

# Groepstherapeutische behandelingsprogramma's voor seksuele dysfuncties, een literatuuroverzicht

W. Van Craen\* en A. Vansteenwegen \*\*

SB 6.40

*Vanuit een overzicht van de onderzoeksliteratuur over groepstherapeutische behandelingsprogramma's voor seksuele dysfuncties, worden de voornaamste karakteristieken besproken van deze behandelingsformule: de behandelde klacht, contra-indicatie, behandelingsstructuur, voornaamste behandelingsmethoden, methodologische aspecten en resultaten. Uit een analyse van 24 geselecteerde studies verschijnt de groepsbehandeling als een even effectieve behandelingsformule als individuele sekstherapie, met echter belangrijke voordelen t.o.v. deze laatste.*

## Inleiding

Groepstherapieën voor seksuele dysfuncties hebben zich in de post-Masters en Johnson-periode gemanifesteerd als één der belangrijkste varianten op het basismodel van voornoemde pioniers (29). Seksueel dysfunctionele enkelingen zonder partner of met een onwillige of onbereikbare partner bleven binnen het partnergericht Masters en Johnson-model een verwaarloosde populatie. Hiervoor kan groepsbehandeling een efficiënt behandelingsalternatief zijn, terwijl groepsbehandeling met koppels, vergeleken bij individuele paarbehandeling, het grote voordeel van tijds- en kostenefficiëntie kan hebben. Duddle en Ingram (5) berekenden dat de geïnvesteerde tijd bij groepsbehandeling van seksueel dysfunctionele koppels neerkwam op 3,8 therapie-uren per koppel, terwijl deze bij individuele paartherapie neerkwam op 4,5 uur. Volgens Kaplan e.a. (12) nam de groepsbehandeling van koppels waarvan de man leed aan vroegtijdige zaadlozing 6 uur in beslag (d.w.z. 4 maal 1½ uur per koppel) daar waar bij afzonderlij-

\* Psychotherapeut-seksuoloog; Instituut voor Relationele, Individuele en Seksuele Therapie (IRIS), Filips De Goedestraat 17, B 1040 Brussel.

\*\* Coördinator Communicatiecentrum Lovenjoel en Secretaris Instituut Familiale en Seksuologische Wetenschappen, KU Leuven.

ke paartherapie met dezelfde klacht en behandelingsmethode 7 uur nodig bleek.

Naast de tijdsefficiëntie kunnen in groepsbehandelingen de behandelingskosten verdeeld worden over verschillende patiënten waardoor de financiële last voor elk afzonderlijk minder groot wordt. Vooral in een tijd van economische crisis, die ook een belangrijke factor wordt voor de patiënt bij de beslissing tot het al dan niet aanvatten van een behandeling, is dit kosteconomisch voordeel een niet te onderschatten argument. Tenslotte blijkt het groepsaspect een positieve invloed te hebben. Groepsleden bieden elkaar steun en creatieve suggesties bij het oplossen van hun probleem; het groepsklimaat blijkt snel faalangst en prestatiedruk te ondervangen (9); weerstand tegenover het veranderen van inhiberende gewoonten en irrationele opvattingen worden gemakkelijker doorbroken (9; 23); het modelling-effect leidt tot snellere gedragsverandering (9, 23, 34); er is een positieve invloed op de regelmatige aanwezigheid van de patiënten (25) en het drop-out verschijnsel blijkt minder groot te zijn dan in individuele therapie.

Wanneer groepstherapie voor seksuele dysfuncties voordeliger blijkt dan individuele therapie, dan rijzen een aantal vragen: voor wie, in welke vorm en met welk effect is groepstherapie voor seksuele klachten aangewezen?

In dit artikel ondernemen we een poging deze vragen te beantwoorden door een analyse van groepstherapeutische behandelingsprogramma's zoals beschreven in de literatuur.

De weerhouden studies dienden te beantwoorden aan volgende criteria:

1. De studie dient betrekking te hebben op *groepstherapeutische behandelingsprogramma's voor seksuele dysfuncties*.
2. De groepsbehandeling heeft als doelstelling (maar daarom niet als enige) het verbeteren of opheffen van deze dysfunctie.
3. De studies dienen hun methode en resultaten te expliciteren. (Vooral dit laatste criterium vormde een struikelblok voor heel wat studies).

Op grond van deze criteria werden 24 studies weerhouden, alle gepubliceerd in de periode 1973 tot 1983 (ze zijn in de literatuurlijst aangeduid met een asterix).

We zullen nu de karakteristieken van deze studies globaal bespreken en kritisch doorlichten.

De karakteristieken die we toetsten aan elke studie, kunnen gegroepeerd worden in vijf secties:

- a. *Wie en wat wordt behandeld*: soort klacht, selectiecriteria of contra-indicatie; gegevens over de patiënt en grootte van de populatie waarop de studies betrekking hebben.
- b. *Volgens welke structuur*: de meer praktische gegevens die van belang zijn bij

het opzetten van een groepsprogramma zoals homogene of heterogene samenstelling der groepen, aantal, duur en frequentie van de sessies, aantal deelnemers per groep en aantal, geslacht en vorming van de therapeuten.

- c. *Met welke behandelingsprocedure:* de voornaamste behandelingscomponenten die inhoudelijk het groepsprogramma uitmaken.
- d. *Met welke evaluatiemethode:* methodologische aspecten zoals follow-up, metingen, controle-maatregelen.
- e. *Met welke resultaten:* definitie van resultaten, een overzicht van de resultaten op korte en lange termijn.

a. *Wie en wat wordt behandeld?*

*Soorten dysfuncties:* alle seksuele klachten blijken behandeld te kunnen worden binnen een groepsprogramma. Nergens wordt in de literatuur melding gemaakt van contra-indicatie voor bepaalde dysfuncties, met uitzondering van vaginisme in de partnergroepen van Duddle en Ingram (5) en Leiblum e.a. (18). De meest voorkomende behandelde dysfuncties in ons overzicht van toepassingen zijn primaire anorgasmie, secundaire erectiestoornissen en vroegtijdige zaadlozing.

*Selectie:* verschillende auteurs wijzen op het belang van een goede selectie. Ernstige psychopathologie (4, 9, 12, 13, 17) en ernstige relationele stoornissen (9, 17, 28) zijn de meest voorkomende contra-indicaties. Slechts één enkele studie maakt expliciet melding van homoseksuele patiënten in hun – overigens voornamelijk door heteroseksuelen samengestelde – groepsprogramma, nl. deze van Everaerd e.a. (6), waar 5 homoseksuelen en een biseksueel op een totaal van 21 patiënten aan de groep deelnamen. Vermeldenswaardig is wel dat enkele auteurs in plaats van het uitsluiten van een bepaald type patiënt, het tegendeel hebben gedaan, nl. de potentiële doelgroep hebben uitgebreid. Zo hebben Duddle en Ingram (5) een specifiek behandelingsprogramma opgesteld waaraan ook niet-dysfunctionele koppels kunnen deelnemen met als motief het verrijken van hun seksuele relatie. LoPicollo en Miller (21) hebben een specifiek groepsprogramma ontworpen voor niet-dysfunctionele, ‘normale’ koppels die hun seksuele relatie wensen te verrijken via informatie, educatie en specifieke vaardigheidstraining.

*Populatie-karakteristieken:* de meeste studies hadden een middelgrote steekproef (11 tot 20 subjecten). Gegevens over de patiënten zijn uiterst schaars. Alhoewel een groot aantal variabelen zouden kunnen worden vermeld, is de enige karakteristiek die in het merendeel der studies wordt vermeld, de leeftijd (gemiddeld) der patiënten. Hieruit blijkt dat de meerderheid van de deelnemers jonger is dan 35 jaar.

*Samenstelling van de groepen:* een kleine meerderheid van de groepsprogram-

ma's is heterogeen samengesteld d.w.z. meerdere en diverse dysfuncties worden in éénzelfde groep behandeld. Wanneer we dit verschijnsel historisch bekijken, zien we dat in het begin van het toepassen van groepstherapeutische behandelingsmethoden de groepen (voorzichtigheidsshalve?) voornamelijk homogeen waren samengesteld. Het succes van deze groepen leidde snel tot het uitproberen van varianten, waardoor heterogene groepssamenstelling. Leiblum en Ersner-Herschfield (16) maakten een vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van homogene versus heterogene groepsprogramma's en kwamen tot het besluit dat er geen significante verschillen waren. Zilbergeld (34) geeft de voorkeur aan homogeen samengestelde mannengroepen omdat de behandeling sneller verloopt als de deelnemers dezelfde klacht vertonen. Yaffé (32) daarentegen, die Zilbergeld's programma's in Groot-Brittannië toepaste, meldt geen moeilijkheden met een groep waarin zowel ejaculatie- als erectiemoeilijkheden samen behandeld worden.

Ook Reynolds e.a. (27) stelt dat het gebruik van heterogene groepen geen impact heeft op het resultaat en dat het bovendien de tijd, nodig om voldoende deelnemers bij elkaar te krijgen, merkbaar reduceert. Tenslotte geven Leiblum e.a. (18) nog volgend argument pro heterogene groepen: omdat de groepsleden geconfronteerd worden met een waaier aan seksuele gedragingen en moeilijkheden, worden ze aangemoedigd nieuwe inzichten op te doen en zijn derhalve minder geneigd hun eigen vooruitgang (prestatiegericht) te vergelijken met deze van andere groepsleden.

#### *b. Volgens welke structuur?*

De robotfoto die we uit de literatuurgegevens kunnen samenstellen, vertoont, naar structuur, het model van een kleine groep patiënten (4 à 6), begeleid door meestal 1 of 2 therapeuten van hetzelfde geslacht als de behandelde populatie. Zo'n groep komt dan gemiddeld 1½ à 2 uur samen voor een tiental wekelijkse sessies.

Evaluatiegegevens over deze structurele aspecten:

- *Groepsgrootte*: Volgens Kockott (13) zijn 8 deelnemers het maximum en volgens Duddle en Ingram (5) zijn 5 paren teveel; deze auteurs geven de voorkeur aan kleinere groepen.
- *Aantal, tijdsduur en frequentie van de sessies*: deze aspecten zijn uiteraard afhankelijk van een aantal variabelen zoals doelstelling, behandelde klacht, e.d. Niettemin houden de meeste studies zich aan ongeveer dezelfde procedure, wat de evolutie naar gestandaardiseerde programma's blijkt te bevestigen.
- *Therapeuten*: terwijl in haast alle studies het aantal en geslacht der begeleiden- de therapeuten vermeld worden, verstrekken slechts twee studies (5, 6) gege-

vens over de leeftijd, ervaring en opleiding. Bij groepsprogramma's voor koppels werd meestal een man-vrouw co-therapeutenteam ingeschakeld, met uitzondering van Kaplan e.a. (12) die slechts één therapeut inschakelde. Bij groepsprogramma's voor vrouwelijke enkelingen werd zowel gewerkt met één (10, 11, 15) als met twee (2, 16) vrouwelijke therapeuten. Bij groepsprogramma's voor mannelijke enkelingen tenslotte werd zowel met een (1) als twee (19, 33, 35) mannelijke therapeuten gewerkt of met een dual-sex team (27, 35).

Bij behandelingsprogramma's voor mannelijke enkelingen (we vinden dit niet terug bij de 'vrouwengroepen') wijzen verschillende studies op het belang van occasioneel inschakelen van therapeuten van het andere geslacht (19, 27, 34). De functie van deze vrouwelijke therapeuten bestaat erin om via rollenspelen te werken aan de seksuele communicatievaardigheden van de deelnemers en de diverse vrouwelijke perspectieven of manieren van reageren i.v.m. seksualiteit te vertegenwoordigen.

Everaerd e.a. (6) echter zijn van dit laatste niet overtuigd en wensten geen vrouwelijke therapeuten bij hun programma te betrekken.

- *De workshop-variante:* Al naargelang de doelstellingen varieert ook de behandelingsstructuur. Dit merken we bijv. wanneer beoogd wordt de seksuele dysfuncties te behandelen op zeer korte termijn voor een grote populatie (o.a. omwille van een grote vraag). Zo ontwikkelden zich, vooral in de VS, de weekend-workshop groepsformules, welke echter niet aangewezen blijken voor het opheffen van chronische of hardnekkige dysfuncties (17) en evenmin voor vroegtijdige zaadlozing (4).

### c. Met welke behandelingsprocedures?

Indien we uit de geselecteerde studies een inhoudelijk profiel willen schetsen onderkennen we drie behandelingscomponenten die de ruwbouw vormen van het inhoudelijk groepsbehandelingsprogramma voor seksuele dysfuncties:

- a. seksuele educatie: *de educatieve component;*
- b. masturbatietraining en systematische desensitisatie toegepast als huiswerkopdrachten: *de huiswerk-component;*
- c. groepsdiscussies en, meer algemeen, de impact van het groepsproces: *de groepscomponent.*

Buiten deze drie essentiële behandelingscomponenten die we in mindere of meerdere mate in alle geselecteerde studies terugvonden, bevatten een aantal programma's zogenaamde 'supplementaire' componenten die de auteurs als essentieel benadrukken:

- d. de assertiviteits- of sociale vaardigheidstraining: *de assertiviteitscomponent* (2, 6, 15, 19, 34, 35). Vooral Reynolds e.a. (27) gaven deze component een

centrale plaats in hun behandelingsprogramma voor seksueel dysfunctionele mannen.

- e. het expliciet toepassen van cognitieve behandelingsprocedures: *de cognitieve component* (26), vooral uitgewerkt door Everaerd e.a. (6).

*d. Hoe werd het effect geëvalueerd?*

Alvorens over te gaan naar een overzicht van de resultaten van groepsprogramma's dient gewezen te worden op een aantal methodologische beperkingen die belangrijk zijn bij de interpretatie van de resultaten.

- *Het probleem van de succesdefiniëring*: Elke definitie van succes kan variëren naargelang de criteria die gebruikt worden om het beoogde behandelingsdoel te definiëren: wanneer spreekt men van 'orgasme', 'ejaculatie-controle' enz.? Welk is de frequentie van de vereiste vaardigheden en de duur van de verbetering? De graad van succes kan afhangen van de bron van informatie van waaruit het bereiken van het gewenste resultaat wordt afgeleid. De graad van succes kan ook variëren naargelang de criteria die worden toegepast om verbetering of genezing te definiëren. Deze lacunes zijn echter niet specifiek voor deze studies maar voor de sekstherapie en zelfs de psychotherapie in het algemeen. Niettemin maken deze tekortkomingen het moeilijk de diverse resultaten te vergelijken en te interpreteren.
- *Follow-up*: Het succes van een behandeling kan eveneens variëren met de tijdsduur die men stelt aan het behoud van verbetering of genezing. Van de 24 studies zijn er 21 die een follow-up onderzoek vermelden, doch slechts 11 die specifieke follow-up gegevens verschaffen. De follow-up perioden variëren van 6 weken tot twee jaar met een gemiddelde follow-up van 6 maanden.
- *Metingen*: De resultaten zijn ook afhankelijk van de gebruikte evaluatie-instrumenten. Wat dit betreft merken we op dat elke studie een eigen design heeft. Uit de 17 studies die hun metingen vermelden komt de 'Sexual Interaction Inventory' naar voren als het meest gebruikte meetinstrument.
- *Controlegroepen*: strikt gesproken kan men slechts van effect spreken als men de verandering bij de behandelde patiënten vergelijkt met die van een niet-behandelde controlegroep. Slechts enkele auteurs vermelden de toepassing van een controlemaatregel (1, 5, 9, 10, 11, 14, 27).

*e. Resultaten van de groepsbehandelingsprogramma's*

We beperken ons hier tot deze resultaten welke betrekking hebben op het sek-

sueel dysfunctioneren. De niet-dysfunctie-specifieke veranderingen (zoals veranderingen in de partnercommunicatie, zelfbeeld, enz.) blijven hier dus onbesproken. Bij de interpretatie van de resultaten zal rekening dienen gehouden te worden met hoger genoemde methodologische aspecten.

### **Overzicht van de resultaten per dysfunctie**

Het is niet eenvoudig een beeld te geven van de resultaten van groepstherapie voor elke dysfunctie afzonderlijk, vermits de meeste studies verscheidene dysfuncties tegelijkertijd behandelden en de vermelde resultaten dan betrekking hebben op het geheel der behandelde klachten.

Slechts voor primaire en secundaire anorgasmie enerzijds en primaire en secundaire erectiestoornissen alsook vroegtijdige zaadlozing anderzijds konden de resultaten nage trokken worden.

Van de 246 vrouwen was 77% genezen of verbeterd: primaire anorgasmie (2, 11, 23, 28, 31) 87% verbeterd of genezen (N = 139); secundaire anorgasmie (3) 54% met partnerstimulatie orgastisch (N = 72); beide dysfuncties samen (15, 16) 88% (N = 35).

Bij mannen (N = 81) was het succespercentage 66%: primaire en secundaire erectiestoornissen (1, 14, 27) 51% (N = 34); premature ejaculatie (12, 22, 33) 71% (N = 14); gemengde dysfuncties (6, 19, 32, 34) 78% (N = 33).

Bij hetero geen gemengde paren behandelingsprogramma's (4, 5, 13, 17, 18, 24) was het percentage verbeterd of genezen 68% (N = 164).

De dysfunctie die zich het meest succesvol laat behandelen met groepstherapie is primaire anorgasmie en degene die zich het minst succesvol laten behandelen zijn de erectiestoornissen.

Vrouwelijke seksuele klachten blijken zich, globaal genomen, ook iets succesvoller te laten behandelen dan mannelijke.

Bij de interpretatie van de resultaten voor mannelijke dysfuncties dient ook rekening te worden gehouden dat 2 van 3 studies die erectiestoornissen behandelen, zich naar behandelingsprogramma louter beperken tot systematische desensitisatie (1, 14) dit in tegenstelling tot Reynolds et al (27) die een uitgebreider sekstherapeutisch behandelingsprogramma toepasten. Dit verklaart de grote verschillen in de successcore (40% en 37,5% tegen 80%), doch vertekent ook het globale succespercentage.

### **Globale resultaten voor seksuele groepstherapie**

Het globale succespercentage van alle studies samen (een totaal van 491 patiënten) is 72,6% verbeterd en/of genezen.

Deze score verandert weinig wanneer we alle studies met kleine steekproef ( $N =$  minder dan 10) uit de berekening zouden uitsluiten. In dat geval ( $N = 443$ ) wordt het globale succespercentage: 73,8% verbeterd en/of genezen.

### **Transfer van de resultaten**

Men zou zich de vraag kunnen stellen of de resultaten verkregen via zelfstimulatie in de behandelingsgroepen voor enkelingen, generaliseren naar de partnerbetrokken seksualiteit.

Leiblum e.a. (16) deden een vergelijkend onderzoek hiernaar waarbij ze de resultaten van twee behandelingsgroepen van anorgastische vrouwen vergeleken: één groep met en één groep zonder partnerparticipatie bij de behandeling. De auteurs vonden geen significante verschillen wat betreft orgastische respons in partnerbetrokken seks tussen beide groepen. Hieruit leiden de auteurs dan ook af dat er in de groepsprogramma's voor enkelingen een goede transfer mag verwacht worden van de orgastische responsvaardigheden aangeleerd via zelfstimulatie naar orgastische respons tijdens partnerseks.

Ook Wallace en Barbach (31) gingen bij anorgastische vrouwen de invloed na van de behandelingsresultaten op de partnerseksualiteit: 87% van hun subjecten rapporteerden na 8 maand follow-up een orgasmevaardigheid bij partners.

Flaherty, Barbach en Wallace (7) vermelden geen significante verschillen in de resultaten voor wat betreft partnerbetrokken seks bij de groepsbehandeling van secundaire anorgasmie tussen groepen bestaande uit enkelingen en deze bestaande uit koppels.

Volgens Barbach en Flaherty (3) is de aard van de partnerrelatie erg bepalend voor de transfer: nieuwe en/of losse relaties vertonen de tendens tot een grotere/makkelijkere transfer, terwijl subjecten met langdurige, stabiele relaties de seksuele omgangspatronen moeilijker doorbreken waardoor de transfer zich niet zo makkelijk voordoet.

In het onderzoek van Schneidman en McGuire (28) daarentegen, bleek slechts één van de 20 anorgastische subjecten in staat tot coïtaal orgasme. Nochtans wijzen de auteurs op een tendens naar partnerbetrokken orgastische respons bij de follow-up en onderschrijven ze de bovenvermelde bevindingen van Barbach e.a.

Wat deze transfer-vraag betreft, dient voor een eenduidig antwoord verder onderzoek (vooral bij mannelijke groepen) afgewacht. Voorlopig kunnen we stellen dat er voor de groepsbehandeling van anorgasmie wel een transfer kan verwacht worden, maar of dit ook zo is voor de groepsbehandeling van andere klachten blijft een open vraag.



### Vergelijking van groepstherapie met individuele therapie

Als we deze resultaten wensen te vergelijken met deze van individuele sekstherapie, dan stoten we op methodologische tekortkomingen zoals het ontbreken van identieke variabelen, de verschillen in toegepaste evaluatie- en selectiecriteria, al dan niet inrekening van de drop-out enz., maar bovendien hebben de hier besproken studies vaak zo'n kleine steekproef dat een statistisch verantwoorde uitspraak onmogelijk wordt.

Niettemin kan het van belang zijn te wijzen op algemene tendensen die zich aftekenen wanneer we de resultaten van beide benaderingen naast elkaar leggen, maar waarbij we de nadruk leggen op voorzichtigheid in de interpretatie.

De mislukningspercentages van individuele sekstherapie variëren van ongeveer 20 tot 30% volgens Vansteenwegen e.a. (30). Dit komt sterk overeen met het mislukningspercentage dat wij in de studies over groepstherapie berekenden, nl. 26%.

Uit de vergelijking van deze mislukningsratio's zouden we kunnen besluiten dat groepstherapie voor seksuele dysfuncties minstens zo succesvol is als individuele sekstherapie. Deze conclusie wordt ondersteund door vergelijkend effectonderzoek naar de resultaten van groeps- versus individuele sekstherapie, met inachtnaam van identieke opzet, variabelen en evaluatiedesign: Duddle en Ingram (5) vermelden voor beide benaderingen tweederde verbetering en/of genezing en geen significante outcome verschillen; dit laatste werd eveneens door Golden e.a. (9) vastgesteld.

### Besluit

Indien we mogen aannemen dat de resultaten van groepsbehandeling voor seksuele klachten gelijkwaardig zijn aan deze van individuele sekstherapie, dan maken de reeds eerder genoemde voordelen van groepsbehandeling deze laatste tot een onderschat, waardevol alternatief in de seksuele hulpverlening.

### Literatuur\*

- \* 1. Auerbach, R. en P. Kilmann, The effects of group systematic desensitisation on secondary erectile failure, *Behavior Therapy*, 1977, 8, p. 330-339.
- \* 2. Barbach, L., Group treatment of preorgasmic woman, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1974, 1, p. 139-145.
- \* 3. Barbach, L. en M. Flaherty, Group treatment of situationally orgasmic woman, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1980, 6, p. 19-29.

\* De geselecteerde studies zijn met een asterix aangeduid:

sic!

- \* 4. Blakeney, P., B. Kinder, D. Cresson, L. Powell en C. Sutton, A shortterm intensive workshop approach for the treatment of human sexual inadequacy, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1976, 2, p. 124-129.
- \* 5. Duddle, C. en A. Ingram, Treating sexual dysfunction in couples groups. In: R. Forleo en W. Pasini (eds.) *Medical Sexology, the third international congress*. Littleton: PSG, 1980.
- \* 6. Everaerd, W., Dekker, J. Donkers, K. van de Rhee, J. Staffeleu en G. Wiselius, Treatment of homosexual and heterosexual dysfunction in male only groups of mixed sexual orientation, *Archives of Sexual Behavior*, 1982, 11, p. 1-10.
- 7. Flaherty, M., L. Barbach, en D. Wallace, *Self acceptance in the group treatment of situational anorgasmia*, ongepubliceerd, 1980.
- 8. Gillan, P., *The future of woman's sex therapy groups*. Paper presented at the IV World Congress of Sexology, Mexico, 1979.
- \* 9. Golden, J.A., S. Price, A. Heinrich en W.C. Lobitz, Group versus couple treatment of sexual dysfunctions, *Archives of Sexual Behavior*, 1978, 7, p. 593-602.
- \* 10. Heinrich, A., *The effect of group and self-directed behavioral-educational treatment of primary orgasmic dysfunction in females treated without their partners*. Doctoral dissertation, University of Colorado, 1976.
- 11. Heinrich, A., *Innovations in sex therapy: group and self-directed approaches*. Voordracht op het 9° Europees Congres voor Gedragstherapie, Parijs, 1979.
- \* 12. Kaplan, H.S., R. Kohl, W. Pomeroy, A. Offit en D. Hogan, Group treatment of premature ejaculation, *Archives of Sexual Behavior*, 1974, 3, p. 443-452.
- \* 13. Kockott, G., *Behavior therapy in groups of patients without partners and couples suffering from sexual dysfunctions*. Voordracht op het IVe Wereldcongres voor seksuologie, Mexico, 1979.
- \* 14. Kockott, G., F. Dittmar en L. Musselt, Systematic desensitisation of erectile impotence; a controlled study. In: J. LoPiccolo en L. LoPiccolo (eds.), *Handbook of Sex Therapy*. New York: Plenum Press, 1978.
- \* 15. Kuriansky, J. en L. Sharpe, Clinical and research implications of the evaluation of woman's group therapy for anorgasmia, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1981, 4, p. 268-275.
- \* 16. Leiblum, S.R. en R. Ersner-Herschfield, Sexual enhancement groups for sexual dysfunctional woman, an evaluation, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1977, 3, p. 139-152.
- \* 17. Leiblum, S.R. en R.C. Rosen, The weekend workshop for dysfunctional couples: assets and limitations, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1979, 5, p. 57-69.
- \* 18. Leiblum, S.R., R.C. Rosen en D. Pierce, Group treatment format; mixed sexual dysfunctions, *Archives of Sexual Behavior*, 1976, 5, p. 313-321.
- \* 19. Lobitz, W.C. en E.L. Baker, Group treatment of single males with erectile dysfunction, *Archives of Sexual Behavior*, 1979, 8, p. 127-138.
- 20. Lobitz, W.C. en J. LoPiccolo, New Methods in the treatment of sexual dysfunction, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, p. 265-271.
- 21. LoPiccolo, L. en V. Miller, A program for enhancing the sexual relationship of normal couples. In: J. LoPiccolo en L. LoPiccolo (eds.) *Handbook of Sex Therapy*. New York: Plenum Press, 1978.
- \* 22. Mc Govern, K., C. Kirckpatrick en J. LoPiccolo, A behavioral group treatment program for sexual dysfunctional couples. In: J. LoPiccolo en L. LoPiccolo (eds.), *Handbook of Sex Therapy*. New York: Plenum Press, 1978.
- 23. Mc Govern, K., R. Stewart en J. LoPiccolo, Secondary orgasmic dysfunction, analysis and strategies for treatment, *Archives of Sexual Behavior*, 1975, 4, p. 265-275.

- \*24. Miller, N.R., The efficacy of using the Masters and Johnson method, with modification, to rapidly treat sexually dysfunctional couples in a group. *Dissertation Abstracts International*, 1974, 35, p. 824A.
- 25. Price, S., A. Heinrich en J. Golden, Structured group treatment of couples experiencing sexual dysfunction, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1980, 6, p. 247-257.
- 26. Reckless, J. en P. Byrd, A system of group therapy for the treatment of marital and sexual dysfunction, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1980, 6, p. 199-204.
- \*27. Reynolds, B., B. Cohen, B. Schochet, S. Price en A. Anderson, Dating skills training in the group treatment of erectile dysfunction for men without partners, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1981, 3, p. 184-193.
- \*28. Schneidman, B. en L. McGuire, Group therapy for nonorgasmic woman; two age levels, *Archives of Sexual Behavior*, 1976, 5, p. 239-247.
- 29. Van Craen, W., Groepstherapeutische behandeling van seksuele dysfuncties, *Seksuologische Actualiteiten*, 1980, 4, p. 129-131.
- 30. Vansteenwegen, A., M. Luyens en S. Daelemans, Resultaten van tien jaar residentiële en ambulante sekstherapie: een vergelijkend en verkennend onderzoek, *Tijdschrift voor Seksuologie*, 1984, 8, p. 1-9.
- \*31. Wallace, D. en L. Barbach, Pre-orgasmic group treatment, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1974, 1, p. 146-154.
- \*32. Yaffe, M., *Men's sex therapy groups*. Voordracht op het IVe Wereldcongres voor Seksuologie, Mexico, 1979.
- \*33. Zeiss, R.A., A. Christensen en A.G. Levine, Treatment for premature ejaculation through male-only groups, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1978, 4, p. 139-143.
- \*34. Zilbergeld, B., Group treatment of sexual dysfunction in men without partners, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1975, 1, p. 204-214.
- 35. Zilbergeld, B. en C. Rinkleib-Ellison, Social skills training as an adjunct to sex therapy, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1979, 5, p. 340-350.

## Summary

### *Group treatment of sexual dysfunctions – a review of the literature*

This review of the research literature on group psychotherapy programs for sexual dysfunctions summarizes the complaints, contra-indications, treatment format, treatment methods, research methods and outcomes of 24 selected studies. According to the available literature, group psychotherapy appears to be as effective as individual sex therapy and to have many practical advantages.