

DE BEHANDELING VAN SEKSUELE DISFUNCTIES BIJ HETEROSEKSUELE PAREN MET BEHULP VAN COGNITIEF-GEDRAGSTHERAPEUTISCHE BIBLIOTHERAPIE MET BEPERKTE THERAPEUTISCHE ONDERSTEUNING^o

Jacques J.D.M. van Lankveld*

Met behulp van bibliotherapie is onderzocht in hoeverre de belangrijkste elementen uit de sekstherapeutische (Masters & Johnson, 1970) en cognitief-therapeutische (Munjack e.a., 1984, Everaerd & Dekker, 1985) benadering van seksuele disfuncties ook effectief zijn buiten de therapeutische setting. In de onderzochte vorm van bibliotherapie is gebruik gemaakt van een schriftelijke handleiding met een aanbod van zeer beperkte professionele begeleiding per telefoon. In een gecontroleerde studie werd het effect van deze methode onderzocht bij 199 heteroseksuele paren, die at random werden toegewezen aan een behandelgroep of een wachtlijstgroep. Direct na afloop van de behandelperiode rapporteerden zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten in de behandelgroep minder klachten met betrekking tot de lage frequentie van seksueel contact, vergeleken met paren in de controlegroep. Mannelijke respondenten hadden ook minder psychische klachten die samenhangen met het hebben van een seksueel probleem. Deze effecten gingen tijdens de follow-up periode voor een belangrijk deel weer verloren. Vrouwen met vaginisme rapporteerden minder vaginistische klachten aan het einde van de behandelperiode dan vrouwen in de controlegroep met hetzelfde probleem. Vrouwen met dyspareunie, daarentegen, rapporteerden meer klachten van een pijnlijke vagina en moeite met coïtus aan het einde van de behandelperiode dan vrouwen in de controlegroep met dit probleem. Deze effecten bleven behouden na de follow-up periode. De implicaties van deze bevindingen voor de praktijk van de behandeling van seksuele disfuncties worden besproken.

Sinds het baanbrekende werk van Masters & Johnson (1970) in de jaren zestig, is gebleken dat seksuele problemen in veel gevallen met succes behandeld kunnen worden met kortdurende psychologische therapieën (Hawton, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). De toegepaste interventies in deze therapieën, die veelal aangeduid worden met 'seks therapie' of 'sensate focus therapie', zijn psychoeducatie en gedragstherapeutische methodieken zoals systematische desensitizatie. In latere instantie werd hieraan cognitieve herstructurering toegevoegd (Munjack, Schlaks, Sanchez, Usigli, Zulueta & Leonard, 1984; Everaerd & Dekker, 1985). Alhoewel het enthousiasme onder professionele hulpverleners voor het verlenen van hulp bij seksuele disfuncties sinds de introductie van sekstherapie is toegenomen, kan de empirische evidentie voor de effectiviteit van sekstherapie echter slechts voor enkele disfunctie-typen voldoende worden geacht. Zo concluderen Heiman & Meston

(1997) in een overzichtsartikel, dat alleen de behandeling van primaire anorgasmie bij vrouwen en van mannelijke erectiestoornis voldoet aan de kwaliteitseisen die door de American Psychological Association's Task Force (1995) gesteld worden aan een effectieve behandeling. De effectiviteit van sekstherapie voor deze seksuele disfuncties is in meerdere goed gecontroleerde studies vastgesteld. Voor de andere seksuele disfuncties is de status van sekstherapie minder solide.

In dezelfde periode waarin de effectiviteit van sekstherapie bij verschillende probleemtypen werd onderzocht, is een begin gemaakt met ontmantelingsstudies, waarin verschillende deelaspecten en randvoorwaarden van de interventie worden onderzocht. Zo werd vergelijkend onderzoek verricht naar sekstherapie met dagelijkse, wekelijkse en tweewekelijkse zittingen, met één en twee therapeuten, met een therapeut van hetzelfde of het andere geslacht als de patiënt, met danwel zonder

* Dr. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog/psychotherapeut/seksuoloog NVVS. Werkadres: Afdeling Medische, Klinische en Experimentele Psychologie, Academisch Ziekenhuis Maastricht, P. Debyelaan 25, 6202 AZ Maastricht.

^o Dit is een samenvatting van een academisch proefschrift 'Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples', Rijksuniversiteit Leiden, 1998.
Geaccepteerd voor publicatie 10 mei 1999.

tijdelijk verbod op het hebben van gemeenschap, met en zonder aanvullende sociale vaardigheidstraining of relatietherapie (voor overzichten van deze materie, zie o.m. Rosen & Leiblum, 1995; Heiman & Meston, 1997). Met behulp van *bibliotherapie* is vanaf 1975 (Lowe & Mikulas, 1975) getracht vast te stellen welke rol de aandacht van een therapeut in het therapeutische proces van sekstherapie speelt. De therapeutische interventies, instructies en suggesties die de therapeut normaliter in het directe contact aan de patiënt zou geven, worden op schrift gesteld en de patiënt past deze naar eigen inzicht toe in de thuissituatie. Het bibliotherapie-materiaal brengt de therapeutische interventie derhalve over zonder de fysieke aanwezigheid van een behandelaar, die mogelijk een zogenaamd non-specifiek verwachtingseffect zou kunnen hebben. Indien met bibliotherapie een significant en klinisch relevant effect kan worden aangetoond, wordt aannemelijker gemaakt, dat het therapie-effect tenminste voor een belangrijk deel is toe te schrijven aan de inhoud van de therapeutische suggesties.

Met behulp van een *meta-analyse* (Van Lankveld, 1998a), waarin uitsluitend gecontroleerde studies opgenomen werden, werd een kwantitatieve samenvatting gemaakt van de state-of-the-art van bibliotherapie voor seksuele disfuncties. De opgenomen studies zijn beschreven tussen 1975 en 1989. In alle gevallen betreft het de bibliotherapeutische equivalent van sekstherapie zoals beschreven door Masters & Johnson in hun boek 'Human Sexual Inadequacy' (1970). Er werden geen studies gevonden die de bibliotherapeutische toepassing van cognitieve therapie (Munjack e.a., 1984; Everaerd & Dekker, 1985) onderzochten. De meta-analyse combineerde de effecten van 12 gecontroleerde studies, waarvan de data betrekking hadden op 397 proefpersonen, behandeld in 16 bibliotherapiegroepen. 87% van de studies betrof bibliotherapie voor vrouwelijke of mannelijke orgasme-problemen. Het combineren van meerdere studies wordt mogelijk gemaakt door de behandelresultaten van alle studies, hoe verschillend deze ook vaak worden gerapporteerd, te vertalen naar een en dezelfde rekeneenheid, de effectgrootte. In deze meta-analyse werd als effectgrootte gekozen het verschil tussen de behandelde groep en de controlegroep op de uitkomstmaat na afloop van de therapie, gedeeld door de standaard deviatie van de controlegroep op deze uitkomstmaat. Voor zover mogelijk werd op dezelfde manier een effectgrootte berekend van het resultaat na een follow-up pe-

riode. Er werd een gemiddelde effectgrootte (ES) gevonden van 0.68 standaard deviatie (SD) na afloop van de behandelperiode (0.50 SD na weging van de studies op basis van hun steekproefgrootte). Slechts 9 studies rapporteerden follow-up data, met een gemiddelde ES van 0.30 SD (0.21 SD na weging van de studies op basis van hun steekproefgrootte). Dit effect was niet statistisch significant. Het effect zou marginaal significant zijn geweest indien de andere studies een gemiddeld even groot follow-up effect gerapporteerd hadden. Er moet op grond van de data echter geconcludeerd worden dat er sprake is van een minder gunstig resultaat wanneer de bibliotherapie enige tijd geleden is afgerond.

Het onderhavige onderzoek dat volledig beschreven is in Van Lankveld (1998b) heeft tot doel gehad de empirische basis van de bibliotherapeutische benadering van seksuele disfuncties te verbreden. Het aantal proefpersonen waarbij deze benadering is toegepast is aanzienlijk uitgebreid. De bibliotherapie werd toegepast bij een breder scala van seksuele disfuncties. De in de cognitief-gedragstherapeutische bibliotherapie (CGB) beschreven interventie is te omschrijven als een integratie van de sekstherapie-aanpak volgens Masters & Johnson (1970) en de cognitieve therapie van seksuele stoornissen (Munjack e.a., 1984; Everaerd & Dekker, 1985). Het effect van CGB werd onderzocht in een *gecontroleerde klinische trial*, met *gerandomiseerde toewijzing* van de proefpersonen aan een behandelde groep of een wachtlijstgroep. De behandelperiode duurde 10 weken, gevolgd door een follow-up periode van 10 weken voor behandelgroep zowel als controlegroep.

Proefpersonen

Het effect van bibliotherapie voor seksuele disfuncties is onderzocht in twee sub-steekproeven die in totaal bestonden uit 199 paren, respectievelijk uit 398 proefpersonen. In alle gevallen betrof het heteroseksuele paren met seksuele disfuncties, die voldeden aan de diagnostische criteria van DSM-IV. De eerste groep paren werd geworven met advertenties in landelijke en regionale bladen. Het belangrijkste onderscheidende kenmerk ten opzichte van de tweede groep was het ontbreken van eerdere professionele hulp voor het huidige seksuele probleem in de voorgeschiedenis van de respondenten in deze groep. De andere sub-steekproef bestond uit patiëntenparen van de polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie van

het Leids Universitair Medisch Centrum. Deze paren hadden zich in eerste instantie aangemeld voor professionele hulpverlening en stonden op de wachtlijst voor behandeling. In de wachtperiode konden zij deelnemen aan het bibliotherapie-onderzoek. De data van beide partners werden verzameld in afzonderlijk gehouden interviews. Behalve dat de mannen in de polikliniegroep jonger waren dan die in de advertentiegroep, werden geen verschillen tussen beide subgroepen gevonden met betrekking tot demografie, seksuele voorgeschiedenis of hulpverleningsgeschiedenis. Daarentegen bleek de variantie van de demografische data voor een veel groter deel verklaard te worden door het disfunctietype. Het zelfde patroon werd gevonden met betrekking tot seksuele, individueel psychologische, psychiatrische en relationele kenmerken. Voor het verdere onderzoek werden beide subgroepen samengevoegd.

De zelfhulpmethode

De bibliotherapiemethode was ingebed in een '*minimale interventiestrategie*'. De paren in de behandelgroep ontvingen een zelfhulphandleiding (Van Lankveld, 1993). Zij werden geïnstrueerd hoe zij de handleiding dienden te gebruiken en kregen het aanbod om gebruik te maken van therapeutische ondersteuning in de vorm van telefonisch contact met een seksuoloog. Dit contact diende door de participanten zelf geïnitieerd te worden. Slechts voor een klein deel van de behandelgroep werden vooraf een vast aantal telefonische contacten afgesproken. De cognitief-gedragstherapeutische zelfhulpmethode zoals beschreven in de handleiding combineert elementen uit de sekstherapie zoals beschreven door Masters & Johnson (1970) met de methode van rationeel-erotische zelfhulp zoals beschreven door Maultsby (1975). Deze cognitieve interventies worden toegepast in een '*trouble-shooting model*'. Wanneer men vastloopt met het toepassen van de sensate focus aanpak, worden aanwijzingen gegeven, hoe men de cognitieve blokkades kan opsporen die hier een rol in spelen. Volgens een vast stramen worden dergelijke cognitieve verstoringen vervolgens beschreven in termen van 'aanleiding', 'automatische gedachten', en 'gevolgen voor gevoel en gedrag'. De patiënt wordt voorgesteld om een haalbaar en redelijk veranderdoel te formuleren. Daarna start de uitdaging van de (irrationele) automatische gedachten. Daarbij wordt steeds gebruik gemaakt van twee vragen: 'Is mijn automatische gedachte waar?' en 'Helpt

mijn automatische gedachte mij om mijn doel te bereiken?'. Omdat dit in dergelijke situaties vaak niet het geval is, dient de automatische gedachte bijgesteld te worden. Hiervoor geeft de handleiding concrete suggesties. Met behulp van deze nieuwe redelijke gedachte kan de patiënt trachten het oefenen in het sensate focus traject te verbeteren.

Resultaten van cognitief-gedragstherapeutische bibliotherapie voor seksuele disfuncties

Het behandel-effect werd gemeten met behulp van vragenlijsten die respondenten invulden na afloop van de behandel- en follow-up periode. Deze vragenlijsten onderzochten het seksuele functioneren (GRISS: Rust & Golombok, 1986a, 1986b; Ter Kuile, van Lankveld, Kalkhoven & Van Egmond, 1999; Van Lankveld & Ter Kuile, 1999), seksuele en relationele satisfactie (MMQ: Arrindell, Boelens & Lambert, 1983; en ILKS: Vennix, 1983), en een aantal psychologische stressgevolgen van het hebben van het seksuele probleem (last hebben, zich belemmerd voelen, zich zorgen maken) met behulp van een zelf geconstrueerd vragenlijstje. Ook werd rechtstreeks gevraagd naar de mate van verbetering of verslechtering van de seksuele klachten. Direct na afloop van de behandelperiode rapporteerden zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten in de behandelgroep minder klachten met betrekking tot een lage frequentie van seksueel contact, vergeleken met paren in de controlegroep. Mannelijke respondenten hadden ook minder psychische klachten die samenhangen met het hebben van een seksueel probleem (ervaren last van, ervaren belemmering in de dagelijkse bezigheden door, en zich zorgen maken over het seksuele probleem).

De effecten die aan het einde van de behandelperiode werden vastgesteld, gingen tijdens de follow-up periode voor een deel verloren, alhoewel nog steeds sprake was van positieve veranderingen ten opzichte van de baseline-meting voorafgaande aan de start van de bibliotherapie. De verschillen tussen behandelgroep en controlegroep waren echter niet meer statistisch significant.

Behalve het hoofdeffect van de interventie dat gold voor alle seksuele disfunctietypen werd een interactie-effect gevonden met seksueel disfunctietype. Behandelde vrouwelijke respondenten met vaginisme rapporteerden minder vaginistische klachten aan het einde van de behandelperiode dan vrouwen in de controlegroep met hetzelfde probleem. Behandelde vrouwelijke respondenten met dyspareunie, daarentegen, rapporteerden meer

klachten van een pijnlijke vagina en moeite met coïtus aan het einde van de behandelperiode, vergeleken met vrouwen in de controlegroep met dezelfde disfunctie. Deze effecten bleken aan het einde van de follow-up periode nog steeds in even sterke mate aanwezig te zijn.

Een positief resultaat van CGB is herkenbaar in de behoefte aan verdere seksuologische hulpverlening na deelname aan het bibliotherapie-onderzoek. In totaal namen 84 paren deel aan de studie terwijl zij op de wachtlijst stonden voor sekstherapie. Van de 46 paren die na randomisatie in de behandelgroep kwamen, zagen 9 paren (19.6%) af van verdere behandeling, tegenover slechts 1 paar (2.6%) van de in totaal 38 polikliniekparen in de controlegroep. Voor de paren die afzagen van verdere behandeling had de CGB tot een voldoende bevredigend resultaat geleid. Het gevonden verschil is statistisch significant.

De gevonden resultaten van CGB werden onderzocht op robuustheid door een analyse van het 'intention-to-treat' effect. Wanneer gecorrigeerd werd voor het ontbreken van gegevens, doordat (een klein aantal) respondenten zich tijdens het onderzoek hadden teruggetrokken, bleven de behandel-effecten even groot.

Er bleek, zoals te verwachten, een positieve associatie te bestaan tussen de mate van compliance met de bibliotherapiemethode en het behandel-effect bij vrouwelijke respondenten aan het einde van de behandelperiode. Een dergelijke samenhang ontbrak echter met het effect na de follow-up periode, en ook met het effect van de behandeling bij mannen. Het belangrijkste compliance-aspect, dat samenhang met het behandel-effect, was de frequentie van telefonisch contact met de therapeut. Hoe vaker er contact was geweest in de behandelperiode, des te groter de kans op een positief resultaat.

In een afzonderlijke gerandomiseerde, gecontroleerde trial werd het effect van CGB met minimale therapeutische ondersteuning onderzocht bij *gynaecologische patiënten en hun partners*. Veel mannen en vrouwen zoeken hulp voor hun seksuele problemen bij medici, allereerst de huisarts, en in tweede instantie de uroloog of gynaecoloog, met name wanneer gedacht wordt aan overwegend lichamelijke oorzaken voor het probleem, zoals in geval van dyspareunie bij de vrouw of van erectiestoornis. De respondenten werden geworven via de polikliniek gynaecologie van het Leids Universitair Medisch Centrum. De bibliotherapie-interventie, het instrumentarium om het resultaat vast te

stellen, de duur van de behandeling en van de follow-up periode, evenals alle andere aspecten van de onderzoeksprocedure waren identiek aan die in de eerder besproken trial. Een verschil met deze eerste studie, was de toevoeging van enkele andere exclusie-criteria, namelijk de diagnose van gynaecologische aandoeningen, die het ontstaan of in standhouden van de aangemelde seksuele disfunctie eenduidig konden verklaren, en de diagnose van gynaecologische kanker. De studie werd gestart met 22 paren, waarvan 20 paren gevolgd konden worden tot het einde van de behandelperiode en 18 paren tot het einde van de follow-up periode. Er werden geen significante effecten van bibliotherapie gevonden met betrekking tot de toestand van de seksuele disfunctie noch met betrekking tot andere aspecten van het seksuele of relationele functioneren. Hieruit moet geconcludeerd worden, dat CGB, zoals geïmplementeerd in de huidige studie, niet effectief was bij seksuele disfuncties van gynaecologische patiënten en hun partners. De zeer beperkte compliance van de respondenten met de aanwijzingen in de bibliotherapiehandleiding en de grote inspanning die het kostte om deelnemers te werven voor de studie kunnen worden gezien als aanwijzingen dat vooral gebrek aan motivatie voor een dergelijke psychologische benadering van seksuele problemen een belangrijke oorzaak was van het uitblijven van elk behandel-effect.

Implicaties voor de psychologische behandeling van seksuele disfuncties

Cognitief-gedragstherapeutische bibliotherapie (CGB) bij heteroseksuele paren met een breed scala aan seksuele disfuncties bleek een positief effect te hebben van dezelfde orde van grootte als eerdere bibliotherapeutische benaderingen (van Lankveld, 1998a), die gebaseerd waren op sensate focus-therapie (sekstherapie) volgens Masters & Johnson (1970). Helaas kan de effectgrootte van de CGB niet gemakkelijk worden vergeleken met het eindebehandelingseffect van de gangbare benadering van seksuele disfuncties, waarvan het face-to-face contact met een therapeut een essentieel aspect is, omdat relevante onderzoeksdata ontbreken. Immers, van deze benadering zijn tot op heden geen kwantitatieve overzichtsartikelen of meta-analyses van gecontroleerde studies gepubliceerd.

De proefpersonen in de hier genoemde onderzoeken werden pas toegelaten tot het onderzoek na een uitgebreide selectieprocedure. Proefperso-

nen met een diagnose van depressieve stoornis of met ernstige relatieproblemen werden uitgesloten van deelname. Samenvattend kan de toepassing van CGB worden aanbevolen aan heteroseksuele paren met seksuele disfuncties waarvan beide partners niet depressief zijn en wier relatie stabiel en over het algemeen positief bevonden wordt.

Voor de meerderheid van de seksuele disfuncties blijkt het effect van CGB echter slechts tijdelijk van aard te zijn. De oorzaken hiervan zijn niet vastgesteld in de hier gerapporteerde studies. Er kan hierover slechts gespeculeerd worden. Een van de mogelijke oorzaken is, dat de vermindering van seksuele interactie, die kenmerkend is voor paren met seksuele disfuncties, tijdelijk wordt opgeheven wanneer men de richtlijnen en suggesties voor oefeningen in de handleiding opvolgt. Eerdere interactiepatronen keren echter wellicht terug bij het uitblijven van verdere verbetering, bijvoorbeeld omdat de moeilijkheden met betrekking tot de seksuele fysiologie nog onvoldoende zijn opgelost.

Enkele bevindingen uit de effectstudie van CGB geven aanwijzingen voor verbetering van de minimale interventie-strategie waarin de bibliothераpeutische benadering is ingebed. Er bleek een significant verband te bestaan tussen de mate van verbetering door CGB en compliancevariabelen. Hoe vaker er telefonisch contact was geweest met de therapeut, des te groter de kans op verbetering bij de vrouwelijke partners. Dit pleit voor het instellen van regulier ondersteunend contact met een hulpverlener, telefonisch of anderszins. Het ontbreken van een positief effect van CGB bij gynaecologische patiënten en hun partners, van wie de compliance aanzienlijk lager bleek te zijn dan van de deelnemers in de grotere effectstudie, vormt 'circumstantial evidence' voor deze veronderstelling. De suggestie van meer therapeutische ondersteuning stimuleert echter geen verkapte terugkeer naar het gangbare behandelmodel van frequent face-to-face contact met een seksuoloog. De opbrengst van gangbare face-to-face hulpverlening moet al aanzienlijk hoger liggen om de *kosten-effectiviteitsratio* van CGB te benaderen. Ook bij frequenter ondersteunend contact in het kader van CGB gaat het nog steeds om zeer beperkte ondersteuning, zowel in aantal sessies, duur van de sessies, als qua vorm van contact. Telefonische ondersteuning is in een aantal opzichten minder veelzijdig dan face-to-face-contact. Het kan vanuit de vertrouwde woonomgeving aangegaan worden, vereist geen reizen van patiënt en partner. Een voorwaarde is waarschijnlijk wel dat in een initiële fase

een positieve werkrelatie tussen patiënt en ondersteuner tot stand komt.

CGB lijkt een veelbelovende interventie te zijn voor de behandeling van vaginisme. Gemiddeld verminderen de klachten van vrouwen met vaginistische reacties met meer dan een standaarddeviatie tussen baseline en follow-up meting. De klinische relevantie van dit resultaat wordt geïllustreerd door een andere bevinding. Een aantal paren in de experimentele groep waarvan de vrouwelijke partner vaginistisch reageerde, gaf na deelname aan het onderzoek te kennen dat ze afzagen van verdere seksuologische behandeling. Zij wilden niet op de wachtlijst blijven omdat ze een voldoende resultaat hadden bereikt.

Op grond van de resultaten van het huidige onderzoek is CGB niet aan te raden bij paren waarvan de vrouwelijke partner pijn heeft bij het vrijen (dyspareunie; seksuele pijnstoornis). In tegenstelling tot de resultaten bij vrouwen met vaginisme, namen in deze groep de seksuele pijnklachten toe. De hypothese werd geopperd dat deze toename van de pijnklachten te wijten is aan de hogere frequentie van seksuele interactie. Frequent oefenen, waarbij ook het vulvovaginale gebied wordt aangeraakt, en waarbij mogelijk al na te korte tijd geprobeerd wordt om gemeenschap te hebben, kan tot toename van de vaginale pijnklachten leiden, indien de huid van het vestibulum en de vaginale introïtus nog onvoldoende is geheeld. Mogelijk is het bij de seksuele pijnstoornis belangrijker dan bij andere disfuncties om onder nauwgezette therapeutische supervisie de frequentie en intensiteit van sensate focusoefeningen af te stemmen op de ervaringen van de cliënt. Bij toepassing van CGB zou dit bijvoorbeeld wekelijks telefonisch overleg noodzakelijk maken.

Summary

Treatment of sexual dysfunction in heterosexual couples with cognitive-behavioral bibliotherapy with limited therapeutic assistance

The efficacy of the central elements of sex therapy for sexual dysfunctions (Masters & Johnson, 1970) and of cognitive therapy (Munjack et al., 1984, Everaerd & Dekker, 1985) outside the context of direct contact with a therapist was investigated by using bibliotherapy. In this approach patients with sexual dysfunctions received a written manual and an offer to have limited therapeutic assistance by telephone on patient's initiative. In a controlled study the effect of this method was investigated in 199 heterosexual couples who were randomly allocated to a treatment condition or a waiting list condition. After a 10-week treatment period male and female participants presenting various sexual dysfunctions reported fewer

complaints of low frequency of sexual interaction. The treatment also produced lower male posttreatment ratings of problem-associated distress. At follow-up, however, these gains had largely eroded. Female participants diagnosed with vaginismus reported less complaints of vaginismus at post-treatment. However, female participants diagnosed with dyspareunia reported more complaints of vaginal discomfort at post-treatment. These differences were both maintained at follow-up. The implications of these findings for the treatment practice of sexual dysfunctions are discussed.

Literatuur

- American Psychological Association (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48: 3-24.
- Arrindell, W.A., W. Boelens en H. Lambert (1983). On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and 'normal' volunteer couples based on the Dutch version. *Personality and Individual Differences*, 4: 293-306.
- Everaerd, W. en J. Dekker (1985). Treatment of male sexual dysfunction: sex therapy compared with systematic desensitization and rational emotive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 23: 13-25.
- Hawton, K. (1995). Treatment of sexual dysfunctions by sex therapy and other approaches. *British Journal of Psychiatry*, 167: 307-314.
- Heiman, J.R. en C.M. Meston (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual review of sex research*; 8: 148-194.
- Kuile, M.M ter, J.J.D.M. van Lankveld, P. Kalkhoven en M. Van Egmond. (1999). The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Psychometric Properties within a Dutch Population. 1999. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25: 59-71.
- Lankveld, J.J.D.M. van (1993). *Zelf je seksuele relatie verbeteren*. Servire, Cothen.
- Lankveld, J.J.D.M. van (1998a). Bibliotherapy in the Treatment of Sexual Dysfunctions: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 702-708.
- Lankveld, J.J.D.M. van (1998b). *Cognitive-Behavioral Bibliotherapy for Sexual Dysfunctions in Heterosexual Couples*. Academisch Proefschrift; Rijksuniversiteit Leiden.
- Lankveld, J.J.D.M. van, en M.M. ter Kuile (1999). The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Predictive validity and construct validity in a Dutch population. *Personality and Individual Differences*, 26: 1005-1023.
- Lowe, J.C. en W.L. Mikulas (1975). Use of written material in learning self-control of premature ejaculation. *Psychological Reports*, 37:295-298.
- Masters, W.H. en V.E. Johnson (1970). *Human sexual inadequacy*. Little Brown, Boston.
- Maultsby, M.C. (1975). *Help yourself to happiness through rational self-counseling*. Esplanada, Boston.
- Rust, J. en S. Golombok (1986a). *The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction. Manual*. NFER-Nelson, Windsor.
- Rust, J. en S. Golombok (1986b). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15: 157-165.
- Munjack, D.J., A. Schlaks, V.C. Sanchez, R. Usigli, A. Zulueta en M. Leonard (1984). Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure: an initial study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10: 170-175.
- Rosen, R.C. en S.R. Leiblum (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 877-890.
- Vennix, P. (1983). *De ILKS-gedachte en andere operationalisaties*. Nisso Onderzoeksrapport nr. 37, Zeist.