

Sekstherapie via internet bij mannen met seksuele disfuncties: Een pilot-onderzoek

Jacques van Lankveld, Peter Leusink, Selma van Diest, Koos Slob, Luk Gijs

Pompekliniek Nijmegen, Universiteit Maastricht, Groene Hart Ziekenhuis Gouda,
 Erasmus MC Rotterdam, Vrije Universiteit Medisch Centrum Amsterdam

Samenvatting

In dit artikel worden de resultaten van een pilotonderzoek naar de effecten van "internet-sekstherapie" voor heteroseksuele mannen met seksuele disfuncties beschreven. 39 mannen met erectiele disfunctie of te snelle zaadlozing werden toegelaten tot de behandeling. Exclusiecriteria waren de aanwezigheid van depressie, alcoholproblemen en ernstige seksuele problemen bij de partner. De behandeling bestond uit sekstherapie volgens het model van Masters en Johnson (1970), zo nodig aangevuld met psycho-educatie en cognitieve interventies, en vond volledig via emailcontact plaats. Indien nodig kon medicamenteuze ondersteuning gegeven worden. Gemiddeld waren er 3.7 emailcontacten. 21 deelnemers vulden direct na afloop van de therapie een vragenlijst in via internet. 14 daarvan (67%) rapporteerden dat hun seksuele functioneren was verbeterd of sterk verbeterd door de behandeling via internet. 1 deelnemer (5%) antwoordde dat zijn seksuele functioneren verslechterd was en 6 (29%) dat ze geen verandering hadden opgemerkt. Vergelijkbare resultaten werden verkregen door antwoorden op enkele gestandaardiseerde vragenlijsten die seksuele tevredenheid en de ernst van seksueel disfunctioneren meten. 15 deelnemers vulden een maand na het afronden van de therapie een korte follow-up vragenlijst in. 7 van hen rapporteerden dat hun seksuele probleem na afloop van de behandeling verder verbeterd of sterk verbeterd was, terwijl 8 rapporteerden dat hun seksuele functioneren hetzelfde was als bij einde behandeling. We concluderen op basis van de resultaten van deze pilot dat internetsekstherapie goede resultaten kan opleveren en dat een gecontroleerd vervolgonderzoek zeer wenselijk is.

Internet is in de afgelopen jaren een belangrijker medium in de hulpverlening geworden (Baker, Wagner, Singer & Bundorf, 2003). Gezondheids-sites op internet vormen in toenemende mate de eerste bron van informatie en steun voor mensen met geestelijke en lichamelijke problemen. Een groeiend aantal mensen met klachten oriënteert zich eerst via het world wide web op de oorzaken en de mogelijke behandelingen van hun klacht, voordat zij een hulpverlener raadplegen.

Computers werden vanaf de jaren '80 van de vorige eeuw al binnen de geestelijke gezondheidszorg gebruikt voor het afnemen en scoren van vragenlijsten. Vrij snel daarna werden geprotocolleerde behandelingen via de computer ontwikkeld voor diverse psychische problemen, ook voor seksuele disfuncties. Een voorbeeld daarvan is "Sexpert", een Canadees programma voor arts en patiënt. (Binik, Servan-Schreiber, Freiwald & Hall, 1988; Servan-Schreiber & Binik, 1989). In Nederland beoogde "Sexpertise" een computerprogramma te zijn voor zelfhulpdoeleinden (Somme-ling, 1993). Er is geen effectonderzoek naar deze computertherapieën voor seksuele problemen gepubliceerd.

In enkele vergelijkende studies bij uiteenlopende niet-seksuele psychische stoornissen en problemen waaronder depressie, paniekstoornis en agorafobie bleek computergestuurde therapie even effectief als face-to-face therapie (Carlbring, Ekselius, & Andersson, 2003; Ghosh & Marks, 1987; Ghosh, Marks & Carr, 1988; Selmi, Klein, Greist, Sorrel, & Erdman, 1990).

Het gebruik van de computer als hulpmiddel bij anamnese en therapie in de hierboven beschreven

Dr. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog - psychotherapeut - seksuoloog NVVS; Pompestichting Nijmegen, Universiteit Maastricht; T: 024-3527600; E: J.vanLankveld@DEP.Unimaas.nl; Drs. P. Leusink, arts- seksuoloog NVVS; Groene Hart Ziekenhuis, Gouda; Drs. S. van Diest, psycholoog; Prof. em. dr. A.K. Slob, medische fysioloog - seksuoloog NVVS; Erasmus MC, Rotterdam; Dr. L. Gijs, gezondheidszorgpsycholoog, Genderteam, Medische Psychologie, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam.
 Financiële bijdragen zonder voorwaarden werden voor dit onderzoek ontvangen van: AstraZeneca; Stichting Bevordering van de Seksuologie in de Huisartspraktijk.

Ontvangen: 27 september 2004; Geaccepteerd: 5 november 2004.

werkvormen richtte zich op de vraag of de computer de menselijke therapeut zou kunnen vervangen, net zoals anderen gebruik maakten van bibliotherapie om een oplossing te vinden voor hun psychische problemen (Ghosh, Marks & Carr, 1988; van Lankveld, 2000). Een andere mogelijkheid van computergebruik in de hulpverlening ligt in het gebruik ervan voor communicatiedoeleinden, waarbij de therapeut niet door een computerprogramma wordt vervangen, maar de computer een technologische brug slaat tussen cliënt en therapeut. Voor allerlei psychische problemen zijn inmiddels hulpvormen ontwikkeld met informatie-uitwisseling via e-mail en internet, die (soms) in gecontroleerd effectonderzoek zijn geëvalueerd. Zo bleek bijvoorbeeld relaxatietraining met minimaal contact met een therapeut via internet effectief bij het behandelen van chronische hoofdpijn (Ström, Pettersson & Andersson, 2001). Cognitieve gedragstherapie via e-mail-contact bleek bijvoorbeeld effectief in de behandeling van oorsuizen, paniekstoornis en posttraumatische stressstoornis (Andersson, Ström, Ström & Lyttkens, 2002; Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius & Andersson, 2001; Lange, Rietdijk, Hudcovicova, van de Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2003; Lange, van de Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2004). Deelnemers met een sterke neiging tot vermijding en met een voorkeur voor anonimiteit profiteerden het meest van de behandeling.

Recent beschreef Hall (Hall, 2004) de therapie-resultaten van on-line sekstherapie bij negen patiënten. Seksuele disfuncties waren vrouwelijke anorgasmie, primair vaginisme, erectiestoornis (2), te snelle zaadlozing, mannelijke anorgasmie, seksuele pijn en geen zin in seks. 8 cliënten rapporteerden vooruitgang in zelfbewustzijn, 3 dat zij beter inzicht hadden gekregen in hun relatie, 6 dat hun seksuele kennis vergroot was. 7 cliënten rapporteerden dat hun seksuele probleem enigszins, aanzienlijk of veel verbeterd was. Bij 1 cliënt was er geen verbetering opgetreden.

Het huidige pilotonderzoek onderzoekt het effect van de behandeling via internet van seksuele disfuncties bij een grotere groep mannen in een opzet met voor-, na- en follow-upmeting. De onderzoeksvragen waren: 1. Is internettherapie voor mannen met seksuele disfuncties effectief?; 2. Hoe beoordelen de deelnemers deze wijze van hulpverlening?

Method

Deelnemers

Vanwege het pilotkarakter is gekozen voor een homogene groep hulpvragers, bij wie verondersteld wordt dat reguliere sekstherapie effectief zou kunnen zijn. Uitsluitend heteroseksuele mannen met seksuele dis-

functies zonder seksverslaving, genderidentiteitsproblemen of problemen met hun seksuele oriëntatie werden toegelaten. Mannen met ernstige psychiatrische stoornissen (diagnose volgens DSM-IV, vastgesteld met behulp van het Mini International Neuropsychiatric Interview; de MINI) werden eveneens uitgesloten vanwege de sterke co-morbiditeit van deze stoornissen (als gevolg van de stoornis zelf of de medicamenteuze behandeling) met seksuele disfuncties (Knegtering, Castelein & Bruggeman, 2004). Ook werden aanmelders met ernstige relatieproblemen (MMQ-score op de relationele ontevredenheidsschaal > 20, Arrindell, Boelens, & Lambert, 1983) uitgesloten van deelname.

Instrumenten

De MMQ (Maudsley Marital Questionnaire; Crowe, 1978) meet de mate van relationele ontevredenheid. De Nederlandse versie heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit (Arrindell, Boelens, & Lambert, 1983).

De GRISS (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction; Rust & Golombok, 1986) meet de seksuele ontevredenheid en seksuele disfuncties bij heteroseksuele mensen. Er bestaan verschillende versies voor mannen en vrouwen. Deze vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit en is gevalideerd voor Nederlandstalige patiëntenpopulaties (ter Kuile, van Lankveld, Kalkhoven & van Egmond, 1999; van Lankveld & ter Kuile, 1999; van Lankveld & van Koeveeringe, 2003).

De IIEF (International Index of Erectile Function) vormt een maat voor het mannelijk seksueel functioneren (Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirckpatrick & Mishra, 1997). De IIEF is niet voor Nederland gevalideerd.

De MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview; Sheehan Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller, Hergueta, Baker & Dunbar, 1997) is een gevalideerd instrument met vragen over alcoholverslaving, depressie, psychotische verschijnselen en andere psychische stoornissen, en levert diagnoses op van actuele psychiatrische stoornissen volgens DSM-IV (APA, 1994).

Met behulp van een Globale Eindbeoordelvraag (GE) werd aan de deelnemers gevraagd om aan te geven in welke mate hun seksuele functioneren naar hun idee was verbeterd of verslechterd door de behandeling. De antwoordcategorieën varieerden van sterk verslechterd (1) tot sterk verbeterd (5).

De EDITS (Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction) is een vragenlijst voor de tevredenheid van de cliënt over de ontvangen therapie en bestaat uit elf items met vijf antwoordcategorieën (range

1-5) (Althof, Corty, Levine, Levine, Burnett, McVary et al., 1999). Dit instrument is in Nederland niet gevalideerd. Voor dit onderzoek zijn zes vragen geselecteerd, die naar ons idee, behalve voor erectiele disfunctie, ook voor andere mannelijke seksuele disfuncties van toepassing zijn.

Het exploratieve exitinterview bevatte een aantal open vragen die speciaal voor deze studie waren opgesteld. Het doel was om evaluatieve uitspraken van de deelnemers te verzamelen over diverse aspecten van het deelnemen aan het onderzoek, over deze behandelwijze voor een seksueel probleem en over de vertrouwensrelatie met de therapeut. Dit interview werd afgenomen door een van de auteurs (SvD) die zelf niet als therapeut participeerde.

Internetsite

De internetsite www.sekstherapie.nl was voor dit onderzoek ontworpen door één van de onderzoekers (PL). Proefpersonen konden zich aanmelden door de pretest op de site in te vullen. De site kon door iedereen bezocht worden. De betrokken therapeuten werden op de site voorgesteld met een korte tekst met foto. Op de site waren alle voorwaarden voor het onderzoek vermeld ten behoeve van de informed consent verklaring. Ook bevatte de site links naar reguliere seksuele hulpverleningsinstellingen.

Onderzoeksopzet en procedure

De opzet van het huidige onderzoek is een vergelijking voor en na behandeling van een groep deelnemers zonder een niet-behandelde controlegroep. In de analyse wordt gebruik gemaakt van herhaalde metingen met behulp van t-toetsen voor gekoppelde waarnemingen.

Ondanks het grote aantal univariate toetsen is, vanwege het pilot-karakter van het onderzoek, niet gekozen voor (Bonferroni-)correctie van het significantieniveau.

Er waren 3 momenten waarop gegevens werden verzameld: 1. bij aanmelding voor aanvang van de behandeling (voormeting); 2. bij afsluiting van de behandeling na drie maanden (nameting), en 3. een maand na afsluiting (follow-up meting). Naast de vragen die nodig waren om te kunnen beoordelen of aanmelders voldeden aan inclusie- en exclusiecriteria werden de volgende lijsten ingevuld: de IIEF, de GRISS en de MMQ. Bij de nameting werden, behalve deze drie vragenlijsten, ook ingevuld: de EDITS en een Globale Eindbeoordelvraag (GE). De follow-up vragenlijst bestond uit drie vragen over het resultaat van de behandeling op dat moment en over een eventuele genoten vervolgbehandeling. Hierin werd nogmaals de GE ge-

steld om het behandelresultaat te toetsen na 4 tot 6 weken.

Na aanmelding door het invullen van een groot aantal vragen (pretest) via de website, werd aan de hand van de beschreven inclusiecriteria, door één van de onderzoekers (JvL) bepaald of de aanmelder in aanmerking kwam voor verdere deelname. Deze beslissing werd binnen vijf werkdagen via een email aan de betreffende persoon meegedeeld, waarin ook verteld werd wie de behandelend therapeut zou zijn. Deze nam vervolgens via email contact op met de aan hem toegewezen deelnemer om met de behandeling te starten. Als een aanmelder niet kon worden toegelaten tot de behandeling werd de reden van exclusie gegeven en volgde een advies hoe hij desgewenst verder zou kunnen zoeken naar geschikte hulp voor zijn probleem.

De behandeling in het kader van het onderzoek duurde -zoals vooraf medegedeeld- maximaal 3 maanden waarna een nameting gedaan werd. De behandeling was gratis. Bij het einde van de behandelperiode werd de deelnemers gevraagd of zij hun medewerking wilden verlenen aan een exitinterview, naar keuze telefonisch of via e-mail.

Therapeuten

De behandeling werd uitgevoerd door drie geregistreerde seksuologen NVVS. Allen hadden ruime ervaring in het geven van sekstherapie. De deelnemers werden niet random toegewezen aan de therapeuten. Deelnemers bij wie medische problematiek op de voorgrond leek te staan werden toegewezen aan de huisarts-seksuoloog (PL). Deelnemers bij wie de psychologische problematiek leek te prevaleren werden toegewezen aan de psychotherapeut-seksuoloog (JvL). Deelnemers bij wie de problematiek zich hoofdzakelijk leek toe te spitsen op seksueel disfunctioneren werden toegewezen aan de medisch fysioloog-seksuoloog (KS).

Behandeling

De behandeling was gebaseerd op de benadering zoals beschreven door Masters en Johnson (1970) met gebruikmaking van geprotocolleerde sensate-focus oefeningen. De oefeninstructies werden als tekstbestanden samen met de e-mails verzonden. De instructies waren voornamelijk gebaseerd op de richtlijnen zoals opgesteld in de Behandelstrategieën bij seksuele disfuncties (van Lankveld & Slob, 2001; van Lankveld & Meuleman, 2001).

Deze oefeningen konden aangevuld worden met psycho-educatie, cognitieve interventies en zo nodig medicamenteuze ondersteuning. De tijdslimiet voor de therapeuten voor het beantwoorden van e-mails be-

Tabel 1. Belangrijkste* seksuele probleem bij deelnemers (N=39)

Seksueel probleem	Aantal	%
Erectiele disfunctie	19	48.7
Ejaculatio praecox	10	25.6
Anorgasmie	2	5.1
Geen/verminderd gevoel bij orgasme	2	5.1
Angst voor seks	1	2.6
Kleine penis	1	2.6
Meer zin dan partner	1	2.6
Opwindingsprobleem	1	2.6
Seksueel relatie probleem	1	2.6
Problemen met initiatief nemen	1	2.6

* soms werden behalve dit probleem nog andere seksuele problemen gepresenteerd

droeg een week. Het aantal e-mail contacten werd overgelaten aan therapeut en deelnemer.

Resultaten

Deelnemers

Gedurende de maanden april, mei en juni 2003 meldden in totaal 81 mannen zich aan, waarvan 39 werden geïnccludeerd en 42 werden geëxcludeerd. Van de 39 geïnccludeerde mannen namen uiteindelijk 8 niet verder deel aan de behandeling en deden er 10 niet mee aan de nameting. Van de 21 deelnemers die behandeling kregen en deelnamen aan de nameting deden er 15 mee aan de follow-up.

Redenen voor exclusie waren ernstige relatieproblemen (33%), depressiviteit in combinatie met relatieproblemen (14%), depressiviteit (7%), depressiviteit in combinatie met overmatig alcoholgebruik (7%), een andere hulpvraag (7%), een andere seksuele stoornis (5%), een seksueel probleem hoofdzakelijk bij de partner (5%), psychotische of obsessieve verschijnselen (5%), biseksualiteit (5%) of andere redenen (12%).

De verdeling van de belangrijkste seksuele problemen van de toegelaten deelnemers is beschreven in Tabel 1.

De leeftijd van de deelnemers was gemiddeld 39 jaar ($SD=13.46$). 30 deelnemers woonden samen of waren getrouwd, 3 hadden een LAT-relatie en 6 deelnemers hadden geen vaste partner. De leeftijd van de partners varieerde van 16 tot 63 jaar ($M=37.8$), de duur van de relatie varieerde van 0 tot 37 jaar ($M=9.48$). 7 deelnemers (18%) hadden eerder hulp ontvangen voor hun seksuele problemen. Onbekend is welk resultaat hierbij behaald was.

Vergelijking van geïnccludeerde en geëxcludeerde aanmelders

Proefpersonen in de inclusie- en exclusiegroep bleken niet te verschillen met betrekking tot hun demografische kenmerken. Bij univariate vergelijkingen werden

significante verschillen gevonden op het gebied van relationeel en seksueel functioneren en in de ernst van de (niet-seksuele) psychische klachten.

Deelnemers in de inclusiegroep vertelden gelukkiger te zijn met hun relatie en bleken tevredener te zijn dan de mannen in de exclusiegroep. Zij waren echter minder ontevreden over hun seksuele leven, namen minder vaak dan hun partner het initiatief om seksueel contact te hebben ($p<.001$), hadden meer problemen met het houden van hun erectie, beoordeelden de stijfheid van hun penis in erectie als minder, hadden minder vaak een orgasme en ejaculatie tijdens seks, en hadden meer faalangst in relatie tot seks. Zij hadden er minder last van dat hun partners weinig behoefte aan seks hadden ($p<.05$), en dat hun partners minder snel een orgasme kregen tijdens vrijen ($p<.05$).

Vergeleken met geëxcludeerde aanmelders, zijn toegelaten deelnemers minder vaak somber en minder van hen hebben interesseverlies in plezierige activiteiten in het algemeen.

Vergelijking van toegelaten deelnemers die de nameting wel en niet hebben ingevuld

In totaal vulden 18 deelnemers de nametingvragen niet in. Zij worden hier verder "drop-outgroep" genoemd, hoewel sommigen zoals gezegd (een allereerst begin van) de behandeling wel hebben ontvangen. De drop-outgroep werd vergeleken met de deelnemers die wel hebben meegedaan aan de nameting ($n=21$), omdat eventuele verschillen tussen beide groepen een verklaring kunnen bieden voor het niet volledig afronden van de behandeling en de assessment.

De gemiddelde leeftijd van de drop-outgroep ($M=31.8$) was lager dan die van de deelnemers die de nameting wel hebben ingevuld ($M=43.5$; $p<0.01$). De gemiddelde leeftijd van de partner was lager ($M_{drop-out}=29.5$; $M_{nameting}=44.4$; $p<0.001$) en de duur van hun relatie was korter ($M_{drop-out}=3.5$; $M_{nameting}=14.6$; $p<0.01$). In deze groep leden minder deelnemers aan een ziekte ($p<0.05$). Ook werd op de voormeting door de drop-outgroep vaker aangegeven dat de partner geen orgasme kreeg ($p<0.01$). De tevredenheid met het seksuele leven (IIEF: satisfactieschaal) was in de drop-outgroep op de voormeting significant hoger ($M_{drop-out}=8.8$; $M_{nameting}=6.1$; $p<0.05$).

Enkele kenmerken van de behandeling van mannelijke seksuele disfuncties via Internet

Het aantal e-mails dat tijdens de behandeling uitgewisseld werd varieerde van 1 ($n=8$, waarbij de deelnemer niet meer reageerde op het mailbericht waarmee de therapeut contact met hem opnam) tot 21 ($M=3.69$; $SD=3.97$). Het aantal sensate focusoefenin-

Tabel 2. Functioneren m.b.t. seksuele en relationele variabelen; vergelijking voor- en nameting (n=21)

	Voormeting		Nameting		Student's <i>t</i> <i>p</i>
	M	SD	M	SD	
<i>IIEF</i>					
Erectiel functioneren ¹	15.43	9.73	21.00	9.60	0.004
Orgastisch functioneren ²	7.00	3.62	7.57	3.28	n.s.
Seksueel verlangen ²	6.71	2.17	7.24	2.05	n.s.
Tevredenheid over geslachtsgemeenschap ³	5.38	3.99	8.29	4.77	0.010
Tevredenheid over seksueel functioneren algemeen ²	4.52	2.38	7.29	2.51	0.002
<i>GRISS</i>					
Impotentie ⁴	10.37	4.68	9.16	4.92	0.015
Ejaculatio praecox ⁴	9.68	3.89	7.89	3.38	0.010
Non-sensualiteit ⁴	6.32	2.40	5.53	1.95	n.s.
Vermijding ⁴	6.63	2.67	5.11	1.49	0.011
Dissatisfactie ⁴	11.39	3.11	9.89	3.51	n.s.
Ontevredenheid over frequentie ⁵	7.30	1.69	6.20	2.02	0.030
Gebrekkige communicatie over seks ⁵	5.84	2.03	5.00	1.63	0.028
GRISS totaalscore ⁶	68.11	13.37	58.79	13.60	0.004
<i>MMQ</i>					
Ontevredenheid over de relatie ⁷	9.79	9.13	9.89	9.90	n.s.
Ontevredenheid over de seksuele relatie ⁸	16.35	8.48	10.45	8.86	0.034
Ontevredenheid over het leven (algemeen) ⁸	10.55	4.87	9.40	6.61	n.s.

¹ range: 0-30; een hoge score wijst op goed functioneren op dit gebied

² range: 0-10; een hoge score wijst op goed functioneren op dit gebied

³ range: 0-15; een hoge score wijst op goed functioneren op dit gebied

⁴ range: 4-20; een hoge score wijst op grotere problemen/dysfunctie

⁵ range: 2-10; een hoge score wijst op grotere problemen/dysfunctie

⁶ range: 28-140; een hoge score wijst op grotere problemen/dysfunctie

⁷ range: 0-80; een hoge score wijst op grotere dissatisfactie

⁸ range: 0-40; een hoge score wijst op grotere dissatisfactie

gen dat met de e-mails werd meegegeven varieerde van 0 tot 4 (M=0.85; SD=1.23). Aan één deelnemer werd tijdens de behandeling medicatie (sildenafil) voorgeschreven.

Behandelresultaten

Na de behandeling hebben 21 van de 39 deelnemers (54%) de nameting ingevuld. Hiervan hadden 11 deelnemers (52.4%) erectiele dysfunctie, 3 (14.3%) te snelle zaadlozing, 2 (9.5%) anorgasmie. De anderen hadden zich aangemeld met angst voor seks, meer zin in seks dan zijn partner, een probleem met subjectieve opwindings, een seksueel relatieprobleem en verminderd gevoel bij klaarkomen (telkens slechts één deelnemer). De follow-up vragen (één maand na afsluiting therapie) werden door 15 deelnemers beantwoord.

Verbetering in het seksuele functioneren

Globale Eindbeoordelingsvraag

Op de nameting beantwoordden 21 (67%) van de deelnemers de Globale Eindbeoordelingsvraag (GE). 67% (14/21) antwoordde dat hun seksuele functioneren door de behandeling verbeterd tot sterk verbeterd was, 1 deelnemer vulde in dat dit verslechterd was, terwijl 6 (29%) aangaven geen verschil te hebben ervaren. Bij de follow-up antwoordden 7 deelnemers dat

hun seksuele functioneren na de internettherapie verder (sterk) verbeterd was en acht deelnemers dat er geen verdere verandering was opgetreden.

Van de 10 deelnemers die bij nameting verbeterd of sterk verbeterd waren, meldden er 4 (40%) geen verandering bij de follow-upmeting, terwijl 3 (30%) verbeterd en 3 (30%) sterk verbeterd waren tussen nameting en follow-up. Van 10 deelnemers die bij de nameting geen verbetering hadden opgemerkt, rapporteerden er 3 (30%) bij de follow-up geen verandering, en 1 (10%) antwoordde alsnog verbetering in zijn seksueel functioneren te hebben ervaren tussen de nameting (einde therapie) en de follow-upmeting. De deelnemer die bij de nameting verslechterd was bleef onveranderd bij de follow-up. Van 6 deelnemers ontbraken de follow-upgegevens.

Bij de follow-up werd ook aan de deelnemers gevraagd of ze na de behandeling nog hulp hadden gezocht. 2 deelnemers (13%) hadden hulp gezocht bij de huisarts, 2 (13%) bij de uroloog, terwijl 11 deelnemers (73%) geen aanvullende hulp hadden gezocht. De ontvangen aanvullende behandeling bestond bij 1 deelnemer uit gesprekken en bij 3 uit medicatie, in twee gevallen sildenafil (Viagra®), de derde deelnemer kreeg zelfinjectietherapie. Van deze 4 deelnemers waren 3 tevreden over het resultaat van de aanvullende be-

handeling, 1 was neutraal.

EDITS

18 (86%) van de deelnemers was tevreden tot zeer tevreden over de behandeling. 3 (14%) was tevreden noch ontevreden. Dit antwoordprofiel werd ook gevonden bij de vraag naar verbetering in het seksuele zelfvertrouwen. Voor 9 (43%) had de behandeling aan hun verwachtingen voldaan, 10 (48%) waren neutraal en 2 (10%) waren ontevreden. 48% (10) was ook positief over de toepasbaarheid van de behandeling, 33% (7) antwoordde hierop neutraal of ontevreden/zeer ontevreden (19%; 4). Eenzelfde antwoordprofiel werd ook gevonden bij de vragen naar de tevredenheid van de deelnemers over de snelheid van de werking van de behandeling, en naar hun inschatting hoe tevreden hun partner was over de behandeling.

Effecten op seksueel functioneren en seksuele satisfactie

IIEF

Het erectiel functioneren bleek na de behandeling verbeterd ten opzichte van de voormeting. Daarnaast bleken de tevredenheid over het seksuele functioneren en over het seksuele leven in het algemeen verbeterd te zijn (tabel 2). Tussen voor- en nameting werden geen verschillen gevonden op de subschalen orgastisch functioneren en seksueel verlangen.

GRISS

De mate van seksueel disfunctioneren (GRISS-totaalscore) nam af tussen voor- en nameting. Ook bleken de ejaculatio praecox scores en vermindering van seks (GRISS) te zijn verminderd. Trends tot verbetering tussen voor- en nameting werden gevonden voor de GRISS-subschalen impotentie, ontevredenheid met de frequentie van seks en gebrekkige communicatie op seksueel gebied (Tabel 2).

MMQ

Tussen voor- en nameting was de vermindering van de ontevredenheid over de seksuele relatie (MMQ-subschaal relatiedissatisfactie) significant.

Kwalitatieve evaluatie door de deelnemers van hun deelname aan het onderzoek

In totaal hebben 13 van de 39 gestarte deelnemers (33%) meegedaan aan het exitinterview; één deelnemer wilde telefonisch contact, 12 deelnemers correspondeerden liever via e-mail. De antwoorden varieerden van erg beknopt tot zeer uitgebreid.

Contact met de therapeut

De meerderheid van de deelnemers (10; 77%) ervoer het contact met de therapeut als zeer prettig of goed. Enkele respondenten (3; 23%) vonden dat het ver-

trouwen opgebouwd moest worden, maar dat dit wel is gelukt. Ze waren in het begin soms argwanend. Op 1 respondent na bleken allen te vinden dat er een vertrouwensband was ontstaan. De respondent die dit niet had ervaren gaf geen verdere toelichting. Allen vonden dat er genoeg ruimte was om te vertellen of vragen te stellen. Ook hadden alle respondenten het gevoel dat er naar hen geluisterd werd, alhoewel één van hen toevoegde: "na aandringen".

De meningen over de moeilijkheidsgraad van het schrijven over hun seksuele leven en ervaringen bij de respondenten liepen sterk uiteen. Bijna de helft (6; 46%) vond het moeilijk maar gaf aan dat het gemakkelijker werd naarmate de therapie vorderde. De anderen (7; 54%) vonden het geen probleem. Vaak merkten respondenten op dat ze het schrijven over hun seksuele probleem gemakkelijker vonden dan praten.

Suggesties voor verbeteringen in het therapeutische contact

De deelnemers aan het exitinterview gaven enkele suggesties waarmee volgens hen het therapeutische contact verder verbeterd kon worden: sneller antwoord geven en de frequentie van e-mails verhogen, meer structuur in de antwoorden aanbrenge, en een mogelijkheid scheppen om de therapeut face-to-face te ontmoeten.

Oefeningen en instructie

De 10 deelnemers (77%) die oefeningen hadden ontvangen, vonden de oefeningen en de uitleg helder. Er werd opgemerkt dat het doen van oefeningen zonder partner moeilijk was en dat "enig analytisch vermogen" nodig was om ermee te werken.

Ervaringen met therapie via Internet

De vorm van therapie (via internet) werd positief beoordeeld. De werkwijze werd prettig en eenvoudig gevonden. Eén respondent noemde de werkwijze "afstandelijk". Ook gaven enkele respondenten aan dat de internettherapie voor hen een prima aanzet was voor verdere behandeling.

Verder werden als positieve kanten van deze therapievorm genoemd: laagdrempeligheid, anonimiteit, snelheid, gemak, eigen tijdsindeling, ontbreken van reistijd en van wachttijd.

Ook negatieve kanten werden beschreven. Diverse respondenten misten de directe interactie met de therapeut. Ze vonden het daardoor moeilijk om hun gevoelens te beschrijven, hadden moeite met de wachttijd voordat ze antwoord kregen op een vraag, doorvragen was niet goed mogelijk. Ook vonden sommigen deze vorm van therapie te onpersoonlijk. Tenslotte

werd opgemerkt dat deze manier van therapie de nodige schrijfvaardigheid en uitdrukkingsvermogen vereist.

Op de vraag waarom ze hadden gekozen voor deelname aan dit onderzoek en niet naar de huisarts of een seksuoloog waren gegaan werd geantwoord: de huisarts heeft niet voldoende kennis, de huisarts had de deelnemer doorgestuurd, de deelnemer vond het probleem niet belangrijk genoeg of hij wilde eerst andere methoden proberen.

In het exitinterview werd ook gevraagd of de deelnemers na de behandeling gemakkelijker met een huisarts of seksuoloog over een seksueel probleem zouden kunnen praten. 46 % van de respondenten was neutraal (geen verandering), 23 % was negatief op deze vraag (nee, niet gemakkelijker geworden) en 31 % antwoordde positief (ja, gemakkelijker praten nu).

Tevredenheid over de manier van therapie

Een ruime meerderheid van de respondenten (85%; 11/13) was 'zeer tevreden' of 'tevreden' met deze manier van behandelen; een enkeling (15%; 2/13) was niet positief, en noemde als reden het uitblijven van resultaat.

Vervolgbehandeling

Drie respondenten (23%; 3/13) hadden behoefte aan een vervolgbehandeling; één man zou graag lichamelijk onderzocht willen worden, één man wilde zeker nog een vervolgbehandeling, en de derde had bij het afronden van de studie nog contact met de therapeut. De respondenten zouden voor dezelfde therapeut kiezen bij een vervolgbehandeling, indien dit mogelijk was geweest.

Discussie

Tweederde van de deelnemers rapporteerden dat hun seksuele functioneren was verbeterd of sterk verbeterd door de behandeling via internet. Van 1 deelnemer was het seksuele functioneren verslechterd en de overigen hadden geen verandering opgemerkt. Vergelijkbare resultaten werden verkregen uit enkele gestandaardiseerde vragenlijsten die seksuele tevredenheid en de ernst van seksueel disfunctioneren meten. Na een korte follow-up rapporteerden ongeveer de helft van de respondenten dat hun seksuele probleem na afloop van de behandeling verder verbeterd of sterk verbeterd was. De overigen meldden dat hun seksuele functioneren hetzelfde was als bij einde behandeling. We concluderen op basis van de resultaten van deze pilot dat internetseks therapie goede resultaten kan opleveren. Deze bevindingen komen overeen met die uit onderzoeken naar internetbehandeling voor andere

probleemtypen. De deelnemers gaven in meerderheid positieve evaluaties van hun deelname aan deze behandelvorm in antwoord op de open vragen die in het exitinterview werden gesteld, alhoewel de therapie ook wel "afstandelijk" en "onpersoonlijk" werd gevonden.

Een interessante vraag voor vervolgonderzoek is of deze onpersoonlijkheid een factor is die de effectiviteit van de internetbehandeling bij verschillende seksuele stoornissen differentieel beïnvloedt. Net als bij het onderzoek naar internettherapie voor PTSS (Lange e.a., 2003, 2004) zouden bijvoorbeeld deelnemers met een sterke neiging tot vermijding en met een voorkeur voor anonimiteit misschien het meest van de behandeling kunnen profiteren. We weten niet of dergelijke persoonskenmerken verweven zijn met de etiologie van verschillende seksuele disfuncties.

Vergelijking van internettherapie voor seksuele disfuncties met face-to-face therapie

De gevonden effectiviteit van sekstherapie via internet voor mannen met seksuele problemen, direct na de behandeling gemeten, stemt overeen met de in eerder onderzoek aangetoonde effectiviteit van face-to-face behandeling bij mannen met erectiestoornissen (Heiman & Meston, 1999). De effectiviteit van face-to-face sekstherapie voor te snelle zaadlozing is nog onvoldoende bewezen in gecontroleerd effectonderzoek, zodat een vergelijking van de huidige resultaten met de literatuur op dit gebied niet mogelijk is. Eerder ongecontroleerd onderzoek suggereerde dat het behoud van therapieresultaat op langere termijn goed was bij erectiestoornissen, maar minder goed bij te snelle zaadlozing (Hawton, Catalan, Martin & Fagg, 1986). Het behoud van het therapieresultaat bij onze zeer beperkte follow-upmeting (een enkele globale evaluatievraag, een maand na einde therapie), en in een aantal gevallen zelfs de voortgezette verbetering van het seksueel functioneren, kan dan ook alleen met veel terughoudendheid worden genoemd.

Beperkingen van de huidige onderzoeksopzet

Het huidige onderzoek had een opzet met herhaalde metingen in een binnengroepsvergelijking. Op grond hiervan zijn er beperkingen met betrekking tot de interne validiteit. Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag kan weliswaar gekeken worden naar de verschillen tussen voor- en nameting, maar eventuele verschillen kunnen niet causaal worden toegeschreven aan de internet-therapie, die de deelnemers hebben ondergaan. In theorie kunnen de geobserveerde veranderingen immers het gevolg zijn van onbekende factoren, zoals spontaan herstel, andere hulp, zelfinzicht, groei en rijping, leereffecten m.b.t. de toegepaste as-

assessmentmethoden, etc. Deze validiteitsproblemen zijn slechts op te lossen door het instellen van afdoende experimentele controles, zoals het gebruik maken van een controlegroep (wachtlIJst, placebo, of andere behandeling), randomisatie van de deelnemers over de verschillende onderzoeksgroepen en verhulling van groepslidmaatschap voor degenen die de resultaten meten ("experimentator/assessor blinding"). Een groot-schaliger onderzoek zal rekening moeten houden met deze validiteitseisen. De grootte van het therapie-effect dat in het huidige onderzoek werd gevonden, maakt ons inziens de uitvoering van een (reeds gepland) gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek zeker de moeite waard.

Omdat het gratis karakter van de behandeling mogelijk van invloed kan zijn geweest op het hoge dropoutpercentage in de pilotstudie, wordt overwogen in vervolgonderzoek een vergoeding te vragen.

Beperkingen van onderzoek naar het effect van sekstherapie via internet

Alhoewel de resultaten van sekstherapie voor mannelijke seksuele problemen via deze werkwijze positief zijn, dient voorzichtigheid in acht te worden genomen bij het generaliseren van deze uitkomsten. Generalisatie naar mannen met seksuele problemen in algemene zin is uitgesloten. We weten immers niet of de resultaten ook gelden voor mannen met een homoseksuele voorkeur of met andere seksuele problemen dan seksuele disfuncties. De resultaten hebben verder betrekking op een beperkt deel van de mannen die zich aanmeldden voor het onderzoek. Meer dan de helft van hen werd niet toegelaten, vooral vanwege de aanwezigheid van depressieve klachten, ernstige relatieproblemen en alcoholgerelateerde problemen. Eénvijfde van de toegelaten deelnemers (8/39) ging vervolgens niet verder in op het behandelaanbod. Van de toegelaten deelnemers vulde slechts 54% (21/39) de vragen van de nameting in. Deze beslissingen en keuzes van deelnemers en onderzoekers hebben grote consequenties voor de generaliseerbaarheid van de bevindingen naar grotere populaties van hulpzoekers. Bovendien wijzen ze op belangrijke verschijnselen, die wellicht inherent zijn aan hulpverlening en onderzoek via het internetmedium. Het proces van selectie en zelfselectie voor toegang tot de hulpverlening zou kunnen verschillen tussen gangbare face-to-face hulpverlening en anonieme hulpverlening op afstand (=Internet-therapie). Ook kan dit anders verloopende (zelf)selectieproces en het (keuze)gedrag van de hulpvragers tijdens de therapie ingrijpende gevolgen hebben voor zaken als de betrouwbaarheid van assessment en diagnostiek, voor de adequaatheid van keuzes in de be-

handeling op basis van deze gegevens, en voor de therapietrouw van de cliënten.

Overigens, de omvang en de gevolgen van dropout-tijdens-behandeling in seksuologische behandeling met face-to-face-contact zijn, voorzover ons bekend, ook nooit onderzocht. Tenslotte kan gebrek aan betrokkenheid van de cliënten de interne validiteit en de generaliseerbaarheid van onderzoeksresultaten ernstig verminderen doordat slechts een deel van hen bereid is om resultaatgerelateerde gegevens te verschaffen.

Dat wil niet zeggen dat seksuele hulpverlening via internet geen zinvolle en mogelijk werkzame benaderingswijze is, maar dat, evenzeer als bij de reguliere hulpvormen, betrouwbaarheids- en validiteitsaspecten van effectonderzoek zorgvuldig dienen te worden overwogen.

In het huidige onderzoek hebben we hieraan aandacht besteed door de beschikbare gegevens uit de voormeting van de verschillende subgroepen in de aangemelde steekproef met elkaar te vergelijken. Verschillen in kenmerken kunnen aanwijzingen opleveren voor de achterliggende keuzen en de individuele en relationele dynamieken die hieraan gerelateerd zijn.

Van de behandelde groep hebben 18 deelnemers de afsluitende vragenlijst (nameting) niet ingevuld. Deze "drop-outgroep", waarin ook alle deelnemers vallen die na toelating geen verder contact meer hebben gehad met de therapeut, is vergeleken met de behandelde deelnemers die wel de nameting hebben ingevuld. Hieruit bleek dat de dropouts jonger en gezonder waren dan de "blijvers", verder waren ze vooraf tevredener over hun seksuele leven en had vaker de partner een orgasme probleem. Op grond van deze verschillen kan minder hoge lijdensdruk geopperd worden als een mogelijke verklaring voor lagere therapie- en onderzoekstrouw.

Risico van internettherapie: onzichtbare lichamelijke comorbiditeit

Seksuele problematiek bij mannen gaat nogal eens gepaard met lichamelijke aandoeningen op andere gebieden. Zo kan een erectiestoornis een eerste symptoom van hart- en vaatziekten zijn. Desalniettemin is de bijdrage van lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek aan de diagnostiek van erectiele disfunctie beperkt (Meuleman, Wiersma, Meinhardt, Haensel, de Boer, Poelsma, e.a., 2001). De opsporing van comorbide lichamelijke aandoeningen was niet het doel van de onderhavige studie, maar in grootschaliger onderzoek dient meer aandacht te zijn voor comorbide lichamelijke problematiek.

De toekomst van seksuologische hulpverlening via internet.

Na een fase waarin de effectiviteit van sekstherapie via internet al dan niet afdoende wordt aangetoond, zullen rechtstreekse vergelijkingen van face-to-face therapie en therapie-op-afstand noodzakelijk worden, met voldoende grote patiëntenaantallen in de verschillende disfunctiegroepen om de vraag te kunnen beantwoorden welke vorm van hulpverlening, eventueel in welke fase van het hulpverleningsproces, werkzaam en kosteneffectief is voor welke patiënt. Een stapsgewijze model van hulpverlening ligt daarbij voor de hand, waarin de eerste fasen bestaan uit zelfhulp met meer of minder intensieve, c.q. meer of minder anonieme professionele begeleiding, en waarbij pas in de latere fasen face-to-face hulpvormen aangeboden worden. Daarnaast is het denkbaar dat face-to-face therapie wordt afgewisseld met periodes van hulp via internet.

Literatuurlijst

- Althof, S.E., Corty, E.W., Levine, S.B., Levine, F., Burnett, A.L., McVary, K., et al. (1999). The EDITS: the development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology*, 53, 793-799.
- American Psychiatric Association (1994). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington DC: APA.
- Andersson, G., Strömgren, T., Ström, L., & Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 64, 810-816.
- Arrindell, W.A., Boelens, W., & Lambert, H. (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.
- Baker, L., Wagner, T.H., Singer, S., & Bundorf, M.K. (2003). Use of internet and e-mail for health care information. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2400-2406.
- Binik, Y.M., Servan-Schreiber, D., Freiwald, S., & Hall, K.S. (1988). Intelligent computer-based assessment and psychotherapy. An expert system for sexual dysfunction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 387-400.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the internet: a randomised trial of CGT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129-140.
- Carlbring, P., Westling, B.E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the internet: a randomized trial of a self-help program. *Behavioral Therapy*, 32, 751-764.
- Crowe, M.J. (1978). Conjoint marital therapy: an controlled outcome study. *Psychology in Medicine*, 8, 623-636.
- Ghosh, A., & Marks, I. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-16.
- Ghosh, A., Marks, I., & Carr, A.C. (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias. *British Journal of Psychiatry*, 152, 234-238.
- Hall, P. (2004). Online psychosexual therapy: A summary of pilot study findings. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 167-178.
- Hawton, K., Catalan, J., Martin, P., & Fagg, J. (1986). Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 665-675.
- Heiman, J.R., & Meston, C.M. (1999). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 6, 148-194.
- Knegtering, R., Castelein, S., & Bruggeman, R. (2004). Vaak seksuele functiestoornissen door antipsychotica, vooral bij prolactineverhoging. Resultaten van een aantal vergelijkende onderzoeken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 140-146.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J., Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-909.
- Lange, A., van de Ven, J., Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2004). Langetermijneffecten, cognitieve verandering en mediërende variabelen in de korte behandeling van posttraumatische stress via het internet. *Directieve Therapie*, 24, 37-53.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Meuleman, E.J.H., Wiersma, Y.J., Meinhardt, W., Haensel, S.M., de Boer, B.J., Poelsma, M.C., et al. (2001). *Richtlijn diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie*. Nederlandse Vereniging voor Urologie. Utrecht.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirckpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165.
- Selmi, P.M., Klein, M.H., Greist, J.H., Sorrel, S.P., & Erdman, H.P. (1990). Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *American Journal of Psychiatry*, 147, 51-56.
- Servan-Schreiber, D., & Binik, Y.M. (1989). Extending the intelligent tutoring system paradigm: Sex therapy as intelligent tutoring. *Computers in Human Behavior*, 5, 241-259.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, Suppl 20: 22-33.

- Sommeling, L. (1993). Het consulteren van de computer bij de behandeling van seksuele problemen. In J. W. G. Schellekens (Ed.), *Huisarts en seksuologische problematiek*. Bussum: Medicom Europe.
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2001). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 722-727.
- Ter Kuile M.M., van Lankveld, J.J.D.M., Kalkhoven, P. & van Egmond, M. (1999). The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Psychometric properties within a Dutch population. *Journal of Sex and Marital Therapy, 25*, 59-71.
- Van de Ven, J.-P., Lange, A., Schrieken, B., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P.M.G. (1999). Interapy: De resultaten van een kortdurende geprotocolleerde behandeling van post-traumatische stress via internet. *Directieve Therapie, 19*, 5-39.
- Van Lankveld, J.J.D.M. (2000). De patient als therapeut: Bibliotherapie bij psychopathologie. *De Psycholoog, 35*, 310-316.
- Van Lankveld, J.J.D.M., Everaerd, W., & Grotjohann, Y. (2001). Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *Journal of Sex Research, 38*, 51-67.
- Van Lankveld, J.J.D.M., & Meuleman, E. (2001). Erectiestoornissen; Cognitieve gedragstherapie of farmacotherapie. In M.W. Hengeveld & A. Brewaeys (Red.), *Behandelingstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Lankveld, J.J.D.M., & Slob, A.K. (2001). Voortijdig orgasme bij de man; Cognitieve gedragstherapie en/of farmacotherapie. In M.W. Hengeveld & A. Brewaeys (Red.), *Behandelingstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Lankveld, J.J.D.M., & ter Kuile, M.M. (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.
- Van Lankveld, J.J.D.M., & van Koevinge, G.A. (2003). Predictive validity of the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) for the presence of sexual dysfunctions within a Dutch urological population. *International Journal of Impotence Research, 15*, 110-116.

Abstract

Sex therapy through the Internet for male sexual dysfunctions: A pilot-study

In this article we describe the results of a pilot-study on the efficacy of sex therapy through the Internet for male sexual dysfunctions. Thirty-nine men with erectile dysfunction or rapid ejaculation were enrolled in the study and were offered treatment. A subjects-as-own-control design was chosen with comparison of pretreatment and posttreatment data of the same participants. Exclusion criteria were major depression, alcohol-related disorders and major sexual problems of the partner. Treatment consisted of sex therapy modeled after Masters and Johnson (1970), and was, if needed, supplemented with psychoeducation, cognitive interventions, and pharmacological treatment. The treatment period comprised three months and treatment was entirely conducted through email contact. An average number of 3.7 emails were sent by the participants. Between enrollment and post-treatment assessment, 46% of the participants had dropped out. Twenty-one participants completed the posttreatment assessment through web-based questionnaires. Fourteen of these participants (67%) reported that their sexual functioning had been improved or much improved as a result of treatment through the Internet. One participant (5%) reported deterioration of his sexual functioning whereas six (29%) reported no change. Comparable results were obtained by means of standardized, validated questionnaires measuring sexual dissatisfaction and level of sexual dysfunction. Fifteen participants completed a short follow-up questionnaire one month after treatment termination. Seven of fifteen participants reported that their sexual problem had been improved or much improved after treatment termination. Eight participants reported no further changes in their sexual functioning after treatment termination. We conclude that sex therapy on the Internet may yield positive results and that further studies with controlled designs are warranted.