

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitieve gedragstherapie bij seksuele disfuncties van vrouwen en mannen: een overzicht

Jacques van Lankveld¹, Stephanie Both² en Moniek ter Kuile³

SAMENVATTING

In dit artikel beschrijven we de stand van zaken op het gebied van de behandeling van vrouwelijke en mannelijke seksuele disfuncties met behulp van interventies uit de cognitieve gedragstherapie. De ontwikkeling in de theorievorming wordt besproken, waarbij specifieke leerprocessen als habituatie, klassieke en operante conditionering besproken worden. Ook worden cognitieve determinanten van seksueel gedrag en seksuele opwindning behandeld, in het bijzonder de relatie tussen angst en negatieve stemming en seksuele opwinding, prestatiedruk, en de effecten van aandachtsafleiding en zelfgerichte aandacht. Vervolgens beschrijven we gedragstherapeutische en cognitieve interventies en aandachtspunten bij de assessment ter voorbereiding daarop. De seksuele disfuncties bij vrouwen en mannen worden afzonderlijk besproken, waarbij we beschikbare wetenschappelijke evidentie weergeven en bij sommige disfuncties constateren dat deze nog grotendeels ontbreekt. We besluiten met de vaststelling dat in de afgelopen decennia meer bekend is geworden over psychologische en biologische determinanten van de diverse disfuncties. Er zijn verschillende vormen van CGT ontwikkeld, waarvan de werkzaamheid bij bepaalde typen disfuncties (erectiestoornis, vrouwelijke orgasmestoornis) in gecontroleerd onderzoek meermalen werd aangetoond.

1 Prof. dr. van Lankveld, Ph.D, Open Universiteit, Postbus 2960, 6401 DL Heerlen

*2 Dr. S. Both, Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie
Leids Universitair Medisch Centrum Postbus 9600, 2300 RC Leiden S.Both@lumc.nl*

*3 Dr. M.M. ter Kuile, Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie,
Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 9600, 2300 RC Leiden
M.M.ter_Kuile@lumc.nl*

*Correspondentie: Jacques van Lankveld, Ph.D, Open Universiteit, Postbus 2960, 6401 DL Heerlen,
E-mail: Jacques.vanLankveld@ou.nl*

INLEIDING

In de jaren '50 en '60 van de 20^e eeuw waarin de gedragstherapie tot bloei kwam werden ook de eerste beschrijvingen van gedragstherapie bij seksuele functieproblemen gepubliceerd ('systematische desensitisatie', zie Lazarus, 1963; Rachman, 1959; Wolpe, 1973; 'sensate focustherapie', zie Masters & Johnson, 1970). Tot dan toe werden problemen met het seksuele functioneren gezien als manifestaties van 'onderliggende' psychische problemen en behandeld met inzichtgevende psychotherapie. Het is onbekend of deze aanpak tot bevredigende resultaten leidde. Er is geen effectonderzoek van inzichtgevende therapie bij seksuele disfuncties.

De introductie van cognitieve interventies vanaf de jaren '70 verliep gelijktijdig met de cognitieve revolutie op andere terreinen van de psychotherapie. Vanaf de jaren '80 van de vorige eeuw vinden we beschrijvingen van cognitieve interventies bij seksuele disfuncties (zie McCarthy, 1989) en van effectiviteitonderzoek (Everaerd & Dekker, 1985; Munjack et al., 1984). In de laatste decennia zijn er aanzienlijke verschuivingen geweest in de conceptualisatie van seksuele disfuncties, in de methodische aanpak van sommige disfuncties (o.a. vaginisme), en in de combinatie van gedragstherapie en medicamenteuze behandelingen (erectiestoornis en vroegtijdige zaadlozing). In dit artikel geven we een beknopt overzicht van de ontwikkeling in het denken over de etiologie en de cognitief-gedragstherapeutische behandeling van seksuele disfuncties bij vrouwen en mannen.

THEORIEVORMING

Het hedendaagse wetenschappelijk onderzoek naar de determinanten van seksueel (dis)functioneren sluit sterk aan bij de theorievorming over emotie en cognitie (Everaerd, 1988). Seksuele opwinding wordt, evenals andere emoties, gekenmerkt door het opereren van drie samenhangende responsystemen *gedrag, psychofysiologische reactiviteit en informatieverwerkingsprocessen (cognitie)*. Deze responsystemen zijn slechts 'losjes gekoppeld' (Dekker & Everaerd, 1989). Allereerst worden de relaties tussen de seksuele respons en omgevingsvariabelen vanuit het leertheoretisch model besproken. Achtereenvolgens komen habituatie, klassieke conditionering en operante conditionering van de seksuele respons aan bod. Vervolgens wordt de stand van zaken op het gebied van de cognitieve sturing van de seksuele respons samengevat. Ten slotte wordt een model voor seksuele disfuncties besproken, waarin de huidige stand van kennis is opgenomen en waarop de cognitief-gedragstherapeutische behandeling van deze stoornissen kan worden gebaseerd.

LEERPROCESSEN EN DE SEKSUELE RESPONS

Historische situering

Masters en Johnson introduceerden in 1970 hun behandelprogramma voor seksuele disfuncties, waaraan gerefereerd wordt als 'seks therapie' of 'sensate focus therapie'. Zij definieerden seks therapie als 'een proces van voorlichting van het echtpaar en van het tegelijkertijd wegnemen van misvattingen, verkeerde ideeën en taboes. (...) bedoeld om het seksueel disfunctionele individu uit te nodigen en aan te moedigen om terug te keren tot de fundamentele fysiologische processen van de natuurlijke seksuele respons' (Masters & Johnson, 1970, p. 390). Gedragstherapeuten hebben benadrukt dat het 'counterconditioning' element in deze behandelvorm een cruciaal element is, dat wel eens belangrijker kon zijn dan, bijvoorbeeld, de educatieve en communicatieve onderdelen. De veronderstelling dat aangeleerde angst ('faalangst') de belangrijkste belemmering is voor het ontplooiën van de genitale respons (zie bijv. Everaerd & Dekker, 1985; Sarwer & Durlak, 1997) heeft sterk bijgedragen aan het tot stand komen van deze opvatting. Deze veronderstelling bleek echter in vergelijkend onderzoek niet ondersteund te worden. In meerdere vergelijkende studies bij patiënten met seksuele stoornissen (Everaerd & Dekker, 1985; Kockott, Dittmar & Nusselt, 1975; Mathews et al., 1976) vond men een even goed of slechter resultaat van systematische desensitisatie (waarin 'counterconditioning' expliciet wordt gericht op de aangeleerde angst) vergeleken met Masters & Johnson therapie.

De aanvankelijk goede resultaten van de 'sensate focus' therapie en van systematische desensitisatie zijn wel opgevat als ondersteuning voor het leerpsychologische model van seksuele disfuncties (Asirdas & Beech, 1975). Het feit dat de vermindering van een seksueel probleem via een leerproces kan worden bereikt, is echter nog geen bewijs dat het probleem ook via een soortgelijk proces is aangeleerd. Ook toont dit niet met zekerheid aan dat in het seksuele functioneren van gezonde individuen conditionering en andere leerprocessen een rol spelen. We bespreken hierna in kort bestek wat bekend is van de rol van leerprocessen in het seksuele functioneren

SPECIFIEKE LEERPROCESSEN

Habituatie

Habituatie – een afname van de respons bij herhaalde aanbieding van de stimulus – is herhaaldelijk aangetoond bij mannen. Prikkel met een lage-re (zoals een dia van een blote vrouw) en hogere erotische prikkelwaarde (zoals expliciete seksuele interactie) geven een even sterk habituatie-effect (O'Donohue & Geer, 1985). O'Donohue en Plaud (1991) lieten zien dat habituatie niet alleen binnen de sessies plaatsvond maar ook werd overgedragen naar volgende sessies in het laboratorium. Er zijn enkele laboratoriumstudies

bekend die wel (Meuwissen & Over, 1990) en geen (Laan & Everaerd, 1995) habituatie van vrouwelijke seksuele opwinding lieten zien. Onderzoek waarin mannelijke en vrouwelijke proefpersonen voorafgaand aan de habituatie trials geïnstrueerd werden om hun aandacht volledig te blijven richten op de erotische filmstimulus en zich zoveel mogelijk in te leven laten habituatie van seksuele opwinding zien, waarbij de mate van habituatie echter varieert met de mate waarin men zich emotioneel geabsorbeerd bleef voelen (Both, Laan & Everaerd, 2011; Koukounas & Over, 2001).

Klassieke conditionering

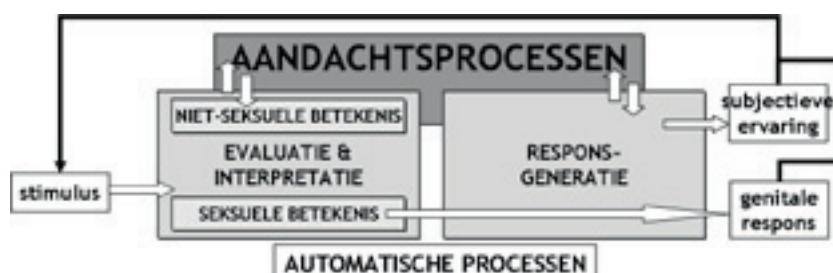
Deze vorm van leren is onderzocht vanwege het verklaringsmodel dat hiermee geboden zou kunnen worden voor het ontstaan en in stand houden van parafiele seksuele opwinding. Klassieke conditionering van de mannelijke genitale seksuele respons is meerdere malen aangetoond in laboratoriumstudies (Langevin & Martin, 1975; Rachman & Hodgson, 1968). Het leereffect verdween weer tijdens 'uitdovingstrials' waarin de cs alleen werd aangeboden. Latere studies vonden ook een geconditioneerde genitale respons op neutrale en erotische plaatjes nadat deze werden gekoppeld aan erotische filmfragmenten (Lalumiere & Quinsey, 1998), of plaatjes van blote vrouwen (Letourneau & O'Donohue, 1997). Bij vrouwen is klassieke conditionering van de seksuele opwindingsrespons minder vaak onderzocht. In de eerste gecontroleerde studie met betrekking tot vrouwelijke opwinding (Letourneau & O'Donohue, 1997) werd geen bewijs gevonden voor conditionering. Echter, in recente studies van Both et al. (2008, 2011), waarin gebruik werd gemaakt van een differentieel conditioneringparadigma, werd na gekoppelde aanbieding van een neutraal plaatje (cs) en een tactiele erotische us (clitorale vibratie) een toename in vaginale doorbloeding in reactie op de cs gevonden.

Operante conditionering

Een van de meest voor de hand liggende vormen van differentieel leren door bekrachtiging in dit domein betreft het 'orgastisch conditioneren'. Het orgasmische gevoel heeft voor veel mensen een bijzonder bekrachtigend karakter. Dit zou het eraan voorafgaande seksueel stimulerende gedrag sterk moeten bekrachtigen evenals het gevoel van opwinding en de genitale respons. In enkele experimentele studies bleek de genitale respons op een seksuele stimulus versterkt te worden door de proefpersonen direct daarna te laten masturberen tot een orgasme (Reynolds, 1980; Shaefer & Colgan, 1977). Operante conditionering is tot nu toe niet rechtstreeks onderzocht bij de vrouwelijke genitale respons. De beschikbare studies geven een eerste indicatie voor de operante conditioneerbaarheid van seksuele opwinding bij mannen.

COGNITIEVE PROCESSEN EN DE SEKSUELE RESPONS

Een veel gebruikt model in de cognitieve literatuur over seksuele opwinding is het informatieverwerkingsmodel van Janssen en collega's (2000). In dit model (zie Figuur 1) worden twee paden voor informatieverwerking onderscheiden. Het eerste pad betreft vooral automatische en onbewuste processen, en het tweede pad betreft aandacht en regulatie. De activering van genitale seksuele opwinding (via het automatische pad) verloopt grotendeels onbewust en snel, terwijl de bewuste betekenisverlening aan de ervaring (via het bewuste pad) verhoudingsgewijs traag verloopt. De genitale reacties en de bewuste subjectieve ervaring hoeven niet met elkaar in overeenstemming te zijn. Bij mannen wordt over het algemeen een behoorlijke samenhang gevonden tussen de genitale respons en gevoelens van seksuele opwinding (gemiddelde effectgrootte: $r = .66$), terwijl deze samenhang bij vrouwen zwak is (gemiddeld: $r = .26$; voor een overzicht zie Chivers, Seto, Lalumière, Laan & Grimbo, 2010). Over het algemeen is de samenhang sterker tijdens hogere niveaus van seksuele opwinding. Volgens het informatieverwerkingsmodel kunnen cognitieve processen, zoals aandachtsafleiding of zorgelijke negatieve gedachten, de genitale en subjectieve seksuele opwinding remmen. Zo vonden Nobre en Pinto-Gouveia (2009) dat individuen met seksuele disfuncties ten opzichte van gezonde personen meer negatieve schema's met betrekking tot persoonlijke competentie activeren ('ik ben een mislukking', 'ik ben incompetent') wanneer zij worden blootgesteld aan niet-succesvolle seksuele situaties. De volgende paragrafen presenteren een beknopt overzicht van de beschikbare kennis uit experimentele studies naar de relaties tussen cognitieve processen en seksuele opwinding. Over de relatie met seksueel verlangen is minder bekend.



Figuur 1. Informatieverwerkingsmodel van seksueel functioneren (bewerkt naar Janssen et al., 2000)

Relatie tussen angst en seksuele opwinding

Bij seksueel probleemloos functionerende mannen (Barlow, Sakheim & Beck, 1983; Wolchik et al., 1980) en vrouwen (Hoon, Wincze & Hoon, 1977) blijkt angst, meestal opgewekt door te dreigen met het geven van een (milde) elektrische schok, geen aanleiding te geven tot geremde seksuele opwinding, maar juist

tot sterkere genitale reacties. Dit suggereert dat seksuele opwinding sterker kan zijn door een voorafgaande of gelijktijdige 'priming' die angst oproept. Er is echter ook evidentie voor een remmend effect van angst op seksuele opwinding (Beggs, Calhoun & Wolchik, 1987). Angst opgewekt door dreiging met een pijn prikkel tijdens het kijken naar erotische videofragmenten resulteert zowel bij vrouwen zonder seksuele klachten als bij vrouwen met dyspareunie tot minder sterke genitale en subjectieve seksuele opwinding (Brauer, ter Kuile, Janssen, & Laan, 2007). Angst is kennelijk in staat seksuele opwinding te remmen, maar niet zonder meer.

Effect van afleiding

Het verliezen van aandacht voor de lustvolle aspecten van een seksuele situatie kan leiden tot vermindering van seksuele opwinding (Geer & Fuhr, 1976; Salemink & Van Lankveld, 2006; Van Lankveld & Van den Hout, 2004), hoewel ook paradoxale effecten bij mannen met erectieproblemen zijn gevonden (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck & Athanasiou, 1985). Samengevat laten deze studies zien dat bij mannen en vrouwen zonder seksuele problemen afleiding een negatief effect heeft op de genitale respons, over mogelijke tegengestelde effecten bij mensen met seksuele klachten kunnen nog geen definitieve uitspraken worden gedaan.

Effect van waarneming van eigen genitale opwinding, feedback en 'performance demand'

Worden seksuele reacties versterkt door het waarnemen daarvan? Masters en Johnson (1970) beschouwden 'toeschouwers gedrag' als een belangrijke factor in seksueel disfunctioneren ('...voelt de impotente man zich een toeschouwer bij zijn eigen seksuele inbreng. Mentaal observeert hij de respons (of het ontbreken ervan) van hem en zijn partner op seksuele stimulatie. Zal er een erectie komen?', p. 80). Sakheim, Barlow, Beck en Abrahamson (1984) vonden bij gezonde mannelijke vrijwilligers dat het observeren van de eigen genitale respons een faciliterend effect had wanneer zij reageerden op een sterke erotische stimulus, maar een tegengesteld effect in het geval van een zwakke stimulus. Mogelijk ligt onder deze bevindingen een curvilineair verband tussen zelfgerichte aandacht en seksuele opwinding (Meston, 2006; Van Lankveld & Bergh, 2008; Van Lankveld, Van den Hout & Schouten, 2004).

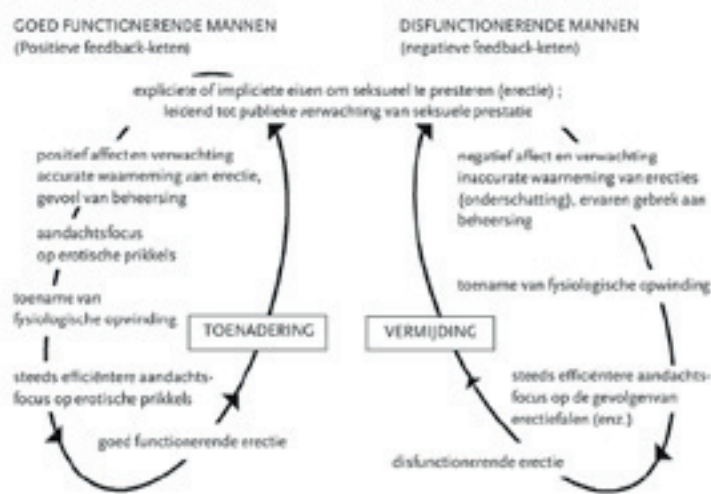
'Performance demand' kan ontstaan door een appèl dat tijdens seksueel contact uitgaat van de partner, omdat deze rechtstreeks aangeeft bepaalde verwachtingen te hebben, of omdat persoon zelf een dergelijke wens aan de partner toeschrijft. Mannen met erectieproblemen reageren met minder opwinding wanneer ze te maken hebben met een opgewonden partner, mogelijk omdat hen dit aanzet tot 'performance demand' cognities (Beck, Barlow & Sakheim, 1983). Laan, Everaerd, Van Aanhoud en Rebel (1993) vroegen gezonde vrouwen om tijdens seksueel fantaseren en het kijken naar erotische

video binnen twee minuten zo opgewonden mogelijk te raken. Er werd vooral in de fantasieconditie een verhogend effect gevonden op genitale en subjectieve seksuele opwinding.

Het effect van stemming en seksuele schemata op seksuele opwinding

Naast de effecten van angst zijn ook andere stemmingseffecten op seksuele opwinding onderzocht. Bij mannen zijn negatieve effecten geobserveerd van een sombere stemming op de genitale en subjectieve seksuele opwinding. Sombere stemming werd in deze studies geïnduceerd door films, muziek, of negatieve statements (*de Velten Mood Inductie*). Bij vrouwen is eveneens een negatief effect van sombere stemming op subjectieve seksuele opwinding gevonden (Ter Kuile, Both, & Van Uden, 2010), ook wanneer dit gebeurde door activering van negatieve seksuele schema's (Middleton, Kuffel & Heiman, 2008). Opwekking van boosheid bleek bij vrouwen en mannen tot verminderde subjectieve seksuele opwinding en verlangen te leiden (Beck & Bozman, 1995).

EEN COGNITIEF MODEL VAN SEKSUEEL FUNCTIONEREN EN DIS-FUNCTIONEREN



Figuur 2. Cognitief model van seksueel functioneren (bewerkt naar Barlow, 1986)

In het cognitieve model (Barlow, 1986) (Figuur 2) zijn de hierboven besproken cognitieve processen die de seksuele respons kunnen beïnvloeden verwerkt. Het model veronderstelt verschillende, circulair verlopende processen bij mannen met en zonder erectiestoornis. Bij mannen zonder erectiestoornis

heeft dit proces het karakter van een positieve feedbacklus. Teruggekoppelde informatie over het eigen responderen versterkt de ontplooiing van de opwindingsrespons. Bij mannen met erectiele disfunctie heeft de verwerking van teruggekoppelde informatie over het eigen functioneren een remmend effect. Een situatie waaraan ze prestatieverwachtingen toeschrijven, ontlokt negatieve affectieve reacties. Er ontstaan angstig gekleurde cognities over het niet krijgen of houden van de erectie. Interoceptieve sensaties van genitale en andere autonome opwinding, worden eerder geïnterpreteerd als teken van angst en spanning dan van seksuele opwinding. De aandacht wordt gefocust op gevolgen van het falen, waardoor de ontplooiing van seksuele opwinding verder wordt tegengegaan. Het ontbreken of verdwijnen van de erectie fungeert tenslotte als aversieve consequentie, die vermindering negatief kan bekrachtigen.

Spano en Lamont (1975) suggereerden eveneens een circulair proces van in stand houdende factoren van dyspareunie bij vrouwen waarin cognities een essentiële rol spelen. Het waarnemen c.q. interpreteren van een situatie zoals coïtus, waarin eerder ervaringen met pijn zijn opgedaan, ontlokt angst en onwillekeurige spierspanning (vaginistische reactie). Ook blokkeert dan de seksuele opwinding c.q. de genitale respons die gepaard gaat met lubricatie van de vagina. Figuur 3 toont de elementen in de vicieuze cirkel van angst, opwindingsstoornis, onwillekeurige spiersamentrekking en seksuele pijn.



Figuur 3. Het circulaire model van seksuele pijnstoornis (bewerkt naar Spano & Lamont, 1975)

Het onderzoek naar leerpsychologische en cognitieve determinanten van verschillende aspecten van het seksuele functioneren is de afgelopen decennia met enthousiasme ter hand genomen. De zo verkregen nieuwe inzichten zijn echter niet één op één vertaald naar de klinische praktijk van de cognitieve gedragstherapie bij seksuele disfuncties (Binik & Meana, 2009). Hieronder bespreken we de CGT bij seksuele disfuncties van vrouwen en mannen.

BEHANDELING

We onderscheiden behandelingen vanuit het conditioneringsmodel, zoals systematische desensitisatie en exposure in vivo, en vanuit het cognitieve model. De verschillende interventies kunnen in individuele therapie, partnerrelatietherapie of groepstherapie worden geïmplementeerd. Hieronder worden deze benaderingen beschreven in algemene zin. Bij de bespreking van de verschillende typen vrouwelijke en mannelijke seksuele disfuncties worden telkens de specifieke aspecten behandeld.

Gedragstherapie

Binnen de gedragstherapeutische benadering ligt het accent op het opdoen van positieve ervaringen, angstreductie en het opheffen van de vermijding van seksuele situaties. Seks therapie volgens het programma van Masters en Johnson (1970) begint met educatie over seksualiteit. Met een 'coitusverbod' wordt de vicieuze cirkel van vermijding en angst doorbroken. Hoewel het therapeutisch effect hiervan in de behandeling van erectiestoornis niet werd aangetoond (Takefman & Brender, 1984), is het voor veel paren een opluchting dat men tijdelijk is gevrijwaard van dit aspect van seksueel contact dat tot dan toe de sterkste negatieve emoties oproep.

Het paar begint daarna met lichaamsgerichte ('sensate focus') oefeningen. Via een hiërarchisch gestructureerd oefenprogramma worden verschillende elementen van het seksuele contact (aanraken, genitaal aanraken, manueel opwinding stimuleren, penetratie, orgasme) opnieuw geïntroduceerd. Door de stapsgewijze blootstelling aan seksuele handelingen krijgt de angst kans om uit te doven en worden bekrachtigende ervaringen opgedaan. Ook worden nieuwe manieren van seksuele prikkeling aangeleerd en leren de partners met elkaar communiceren over hun seksuele beleving. Ondanks modificaties van het oorspronkelijke programma zijn essentiële kenmerken van deze 'sensate focus seks therapie' gelijk gebleven tot op de dag van vandaag: 1. De oefeningen worden door beide partners samen gedaan, ook al heeft slechts één van hen een seksueel probleem; 2. De voortgang in de therapie volgt een hiërarchie van seksuele handelingen en situaties. De hiërarchie wordt met de patiënt samen opgesteld. In de praktijk gaat het vaak om een standaardlijst van stappen. De eerste stap is de niet-genitale streel oefening. De partners krijgen de opdracht elkaar om beurten bloot aan te raken en te strelen. Men heeft

als taak het de ander zo aangenaam mogelijk te maken. De ander hoeft slechts te letten op de lichamelijke sensaties die ontstaan. Geslachtsdelen mogen niet worden aangeraakt; (seksuele) opwinding is niet het doel. In deze oefening oefenen de partners met interventie-elementen, die in latere stappen terugkeren. Het betreft de afbakening in de tijd, de praktische aspecten van de oefensituatie (wanneer, waar, onder welke materiële condities), het onderhandelen over deze aspecten van de oefensituatie, het om beurten actief (strelen en stimuleren) en passief zijn, het observeren van eigen lichaamssensaties, het omgaan met mislukking, en kritiek. Andere vaak in de hiërarchie opgenomen stappen zijn de genitale streeloefeningen, eerst zonder en later mét opwindingsopdracht. In de latere behandel fase worden specifieke oefeningen voorgeschreven die verder bij de verschillende disfuncties aan de orde komen. Vaak is penetratie de afsluitende stap in het programma. In dit programma zijn zowel respondente als operante kenmerken te vinden.

Cognitieve therapie

De cognitieve benadering van seksuele disfuncties richt zich op het veranderen van informatieverwerkingsprocessen (Bögels & Van Oppen, 2011). Doelen zijn zowel 'talige' processen van waarnemen, interpreteren en evalueren van het eigen seksuele functioneren als imaginaire elementen, zoals seksuele fantasie. Zowel interventies volgens het model van Beck als van Ellis zijn in de literatuur beschreven bij behandeling van seksuele stoornissen (Van Lankveld & Broomans, 2011).

Moeilijke situaties op het gebied van initiatief nemen tot intiem of seksueel contact worden in de verwervingsfase van cognitieve therapie bewerkt. Disfunctionele cognities worden in deze fase geïdentificeerd en vervangen door meer helpende, nog voordat de cliënt met het toepassen ervan oefent in de praktijk. Zoals in veel cognitieve therapieën maakt exposure deel uit van de behandeling. Na cognitieve herstructurering en in vitro imaginatie rondom een thema stimuleert de therapeut dat de patiënt de nieuw verworven cognities bij wijze van copingstrategie toepast in de thuissituatie. Vaak wordt aan de cognitieve aanpak een stapsgewijs programma met sensate-focusoefeningen toegevoegd. De moeilijkheden die patiënten tijdens de streeloefeningen tegenkomen worden vaak gaandeweg de thema's die men inbrengt in de cognitieve herstructurering.

Seksuele fantasietraining (SFT) wordt specifiek toegepast bij seksuele opwindingsstoornissen (Smith & Over, 1990). De training wordt in twee sessies uitgevoerd. Vooraf door de patiënt op erotische waarde gerangschikte seksuele fantasieën worden auditief aangeboden. Een stem beschrijft gedurende één minuut zowel stimulus- als responskenmerken van deze fantasiesituaties. Daarna stelt de patiënt zich de beschreven situatie plus de eigen respons daarop gedurende één minuut voor. Vervolgens beschrijft de patiënt verbaal twee minuten lang de verschillende aspecten van zijn eigen imaginatie. Na afloop

van elke trainingssessie leest de patiënt thuis de getrainde fantasiebeschrijvingen en stelt zich deze scènes gedurende een minuut voor. Daarna zet hij details van de beleefde fantasie op papier.

INTAKE EN DIAGNOSTIEK

In de intakefase wordt nagegaan of het gepresenteerde probleem direct in aanmerking komt voor een op het seksuele functioneren gerichte aanpak, of dat dit pas geïndiceerd is wanneer andere psychische, relationele of somatische stoornissen adequaat behandeld zijn (zie box 1; Van Lunsen & Van Moorst, 2010). Overigens is voor deze besliskundige regels slechts beperkte empirische onderbouwing. Zo vonden Sarwer en Durlak (1997) geen ondersteuning voor de veronderstelling dat sekstherapie minder effectief is bij mensen met PTSD na seksueel trauma.

Box 1

Exclusiecriteria:

- 1 Ernstige psychopathologie; zoals psychose, posttraumatische stressstoornis, actuele depressie, eetstoornis, obsessief-compulsieve stoornis.
- 2 Verslavingsproblematiek; overmatig alcohol- en drugsgebruik.
- 3 Medicijngebruik, waarvan seksuele bijwerkingen sterk dominant zijn: bijv. psychofarmaca.
- 4 Chronische ziekte, zoals nierinsufficiëntie waarvoor gedialyseerd wordt, multiple sclerose, diabetes mellitus die medicamenteus (nog) niet goed onder controle is.
- 5 Ernstige relatieproblemen, die niet uitsluitend secundair aan de seksuele problemen zijn.

Behalve het seksuele probleem worden in deze fase ook andere probleemgebieden geïnventariseerd, zowel actueel als in een historisch overzicht. In het eerste gesprek staat de seksuele anamnese centraal. De fysiologische, cognitieve en gedragsmatige aspecten van de klacht worden belicht, zowel van de patiënt als de partner. Bij de patiënt komen ook situationele aspecten aan bod. Zijn er gelegenheden of situaties waarin de klacht niet optreedt? Of (aanvullend) lichamelijk onderzoek nodig is kan worden beoordeeld aan de hand van anamnestiche informatie. Aanwezige biologische factoren kunnen zo worden uitgesloten of adequaat behandeld. Dat wil niet zeggen dat bij het vinden van afwijkingen uitsluitend medisch ingegrepen moet worden en verder afgezien van psychologische behandeling (Van Lunsen & Van Moorst, 2010). Voor een overzicht van de medische, psychologische en combinatiebehandelingen van seksuele disfuncties zie (Van Lankveld, Leusink, & Ter Kuile, 2010). De mogelijkheden voor psychofysiologische genitale metingen van de opwind-

baarheid zijn slechts in sommige ziekenhuizen en academische onderzoekscentra beschikbaar, en worden nauwelijks voor klinische doeleinden gebruikt.

In aanvulling op de anamnese kan gebruikt worden gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten, zoals hieronder worden beschreven. Naast de meer algemene screeningslijsten voor psychopathologie, en relationele problematiek kan er gebruik worden gemaakt van specifieke seksuologische vragenlijsten. Gestandaardiseerde vragenlijsten voor het diagnosticeren van seksuele disfuncties zijn er echter nog weinig. De genderspecifieke fysiologie, anatomie, en beleving van seksualiteit noodzaakt tot verschillende formuleringen van items voor mannen en vrouwen, waardoor de meeste vragenlijsten genderspecifiek zijn. Verder belichten deze lijsten wisselende aspecten van het seksueel functioneren: seksueel gedrag, fysiologisch functioneren en subjectief functioneren. Bij de taxatie van de ernst van de problematiek gaat het vaak om een discrepantie tussen het feitelijk seksueel functioneren en beleven enerzijds en het normatieve beeld van seksueel functioneren van de persoon anderzijds.

De *Vragenlijst voor het signaleren van Seksuele Disfuncties (VSD; Vroege, 2003)* inventariseert zowel de frequentie van het voorkomen van seksuele problemen als ook de mate van ervaren last. Van deze vragenlijst bestaan aparte versies voor mannen en vrouwen met een mannelijke partner, met een vrouwelijke partner en zonder partner (Vroege, 2003).

De meest voorkomende seksuele klachten van heteroseksuele personen met een vaste partner kunnen gemeten worden met de *De Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)* Van de Nederlandse GRISS bestaan mannelijke en vrouwelijke versies, elk bestaande uit 28 items (Ter Kuile, Van Lankveld, Kalkhoven & Van Egmond, 1999).

Beoordeling van het seksueel functioneren bij vrouwen kan gemeten worden met de *Female Sexual Function Index (FSFI; Ter Kuile, Brauer & Laan, 2006)*. De lijst bestaat uit 19 items die de mate van seksueel verlangen, opwinding, lubricatie, orgasme, tevredenheid en genitale pijn in kaart brengen. De totaalscore geeft een indicatie van het seksueel functioneren.

Beoordeling van de mate van persoonlijk ervaren hinder betreffende seksueel functioneren bij vrouwen kan gemeten worden met de *Female Sexual Distress Scale (FSDS; Ter Kuile, et al., 2006)*.

Beoordeling van seksueel functioneren bij mannen kan gemeten worden met de *International Index of Erectile Functions (IIEF; Rosen et al., 1997)*. De lijst bestaat uit 15 items die de mate van seksueel verlangen, erectiel functioneren, orgasme, tevredenheid met gemeenschap en seksueel functioneren in het algemeen in kaart brengen.

De *Sexual Self-Consciousness Scale (SSCS)* bestaat uit 12 items en meet geneigdheid tot zelfbewustzijn en schaamte tijdens seks (Van Lankveld, Geijen

& Sykora, 2008). De SSCS bestaat uit twee subschalen, de *seksuele zelffocus* schaal en de *seksuele schaamte* schaal.

Cognities ten aanzien van penetratie kunnen worden gemeten met de *Vaginal Penetration Cognition Questionnaire* (VPCQ; Klaassen & Ter Kuile, 2009). De VPCQ bestaat uit 40-items met betrekking tot vaginale penetratie: ervaren controle cognities, catastrofale cognities en pijn, negatief zelfbeeld, positieve cognities en genitale incompatibiliteit cognities. De meeste van deze vragenlijsten zijn te vinden op de website www.seksueledisfuncties.nl.

SEKSUELE DISFUNCTIES BIJ VROUWEN

In de classificatie volgens DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) worden de aard (criterium A) en de ernst (criterium B) van seksuele disfuncties onderscheiden. Voor vrouwen kent DSM-IV-TR de volgende seksuele disfuncties: seksuele stoornis met verminderd seksueel verlangen, seksuele aversie-stoornis, seksuele opwindingsstoornis, orgasmestoornis en de seksuele pijnstoornissen (dyspareunie en vaginisme).

Stoornis in seksueel verlangen of opwindingsstoornis

Een stoornis met verminderd seksueel verlangen wordt gekenmerkt door een aanhoudend of recidiverend gebrek aan (of ontbreken van) seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit (Both, Laan & Weijmar Schultz, 2010). De stoornis in seksuele opwindbaarheid bij vrouwen wordt gekenmerkt door een aanhoudend of recidiverend onvermogen om de adequate lubricatie/zwellingrespons van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit. De DSM-IV-TR classificatie van seksueel disfuncties is nog gebaseerd op het lineaire model van de seksuele respons, waarin de fase van seksueel verlangen voorafgaat aan de fasen van seksuele opwinding, orgasme en herstel (Kaplan, 1979; Masters & Johnson, 1966). De meer recente visies benadrukken dat seksueel motivatie voortkomt uit het verwerken van stimuli met een seksuele betekenis, wat zowel leidt tot seksuele opwinding als gevoelens van zin (Basson, 2000; Both, et al., 2010; Janssen, 2011; Janssen, et al., 2000). In deze visies wordt verondersteld dat zin niet voorafgaat aan opwinding, maar een gevolg is van of samengaat met opwinding. Voor de DSM 5 is het voorstel dan ook om het onderscheid tussen beide stoornissen te laten vervallen en wordt verminderde genitale lubricatie/zwellingrespons een van de mogelijke kenmerken van de nieuwe stoornis in seksuele verlangen/opwinding (Brotto, 2010; Graham, 2010).

Seksuele activiteit is niet altijd het gevolg van een proces waarin seksuele opwinding en lustgevoelens een rol spelen. Vrouwen en mannen rapporteren een grote verscheidenheid aan redenen en veel van deze motieven zijn niet seksueel van aard, zoals tonen van affectie, behoefte aan intimiteit, verdrijven van verveling (Meston & Buss, 2007). Basson (2000) benadrukt dat vooral in

langere relaties vrouwen zich vanuit een behoefte van intimiteit openstellen voor seksuele prikkels, waardoor vervolgens opwinding en zin in seks ontstaan. De belonende waarde van de seksuele interactie bepaalt vervolgens in hoeverre de vrouw in de toekomst ontvankelijk is voor seksueel prikkels.

Er is overeenstemming dat een minimaal niveau van testosteron (τ) en oestrogeen in het lichaam beschikbaar dient te zijn om een normale genitale seksuele respons mogelijk te maken (voor een overzicht, zie Bancroft & Graham, 2011). Problemen met opwinding en zin ontstaan bij de vrouw bij een sterk verlaagd τ -niveau bijvoorbeeld na bilaterale ovariëctomie (Wierman et al., 2010). Dit wordt alleen op basis van de ziektegeschiedenis verondersteld, meting van τ bij de – ook normaal al – lage τ -niveaus bij vrouwen is notoir onbetrouwbaar (Wierman et al., 2010, p. 562). Afname van de oestradiolspiegel in de menopauze kan klachten als opvliegers, slaapstoornissen, stemmingswisselingen, vaginale atrofie, en vaginale droogheid veroorzaken. Deze symptomen kunnen het seksueel functioneren nadelig beïnvloeden. Somatische aandoeningen of medische ingrepen kunnen leiden tot verminderde zin en opwinding (Wierman et al., 2010). Aan het effect van chronische ziekten kunnen biologische mechanismen ten grondslag liggen, maar ook psychologische factoren zoals vermoeidheid, angst of pijn. Ziekten waarvan bekend is dat ze het seksueel functioneren langs biologische weg kunnen verstoren zijn: neurologische aandoeningen zoals multiple sclerose of dwarslaesie, endocriene aandoeningen zoals een te traag of te snel werkende schildklier, hyperprolactinemie, diabetes mellitus, nierfalen en depressie. Verschillende medicijnen die aangrijpen op neurotransmitter systemen, waaronder antidepressiva (SSRI's) en antipsychotica, hebben een negatief effect op zin en opwinding (voor overzichtsartikelen zie Bancroft & Graham, 2011; Wierman et al., 2010).

Bij lichamenlijk gezonde vrouwen wordt verondersteld dat zin- en opwindingsproblemen vooral te maken hebben met inadequate erotische stimulatie of met een negatieve evaluatie van de seksuele en relationele context, waardoor opwinding en zin niet goed op gang kunnen komen (Both et al., 2010). Dit impliceert dat een CGT behandeling zich dan vooral moet richten op het helpen van de vrouw en het paar bij het aanwenden van (voor hen nieuwe) seksuele stimuli die verlangen op kunnen roepen, het versterken van de belonende waarde van seks door het bevorderen van plezierige seksuele gevoelens en het verminderen van negatieve gevoelens, en het optimaliseren van de communicatie en intimiteit in de relatie.

In een CGT behandeling voor geen zinproblematiek worden sensate focus oefeningen vaak gecombineerd met andere CGT interventies. Aanvullende interventies zijn bijvoorbeeld oefeningen om nieuwe vormen van erotische stimulatie te zoeken (bijv. voor beide partners acceptabele audiovisuele erotica via Internet) en oude te herontdekken. Of oefeningen die het bereiken van een orgasme door de vrouw kunnen bevorderen, zoals masturbatieoefeningen (zie orgasmeproblematiek), oefeningen voor de man om zijn ejaculatie uit te

stellen en de 'coital alignment technique' voor optimale clitorale stimulatie tijdens coïtus. Cognitieve herstructurering richt zich op inhiberende cognitieve processen die (gewenste) zin en opwinding kunnen remmen, zoals een negatieve zelfwaardering als sekspartner ('Ik ben onaantrekkelijk'; 'Ik ben omdat ik geen zin heb een waardeloze partner'), remmende cognities ten aanzien van intiem lichamelijk of seksueel initiatief ('Als ik met hem zoen, moet het ook tot gemeenschap leiden'), en negatieve verwachtingen rond de eigen seksuele respons ('Ik word toch nooit snel genoeg opgewonden').

Tot op heden zijn vier gecontroleerde studies uitgevoerd naar de effectiviteit van CGT bij verminderd seksueel verlangen en seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen, drie ervan maakten gebruik van een CGT groepsformaat (voor een overzicht zie Ter Kuile, Both & Van Lankveld, 2010). Deze groepsbehandelingen bestonden uit 12 wekelijkse groepsbijeenkomsten van 2 uur. Op basis van deze studies kunnen we voorzichtig concluderen dat effectieve behandelingen met een groot positief effect het stel in plaats van de vrouw alleen behandelden, technieken toepasten gericht op zowel het seksueel verlangen als op het bevorderen van opwinding, orgasme en seksuele tevredenheid. Bibliotheerapie lijkt geen effectieve behandeling voor verminderd verlangen (Van Lankveld, Everaerd & Grotjohann, 2001). Literatuur over specifieke psychologische behandelingen voor opwindingsproblemen ontbreekt, maar verondersteld wordt dat de aanpak die effectief bleek bij verminderd seksueel verlangen hiervoor ook kan worden toegepast.

Orgasmeproblematiek

Er wordt gesproken van een orgasmestooris bij de vrouw bij aanhoudende of herhaaldelijke vertraging of het geheel uitblijven van het orgasme *na een normaal verlopen seksuele opwindingsfase*, wat leidt tot persoonlijk lijden of relatieproblemen (Laan & Both, 2010). De definitie die wordt voorgesteld voor de DSM-5 benadrukt naast fysiologische ook belevingsaspecten. Waarschijnlijk zal de toevoeging 'na een normaal verlopen seksuele opwindingsfase' verdwijnen. Omdat het orgasme zo variabel is, zijn ook duur (minimaal 6 maanden) en frequentie (orgastisch tijdens 75% van alle seksuele interacties/activiteiten) van het probleem aan de definitie toegevoegd (American Psychiatric Association, 2011). Orgasmeproblematiek en verminderd verlangen/opwindingsproblematiek komen vaak samen voor (Segraves & Segraves, 1991). Sommige auteurs hebben zelfs gesuggereerd dat orgasmestooris eigenlijk een seksueel verlangen/opwindingsstoornis is (Laan, Everaerd & Both, 2005; Meston, Hull, Levin & Sipski, 2004).

Vanuit leertheoretisch perspectief is het orgasme via operante conditionering een sterke bekrachtiger van seksueel gedrag dat kan leiden tot seksuele opwinding en orgastischeiteit. Negatieve cognities zouden een vrouw er van weerhouden te experimenteren met effectievere vormen van seksuele stimulatie. Een CGT benadering is gebaseerd op de aanname dat dit leerproces als-

nog kan worden doorlopen. Dit impliceert dat CGT bij orgasmestoornis vooral de vrouw helpt om te gaan experimenteren met vormen van seksuele stimulatie, die leiden tot seksuele opwinding, en helpt om negatieve cognities te verminderen, die dit experimenteren belemmeren (Laan & Both, 2010).

CGT voor vrouwen met primaire anorgasmie is gebaseerd op een programma met gestructureerde masturbatieoefeningen (geleide masturbatietraining), oorspronkelijk ontwikkeld door (LoPiccolo & Lobitz, 1972). De oefeningen worden geleidelijk opgebouwd. De eerste hebben betrekking op lichaamsbewustzijn en lichaamsacceptatie, en op visuele en tactiele exploratie van het lichaam. Aandacht wordt besteed aan interfererende gedachten over wat 'hoort' en 'niet hoort', en aan de remmende invloed van een negatief zelf- en lichaamsbeeld. In een volgende fase worden de vrouwen aangemoedigd om te ontdekken welke vormen van stimulatie seksueel plezierig aanvoelen. Daarna volgen adviezen over het gebruik van seksuele fantasie om opwinding te verhogen en concrete masturbatieadviezen. Bij situatieve stoornissen wordt met een respondente aanpak getracht het gedrag waarmee de vrouw het orgasme in een bepaalde situatie wel kan bereiken (meestal tijdens masturbatie) te generaliseren naar de seksuele situatie met de partner. Via stapsgewijze toenadering wordt de aanwezigheid van de partner en later de actieve deelname van de partner geïntroduceerd.

Geleide masturbatie bleek effectief voor primaire anorgasmie (individueel of groepsgewijs, met of zonder betrokkenheid van de partner; duur 10-20 zittingen). Gemiddeld bereikt na behandeling 60-90% van de vrouwen een orgasme door masturbatie en 33-85% tijdens de coïtus (Meston, Hull, Levin & Sipski, 2004). Geleide masturbatie middels bibliotherapie, inclusief instructievideo's met beperkte therapeutische ondersteuning is even effectief als intensief begeleide CGT voor anorgasmie (McMullen & Rosen, 1979). Wanneer een vrouw wel kan klaarkomen door masturbatie maar niet tijdens vrijen met de partner, lijkt een partnerrelatie behandeling effectiever (Hurlbert & Apt, 1995; 56% versus 27% coïtaal orgasme).

Seksuele pijnstoornis (dyspareunie en vaginisme)

De seksuele pijnstoornis wordt in DSM-IV-TR onderscheiden in dyspareunie en vaginisme (American Psychiatric Association, 2000). Dyspareunie is herhaalde of aanhoudende genitale pijn samenhangend met de geslachtsgemeenschap en vaginisme is herhaalde of aanhoudende onwillekeurige spasme van de spieren in het buitenste deel van de vagina waardoor de geslachtsgemeenschap belemmerd wordt. Het diagnostisch onderscheid tussen beide stoornissen is niet altijd eenvoudig. De meerderheid van de vrouwen met beide problemen rapporteert pijn bij aanraking van de introitus met een wattenstokje. Verder reageren beide groepen met het aanspannen van de bekkenbodemspieren tijdens gynaecologisch onderzoek. Voor de DSM 5 is het voorstel dan ook om beide diagnoses samen te voegen tot de diagnose 'genitale pijn/

penetratie stoornis' (Binik, 2010). De aard van het probleem kan volgens vier afzonderlijke kenmerken worden gescoord: 1) onmogelijkheid om vaginaal te kunnen penetreren; aanzienlijke 2) pijn; 3) vrees/angst of 4) bekkenbodemspierspanning tijdens coïtus of vaginale penetratie (American Psychiatric Association, 2011).

CGT voor dyspareunie en vaginisme is gebaseerd op het circulaire model van seksuele pijnstoornis (Spano & Lamont, 1975; zie Figuur 3). Het uitgangspunt van dit model is dat negatieve cognities over penetratie (zoals 'het past niet' of 'het doet vreselijk pijn') leiden tot angst in nieuwe coïtussituaties. Deze angst ontlokt onwillekeurige bekkenbodemspierspanning (vaginistische reactie). Een andere onwillekeurige respons op angst voor pijn/penetratie is verminderde seksuele opwinding en daarmee vaginale droogheid. De combinatie van de vaginale droogheid en de verhoogde bekkenbodemspierspanning zorgt voor frictie tussen penis en vulvaire huid, waardoor pijn en soms zelfs weefselbeschadiging kan ontstaan. Doordat de penetratie pijnlijk of (weer) niet mogelijk is, wordt de vrouw versterkt in haar negatieve en angstige verwachtingen. Hiermee is de cirkel rond. De angst voor penetratie, of voor pijn vermindert als de penetratiepoging wordt gestaakt ('ontsnapping'), of als het afwerende gedrag voorkomt (vermijding) dat de partner een toenaderingspoging doet. Datzelfde leerproces heeft vaak ook plaatsgevonden met andere penetratieobjecten zoals vingers, tampons, en gynaecologisch onderzoek. Veel vrouwen met dyspareunie en/of vaginisme rapporteren dus ook problemen met die stimuli. Verder rapporteren ze vaak ook andere seksuele problemen zoals minder zin in seks en minder seksuele opwinding (Van Lankveld et al., 2010).

CGT richt zich op vermindering van de angst voor pijn /penetratie en vergroting van plezier en opwinding in de (niet coïtale) seksuele situatie, met als doel vermindering van de bekkenbodemspierspanning en/of vergroting van de (genitale) seksuele opwinding. Het primaire doel van de behandeling is pijnloze gemeenschap. Als secundair doel kan plezier tijdens gemeenschap aan de behandeling worden toegevoegd.

Tot op heden zijn er vijf Randomised Controlled Trials (RCT's) uitgevoerd om het effect van CGT bij dyspareunie te onderzoeken (Ter Kuile, Both, & Van Lankveld, 2010). CGT voor dyspareunieklaachten bestaat uit 8-12 wekelijkse sessies en wordt vaak in een groep gegeven. De volgende ingrediënten worden vaak gecombineerd: educatie over (angst voor) pijn en seksuele opwinding, pijn/coïtusverbod, progressieve relaxatie, ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen van de bekkenbodemspieren, stapsgewijze exposure (penetratieoefeningen met eigen vingers en of met behulp van kunststofstaven (pelottes)), oefeningen gericht op vergroten van seksuele opwinding, communicatieoefeningen, cognitieve technieken. Een andere specifieke gedragstherapeutische interventie voor dyspareunieklaachten is vaginale EMG biofeedback. Met behulp van visuele feedback leert de vrouw haar bek-

kenbodemspieren te ontspannen terwijl een sensor vaginaal is ingebracht. Deze behandeling bestaat uit 8-12 wekelijkse sessies bij een bekkenbodemtherapeut, met dagelijkse oefeningen thuis. Het is vooralsnog onbekend of het onder controle krijgen van de onwillekeurige spierspanningsrespons ook het daadwerkelijke veranderingsmechanisme van deze behandeling is.

Een CGT-groepsbehandeling en de EMG-biofeedback zijn even effectief als een operatieve behandeling (vestibulectomie), en farmacologische interventie met een lokaal verdovende crème (lidocaïne). Op enkele secundaire uitkomstmaten is CGT effectiever dan medicatie of ondersteunende psychotherapie. Hoewel patiënten na behandeling minder coïtale pijn rapporteren, zijn de effecten beperkt (Ter Kuile, Both, & Van Lankveld, 2010). Bij de placebogecontroleerde medicamenteuze RCT's werden geen verschillen gevonden tussen de actieve en placebobehandeling; de placebo effecten waren groot. Daarom lijken ook niet-specifieke behandelingrediënten een rol te spelen. Een eventueel spontaan hersteleffect is niet onderzocht. In CBT voor een vrouw alleen of samen met haar partner worden vaak onderdelen uit het groepsprogramma (zie boven) gebruikt (Ramakers & Ter Kuile, 2010). Gezien de beperkte behandelresultaten is het goed te realiseren dat pijnloze geslachtsgemeenschap voor de meeste vrouwen niet een realistisch doel is van de behandeling.

De meeste behandelingen voor vrouwen met vaginisme zijn gericht op angstreductie. Meestal wordt gebruik gemaakt van stapsgewijze blootstelling, gericht op het vaginaal inbrengen van vingers, tampons en pelottes met oplopende omvang, met behulp van ontspanningsinstructies. Deze basiselementen worden vaak gecombineerd met toegepaste relaxatie, cognitief herstructureren, educatie en sekstherapie (Ter Kuile & Melles, 2010). Hoewel in de literatuur uitgebreid verslag wordt gedaan van de verschillende versies van de hierboven beschreven behandelingsinterventies voor vaginisme, zijn er tot op heden slechts vier gecontroleerde effectstudies uitgevoerd. (voor een overzicht zie Ter Kuile, Both, & Van Lankveld, 2010). Deze studies zijn uitgevoerd bij vrouwen met primair vaginisme. De uitkomst wat betreft het primaire behandelgoal (coïtus is mogelijk) van de behandeling varieert sterk (14%-96%). Behandelings succes lijkt samen te hangen met vermindering van penetratieangst en vermijdingsgedrag. Om het vermijdingsgedrag te verminderen en de kans op een succesvolle penetratie te vergroten, wordt de laatste jaren op enkele plaatsen in Nederland een gedeelte van de exposureoefeningen onder begeleiding van een vrouwelijke therapeut in een ziekenhuissetting uitgevoerd. Hiervoor komen de vrouw en haar partner maximaal drie keer, twee uur lang, binnen in een week naar het ziekenhuis om te oefenen. Bij de oefeningen in het ziekenhuis oefent de vrouw met het zelf iets in haar vagina naar binnen brengen. Daarnaast worden de oefeningen in de thuissituatie samen met de partner voortgezet en in het ziekenhuis besproken (Ter Kuile et al., 2009). Ongeveer 90% van de patiënten kan coïtus hebben na deze behandeling, waarvan ongeveer 80% binnen een week. In de door Ter Kuile et al. (2009)

onderzochte groep rapporteerde de helft van de proefpersonen geen andere seksuele klachten. Voor de deelnemers die wel seksuele klachten hadden op het gebied van seksueel verlangen of ervaren opwinding trad hierin tijdens de behandeling geen verbetering op. Het behandelprogramma werd in dit onderzoek getoetst op werkzaamheid voor het primaire doel en bevatte geen interventies gericht op het verbeteren van andere aspecten van het seksuele functioneren. Het programma kan voor gebruik in de gewone klinische praktijk uitgebreid worden met interventies die wel daarop gericht zijn.

SEKSUELE DISFUNCTIES BIJ MANNEN

Seksuele disfuncties bij mannen volgens DSM-IV-TR zijn: seksuele stoornis met verminderd seksueel verlangen, seksuele aversiestoornis, erectiestoornis, te snelle zaadlozing, orgasmestoornis en seksuele pijnstoornis. De seksuele aversiestoornis en pijnstoornis worden hier niet verder besproken, er bestaat geen cognitief-gedragstherapeutische literatuur over deze stoornissen, er zijn geen specifieke behandelvormen bekend, en ook ontbreekt evidentie over de werkzaamheid van CGT voor deze problematiek.

Verminderd seksueel verlangen (vsv)

Recente theoretische visies op seksueel verlangen stellen dat seksuele motivatie ontstaat wanneer stimuli met een seksuele betekenis worden verwerkt. Dit leidt zowel tot seksuele opwinding als tot gevoelens van seksueel verlangen (Janssen, 2011; Janssen, et al., 2000). In deze visies wordt verondersteld dat zin niet voorafgaat aan opwinding, maar een gevolg is van of samengaat met opwinding. Bij mannen met vsv is vaak de discrepantie met het sterkere verlangen van de partner de reden om hulp te zoeken (Van Lankveld & Meuleman, 2010). Er zijn geen gegevens over de prevalentie van vsv in Nederland.

Testosteron (τ) is bij mannen noodzakelijk voor de ontwikkeling en instandhouding van de reproductieve organen en seksueel gedrag. Wanneer de gemeten τ -spiegel in het bloed onder 8 nmol/l ligt wordt gesproken van hypogonadisme, en kunnen het seksueel verlangen en in latere instantie ook andere fasen van de seksuele responscyclus bemoeilijkt worden (Van Lankveld & Meuleman, 2010). Veel voorkomende risicofactoren voor hypogonadisme zijn chronische ziekten, diabetes mellitus type II, metabool syndroom en depressie. Oorzaak en gevolg van deze comorbide aandoeningen zijn moeilijk te onderscheiden. Hypogonadisme, verminderd seksueel verlangen en chronische aandoeningen zijn leeftijdsafhankelijke condities en onderling gerelateerd. Vanaf het bereiken van de volwassenheid vermindert de eigen τ -productie jaarlijks met 1,5% (Zitzmann, Faber & Nieschlag, 2006). Zo leidt hypogonadisme tot vermindering van seksueel verlangen, en leidt visueel-erotische stimulatie tot een stijging van de τ -spiegel (Carani et al., 1990). Ziekte leidt tot verlaging van de τ -spiegel, maar een ziekte kan ook een directe oor-

zaak van verminderd seksueel verlangen zijn. Een verhoogd prolactineniveau (bijv. ten gevolge van een hypofysetumor, of door het gebruik van antipsychotica) is ook een bekende hormonale oorzaak van afwezig seksueel verlangen (Knegtering et al., 2008). Verschillende geneesmiddelen kunnen de seksuele motivatie onderdrukken (zie voor een overzicht: Knegtering, Bruggeman, Castelein & Wiersma, 2007). Stemmingsstoornissen, vooral depressie, gaat in meer dan drie vierde van de gevallen gepaard met uitval of vermindering van seksueel verlangen. Dit geldt ook voor andere psychische klachten. Ernstige relatieproblemen gaan vaak samen met verminderd seksueel verlangen. Boosheid en woede kunnen seksueel verlangen en opwinding afremmen (Beck & Bozman, 1995).

Lichamelijk onderzoek bij mannelijk VSV: Bij langdurig volledig ontbreken van iedere seksuele motivatie is een verwijzing van de huisarts naar de endocrinoloog geïndiceerd om mogelijke lichamelijke factoren te beoordelen, eventueel met hormoonbepaling.

Specifieke interventies bij VSV: Bij de man met lage T-spiegel kan, naast zoeken naar en behandelen van de oorzaak van dit tekort, aanvulling met T plaatsvinden. Een te hoge prolactinespiegel kan ook hormonaal behandeld worden (zie voor een overzicht: van Lankveld & Meuleman, 2010). Bij overheersende relatieproblematiek kan een behandeling noodzakelijk zijn waarin ook andere dan seksuele aspecten van de relatie verbeterd worden. In een gedrags-therapeutische behandeling samen met de partner is het soms noodzakelijk langere tijd te besteden aan de vroege fasen van de sensate focusoefeningen. Het doel is dan om (opnieuw) te zoeken naar erotische prikkels die de man aantrekkelijk vindt. Er is geen gecontroleerd effectonderzoek naar CGT bij verminderd seksueel verlangen bij mannen gedaan.

Erectiestoornis (ES)

Het probleem dat de man onvoldoende stijfheid van de penis kan bereiken of kan volhouden speelt soms ook bij masturbatie, maar vaak is de belemmering bij gemeenschap de voornaamste klacht. Het subjectieve gevoel van opwinding is in veel gevallen eveneens verstoord. Er spelen vaak gevoelens van angst, schaamte en woede. Mannen met ES hebben nogal eens ook andere seksuele problemen, zoals verminderd seksueel verlangen en problemen met het orgasme (Segraves & Segraves, 1991). Een deel van de mannen met ES heeft ook last van te snelle zaadlozing (Rowland et al., 2010). In Nederland worden incidentele ES gerapporteerd door ruim 56% van de mannen tussen 19 en 69 jaar. Tien procent heeft daar regelmatig last van en 8 % ervaart relevante lijdensdruk. Het percentage ES varieert tussen 3,5% van de mannen tussen 19 en 34 jaar, 5,9% tussen 35 en 54 jaar, en 17,8% van de mannen boven 55 jaar. De ervaren lijdensdruk is minder op hogere leeftijden; een verklaring hiervoor is

niet bekend. ES komt vaker voor bij laag opgeleide mannen. Slechts een deel vraagt professionele hulp (Kedde & de Haas, 2006).

Lichamelijk onderzoek bij ES: De erectie is een lichamelijke reactie op seksuele prikkeling die afhankelijk is van adequate bloedvoorziening en bezenuwing van het genitaal, en voldoende hormonale ondersteuning. Wanneer op deze terreinen ernstige afwijkingen bestaan, is aandacht en hulp daarvoor geboden. Bij gezonde mannen met ES vormen onvoldoende cognitieve verwerking van seksuele stimuli en negatieve affectieve reacties de voornaamste proximale oorzaken.

De prevalentie van overwegend lichamelijk en psychologisch veroorzaakte ES zou ongeveer even hoog zijn (De Boer, 2004). Veel mannen met een erectiestoornis hebben een sterke somatische attributie. Door in een onderzoekssituatie te laten zien dat zij onder bepaalde omstandigheden met een erectie reageren op seksuele prikkeling (erotische video), en door voorlichting kan getracht worden duidelijk te maken dat hun lichaam wel in staat is om erecties te produceren, al is dat niet op het gewenste moment. Als ochtenderecties volledig ontbreken is dit de beste voorspeller voor het vinden van klinisch significante lichamelijke aandoeningen (Leusink & Beekman, 2010).

Specifieke interventies bij ES: Bij de man met ES wordt tijdens de sensate-focus oefeningen de *plaagoefening* gebruikt als stap na succesvolle niet-genitale streeloefeningen (Masters & Johnson, 1970). Als de partner de penis van de man stimuleert, stopt ze hiermee zodra een erectie is ontstaan. De aandacht tijdens het strelen wordt verlegd naar andere delen van het lichaam totdat de erectie verslapt is. Daarna wordt de penis opnieuw geprikkeld tot erectie. Dit kan zo enkele keren herhaald worden. Na enkele keren kan een tweede of derde stimulatieperiode verlengd worden totdat de man een zaadlozing bereikt.

Vanaf 1998 worden verschillende oraal in te nemen medicijnen toegepast in de behandeling van ES. Deze middelen (fosfodiësterase type-5 remmers (PDE-5); sildenafil (Viagra[®]), tadalafil (Cialis[®]), en vardenafil (Levitra[®]), kunnen in overleg met de (huis)arts een plaats krijgen in het behandelplan van de gedragstherapeut (Leusink & Beekman, 2010). Aan de toepassing ervan dient een grondige evaluatie van de motivatie van de patiënt en de partner vooraf te gaan. De instemming van de partner met de farmacologische behandeling is van groot belang om voortijdig stoppen van de medicatie te voorkomen.

Effectiviteit van gedragstherapie en cognitieve therapie bij ES: Slechts een beperkt aantal studies vergeleek CGT bij ES in een RCT met onbehandelde of placebo controlegroepen. Wanneer dat wel gebeurde (Everaerd & Dekker, 1985; Munjack, et al., 1984; Price, Reynolds, Cohen, Anderson & Schochet, 1981)

bleek CGT tot betere erecties, maar bijv. ook vermindering van angst voor seks te leiden. Ook groeps-CGT met alleen mannen met ES (Everaerd et al., 1982), echtpaargroeps-CGT (Golden, Price, Heinrich & Lobitz, 1978) en online individuele CGT bleken effectief (van Lankveld, Leusink, Van Diest, Gijs & Slob, 2009). Er werden geen verschillen gevonden tussen sekstherapie en systematische desensitisatie (Everaerd & Dekker, 1985; Mathews, et al., 1976). Hogere kwaliteit van de relatie, sterkere therapiemotivatie van vooral de mannelijke partner, meer fysieke aantrekkingskracht tussen de partners en therapietrouw in het uitvoeren van huiswerkopdrachten voorspellen een positief resultaat (Hawton & Catalan, 1986). De aanwezigheid van andere psychiatrische problemen en eerdere echtscheiding geven een slechte prognose. Bij mannen met subklinische opwindingsproblemen leidde SFT tot sterkere genitale en subjectieve opwinding dan een niet-SFT (Smith & Over, 1990).

Er zijn aanwijzingen dat de combinatie van medicamenteuze behandeling en gedragstherapie bij ES betere resultaten oplevert dan enkelvoudige behandeling (Aubin, Heiman, Berger, Murallo & Yung-Wen, 2009). Ook een combinatie van medicatie met groepstherapie waarin rationeel-erotische therapie en sensate focus oefeningen werden gegeven blijkt werkzamer dan elk van beide interventies alleen (relatief risico bij einde behandeling op persistentie van erectieklachten van behandelde groep ten opzichte van wachtlijst: 0.40; Melnik, Soares & Nasselo, 2007).

Vroegtijdige zaadlozing (vz)

Van de mannen tussen 19 en 69 jaar heeft 64% wel eens een te snelle zaadlozing (Kedde & de Haas, 2006), 21% heeft dit regelmatig of vaker en ruim 10% geeft aan hier last van te hebben. In dit onderzoek werd niet gevraagd hoe lang de latentietijd van start stimulatie tot zaadlozing was. Internationaal wordt een latentietijd van één minuut of korter vanaf stimulatiestart tot aan zaadlozing als maat aangehouden (Althof et al., 2010). Daaronder is sprake van klinisch relevante vz (Waldinger & Van Lankveld, 2010).

De oorzaken van het meest voorkomende type vz (primaire, c.q. levenslange vz) zijn waarschijnlijk neurobiologisch en voor een deel genetisch bepaald (Althof, et al., 2010). Hoewel dit verondersteld werd, blijken mannen met vz niet seksueel 'gevoeliger' dan andere mannen. Ook de gedachte dat mannen met vz hun seksuele opwinding niet goed kunnen waarnemen, waardoor ze ongemerkt de reflexdrempel overschrijden, is niet houdbaar gebleken. Angst, bijvoorbeeld voor falen in de ogen van de partner, werd ook wel verondersteld vz te veroorzaken, maar dit werd niet bevestigd (Strassberg, Mahoney, Schaugaard & Hale, 1990).

Specifieke interventies bij VZ: Een specifieke gedragsmatige interventie is de 'start-stop-oefening'. De man zelf of zijn partner stimuleert de penis eerst met droge hand, later met een glijmiddel waardoor de sensaties sterker wor-

den. De man krijgt de instructie om goed op zijn lichamelijke sensaties te letten, vooral die de orgasmereflex aankondigen. De prikkeling wordt gestopt voordat het 'point of no return' is bereikt. Daarna wordt gewacht tot deze sensaties zijn weggeëbd om dan de stimulatie te hervatten. Als dit tot een beter gevoel van controle en een langere latentietijd leidt, volgt herintroductie van coïtus. Masters & Johnson (1970) hebben daarnaast de 'knijptechniek' beschreven. Als de man de sensaties waarneemt die zijn ejaculatie aankondigen knijpt hij zelf of zijn partner stevig in de penis, met duim en wijsvinger plus middelvinger direct onder de eikel aan weerskanten van de penis. Dit onderbreekt de ejaculatoire reflex.

Recent zijn farmacologische behandelingen van vz ontwikkeld met stoffen (SSRI's) die ook als antidepressivum gebruikt worden (paroxetine, sertraline, citalopram voor dagelijks gebruik; clomipramine en dapoxetine voor 'on-demand' gebruik; zie voor een overzicht: Waldinger & Van Lankveld, 2010).

Effectiviteit van medicamenteuze behandeling en gedragstherapie bij VZ: In meerdere gecontroleerde studies is de werkzaamheid van farmacologische behandeling van primaire vz aangetoond, zowel met dagelijkse medicatie-inname als met 'on demand' gebruik (Rowland et al., 2010). Yulis (1976) vond 89% succes (latentietijd meer dan twee minuten tijdens 80% of meer van de pogingen) van een gecombineerde behandeling met start-stop- en knijptechniek, sensate-focusoefeningen en assertiviteitstraining. Seks therapie via internet voor mannen met vz bleek tot nu toe niet succesvol (Van Lankveld, et.al., 2009).

Orgasmestoornis bij de man

Kenmerkend voor mannelijke orgasmeproblematiek is de 'aanhoudende of recidiverende vertraging, of het ontbreken van een orgasme volgend op een fase met een normale seksuele opwindning tijdens de seksuele activiteit die adequaat in aandacht, intensiteit en duur is, waarbij rekening is gehouden met de leeftijd', zoals beschreven in de DSM-IV-TR criteria. Het kan gaan om levenslange of om op latere leeftijd ontstane problemen.

Van de mannen tussen 19 en 69 in Nederland en Vlaanderen heeft 38% wel eens moeite met klaarkomen. Iets meer dan 5% heeft dit regelmatig en ongeveer 3% lijdt onder deze klacht (Kedde & De Haas, 2006).

Er is weinig bekend over oorzaken en in stand houdende factoren. Psychofarmaca hebben vaak een ejaculatievertragende bijwerking. Na starten met SSRI's bij depressieve klachten zou tot 17% van de patiënten een onvermogen tot ejaculatie ontwikkelen.

Diagnostiek bij mannelijke orgasmestoornis: Een diagnostische valkuil is de aanwezigheid van een erectiestoornis als de man de nadruk legt op het niet kunnen klaarkomen, terwijl dat bemoeilijkt wordt door een zwakke erectie.

Specifieke interventies bij mannelijke orgasmestoornis: Psychoeducatie kan nodig zijn om uitleg te geven over het belang van voldoende en adequate seksuele stimulatie en over het bereiken van een voldoende hoog opwindingsniveau. Bij orgasmestoornis als gevolg van medicijngebruik kan de hulpverlener overleggen met de behandelende arts over medicatieaanpassing of tijdelijke onderbreking, bijvoorbeeld in het weekend of tijdens vakantie.

Bij verworven geremd klaarkomen kan sensate focustherapie volgens het model van Masters en Johnson worden toegepast. Bij levenslange problematiek ontbreekt deze mogelijkheid tot generaliseren en is het eerste behandel-doel om een eigen ervaring met orgasme en zaadlozing tot stand te brengen. Ter versterking van de genitale stimulatie wordt soms vibratie aan penis of eikel toegevoegd.

Effectiviteit van gedragstherapie en cognitieve therapie bij mannelijke orgasmestoornis: Bij mannelijke orgasmestoornis werden in niet-gecontroleerde onderzoeken met uiteenlopende vormen van CGT met toegevoegde vibratie succespercentages onder 50% gevonden. Van buspiron en sildenafil is inmiddels aangetoond dat zij de door antidepressivagebruik veroorzaakte orgasmestoornis kunnen verhelpen (Nurnberg et al., 2003).

TOT BESLUIT

De diversiteit in de fenomenologie van seksuele disfuncties bij vrouwen en mannen is groot. In de afgelopen decennia is meer bekend geworden over psychologische en biologische determinanten van verscheidene disfuncties. Er zijn verschillende vormen van CGT ontwikkeld, waarvan de werkzaamheid bij bepaalde typen disfuncties (erectiestoornis, vrouwelijke orgasmestoornis) in gecontroleerd onderzoek meermalen werd aangetoond. De opkomst van farmacologische behandelingen voor sommige disfunctietypen, en de ontwikkeling van combinatiebehandelingen van CGT met medicatie, heeft het palet van behandel mogelijkheden vergroot. De relatieve werkzaamheid en kosten-effectiviteit dienen verder te worden onderzocht.

SUMMARY

Psychological treatment of female and male sexual dysfunctions

In this article we review the field of cognitive behaviour therapy for female and male sexual dysfunctions. We discuss the development of theoretical accounts of sexual dysfunctions, specifically addressing the learning processes of habituation, classical and instrumental conditioning. We also review cognitive determinants of sexual behaviour and sexual arousal, and the association of anxiety and negative mood with sexual arousal, as well as the effects on arousal of performance demand,

attentional distraction and self-focused attention. Next, we describe behavioural and cognitive interventions and aspects of assessment to assist in treatment planning. Cognitive-behavioural treatments of sexual dysfunction in women and men are reviewed separately, including the available empirical evidence of their efficacy. For some dysfunction types this evidence is largely absent. We conclude that the knowledge base on psychological and biological determinants of sexual function and dysfunction has increased over the last decades. Several interventions based on the cognitive-behavioural model have been developed, some of which were shown in controlled investigations to be efficacious for specific types of sexual dysfunction (erectile dysfunction, female orgasmic disorder).

Key words: sexual dysfunctions, sexual disorders, cognitive therapy, behavioural therapy

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th Edition, Text Revision)*. Washington DC: Author.
- Abrahamson, D.J., Barlow, D.H., Sakheim, D.K., Beck, J.G., & Athanasiou, R. (1985). Effects of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy*, 16, 503-515.
- Althof, S.E., Abdo, C.H., Dean, J., Hackett, G., McCabe, M., McMahon, C.G., et.al. (2010). International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2947-2969.
- Asirdas, S., & Beech, H.R. (1975). The behavioural treatment of sexual inadequacy. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 345-353.
- Aubin, S., Heiman, J.R., Berger, R.E., Murallo, A.V., & Yung-Wen, L. (2009). Comparing Sildenafil alone vs. Sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: a pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35, 122-143.
- Bancroft, J., & Graham, C.A. (2011). The varied nature of women's sexuality: Unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones and Behavior*, 59, 717-729.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow, D.H., Sakheim, D.K., & Beck, J.G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49-54.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 51-65.
- Beck, J.G., Barlow, D.H., & Sakheim, D.K. (1983). The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 1-8.
- Beck, J.G., & Bozman, A.W. (1995). Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 595-612.
- Beggs, V.E., Calhoun, K.S., & Wolchik, S.A. (1987). Sexual anxiety and female sexual arousal: A comparison of arousal during sexual anxiety stimuli and sexual pleasure stimuli. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 311-319.
- Binik, Y.M. (2010). The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 292-303.

- Binik, Y.M., & Meana, M. (2009). The future of sex therapy: Specialization or marginalization? *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 1016-1027.
- Bögels, S., & Oppen, P. van (2011). Specifieke aspecten van cognitieve therapie. In S. Bögels & P. van Oppen (Eds.), *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk* (pp. 59-85). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Both, S., Laan, E., & Everaerd, W. (2011). Focusing 'hot' or focusing 'cool': Attentional mechanisms in sexual arousal in men and women. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 167-179.
- Both, S., Laan, E., & Weijmar Schultz, W.W. (2010). Disorders in sexual desire and sexual arousal in women, a 2010 state of the art. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *31*, 207-218.
- Both, S., Spiering, M., Laan, E., Belcome, S., Heuvel, B. van den, & Everaerd, W. (2008). Unconscious classical conditioning of sexual arousal: Evidence for the conditioning of female genital arousal to subliminally presented sexual stimuli. *Journal of Sexual Medicine*, *5*, 100-109.
- Brauer, M., Kuile, M.M. ter, Janssen, S.A., & Laan, E. (2007). The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *European Journal of Pain*, *11*, 788-798.
- Brotto, L.A. (2010). The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of Sexual Behavior*, *39*, 221-239.
- Carani, C., Bancroft, J., Del Rio, G., Granata, A.R., Facchinetti, F., & Marrama, P. (1990). The endocrine effects of visual erotic stimuli in normal men. *Psychoneuroendocrinology*, *15*, 207-216.
- Chivers, M.L., Seto, M.C., Lalumiere, M.L., Laan, E., & Grimbos, T. (2010). Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, *39*, 5-56.
- De Boer, B.J. (2004). *Erectile dysfunction in primary care: The ENIGMA study [proefschrift]*. Universiteit Utrecht.
- Dekker, J., & Everaerd, W. (1989). Psychological determinants of sexual arousal: A review. *Behaviour Research and Therapy*, *27*, 353-364.
- Everaerd, W. (1988). Commentary on sex research: Sex as an emotion. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *1*, 3-15.
- Everaerd, W., & Dekker, J. (1985). Treatment of male sexual dysfunction: Sex therapy compared with systematic desensitization and rational emotive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 13-25.
- Everaerd, W., Dekker, J., Dronkers, J., Rhee, K. van der, Staffeleu, J., & Wiselius, G. (1982). Treatment of homosexual and heterosexual sexual dysfunction in male-only groups of mixed sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, *11*, 1-10.
- Geer, J.H., & Fuhr, R. (1976). Cognitive factors in sexual arousal: The role of distraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *44*, 238-243.
- Golden, J. S., Price, S., Heinrich, A.G., & Lobitz, W.C. (1978). Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, *7*, 593-602.
- Graham, C.A. (2010). The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Archives of Sexual Behavior*, *39*, 240-255.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 377-385.
- Hoon, P.W., Wincze, J.P., & Hoon, E.F. (1977). A test of reciprocal inhibition: Are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 65-74.
- Hurlbert, D.F., & Apt, C. (1995). The coital alignment technique and directed masturbation: A comparative study on female orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *21*, 21-29.
- Janssen, E. (2011). Sexual arousal in men: A review and conceptual analysis. *Hormones and Behavior*, *59*, 708-716.
- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: Toward an information processing model of sexual arousal. *The Journal of Sex Research*, *37*, 8-23.

- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kedde, H., & Haas, S. de (2006). Problemen met het seksueel functioneren. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Eds.), *Seksuele Gezondheid in Nederland 2006* (pp. 123-137). Delft: Eburon.
- Klaassen, M., & Ter Kuile, M.M. (2009). Development and initial validation of the vaginal penetration cognition questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1617-1627.
- Knegtering, H., Bruggeman, R., Castelein, S., & Wiersma, D. (2007). Antipsychotica en seksueel functioneren bij mensen met psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 733-742.
- Knegtering, H., Bosch, R. van den, Castelein, S., Bruggeman, R., Sytma, S., & Os, J. van (2008). Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology*, 33, 711-717.
- Kockott, G., Dittmar, F., & Nusselt, L. (1975). Systematic desensitization of erectile impotence: A controlled study. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 493-500.
- Koukounas, E., & Over, R. (2001). Habituation of male sexual arousal: Effects of attentional focus. *Biological Psychology*, 58, 49-64.
- Kuile, M.M. ter, Both, S., & Lankveld, J. van (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 595-610.
- Kuile, M.M. ter, Both, S., & Uden, J. van (2010). The effects of experimentally-induced sad and happy mood on sexual arousal in sexually healthy women. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1177-1184.
- Kuile, M.M. ter, Brauer, M., & Laan, E. (2006). The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometric properties within a Dutch population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 289-304.
- Kuile, M.M. ter, Bulte, I., Weijnenborg, P.T., Beekman, A., Melles, R., & Onghena, P. (2009). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A replicated single-case design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 149-159.
- Kuile, M.M. ter, & Melles, R. (2010). Vaginisme. In J.J.D.M. van Lankveld, P. Leusink & M. M. ter Kuile (Eds.), *Seksuele dysfuncties: Diagnostiek en behandeling* (pp. 107-121). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kuile, M.M. ter, Lankveld, J.J. van, Kalkhoven, P., & Egmond, M. van (1999). The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Psychometric properties within a Dutch population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 59-71.
- Laan, E., & Both, S. (2010). Orgasmestoornissen bij vrouwen. In J. van Lankveld, P. Leusink & M. Ter Kuile (Eds.), *Seksuele dysfuncties: Diagnostiek en behandeling* (pp. 61-75). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Laan, E., & Everaerd, W. (1995). Habituation of female sexual arousal to slides and film. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 517-541.
- Laan, E., Everaerd, W., & Both, S. (2005). Female sexual arousal disorders. In R. Balon & R. T. Segraves (Eds.), *Handbook of Sexual Dysfunctions* (pp. 123-154). New York: Marcel Dekker Inc.
- Laan, E., Everaerd, W., Van Aanhoud, M.T., & Rebel, M. (1993). Performance demand and sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 25-35.
- Lalumière, M.L., & Quinsey, V.L. (1998). Pavlovian conditioning of sexual interests in human males. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 241-252.
- Langevin, R., & Martin, M. (1975). Can erotic response be classically conditioned? *Behavior Therapy*, 6, 350-355.
- Lazarus, A. (1963). The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 136, 272-278.
- Letourneau, E.J., & O'Donohue, W. (1997). Classical conditioning of female sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 63-78.
- Lankveld, J. van, & Bergh, S. (2008). The interaction of state and trait aspects of self-focused attention affects genital, but not subjective, sexual arousal in sexually functional women. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 514-528.

- Lankveld, J. van, & Broomans, E. (2011). Cognitieve therapie bij seksuele disfuncties. In S. Bögels & P. van Oppen (Eds.), *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk (2e, geheel herziene druk)* (pp. 391-424). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lankveld, J. van, Everaerd, W., & Grotjohann, Y. (2001). Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *The Journal of Sex Research*, 38, 51-67.
- Lankveld, J. van, Geijen, W.E., & Sykora, H. (2008). The sexual self-consciousness scale: psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 925-933.
- Lankveld, J. van, Granot, M., Weijmar Schultz, W.C., Binik, Y.M., Wesselmann, U., Pukall, C.F., et.al. (2010). Women's sexual pain disorders. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 615-631.
- Lankveld, J. van, Leusink, P., & Kuile, M.M. ter (2010). *Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lankveld, J. van, Leusink, P., Diest, S. van, Gijs, L., & Slob, A.K. (2009). Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: A randomized controlled pilot trial. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2224-2236.
- Lankveld, J. van, & Meuleman, E. (2010). Verminderd seksueel verlangen bij mannen. In J. J.D.M. van Lankveld, P. Leusink & M.M. ter Kuile (Eds.), *Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling* (pp. 123-139). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lankveld, J. van, & Hout, M.A. van den (2004). Increasing neutral distraction inhibits genital but not subjective sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 549-558.
- Lankveld, J. van, Hout, M.A. van den, & Schouten, E.G. (2004). The effects of self-focused attention, performance demand, and dispositional sexual self-consciousness on sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 915-935.
- Leusink, P.M., & Beekman, A. (2010). Erectiele disfunctie. In J. van Lankveld, P. Leusink & M. ter Kuile (Eds.), *Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling* (pp. 141-156). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- LoPiccolo, J., & Lobitz, W.C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163-171.
- Lunsen, R.H. van, & Moorst, B. van (2010). Diagnostiek. In J. van Lankveld, P. Leusink & M. ter Kuile (Eds.), *Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling* (pp. 23-40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Oxford, England: Little, Brown.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Sexuele stoornissen bij man en vrouw*. Amsterdam - Brussel: Paris - Manteau.
- Mathews, A., Bancroft, J., Whitehead, A., Hackmann, A., Julier, D., Bancroft, J., e.a. (1976). The behavioural treatment of sexual inadequacy: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 427-436.
- McCarthy, B.W. (1989). Cognitive-behavioral strategies and techniques in the treatment of early ejaculation. In S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s*. New York: Guilford Press.
- McMullen, S., & Rosen, R.C. (1979). Self-administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 912-918.
- Melnik, T., Soares, B.G., & Nassello, A.G. (2007). Psychosocial interventions for erectile dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004825.
- Meston, C.M. (2006). The effects of state and trait self-focused attention on sexual arousal in sexually functional and dysfunctional women. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 515-532.
- Meston, C.M., & Buss, D.M. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 477-507.
- Meston, C.M., Hull, E., Levin, R.J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *Journal of Sexual Medicine*, 1, 66-68.

- Meuwissen, I., & Over, R. (1990). Habituation and dishabituation of female sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 217-226.
- Middleton, L.S., Kuffel, S.W., & Heiman, J.R. (2008). Effects of experimentally adopted sexual schemas on vaginal response and subjective sexual arousal: A comparison between women with sexual arousal disorder and sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 950-961.
- Munjack, D.J., Schlaks, A., Sanchez, V.C., Usigli, R., Zulueta, A., & Leonard, M. (1984). Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure: An initial study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 10, 170-175.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 842-851.
- Numberg, H.G., Hensley, P.L., Gelenberg, A.J., Fava, M., Lauriello, J., & Paine, S. (2003). Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 56-64.
- O'Donohue, W., & Geer, J. H. (1985). The habituation of sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 233-246.
- O'Donohue, W., & Plaud, J.J. (1991). The long-term habituation of sexual arousal in the human male. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 22, 87-96.
- Price, S.C., Reynolds, B.S., Cohen, B.D., Anderson, A.J., & Schochet, B.V. (1981). Group treatment of erectile dysfunction for men without partners: A controlled evaluation. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 253-268.
- Rachman, S. (1959). The treatment of anxiety and phobic reactions by systematic desensitization psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 259-263.
- Rachman, S., & Hodgson, R.J. (1968). Experimentally-induced 'sexual fetishism': Replication and development. *Psychological Research*, 18, 25-27.
- Ramakers, M., & ter Kuile, M.M. (2010). Oppervlakkige dyspareunie bij vrouwen. In J. van Lankveld, P. Leusink & M. Ter Kuile (Eds.), *Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling* (pp. 77-106). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reynolds, B.S. (1980). Biofeedback and facilitation of erection in men with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 101-113.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Rowland, D., McMahon, C.G., Abdo, C., Chen, J., Jannini, E., Waldinger, M.D., et al. (2010). Disorders of orgasm and ejaculation in men. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1668-1686.
- Sakheim, D.K., Barlow, D.H., Beck, J.G., & Abrahamson, D.J. (1984). The effect of an increased awareness of erectile cues on sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 151-158.
- Salemink, E., & Lankveld, J.J.van (2006). The effects of increasing neutral distraction on sexual responding in women with and without sexual problems. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 179-190.
- Sarwer, D.B., & Durlak, J.A. (1997). A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23, 87-97.
- Segraves, K.B., & Segraves, R.T. (1991). Hypoactive sexual desire disorder: prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17, 55-58.
- Shaefer, H.H., & Colgan, A.H. (1977). The effect of pornography on penile tumescence as a function of reinforcement and novelty. *Behavior Therapy*, 8, 938-946.
- Smith, D., & Over, R. (1990). Enhancement of fantasy-induced sexual arousal in men through training in sexual imagery. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 477-489.
- Spano, L., & Lamont, J.A. (1975). Dyspareunia: A symptom of female sexual dysfunction. *Canadian Nurse*, 71, 22-25.
- Strassberg, D.S., Mahoney, J.M., Schaugaard, M., & Hale, V. E. (1990). The role of anxiety in premature ejaculation: A psychophysiological model. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 251-257.

- Vroege, J.A. (2003). *De Vragenlijst voor het signaleren van Seksuele Dysfuncties (VSD): Bruikbaarheid in de klinische praktijk*. Delft: Eburon.
- Waldinger, M., & Lankveld, J.J.D.M. van (2010). Vroegtijdige zaadlozing. In J.J.D.M. van Lankveld, P. Leusink & M. M. ter Kuile (Eds.), *Seksuele dysfuncties: Diagnostiek en behandeling* (pp. 157-175). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wierman, M.E., Nappi, R.E., Avis, N., Davis, S.R., Labrie, F., Rosner, W., et al. (2010). Endocrine aspects of women's sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 561-585.
- Wolchik, S.A., Beggs, V.E., Wincze, J.P., Sakheim, D.K., Barlow, D.H., & Mavissakalian, M. (1980). The effect of emotional arousal on subsequent sexual arousal in men. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 595-598.
- Wolpe, J. (1973). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.
- Yulis, S. (1976). Generalization of therapeutic gain in the treatment of premature ejaculation. *Behavior Therapy*, 7, 355-358.
- Zitzmann, M., Faber, S., & Nieschlag, E. (2006). Association of specific symptoms and metabolic risks with serum testosterone in older men. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 91, 4335-4343.