



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Orgasme problemen bij de vrouw

Een cognitief-gedragstherapeutische behandeling Orgasme problemen bij de vrouw

Stephanie Both, Marij Rossmark en Ellen Laan, *

SAMENVATTING Centraal in dit artikel staat de cognitief-gedragstherapeutische behandeling voor orgasme problemen bij de vrouw, die is gebaseerd op het masturbatieprogramma van LoPiccolo en Lobitz (1972). Uitgangspunt van de behandeling is dat vrouwen die geen orgasme kennen hun mogelijkheden tot seksueel reageren onvoldoende hebben ontwikkeld en dat ze kunnen leren om seksuele opwindning en een orgasme te laten ontstaan. Kernelementen van de behandeling zijn: educatie, exploratie van het eigen lichaam, masturbatietraining, en sensate-focusoefeningen. Het masturbatieprogramma is de enige behandeling voor primaire anorgasmie die het predikaat 'well-established' verdient. De behandeling is effectief gebleken voor vrouwen met primaire algemene anorgasmie, maar kan ook worden toegepast bij vrouwen met een seksuele opwindingsstoornis, en bij vrouwen met verminderd verlangen waaraan een opwindingsstoornis ten grondslag ligt. In deze bijdrage bespreken we de anamnese en indicatiestelling voor de behandeling. Vervolgens wordt het behandelingsprogramma uitvoerig beschreven, waarbij ook wordt ingegaan op mogelijke struikelblokken tijdens de behandeling.

Inleiding

Orgasmestooris bij de vrouw wordt in de DSM-IV beschreven als een aanhoudende of terugkerende vertraging of het ontbreken van orgasme, volgend op een fase met een normale seksuele opwindning (APA, 1994). Orgasme problemen bij vrouwen lijken vaak voor te komen. In het rapport *Seksualiteitshulpverlening in Nederland* rapporteren Vroege, Nicolai en Van de Wiel (2001) prevalentiecijfers uit drie Nederlandse studies. Voor de vrouwelijke seksuele disfuncties schetsen zij het volgende beeld:

- orgasme problemen (range 8-33%);
- problemen met verminderd seksueel verlangen (range 4-8%);
- dyspareunie (range 2-7%).

Lang niet alle vrouwen met orgasme problemen zoeken hulp. Van de vrouwen die zich in 1999 aanmeldten voor seksuologische hulp bij de polikliniek seksuologie rapporteerde 3 procent orgasme problemen als hoofdprobleem; bij de Rutgers Stichting was dit 10 procent van de vrouwen (Vroege, 2001a, 2001b). In de tweede lijn komen orgasme problemen binnen de patiëntenpopulatie nauwelijks voor. Bij een

* DRS. S. BOTH, psycholoog, is verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, en aan de polikliniek Psychosomatische gynaecologie, LUMC (Leids Universitair Medisch Centrum). Correspondentieadres: mevr. S. Both, Programmagroep Klinische Psychologie, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam.

DRS. M. ROSSMARK, psychotherapeut en seksuoloog NVVS, is verbonden aan het Amsterdams Centrum voor Seksuele Gezondheid, MR'70/Rutgershuis, Sarphatistraat 618-626, 1018 AV Amsterdam.

DR. E. LAAN, psycholoog, is als universitair hoofddocent verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.

eerstelijnsorganisatie als het 'Amsterdams Centrum voor Seksuele Gezondheid' (voorheen Rutgers Stichting Amsterdam) melden zich echter regelmatig vrouwen met orgasme problemen.

Volgens de strikte definitie uit de DSM-IV mag je het uitblijven van een orgasme alleen een orgasmestoornis noemen in geval van een normale ontwikkeling van de opwindingsrespons. Maar in de klinische praktijk blijkt dat vrouwen met orgasme problemen vaak weinig seksuele opwinding kennen, of dat ze moeite hebben met het vasthouden van opwinding. De behandeling voor orgasme problemen is dan ook gericht op het versterken van de opwindingsrespons én op het leren bereiken van orgasme.

We beschrijven in deze bijdrage de behandeling voor vrouwen met anorgasmie en daarmee samenhangende opwindingsproblemen, die wordt toegepast bij het Amsterdams Centrum voor Seksuele Gezondheid. Aan de orde komen het theoretisch kader, de indicatiestelling, het behandelprogramma zelf en de effecten daarvan.

Theoretisch kader

Net als de meeste sekstherapieën is de gedragstherapeutische behandeling van anorgasmie gebaseerd op de baanbrekende aanpak van Masters en Johnson. Het laboratoriumonderzoek van Masters en Johnson (1966) maakte duidelijk dat mannen en vrouwen in gelijke mate in staat zijn tot seksueel reageren. Daarbij liet hun werk op het gebied van de behandeling van seksuele disfuncties zien dat een korte en directieve aanpak tot substantiële verbetering kon leiden (Masters & Johnson, 1970). De combinatie van het liberale klimaat in de jaren zestig, de toenemende emancipatie van vrouwen en het werk van Masters en Johnson leidden tot de overtuiging dat het ervaren van seksueel plezier en orgasme voor vrouwen net zo goed mogelijk moet zijn als voor mannen.

Masters en Johnson ontwikkelden al interventies voor vrouwen die nooit of zelden een orgasme ervoeren. LoPiccolo en Lobitz (1972) borduurden voort op het werk van Masters en Johnson, en ontwikkelden een masturbatieprogramma voor anorgastische vrouwen. Dit programma bestond uit de basiselementen educatie, exploratie van het eigen lichaam, masturbatietraining en *sensate focus*. Later werd dit programma door Barbach (1974) aangepast voor groepsbehandeling van vrouwen, de zogenoemde 'preorgasmie'-groepen. De term preorgastisch onderstreepte de overtuiging dat anorgasmie bij vrouwen vooral het resultaat is van een inadequaat leerproces. Volgens dit gezichtspunt hebben vrouwen die geen orgasme kennen hun mogelijkheden tot seksueel reageren onvoldoende ontwikkeld. Dit gebrek zou kunnen worden opgeheven door het aanleren van masturbatievaardigheden die resulteren in seksuele opwinding en orgasme. Barbach besteedde veel aandacht aan het ontwikkelen of versterken van de autonomie van de vrouw en haar assertiviteit in seksuele relaties.

Het door LoPiccolo en Lobitz ontwikkelde masturbatieprogramma is gebaseerd op de principes van operante en klassieke conditionering. Uitgangspunt is het gebrek aan associatie tussen seksueel gedrag en positieve gevoelens. Dit leidt ertoe dat iemand niet actief probeert om seksuele opwinding en orgasme te bereiken. Het doel van de behandeling is dit inadequate gedrag te vervangen door adequaat gedrag. Systematische

desensitisatie moet de gevoelens opheffen van angst, schaamte en schuld, die de vrouw ervan weerhouden te experimenteren met seksuele stimulatie.

Cognitieve theorieën over seksueel functioneren benadrukken de invloed van angst en aandachtsprocessen, bijvoorbeeld de angst voor controleverlies (Stock, 1993). Als iemand bang is voor seks kan zij zich niet ontspannen en dat leidt ertoe dat zij de aandacht richt op allerlei niet-erotische zaken. Dit remt de opwindings- en orgasmerespons (Barlow, 1986). Angst voor seks ontstaat op allerlei manieren: door de associatie van seksuele situaties met een seksueel trauma, door angst voor interoceptieve cues die opwinding en orgasme teweegbrengen, door het vies vinden van de geslachtsdelen en het vaginale vocht dat vrijkomt bij seksuele opwinding; of door de angst zich raar te gedragen in seksueel opgewonden toestand. Vrouwen die het idee hebben dat ze zichzelf onder controle moeten houden en die een angeleerde angst hebben voor het loslaten van de controle, kunnen zichzelf moeilijk 'laten gaan', en dat laatste is voorwaarde voor een orgasme.

Overzicht van de behandeling

Masturbatietraining bestaat voor een belangrijk deel uit oefeningen die thuis worden uitgevoerd. Deze oefeningen zijn eerst gericht op gewaarwording en acceptatie van het eigen lichaam, en bestaan dan uit het bekijken en aanraken van het lichaam. Vervolgens moedigt de therapeut de vrouw aan om te ontdekken welke aanrakingen en welke gebieden van haar lichaam plezierige sensaties geven, en om te focussen op deze plezierige sensaties. Daarna ontvangt de vrouw instructies voor masturberen. De therapeut vertelt haar hoe ze gebruik kan maken van erotische fantasieën om seksuele opwinding te verhogen. Vaak schrijft de therapeut ook 'Kegeloefeningen' voor (aanspannen en ontspannen van de bekkenbodemspieren; zie Kegel, 1952). Deze oefeningen vergroten de gewaarwording van sensaties in de genitaliën en vergemakkelijken seksuele opwinding (Messe & Geer, 1985). Als vrouwen uiteindelijk wel seksueel opgewonden kunnen raken, maar nog geen orgasme bereiken, kan het naspelen van een orgasme worden toegepast (Heiman & LoPicollo, 1986). Hierbij speelt de vrouw dat ze de controle loslaat en klaarkomt. Dit kan helpen om de angst te overwinnen voor het ongecontroleerde gedrag dat gepaard kan gaan met een orgasme (onwillekeurige bewegingen, grimassen, hijgen en kreunen).

De training is geschikt voor een individuele setting, maar ook bij groepen, voor partnerrelatietherapie, of als onderdeel van bibliotherapie. De behandeling is kortdurend, tussen de twaalf en twintig sessies.

Effectstudies uit de jaren 1970 en 1980 vermeldden hoge succespercentages. Zo was 80 procent van de vrouwen in staat een orgasme te bereiken door masturbatie, en kon 20 tot 60 procent van hen klaarkomen bij seks met hun partner (Heiman, 2000). Daarnaast rapporteerden de meeste vrouwen een toename in plezier in seks met de partner, een meer ontspannen houding ten aanzien van seksualiteit, en toegenomen acceptatie van hun lichaam.

Reviews van behandelingen voor seksuele disfuncties die uitgaan van de criteria voor 'evidence based practice', laten zien dat aan masturbatietraining voor primaire anorgasmie het predikaat 'well established' (de werkzaamheid afdoende aangetoond

– red.) kan worden toegekend (Heiman & Meston, 1997), of op zijn minst ‘probably efficacious’ (waarschijnlijk effectief – red.) (O’Donohue, Dopke, & Swingen, 1997).

Indicatiestelling en anamnese

DSM-IV versus praktijk

In de klinische praktijk komt men een verscheidenheid aan orgasme problemen tegen. Bij het stellen van de diagnose moet men doorgaans twee onderscheiden maken. In de eerste plaats tussen steeds bestaande (primaire) en verworven (secundaire) anorgasmie. In de tweede plaats tussen algemene anorgasmie, waarbij vrouwen nooit een orgasme ervaren, en situationele anorgasmie, het verschijnsel dat vrouwen alleen door bepaalde stimulatie of in elk geval onregelmatig een orgasme ervaren. Vrouwen verschillen sterk wat betreft het type en de intensiteit van de stimulatie die ze nodig hebben om een orgasme op te wekken (Laan & Van Lunsen, 2002; Levin & Wagner, 1985). De diagnose van de stoornis volgens de DSM-IV is gebaseerd op het oordeel van de clinicus dat ‘de mogelijkheden van een vrouw om een orgasme te krijgen minder zijn dan redelijk is voor haar leeftijd, seksuele ervaring, en de adequaatheid van de seksuele stimulatie die zij ontvangt’. Het is echter jammer dat de DSM-IV zwijgt over wat daarvoor de normen zijn en ook geen definitie geeft van wat een orgasme dan wel precies is.

Het vrouwelijke orgasme is een combinatie van subjectieve ervaring en lichamelijke veranderingen. Vrouwen beschrijven de subjectieve ervaring dikwijls als ‘het bereiken van een hoogtepunt’ of als een gevoel van ontlading van opgebouwde seksuele spanning. Fysiologisch wordt het vrouwelijk orgasme met name gekenmerkt door snelle, ritmische contracties van de bekkenbodemspieren en de baarmoeder, en door algemene lichamelijke veranderingen als toename van spierspanning, hartslag en ademhaling.

Gezien de verschillen tussen vrouwen in het type en de intensiteit van de stimulatie die nodig is om klaar te komen, en gelet op de twee componenten van orgasme (subjectieve beleving en lichamelijke respons), is het niet verwonderlijk dat er een grote verscheidenheid bestaat in orgasme problemen van vrouwen. Vrouwen zoeken hulp omdat ze nog nooit een orgasme hebben ervaren, omdat ze wel een orgasme kunnen bereiken door masturbatie maar niet tijdens het vrijen met een partner, omdat ze wel tot orgasme kunnen komen met een partner maar niet of zelden bij gemeenschap, omdat ze alleen klaar kunnen komen met een vibrator of door andere specifieke vormen van stimulatie (bijvoorbeeld door op hun buik te liggen met tegen elkaar geklemde benen en vervolgens ritmisch met het bekken te bewegen), of omdat ze lichamelijk wel klaarkomen maar er weinig gevoelens bij ervaren.

Anorgasmie en opwindingsstoornis

Masturbatietraining is het meest effectief bij vrouwen met primaire en algemene anorgasmie (Heiman & Meston, 1997; O’Donohue et al. 1997). De behandeling kan echter ook effectief zijn bij vrouwen die alleen kunnen klaarkomen door specifieke vormen van masturbatie. Door de aandacht in masturbatietraining voor het ontdekken van verschillende erotische gebieden van het lichaam en het experimenteren met verschillende masturbatietechnieken kan de vrouw haar methoden om een orgasme te bereiken uitbreiden.

De DSM-IV rept alleen van geremd vrouwelijk orgasme bij een normale ontwikkeling van de opwindingsrespons zonder orgasme. Aangezien vrouwen met primaire, algemene anorgasmie weinig seksuele opwindingsproblemen kennen of deze moeilijk in stand kunnen houden (Morokoff, 1989), stelt men in de klinische praktijk de diagnose orgasmestoornis wanneer volgens de DSM-IV de diagnose seksuele opwindingsstoornis meer op zijn plaats zou zijn. Gezien de nadruk op het aanleren van gedrag dat seksuele opwindingsproblemen en orgasme kan laten ontstaan, is geleide masturbatietraining de facto vooral gericht op vrouwen die weinig seksuele opwindingsproblemen ervaren. Sommige vrouwen met verminderd verlangen hebben een geschiedenis van seksuele opwindingsproblemen en anorgasmie, gecombineerd met een gebrek aan seksueel belonende ervaringen. Orgasme problemen gaan dus vaak gepaard met opwindingsproblemen, en verminderd seksueel verlangen kan het gevolg zijn van opwindings- en orgasme problemen. Ook onderzoekers hebben vastgesteld dat comorbiditeit van anorgasmie, seksuele opwindingsstoornis en verminderd seksueel verlangen vaak voorkomt (Segraves & Segraves, 1991). Kortom: masturbatietraining is geschikt voor vrouwen met primaire algemene anorgasmie, voor vrouwen met algemene opwindingsproblemen en voor vrouwen met verminderd seksueel verlangen gecombineerd met opwindingsproblematiek.

Anorgasmie en lichamelijke problemen

Orgasme problemen kunnen te maken hebben met een gebrek aan 'vaardigheden' om opwindingsproblemen en orgasme te bereiken, of met een remming van de orgasmerespons door bijvoorbeeld angst voor controleverlies, of door een combinatie van beide. Helaas zijn er geen studies waarin de prevalentie van deze verschillende vormen van anorgasmie is onderzocht. Onze indruk is dat in slechts een klein deel van de gevallen van primaire, algemene anorgasmie angst voor controleverlies de belangrijkste factor is.

Door het gebrek aan kennis over de neurofysiologische basis van orgasme kunnen we weinig zeggen over lichamelijke oorzaken van orgasme problemen bij de vrouw (Everaerd, Laan, Both, & Van der Velde, 2000; Heiman, 2000; Mah & Binik, 2001). Schade aan het centraal zenuwstelsel, het ruggenmerg, of de perifere zenuwen door een ongeluk of door multiple sclerose kan leiden tot orgasme problemen (Sipski, 1998). Psychofarmaca kunnen orgasmeremmend werken. Er zijn aanwijzingen dat selectieve serotonineheropnameremmers en mono-amine-oxidaseremmers orgasmen kunnen vertragen (Meston & Frohlich, 2000). Het is daarom verstandig bij vrouwen met orgasme problemen die psychofarmaca gebruiken waarvan bekend is dat ze opwindingsproblemen en orgasme kunnen beïnvloeden, de behandeling pas te beginnen wanneer de vrouw het gebruik van de medicatie kan verminderen of stoppen.

Anorgasmie en persoonlijke geschiedenis

Een deel van de vrouwen met orgasme problemen heeft ervaringen met seksueel misbruik (Van Berlo & Ensink, 2000; Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Hoewel seksueel misbruik in het verleden geen contra-indicatie is voor masturbatietraining, is het wel verstandig om eerst zorgvuldig na te gaan of de vrouw in staat is om te gaan met herinneringen aan het misbruik. Wanneer praten over het seksueel misbruik de vrouw sterk ontregelt en posttraumatische stress-symptomen aanwezig zijn, is een behandeling gericht op de verwerking van seksueel misbruik geïndiceerd. Na deze behandeling kan dan alsnog masturbatietraining worden overwogen.

Als in de intakefase blijkt dat een vrouw substantiële relatieproblemen heeft vanwege de opwindings- of orgasme problemen, kiest men in eerste instantie voor relatietherapie.

Ook in het geval van situationele anorgasmie (de vrouw kan wel door zelfbevrediging klaarkomen maar niet met haar partner) is relatietherapie het meest geïndiceerd. De therapie bestaat dan doorgaans uit een combinatie van educatie, cognitieve technieken, sensate-focusoefeningen en interventies gericht op het verbeteren van de communicatie. Het stellen van realistische doelen is belangrijk. Voor de meeste vrouwen is het niet mogelijk om enkel en alleen door gemeenschap klaar te komen. Zowel Fisher (1973) als Hite (1976) constateerden dat minder dan 25 procent van de vrouwen een orgasme kan krijgen door gemeenschap zonder aanvullende stimulatie van de clitoris. Een orgasme door een combinatie van gemeenschap en zelfbevrediging lijkt derhalve een realistischer doelstelling.

Wat is belangrijk bij de anamnese

Wat betreft algemene richtlijnen voor het afnemen van een seksuele anamnese verwijzen we naar Van Lunsen en Van Moorst (2001). We beperken ons hier tot het noemen van enkele aandachtspunten in de anamnese bij orgasme problemen.

De geschiedenis van het gepresenteerde probleem (primair, secundair) en situationele factoren moeten in kaart worden gebracht. Om helder te krijgen of het om een opwindings- of orgasme probleem gaat, vraagt de intaker naar de mate van lichamelijke en subjectieve opwindings- of orgasme gevoelens die de vrouw over het algemeen ervaart. Wanneer een vrouw aangeeft dat ze opgewonden kan worden en het gevoel heeft tegen een orgasme aan te zitten, kan angst voor controleverlies een rol spelen. In dat geval kan de intaker vragen naar de mate waarin de vrouw zich over het algemeen durft over te geven aan heftige gevoelens.

Het is belangrijk te vragen naar masturbatie-ervaringen, frequentie en methode van masturberen en naar vormen van stimulatie door een partner. Ook de gedachten en gevoelens over masturbatie en over de seksuele relatie met de partner zijn belangrijk. Wanneer de vrouw een vaste relatie heeft, moet men ook de partner uitnodigen voor een intakegesprek. Op die manier kan de intaker van beiden horen hoe zij het seksuele probleem beleven en kan hij of zij zien hoe de interactie tussen de partners is.

Zoals standaard in de anamnese van seksuele problemen, vraagt de intaker expliciet naar negatieve seksuele ervaringen. Bij opwindings- en orgasme problematiek doet men in de regel geen lichamelijk onderzoek. Medische factoren die een relatie kunnen hebben met de seksuele problemen worden wel uitgevraagd, zoals medicijngebruik, drugsgebruik en anticonceptie.

Het behandelprogramma

We beschrijven het behandelprogramma dat wordt toegepast bij het Amsterdams Centrum voor Seksuele Gezondheid. Het programma is gebaseerd op LoPiccolo en Lobitz (1972) en Barbach (1974), aangevuld met cognitieve therapie om cognitieve blokkades aan te pakken. Het programma kan de vorm hebben van een groepsbehandeling, van een individuele of van een relatietherapie. Groepsbehandeling heeft naast een economisch voordeel, belangrijke andere voordelen: in een groep geven de groepsleden toestemming om te experimenteren op seksueel gebied; positieve ontwikkelingen van individuele groepsleden hebben dikwijls een stimulerende uitwerking op de rest van de groep; en 'last, but not least', gevoelens van isolement en

falen verminderen door het delen van ervaringen met andere vrouwen. Soms zien vrouwen ertegenop deel te nemen aan een groep. In zulke gevallen kan men proberen de vrouw gerust te stellen, of kiezen voor een individuele behandeling. Ook wanneer de achtergrond van de problematiek dermate afwijkend is dat aansluiting bij groepsleden moeilijk zal zijn, kiest men wel voor individuele therapie.

Gedurende het hele programma ligt de nadruk sterk op het vergroten van autonomie en assertiviteit (Barbach, 1974). Afhankelijk van de specifieke problematiek van de vrouw vraagt de ene stap in het programma meer aandacht en tijd dan de andere en vrouwen verschillen in het tempo waarmee ze het programma doorlopen. Het oefenprogramma is voor alle vrouwen globaal hetzelfde. De focus bij de oefeningen is echter afhankelijk van de achtergrond van het opwindings- of orgasme probleem. De vrouwen moeten de oefeningen thuis dagelijks uitvoeren, gedurende een uur dat de vrouw daarvoor vrijmaakt. De vrouw houdt een dagboek bij over haar gedrag en gevoelens tijdens de oefeningen. In de behandelsessies bespreekt men uitgebreid de ervaringen die zijn opgedaan. De therapeut gaat in op angsten en cognities die de vrouw ervan weerhouden de oefeningen uit te voeren, of die de opwindings- of orgasmerespons remmen. Belemmerende gedachten worden blootgelegd, beoordeeld op realiteitsgehalte en doelmatigheid, en bijgesteld (Van Lankveld, 1999).

In het hiernavolgende beschrijven we kort de stappen binnen het programma en het bijbehorende huiswerk. Voor een gedetailleerde beschrijving van de behandeling en de oefeningen verwijzen we naar Both, De Groot en Rossmark (2001).

Stap 1: rationale en doelen

De therapeut legt de rationale van de behandeling uit en vervolgens formuleert de vrouw haar persoonlijke doelstellingen: wat wil zij bereiken met de behandeling? De vrouw wordt aangemoedigd subdoelen te stellen, en de therapeut helpt om concrete doelen te formuleren in positieve termen. Formuleringen als 'Ik wil niet meer zoveel negatieve gevoelens over mijn eigen lichaam hebben' worden omgezet in 'Ik wil mijn lichaam accepteren zoals het is', of in 'Ik wil meer positieve gevoelens hebben over mijn lichaam'. Het huiswerk bestaat uit het met aandacht douchen, afdrogen en insmeren, waarbij de vrouw zich concentreert op het voelen van het stromende water of de handen op het lichaam en uit het kijken naar het naakte lichaam in een grote spiegel.

Stap 2: lichaamsbeleving en sensate focus

De bespreking van het huiswerk is gericht op tijd vrijmaken voor jezelf, lichaamsbeleving en concentratie op lichamelijke sensaties. Vrouwen met negatieve gevoelens over hun lichaam worden aangemoedigd om drie lichaamsdelen te benoemen die ze mooi vinden. Het huiswerk bestaat wederom uit douchen en kijken, gevolgd door het strelen van het gehele lichaam, met het accent op het ontdekken van lichaamsdelen en manieren van aanraken die plezierige gevoelens geven.

Stap 3: toeschouwen en de impact van seksuele opvoeding

De bespreking van het huiswerk concentreert zich op het fenomeen 'toeschouwersgedrag', dat wil zeggen jezelf zien strelen in plaats van voelen van de lichamelijke sensaties. Een andere focus ligt bij het in kaart brengen van gevoelige delen van het lichaam en plezierige vormen van aanraken. De therapeut introduceert het onderwerp seksuele opvoeding en impact van subtiele boodschappen over

seksualiteit, die de vrouw heeft gekregen in het gezin of van andere belangrijke personen. Het huiswerk bestaat uit een herhaling van oefening twee, uitgebreid met visuele verkenning van de geslachtsdelen met een handspiegel. De vrouw schrijft tevens op welke boodschappen ze heeft meegekregen over seksualiteit.

Stap 4: beleving van de geslachtsdelen en educatie over anatomie

De reacties op het bekijken van de geslachtsdelen vormen het onderwerp van gesprek. De therapeut geeft uitleg over de anatomie van de vrouwelijke geslachtsdelen. Daarbij komen veelvoorkomende zorgen (zoals te grote binnenste schaamlippen) aan de orde. De therapeut bespreekt de impact van de seksuele boodschappen en de vrouw formuleert een nieuwe boodschap voor zichzelf, die haar kan helpen haar doelen te bereiken. De Kegeloefeningen worden geïntroduceerd. Het huiswerk bestaat weer uit douchen, kijken en strelen, nu aangevuld met het aanraken van de geslachtsdelen en de Kegeloefeningen.

Stap 5: ontspanning en Kegeloefeningen

De gevoelens die het aanraken van de geslachtsdelen oproepen worden besproken. De therapeut geeft informatie over het belang van ontspanning tijdens het strelen en ze introduceert zonnodig progressieve relaxatieoefeningen. De vrouw kan de Kegeloefeningen gebruiken om seksuele opwinding op te roepen en te versterken. Het huiswerk bestaat uit de eerder opgegeven exploratie en streeloefeningen, plus een bezoek aan een op vrouwen georiënteerde sekswinkel om te kijken naar het aanbod van erotische artikelen, zoals boeken en films.

Stap 6: gedachten die opwinding remmen en vergemakkelijken; educatie over stimulatietechnieken

Men bespreekt de streeloefeningen met de nadruk op aandacht voor plezierige en seksuele gevoelens. Aandacht gaat uit naar de invloed van remmende en faciliterende gedachten, zoals 'Ik zou nu meer opwinding moeten ervaren, het werkt helemaal niet' (remmend), of 'Dit voelt fijn, laat ik hier mee doorgaan' (faciliterend). Naar aanleiding van het bezoek aan de sekswinkel vraagt de therapeut welke artikelen seksueel opwindend zijn en men bespreekt hoe je die kunt gebruiken. De vrouw bekijkt een videofragment waarin een vrouw masturbeert en klaarkomt. Dit fragment is afkomstig van een educatieve video over het vrouwelijk orgasme (Liekens & Drenth, 1991).

In het gesprek verkent men verder de attitude ten aanzien van zelfbevrediging en mythen over vrouwelijke seksuele opwinding en orgasme. De therapeut legt uit welke fysiologische en psychologische veranderingen totstandkomen bij seksuele opwinding. Ook bespreekt ze verschillende stimulatietechnieken. Het huiswerk bestaat uit streeloefeningen, gecombineerd met het experimenteren met verschillende stimulatievormen, waaronder het experimenteren met spuug of glijmiddel om stimulatie van de clitoris te veraangemen.

Stap 7: het gebruik van 'plagen' en erotische fantasie

Tijdens het bespreken van de oefeningen ligt de focus op de technieken die de vrouw kan gebruiken om opwinding te verhogen. Voorbeeld is 'plagen', het stimuleren tot een sterk gevoel van opwinding is bereikt, dan even wachten, om daarna weer door te gaan. De therapeut vertelt over erotische fantasie en verbeelding. De vrouw haalt herinneringen op aan een situatie waarin ze heel opgewonden was en haalt deze zo levendig mogelijk voor de geest. Ze wordt aangemoedigd om deze herinnering te

gebruiken bij zelfbevrediging. Het huiswerk bestaat uit de streefoefeningen en uit het versterken van opwinding door het gebruik van erotische fantasie, boeken of films, en 'plagen'.

Stap 8: versterken van opwinding en angst voor controleverlies

Bij de bespreking van het huiswerk gaat men in deze fase met name in op de problemen die de vrouw tegenkomt bij het masturberen. Het gebruik van een vibrator kan worden aangemoedigd. De therapeut introduceert het onderwerp angst voor controleverlies en verschillende mogelijke angsten, zoals de angst om zich ongecontroleerd en 'niet netjes' te gedragen, of de angst urine te verliezen bij het klaarkomen. Om irrationele gedachten over orgasmen weg te nemen vertelt de therapeut over de psychologische en fysiologische veranderingen bij klaarkomen. Ze bespreekt vrouwelijke ejaculatie om aan te geven dat het verlies van vocht een onderdeel kan zijn van de vrouwelijke seksuele respons.

In deze fase komt ook het seksueel contact met een partner aan de orde, waarbij de nadruk ligt op de eigen wensen en verwachtingen. Expliciete aandacht gaat uit naar het feit dat voor veel vrouwen gemeenschap onvoldoende is om klaar te komen. Het huiswerk bestaat uit de voorgaande oefening, uitgebreid met het experimenteren met een vibrator en het naspelen van een orgasme.

Stap 9: communicatie en assertiviteit in seksualiteit met een partner

De bespreking van de oefeningen richt zich weer op de problemen die de vrouw kan tegenkomen. Seksualiteit met een partner wordt meer uitgebreid besproken met de focus op assertiviteit en communicatie. Het huiswerk is hetzelfde als bij de vorige stap.

Stap 10: evaluatie

De vrouw geeft aan in welke mate ze haar doelstellingen heeft gehaald en wat nodig is om de bereikte veranderingen te consolideren, zodat ze verdere vooruitgang kan maken.

Follow-up

Na ongeveer drie maanden volgt een follow-upsessie waarin men de ervaringen en mogelijke problemen gedurende de follow-upperiode bespreekt.

Struikelblokken tijdens de behandeling

Weerstand tegen de oefeningen is een van de problemen die kunnen optreden gedurende de behandeling. Sommige vrouwen vermijden de oefeningen vanaf het begin, anderen vanaf het moment dat de oefeningen bestaan uit het experimenteren met strelen van de geslachtsdelen. Als een vrouw vanaf het begin de oefeningen niet uitvoert, kan dat te maken hebben met moeite om tijd aan zichzelf te besteden. Sommige vrouwen hebben het idee dat het alleen geoorloofd is om tijd te besteden aan zaken waar anderen ook baat bij hebben. Het niet uitvoeren van de oefeningen die bestaan uit het strelen van de geslachtsdelen, is meestal gerelateerd aan de overtuiging dat masturbatie onacceptabel is. In beide gevallen moet de therapeut de vraag stellen in hoeverre het vermijdingsgedrag van de vrouw strookt met haar belangen. De vrouw zal een keuze moeten maken tussen het uitvoeren van de oefeningen die haar verder helpen, of het voortzetten van haar vermijding. Het van tevoren limiteren van het aantal zittingen

kan het vermijdende gedrag beperken. Het inpassen van de huiswerksessies in de dagelijkse routine van de vrouw kan ook helpen.

Een te sterke nadruk op het bereiken van een orgasme werkt uiteindelijk contraproductief. Gedurende het hele programma dient de therapeut de vrouw te helpen om aandacht te besteden aan plezierige gevoelens die ze ervaart tijdens de oefeningen, in plaats van aan gevoelens die ze denkt te moeten ervaren.

De masturbatietraining is een sterk directieve benadering. Het gevaar bestaat dat de vrouw de verantwoordelijkheid voor het bereiken van opwinding en orgasme bij de therapeut legt. De therapeut moet steeds aangeven dat de vrouw zelf verantwoordelijk is voor het ontdekken van haar eigen seksualiteit. Een begeleidende opstelling, gekenmerkt door het geven van informatie, steun, en toestemming, maar confronterend waar nodig, is de meest vruchtbare therapeutische houding.

Casuïstiek

Fleur, het keurslijf van 'de ware'

Fleur, 27 jaar, is alleenstaand. Ze heeft enige maanden geleden in Zuid-Amerika een jongen ontmoet op wie ze verliefd werd. Hij wilde graag met haar vrijen en was erg onstuimig. Zij wilde ook wel, maar werd angstig en blokkeerde daardoor. Fleur heeft weinig seksuele ervaring. Op haar tweeëntwintigste ging ze voor het eerst met een jongen naar bed omdat ze vond dat 'het nu maar eens moest'. Ze weet niet of ze seksueel opgewonden wordt en heeft nog nooit een orgasme gehad. Bij aanmelding geeft ze aan dat ze meer wil genieten van vrijen en wil kunnen klaarkomen. Ze is bang dat er lichamelijk iets mis is en vraagt zich af of ze überhaupt wel in staat zal zijn om een orgasme te ervaren.

Bij het vrijen met haar Zuid-Amerikaan had ze vooral het idee dat ze iets deed wat niet mocht. Ze begrijpt er niets van. Haar ouders waren altijd open over seksualiteit. Vooral haar moeder benadrukte dat goede seks belangrijk is in een relatie. Fleurs vader en moeder kennen elkaar vanaf hun zeventiende. Haar moeder vertelde Fleur dat ze meteen wist dat haar vader 'de ware' was.

Fleur neemt deel aan de groepsbehandeling voor vrouwen met opwindings- en orgasmeproblemen. Gedurende de behandeling komt Fleur erachter dat ze steeds bang is dat ze niet met 'de ware' vrijt. Daardoor raakt ze niet seksueel opgewonden. Door de streeloefeningen ontdekt ze dat ze zelf seksuele opwinding kan oproepen. Vervolgens besluit ze na aanmoediging van de groepsleden en de therapeuten dat ze mag vrijen met wie ze wil, ook met iemand die misschien niet 'de ware' is. Daarna kan ze zich tijdens het masturberen steeds beter richten op haar eigen sensaties. Als ze kort daarop met een jongen vrijt die ze wel aantrekkelijk vindt, maar waar ze niet echt verliefd op is, wordt ze zeer opgewonden. De eerst volgende keer dat ze masturbeert komt ze klaar.

Lydia, subassertief

Lydia, 42 jaar, is 14 jaar geleden gescheiden na een huwelijk van 12 jaar. Ze heeft vier kinderen, waarvan twee nog thuis wonen. Sinds de scheiding heeft ze geen seksueel contact meer gehad. Ze heeft nooit plezier beleefd aan vrijen en kent geen orgasme. Ze zou zich graag vrijer willen voelen in seksualiteit en een orgasme willen beleven.

Verder is ze vaak moe en heeft ze allerlei lichamelijke klachten (hoofdpijn, rugpijn). Zij heeft ook problemen met de opvoeding van haar kinderen, vooral de jongste dochter lijkt zich weinig van haar aan te trekken.

Lydia komt uit een religieus milieu. Haar ouders hadden acht kinderen, waarvan Lydia de oudste is. Lydia werd geacht mee te werken in het huishouden en in het internaat dat haar ouders runden. Seksualiteit en agressie waren taboe: de boodschap thuis was klaarstaan voor de behoeftige medemens.

De bevalling van haar eerste kind was zwaar, Lydia was erg ingescheurd. Later is littekenweefsel verwijderd en is haar vagina wijder gemaakt. Vier jaar voor aanmelding is haar baarmoeder verwijderd, haar eierstokken zijn nog aanwezig. Reden van haar scheiding was dat haar ex-man (dominee van een kleine religieuze gemeenschap) constant vreemd bleek te gaan met vrouwelijke gelovigen.

Tijdens de behandeling wordt duidelijk dat Lydia allerlei conflicten (zoals met haar kinderen, haar ex-man en de sociale dienst) uit de weg gaat. Lichamelijke klachten als duizeligheid, hoofdpijn en rugpijn verergeren dan. Ze wordt vervolgens bang en ongerust over haar lichamelijk welzijn en kan zich slecht concentreren op het organiseren van bijvoorbeeld het huishouden. Tegelijk maakt ze niet duidelijk wat zij aan hulp van haar twee dochters verwacht. Door in de behandeling stil te staan bij deze factoren, die haar belemmeren haar dagelijkse huiswerk te doen, krijgt Lydia duidelijkheid over haar gevoelsleven, haar cognities en haar gedrag. Ze begint te begrijpen dat ze door haar gedrag de problemen waarmee ze kampt, bestendigt of juist verergert.

Omdat ze gemotiveerd is meer van haar leven te maken, besluit Lydia de bakens te verzetten. Ze gaat een dag in de week, op proef, individuele begeleiding doen op een school voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen. Dat doet haar goed. Daarnaast gaat ze meer vasthouden aan het dagelijks uurtje voor haarzelf. Ze doet dan de slaapkamerdeur op slot. In ruzies met de kinderen is ze duidelijker en standvastiger. Ze gaat zich fitter voelen en kan zich beter concentreren. Na enkele weken ervaart Lydia voor het eerst in haar leven sterke seksuele opwindning tijdens de streeloefeningen.

Joos, angst voor controleverlies

Joos, 32 jaar, is elders in therapie geweest vanwege depressieve gevoelens en weinig beleven aan seks met haar toenmalige vriend. Een orgasme heeft ze nooit ervaren, dat maakte haar boos en jaloers op haar partner. Joos heeft haar vader verloren toen ze 26 was. Ze heeft het daar moeilijk mee gehad en soms worstelt ze er nog mee. In het gezin heerste de opvatting 'doe maar gewoon dan doe je al gek genoeg'.

De therapie elders stond in het teken van bewust worden en uiten van gevoelens. Over het ziekbed en het overlijden van vader kon ze beter praten. In de loop van die behandeling erkende Joos niet verliefd te zijn op haar vriend. Ze durfde hem echter niet los te laten uit angst voor eenzaamheid. Ook realiseerde ze zich dat haar werk haar niet beviel: ze wilde meer uitdaging.

Een halfjaar na afsluiting van de therapie meldt Joos zich bij het Amsterdams Centrum voor Seksuele Gezondheid. Ze heeft het uitgemaakt met haar vriend en is bezig met solliciteren naar een leidinggevende functie. En ze is verliefd. Ze voelt zich sterker en

vrolijker. Wat seksualiteit betreft kan ze met masturberen ver komen, maar dat laatste stukje lukt niet. Ze wil nu ook wel eens een orgasme meemaken.

Joos volgt de groepsbehandeling. In de behandeling komt haar angst voor het onbekende, voor het loslaten van controle aan bod. Door het kennismaken met erotische fantasieën in boeken gaat ze zelf fantasie gebruiken om haar opwinding te versterken. Het samen met de andere groepsleden bekijken van een erotische videofilm maakt indruk op Joos. Ze gaat steeds meer beseffen hoe moeilijk ze het vindt om 'gek te doen'. Bij de opdracht een orgasme na te doen speelt dit haar dan ook parten. Als de groep zoekt naar beelden of metaforen die kunnen helpen bij de overgave aan gevoelens van seksuele opwinding, komt Joos met de herinnering aan een vakantie op een Canarisch eiland. Haar zus stortte zich daar vol enthousiasme in de hoge golven, terwijl Joos aanvankelijk huiverig op het strand bleef staan. Na aanmoediging van haar zus ging Joos het ook proberen, totdat ze zich beiden joelend en gillend met de golven mee lieten voeren. Als Joos de volgende keer dat ze masturbeert deze herinnering met de bijbehorende sensaties gebruikt, lukt het haar een orgasme te ervaren.

Toosje, aangerand op haar dertiende

Toosje, 25 jaar, heeft sinds vijf jaar een relatie met Vincent. Ze wonen samen. Drieëneenhalf jaar geleden heeft Toosje een auto-ongeluk meegemaakt, waar ze een whiplash aan heeft overgehouden. Ze heeft toen een jaar thuisgezeten. Sinds het ongeluk heeft ze allerlei klachten, waaronder pijn bij de gemeenschap. Ze is voor de pijnklachten in behandeling geweest bij een seksuoloog. Tijdens die therapie kwam een traumatische seksuele ervaring ter sprake: Toosje is op haar dertiende door vijf jongens aangerand in het zwembad.

Op het moment dat Toosje wordt doorverwezen voor deelname aan de groepsbehandeling, kan ze wat meer ontspannen tijdens het vrijen en vindt ze de knuffelkant van het vrijen wel prettig. Ze hebben echter vrijwel nooit gemeenschap, meestal bevredigt zij Vincent met de hand. Toosje wil meer kunnen genieten van het vrijen en ook een orgasme beleven. Ze wil echter niet dat haar clitoris aangeraakt wordt, dat is te gevoelig. Ze heeft nooit gemasturbeerd, ze vindt het eng om haar geslachtsdelen aan te raken.

Gedurende de behandeling merkt Toosje hoe angstig ze wordt als ze haar eigen geslachtsdelen aanraakt. Bij bespreking blijkt dat ze het aanraken associeert met de aanrakingen tijdens de aanranding vroeger in het zwembad. Geleidelijk overwint Toosje haar angst om haar eigen geslachtsdelen aan te raken. Daarbij helpt het haar zich steeds te realiseren dat het haar eigen vertrouwde hand is die haar aanraakt. Ze kan zich gaandeweg steeds meer richten op de prettige erotische gevoelens die ze kan oproepen.

Nabeschouwing

Allereerst moeten we opmerken dat het effect van het beschreven behandelprogramma niet empirisch is getoetst. De meeste vrouwen rapporteren tijdens de evaluatie en follow-upsessies een vooruitgang in lichaamsbeleving, seksuele opwinding, plezier in seks, en een vermindering van gevoelens van schaamte, of van de angst 'abnormaal te zijn'. De ervaring is dat aan het eind van de behandeling de meerderheid van de vrouwen

een zekere mate van opwindning kan oproepen tijdens masturbatie, en dat ongeveer 40 procent van hen een orgasme kan bereiken door masturbatie.

De hoge successcijfers uit de jaren 1970 en 1980 hebben we dus niet geëvenaard. Dit geldt overigens in het algemeen voor de behandelingen voor seksuele disfuncties die zijn gebaseerd op de aanpak van Masters en Johnson. Het verschil in succes van de masturbatietraining kan wellicht worden toegeschreven aan selectie. Door de toegenomen beschikbaarheid van informatie over vrouwelijke seksualiteit kunnen vrouwen met eenvoudige opwindings- en orgasme problemen zelf uitvinden hoe ze opwindning en orgasme bereiken. De groep vrouwen die tegenwoordig hulp zoekt is waarschijnlijk een groep met gecompliceerder problematiek.

Systematisch onderzoek naar het effect van de behandeling is zeker wenselijk. Het is vooralsnog niet bekend welke elementen van de behandeling essentieel zijn voor een positief resultaat. Gegeven de comorbiditeit van orgasme- en opwindingsproblemen is het zinnig om in effectonderzoek een onderscheid te maken tussen vrouwen met zowel opwindings- als orgasme problemen, versus vrouwen met alleen orgasme problemen.

De casussen die wij beschreven illustreren de diversiteit in de achtergrond van opwindings- en orgasme problemen. Zo blijkt bij Fleur vooral de overtuiging dat seksualiteit alleen in een vaste relatie mag worden beleefd, het oproepen en toelaten van seksuele gevoelens in de weg te staan. Bij Lydia is gebrek aan autonomie en assertiviteit de oorzaak van spanningen in het contact met haar omgeving. Die spanningen lijken de achtergrond te vormen van haar lichamelijke klachten, die haar vervolgens weer in haar dagelijks functioneren belemmeren. Pas wanneer Lydia meer durft te gaan leven naar haar eigen wensen, kan ze tijd maken voor het oefenprogramma en haar aandacht richten op seksuele gevoelens. Bij Joos speelt angst voor controleverlies; ze heeft geleerd emoties in te houden en vooral niet gek te doen. Door een ervaring waarin ze zich wel liet gaan voor de geest te halen, kan ze zich overgeven aan gevoelens van seksuele opwindning. Toosje associeert aanrakingen van haar geslachtsdelen met de aanranding op haar dertiende. Door zichzelf aan te raken en zich daarbij steeds te realiseren dat ze zelf de controle heeft, overwint ze haar angst voor aanraking van haar geslachtsdelen, en kan ze zich vervolgens richten op prettige erotische gevoelens.

De casussen maken duidelijk dat de behandeling steeds aangrijpt op de specifieke factoren die een rol spelen bij de betreffende cliënt. Vooralsnog ontbreken gegevens over factoren die het succes of het mislukken van de behandeling beïnvloeden. Het meenemen van de achtergrond van het opwindings- of orgasme probleem als factor in effectonderzoek kan informatie verschaffen over de geschiktheid van de behandeling voor orgasme problemen met verschillende ontstaansgeschiedenissen.

Meer algemeen is inzicht in de verschillen in seksuele respons tussen vrouwen met, en vrouwen zonder opwindings- of orgasmestoornissen noodzakelijk om de behandeling te kunnen aanscherpen (Laan, Van Driel, & Van Lunsen, 2003). In een recent overzicht van theoretische en empirische literatuur over orgasme bij de mens stelt men dat van de seksuele responsen het orgasme het minst begrepen is (Mah & Binik, 2001). Kennis van orgastisch disfunctioneren is afhankelijk van kennis over het normale orgasme. Over de (neuro)fysiologie van opwindning en orgasme is nog weinig bekend. De

verwachting is dat de komende tijd meer duidelijk wordt over het effect van centraal of perifeer werkende medicatie op seksuele opwinding en orgasme bij vrouwen. Wellicht leidt een combinatie van masturbatietraining en farmacologische behandelingen tot een nog effectievere behandelmethode voor opwindings- en orgasme problemen bij vrouwen.

abstract

In this contribution we describe a cognitive-behavioral treatment for orgasmic problems in women, based on the masturbation program developed by LoPiccolo and Lobitz (1972). A basic assumption of the treatment is that women who never experienced orgasm missed a history of discovery of their own sexuality, and that they can learn what is needed to incite sexual arousal and orgasm. The treatment consists of a number of basic elements: education, self-exploration, directed masturbation, and sensate focus. Reviews of treatments for sexual dysfunctions in women that follow the criteria for evidence-based practice conclude that directed masturbation treatments for primary anorgasmia fulfill the criteria of 'well-established'. The treatment has been proven to be efficacious for primary anorgasmia, though it is also suitable for women with global female sexual arousal problems, and for women with hypoactive sexual desire disorder combined with sexual arousal problems. In this contribution we describe the initial interview and the indications of the treatment. Then the step-by-step procedures are explained, and the problems to deal with during the program are discussed.

Referenties

- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Barbach, L.G. (1974). Group treatment of preorgasmic women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1, 139-145.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Berlo, W. van, & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research*, 11, 235-285.
- Both, S., Groot, H.E. de, & Rossmark, M. (2001). Orgasmestoornissen bij de vrouw. Een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling. In M.W. Hengeveld & A. Brewaeys (red.), *Behandelingsstrategieën bij seksuele dysfuncties*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Everaerd, W., Laan, E., Both, S., & Velde, J. van der (2000). Female sexuality. In L.T. Szuchman & F. Muscarella (Eds.), *Psychological perspectives on human sexuality*. New York: John Wiley & Sons.
- Fisher, S. (1973). *The female orgasm*. New York: Basic books.
- Heiman, J.R. (2000). Orgasmic disorders in women. In R.E. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Principles and practices of sex therapy* (third edition). New York: The Guilford Press.
- Heiman, J.R., & LoPiccolo, J. (1986). *Becoming Orgasmic: A sexual growth program for women*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Heiman, J.R., & Meston, C.M. (1997). Evaluating sexual dysfunction in women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40, 616-629.
- Hite, S. (1976). *The Hite report: a nationwide study of female sexuality*. New York: Dell.
- Kegel, A.H. (1952). Sexual function of the pubococcygeus muscle. *Western Journal of Surgery, Obstetrics, and Gynecology*, 60, 521-524.
- Laan, E., & Lunsen, R.H.W. van (2002). Orgasm latency, orgasm duration and orgasm quality in women: Validation of a laboratory sexual stimulation technique combining vibrotactile and visual stimuli. Manuscript in preparation.

- Laan, E., Driel, E. van, & Lunsen, R. van (2003). Seksuele reacties van vrouwen met een seksuele opwindingsstoornis op visuele seksuele stimuli. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 1-13.
- Lankveld, J.J.D.M. van (1999). Cognitieve therapie bij seksuele disfuncties. In S. Bögels & P. van Oppen, *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Levin, R.J., & Wagner, G. (1985). Orgasm in women in the laboratory – Quantitative studies on duration, intensity, latency, and vaginal blood flow. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 439-449.
- Liekens, G., & Drenth, J. (1991). Het vrouwelijk orgasme. Amsterdam: Select Movies Video.
- LoPiccolo, J., & Lobitz, W.C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163-171.
- Lunsen, R. van, & Moorst, B. van (2001). Diagnostiek. Anamnese en onderzoek bij seksuele klachten. In M.W. Hengeveld & A. Brewaeys (red.), *Behandelingsstrategieën bij seksuele dysfuncties*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mah, K.H., & Binik, Y. (2001). The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21, 823-856.
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Messe, M.R., & Geer J.H. (1985). Voluntary vaginal musculature contractions as an enhancer of sexual arousal. *Archives of Sexual behavior*, 14, 13-28.
- Meston, C.M., & Frohlich, M.A. (2000). The neurobiology of sexual function. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1012-1030.
- Morokoff, P. (1989). Sex bias and POD. *American Psychologist*, 44, 73-75.
- O'Donohue, W.T., Dopke, C.A., & Swingen, D.N. (1997). Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review*, 17, 537-566.
- Segraves, K.B., & Segraves, R.T. (1991). Hyposexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 55-58.
- Sipski, M.L. (1998). Sexual functioning in the spinal cord injured. *International Journal of Impotence Research*, 10, S128-S130.
- Stock, W.E. (1993). Inhibited female orgasm. In W. O'Donohue & J.H. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions: Assessment and treatment* (pp. 253-278). Boston: Allyn & Bacon.
- Vroege, J.A. (2001a). *LOPS-Registratie 1999*. Utrecht: NISSO.
- Vroege, J.A. (2001b). *Registratie seksuologische hulpverlening Rutgers Stichting 2000*. Utrecht: NISSO.
- Vroege, J.A., Nicolai, L., & Wiel, H. van de (2001). *Seksualiteitshulpverlening in Nederland*. Delft: Eburon.