a nonconsenting person or the urges or sexual fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty. For Sexual Sadism, the diagnosis is made if the person has acted on these urges with a nonconsenting person or the urges, sexual fantasies, or behaviors cause marked distress or interpersonal difficulty. For the remaining Paraphilias, the diagnosis is made if the behavior, sexual urges, or fantasies cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning"* (p. 566). Anders dan in DSM-IV (1994) is het bijgevolg niet meer nodig dat de persoon lijden ervaart of beperkingen heeft ten gevolge van een parafilie, maar is het in praktijk brengen van de seksuele variatie pedofilie, voyeurisme, exhibitionisme, en frotteurisme (zonder lijden en beperking) voldoende voor de diagnose parafilie. Onduidelijk blijft nog steeds op welke gronden DSM-IV-TR (2000) deze verandering heeft ingevoerd. Mijn hypothese is dat hier twee motieven aan ten grondslag hebben gelegen: (a) invloed van strafrechtelijke systemen, die erop gewezen hebben dat seksueel gedrag met een niet-instemmende partner wel een stoornis moet zijn; en (b) dat het niet denkbaar is dat pedofilie slechts een pathologische stoornis zou zijn als de persoon er zelf last of beperkingen van heeft (vgl. Frances & First, 2011; Marshall, 1997; Wakefield, 2011; Zonona, 2011). M.a.w. net zoals in DSM-I dient geredeneerd te worden dat pedofilie – ongeacht de beleving van de persoon - intrinsiek een psychiatrische stoornis is. Conceptueel is het mijns inziens echter niet te begrijpen dat - zonder enige nadere toelichting - voor de parafilieën die allen behoren tot zelfde subgroep van psychiatrische stoornissen fundamenteel verschillende diagnostische criteria gebruikt worden in DSM-IV-TR (2000).

DSM-5 (2013): De parafilieën: nog steeds een psychiatrische stoornis?

Duidelijk bewust van de controverses over de classificatie van seksuele variatie als parafiele psychiatrische stoornis, heeft de DSM-5 Werkgroep Seksuele en Genderidentiteitsstoornissen zich zeer grondig verdiept in de problemen van de psychiatrische classificatie van de parafilieën (zie Zucker, 2010, voor een overzicht). De voorstellen van deze Werkgroep zijn gepubliceerd. Niet alle voorstellen van deze werkgroep zijn evenwel overgenomen in DSM-5 (zie bijv. Blanchard, 2013; Zucker, 2013). In het bijzonder is het voorstel om hyperseksualiteit te classificeren als een aparte stoornis niet overgenomen (zie Van Zessen, 2013). Hier wordt niet verder ingegaan op de verschillen tussen de voorstellen van de Werkgroep en de tekst van DSM-5, maar beperk ik

me tot de tekst van DSM-5 zelf. Hoe worden parafilieën in DSM-5 gerepresenteerd?

Allereerst worden de *Paraphilic Disorders* (noteer de nieuwe term) gerubriceerd als een autonome groep, net zoals de Seksuele Dysfuncties en Genderdysforie aparte groepen vormen. Daarmee is de visie dat deze drie groepen voldoende overeenkomsten hebben om ze binnen één psychiatrische hoofdgroep te classificeren verlaten.

Ten tweede is de terminologie veranderd ter aanduiding van psychiatrische seksuele variatie. Niet langer wordt meer gesproken van parafilie, seksuele deviantie of deviatie, maar van "*Paraphilic disorder*". Een verandering die samenhangt met een niet nieuw, maar scherper gemaakt onderscheid tussen de parafilie en de parafiele stoornis (zie DSM-III-R (1987), DSM-5 (2013, p. 816); vgl. De Block & Adriaens, 2013). Essentieel verwijst dit onderscheid naar de kwalitatieve inhoud van de parafilie aan de ene kant en de (mogelijke) negatieve consequenties ervan aan de andere kant. In termen van diagnostische criteria wordt dit onderscheid als volgt verwoord in DSM-5 (2013). De term parafilie verwijst naar: "*any intense and persistent sexual interest other than sexual interest in genital stimulation or preparatory fondling with phenotypically normal, physically mature, consenting human partners*" (p. 685). De term parafiele stoornis wordt aanvullend gedefinieerd als "*a paraphilia that is currently causing distress or impairment to the individual or a paraphilia whose satisfaction has entailed personal harm, or risk of harm, to others*" (p. 685-686). Deze dubbele diagnosestructuur wordt operationeel vormgegeven in het A-, respectievelijk het B-criterium van de parafiele stoornis. Zowel het A als het B-criterium dienen vervuld te zijn om met DSM-5 een parafiele stoornis te kunnen diagnosticeren (DSM-5, p. 686)

Ter illustratie het A- en B-criterium van "*Transvestic Disorder*" (p.702):

"A. *Over a period of at least 6 months, recurrent and intense sexual arousal from cross-dressing, as manifested by fantasies, urges, or behaviors.*

B. *The fantasies, sexual urges, or behaviors cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning*".

Ten derde een enkel woord over de twee restcategorieën: "*Other Specified Paraphilic Disorder*" en "*Unspecified Paraphilic Disorder*". Gemeenschappelijk aan beide is dat ze niet verwijzen naar één van de diagnostisch apart genoemde parafilieën: voyeuristische stoornis, exhibitionistische stoornis, frotteuristische stoornis, seksuele masochistische stoornis, seksueel sadistische stoornis, pedofiele stoornis, fetisjistische stoornis, en transvestistische stoornis. Over deze traditionele diagnostische categorieën meldt de DSM-5 (2013, p. 685) dat ze relatief vaak voorkomen. Anders gezegd: de parafilieën die gerubriceerd worden in de "*Other Specified Paraphilic Disorders*" zijn zeldzame parafiele stoornissen. Al dient daar aan toegevoegd dat de DSM-5 hier een wat onduidelijk woordgebruik heeft (zie p. 705).

Nog onduidelijker is de diagnose "*Unspecified Paraphilic Disorder*", waarvan de volgende omschrijving in DSM-5 gegeven wordt: "*This category applies to presentations in which symptoms characteristic of a paraphilic disorder that cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning predominate but do not meet the full criteria for any of the disorders in the paraphilic disorders diagnostic class. The unspecified paraphilic disorder category is used in situations in which the clinician chooses not to specify the reason that the criteria are not met for a specific paraphilic disorder, and includes presentations in which there is insufficient information to make a more specific diagnosis*" (p. 705).

Volledigheidshalve zij opgemerkt dat er ook veranderingen zijn aangebracht aan de specifieke diagnostische criteria van sommige parafiele stoornissen, maar dat in DSM-5 getracht is zo dicht mogelijk te blijven bij de tekst van DSM-IV-TR (2000). Een voorbeeld is de Seksueel sadistische stoornis. In DSM-IV-TR (2000) werd er in het A-criterium geen gewag gemaakt van al dan niet instemming van een (masochistische) persoon. Tevens werd er in het A-criterium enkel gesproken van een slachtoffer als "object" van het seksuele verlangen van de persoon met de parafilie seksueel sadisme. In DSM-5 (2013, zie ook Tabel 1) wordt daarentegen niet meer gesproken over een slachtoffer en wordt er nadrukkelijk gestipuleerd in het B-criterium dat het gaat om seks met niet-instemmende personen (vgl. Tabel 1). De belangrijkste veranderingen betreffen de specificaties. Deze zijn bij een aantal stoornissen voor die specifieke stoornis uitgebreid. En standaard zijn de specificaties "*In a controlled environment*" en "*In full remission*" opgenomen. Het eerste criterium verwijst naar de conditie dat een persoon leeft binnen instituties (als bijvoorbeeld gevangenis) die weinig tot geen ruimte bieden om parafiel gedrag te doen. De tweede specificatie dient gebruikt te worden als een persoon minstens vijf jaar lang vrij is van symptomen van een parafiele stoornis in een ongecontroleerde omgeving

Tenslotte mag niet onvermeld blijven dat DSM-5 de (beschrijvende) ordening van de parafiele stoornissen heeft gewijzigd. Anders dan in de vorige edities van de DSM wordt er in DSM-5 een onderscheid gemaakt tussen twee hoofdtypen van parafilieën: de "*anomalous activity preferences*" en de "*anomalous target preferences*". Het eerste hoofdtype omvat twee subgroepen: de "*courtship disorders*" en de "*algolagnic disorders*". De "*courtship disorder*" – verstoringen van het seksuele partnerschap – zijn: voyeuristische stoornis, exhibitionistische stoornis, en frotteuristische stoornis. "*Algolagnic disorders*" verwijzen naar pijn en lijden en bestaan uit de seksueel masochistische en seksueel sadistische stoornis. De "*anomalous target disorders*" verwijzen naar een atypisch (niet-) menselijk object en omvatten de pedofiele stoornis, de fetisjistische stoornis en de transvestistische stoornis.

Tabel 1. Een overzicht van de DSM-5 classificatie van parafiele stoornissen¹

Categorie	Diagnostische criteria	Specificaties
Voyeuristische stoornis	A. Over een periode van ten minste 6 maanden, terugkerende en intense seksuele opwindning door het observeren van een dit niet wetende naakte persoon, bij het uitkleden of tijdens seksuele activiteiten, tot uiting komend in fantasieën, drang, of gedragingen. B. De persoon heeft op basis van deze seksuele drang gedrag gesteld met een niet instemmende persoon, of de seksuele drang of fantasieën veroorzaken klinisch significant lijden of beperkingen in het sociale, beroepsmatige functioneren of leiden tot andere belangrijke functionele beperkingen C. De persoon met deze seksuele opwindning of gedragingen is minstens 18 jaar oud	- In een gecontroleerde omgeving - In volledige remissie
Exhibitionistische stoornis	A. Over een periode van ten minste 6 maanden, terugkerende en intense seksuele opwindning door tonen van de genitalia aan een niet erop bedachte persoon, tot uiting komend in fantasieën, drang, of gedragingen. B. De persoon heeft op basis van deze seksuele drang gedrag gesteld met een niet instemmende persoon, of de seksuele drang of fantasieën veroorzaken klinisch significant lijden of beperkingen in het sociale, beroepsmatige functioneren of leiden tot andere belangrijke functionele beperkingen	- Seksuele opwindning door het tonen van de genitalia aan prepubertaire kinderen. - Seksuele opwindning door het tonen van de genitalia aan fysiek rijpe individuen - Seksuele opwindning door het tonen van de genitalia aan prepubertaire kinderen en fysiek rijpe individuen - In een gecontroleerde omgeving - In volledige remissie
Frotteuristische stoornis	A. Over een periode van ten minste 6 maanden, terugkerende en intense seksuele opwindning door het aanraken van of aanwrijven tegen een niet instemmende persoon, tot uiting komend in fantasieën, drang, of gedragingen. B. De persoon heeft op basis van deze seksuele drang gedrag gesteld met een niet instemmende persoon, of de seksuele drang of fantasieën veroorzaken klinisch significant lijden of beperkingen in het sociale, beroepsmatige functioneren of leiden tot andere belangrijke functionele beperkingen	- In een gecontroleerde omgeving - In volledige remissie
Seksueel masochistische stoornis	A. Over een periode van ten minste 6 maanden, terugkerende en intense seksuele opwindning door vernederd, gebeten, of gebonden te worden/zijn, of ten gevolge van een andere wijze die zorgt voor lijden, zoals tot uiting komend in fantasieën, drang, of gedragingen. B. De persoon heeft op basis van deze seksuele drang gedrag gesteld met een niet instemmende persoon, of de seksuele urges of fantasieën veroorzaken klinisch significant lijden of beperkingen in het sociale, beroepsmatige functioneren of leiden tot andere belangrijke functionele beperkingen	- Met asphyxiophilia: Als het individu de seksuele praktijk van het bereiken van seksuele opwindning door beperking van de ademhaling praktiseert - In een gecontroleerde omgeving - In volledige remissie
Seksueel sadistische stoornis	A. Over een periode van ten minste 6 maanden, terugkerende en intense seksuele opwindning door het fysieke of psychologische lijden van een niet instemmende persoon, tot uiting komend in fantasieën, drang, of gedragingen. B. De persoon heeft op basis van deze seksuele drang gedrag gesteld met een niet instemmende persoon, of de seksuele drang of fantasieën veroorzaken klinisch significant lijden of beperkingen in het sociale, beroepsmatige functioneren of leiden tot andere belangrijke functionele beperkingen.	- In een gecontroleerde omgeving - In volledige remissie
Pedofiele stoornis	A. Over een periode van ten minste 6 maanden, terugkerende en intens seksueel opwindende fantasieën, seksuele drang, of gedragingen met een prepubertair kind of kinderen (typisch 13 jaar of jonger). B. Het individu heeft op basis van de seksuele drang gehandeld, of de seksuele drang of fantasieën veroorzaken uitgesproken lijden of interpersoonlijke moeilijkheden C. Het individu is minstens 16 jaar oud en minstens 5 jaar ouder dan het kind of de kinderen in Criterium A. Noot: Includeer niet een persoon in de late adolescentie die een lopende seksuele relatie heeft met een 12- of 13 jaar oude persoon.	- Exclusief type (enkel aangetrokken tot kinderen) - Niet exclusieve type - Seksueel aangetrokken tot mannen - Seksueel aangetrokken tot vrouwen - Seksueel aangetrokken tot beide - Beperkt tot incest
Fetisjistische stoornis	A. Over een periode van ten minste 6 maanden, terugkerende en intense seksuele opwindning met niet levende objecten of met een zeer specifieke erotische focus op een niet genitaal lichaamsdeel of op niet genitale lichaamsdelen, tot uiting komend in fantasieën, drang of gedrag B. De fantasieën, seksuele drang, of de gedragingen veroorzaken klinisch significant lijden of sociale, beroepsmatige of andere belangrijke functionele beperkingen C. De fetisjistische objecten zijn niet beperkt tot artikelen of kleding gebruikt bij cross-dressing (zoals bij de transvestische stoornis), noch betreft het instrumenten die speciaal ontworpen zijn voor tactiele genitale stimulering (zoals bijv. een vibrator).	- Lichaamsdeel/delen - Niet levende objecten - Anders - In een gecontroleerde omgeving - In volledige remissie
Transvestische stoornis	A. Over een periode van minstens 6 maanden terugkerende, intense seksuele opwindning door cross-dressing, tot uiting komend in fantasieën, drang of gedrag. B. De fantasieën, seksuele drang of gedrag veroorzaken klinisch significant lijden of sociale, beroepsmatige of andere belangrijke functionele beperkingen	- Met fetisjisme - Met autogyneflie - In een gecontroleerde omgeving - Met volledige remissie
Andere gespecificeerde parafiele stoornis	Er is sprake van een duidelijke parafiele erotische focus, die tevens ook leidt tot lijden of psychosociale beperkingen, maar deze parafiele stoornis kan niet geassocieerd worden bij een van de hierboven genoemde stoornissen. Voorbeelden zijn: zoöfilie, necrofilie, enz.	
Ongespecificeerde parafiele stoornis	Er is sprake van parafiele symptomen zonder dat evenwel voldaan wordt aan een van de eerder genoemde parafiele stoornissen. Deze categorie wordt gebruikt als de clinicus verkiest de redenen niet te specificeren waarom er geen sprake is van een parafiele stoornis. Deze classificatie omvat ook situaties in welke er onvoldoende informatie is om een meer precieze diagnose te maken	

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

De representatie van parafilieën in de DSM: enkele kernpunten

Wat zijn de kernpunten van de classificatie van parafilieën in de DSM van 1952 tot en met 2013? Overduidelijk is dat de DSM de parafilieën altijd heeft beschouwd en beschouwt als een psychiatrische stoornis (zie verder). Ook overduidelijk is dat de DSM grotendeels dezelfde parafilieën als een aparte psychiatrische stoornis rubriceert. Zo worden bijvoorbeeld pedofilie, fetisjisme, transvestisch fetisjisme en seksueel sadisme genoemd in alle versies van de DSM. Sinds DSM-III (1980) is er nauwelijks wat veranderd aan de lijst van apart vernoemde parafilieën.

Naast deze continuïteit, is er ook sprake van een aantal opmerkelijke veranderingen. Anders dan in DSM-I (1952) worden de parafilieën niet meer beschouwd als persoonlijkheidsstoornissen, maar als onderdeel van de seksuele stoornissen en nu in DSM-5 als een autonome psychiatrische groep, met (nog steeds) als hoofdkenmerk een atypische erotische focus. Duidelijk veranderd is ook de norm van waaruit seksuele variatie beoordeeld wordt vanuit psychiatrisch perspectief: niet meer is (heteroseksuele) coïtus de centrale norm, maar zijn wederzijdse instemming, functionele beperkingen en ervaren lijden de norm geworden.

Tenslotte is het belangrijk op te merken dat sommige seksuele variaties als parafiele stoornis verdwenen zijn uit de DSM. Het meest bekende en invloedrijkste voorbeeld is homoseksualiteit dat in 1974 geschrapt werd als een psychiatrische stoornis na een stemming van 10031 Amerikaanse psychiaters, waarbij 58% instemde met het schrappen van homoseksualiteit als een psychiatrische stoornis (37,8% was tegen en 3,6% onthield zich) (Marmor, 1980). Maar ook verkrachting is verdwenen uit de DSM. In contrast met DSM-I is verkrachting sinds 1980 niet meer geassocieerd als een psychiatrische (parafiele) stoornis in de DSM.

Knelpunten in de representatie van de parafilieën in DSM-5

Wat zijn de knelpunten van de classificatie van de parafilieën in de DSM-5? Op basis van mijn lezing van de wetenschappelijke literatuur, wordt oriënterend aandacht besteed aan de volgende knelpunten: (1) is een parafilie een psychiatrische stoornis?, (2) als de parafilieën terecht een onderscheiden psychiatrische categorie vormen, zijn dan de "juiste parafilieën" in deze groep opgenomen; en (3) zijn de criteria voor de diagnose van een parafilie betrouwbaar en valide.

Is een parafilie een psychiatrische stoornis?

Een groot knelpunt blijft het gebrek aan onderbouwing van de parafilieën – en de parafiele stoornis – als een psychiatrische stoornis (zie in het bijzonder ook het werk van Moser, bijv. Moser, 2001, 2010, 2011; Shindel & Moser, 2011; vergelijk McManus et al., 2013).

Idealiter zou empirisch aangetoond moeten zijn dat de parafiele stoornis voldoet aan de (conceptuele en

operationele) definitiecriteria van een psychiatrische stoornis, maar dat is tot nog toe niet gedaan (Blanchard, 2013; Fedoroff et al., in druk). In het bijzonder problematisch is in dit opzicht dat de DSM-5 niet specificereert hoe in het geval van de parafilieën het onderscheid tussen een sociaal conflict en een psychiatrische stoornis (diagnostisch) valide gemaakt kan worden (vgl. De Block & Adriaens, 2013). Dat is des te opmerkelijker omdat het debat over de depathologisering van homoseksualiteit overduidelijk heeft gemaakt dat sociale beperkingen vaak geen intrinsiek symptoom zijn van een seksuele oriëntatie als dusdanig, maar het gevolg zijn van sociale stigmatisering, discriminatie en (gewelddadige) verdrinking (Balsam & Hughes, 2013; Meyer & Frost, 2013). Waarom zou het anders zijn voor de parafilieën? In zekere zin kan vastgesteld worden dat het onderscheid tussen een parafilie en een parafiele stoornis – hoe problematisch ook – mogelijkheden biedt tot pacificatie tussen "pathologiseerders" en "depathologiseerders". Immers, het is mogelijk om een parafilie niet te pathologiseren en daarmee te normaliseren. Klinisch impliceert dit dat er op basis van een "paraphilic disorder" zowel gekozen kan worden voor het opheffen van het ervaren lijden (ter normalisering van de parafilie) als voor de "genezing" van de parafilie als bron van lijden (Gijs, 2012). Empirisch onderzoek naar dit onderscheid tussen parafilie en parafiele stoornis is een absolute prioriteit. In dat opzicht is het jammer en onbegrijpelijk dat er nog nooit field trials zijn geweest naar de voorgestelde diagnostische representatie van de parafiele stoornis (Blanchard, 2011; Fedoroff et al., in druk). Een prioriteit die nog sterker benadrukt wordt doordat bijvoorbeeld voor personen met een parafilie voor sadomasochistische seks empirisch aangetoond is dat er niets mis met ze is, integendeel (Richters et al., 2008; Wismeijer et al., 2013).

Echter, zelfs indien empirisch aangetoond zou kunnen worden dat de parafilieën terecht thuishoren in de DSM op grond van operationele (empirisch vaststelbare criteria) dan blijft er nog de vraag: wat is een psychiatrische stoornis? Sommige zullen descriptief antwoorden: een psychobiologische disfunctie van/in de persoon die niet uitsluitend het gevolg is van een sociaal conflict (zie DSM-5, p. 20, voor een formele definitie). Onder meer Wakefield (2010, 2011), De Block en Adriaens (2013) en Malon (2012) hebben er op gewezen dat een deel van de controverse over de classificatie van de parafilieën in de DSM samenhangt met het ontbreken van een consensus over wat een psychobiologische disfunctie of een psychiatrische stoornis is. De Block en Adriaens (2013) maken een onderscheid tussen drie hoofdvisies op de definitie van parafilieën: een naturalistische kijk, een normatieve kijk en een gecombineerde positie.

Het eerste perspectief definieert een psychiatrische stoornis als een objectief empirisch vast te stellen "ziekte" of "psychologisch disfunctioneren" (zonder dat daarbij waardeoordelen betrokken dienen te worden).

Een toepassing hiervan is te vinden in het recente werk van Fedoroff en collega's (in druk), waarin ze beklemtonen dat het feit of een persoon wel of geen lijden ervaart niet cruciaal is voor de diagnose van een parafilie. Ze vergelijken daarbij een parafilie met diabetes mellitus: het feit dat een persoon (nog) geen last heeft van zijn diabetes, wil nog niet zeggen dat de persoon geen ziekte heeft.

Een "omgekeerde" positie is dat de definitie van een psychiatrische stoornis per se vooral of uitsluitend een waardeoordeel is over wat (ab)normaal is (binnen een gegeven culturele en historische periode) (vgl. Bhugra et al., 2010; Plummer, 1975). Historische voorbeelden zijn de seksuologische evaluaties van masturbatie, homoseksualiteit en orale seks: zij werden ten gevolge van wijzigingen in maatschappelijke normen psychiatrisch genormaliseerd.

Het derde en laatste gezichtspunt definieert een psychiatrische stoornis als een combinatie van een "objectieve disfunctie" met een waardeoordeel. Beiden zijn onontbeerlijk en niet aan te ontkomen in de definitie van een psychiatrische stoornis. Wakefields "*harmful dysfunction*" is het meest bekende en invloedrijke voorbeeld van dit gezichtspunt (bijv. Wakefield, 2010). Fundamenteel wordt daarbij een psychiatrische stoornis gedefinieerd als een – evolutionair – niet meer naar behoren functionerend psychologisch mechanisme, waarvan we maatschappelijk vinden dat de effecten moreel onwenselijk zijn. Malon (2012) heeft er in een boeiende analyse van de psychiatrische classificatie van pedofilie overigens nadrukkelijk op gewezen dat er een essentieel verschil is tussen een "*harmful dysfunction*" en een "*dangerous dysfunction*". Het eerste concept verwijst naar een intrinsiek verstoord zijn van het evolutionair tot stand gekomen systeem dat een psychologische functie regelt. Het tweede daarentegen verwijst naar de mate waarin gevaar voor de samenleving gezien wordt als een kernkenmerk van een psychiatrische stoornis.

De consequenties van dit gebrek aan eenheid over wat een psychiatrische stoornis is voor het wel of niet classificeren van parafilieën als psychiatrische stoornis zijn helder: zolang er geen voldoende consensus is over wat een psychiatrische stoornis is, is niet te verwachten dat er consensus kan (of zal zijn) over de psychiatrische classificatie van parafilieën.

Een groot knelpunt is evenzeer de onbekendheid van de etiologie van parafilieën (Gijs, 2008, 2012). Deze onbekendheid maakt het zeer moeilijk om te beoordelen in welke mate welke parafilieën intrinsiek een psychiatrische stoornis zouden zijn, in de zin dat ze intrinsiek het gevolg zijn van een ontregeling van "normale" seksualiteit. Vooralsnog is een dergelijk oordeel uitermate moeilijk om te geven omdat er zowel aanwijzingen zijn dat personen met een parafilie heel goed kunnen functioneren, als dat er aanwijzingen zijn dat parafilieën niet zelden samen voorkomen met en mogelijk (mede) veroorzaakt worden door biologische

stoornissen (zie De Block en Adriaens, 2013; vgl. Gijs, 2012).

Zijn de "juiste parafilieën" geïnclassificeerd als parafilie?

Zelfs indien aanvaard wordt dat de parafiele stoornissen terecht geïnclassificeerd worden als psychiatrische stoornis in DSM-5, dient niet uit het oog verloren te worden dat er een stevig debat is over welke parafilieën al dan niet in deze groep geïnclassificeerd dienen te worden. Meest uitgesproken werd en wordt dit debat gevoerd voor de volgende parafilieën: masochisme, sadisme, hebephilia en "*coercive paraphilic disorder*". De eerste twee zijn opnieuw geïnclassificeerd als parafilie/parafiele stoornis in DSM-5. De laatste twee zijn slechts voorstellen gebleven en niet opgenomen in DSM-5.

In principe is de reden voor de Amerikaanse Psychiatrische Associatie dat er voldoende conceptuele en empirische gronden zijn om deze beslissingen te rechtvaardigen. Velen zijn het daar overigens niet mee eens (zie bijv. Blanchard, 2013; Stern, 2010; Zucker, 2013). Het zou hier te ver voeren om in detail in te gaan op deze debatten, maar ze maken wel duidelijk dat er weinig consensus is over welke seksuele variatie in DSM opgenomen dient te worden als een psychiatrische stoornis. Wat is de kern van het debat over deze parafilieën? Verkrachting voldoet niet aan de definitie van een psychiatrische stoornis. Het is weliswaar sociaal onwenselijk en schadelijk gedrag, maar het is geen psychiatrische stoornis omdat het (op evolutionaire gronden) geen psychiatrische disfunctie is (Malamuth, Huppert, & Paul, 2005; vgl. Robertson & Knight (in druk). Anders gezegd: verkrachting is een misdaad, maar geen "gekke". Bovendien zijn er te weinig empirische argumenten om een aparte psychiatrische stoornis te maken – de zogenaamde "*paraphilic coercive disorder*" – voor personen die seksueel vooral tot uitsluitend seksueel aange trokken worden tot verkrachting (Knight, 2010). Tegen een psychiatrische classificatie van hebephilia worden vooral volgende argumenten in stelling gebracht: Hebephilia – dat is de erotische voorkeur voor pubertaire kinderen van 11 tot 14 jaar oud (Blanchard, et al 2009.) – heeft geen of onvoldoende onderbouwing als specifieke parafilie onderscheiden van de seksuele aantrekking die volwassen (niet parafiele) mannen ervaren naar pubertaire meisjes. Bovendien is deze aantrekking vanuit (evolutionair) psychologisch oogpunt geen disfunctie (bijv. Good & Burstein, 2012; Rind & Yuill, 2012). Bij een dergelijke zwakke conceptuele en empirische onderbouwing zijn de risico's op strafrechtelijk misbruik zeer groot (Zeker in de Verenigde Staten van Amerika, waar het – vereenvoudigd gezegd – voor een rechter mogelijk is om binnen de Civil Commitment Laws op basis van een – nieuwe – psychiatrische diagnose (bijv. parafiele stoornis niet anderszins omschreven) een persoon die zijn gevangenisstraf voor een zedendelict heeft uitgezeten opnieuw in verzekerde bewaring te stellen (bijv. Franklin, 2010; vgl. Prentky & Barbaree, 2011). Masochisme en sadisme dienen verwijderd te worden uit

de DSM-5 omdat ze geen psychiatrische stoornis zijn: immers personen met BDSM vertonen geen psychiatrische symptomen, hebben geen lager welbevinden en zijn sociaal geïntegreerd (Richters, et al, 2008; Wismeijer, et al, 2013.). Volledigheidshalve zij opgemerkt dat diegenen die de "omgekeerde" positie verdedigen (bijv. wel classificatie van hebephilia) precies het omgekeerde zullen beargumenteren. M.a.w., dat er bijvoorbeeld wel voldoende conceptuele en empirische gronden zijn om bijvoorbeeld hebephilia te classificeren in DSM-5.

Zijn de diagnostische criteria betrouwbaar en valide?

Zonder in detail in te gaan op de problemen die er zijn voor de verschillende diagnostische criteria inclusief de specificaties, zijn er nog heel wat problemen op dit punt in DSM-5. Een treffend voorbeeld wordt gegeven door Federoff en collega's (in druk). Zij concluderen dat DSM-5 (p. 697) het onmogelijk maakt om de diagnose pedofiele stoornis te stellen bij een persoon, die laat in de adolescentie is, en een seksuele relatie heeft met een 12 of 13 jaar oude adolescent. Ook al is een dergelijke seksuele relatie gestart lang voor de leeftijd van 12. Waarom is dat zo? De reden is heel eenvoudig: DSM-5 sluit bij definitie deze diagnose uit in de genoemde relationele context. Waarom dat zo is, is niet op te maken uit de tekst van DSM-5.

Naast allerlei specifieke problemen met specifieke diagnostische criteria en specificaties, worden hier twee ernstiger problemen met de diagnostische criteria gesignaleerd: te weten het aantal parafiele stoornissen dat onderscheiden wordt (als aparte parafiele stoornis) en het onderscheid tussen parafilie en parafilie stoornis. Zoals eerder beschreven onderscheidt DSM-5 acht specifieke parafilieën en twee restcategorieën op basis van de volgende argumenten: (1) zoveel mogelijk behoud van continuïteit met eerdere DSM-versies; (2) het feit dat ze in vergelijking met andere parafilieën relatief veel voorkomen en (3) de gevaarlijkheid/schadelijkheid van sommige van deze acht parafilieën en het feit dat sommigen geassocieerd worden als strafbaar. Velen hebben er op gewezen dat deze beperking weinig logisch is en dat het al dan niet strafbaar stellen weinig van doen behoort te hebben met een psychiatrische classificatie (bijv. Federoff, et al., in druk). Federoff en collega's (in druk) hebben daarom volgende alternatieve formulering van criterium A voorgesteld:

Een persistente of terugkerende seksuele interesse in activiteiten zonder instemming of die interfereren met het seksuele functioneren.

Specificeer:

1. De specifieke seksuele interesse of activiteit
2. Het "object" of de "objecten" van de seksuele interesse of activiteit
3. De leeftijd van de "seksuele objecten"
4. De mate van afhankelijkheid van de parafilie om normaal seksueel te functioneren

Verdere specificatie:

A. De persoon heeft de seksuele interesse geïmplementeerd

B. Intermittent, continu, of in remissie (geen evidentie van ziekte)

Wat kan gezegd worden over het onderscheid parafilie en parafiele stoornis? Onder andere Moser en Federoff en collega's hebben er op gewezen dat dit diagnostische onderscheid problematisch is en geven daarvoor de volgende redenen. Hoewel de DSM-5 met dit onderscheid lijkt te proberen om een onderscheid te maken tussen sociale deviantie en psychiatrische deviantie, is het nog maar de vraag of er de facto wel een onderscheid zal kunnen gemaakt worden, omdat het krijgen van een parafiel label (bijv. pedofilie) zonder de diagnose pedofiele stoornis even schadelijk zal blijken te zijn voor een persoon als de diagnose pedofiele stoornis. Maar belangrijker dan het voorgaande argument –dat eerder gaat over de effecten van een psychiatrische classificatie, dan over de psychiatrische classificatie zelf – is het argument dat het onderscheid niet deugt. Immers: het verwacht een conditie, met een reactie op een conditie. Ter verheldering: wanneer iemand 'lijdt' onder zijn heteroseksualiteit, wordt er niet gesproken over een parafiele stoornis, maar bijvoorbeeld over een probleem van acceptatie van heteroseksualiteit, met als bijbehorende diagnoses bijvoorbeeld Identiteitsprobleem, of Aanpassingsstoornis of Depressie (zie bijv. Shindel & Moser, 2011). Kortom: niet de seksuele variatie per se is het (psychiatrische) probleem, maar het niet in overeenstemming zijn van de seksuele variatie met persoonlijke of sociale doelen en standaarden leidt tot lijden (Shindel & Moser, 2011)

Discussie

Sinds vele decaden is de psychiatrische classificatie van seksuele variatie een heikel en controversieel thema (bijv. Bayer, 1980; De Block & Adriaens, 2013; Gijs, Cohen-Kettenis, & Van der Schoot (1994). Ondanks talloze debatten is het opvallend hoe sterk de DSM probeert een continue lijn vast te houden in de classificatie van de parafiele stoornissen. Deze lijn kan als volgt samengevat worden: (1) parafiele stoornissen horen terecht in DSM-5 thuis omdat ze een psychiatrische stoornis zijn; (2) de verschillende onderscheiden parafiele stoornissen vertonen grote stabiliteit in de DSM. In DSM-5 worden nagenoeg dezelfde parafilieën onderscheiden als in DSM-III (1980). Sommige van deze parafilieën werden reeds genoemd in DSM-I. Gelet op deze vaststellingen kan er weinig twijfel over bestaan dat voor de (Amerikaanse) psychiatrie parafilieën/parafiele stoornissen terecht geassocieerd worden als psychiatrische stoornis. Helaas is het zo dat in DSM-5 een fundamentele verantwoording ontbreekt waarom de parafilieën zouden voldoen aan de definitie van een psychiatrische stoornis. Verder blijven er verhitte debatten over welke parafilieën al dan niet thuishoren in de DSM. Evenzeer blijven er grote zorgen over de diagnostische criteria voor de verschillende parafilieën. Het is niet mijn ver-

wachting dat deze problemen van de classificatie van parafilieën in de DSM snel opgelost zullen zijn. In die zin kan DSM-5 gekarakteriseerd worden als een kwetsbaar en gehandicapt classificatiesysteem.

Wat te denken over de kwaliteit van psychiatrische classificatie van de parafiele stoornissen in de DSM-5? Al met al is het mogelijk nuttig dat de DSM een opening heeft gemaakt naar een onderscheid tussen seksuele variatie als sociale deviantie versus seksuele variatie als psychiatrische stoornis. Ondanks alle problemen die blijven met de DSM-5 (bijv. een problematisch onderscheid tussen parafilie en parafiele stoornis, onvoldoende betrouwbare en valide diagnostische criteria) biedt de DSM een houvast voor een (psychiatrische) ordening van seksuele variatie. Sommigen vinden dit een te mager resultaat om de huidige DSM-5 een voldoende te geven en pleiten dan eigenlijk ook voor herziening of afschaffing. Andere pleiten ervoor om de DSM-5 een kans te geven bij gebrek aan betere alternatieven.

Tot nog toe werd er nagenoeg geen aandacht besteed aan de invloed van het strafrecht, van verzekeringen (of breder van de financiers van de gezondheidszorg), noch aan de klinische implicaties van DSM-5. Dat is geen toeval. Mijn inziens dienen parafilieën al dan niet geïdentificeerd te worden als psychiatrische stoornis op basis van wetenschappelijke argumenten en niet op grond van overwegingen over toegang tot de (verzekerde) zorg of wensen van het strafrecht. Hoe belangrijk deze overwegingen van financiering en toegang tot de zorg, van al dan niet misdaad, van al dan niet wetsovertreding op zichzelf ook zijn, zij behoren niet tot de kern van het wetenschappelijke psychiatrische discours over de al dan niet classificatie van parafilieën als psychiatrische stoornis. In die zin is de toenemende beïnvloeding van de psychiatrie door het strafrechtelijke systeem (en in mindere mate door het financieringssysteem) zorgelijk. Ik deel dan ook de visie dat het belangrijk blijft de classificatie van seksuele variatie als psychiatrische stoornis, in casu als parafiele stoornis, te bouwen op vakinhoudelijke argumenten en te waken voor misbruik door financiers of het strafrechtelijke systeem.

Klinisch heeft de DSM een enorme impact. Het trefendst wordt dit geïllustreerd door de effecten van de depathologisering van homoseksualiteit in de jaren zeventig. Voor deze depathologisering werd vooral (ineffectief) gepoogd om homoseksualiteit "te genezen". Na de depathologisering werd er vooral gepoogd om personen te leren leven met hun homoseksualiteit en ze te wapenen tegen stigmatisering, discriminatie en tegen het slachtoffer zijn of worden van seksueel geweld. Het lijkt erop dat de DSM-5 geprobeerd heeft een soortgelijke ruimte te maken in DSM-5 door parafilieën te onderscheiden van parafiele stoornissen. De klinische consequenties van dit onderscheid blijven in DSM-5 weinig uitgewerkt (vgl. Fedoroff, et al., in druk) Daarmee is er in en met DSM-5 meer ruimte ontstaan voor

een pragmatische klinische aanpak (Gijs, 2012). Als een persoon die lijdt onder zijn parafilie deze niet wenst of niet kan wijzigen en de parafilie is prosociaal vorm te geven, zullen vele hulpverleners ervoor kiezen om het lijden weg te werken en de parafilie te behouden. Echter als de parafiele stoornis schadelijk of gevaarlijk is voor anderen zullen vele hulpverleners kiezen voor controle of beheersing (en idealiter "genezing") van de parafiele stoornis en ook van de parafilie. Helaas is goed effectonderzoek naar klinische interventies bij parafiele stoornissen nagenoeg onbestaand en blijven de meeste interventies bij parafilieën of parafiele stoornissen enkel gebaseerd op klinische indrukken (Gijs, 2012).

Gelet op de gesignaleerde knelpunten van het (niet) classificeren van parafilieën als parafiele stoornis, die de DSM reeds tientallen jaren teisteren (De Block & Adriaens, 2013), wordt er hier niet alleen voor gepleit om verder te werken aan het oplossen van deze problemen, maar wordt er vooral voor gepleit om veel meer dan tot nog toe gebeurde, deugdelijk onderzoek te doen naar de effectiviteit van interventies bij de parafilieën en de parafiele stoornissen. Daarnaast zal veel meer aandacht besteed moeten worden aan etiologische en pathogenetische differentiaaldiagnostiek en de implicaties daarvan voor de behandeling van parafilieën. Immers, hoewel de DSM een beschrijvend classificatiesysteem is, lijkt het er toch steeds meer op dat wat bekend is over de verschillende etiologische en pathogenetische ontwikkelingstrajecten van parafilieën wel degelijk gevolgen heeft voor de behandeling van de parafiele stoornissen. In die zin lijkt de DSM ruim dertig jaar na DSM-III ook langzaam aan de grenzen van zijn bruikbaarheid gekomen te zijn (vergelijk Bilder, et al., 2013; Hyman, 2010). Dat laat onverlet dat alternatieve diagnostische systemen voor parafiele stoornissen vooralsnog amper bestaan.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Second edition*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition-revised*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition-revised*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Washington: Author.
- Balsam, K., & Hughes, T. (2013). Sexual orientation, victimization, and hate crimes. In C.J. Patterson & A.R. D'Augelli (Eds), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp.267-280). Oxford: Oxford University Press.

- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American Psychiatry: The politics of diagnosis*. Princeton: Princeton University Press.
- Bhugra, D., Popelyuk, D., & McMullen, I. (2010). Paraphilias across cultures: Contexts and Controversies. *Journal of Sex Research, 47*, 242-256.
- Bilder, R.M., Howe, A.S., & Sabb, F.W. (2013). Multilevel models from biology to psychology: Mission impossible? *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 917-27.
- Blanchard, R. (2011). A brief history of field trials of the DSM diagnostic criteria for paraphilias. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 861-862.
- Blanchard, R. (2013). A dissenting opinion on DSM-5 pedophilic disorder. *Archives of Sexual Behavior, 42*, 675-678.
- Blanchard, R., Lykins A.D., Wherrett D., Kuban M.E., Cantor J.M., Blak T., ... Klassen P.E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 335-350.
- Cantor, J.M. (2012). The error's of Karen Franklin's pretextuality. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*, 59-62.
- Cosgrove, L., & Wheeler, E.E. (2013). Industry's colonization of psychiatry: Ethical and practical implications of financial conflicts of interest in DSM-5. *Feminism & Psychology, 23*, 93-106.
- Davey, S. & Phillips, J. (2013). A new challenge: The deaf-wannabe. *Clinical Otolaryngology, 38*, 109-110.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review, 33*, 846-861.
- De Block, A. & Adriaens, P.R. (2013). Pathologizing sexual deviance: A history. *Journal of Sex Research, 50*, 276-298.
- Dom, G. (2013). Psychiatrie en de media: bedenkingen bij de DSM-5-introductie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 55*, 467-469.
- Duschinsky, R., & Chachamu, N. (2013). Sexual dysfunction and paraphilias in the DSM-5: Pathology, heterogeneity and gender. *Feminism & Psychology, 23*, 49-55.
- Earls, C.M., & Lalumiere, M.L. (2009). A case study of preferential bestiality. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 605-609.
- Federoff, J.P., Di Gioacchino, & Murphy, L. (in druk). Problems with paraphilias in DSM-5. *Current Psychiatry Reports*.
- First, M.B. (2010). DSM-5 proposals for paraphilias: Suggestions for reducing false positives related to the use of behavioral manifestations. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 1239-1244.
- First, M. & Frances, A. (2008). Issues for DSM-V: Unintended consequences of small changes: The case of the paraphilias. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1240-1241.
- Frances, A. (2010). Editorial: The forensic risks of DSM-V and how to avoid them. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 38*, 11-14.
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal. Inside informatie over de epidemie van psychiatrische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijkse leven*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Frances, A., & First, M.B. (2011). Hebephilia is not a mental disorder in DSM-IV-TR-R and should not become one in DSM-5. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 39*, 78-85.
- Frances, A.J., & Nardo, J.M. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *British Journal of Psychiatry, 203*, 1-2.
- Franklin, K. (2010). Hebephilia: Quintessence of diagnostic pretextuality. *Behavioral Sciences and the Law, 28*, 751-768.
- Gijs, L. (2008). Paraphilia and paraphilia-related disorders: An introduction. In D.L. Rowland & L. Incrocci (Eds.), *Handbook of sexual and gender identity disorders* (pp. 491-528). London: Wiley.
- Gijs, L. (2012). Parafilieën. In I. Franken, P. Muris, & D. Denys (Red.), *Basisboek Psychopathologie* (pp. 575-592). Utrecht: De Tijdstroom.
- Gijs, L., Cohen-Kettenis, P., & Van der Schoot, P. (1994). Psychologische en biologische theorieën over parafilieën. *Tijdschrift voor Seksuologie, 18*, 3-32
- Good, P., & Burstein, J. (2012). Hebephilia and the construction of a fictitious diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Diseases, 200*, 492-494.
- Griffiths, M.D. (in druk). Eproctophilia in a young adult male. *Archives of Sexual Behavior*.
- Hilliard, R.B., & Spitzer, R.L. (2002). Change in criterion for paraphilias in DSM-IV-TR. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1249.
- Hyman, S. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 155-179.
- Knight, R.A. (2010). Is a diagnostic category for paraphilic coercive disorder defensible? *Archives of Sexual Behavior, 39*, 419-426.
- Krueger, R.B. (Ed.) (2011). Critical appraisals of the proposed DSM-5 paraphilia diagnoses. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 39*, 237-254.
- Krueger, R.B., & Kaplan, M.S. (2012). Paraphilic diagnoses in DSM-5. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 49*, 248-254.
- Malamuth, N.M., Huppin, M., & Paul, B. (2005). Sexual coercion. In D. M. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp.394-418). London: Wiley.
- Malon, A. (2012). Pedophilia: A diagnosis in search of a disorder. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 1083-1097.
- Marecek, J., & Gavey, N. (2013). DSM-5 and beyond: A critical feminist engagement with psychodiagnosis. *Feminism & Psychology, 23*, 3-9.
- Markon, K. E. (2013). Epistemological pluralism and scientific development: An argument against authoritative nosologies. *Journal of Personality Disorders, 27*, 554-579.
- Marmor, J. (1980). Epilogue: Homosexuality and the issue of mental illness. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior. A modern reappraisal* (pp. 391-401). New York: basic Books.
- Marshall, W.L. (1997). Pedophilia: Psychopathology and theory. In D.R. Laws & O'Donohue, W. (Eds), *Sexual deviance* (pp. 152- 174). New York: Guilford Press.
- McManus, M.A., Hargreaves, P., Rainbow, L., & Alison, L.J. (2013). Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. *F1000Prime Reports, 5*: 36.
- Meijer, I.H., & Frost, D.M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In, C.J. Patterson & A.R. D'Augelli(Eds), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp.252-266). Oxford: Oxford University Press.
- Moser, C.A. (2001). Paraphilia: A critique of a confused concept. In P.J. Kleinplatz (Ed.), *New directions in sex therapy. Innovations and alternatives* (pp. 91-108). London; Taylor & Frances.
- Moser, C.A. (2010). Problems with ascertainment. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 217-220.
- Moser, C.A. (2011). Yet another paraphilia definition fails. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 483-485.
- Plummer, K. (1975). *Sexual stigma: An interactionist account*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Potter, N.C. (2013). Philosophical issues in the paraphilias. *Current Opinion in Psychiatry, 26*, 586-592.
- Prentky, R., & Barbaree. H.E. (2011). Commentary: Hebephilia : A would be paraphilia caught in the Twilight zone between prepubescence and adulthood. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 39*: 506-510.
- Reid, R.C. (2013). Personal perspectives on hypersexual disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity, 20*, 4-18.
- Richters, J., De Visser, R.O., Rissel, C.E., Grulich, A.E., & Smith, M.A. (2008). Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "Sadomasochism", or dominance and submission: Data from a national survey. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 1660-1668.
- Rind, B., & Yuill, R. (2012). Hebephilia as a mental disorder? A historical, cross-cultural, sociological, cross-species, non-clinical empirical and evolutionary review. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 797-829.

- Robertson, C.A., & Knight, R.A. (in druk). Relating sexual sadism and psychopathy to one another, non-sexual violence, and sexual crime behaviors. *Aggressive Behavior*.
- Shindel, A.W. & Moser, C.A. (2011). Why are the paraphilias mental disorders? *Journal of Sexual Medicine*, 8, 927-929.
- Stern, P. (2010). Paraphilic coercive disorder in the DSM: The right diagnosis for the right reasons. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1443-1447.
- Szasz, T. (1972). *The myth of mental illness*. Frogmore, St. Albans, Herts AL2 2NF: Paladin.
- Van Zessen, G. (2013). Hyperseksualiteit en DSM-5. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 37, 167-171
- Weale, D. (2006). A compelling desire for deafness. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 369-372.
- Wakefield, J.C. (2010). Taking disorder seriously. A critique of psychiatric criteria for mental disorders from the harmful-dysfunction perspective. In T. Millon, R.F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology. Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp.275-300). New York: Guilford Press.
- Wakefield, J.C. (2011). DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: Tensions between diagnostic validity and forensic utility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 195-209.
- Wakefield, J.C. (2013). The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: Psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clinical Psychology Review*, 33, 825-845.
- Wismeijer, A.A.J., & van Assen, M.A.L.M. (2013). Psychological characteristics of BDSM practitioners. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 1943-1952.
- Zonona, H. (2011). Sexual disorders: New and expanded proposals for the DSM-5 – Do we need them? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39, 245-249.
- Zucker, K. J. (Ed.). (2010). Special section: Reports from the DSM-V Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 217-513.
- Zucker, K. J. (2013). DSM-5: Call for commentaries on Gender Dysphoria, Sexual Dysfunctions, and Paraphilic Disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 669-674.

Summary

Quo vadis with the paraphilias in DSM-5?

DSM-5 was published in May 2013. This psychiatric classification distinguishes between paraphilia and paraphilic disorders. The latter are classified in DSM-5 as a separate psychiatric group. After a short historic overview of the representations of paraphilias/paraphilic disorders in the DSM since the publication of DSM-I in 1952, the current classification in DSM-5 is described and analysed. First and foremost there is a great continuity in the classification of paraphilic disorders in the different editions of the DSM. Nevertheless, more than its predecessors, DSM-5 makes a distinction between a paraphilia and a paraphilic disorder. Although this clearer distinction is an improvement, many problems still plague the classification of paraphilic disorders in DSM-5. Fundamental problems are: the in- or exclusion of paraphilias (as a group) as psychiatric disorders per se; the in- or exclusion of specific sexual variation as a specific paraphilic disorder; a lack of reliability and validity of diagnostic criteria and specifiers. Clinical implications of the classification of paraphilic disorders in DSM-5 are outlined.

Keywords: paraphilia, paraphilic disorder, psychiatric classification, Diagnostic and Statistical Manual

Trefwoorden: parafilie, parafiele stoornis, psychiatrische classificatie, DSM