

COGNITIEVE FACTOREN BIJ DE BEHANDELING VAN SEKSUELE DYSFUNCTIONIES^o

Jan Norré en Walter Vandereycken*

In tegenstelling tot bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, is er opvallend weinig gepubliceerd over specifieke cognitieve therapie voor seksuele problemen. Nochtans toont onderzoek het belang aan van cognities bij seksuele dysfuncties. Bovendien blijkt dat de behandeling van seksuele dysfuncties kan geblokkeerd worden door specifieke cognities. Verschillende cognitieve problemen, die bij de behandeling van seksuele dysfuncties aan de orde kunnen komen, worden toegelicht aan de hand van voorbeelden uit de praktijk. De auteurs zijn voorstander van een integratieve aanpak, waarbij interventies op cognitief niveau deel uitmaken van een degelijk gestructureerd behandelingsplan.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, is er opvallend weinig gepubliceerd over specifieke cognitieve therapie voor seksuele problemen. Een recent artikel hierover (Hawton, 1989), in een overigens uitstekend boek, blijkt praktisch volledig gewijd aan de gedragstherapeutische aspecten (voorschriften, oefeningen) en bevat merkwaardig genoeg weinig dat men 'cognitief' zou kunnen noemen! Het pionierswerk van Masters en Johnson (1971) voor het behandelen van seksuele dysfuncties is hier niet vreemd aan. Dit model is immers gebaseerd op gedragsvoorschriften en blijft mede door zijn eenvoud nog steeds heel wat navolging kennen.

In tegenstelling tot de praktijk blijkt uit onderzoek naar de rol van cognitieve processen bij seksuele dysfuncties dat de manier waarop mensen aankijken tegen seksuele situaties, bepalend te zijn voor de mate van opwinding (Dekker, 1986). Dit betekent dat een bepalende factor van dysfuncties ligt in de cognitieve verwerking van seksuele stimuli. Angst stoort de aandacht: mensen met problemen letten niet op seksuele prikkels, maar op wat er allemaal mis zou kunnen gaan bij het vrijen. Onderzoek toonde ook aan dat seksuele fantasieën een stimulerende rol hebben in het verlangen naar seks (Dekker, 1989).

In de literatuur worden bij de behandeling van seksuele dysfuncties de volgende indicatiecriteria aangegeven voor het gebruik van cognitieve interventies om het succes van 'in vivo' gedragsopdrachten te vergroten (Fox en Emery, 1981):

* Dr. J. Norré, psycholoog-psychotherapeut, Tiensevest 146, B3000 Leuven; seksuoloog, Medisch Centrum voor Vruchtbaarheidsdiagnostiek, B3000 Leuven.
Prof. Dr. W. Vandereycken, psychiater-seksuoloog, buitengewoon docent, Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, K.U. Leuven; Hoofd afdeling Directieve Therapie, Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen, B3300 Tienen.
^o Geaccepteerd voor publicatie 22 september 1992.

- wanneer de angst van de cliënt té groot is om 'in vivo' aan zijn seksueel probleem te werken;
- wanneer de cliënt géén partner heeft om opdrachten mee uit te voeren;
- wanneer negatieve cognities of attitudes van de cliënt de 'in vivo' behandeling hinderen.

Bij de behandeling van seksuele dysfuncties kunnen we, zonder hierbij exhaustief te willen zijn, de volgende componenten onderscheiden.

Educatie of voorlichting omtrent het seksueel functioneren van man en vrouw

Het is een misvatting van de therapeut uit te gaan van de veronderstelling dat in deze tijd van seksuele liberalisering, vrijwel iedereen op de hoogte is van het seksueel functioneren. Onwetendheid of 'verkeerde' informatie kunnen een belangrijke rol spelen bij seksuele dysfuncties. Educatie aan de hand van voorlichtingsmateriaal (foto's, tekeningen, schema's, literatuur: voor overzicht literatuur zie M. Moors-Mommers (Red.) (1988) Handboek seksuele hulpverlening. Deventer, Van Loghum Slaterus, III.E.) vormt vaak één van de eerste stappen in de behandeling.

Het praten over seks

Het (leren) praten over seks, over de seksuele relatie en hun persoonlijke seksuele ervaringen is op zich een cognitieve herstructurering. Al te vaak blijkt dat paren, die overigens vlot communiceren, veel moeite hebben om hierover te praten en dit dus ook nauwelijks doen. De weerstand hiertegenover verwoorden ze vaak in termen van dat dit toch allemaal "spontaan" zou moeten verlopen.

Mythes en verwachtingen

Mythes, verwachtingen en vooronderstellingen ten aanzien van mannelijke en vrouwelijke seksualiteit zijn het resultaat van het socialisatieproces m.b.t. de rolverdeling tussen man en vrouw. Bovendien zijn mythen waar, in zoverre mensen erin geloven. Dit geloof vormt vaak een hinderpaal om te komen tot een bevredigende seksuele relatie. De belangrijkste mannenmythen zijn: seks is een goede prestatie leveren, de man moet altijd de leiding geven in seks, een man heeft altijd zin en kan altijd, seks is hetzelfde als gemeenschap hebben, voor seks moet je een erectie hebben (Zilbergeld, 1978). De belangrijkste vrouwenmythen zijn: vrouwen mogen in seks geen doeners zijn, de vrouw strekt het tot eer haar man nooit te weigeren, als je niet wilt neuken moet je maar helemaal niets doen, als hij een erectie heeft moet jij daar wat mee doen (Bezemer, 1983). Opmerkelijk is dat deze mythen voor mannen en vrouwen in complementaire termen vervat zijn. De meest opvallende mythe voor mannen en vrouwen, én ook voor therapeuten, is dat in dit verlichte tijdperk bovenstaande mythen géén invloed meer op ons hebben. De therapeut heeft als taak bij de taxatie van de seksuele klacht deze mythes en verwachtingen op te sporen en na te gaan welke invloed zij uitoefenen op de seksuele relatie. Via cognitieve herstructurering kan het paar geleerd worden realistische verwachtingen naar elkaar toe te formuleren.

Heretiketteren

Heretiketteren van de klacht is soms de belangrijkste motiveringstechniek bij seksuele dysfuncties.

Voorbeeld: een paar meldt zich aan omwille van een onbevredigende seksuele relatie, waarvan elk de schuld bij de ander legt. Om een constructieve medewerking te verkrijgen heretiketteert de therapeut hun aanmelding als een bijzondere zorg om de relatie.

Aan de hand van vier voorbeelden uit de seksuologische praktijk zullen we deze cognitieve componenten verder toelichten.

Seks als grote onbekende

Het echtpaar Danny en Helga werd verwezen voor sekstherapie omwille van chronische infertiliteitsproblemen (9 jaar) op psychogene basis. Immers, uit de voorgeschiedenis bleek dat zij nog geen seksuele gemeenschap gehad hadden sinds zij elkaar kenden (12 jaar). Hun seksuele relatie bleef beperkt tot manuele bevrediging van de man. De vrouw beleefde niet het minste plezier aan het seksueel contact. Beiden schreven hun gebrek aan kennis en onkunde toe aan een erg puriteinse opvoeding: zij wisten niet hoe het hoorde. Hun motivatie om nu in sekstherapie te gaan, was gebaseerd op hun verlangen naar kinderen. Er waren geen andere relationele moeilijkheden. Uit de anamnese bleek dat de vrouw reeds drie jaar neerslachtig was in het kader van een pathologisch rouwproces na het plotse overlijden van haar moeder. Dit uitte zich in een chronische buikpijn, gelijkend op die van moeder voor deze in het hospitaal terecht kwam. Uit de functionele analyse van hun seksuele problematiek bleek dit rouwproces voor de vrouw een centrale rol te spelen, waardoor in een eerste fase van de behandeling op individueel niveau gewerkt werd aan het verwerken van de rouw. Nadien is pas met de sekstherapie gestart. De rode draad was een leer- en groeiproces waarbij via voorlichting en opvoeding beiden hun eigen seksualiteit op hun eigen tempo leerden ontdekken. Achteraf vertelde de vrouw dat het verwerkingsproces voor haar van essentieel belang is geweest om te komen tot een bevredigende seksuele relatie.

Cognities kunnen dus reeds een rol spelen in de verwijzing. Zij weerspiegelen dan de opvattingen van de verwijzer i.p.v. deze van de cliënt zelf. Wie zich seksuoloog of sekstherapeut noemt moet hier alert voor zijn. Bij elke aanmelding van een seksuele klacht dient nagegaan te worden of het werkelijk gaat om een seksueel probleem en/of sekstherapie hier wel geïndiceerd is (Vandereycken, 1981). Het misleidende in deze casus is dat het opvoeden van onwetende cliënten m.b.t. seksualiteit een eenvoudige klus lijkt. Echter, tijdens dit leerproces, dat drie jaar in beslag genomen heeft, werd de therapeut vaak geconfronteerd met diverse twijfels en angsten van de cliënten, waarbij voorlichting alléén niet voldoende bleek om dit leerproces te continueren.

De mythe van de perfecte man

Peter (26 jaar) meldt zich aan met de klacht dat hij sinds twee jaar geen zin meer heeft om met zijn verloofde Ina te vrijen. De frequentie bedroeg slechts één keer per twee maanden. Hij bestempelt zichzelf als impotent, want hij moet actief seksueel fantaseren om een erectie te kunnen blijven volhouden. Bovendien komt hij zelden bij het vrijen tot een orgasme (laatste half jaar geen enkele keer). Hij ervaart vrijen als een plicht, omdat zij dat van hem verwacht. Het is dan ook een hele opluchting voor hem als Ina ongesteld is.

Uit de anamnese van Peter blijkt dat omwille van deze klachten reeds drie eerdere relaties zijn stuk gelopen. Telkenmale liep het in het begin vrij vlot, doch na een tijdje begon de tegenzin te groeien en haakte hij tijdens het knuffelen af. Voor hem had dit niets met genieten te maken, maar was het een karwei. Hij had daardoor een sterk gevoel te falen als man. Deze twijfels zetten hem reeds tijdens zijn eerste relatie aan tot masturberen (hij was toen 18 jaar). Omdat hij hierbij geen problemen onderzond om klaar te komen, werkte dit als een geruststelling, waardoor de frequentie van masturberen snel toenam. Hij merkte zelfs op dat tijdens het masturberen het orgasme "als vanzelf" kwam. Hij maakte daarbij gebruik van naaktfoto's van vrouwen die voor hem uitdagend waren. Dit masturbatieritueel is zijn eigen leventje gaan leiden. Hij heeft hierover zo veel schaamtegevoelens dat hij er nog nooit met niemand over gesproken heeft (ook met Ina niet). Hierbij stelt hij zich de vraag of hij wel bekwaam is om een stabiele relatie op te bouwen.

Uit de voorgeschiedenis van Ina (24 jaar) weten we dat zij een twee jaar durende relatie heeft gehad vanaf haar twintigste zonder seksuele moeilijkheden. Zij tilde er in het begin niet zwaar aan dat Peter weinig initiatief nam. Doch toen hij vertelde dat dit in zijn vorige relatie ook zo was, kreeg ze angst dat hun relatie ook zou stuk lopen. Na lang aandringen kon ze hem bewegen om hiervoor hulp te zoeken.

Uit een nadere analyse van hun samenleven blijkt dat Peter erg in beslag is genomen door zijn professionele ambities en hobby's. Hier staat Ina ook volledig buiten. Peter hecht veel belang aan hoe hij overkomt bij anderen: alles draait rond zijn imago, waardoor hij bevestiging zoekt in zijn werk en hobby's. Iets waarin hij niet uitblinkt, schuift hij direct terzijde. Deze prestatiegerichtheid en perfectionisme kleuren zijn leven.

De therapie heeft tot doel dit af te bouwen in de relatie door Ina meer te betrekken bij zijn activiteiten én ook door dingen samen te doen. Hierdoor wordt wellicht ook de stap mogelijk naar de seksuele relatie, het samen genieten. Dit impliceert ook dat Peter over zijn masturberen zal moeten praten met Ina en de therapeut zal hem hierbij helpen.

In de eerste zeven sessies bespreken we hoe Peter Ina kan betrekken bij zijn activiteiten. Zij maken een aantal concrete afspraken over hun sociaal en vrije tijdsleven. Zij doen meer samen en beiden zijn hier tevreden over. De eerstvolgende sessie vertelt Peter zijn verhaal over zijn masturberen. Voor Ina is dit een shock. De vijf volgende sessies bespreken ze verder de implicaties hiervan voor hun seksuele relatie. Ze besluiten dat Peter stopt met masturberen tot hun seksuele relatie bevre-

digend is. Daarom besluiten ze alle naaktfoto's te verzamelen en weg te gooien als symbool van deze afspraak. Uit deze sessies is voor beide duidelijk geworden dat het verschil tussen masturberen en vrijen ligt in de verwachtingen die hij in zichzelf stelt en die hij denkt dat Ina in hem stelt. Uit angst om aan deze verwachtingen niet te kunnen voldoen en Ina te ontgoochelen, vermijdt hij seksueel contact met haar. Immers, dit zou kunnen leiden tot een aantasting van zijn mannelijk imago. Hij realiseert zich nu dat door dit vermijdingsgedrag een vicieuze cirkel is ontstaan. De prestatiedruk is alleen maar groter geworden.

Het paar krijgt de eerste stap van de "sensate-focus" oefening (Masters en Johnson, 1971) mee, waarbij de therapeut een duidelijk coïtusverbod stelt en dat de nadruk ligt op het genieten van de lichamelijke ervaringen én niet op het bereiken van opwinding. De volgende sessie vertellen zij dat zij de opdracht hebben uitgevoerd, doch Peter rapporteert dat hij tijdens deze opdracht dezelfde prestatiedruk ervaren heeft. Daarom stelt de therapeut voor eerst verder in te gaan op de cognities die gepaard gaan met deze prestatiedruk. Peter krijgt de opdracht om alle mogelijke verwachtingen, die hij in zichzelf stelt en die hij denkt die Ina in hem zou kunnen stellen, eerst te inventariseren en nadien met Ina te bespreken. In de volgende sessie blijkt dat zij er samen in geslaagd zijn om rationele alternatieven te formuleren voor deze verwachtingen. Zo wijzigde hij een voor hem belangrijke cognitie "ik moet klaar komen, anders denkt Ina dat ik niet opgewonden ben" in "ik mag klaar komen, wanneer ik dit zelf prettig vind" en kregen zij de concrete opdracht zo lang mogelijk met elkaar te vrijen zonder klaar te komen.

De hoge eisen en de prestatiedruk, die Peter zich oplegt, verhinderen hem om te kunnen blijven genieten van het seksuele contact met Ina. Voor Peter was het noodzakelijk dat hij voor zichzelf duidelijk kon maken hoe hij zichzelf onder druk zette, om vervolgens zijn cognities via rationele zelfanalyse à la Beck (1979) te wijzigen en te verstevigen via concrete gedragsopdrachten binnen de relatie.

Onhaalbare verwachtingen

Bert (29 jaar) en Lies (24 jaar) melden zich op eigen initiatief aan, omdat de spanning binnen de relatie voor beiden ondraaglijk geworden zijn. Dé oorzaak voor beiden is dat Lies sinds een jaar geen zin meer heeft in seks. Zij hebben elkaar zes jaar geleden leren kennen en zijn ondertussen vier jaar gehuwd. De eerste drie jaar was hun relatie bevredigend. Na één jaar huwelijk stopte Lies met anticonceptie, aangezien beiden kinderen wilden. Doch toen Lies zich realiseerde dat zij niet zwanger werd, merkte zij bij zichzelf dat zij minder zin had om te vrijen met Bert. Tegen haar zin vrijde ze nog in de "vruchtbare" periode. Hun angst werd bevestigd: zij kunnen geen kinderen krijgen omwille van infertiliteit bij de man. Deze slag kwam bij beiden hard aan en zij slaagden er niet in hierover met elkaar te praten. Bert vluchtte in zijn werk, Lies ontweek elk seksueel contact. Zij was ervan overtuigd dat vrijen met Bert alle zin verloren had, omdat hij haar geen kinderen kon schenken. Zelf had ze zich niet gerealiseerd dat deze opvatting zo'n belangrijke rol speelde in haar huidig seksueel leven.

Zij realiseerden zich dat het veranderen van deze cognitie essentieel was om opnieuw te kunnen genieten van de seksuele omgang met elkaar. Doel van de therapie werd dan dat zij zouden proberen een andere betekenis te geven aan hun seksuele relatie. Zij onderzochten samen welke betekenissen hun seksuele relatie voor hen had. Vervolgens gingen zij na of zij bereid waren hierin wijzigingen te aanvaarden, gezien de biologische realiteit. Echter, Lies kon op dit ogenblik van haar leven seksualiteit niet los zien van het krijgen van kinderen. Kunstmatige donorinseminatie bleek in deze omstandigheden geen verantwoord alternatief.

Bij dit koppel is de therapeut 'gestuit' op een niet-veranderbare cognitie van Lies. Zij liet duidelijk merken niet bereid te zijn om haar cognitie te willen veranderen. Immers, de vraag kan gesteld worden of de therapeut haar 'moet' leren aanvaarden dat Bert haar geen kinderen kan schenken. De therapeut kan het paar duidelijk maken wat hen verhindert om een bevredigende seksuele relatie te hebben. Het is aan hen beiden om uit te maken wat zij hiermee doen. Als Lies de realiteit van de onvruchtbaarheid van Bert niet wil aanvaarden, is het aan de therapeut om hen te confronteren met de consequenties die dit heeft voor hun relatietoekomst, waarvoor zij tegenover elkaar hun verantwoordelijkheid zullen dienen op te nemen.

Heretiketteren van de seksuele problematiek

Chris meldt zich aan met als klacht een gebrek aan zelfvertrouwen en een gevoel van minderwaardigheid in de omgang met anderen. Ze geeft aan dat ze tijdens haar jeugd erg sociaal was, maar dat dit veranderde toen zij huwde met Tom (12 jaar geleden). Naarmate ze verder uiting geeft aan haar onvrede over haar huwelijksrelatie, wordt ze emotioneler en geeft ze haar geheim prijs: ze heeft met haar man nog nooit coïtus gehad, met ongewilde kinderloosheid als gevolg. Tom verzet zich echter tegen elke vorm van hulpverlening, ook van de huisarts die haar verwezen had. De verleiding om op het seksuele probleem in te gaan is hier erg groot, mede doordat Chris er de therapeut op attent maakt dat ze dit aan een eerder geraadpleegde therapeut niet verteld heeft. Toch opteert de therapeut voor de volgende behandelingsstrategie: "Ik waardeer ten zeerste dat je mij in vertrouwen neemt. Dit is de basis om doeltreffend aan je problemen te werken en voor mij een teken dat je bereid bent om je problemen ernstig te nemen. Nochtans is het beter dit voorlopig te laten rusten en eerst te werken aan je zelfvertrouwen en je omgang met anderen. Dit kan je later helpen om helderder te overdenken waar je naartoe wil met je huwelijksrelatie." Als behandelingsplan wordt een sociale vaardigheidstraining in groep voorop gesteld. Nadat Chris deze heeft gevolgd met voor haar bevredigende resultaten, vertelt ze de therapeut bij de evaluatie dat deze werkwijze ("de seksuele relatie is voor later") enerzijds een opluchting was en anderzijds een motiverende factor in de sociale vaardigheidstraining. Was de seksuele problematiek onmiddellijk aangepakt, was ze weggebleven.

In geval van een niet-seksuele aanmeldingsklacht kan ook het herkennen van een seksuele problematiek in de anamnese al te snel de therapeut verleiden om deze

als oorzaak van de aanmeldingsklacht te bestempelen en deze aan te grijpen als focus van de behandeling, dus een sekstherapie te starten. De therapeut heeft het melden van de seksuele problematiek door de cliënt gebruikt om haar motivatie tot verandering te verhogen, om pas in een tweede fase met de sekstherapie te starten.

Slotbeschouwing

Vooraf binnen de gedragstherapie is heel wat te doen geweest over de rol van cognities bij gedragsvoorschriften. De cognitieve stroming heeft gewezen op de specifieke rol die cognities kunnen spelen bij het ontstaan en in stand houden van klachten. Cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat de cognities dienen gewijzigd te worden om een duurzame verandering van de klacht te kunnen realiseren. Echter, de vraag kan ook gesteld worden of het veranderen van cognities op zich voldoende is om een klacht te verminderen of te elimineren.

De erfenis van Masters en Johnson (1971) heeft ertoe geleid dat er weinig aandacht werd besteed aan de rol van cognitieve factoren bij de behandeling van seksuele dysfuncties. De praktijk leerde ons echter dat vele paren niet de vooruitgang maakten die Masters en Johnson hadden voorspeld: ze reageerden helemaal niet op de standaardprocedures of het effect was voorbijgaand. Stilaan werd duidelijk dat de therapie vaak geblokkeerd, gesaboteerd of afgebroken werd omwille van factoren binnen de partnerrelatie of bij een of beide personen (Vandereycken, 1981). Zo hebben er zich in de loop der jaren twee trends afgetekend: enerzijds de specifieke sekstherapie gebaseerd op Masters en Johnson, anderzijds de multidimensionele sekstherapie geïntegreerd in een ruimer referentiekader (van psychoanalyse tot systeemtheorie). Hierbij bestaat het risico de klacht te gaan behandelen als een geïsoleerd fenomeen, ofwel af te glijden naar dieperliggende niveau's weg van de eigenlijke seksuele klacht. Ondanks de diversiteit van therapeutische stijlen bij seksuologen is door de jaren heen één grondgedachte behouden gebleven, nl. een integratie van gestructureerde seksuele gedragsvoorschriften met aandacht voor interfererende intra- en interpersoonlijke factoren (Vandereycken, 1988). Bij de taxatie van een seksuele dysfunctie dient de therapeut ook alert te zijn voor de cognitieve factoren die aanwezig zijn binnen een paar. De aanpak van deze cognitieve elementen dient te gebeuren in een gestructureerd behandelingsplan, zonder te vervallen in specifieke cognitieve therapie. De praktijk heeft immers geleerd dat elke unidimensionele behandeling van seksuele dysfuncties gedoemd is tot mislukken. De uitdaging is aan de lezer om deze cognitie te wijzigen.

Summary

The role of cognitions in the treatment of sexual dysfunctions

In contrast to depression or anxiety disorders, there is very little published about cognitive therapy for sexual dysfunctions. Nevertheless, research shows evidence for the importance of cognitions in sexual dysfunctions. Also, the treatment of sexual dysfunctions can be inhibited by specific

cognitions. Different cognitive problems can be present in the treatment of sexual dysfunctions. They are illustrated with clinical cases. The authors propose an integrative therapeutical approach of sexual dysfunctions, in which interventions at a cognitive level are a part of a well structured treatment plan.

Literatuur

- Beck, A.T., A.J. Rush, B.F. Shaw en G. Emery (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, New York.
- Bezemer, W. (1983). Over menselijk seksueel gedrag en beleving. In: M. Moors-Mommers (Red.) *Handboek seksuele hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dekker, J., J. Donkers en J. Staffeleu (1986). Sekstherapie in mannengroepen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 10: 72-80.
- Dekker, J. (1986). Over de oorzaak van seksuele dysfuncties. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 10: 190-196.
- Dekker, J. (1989). Willekeurige beïnvloeding van seksuele opwinding: een samenvatting. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 13: 169-177.
- Fox, S. en G. Emery (1981). Cognitive therapy of sexual dysfunctions: A case study. In G. Emery, S.D. Hollon en R.C. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy*. Guilford Press, New York.
- Hawton, K. (1989). Sexual dysfunctions. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk en D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford University Press, Oxford.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson (1971). *Seksuele stoornissen bij man en vrouw*. Paris/Manteau, Amsterdam.
- Vandereycken, W. (1981). Ongewone interventies bij een stagnerende sekstherapie. *Kwartaaltijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 1: 213-223.
- Vandereycken, W. (1988). Gedragstherapie bij seksuele dysfuncties. In I. Ponjaert-Kristoffersen, A. Vansteenwegen en H. Vertommen (red.). *Psychologen over seksualiteit. 2. Probleemgebieden en hulpverlening*. Acco, Leuven, Amersfoort.
- Zilbergeld, B. (1978). *Male sexuality*. Little Brown, Boston.