

## Redactioneel

### DSM-5: *food for thought*

Peter Leusink

Groene Hart ziekenhuis, Gouda

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is sinds 1952 een van oorsprong Amerikaans handboek dat een classificatie biedt van psychiatrische stoornissen. Het heeft tot doel eenduidigheid aan te brengen in de grote diversiteit aan begrippen en concepten van psychische aandoeningen waardoor internationaal klinici en onderzoekers op eenzelfde wijze deze begrippen en concepten kunnen benaderen. Dat dit nastrevenswaardig doel slechts langzaam en moeizaam vorm krijgt, bewijzen ook in Nederland de vele discussies pro en contra bij de introductie van de DSM-5 (Hoek, 2013; Kahn, 2013; Nieweg, 2013). Slechts zelden staat het doel zelf ter discussie, het is de wijze waarop de classificatie tot stand komt dat tot polemieken leidt. Wie heeft de macht binnen de voorbereidende commissies, wie bepaalt wie in deze commissies zitting hebben, hoe komt consensus tot stand, welke etiologische visies prevaleren, welke afkappunten worden afgesproken, is dit gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek of op meningen, hoe valide en betrouwbaar is de grondslag van het wetenschappelijk onderzoek, zijn psychische stoornissen überhaupt te operationaliseren, wat is een stoornis, is er beïnvloeding door de farmacie, welke religieuze of culturele invloeden spelen mee, etc.

Ondanks alle kritiek zijn er toch ook belangwekkende stappen gezet met de DSM-5. Met name is (1) getracht waar mogelijk over te gaan van een categoriale naar dimensionele benadering met de introductie van ernst-maten en de mogelijkheid nader te kunnen typeren door middel van specificaties, (2) afgestapt van het vijf-assensysteem (de Persoonlijkheidsstoornis is een onderscheiden stoornis), (3) afgestapt van de restgroep NAO (Niet Anderszins Omschreven) waardoor minder vaak vage diagnoses kunnen worden gesteld en (4) een start gemaakt met hoofdstukken (in Sectie III) waar *work in progress* zichtbaar wordt, voorstellen die om beter fundament vragen voordat ze tot de stoornissen in Sectie II worden toegelaten.

Ook ten aanzien van de in DSM-IV-TR beschreven Seksuele en Genderidentiteitsstoornissen hebben zich veranderingen voorgedaan. Er worden nu drie afzonderlijke seksuologische domeinen onderscheiden in Sectie II (Diagnostische criteria): de Seksuele disfunctie, de Genderdysforie en de Parafiele stoornis. Binnen het hoofdstuk Seksuele disfuncties vallen met name de wijzigingen in de groep vrouwen op: de stoornis verminderd verlangen en de opwindingsstoornis zijn samengevoegd en de concepten vaginisme en dyspareunie zijn samengevoegd. Bij de mannen is de stoornis dyspareunie verdwenen. Bij de Genderdysforie bestaan de veranderingen uit: de andere naamgeving, de herconceptualisering van het hoofdcriterium, een andere positionering ten opzichte van seksuele stoornissen en strengere kind-criteria. Tot slot is binnen de Parafilie een belangrijke wijziging dat er sprake is van een onderscheid tussen een parafilie en een parafiele stoornis. Verdwenen uit de DSM-5 is de Seksuele aversie en uiteindelijk niet toegelaten tot de DSM-5 is de stoornis Hyperseksualiteit (of Seksverslaving).

Deze opsomming heeft mogelijk bij u de nieuwsgierigheid gewekt: wat zijn dan precies die veranderingen, waarom en wat betekent dat? Dat alles is in dit themanummer te lezen waarbij vooraanstaande auteurs met expertise op hun terrein zijn benaderd om voor ons de details op een rij te zetten. Ze zijn daar wat mij betreft voortreffelijk in geslaagd. Verheugend is ook dat enkele auteurs dicht bij het DSM-vuur zaten door hun betrokkenheid bij de voorbereidende werkgroepen of door het aanleveren van commentaar, we kijken als het ware mee in de keuken van de DSM-5. De auteurs nemen u mee in de overwegingen die aan de wijzigingen ten grondslag lagen en betrekken u bij hun eigen gedachten. Ik nodig u allen uit te reageren, als onderzoeker, als docent of als hulpverlener. Wat betekenen deze veranderingen voor ons, zijn ze (on)zinnig, noodzakelijk of nuttig, en waarom? Wat vertellen deze wijzigingen ons hoe wij seksuologisch onderzoek doen, hoe wij onze patiënten behandelen? Wat vertellen ze ons hoe wij naar seksuele stoornissen kijken? Een zeer recent foutje in de tekst van het Handboek laat goed zien hoe subtiel zaken kunnen liggen en legt onmiddellijk vooronderstellingen bloot. De American Psychiatric Association liet op 31 oktober 2013 een erratum uitgaan waarbij

in de categorieën Seksueel sadismestoornis, Seksueel masochismestoornis en Pedofilieostoornis in sommige passages het woord *orientation* vervangen moest worden door *interest* (APA, 2013a). De suggestie zou namelijk kunnen worden gewekt dat deze categorieën als een vorm van seksuele oriëntatie werden gezien, terwijl nadrukkelijk was bedoeld dat hier sprake was van specifieke seksuele belangstelling met een parafiele stoornis tot gevolg. In haar nieuwsbericht hierover vond de APA het noodzakelijk te beklemtonen dat “*APA stands firmly behind efforts to criminally prosecute those who sexually abuse and exploit children and adolescents*” (APA, 2013b). Een argument dat wat mij betreft ook had gegolden als er wél sprake was geweest van een seksuele oriëntatie. Een hetero- of homoseksuele verkrachter gaat immers ook over de grens. Kennelijk bedoelt de APA dat elke parafiele stoornis per definitie forensische aspecten in zich heeft?

Subtiliteiten dienden zich ook aan bij de vertaling vanuit het Engels. Ik noem hier met name de nieuwe term Genitopelviene pijn/penetratiestoornis. Deze verdient geen schoonheidsprijs maar in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, die de vertaling van de DSM-5 op zich neemt, moesten we zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke term blijven. Een eigentijds Nederlands woord zou slechts nieuwe problemen met definiëring kunnen oproepen. De definitieve vertaling van de DSM-5 zal in het voorjaar van 2014 uitkomen, alle in dit tijdschrift genoemde vertalingen die daarvan verschillen komen dan te vervallen.

Tot slot nodig ik u uit dwars door alle categorieën heen na te denken hoe genderrollen ten grondslag liggen aan de verschillen in definiëring van met name de disfuncties en parafilieën bij mannen en vrouwen. Zolang mannen maar kunnen penetreren en kunnen ejaculeren “disfunctioneren” ze niet volgens de DSM-5; vrouwen daarentegen kunnen al “disfunctioneren” als ze geen seksuele belangstelling hebben én niet fantaseren over seks én geen initiatief nemen (Duschinsky & Chachamu, 2013). Mannen beleven kennelijk weinig en vrouwen doen het snel niet goed?

#### Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013a). Text corrections for DSM-5 (10/31/13). Opgehaald van [http://www.dsm5.org/Documents/Paraphilias\\_103113.pdf](http://www.dsm5.org/Documents/Paraphilias_103113.pdf)
- American Psychiatric Association. (2013a). APA Statement on DSM-5 Text Error. Pedophilic disorder text error to be corrected. Opgehaald van <http://www.dsm5.org/Documents/13-67-DSM-Correction-103113.pdf>
- Duschinsky, R., & Chachamu, N. (2013). Sexual dysfunction and paraphilias in the DSM-5: Pathology, heterogeneity, and gender. *Feminism & Psychology, 23*, 49–55.
- Hoek, H.W. (2013). Worden we beter van de DSM-5? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 157*:A6602
- Kahn, R. (2013). DSM. *Medisch Contact, 68*, 1140.
- Nieweg, E. (2013). DSM: een zoektocht naar fantomen. *Medisch Contact, 68*, 1052-1055.