

# Wat is er veranderd sinds Masters en Johnson? Ontwikkelingen in de seksuologische hulpverlening

Jacques van Lankveld<sup>1</sup>, Moniek ter Kuile<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Open Universiteit, Heerlen

<sup>2</sup> Polikliniek Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie, LUMC, Leiden

## Samenvatting

In dit artikel staan we stil bij de ontwikkelingen in de psychologische hulpverlening bij seksuele problemen van de laatste decennia. We beschouwen de ontwikkelingen in de seksuologische hulpverlening in de vorm van groepstherapie sinds Masters en Johnson en kijken daarbij zowel naar het format waarin hulp geboden wordt als naar de theoretische basis waarop dit hulpverleningsformat is gestoeld. Wat is er sindsdien veranderd? We vertrekken in onze beschouwing vanuit drie artikelen over groepstherapie bij seksuele disfuncties uit de periode vóór 1990, die de hoofdredacteur ons voorstelde, en gebruiken die als basis voor een reflectie over de volgende vragen: waarover schreven de auteurs destijds en waar staan we nu? Hadden de auteurs een vooruitziende blik, wat is er van hun bevindingen, adviezen of visie terecht gekomen? Hierbij zullen we ook de ontwikkelingen betrekken in andere hulpverleningsformats dan groepstherapie. Tenslotte zullen we proberen een blik in de toekomst te werpen. Wat is er op basis van onze beschouwingen te zeggen over de seksuologische theorievorming en praktijk in de toekomst?

De drie artikelen die in dit overzicht als referentiepunt dienen hebben gemeenschappelijk dat ze gaan over groepstherapie. Gianotten (1981) schrijft over groepstherapie bij mannen met seksuele disfuncties. Bezemer (1985) beschrijft een groepsbehandeling bij vrouwen met vaginisme, en Van Craen en Vansteenwegen (1985) geven een overzicht van de internationale literatuur over groepstherapie bij seksuele disfuncties. De conclusie uit het laatste artikel, waar we allereerst op ingaan, is duidelijk: groepstherapie is een even effectieve behandelvorm als individuele seksuotherapie, maar met belangrijke voordelen. Vrouwen en mannen zonder relatie, of met een relatie waarbij de partner onwillig is om deel te nemen aan relatietherapie, kunnen met een groepsformat ook geholpen worden. De hogere kosteneffectiviteit van groepstherapie wordt eveneens als argument genoemd.

Hoe zien om te beginnen de therapiegroepen in het overzichtsartikel van Van Craen en Vansteenwegen (1985) er uit? Over het algemeen betreft het kleine groepen patiënten (4 à 6) met 1 of 2 therapeuten, soms van hetzelfde geslacht als de patiënten (bij niet-ge-

mengde groepen), in sommige programma's met een vrouw-man therapeutenpaar. Het programma omvat ongeveer tien sessies van anderhalf tot twee uur. De ingrediënten van de groepstherapie sluiten aan bij de *sensate focus*-therapie van Masters en Johnson: psycho-educatie, huiswerkopdrachten met masturbatietraining en systematische desensitisatie (*sensate focus*-oefeningen), en bevatten daarnaast de groepsdiscussie als specifieke groepstherapeutische component. Soms wordt ook assertiviteitstraining of sociale vaardigheidstraining of een cognitieve herstructureringscomponent aan het programma toegevoegd (Everaerd et al., 1982).

De gereviewde studies in Van Craen en Vansteenwegen (1985) gaan vooral over groepsprogramma's waaraan patiënten deelnemen zonder hun partner, en die zich richten op primaire anorgasmie, secundaire erectiestoornissen en vroegtijdige zaadlozing. Een uitzondering is vaginisme dat behandeld wordt in groepen bestaande uit paren, zoals eerder beschreven werd voor andere seksuele disfuncties door Duddle en Ingram (1980) en door Leiblum en collega's (Leiblum & Ersner-Hershfield, 1977; Leiblum & Rosen, 1979; Leiblum et al., 1976). Het model dat Bezemer (1985) beschrijft is een mengvorm van paarthherapie en groepstherapie voor individuen. Het betreft een groepsbehandeling voor paren waarvan de vrouwelijke partner vaginistisch reageert, maar in zijn uitwerking gaat het om vrouwelijke partners, die in een 'women only' groep bijeenkomen met daarnaast een 'parallelgroep' waarin de mannelijke

Prof. dr. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog, seksuoloog NVVS, hoogleraar klinische psychologie

Dr. M.M. ter Kuile, klinisch psycholoog, seksuoloog NVVS

Correspondentie: Prof. dr. J.J.D.M. van Lankveld, E: Jacques.vanLankveld@ou.nl

partners bijeenkomen met een wat korter en enigszins verschillend programma.

### **De theoretische achtergrond van (groeps)therapie bij seksuele disfuncties**

Volgens Van Craen en Vansteenwegen (1985) heeft het werken in een groep voordelen die de behandeling effectiever zouden kunnen maken: "Groepsleden geven elkaar steun en creatieve suggesties bij het oplossen van hun probleem; het groepsklimaat blijkt snel faalangst en prestatiedruk te ondervangen; weerstand tegenover het veranderen van inhiberende gewoonten en irrationele opvattingen worden gemakkelijker doorbroken en het *modelling*-effect leidt tot snellere gedragsverandering en er is een positieve invloed op de regelmatige aanwezigheid van de patiënten en het drop-out verschijnsel blijkt minder groot te zijn dan in individuele therapie" (p. 136). Met deze formuleringen laten de auteurs zien dat zij – destijds – midden in de therapeutische literatuur van de jaren tachtig van de 20<sup>e</sup> eeuw stonden. We horen bijvoorbeeld nog een echo van Masters en Johnson (1970) als ze spreken over de faalangst en prestatiedruk die bij seksueel disfunctioneren opgelost moeten worden, probleemdeterminanten die een jaar later ook – naast andere – een prominente plek kregen in het cognitieve model van Barlow (1986). De ophanden zijnde opkomst van de cognitieve therapie (Beck, 1976; Ellis, 1962) is al voelbaar als ze spreken over 'irrationele opvattingen'. In het idee van 'het *modelling*-effect' van groepstherapie klinken de toen nog dominante gedragstherapeutische ideeën sterk door. Maar waarom wordt de therapie specifiek in een groepsformat aangeboden? Van Craen en Vansteenwegen (p. 136) benadrukken de onderlinge steun die in groepstherapie uniek is, en de creatieve suggesties die groepsleden elkaar geven, het groepsklimaat, de invloed van de groep op de *compliance* en *dropout*-preventie. Vrouwen en mannen met alle typen seksuele disfuncties zouden daarvan profiteren.

Hoe is het deze theorieën vergaan in de dertig jaar sinds het verschijnen van het reviewartikel van Van Craen en Vansteenwegen? We stellen vast dat de theorievorming over de specifieke veranderingsmechanismen in groepstherapie in het algemeen en voor de behandeling van seksuele disfuncties in het bijzonder nauwelijks verder is ontwikkeld (zie o.m. Hornsey et al., 2009; Oei & Browne, 2006; Oei & Shuttlewood, 1997). Het effectonderzoek naar groepstherapie bij andere vormen van psychopathologie heeft slechts beperkte resultaten opgeleverd, zoals onder meer geconcludeerd zou kunnen worden uit recente reviews en meta-analyses, bijvoorbeeld van de effecten van groepstherapie voor bulimia nervosa (Polnay et al., 2014), voor depressie (Huntley et al., 2012; Okumura & Ichikura, 2014), en voor obsessief-compulsieve stoornis (Jónsson & Hougaard, 2009).

De ontwikkelingen in de theorievorming rond het ontstaan en de behandeling van seksuele disfuncties

zijn daarentegen niet stil blijven staan en waren onder meer gericht op de bijdrage van zowel cognitieve (Heiman, 2002; Janssen, 2011; Janssen & Everaerd, 1993; Janssen et al., 2000; Laan & Everaerd, 1995; McCabe, 1991; ter Kuile et al., 2010; van Lankveld et al., 2015) als interpersoonlijke factoren (Dewitte, 2012, 2013; Rosen et al., 1994). Zo is de rol van vroege en late hechtingsprocessen (Brassard et al., 2015; Dewitte, 2012; Péloquin et al., 2014; Reis & Shaver, 1988), en van gecontroleerde en automatische cognitieve verwerking (Janssen et al., 2000; van Lankveld et al., 2015) theoretisch en empirisch verder ontwikkeld. Daarnaast is het leerpsychologische model van seksueel disfunctioneren door verschillende onderzoeksgroepen onder de loep genomen en empirisch getoetst (Both et al., 2008; Both et al., 2008; Brom et al., 2014; Hoffmann, 2012; Hoffmann et al., 2004, 2012). Een overzicht van deze ontwikkelingen in het seksonderzoek bij vrouwen, wordt gegeven door Laan en Dewitte (2016).

De meest toegepaste vorm van sekstherapie, de *sensate focus*-benadering, is echter nog weinig aangepast c.q. aangevuld op basis van deze theoretische ontwikkelingen. *Sensate focus*-therapie, ook wel klassieke sekstherapie genoemd, is een combinatietherapie met elementen uit de gedragstherapie (graduele *exposure* [het *sensate focus*-oefenprogramma]), de cognitieve therapie (vaak impliciet in de therapeutische sessie) en de relatietherapie (de communicatie-elementen in het *sensate focus*-programma; vaak ook interventies gericht op het verbeteren van intimiteit en van de balans in de relatie). Cognitieve therapie bij seksuele disfuncties (o.a. in groepstherapievorm, zie Everaerd et al., 1982), of in de vorm van bibliotherapie (zie Mintz et al., 2012; van Lankveld et al., 2001) richt zich vooral op het modifieren van disfunctionele cognities, alhoewel veel cognitieve therapieën met gedragstherapeutische elementen, zoals – opnieuw – *exposure* in de vorm van *sensate focus*-oefeningen worden aangevuld. Het is ons niet duidelijk waarom 'zuivere' *sensate focus*-therapie en 'zuivere' cognitieve therapie, dus zonder gedragshuiswerkopdrachten, nooit frontaal vergeleken zijn in gecontroleerd onderzoek. Dit zou immers meer duidelijkheid verschaffen over het relatieve belang van cognitieve en gedragsmatige elementen in seksuologische hulpverlening.

### **De werkzaamheid van groepstherapie**

Typerend voor de evaluatie van de werkzaamheid van de groepstherapeutische behandelprogramma's was het gebruik van een dichotoom succes criterium; succes (herstel) of geen succes, terugval of geen terugval (zie p. 140-141 in Van Craen & Vansteenwegen, 1985). Dit sloot aan bij de onderzoekstraditie van Masters en Johnson, die hun resultaten ook weergaven in termen van '*percentage failed to improve*', daarmee suggereerend, maar niet bewijzend, dat de rest van de patiënten succesvol behandeld zou zijn. Zowel slagen als falen werd door hen niet op een replicerbare manier gede-

finiëerd. Dit was een aanpak waarop ze door collega's later heftig bekritiseerd zijn (Zilbergeld & Evans, 1980). Een dergelijke dichotome visie op therapieresultaat paste echter wel tot op zekere hoogte in het toenmalige medische model, waarbij ziekte en gezondheid als discontinue eenheden werden gezien. In meer recente, dimensionele, opvattingen zijn ziekte en gezondheid niet zo absoluut van elkaar gescheiden (zie o.a. Glas, 2011) en wordt resultaat vaker weergegeven op een continue schaal, en wordt meer waarde gehecht aan 'clinically relevant change' als behandel-effect en naar effectgrootte in plaats van alleen naar statistische significantie.

### De kosteneffectiviteit van groepstherapie

Van Craen en Vansteenwegen (1985) herhalen wat in de door hen gereviewde literatuur gezegd wordt, dat de geïnvesteerde tijd bij groepsbehandeling omgerekend naar de tijd per partnerpaar enkele tientallen procenten lager zou kunnen zijn dan bij 'reguliere' paarbehandelingen. De behandelkosten zouden daarmee evenredig lager zijn dan bij 'individuele paarbehandeling'. Alhoewel naar groepstherapie voor andere klachten, zoals onverklaarde lichamelijke klachten (Visser et al., 2015) en sociale angststoornissen (Hedman et al., 2014) en voor lage rugpijn (Lamb et al., 2010) wel kosten-effectiviteitsonderzoek is gedaan, waaruit ook bleek dat een groepsbenadering kosteneffectief kan zijn, kan een dergelijke uitspraak voor groepstherapie in het algemeen niet worden gedaan (Tucker & Oei, 2007). Voor wat betreft een groepsaanpak bij seksuele problemen is voor zover ons bekend dergelijk onderzoek nog niet uitgevoerd.

### De werkzaamheid van groepstherapie bij mannelijke seksuele disfuncties

Gianotten (1981) schrijft het initiatief om ook mannen in groepen te gaan behandelen toe aan Zilbergeld (1975, 1980). Ook Gianotten noemt de mogelijkheid om mannen te behandelen die geen partner hebben of wiens partner niet wil deelnemen aan relatietherapie als argument voor het groepsformat. Maar hij ziet ook nadelen: het probleem dat nogal eens optreedt om voldoende deelnemers voor een groep bijeen te krijgen, onder meer omdat men opziet tegen het werken in een groep. De therapeutische elementen in de groepstherapie voor mannen zijn masturbatietraining, training in sociale vaardigheden en cognitieve therapie. Net als bij de groepstherapieën voor vrouwen met vaginisme die Bezemer (1985) beschrijft, die ook bij de toenmalige Rutgersstichting worden aangeboden, noemt Gianotten de parallelgroep, hier de groep voor de vrouwelijke partners.

De werkzaamheid van groepstherapie voor seksuele problemen bij mannen bleek in de review door Van Craen en Vansteenwegen (1985) slechts weinig onderzocht, en als dat wel gebeurde vaak met weinig overtuigende onderzoeksmethoden: kleine groepen, geen

controlegroep of geen *random* toewijzing, geen goede uitkomstenmaten, onnavolgbare statistische analyses, etc. Het is dan ook verbazingwekkend dat de auteurs, ondanks deze serieuze beperkingen, die zij zelf gedetailleerd bespreken, toch tot de slotsom komen dat de groepsbenadering succesvol is en zelfs te prefereren zou zijn boven andere therapieformats ("even effectief en bepaalde voordelen", p. 135). In een recentere *Cochrane Systematic Review* van onderzoeken naar behandeling van erectiestoornissen werd eveneens geconcludeerd dat veel onderzoeken naar groepstherapie bij erectiestoornis niet voldoen aan elementaire kwaliteitscriteria (Melnik et al., 2007). Desondanks vonden de auteurs van deze review dat groepstherapie een werkzame aanpak was voor mannen met erectiestoornis, vergeleken met een onbehandelde controlegroep. Dat gold voor rationeel-emotieve groepstherapie (Munjack et al., 1984), voor *sensate focus*-therapie in een paargroep (Kilman et al., 1987), en voor groepstherapie voor mannen zonder partner (Price et al., 1981; Reynolds, 1991).

### Toekomstperspectief van psychologische interventies in de seksuologische hulpverlening bij mannen

We kijken voor het toekomstperspectief ook naar andere hulpformats in de seksuologische hulpverlening. De beschikbaarheid van medicamenteuze behandelingen voor zowel erectieproblemen als problemen met voortijdige ejaculatie hebben de hulpvraag voor mannelijke seksuele disfuncties immers sterk doen veranderen. Door nogal wat mannen met erectieproblemen lijkt de medicamenteuze aanpak als eerste keus benadering te worden beschouwd (Laumann et al., 2009; Schouten et al., 2010). Psychologische of relationele interventies worden dan pas ingezet als deze aanpak niet of onvoldoende blijkt te helpen of niet bij de persoon of het paar past. Eén van de mogelijke redenen waarom de psychologische interventies voor nogal wat mannen met seksuele problemen, maar ook voor de hulpverleners tot wie zij zich wenden, geen eerste keus zou kunnen zijn, is dat het onderzoek naar de werkzaamheid ervan weinig aandacht heeft gekregen. De effecten van psychologische interventies zijn nog slechts beperkt aangetoond (Berner & Gunzler, 2012; Gunzler & Berner, 2012; Heiman & Meston, 1997; Melnik et al., 2007), en voor zover dit wel het geval is, zijn de positieve uitkomsten veel minder onder de publieke aandacht gebracht. Verder wordt er vaak terugval geconstateerd na afloop van de behandeling, zoals bij vroegtijdige zaadlozing, en dit zal ook de motivatie om alsnog voor een psychologische benadering te kiezen niet ten goede komen. Overigens is dergelijke terugval zowel na een psychologische als een medicamenteuze aanpak van vroegtijdige zaadlozing mogelijk het geval (Perelman, 2006).

Een andere invalshoek betreft de werkzaamheid, c.q. effectgrootte van de momenteel beschikbare interventies. Een substantieel deel van de mannelijke hulp-

vragers met seksuele moeilijkheden is onvoldoende geholpen met *sensate focus*-therapie (Perelman, 2006), cognitieve therapie (McCabe, 2001) of relatietherapie, bijv. bij mannen met alcoholproblemen (O'Farrell et al., 1998), al dan niet in combinatie met medicamenteuze ondersteuning (Aubin et al., 2009), maar ook met alleen farmacotherapie (van Lankveld et al., 2003). De ontwikkeling van psychologische interventies en behandelprogramma's voor mannen met verschillende seksuele problemen is waarschijnlijk het meest gebaat bij een systematische aanpak, zoals bijvoorbeeld met behulp van het *intervention mapping model* (Bartholomew et al., 2011). De ontwikkeling van een interventie volgens een dergelijk model vertrekt vanuit grondig onderzoek naar de behandelvraag en -behoeften van de hulpvragers en vanuit robuuste kennis over probleemdeterminanten, die aangepakt dienen te worden. Te denken valt aan relationele factoren die gerelateerd zijn aan hechtingsfactoren, zoals in *Emotionally-Focused Couple Therapy*, die tot nu toe alleen voor seksuele problemen bij vrouwen onderzocht zijn (MacPhee et al., 1995), of aan interventies gericht op aandachtsfactoren en informatieverwerking uit *dual-process*-modellen (Janssen et al., 2000; van Lankveld et al., 2015), waaronder interventies gebaseerd op *mindfulness*-training (Brotto & Goldmeier, 2015).

### **De werkzaamheid van groepstherapie bij vrouwelijke seksuele disfuncties**

Bezemer (1985) beschrijft een groepsbehandeling voor vrouwen die vaginistisch reageren, die bij de toenmalige Rutgersstichting werd aangeboden. De behandeling bestond net als de meeste andere groepsbehandelingen in die tijd uit tien groepszittingen voor vrouwen en zes parallelzittingen voor de mannelijke partners. In lijn met de feministische visie van die tijd was het doel van de behandeling niet meer 'het kunnen hebben van coitus' maar 'de vrouw de macht over haar lichaam terug te geven'. De ingrediënten van de behandeling waren: algemene relaxatie en bekkenbodemoefeningen, systematische desensitisatie (stapsgewijs leert de vrouw iets in haar schede te brengen) en communicatie over seksualiteit. Daarnaast werd specifiek aandacht besteed aan de mogelijke positieve betekenis die het vaginisme kon hebben voor de vrouw, de man of de relatie. Het verbaast ons wel dat hoewel het doel van de behandeling niet coitus-gerelateerd was, de uitkomsten van de behandeling wel besproken werden in termen van het aantal vrouwen dat wel/geen coitus kan hebben na afloop van de behandeling.

De werkzaamheid van groepstherapie voor seksuele problemen bij vrouwen bleek in de review door Van Craen en Vansteenwegen (1985) alleen nog onderzocht te zijn bij primaire en secundaire anorgasmie. Omdat de meeste van de gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van (groeps-)behandeling voor anorgasmie in de jaren '70-'80 heeft plaatsgevonden, is het opvallend dat slechts één van de acht

besproken studies in deze review een gecontroleerde effectstudie was (Heinrich, 1979). Vijf voor 1985 gepubliceerde gerandomiseerde behandel-effectstudies over groepstherapie, die in latere reviews wel zijn meegenomen (o.a. ter Kuile et al., 2010), beschrijven Van Craen en Vansteenwegen niet in deze review (Andersen, 1981; Delehanty, 1982; Fichten et al., 1983; Roughan & Kunst, 1981; Sotile & Kilmann, 1978). Zij concluderen dat groepstherapie (masturbatietraining) het meest effectief is voor vrouwen die nog nooit een orgasme hebben ervaren (gemiddeld 87%), waarbij succes meestal betekent orgasme door middel van masturbatie. De succespercentages van de verschillende vormen van masturbatietraining (individueel of groepsgewijs, met of zonder het betrekken van de partner) zijn vergelijkbaar. De meeste vrouwen zijn na verloop van tijd steeds beter in staat om ook tijdens partnerseks een orgasme te ervaren. Vergelijkbare conclusies worden ook 25 jaar later getrokken op basis van alleen gerandomiseerde gecontroleerde effectstudies (ter Kuile et al., 2010). Voor vrouwen met verworven orgasmeproblematiek in de situatie met de partner, lijkt een groepsprogramma minder effectief en lijkt partnerrelatietherapie rond seksualiteit meer geïndiceerd (ter Kuile et al., 2010). De laatste studie naar de effectiviteit van (groeps)behandeling voor anorgasmie is van ruim 20 jaar geleden (Hurlbert & Apt, 1995).

Alhoewel er veel minder onderzoek is uitgevoerd naar de effectiviteit van psychologische behandelingen van vrouwen met verminderd verlangen en zin in seksualiteit (ter Kuile et al., 2010), zijn ook daar drie van de vijf gecontroleerde behandelstudies in groepsverband uitgevoerd. Deze studies hebben plaatsgevonden tussen 1993 en 2001. Trudel en collega's laten bijvoorbeeld zien dat een relatief kortdurend multimodaal cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma voor paren effectiever is dan een wachtlijstcontrolegroep (Trudel et al., 2001). Vrouwen die deelgenomen hadden aan dit groepsprogramma rapporteerden zowel op de korte als de langere termijn meer zin in seks en waren tevredener over de seksuele relatie en de relatie in het algemeen dan vrouwen die op een wachtlijst voor behandeling stonden. Het is echter de vraag welke van de elementen noodzakelijk zijn om veranderingen in gang te zetten. Een algemene relatietherapie alleen, waarbinnen niet expliciet ook aandacht is voor de seksuele relatie, is onvoldoende effectief gebleken voor problemen met seksueel verlangen (Hartman, 1983). Daarentegen lijkt een behandeling waarbij ook expliciet aandacht is voor meer adequate seksuele stimulering wel zinvol te zijn. In twee vergelijkbare studies is gevonden dat, wanneer een orgasmetraining werd toegevoegd aan een oorspronkelijke multimodaal cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma, vrouwen zowel op de korte als op de lange termijn meer zin in seks hadden, meer opwinding ervoerden tijdens seksueel contact, en tevredener waren over de gehele seksuele relatie dan vrouwen die alleen de 'basisbehandeling'

hadden gehad (Hurlbert, 1993; Hurlbert et al., 1993).

De eerste studie die de effectiviteit van een vergelijkbare groepsbehandeling voor vaginisme als die van Bezemer (1985) onderzocht was van Van Lankveld en collega's (2006). De effectiviteit van de groepsbehandeling was significant beter dan een wachtlijst-controlegroep en vergelijkbaar met het effect van bibliotherapie. Echter, het effect was beperkt, slechts 9% van de vrouwen konden na de groepsbehandeling gemeenschap hebben. Het succespercentage van deze groepsbehandeling was een stuk lager dan van een begeleide exposurebehandeling die vrouwen in het ziekenhuis kregen aangeboden. Na een dergelijke behandeling rapporteerden 90% van de paren dat ze gemeenschap konden hebben in vergelijking met 13% van de paren die op de wachtlijst stond voor behandeling (ter Kuile et al., 2013). De groepsbehandeling en de begeleide exposurebehandeling zijn nooit direct vergeleken binnen een studie. Echter het lijkt er op dat de groepsbehandeling voor deze klacht minder effectief is dan een begeleide exposurebehandeling. In beide studies waren de behandellocatie en de therapeuten identiek, en het type patiënten en de ernst van de problematiek zeer vergelijkbaar. Het enige grote verschil was de focus van de behandeling. In de begeleide exposurebehandeling was er meer aandacht voor angst voor penetratie en vermijdingsgedrag dan in de groepsbehandeling, twee factoren die samenhangen met het behandelresultaat (ter Kuile et al., 2015; ter Kuile et al., 2007).

Recent is er een review verschenen waarbij het effect van een psychologische behandeling voor dyspareuniëklachten werd vergeleken met een medische behandeling, een andere psychologische behandeling, of een controlegroep (Flanagan et al., 2015). Zes studies werden geïnccludeerd, de helft van de psychologische behandelingen bestond uit een groepsbehandeling. Opvallend is dat het format en de ingrediënten van de groepsbehandeling voor dyspareunie erg vergelijkbaar zijn met het format en de ingrediënten van de groepsbehandeling voor vaginisme (Bezemer, 1985). De belangrijkste conclusie van deze review was dat een psychologische (groeps)behandeling net zo goed werkt als een medische behandeling. Omdat er nooit een vergelijking is gemaakt met bijvoorbeeld 'geen behandeling' of een 'placebobehandeling', stellen de auteurs dat het niet duidelijk is of de conclusie moet zijn dat psychologische en medische behandelingen 'even goed' of 'even slecht zijn'.

Na deze review verscheen in 2015 een studie van Brotto en collega's (Brotto et al., 2015) waarin het effect van een vier zittingen *mindfulness-based* groepsprogramma werd vergeleken met op de wachtlijst staan voor behandeling. In beide condities werd tussen vóór en na meting geen verschil gevonden op de uitkomstmaat 'pijn bij de gemeenschap'. Opvallend was dat vrouwen, die op de wachtlijst voor de groepsbehandeling stonden, verbeterden op verschillende *self-efficacy* maten en op seksgerelateerde maten, zoals seksuele

*distress*. Dus we kunnen op dit moment nog niet goed zeggen of een groepsbehandeling voor dyspareuniëklachten effectiever is dan 'wachten op een behandeling'. Zolang er nog geen duidelijke uitspraken gedaan kunnen worden over de effectiviteit van de verschillende behandelmodaliteiten voor vrouwelijke seksuele disfuncties, is het goed om de zorg *stepped-care* aan te bieden, waarbij begonnen wordt met de minder kostbare interventies.

### **Toekomstperspectief van psychologische interventies in de seksuologische hulpverlening bij vrouwen**

Tot het laatste decennium was er veel meer belangstelling voor de mannelijke dan voor de vrouwelijke seksualiteit. Hierin lijkt verandering te komen. De toegenomen interesse voor de vrouwelijke seksualiteit lijkt een direct gevolg van de successen van de medicijnen voor mannelijke seksuele disfuncties. Er ligt een potentiële markt voor de farmaceutische industrie, te weten vrouwen met seksuele problemen. Het is nu aan de onderzoekers, maar ook aan de klinici, om erover te waken dat normale variatie in vrouwelijk seksueel functioneren niet wordt herlabeld als seksueel disfunctioneren. Nieuwe medicijnen zijn in ontwikkeling en worden bij vrouwen op hun effectiviteit onderzocht. Vooralsnog zijn de resultaten daarvan teleurstellend.

Maar hoe staat het dan anno 2016 met de resultaten van de psychologische behandelingen voor vrouwelijke seksuele disfuncties? We kunnen alleen concluderen dat de effectiviteit van een psychologische (groeps)behandeling voor vrouwen met primair anorgasmie voldoende is aangetoond en we kunnen met enige zekerheid stellen dat ook de effectiviteit van een psychologische behandeling van secundaire anorgasmie is aangetoond. Het is bedroevend te moeten concluderen dat een vergelijkbare conclusie ook al 30 jaar geleden werd getrokken door Van Craen en Vansteenkoven (1985) en te moeten vaststellen dat we op dit vlak van onderzoek nu al drie decennia lang stil zijn blijven staan.

Slechts een zeer beperkt aantal 'psychologische' (groeps)behandelingen voor vrouwelijke seksuele disfuncties heeft haar effectiviteit vooralsnog voldoende bewezen. Wij hopen dat de recente aandacht voor de vrouwelijke seksualiteit ook aanzet tot meer goed, gerandomiseerd effectonderzoek naar psychologische interventies bij vrouwen. Onze verwachting is dat met name meer theoriegestuurde interventies, en onderzoek naar de effectiviteit van specifieke therapeutische ingrediënten, de behandeling van vrouwelijke seksuele disfuncties een stapje verder zal helpen.

### **Conclusie**

Samenvattend kunnen we concluderen dat er sinds de jaren zestig (Masters & Johnson, 1970) opvallend weinig empirisch onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van psychologische behandelingen voor zowel mannelijke als ook vrouwelijke seksuele problemen.

Dat weinige onderzoek heeft aangetoond dat voor de meeste problemen de effectiviteit van de behandeling niet empirisch is aangetoond of het effect van een behandeling het placebo-effect niet lijkt te overstijgen. Het is erg jammer te moeten vast stellen dat er binnen de seksuologische hulpverlening slechts een beperkte wetenschappelijke ontwikkeling plaats heeft gevonden. Dat contrasteert schril met de sterke nadruk op het toepassen van *evidence-based* behandelingen zowel binnen de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. Het is ook te verwachten dat de invloed van patiënten, maar ook van de zorgverzekeraars steeds groter zal worden in de keuze van het soort behandeling voor een specifiek probleem. Het werken volgens *evidence-based* richtlijnen is heden ten dage bijna niet meer weg te denken. Of het nu gaat om een chirurgische ingreep, medicamenteuze behandeling of psychotherapie: het is *'not done'* om een patiënt een behandeling aan te bieden, die niet beter is dan géén behandeling of waar de patiënt mogelijk zelfs schade van zou kunnen ondervinden.

Ons inziens is het dan ook voor de toekomst van de seksuologische hulpverlening van groot belang dat er meer onderzoek plaatsvindt naar de effectiviteit van uiteenlopende behandelingen. Alleen door de(r)gelijk onderzoek kan de seksuologische hulpverlening haar bestaansrecht als professie wetenschappelijk legitimeren naar collega hulpverleners, cliënten en ziektekostenverzekeraars.

## Literatuur

- Andersen, B. L. (1981). A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 568-570.
- Aubin, S., Heiman, J. R., Berger, R. E., Murallo, A. V., & Yung-Wen, L. (2009). Comparing sildenafil alone vs. sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: A pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 35*, 122-143. doi: 10.1080/00926230802712319
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 140-148. doi: 10.1037/0022-006X.54.2.140
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. J., Gottlieb, N. H., & Fernandez, M. E. (2011). *Planning Health promotion Programs. An intervention mapping approach. Third edition.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* Oxford, England: International Universities Press.
- Berner, M., & Gunzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions. A systematic review of controlled clinical trials: Part 1-the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 9*, 3089-3107. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02970.x
- Bezemer, W. (1985). Een groepsbehandeling van vaginisme. *Tijdschrift voor Seksuologie, 9*, 16-24.
- Both, S., Laan, E., Spiering, M., Nilsson, T., Oomens, S., & Everaerd, W. (2008). Appetitive and aversive classical conditioning of female sexual response. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 1386-1401. doi: JSM815 [pii] 10.1111/j.1743-6109.2008.00815.x
- Both, S., Spiering, M., Laan, E., Belcome, S., van den Heuvel, B., & Everaerd, W. (2008). Unconscious classical conditioning of sexual arousal: evidence for the conditioning of female genital arousal to subliminally presented sexual stimuli. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 100-109. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00643.x
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *Journal of Sex Research, 52*, 110-119. doi: 10.1080/00224499.2013.838744
- Brom, M., Laan, E., Everaerd, W., Spinhoven, P., & Both, S. (2014). Extinction and renewal of conditioned sexual responses. *PLoS One, 9*, e105955. doi: 10.1371/journal.pone.0105955
- Brotto, L. A., Basson, R., Smith, K. B., Driscoll, M., & Sadownik, L. (2015). Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia. *Mindfulness, 6*, 417-432. doi: 10.1007/s12671-013-0273-z
- Brotto, L. A., & Goldmeier, D. (2015). Mindfulness interventions for treating sexual dysfunctions: the gentle science of finding focus in a multitask world. *Journal of Sexual Medicine, 12*, 1687-1689. doi: 10.1111/jsm.12941
- Delehanty, R. (1982). Changes in assertiveness and changes in orgasmic response occurring with sexual therapy for preorgasmic women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 8*, 198-208.
- Dewitte, M. (2012). Different perspectives on the sex-attachment link: Towards an emotion-motivational account. *Journal of Sex Research, 49*, 105-124. doi: 10.1080/00224499.2011.576351
- Dewitte, M. (2013). On the interpersonal dynamics of sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy.* doi: 10.1080/0092623X.2012.710181
- Duddle, C., & Ingram, A. (1980). Treating sexual dysfunction in couples groups. In R. Forleo & W. Pasini (Eds.), *Medical Sexology: The Third International Congress.* Littleton: PSG Pub.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Oxford, England: Lyle Stuart.
- Everaerd, W., Dekker, J., Dronkers, J., van der Rhee, K., Staffeleu, J., & Wiselius, G. (1982). Treatment of homosexual and heterosexual sexual dysfunction in male-only groups of mixed sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 11*, 1-10. doi: 10.1007/BF01541361
- Fichten, C. S., Libman, E., & Brender, W. (1983). Methodological issues in the study of sex therapy: Effective components in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 9*, 191-202. doi: 10.1080/00926238308405847
- Flanagan, E., Herron, K. A., O'Driscoll, C., & Williams, A. C. D. (2015). Psychological treatment for vaginal pain: Does etiology matter? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine, 12*, 3-16. doi: 10.1111/jsm.12717
- Gianotten, W. L. (1981). Groepstherapie voor mannen met seksuele dysfuncties. *Tijdschrift voor Seksuologie, 6*, 29-34.
- Glas, G. (2011). Wat is een psychiatrische ziekte? In D. Denys & G. Meynen (Eds.), *Handboek Psychiatrie en Filosofie* (pp. 31-51). Lochem: De Tijdstroom.
- Gunzler, C., & Berner, M. M. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions. A systematic review of controlled clinical trials: Part 2--the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 9*, 3108-3125. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02965.x
- Hartman, L. M. (1983). Effects of sex and marital therapy on sexual interaction and marital happiness. *Journal of Sex & Marital Therapy, 9*, 137-151. doi: 10.1080/00926238308405841
- Hedman, E., El Alaoui, S., Lindefors, N., Andersson, E., Rück, C., Ghaderi, A., ... Ljótsson, B. (2014). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of internet- vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-year follow-up of a randomized trial. *Behavior Research and Therapy, 59*, 20-29. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.010

- Heiman, J. R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Archives of Sexual Behavior, 31*, 445-450. doi: 10.1023/A:1019848310142
- Heiman, J. R., & Meston, C. M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research, 8*, 148-194.
- Heinrich, A. (1979). *Innovations in sex therapy: group and self-directed approaches*. Paper presented at the 9e Europees Congres voor Gedragstherapie.
- Hoffmann, H. (2012). Considering the role of conditioning in sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 63-71. doi: 10.1007/s10508-012-9915-9
- Hoffmann, H., Janssen, E., & Turner, S. L. (2004). Classical conditioning of sexual arousal in women and men: Effects of varying awareness and biological relevance of the conditioned stimulus. *Archives of Sexual Behavior, 33*, 43-53. doi:10.1023/B:ASEB.0000007461.59019.d3
- Hoffmann, H., Peterson, K., & Garner, H. (2012). Field conditioning of sexual arousal in humans. *Socioaffective Neuroscience & Psychology, 2*, 17336. doi: 10.3402/snp.v2i0.17336
- Hornsey, M. J., Dwyer, L., Oei, T. P., & Dingle, G. A. (2009). Group processes and outcomes in group psychotherapy: Is it time to let go of "cohesiveness"? *International Journal of Group Psychotherapy, 59*, 267-278. doi: 10.1521/ijgp.2009.59.2.279
- Huntley, A. L., Araya, R., & Salisbury, C. h. (2012). Group psychological therapies for depression in the community: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 200*, 184-190. doi: 10.1192/bjp.bp.111.092049
- Hurlbert, D. F. (1993). A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy, 19*, 41-55. doi: 10.1080/00926239308404887
- Hurlbert, D. F., & Apt, C. (1995). The coital alignment technique and directed masturbation: A comparative study on female orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy, 21*, 21-29. doi: 10.1080/00926239508405968
- Hurlbert, D. F., White, L. C., Powell, R. D., & Apt, C. (1993). Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 24*, 3-13. doi: 10.1016/0005-7916(93)90003-F
- Janssen, E. (2011). Sexual arousal in men: A review and conceptual analysis. *Hormones and Behavior, 59*, 708-716. doi: 10.1016/j.yhbeh.2011.03.004
- Janssen, E., & Everaerd, W. (1993). Determinants of male sexual arousal. *Annual Review of Sex Research, 4*, 211-245.
- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: toward an information processing model of sexual arousal. *Journal of Sex Research, 37*, 8-23. doi: 10.1080/00224490009552016
- Jónsson, H., & Hougaard, E. (2009). Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*, 98-106. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01270.x
- Kilmann, P. R., Milan, R. J., Jr., Boland, J. P., Nankin, H. R., Davidson, E., West, M. O., . . . Devine, J. M. (1987). Group treatment of secondary erectile dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 13*, 168-182. doi: 10.1080/00926238708403890
- Laan, E., & Everaerd, W. (1995). Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annual Review of Sex Research, 6*, 32-76.
- Laan, E., & Dewitte, M. (2016). Dertig jaar seksonderzoek bij vrouwen: van lage driften naar seks in context. *Tijdschrift voor Seksuologie, 40*, 116-122.
- Lamb, S. E., Hansen, Z., Lall, R., Castelnovo, E., Withers, E. J., Nichols, V., . . . Back Skills Training Trial (2010). Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: A randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet, 375*, 916-923. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62164-4
- Laumann, E. O., Glasser, D. B., Neves, R. C., Moreira, E. D., Jr., & Group, G. I. (2009). A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *International Journal of Impotence Research, 21*, 171-178. doi: 10.1038/ijir.2009.7
- Leiblum, S. R., & Ernsner-Hersfield, R. (1977). Sexual enhancement groups for dysfunctional women: An evaluation. *Journal of Sex & Marital Therapy, 3*, 139-152. doi: 10.1080/00926237708402979
- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1979). The weekend workshop for dysfunctional couples: Assets and limitations. *Journal of Sex & Marital Therapy, 5*, 57-69. doi: 10.1080/00926237908403718
- Leiblum, S. R., Rosen, R. C., & Pierce, D. (1976). Group treatment format: Mixed sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior, 5*, 313-322. doi: 10.1007/BF01542083
- MacPhee, D. C., Johnson, S. M., & Van der Veer, M. M. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 21*, 159-182. doi: 10.1080/00926239508404396
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCabe, M. P. (1991). The development and maintenance of sexual dysfunction: An explanation based on cognitive theory. *Sexual & Marital Therapy, 6*, 245-260. doi: 10.1080/02674659108409602
- McCabe, M. P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 259-271. doi: 10.1080/009262301750257119
- Melnik, T., Soares, B. G., & Nassello, A. G. (2007). Psychosocial interventions for erectile dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004825. doi: 10.1002/14651858.CD004825.pub2
- Mintz, L. B., Balzer, A. M., Zhao, X., & Bush, H. E. (2012). Bibliotherapy for low sexual desire: Evidence for effectiveness. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 471-478. doi: 10.1037/a0028946
- Munjack, D. J., Schlaks, A., Sanchez, V. C., Usigli, R., Zulueta, A., & Leonard, M. (1984). Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure: An initial study. *Journal of Sex and Marital Therapy, 10*, 170-175. doi: 10.1080/00926238408405942
- O'Farrell, T. J., Kleinke, C. L., & Cutter, H. S. G. (1998). Sexual adjustment of male alcoholics: Changes from before to after receiving alcoholism counseling with and without marital therapy. *Addictive Behaviors, 23*, 419-425. doi: 10.1016/S0306-4603(97)00076-2
- Oei, T. P., & Browne, A. (2006). Components of group processes: Have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behaviour therapy program? *American Journal of Psychotherapy, 60*, 53-70.
- Oei, T. P., & Shuttlewood, G. J. (1997). Comparison of specific and nonspecific factors in a group cognitive therapy for depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28*, 221-231. doi: 10.1016/S0005-7916(97)00019-0
- Okumura, Y., & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 164*, 155-164. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.023
- Péloquin, K., Brassard, A., Lafontaine, M.-F., & Shaver, P. R. (2014). Sexuality examined through the lens of attachment theory: Attachment, caregiving, and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research, 51*, 561-576. doi: 10.1080/00224499.2012.757281
- Perelman, M. A. (2006). A new combination treatment for premature ejaculation: A sex therapist's perspective. *Journal of Sexual Medicine, 3*, 1004-1012. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00238.x

- Polnay, A., James, V. A. W., Hodges, L., Murray, G. D., Munro, C., & Lawrie, S. M. (2014). Group therapy for people with bulimia nervosa: Systematic review and meta analysis. *Psychological Medicine*, *44*, 2241-2254. doi: 10.1017/S0033291713002791
- Price, S. C., Reynolds, B. S., Cohen, B. D., Anderson, A. J., & Schochet, B. V. (1981). Group treatment of erectile dysfunction for men without partners: A controlled evaluation. *Archives of Sexual Behavior*, *10*, 253-268. doi: 10.1007/BF01543078
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships* (pp. 367-389). Chichester, England: Wiley.
- Reynolds, B. (1991). Psychological treatment of erectile dysfunction in men without partners: Outcome results and a new direction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *17*, 136-146. doi: 10.1080/00926239108404955
- Rosen, R. C., Leiblum, S. R., & Spector, I. P. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *20*, 67-85. doi: 10.1080/00926239408403419
- Roughan, P. A., & Kunst, L. (1981). Do pelvic floor exercises really improve orgasmic potential? *Journal of Sex & Marital Therapy*, *7*, 223-229. doi: 10.1080/00926238108405806
- Schouten, B. W., Bohnen, A. M., Groeneveld, F. P., Dohle, G. R., Thomas, S., & Bosch, J. L. (2010). Erectile dysfunction in the community: Trends over time in incidence, prevalence, GP consultation and medication use--the Krimpen study: trends in ED. *Journal of Sexual Medicine*, *7*, 2547-2553. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01849.x
- Sotile, W. M., & Kilmann, P. R. (1978). Effects of group systematic desensitization on female orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, *7*, 477-491. doi: 10.1007/BF01542492
- ter Kuile, M. M., Both, S., & van Lankveld, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*, 595-610. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.010
- ter Kuile, M. M., Melles, R., de Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., & van Lankveld, J. J. (2013). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list control trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 1127-1136. doi: 10.1037/a0034292
- ter Kuile, M. M., Melles, R. J., Tuijnman-Raasveld, C. C., de Groot, H. E., & van Lankveld, J. J. (2015). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: Mediators of treatment outcome: A randomized waiting list control trial. *Journal of Sexual Medicine*, *12*, 1807-1819. doi: 10.1111/jsm.12935
- ter Kuile, M. M., van Lankveld, J. J. D. M., de Groot, E. D., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 359-373. doi: 10.1016/j.brat.2006.03.013
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., & Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*, *16*, 145-164. doi: 10.1080/14681990120040078
- Tucker, M., & Oei, T. P. S. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*, 77-91. doi: 10.1017/S1352465806003134
- Van Craen, W., & Vansteenwegen, A. (1985). Groepstherapeutische behandelingsprogramma's voor seksuele dysfuncties, een literatuur-overzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *9*, 135-145.
- van Lankveld, J., 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. doi: 10.1080/00224490109552070
- van Lankveld, J., Odekerken, I., Kok-Verhoeven, L., van Hooren, S., de Vries, P., van den Hout, A., & Verboon, P. (2015). Implicit and explicit associations with erotic stimuli in sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Sexual Medicine*, *12*, 1791-1804. doi: 10.1111/jsm.12930
- van Lankveld, J., ter Kuile, M. M., de Groot, H. E., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 168-178. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.168
- van Lankveld, J., van den Hout, M. A., Spigt, M. G., & van Koeveeringe, G. A. (2003). Cognitive changes predict continued recovery of erectile functioning versus relapse after discontinuation of sildenafil treatment for male erectile dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 709-718. doi: 10.1097/01.PSY.0000073949.83631.4E
- Visser, M. S., Zonneveld, L. N., Van't Spijker, A., Hunink, M. G., & Busschbach, J. J. (2015). The cost-effectiveness of cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms. *Value in Health*, *18*, 570-577. doi: 10.1016/j.jval.2015.03.1791
- Zilbergeld, B. (1975). Group treatment of sexual dysfunction in men without partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *1*, 204-214. doi: 10.1080/00926237508405290
- Zilbergeld, B. (1980). Alternatives to couples counseling for sex problems: Group and individual therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *6*, 3-18. doi: 10.1080/00926238008404241
- Zilbergeld, B., & Evans, M. (1980). The inadequacy of Masters and Johnson. *Psychology Today*, *14*, 28-43.

## Summary

### What happened to sex therapy after Masters and Johnson? Developments in sexual health care

In this paper, we reviewed the developments in sexual health care over the last decades. We looked at what happened to sex therapy in group treatment format after Masters and Johnson introduced sex therapy in 1970, taking into account the format of treatment delivery as well as the theoretical background of this type of sexual help. Has anything changed? We started our essay with the suggestion of the editor of the *Tijdschrift voor Seksuologie* to review three articles on group therapy for sexual dysfunction that were published before 1990. We reflected on these publications and posed ourselves the following questions: What were the positions of the authors at that time, and where is the field at this point? Were their predictions sustainable? What happened to their findings, their recommendations or their points of view? In addition to the group approach, we included developments in other formats of sexual health care. Finally, we attempted to project our findings on future theory and clinical practice.

**Keywords:** sex therapy, development, treatment, clinical practice, sexual health care

**Trefwoorden:** sekstherapie, ontwikkeling, behandeling, klinische praktijk, seksuele gezondheidszorg