

# Resultaten van tien jaar residentiële en ambulante sekstherapie: een verkennend en vergelijkend onderzoek

A. Vansteenwegen, M. Luyens en S. Daelemans\*

SB 6.040 SB 6.041 SB 6.31

*Deze studie is een post-hoc exploratief onderzoek van de gegevens van tien jaar sekstherapie in een reële klinische setting. Het ging om 192 patiënten (koppels) met 297 seksuele problemen. Het effect bij een groep van 96 patiënten in residentiële therapie werd vergeleken met dat bij een groep van 96 in ambulante therapie. Het effect bij een groep (N = 117) behandeld door één therapeut werd vergeleken met dat bij een groep (N = 57) in cotherapie. Erectieproblemen, dyspareunie en vaginisme werden meer succesrijk behandeld dan ejaculatiestoornissen en seksuele aversie. In tegenstelling met de bestaande literatuur bleek cotherapie meer effectief dan therapie door één therapeut, residentiële therapie bleek meer effectief dan ambulante.*

## 1. Vraagstelling

Hoe effectief is sekstherapie nu eigenlijk? Iedereen kent de succes- en vooral de mislukningspercentages van Masters en Johnson (1970). Iedereen voegt er aan toe dat deze gunstige resultaten — slechts 20% mislukkingen — zelden worden teruggevonden bij anderen. We laten hier dan even de zogenaamde 100% succesrijke Barbachtherapie voor anorgasmie ter zijde. Arentewicz en Schmidt (1980) kwamen in een indrukwekkend onderzoek met een superieur design tot minder gunstige resultaten. Hun mislukkingcijfers lagen voor de meeste dysfuncties beduidend hoger. Het onderzoek dat we hier voorstellen is een exploratief post-factum effect-onderzoek in een reële klinische setting. Het gaat om een terugblik over tien jaar sekstherapie in de Kliniek voor Seksuele Dysfuncties (KSD) (Luyens, 1978) van het Communicatiecentrum (Verhulst en Vansteenwegen, 1974; Verhulst en Bakker, 1980) van de Universitaire Psychiatrische Centra van de KU Leuven.

\* Stafmedewerkers van de Kliniek voor Seksuele Dysfuncties, Communicatiecentrum Lovenjoel (Academisch Psychiatrische Centrum van de KU Leuven); Groot Park 3, B-3042 Lovenjoel.

Voor een groep van 192 patiënten werden een aantal situationele, patiënt- en therapievariabelen onderzocht. Een aantal variabelen in de voorhanden zijnde gegevens liet ons toe enige informatie in te winnen in verband met enkele actuele vragen op het gebied van sekstherapie. In de KSD waren twee therapievariabelen beschikbaar: intensieve residentiële drie weken durende behandeling en ambulante behandeling a rato van eenmaal per week. Een deel van de groep werd behandeld door twee cotherapeuten, een ander deel door één enkele therapeut. Zo konden we een vergelijkend onderzoek uitvoeren betreffende twee therapievormen en twee therapeutvormen. Heiman en LoPiccolo (1983) vonden geen verschil tussen een dagelijkse versus een wekelijkse vorm van therapie. Clement en Schmidt (1983) vonden een lichte trend voor een beter resultaat met wekelijkse versus dagelijkse therapie. Zij vergeleken ook therapie door één therapeut met cotherapie en vonden geen verschil in het resultaat.

Ons onderzoek is echter op een ander punt belangrijk: in tegenstelling tot de meeste studies gaat het over een groep paren waarvan er een deel ook residentiële therapie ontvingen. Zoals bij Masters en Johnson verbleven ze gedurende de therapie niet thuis maar in de buurt van het centrum.

Onze studie werd ingezet met een *overzicht van 82 outcome onderzoeken* i.v.m. behandeling van seksuele problemen die sinds 1970 door Masters en Johnson als 'seksuele dysfuncties' werden bestempeld (wellicht een belangrijke, maar ook een aanvechtbare bijdrage in het veld). Dit overzicht (Billen, 1982) toonde aan dat gedragstherapie (in 35 studies waarvan 34,5% met controlegroep) in 78% der gevallen resulteerde in een 'beter' of 'succesvol' resultaat. Masters en Johnson therapie (18 studies waarvan 5,5% met controlegroep) bleek 'verbetering' of 'succes' te bewerken in 77,5% der gevallen. Psychodynamisch gerichte therapie (6 studies, geen enkele met controlegroep) leidde tot een 'beter' of 'succesvol' resultaat in 95,5% der gevallen. Voor de verschillende dysfuncties kan het resultaat als volgt worden samengevat. De percentages van gevallen met een 'beter' of 'succesvol' resultaat waren de volgende: erectieproblemen (9 studies) 70%; impotentie (21 studies) 67,5%; anejaculatie (13 studies) 97%; premature ejaculatie (20 studies) 90%; frigiditeit (8 studies) 79%; anorgasmie (32 studies) 79%; vaginisme (10 studies) 88,5%.

## 2. Patiëntenvariabelen

De behandelde groep bestond uit 192 patiënten waarvan 177 met hun partner en 15 alleen werden behandeld. Er waren 80 (42%) mannen en 117 (58%) vrouwen. De seksuele dysfuncties bij deze groep kan men vinden in tabel 1.

Tabel 1. Frequentie der seksuele dysfuncties (N = 192)

Geslacht	Dysfunctie	Aantal	%	Totaal	Totaal %
Mannelijk (N = 80; 41,7%)	libidoverlies	2	1	2	1
	erectieproblemen			36	19
	primair	16	8		
	secundair/situationeel	20	11		
	ejaculatio praecox			20	10
	primair	20	10		
	secundair/situationeel	0	0		
	anejaculatie			18	10
	primair	11	6		
secundair/situationeel	7	4			
dyspareunie	4	2	4	2	
Vrouwelijk (N = 112; 58,3%)	seksuele aversie	17	9	17	9
	libidoverlies	4	2	4	2
	opwindingsproblemen			16	8
	primair	4	2		
	secundair/situationeel	12	6		
	orgasme problemen			18	9
	primair	15	8		
	secundair/situationeel	3	1		
	dyspareunie	19	10	19	10
vaginisme	38	20	38	20	

Wat de *duur van het probleem* betreft, die kan men als volgt weergeven: vier patiënten hadden het probleem minder dan één jaar, 110 tussen één en vijf jaar; 47 tussen zes en tien jaar en 22 patiënten hadden meer dan tien jaar geleden onder hun probleem.

Wat de *motivatie voor therapie* betreft: 103 patiënten kwamen met een klacht over hun seksuele relatie zelf; 45 kwamen met kinderwens als motivatie; 39 patiënten vroegen om sekstherapie met als hoofdmotivatie een verbetering van hun relatie in het algemeen.

De *vorige behandelingen* waren de volgende: 117 patiënten hadden geen vorige behandeling gehad; 33 een somatische behandeling, 32 psychotherapeutische hulp en tien waren psychiatrisch gehospitaliseerd geweest.

Betreffende de *echtelijke staat* zijn volgende gegevens voorhanden: drie patiënten waren minder dan één jaar gehuwd; 78 tussen twee en vijf jaar, 44 tussen zes en tien, 44 waren meer dan elf jaar gehuwd; dertien woonden samen zonder huwelijk. Alle patiënten waren afkomstig uit Vlaanderen en de meeste hadden een Rooms-Katholieke achtergrond.

Het ging om een reële klinische groep die voornamelijk werd verwezen door huisartsen, psychiaters, gynaecologen, enz.

### 3. Behandeling

De behandeling bestond uit een Masters en Johnson sekstherapie, beïnvloed door de therapie van Lobitz en LoPiccolo (1972) en met het gebruik van Roge-riaanse elementen in fasen van weerstand.

In 33,3% werd *cotherapie* gebruikt. In dertien percent was deze cotherapie uitgevoerd door twee ervaren therapeuten en in 20% door één ervaren therapeut en een cotherapeut in training. De ervaren therapeut was in 62,5% der gevallen een vrouwelijke psychologe. In de andere 66% van de gevallen werd de therapie uitgevoerd door één ervaren psycholoog-therapeut(e) of een arts. Deze ervaren therapeuten waren drie mannen en drie vrouwen allen van rond de dertig.

Het *aantal sessies* varieerde van minder dan vijf (23 patiënten) tot meer dan 21 (dertien patiënten). Negenenveertig patiënten kregen zes tot tien sessies; 62 elf tot vijftien en 45 zestien tot twintig sessies. De duur van een sessie bedroeg een uur. De helft van de patiënten kreeg een *intensieve residentiële therapie van drie weken* gedurende de werkdagen (maandag tot vrijdag). De andere helft ontving *ambulante* therapie, meestal één sessie per week. Een levendig beeld van deze behandelingen hebben we elders geschetst (Luyens, Vansteenwegen en Nijs, 1980).

### 4. Het globale effect

Het effect werd samengebracht in vier klassen: slechter (3,4%), status quo (33,3%), beter (17,5%), volledig succes (45,8%). Dus werd er voor 36,7% geen gunstig therapeutisch effect vastgesteld (zie tabel 2).

### 5. Verbanden tussen patiënt- en therapievariabelen

Door middel van een eenvoudige chi-kwadraat toets konden we heel wat informatie verwerven over de dysfuncties, vroegere behandeling, drop-outs, cotherapie, therapievorm, motivatie, duur van het probleem, sociaal niveau der patiënten, leeftijd en hun invloed op het effect van de therapie.

Er werd geen significante relatie gevonden tussen de *dysfuncties* en de drop-out. Wel werd er een significant verband gevonden tussen enerzijds de soort dysfunctie en anderzijds motivatie, duur van het probleem, sociaal niveau, leeftijd en kinderaantal. Er werd geen significant verband vastgesteld tussen de dysfunctie en vroegere behandeling.

Tabel 2: Dysfunctie en therapeutisch effect

Dysfunctie		slechter	status quo	beter	succes
Bij de man:					
Libidoverlies			1		
Erectieproblemen	primair	1	5	2	7
	secundair/situationeel		6	1	12
Ejaculatio praecox		1	7	8	4
Anejaculatie	primair		4	1	6
	secundair/situationeel		4	1	1
Dyspareunie				1	
Bij de vrouw:					
Seksuele aversie		1	7	5	2
Libidoverlies			2	2	
Opwindingsstoornissen	primair		1	2	1
	secundair/situationeel	3	3	3	3
Anorgasmie	primair		4	2	6
	secundair/situationeel		2		
Dyspareunie			2	1	15
Vaginisme			11	2	24
Totaal (N = 177)		6(3,4%)	59(33,3%)	31(17,5%)	81(45,8%)

Wat de *vorige behandeling* betreft, werd er geen relatie gevonden met het effect. De *drop-out* was niet verbonden met de duur van het probleem, het sociaal niveau, het feit van gehuwd te zijn, of het ver af wonen van het therapiecentrum. Wel werd er een significant verband gevonden tussen *uitval en cotherapie*. ( $p < 0,05$ ). Er was minder uitval bij cotherapie.

Verder werd een significant verband gevonden tussen *cotherapie en het effect* ( $p < 0,05$ ).

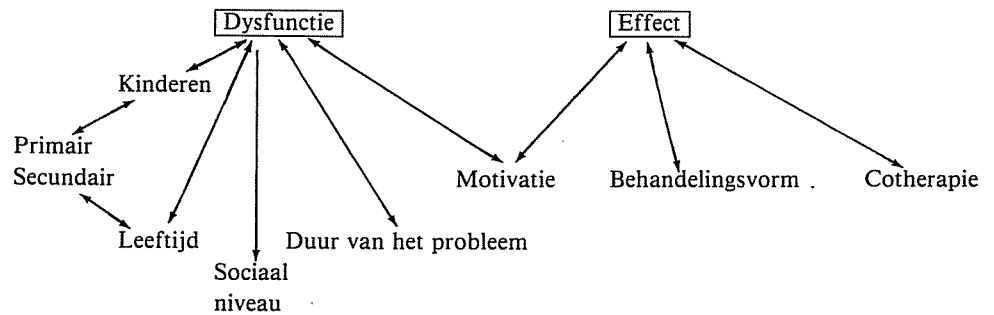
Geen significant verband werd gevonden tussen de duur van therapie en het resultaat. *Intensieve therapie* was meer verbonden met *cotherapie* ( $p < 0,001$ ) en ook met het *resultaat* ( $p < 0,05$ ).

De *motivatie voor therapie* was niet significant verbonden met de therapievorm (intensief of ambulante), maar *wel met het resultaat*. Wanneer de motivatie van de patiënt bestond uit een beter seksueel functioneren of uit kinderwens, dan was er een goed resultaat in twee op drie gevallen. Wanneer de patiënt via het verhelpen van de dysfunctie een meer algemeen effect op de relatie in haar geheel nastreefde dan was er slechts in de helft van de gevallen een goed resultaat wat de dysfunctie betreft ( $p < 0,05$ ).

De duur van het probleem was niet significant verbonden met de drop-out, de soort therapie of het resultaat.

Het *sociaal niveau* was niet significant verbonden met de motivatie of het effect van therapie.

Het geslacht van de therapeut was niet significant verbonden met het resultaat. Al deze significante verbanden kunnen in een figuur worden bijeengebracht (zie figuur 1).



Figuur 1. Significante verbanden

Er werd ook een variantieanalyse (ANOVA)\* uitgevoerd. Hierbij werd een overall-effect gevonden van de therapie op het resultaat. Wanneer alleen de hoofdklachten in aanmerking werden genomen, bleek therapie effectief voor erectieproblemen, dyspareunie en vaginisme. Wanneer men ook de nevenklachten en partnerproblemen in de analyse betrok, werd een significant effect gevonden voor alle dysfuncties, behalve voor aversie. Voor libidoproblemen werd slechts een gering effect gevonden. Vrouwelijke dyspareunie en vaginisme bleken de meest succesvol behandelde klachten te zijn.

Verder werden nog enkele andere analyses doorgevoerd met de variantie van de dysfunctie, het effect en cotherapie en een andere met de behandelingsvorm, effect en motivatie. Motivatie voor therapie en de therapievorm waren opnieuw significant verbonden met het resultaat en niet gecorreleerd met elkaar.

Cotherapie was ook significant verbonden met het resultaat. Intensieve therapie bleek meer effectief dan ambulante. Patiënten met als motivatie de algemene verbetering van de relatie hadden minder goede effecten, zowel in ambulante als in residentiële setting. Deze analyses bevestigden dus de vorige bevindingen.

\* *Noot over de statistische verwerking:* Eén van de problemen was dat de aantallen in de verschillende condities ongelijk waren. De 'last squares'-methode werd verkozen boven de 'unweighted means solution'. Er werd een herhaalde metingen design gebruikt (split-plot SPF) met de volgende waarden: slechter = 1; status quo = 2; beter = 3; succes = 4. De basisscore voor therapie was dus gelijk gesteld aan 2. Na de therapie werd een '2' gegeven wanneer er geen effect was, enz. Dit is een erg strenge vorm van analyse: het significante niveau wordt gedeeld door het aantal condities! Meer informatie en detailgegevens zijn verkrijgbaar bij de auteurs.

## 6. Een poging tot prognose

Tenslotte werd langs de methode van de multiple regressie een poging tot prognostische evaluatie ondernomen. In dit soort analyse wordt een reeks predictors bekomen in een volgorde die wordt bepaald door hun afnemende unieke bijdrage tot de variantie van het criterium, in dit geval het therapieresultaat. Het globale resultaat wordt beschouwd als de afhankelijke variabele en alle andere variabelen als onafhankelijk. Daarna wordt er nagegaan welke variabelen de correlatie tussen de beide sets bepalen. In een eerste analyse werd alleen 'drop-out' als een voorspeller van het resultaat bekomen. De belangrijkste bevinding hier was evenwel dat een groot aantal variabelen geen invloed hadden op het therapeutisch effect: de duur van het probleem, het aantal sessies, het sociale niveau, de leeftijd en het kindertal hadden geen prognostische waarde. Andere variabelen (voorafgaande behandeling, cotherapie, behandelingsvorm en motivatie) hadden een lichte prognostische waarde. Op deze relevante variabelen werd een nieuwe multiële regressie uitgevoerd.

Toen bleek dat *motivatie* de meest belangrijke prognostische waarde had met betrekking tot het therapieresultaat en dat voorafgaande behandelingen ook enige invloed hadden.

## 7. Besluiten en bespreking

De meest intrigerende bevindingen van deze studie kunnen als volgt worden samengevat. In onze KSD is cotherapie duidelijk meer effectief dan therapie door één therapeut: de drop-out is er geringer en het resultaat is beter. In onze setting is een residentiële intensieve sekstherapie meer effectief dan de ambulante vorm. Deze resultaten staan in contrast met de onderzoeken van Heiman en LoPiccolo (1983) en Clement en Schmidt (1983). De twee motivaties die tot een beter resultaat leiden zijn: de wens tot verbetering van de seksuele relatie zelf en de kinders. Sekstherapie, aangevraagd als een middel om de relatie in het geheel te verbeteren is slechts in de helft der gevallen effectief. Het moeilijkst te behandelen seksueel probleem is in dit onderzoek seksuele aversie.

In een vorig onderzoek (Vansteenwegen en Verhulst, 1974; Vansteenwegen en Verhulst, 1979) vonden wij dat in onze kliniek het effect van sekstherapie voor paren met een goede relatie sterk geleet op dat van Masters en Johnson.

Bekijken we nu de huidige resultaten in vergelijking met die van Masters en Johnson (1970), Kolodny, Masters en Johnson (1981), Arentewicz en Schmidt (1980), en ons eigen overzicht van de literatuur over effectonderzoek bij seksuele problemen (Billen, 1982).

Tabel 3: Vergelijking van de mislukingsratio's in verschillende studies

Dysfunctie	M en J		K, M en J		A en S		V, L en D		B
	%	N	%	N	%	N	%	N	
Anorgasmie	20.8	342	28.1	388	31	108	31	48	21
Vaginisme	0	29	1.9	54	22	27	29	37	11.5
Primaire Impotentie	40.6	32	21.1	19	21	57	40	15	32.5
Secundaire Impotentie	30.9	213	14.6	288			33	18	
Ejaculatio Praecox	2.7	186	4.9	246	16	31	30	20	10
Anejaculatie	17.6	17	25.9	58			49	17	3
Totaal	20	790	7.7	1053	25	223	33.3	155	--
Drop-out	3,2 (K)		?		19		22.9		--

M en J = Masters en Johnson (1970); K, M en J = Kolodny, Masters en Johnson (1979); A en S = Arentewicz en Schmidt (1980); V, L en D = onze eigen resultaten. B = overzicht Billen (1982). % = mislukingspercentage; N = aantal behandelde patiënten.

Uit tabel 3 blijkt dat de doeltreffendheid van onze KSD (met als uitzondering anorgasmie) veel lager is dan de effectiviteit in die andere centra. Onze drop-out ratio lijkt sterk op die van Arentewicz en Schmidt.

We willen tot slot opmerken dat in de literatuur over het effect van psychotherapie een mislukingscijfer van één derde een algemeen voorkomend fenomeen is (Garfield, 1981).

#### Literatuur

- Arentewicz, G., en G. Schmidt (eds.), *Sexueel gestörte Betrekkingen*. Berlin: Springer, 1980.
- Billen, J., *De effectiviteit van therapie voor seksuele dysfuncties*. KU Leuven: Licentiaatsthesis, Faculteit Psychologie, 1982.
- Clement, U., en G. Schmidt, The outcome of couple therapy for sexual dysfunctions using three different formats. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1983, 9, p. 67-78.
- Daelemans, S., *Outcome van sekstherapie*. KU Leuven: Licentiaatsthesis, Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, 1982.
- Garfield, S.L., Evaluating the psychotherapies. *Behavior Therapy*, 1981, 12, p. 295-307.
- Heiman, J., en J. LoPiccolo, Clinical outcome of sex therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40, p. 443-449.
- Kolodny, C.R., Evaluating sex therapy: process and outcome at the Masters and Johnson Institute. *The Journal of Sex Research*, 1981, 17, p. 301-318.
- Kolodny, R.C., W.H. Masters, en V.E. Johnson, *Textbook of sexual medicine*. Boston: Little Brown, 1979.
- Lobitz, W.C., en J. LoPiccolo, New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, p. 265-271.
- Luyens, M., Een kliniek voor seksuele dysfuncties: achtergronden en werking. In: *Nieuwe vormen*



- van seksuele therapie (*Leuvense Cahiers voor Seksuologie*). Antwerpen: De Nederlandse Boekhandel, 1978, p. 46-54.
- Luyens, M., A. Vansteenwegen, en P. Nijs, Ervaringen met de behandeling van seksuele dysfuncties bij de vrouw. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1980, 36, p. 727-733.
- Luyens, M., A. Vansteenwegen, en P. Nijs, Ervaringen met de behandeling van seksuele dysfuncties bij de man. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1980, 36, p. 735-740.
- Masters, W.H., en V.E. Johnson, *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown, 1970.
- Vansteenwegen, A., Intensive psycho-educational couple therapy: therapeutic program and outcome research results. *Cahiers des Sciences Familiales et Sexologiques*, 1982, 5, p. 91-135.
- Vansteenwegen, A., en J. Verhulst, Behandeling van seksuele dysfuncties met Masters- en John-sontherapie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1974, p. 230-234.
- Vansteenwegen, A., en J. Verhulst, *Residential psycho-educational therapy III: changes in sexual functioning and sexual satisfaction*. Paper presented at the IV World Congress of Sexuology, Mexico, 1979.
- Verhulst, J., en C. Bakker, Marital therapy in an educational group setting: the Communication Center in Leuven, Belgium. In: D. Upper en S. Ross (eds.), *Behavioral group therapy 1980*. Champaign: Research Press, 1980, p. 105-123.

## Summary

### *Effects of ten years residential and out-patient sex therapy. An exploratory and comparative investigation*

This study is a post-hoc exploratory research of the data of ten years sex therapy in a clinical setting. The subjects were 192 patients (couples) having together 297 sexual dysfunctions. The outcome of a group of 96 clients treated with residential sex therapy was compared with that of a group of 96 clients in out-patient treatment. The outcome of a group (n = 117) treated by one single therapist was compared with the outcome of a group in co-therapy (n = 57). The positive over-all effect of sex therapy was clearly demonstrated. Erection problems, dyspareunia and vaginismus were more successfully treated than ejaculatory dysfunctions and sexual aversion. With higher success rates and fewer drop-outs, co-therapy clearly appeared to be more effective than treatment by one therapist. Residential sex therapy was more successful than out-patient treatment.