

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

(Cognitief-)gedragstherapeutische benaderingen van seksuele problemen en stoornissen: een historische en conceptuele situering

Jacques van Lankveld¹ en Luk Gijs²

SAMENVATTING

Seksuele problemen en stoornissen komen veel voor en leiden tot veel leed. Cognitief gedragstherapeutische therapieën bij deze problemen en stoornissen hebben ruwweg sinds 1960 een grote ontwikkeling doorgemaakt. Tot nog toe heeft het tijdschrift Gedragstherapie daaraan weinig aandacht besteed. Slechts enkele publicaties in dit tijdschrift behandelen seksuele problemen of stoornissen. Met een dubbel themanummer (juni en december 2012) worden cognitief gedragstherapeutische interventies bij seksuele problemen of stoornissen in kaart gebracht en geëvalueerd. In dit openingsartikel wordt de geschiedenis van de cognitief-gedragstherapeutische behandelingen van seksuele problemen en stoornissen toegelicht. Ook worden de theoretische modellen die ten grondslag liggen aan deze behandelingen beschreven. Ten slotte wordt een overzicht gegeven van de verschillende bijdragen aan dit dubbele themanummer. In dit eerste nummer wordt aandacht besteed aan: seksuele disfuncties, homo-affirmatieve therapie en plegers van seksueel geweld. In het tweede nummer zal stilgestaan worden bij: seksuele trauma's, hyperseksualiteit en parafilieën. Van elk thema wordt een overzicht gegeven, dat vervolgens geïllustreerd wordt met klinische casus.

INLEIDING

In zijn baanbrekende 'Psychotherapy by reciprocal inhibition' beschreef Wolpe (1958) de succesvolle behandeling van "impotentie" (nu: erectiestoornis) met

1 Jacques van Lankveld, Ph.D, Open Universiteit, Postbus 2960, 6401 DL Heerlen, Nederland

2 Luk Gijs, Ph.D., Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, KU Leuven, België

Correspondentie: Jacques van Lankveld, Ph.D, Open Universiteit, Postbus 2960, 6401 DL Heerlen, Nederland. E-mail: Jacques.vanLankveld@ou.nl

gedragstherapeutische interventies bij 7 casus. In 1960 verkenden Stevenson en Wolpe de mogelijkheden van gedragstherapie bij seksuele deviantie. Op basis van drie casus van cliënten met de volgende klachten: (1) het betasten van genitalia van jonge meisjes door een 42-jarige gehuwde man; (2) een afkeer van zijn eigen homoseksualiteit bij een 22-jarige student; en (3) een 32-jarige man die zich schaamde voor zijn homoseksuele gedrag, dat hij zondig vond, concludeerden ze: "Most psychoneurotic symptoms are simply learned unadaptive responses and their unlearning usually includes a reduction in anxiety in that stimuli which formerly evoked anxiety no longer do so" (p. 742). Sindsdien is de toepassing van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij het verhelpen van seksuele stoornissen zo succesvol dat CGT de dominante psychologische therapie is voor seksuele problemen en stoornissen (bijv. Marshall et al., 2011; Van Lankveld, et al, 2010). De twee genoemde publicaties van Wolpe (vergelijk ook Rachman, 1961) illustreerden meteen ook de kernpunten van de gedragstherapeutische aanpak van seksuele problemen of stoornissen: een leertheoretisch perspectief, therapeutische interventies die gebaseerd zijn op dat theoretische perspectief en empirische evaluatie van theorie en therapeutisch effect. Al zullen slechts weinige CG-therapeuten de wijze waarop deze kernpunten toen werden vormgegeven heden ten dage "modern" vinden.

Afgemeten aan het aantal artikelen dat sinds 1983 – toen het tijdschrift *Gedragstherapie* als Nederlandstalig wetenschappelijk tijdschrift begon – is verschenen lijken de problemen en stoornissen op het gebied van de seksualiteit echter geen bijzonder relevant interessegebied voor gedragstherapeuten in Nederland en Vlaanderen te vormen. Slechts de volgende artikelen uit *Gedragstherapie* hebben aandacht besteed aan seksuele problemen of stoornissen: Gijs (1983; over accepterende gedragstherapie bij homoseksuele oriëntatie en uitbouw van een homoseksuele identiteit), Dekker (1985; over behandeling van stoornissen in het seksueel verlangen), Thiel (1988; over de behandeling van slachtoffers van verkrachting en incest), Kanis (1988; over imaginaire confrontatie bij onverwerkte incestproblematiek), DeJonckheere (1992; over exhibitionisme) en Huys en Callens (2011, over de behandeling van de drang naar kinderpornografie).

Seksuele problemen en stoornissen komen veel voor (zie o.a. Kedde & de Haas, 2006). Tenminste 17% van de mannen en 20% van de vrouwen in Nederland ervaren seksuele problemen die voldoen aan de criteria van seksuele disfuncties volgens DSM-IV-TR (APA, 2000). De effectieve psychologische behandeling van seksuele disfuncties is sinds de sekstherapie van Masters en Johnson (1970) in belangrijke mate gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische diagnostiek en interventies. Hetzelfde geldt de behandeling van seksuele deviantie en daders van seksueel geweld (bijv. Mann & Marshall; Marshall, Laws & Barbaree, 1990., 2009; zie ook Smid, et al, dit nummer);

Ofschoon de cognitief-gedragstherapeutische benadering populair is binnen de Nederlandse seksuologie en de Nederlandse seksuologie internatio-

naal invloedrijk is, heeft het tijdschrift Gedragstherapie tot nog toe weinig aandacht besteed aan seksuele problemen/stoornissen. Met het huidige tweedelige themanummer (juni 2012, december 2012) willen wij, door middel van een actueel en kritisch constructief overzicht, dit hiaat herstellen. We hopen dat de lezer, na bestudering, een adequaat beeld heeft gekregen van dit segment van de CGT.

Na dit inleidende artikel zal er in dit eerste themanummer aandacht zijn voor de volgende thema's: seksuele disfuncties, homo- en lesbische affirmatieve therapie en de behandeling van daders van seksueel geweld. In themanummer 2 wordt stilgestaan bij: seksuele traumata, hyperseksualiteit en parafilieën. Het tweede themanummer wordt afgesloten met een reflectie van de redacteurs over de sterktes en zwaktes van de CGT bij seksuele stoornissen. Bijzondere aandachtspunten zullen daarbij zijn: effectiviteit, relationele facetten van seksuele problemen/stoornissen, de verhouding tot biologische en biomedische visies en hulpverlening bij seksuele problemen/stoornissen, cross-culturele variatie en CGT, de ethische aspecten van gedragstherapeutische interventies bij seksuele problemen/stoornissen en mogelijke toepassingen van de derde generatie gedragstherapie bij seksuele problemen/stoornissen. Na deze reflectie volgt een terug- en vooruitblik van Walter Everaerd, die zowel aan de ontwikkeling van de gedragstherapie als aan de toepassing daarvan op seksuele problemen/seksuele stoornissen significant bijgedragen heeft gedurende vele tientallen jaren.

Hieronder willen we in een beknopte historische en conceptuele situering een overzicht geven van de kernkwesties in de geschiedenis van cognitieve en gedragstherapeutische toepassingen bij seksuele problemen en stoornissen. Ook geven we een inleiding tot de verschillende bijdragen.

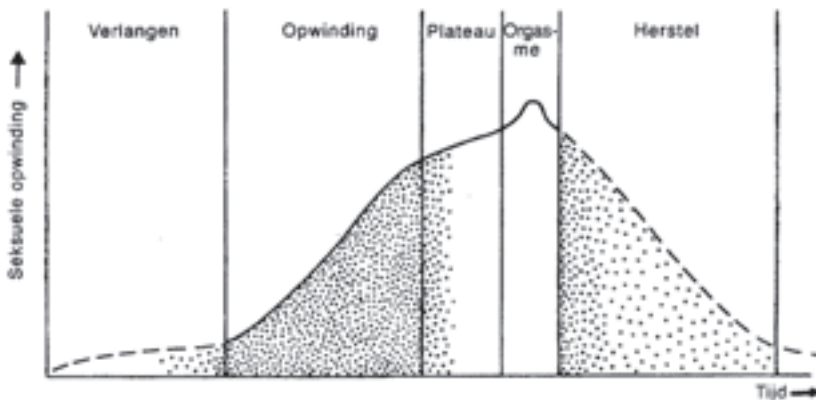
EEN BEKNOPT HISTORISCH KADER

In de eerste helft van de 20^e eeuw werd (de verscheidenheid in) seksuele problematiek, vooral bezien met de concepten en terminologie van de toen dominante psycho-analyse van Freud en volgelingen (Gijs & Slob, 2009). Seksualiteit, opgevat als een drift, was een centraal element van het ontwikkelingspsychologische kader dat door psychoanalytische theoretici werd gehanteerd (bijv.; Caprio, 1955; Freud, 1905). Problemen op volwassen leeftijd werden verklaard door te wijzen op onvoldoende verwerkte verstoringen in de door psycho-analytici onderscheiden psychoseksuele ontwikkelingsstadia in de vroege jeugd en de puberteit. Deze verstoringen werden vooral gesitueerd binnen het welbekende topografische en structurele psycho-analytische denkkader (bijv. Ancibure & Galan-Ancibure, 2008; Socarides, 1988). Onderzoek naar de effectiviteit van psycho-analytische behandelingen van seksuele problemen is er, voor zover bekend, niet.

De decennia na de Tweede Wereldoorlog waarin de toepassing van de gedragstherapie bij vele vormen van psychopathologie een vlucht nam, vormen ook de periode voor belangrijke nieuwe ontwikkelingen in de seksuologie. Vanaf 1938 nam een team van onderzoekers onder leiding van Alfred Kinsey 16392 semi-gestructureerde, face-to-face interviews af bij verschillende bevolkingsgroepen om het seksuele gedrag van inwoners van de Verenigde Staten in kaart te brengen. De boeken die Kinsey, samen met Gebhart, Martin en Pomeroy (1948; 1953) destilleerde uit al deze interviews waren onthullend en hadden grote invloed op het publieke debat over seksualiteit in de VS en daarbuiten. In algemene zin confronteerden ze de Amerikaanse bevolking met de grote kloof tussen sociale norm (coitus binnen een monogame relatie gericht op voortplanting) en feitelijk seksueel gedrag, dat heel anders was (zie Gijs & Slob, 2004).

Vanaf de jaren '50 van de vorige eeuw begonnen daarnaast Masters en Johnson in een kliniek in St. Louis (Mississippi, vs) seksualiteit ook anders te bestuderen. In hun laboratorium nodigden zij mannen en vrouwen uit om, alleen of met elkaar, seksuele stimulatie te ontvangen of zelf te geven, terwijl hun gedrag en de lichamelijke veranderingen die zij vertoonden door de onderzoekers werden geobserveerd. In het boek 'The Human Sexual Response' legden Masters en Johnson (1966) hun bevindingen vast uit dit onderzoek en stelden ze bovendien de 'seksuele responscyclus' voor als een prototypisch model voor het 'gemiddelde' verloop van de seksuele reactie tussen start van de erotische stimulatie en het einde daarvan in wat zij 'de herstelfase' noemden. De andere fasen (zie Figuur 1) waren de opwindingsfase, de plateau fase (fase van hoge opwindings) en het orgasme. Dit responsmodel, dat vanaf de jaren '70 van de vorige eeuw uitgebreid werd met een inleidende fase van 'seksueel verlangen' (Kaplan, 1977; Lief, 1977), is leidend geweest voor veel onderzoekers in de decennia daarna (zie bijv. Levin, 2005). Naast hun observatieonderzoek onderzochten de therapeuten Masters en Johnson ook de effectiviteit van wat zij 'seks therapie' doopten. Van heinde en verre togen heteroseksuele koppels met problemen rond hun seksuele functioneren en hun seksuele relatie naar St. Louis om zich daar – residentieel – gedurende enkele weken te laten behandelen. Een kerngedachte, waarop Masters en Johnson hun seks therapie baseerden, was dat – met zeldzame biologische uitzonderingen – iedereen in staat is tot het doorlopen van een volledige seksuele responscyclus inclusief opwindings en orgasme. Zij conceptualiseerden deze reactie als een 'natuurlijk' biologisch gegeven (Robinson, 1976). Hulpverlening hoefde in deze visie slechts de psychologische belemmeringen, die deze seksuele respons verhinderen, op te heffen om de seksuele respons te herstellen. De interventies die Masters en Johnson (1970) voor dit doel beschreven in hun boek 'Human Sexual Inadequacy' was de neerslag van hun klinische ervaringen. De effectiviteit van hun therapeutische aanpak werd waargenomen als verbluffend goed (in vergelijking met de toenmalige dominante psycho-analytische benaderingen, die langdurig en niet aangetoond effectief waren).

Hun aanpak gold jarenlang als de gouden standaard voor de hulpverlening bij de verschillende vormen van seksuele disfunctie (zie bijv. Everaerd et al, 2000a, b). Algemeen bekende therapie-ingrediënten waren: de zogenaamde 'sensate focusoefeningen', de psychoeducatiefase in de vorm van een 'rondetafelgesprek', het 'coïtusverbod', de noodzaak om bij een heteroseksueel koppel ook met een gemengd therapeutenkoppel te werken, de hoge frequentie van therapie sessies en de korte behandelduur (twee weken). De getrouwe navolging van deze werkwijze bleef decennia doorgaan ondanks forse kritiek op de werkwijze van het fameuze onderzoekerspaar. Deze kritiek was zowel gericht op hun therapeutische uitgangspunten (Szasz, 1980), als op de methodologie van hun effectonderzoek (Zilbergeld & Evans, 1980). Later onderzoek, in sommige gevallen met betere experimentele controles op mogelijke andere verklaringen voor het behandelingsucces, slaagde er nauwelijks in om dezelfde positieve effectgroottes te vinden (Heiman & Meston, 1997). Meer in het algemeen is recent vaker vastgesteld dat er weinig deugdelijk empirisch onderzoek is naar de effectiviteit van gedragstherapeutische behandelingen van seksuele disfuncties. Heiman en Meston (1997) geven in een overzichtsartikel aan dat sekstherapie, volgens de APA-normen, beschouwd kan worden als een 'well-established treatment' voor erectiestoornis en primaire orgasmestoornis bij de vrouw. Een conclusie die ons inziens nog steeds geldt en impliceert dat we van vele psychologische behandelingen van seksuele disfuncties de effectiviteit niet weten bij gebrek aan effect-onderzoek (Duterte et al., 2007).



Figuur 1. De seksuele responscyclus volgens Masters en Johnson (1966)

Vrij spoedig werd, zoals gezegd, de sekstherapie à la Masters en Johnson als de state-of-the-art benadering voor seksuele functieproblematiek gezien en, weergegeven in gedragstherapeutische bewoordingen; ook als zelfhulpmethode (zie bijv. Fischer & Gochros, 1977; Jehu, 1979; Kass & Stauss, 1975). In de traditie van het onderzoek naar werkzame elementen in de gedragstherapie bij diverse stoornissen werden ook de elementen, die Masters en Johnson

onontbeerlijk achtten, onderzocht. Een aantal daarvan werden in de loop van de tijd achterwege gelaten, omdat ze niet essentieel bleken voor positieve resultaten (Libman, Fichten & Brender, 1985). Als kern van de aanpak bleven echter de sensate focusoefeningen over, in gedragstherapeutische termen het exposure-element, al dan niet vergezeld van ontspanning bij wijze van 'antagonistische respons' (Regev & Schmidt, 2009). In geval van een vaste relatie dienen die bij voorkeur door beide partners samen uitgevoerd worden.

Vanaf 1980 werden tijdens de 'cognitieve revolutie', die zich op veel deel-terreinen van de empirisch ondersteunde psychotherapietraditie aan het voltrekken was, de eerste cognitieve interventies beschreven in het kader van de behandeling van seksuele stoornissen (McCarthy, 1984; Walen, 1980). Cognitieve processen werden verondersteld om, onder meer, angst voor seksueel falen of voor negatieve reacties van de partner te veroorzaken en in stand te houden (Andersen & Cyranowski, 1994). Het veranderen van deze patronen van gedachten, overtuigingen en zelfinstructies zou de belemmeringen voor het ontplooiën van de normale seksuele respons wegnemen, (zie Carey, 1998; Ellis, 1971; Hawton, 1989; McCarthy, 2004). De toegepaste cognitieve interventies verschilden methodisch niet van de cognitieve interventies zoals die bij andere vormen van psychopathologie werden toegepast (Beck, 1975; Ellis, 1962). De werkzaamheid van cognitieve therapie voor erectiestoornis heeft in gecontroleerde onderzoeken ondersteuning gekregen (Everaerd & Dekker, 1985; Everaerd et al., 1982; Munjack et al., 1984).

Zowel van de cognitieve als gedragstherapeutische face-to-face benadering van seksuele disfuncties, zijn ook andere effectieve vormen ontwikkeld: bibliotherapie (van Lankveld, Grotjohann & Everaerd, 2001) en internettherapie (bijv. Jones & McCabe, 2011; Van Lankveld, Van Diest et al., 2009).

Gedurende de laatste decennia heeft het biologisch onderzoek naar de fysiologische en dynamische mechanismen van mannelijke en vrouwelijke seksuele opwinding een sterke ontwikkeling gekend (voor een overzicht zie bijv. Balon & Segraves, 2009). Eind vorige eeuw kwamen de eerste nieuwe medicijnen op de markt waarmee erectiestoornissen, zonder overheersende bijwerkingen en risico's, effectief behandeld konden worden. Medicijnen voor de behandeling van te snelle zaadlozing (voor een overzicht zie Leusink et al., 2012), en verminderd seksueel verlangen (voor een overzicht zie Bancroft & Graham, 2011) volgden met wisselend succes. Inmiddels zijn ook combinatiebehandelingen onderzocht waarin cognitieve therapie met medicamenteuze therapie met sildenafil (Aubin et al., 2009; Banner & Anderson, 2007; McCabe & Price, 2008) en met injectietherapie met behulp van papaverine (Hartmann & Langer, 1993; Wylie, Hallam-Jones & Walters, 2003) effectiever bleek dan farmacotherapie alleen. In een Cochrane review vonden Melnik en collega's (2007) dat ook de combinatie van orale medicatie met groeps-CGT meer effect had dan medicatie alleen zowel wat betreft seksueel functioneren als wat betreft lagere dropout cijfers.

Behandeling van posttraumatische stoornissen na seksueel geweld en seksueel misbruik

Seksuele trauma's hebben bij slachtoffers vaak gevolgen voor vele aspecten van het leven (Martin et al., 2011), zoals hun partnerkeuze, de duurzaamheid van hun seksuele relaties, hun seksuele functioneren (Leonard & Follette, 2002), en algemene aspecten van gezondheid. Zo bleken in een epidemiologische studie in de VS (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994) 21% van de vrouwen met een geschiedenis van seksueel misbruik meer dan 10 seksuele partners te hebben, vergeleken met 7% van de vrouwen zonder misbruik in hun levensgeschiedenis. In hetzelfde onderzoek rapporteerde ruim 30% van de vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik dat ze seks in het afgelopen jaar niet plezierig vonden, en zei bijna 60% van deze vrouwen dat emotionele problemen hun seksuele functioneren in het afgelopen jaar in de weg stonden. Vanuit een ander perspectief vonden Sarwer en Durlak (1996) in een klinische studie, dat 20% van de getrouwde vrouwen die zich voor seksuele problemen van zichzelf of hun partner aanmeldden bij een kliniek voor seksuologische hulpverlening een voorgeschiedenis hadden van seksueel kindermisbruik. Dit prevalentiepercentage is beduidend hoger dan het percentage van voorkomen van seksueel misbruik in de algemene bevolking (Leonard & Follette, 2002). Leonard en Follette (2002) noemen een negatief zelfbeeld c.q. lichaamsbeeld, en walgingreacties als belangrijke factoren bij het ontstaan van seksuele moeilijkheden bij slachtoffers van seksueel misbruik. Dit wordt ondersteund door de vondst van hoge percentages vrouwen die voldoen aan de criteria van seksuele aversiestoornis in populaties gekenmerkt door seksueel misbruik in de kindertijd (Jehu, 1988).

Exposuregerichte benaderingen en cognitieve therapie hebben erkenning gekregen als hulpverleningsvormen aan slachtoffers van seksueel geweld en seksueel misbruik in de kindertijd of volwassenheid (voor een overzichtsartikel, zie Leserman, 2005; zie ook Resick, et al., 2012). De uitkomsten van dergelijke behandelingen bleken echter in een Cochrane review geen grote verschillen te vertonen met medicamenteuze therapie of combinatiebehandelingen van psychotherapie en farmacotherapie (Hetrick, Purcell, Garner & Parslow, 2010). Diverse vormen van exposurebehandelingen en cognitieve interventies zijn beproefd op hun werkzaamheid voor het reduceren van PTSS-klachten en comorbide seksuele problematiek. Er is ondersteuning gevonden voor de werkzaamheid in dit opzicht van cognitieve therapie (bijv. Dorrepaal et al., 2010), exposuretherapie als bijvoorbeeld dialectische gedragstherapie (Schnurr et al., 2009; Steil et al., 2011) en voor combinaties van cognitieve therapie en exposure (bijv. na verkrachting: Resick et al., 2002, 2012). Deze effectiviteit is niet alleen vastgesteld onmiddellijk na het afsluiten van therapie, maar ook bij follow-up na 5 tot 10 jaren na behandeling (Resick et al., 2012).

Seksuele deviantie: over ethiek en (effectieve) behandeling

Hoewel er vele controverses waren en blijven over wat seksuele deviantie is (bijv. Bayer, 1981; Cantor, 2012; Frances & First, 2011; Wakefield, 2011), is de vaststelling onontkoombaar dat de gedragstherapeutische bemoeienissen met seksueel deviant gedrag gekenmerkt worden door normatieve opvattingen over welk seksueel gedrag normaal is of behoort te zijn (Davison, 1976; zie verder Gijs et al., tweede deel van dit themanummer). Zo verzochtte John Bancroft (1983, 1989, 2009), een toonaangevend gedragstherapeut en seksonderzoeker, dat ook hij, net zoals zovelen, had getracht om homoseksualiteit “therapeutisch te herwerken” tot heteroseksualiteit. Meer in het algemeen was het veranderen van de seksuele oriëntatie, c.q. het reduceren van (de frequentie van) homoseksueel gedrag ook binnen de gedragstherapie een (als) legitiem (waargenomen) behandeldoel tot homoseksualiteit in 1974 geschrapt werd als psychiatrische stoornis met een democratische stemming van de leden van de American Psychiatric Association (zie Bayer, 1981). Ook bekende gedragstherapeutische onderzoekers in het seksonderzoek als Bancroft (1974) en Cautela en Barlow hebben zich op dit terrein geprofileerd (zie bijv. Barlow, Leiterberg & Agras, 1969; Cautela, 1966). Volgend op de normalisatie van homoseksualiteit door de American Psychiatric Association wijzigden ook de opvattingen en therapeutische bemoeienissen van gedragstherapeuten drastisch. De doelstelling van therapie werd niet meer het wijzigen van homoseksualiteit in heteroseksualiteit, maar het leren aanvaarden, ontwikkelen en expressie geven van homoseksualiteit en het leren omgaan met stigmatisering en discriminering (bijv. Bos & Moritz, dit nummer; Gijs, 1983).

Het is onmogelijk om dit belangrijke debat over de aard van seksuele deviantie hier te samen te vatten (zie bijv. De Block en Adriaens, under review; Gijs, 1994). Wel is het essentieel om op te merken dat ook binnen de CGT de volgende fundamentele vragen het debat over seksuele deviantie domineren: (1) is het mogelijk om seksuele deviantie te definiëren als een biopathologische of psychopathologische categorie; (2) is het zinnig om de categorie seksuele psychopathologie los te laten en te spreken van (eventueel therapeutisch bewerkstelligde) regulatie van (gewenst) seksueel gedrag; (3) is instemming door personen die instemming geacht worden te kunnen geven de cruciale maatstaf voor gewenste of sociaal te accepteren seksualiteit; (4) wat is de verhouding tussen de gedragstherapeutische opvatting dat seksueel deviant gedrag geleerd gedrag is enerzijds en de zienswijze dat seksueel deviant gedrag een biopsychopathologische disfunctie is in de persoon, die niet terug te voeren is op een conflict tussen persoon en maatschappij anderzijds; en (5) hoe verhouden gedragstherapeutische opvattingen zich tot strafwettelijke bepalingen van grensoverschrijdend seksueel gedrag?

Klinisch lijkt het er sterk op dat de volgende ontwikkeling zich heeft voorgedaan. Seksualiteit met instemming (door diegenen die in principe instemming kunnen geven) zal niet a priori geproblematiseerd worden door gedragsthe-

rapeuten (dat geldt bijvoorbeeld voor sadomasochisme en homoseksualiteit). Met andere woorden: cliënten die niet lijden onder zulke seksuele verlangens dienen niet blootgesteld te worden aan therapeutische pogingen om hun seksualiteit te normaliseren. Wel integendeel: als ze lijden onder hun seksuele oriëntatie zal getracht worden hen te leren deze te aanvaarden en prosociaal te ontwikkelen (Bos & Moritz, dit nummer; Gijs et al, tweede themanummer). Wanneer personen echter seksueel geweld of misbruik plegen, zullen gedrags-therapeuten wel proberen dit deviante gedrag te stoppen ter voorkoming van recidive, alsook –in principe- pogen om seksueel gedrag met instemming te bevorderen (Smid & Van Beek, Holwerda & Van Beek, dit nummer). Drie klinische thema's staan hierbij de laatste vijftig jaar centraal (zij het in wisselende mate): (1) parafilieën, (2) seksueel gewelddadig gedrag en (3) veel recenter : hyperseksualiteit . Parafilieën verwijzen naar seksuele opwindingspatronen in reactie op seksuele objecten of activiteiten die niet normatief zijn. Ze worden opgevat als een individuele trek, die men door middel van CGT tracht te veranderen. De effectiviteit van dergelijke klinische interventies is echter heel klein (Killmann et al., 1982; zie ook Gijs et al, tweede deel van dit dubbelnummer). Seksueel geweld is interpersoonlijk gedrag waarbij de ene persoon seksueel over de grenzen van de andere persoon gaat. Sinds Marshall en collega's (1990) baanbrekende "Handbook of Sexual Assault" heeft CGT voor plegers van seksueel geweld een grote vlucht gekend. Daarbij werd duidelijk dat cognitief gedragstherapeutische programma's, die de Risk-Need-Responsivity-principes volgen (Eber & Pfafflin, 2011; Hanson et al, 2009; zie verder Smid et al., dit nummer), de meest effectieve behandelingen zijn die thans bestaan (overigens vaak gecombineerd met biomedische interventies; bijv. Gooren, 2011). Meest effectief betekent overigens beslist niet 0% recidive. Er blijft nog veel ruimte voor verbetering. Hyperseksualiteit, recent sterk op de voorgrond gekomen als klinisch probleem (Coleman, 2012; Kaplan & Krueger, 2010; Schreiber et al., 2012;), heeft tot nog toe –om onbekende redenen- opmerkelijk weinig gedragstherapeutische aandacht getrokken (maar zie Vroege en collega's, deel 2 van dit themanummer voor een overzicht van de CGT op dit terrein). De kern van hyperseksualiteit is niet zozeer de hoge en vaak sterk toegenomen frequentie van seksuele activiteiten, maar vooral ook de onmogelijkheid om dat seksuele gedrag vorm te geven zonder aversie en negatieve sociale consequenties. De effectiviteit van CGT-benaderingen van hyperseksualiteit is onbekend, net zoals de effectiviteit van om het even welke therapeutische benadering voor deze problematiek onbekend is (Coleman, 2012; Krueger & Kaplan, 2010).

Transgenderisme

Het is nog niet zo lang geleden dat genderidentiteitsstoornissen, transseksualiteit of transgenderisme opgevat werden als ernstige (psychotische) psychopathologie, die door psychotherapie genezen diende te worden (zie bijv. Gezondheidsraad, 1965). Zo ook dachten gedragstherapeuten dat genderidenti-

teitsstoornissen tot stand gekomen waren door foutieve leerprocessen en door correctie daarvan weer genormaliseerd konden worden (bijv. Barlow et al., 1973, 1979; Reekers, 1995; Reekers & Kilgus, 1995). Dat gold zowel voor volwassenen als voor kinderen. Historisch mooie voorbeelden zijn het vroege werk van Barlow (bijv. 1973, Barlow & Abel, 1976) en van Reekers (bijv. 1977). Barlow conceptualiseerde 'transseksualiteit', gedefinieerd als het fenomeen waarbij een biologische normale man of vrouw denkt, voelt en handelt als een lid van de andere sekse (Barlow & Abel, 1976, p. 355, onze vertaling), als de meest ernstige vorm van seksuele deviantie. Seksuele deviantie werd gezien als een complex samenspel van meerdere gedragsoverdrijvingen en gedragstekorten. Meer bepaald werden de volgende vier dimensies karakteristiek geacht voor seksuele deviantie: (1) teveel deviante seksuele opwinding, (2) ontoereikende adequate seksuele opwinding, (3) tekorten in heterosociale vaardigheden, (4) afwijkingen in de genderrol. Bij transseksualiteit zouden er volgende afwijkingen zijn: (1) homoseksuele seksuele opwinding, (2) geen of ontoereikende heteroseksuele opwinding, (3) geen of gebrekkige sociale vaardigheden passend bij de eigen biologische sekse (bijv. niet spreken met een toonhoogte passend bij de eigen biologische sekse; geen typische manier van oogcontact maken); (4) genderrol gedrag dat typisch is voor de andere sekse (bijv. een erg feminien bewegingspatroon bij een man) (Barlow & Abel, 1976). De gedragstherapeutische behandeling bestond er toen uit om door middel van een combinatie van gedragstherapeutische technieken ongepast gender(rol)gedrag te minimaliseren en gepast gender(rol)gedrag te optimaliseren.

Met de opkomst, aanvaarding en voortschrijdende evidentie dat genderdysforie effectief kan behandeld worden door middel van geslachtsaanpassende behandelingen met hormonen en geslachtsaanpassende chirurgie en de morele acceptatie van deze behandelingen (zie bijv. Gijs & Brewaeyts, 2007; Selvaggi & Bellringer, 2011) hebben gedragstherapeutische behandelingen van genderidentiteitsstoornissen en/of transgenderisme nagenoeg opgehouden te bestaan. (Voor een overzicht van de ontwikkelingen bij kinderen en adolescenten met genderidentiteitsstoornissen, zie Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Cohen-Kettenis, et al., 2011.)

THEORETISCHE MODELLEN ALS BASIS VAN DIAGNOSTIEK EN INTERVENTIES

Leerprocessen: klassieke en operante conditionering

Het onderzoek naar leerprocessen bij parafilieën heeft zich vooral gericht op klassieke en operante conditionering. Habituatie is ook bestudeerd in de leerprocessen die kunnen plaatsvinden ten aanzien van seksueel (dis)functioneren.

In het onderzoek naar het ontstaan van parafiele seksuele opwindingspatronen, zoals fetisjisme, zijn klassieke conditioneringseffecten van de mannelijke genitale seksuele respons enigszins aangetoond, zij het dat deze effecten slechts

kort bleven bestaan (Langevin & Martin, 1975; vergelijk Gijs et al., deel 2 van dit themanummer). Klassieke conditionering van de seksuele opwindingsrespons bij vrouwen is pas recenter aangetoond (Both, et al., 2011; zie Van Lankveld, ter Kuile & Both, 2012, dit nummer, voor een uitgebreidere bespreking).

Er is op beperkte schaal experimenteel onderzoek gedaan naar operant/instrumenteel leren door bekrachtiging in studies van 'orgastisch conditioneren'. Het orgasme wordt verondersteld sterke bekrachtigende effecten te hebben, en (seksueel) gedrag dat aan het orgasme vooraf gaat zou hierdoor versterkt worden. Bij mannen zonder seksuele problemen werd dit in experimenteel onderzoek inderdaad gevonden (Reynolds, 1980).

Problemen met afnemende opwinding in langdurige relaties zouden veroorzaakt kunnen worden doordat partners, die elkaar langer kennen, elkaar minder als een sterke seksuele prikkel ervaren. Bij mannen zijn dergelijke habituatie-effecten van erotische prikkels herhaaldelijk aangetoond (O'Donohue & Plaud, 1991). Bij vrouwen spreken de bevindingen elkaar echter tegen en zouden factoren als vermindering van aandacht en de mate van opgaan in de vrijsituatie een belangrijke rol kunnen spelen (Both, Laan & Everaerd, 2011; Koukounas & Over, 2001).

In het onderzoek naar en de theorievorming over de rol van conditioneringsprocessen in het ontstaan en in stand houden van seksuele problematiek zijn diverse knelpunten aan te wijzen. Een voornaam knelpunt voor de klinische implementatie is de nog zeer beperkte klinische toepasbaarheid van de relatief jonge kennis op dit terrein, gezien de eerdere beperkte voordelen boven andere therapievormen van bijvoorbeeld systematische desensitatie bij de behandeling van erectiestoornis (voor een overzicht zie Killmann & Auerbach, 1979). De rol van angst bij seksuele opwinding is verder tegenstrijdig gebleken, zie ook de hierna volgende paragraaf. Terwijl angst kenmerkend is voor mannen met een erectiestoornis, werkt deze juist als een stimulerende factor bij gezonde mannen. Een theoretisch model dat deze tegenstrijdige bevindingen kan verzoenen (Van den Hout & Barlow, 2000), waarbij cognitieve verwerkingscapaciteit, c.q. aandachtsfenomenen als medierende factor optreden, is tot op heden nog onvoldoende getoetst. Een ander punt van discussie is de rol van angst bij de instandhouding van vaginistische reacties bij vrouwen, die nooit in staat zijn geweest om coïtus te hebben ondanks hun sterke eigen wens hiertoe. Gecontroleerd onderzoek naar de uitkomsten van de gangbare werkwijze binnen sekstherapie, waarin exposure als regulier onderdeel opgenomen is, gaf een beperkt resultaat aan, mogelijk als gevolg van het veel voorkomen van vermijding (van Lankveld et al., 2006). Behandelsucces van deze interventievorm werd vooral voorspeld door het verminderen van angst bij de behandelde vrouwen (Ter Kuile et al., 2006). Een behandeling met een sterke focus op blootstelling aan de specifieke angst-prikkels bij deze groep vrouwen lijkt tot sterkere verbetering te leiden van de mogelijkheid om coïtus te hebben (ter Kuile et al., 2009), doch verdere valide-

ring in gecontroleerd onderzoek hierover is nodig. Tenslotte ontstaat steeds meer evidentie voor de rol van (geconditioneerde) walging bij vaginistisch reageren en bij problemen met pijn bij de coïtus (zie De Jong et al., 2009; Borg, De Jong, & Weijmar Schultz, 2011). Gedragstherapeutische interventies voor vrouwen met dyspareunie en vaginisme, die zich specifiek op de walgingsdeterminant richten zijn echter nog niet op werkzaamheid onderzocht.

Cognitieve modellen

Dat seksuele opwinding belangrijke cognitieve determinanten heeft, wordt krachtig gedemonstreerd doordat de genitale seksuele respons tot op zekere hoogte onder willekeurige controle staat. De instructie om opgewonden te worden of juist opwinding te onderdrukken is hiervoor in onderzoek al voldoende gebleken (Dekker & Everaerd, 1988; Laan, Everaerd, Van Aanhoud & Rebel, 1993; McAnulty & Adams, 1991). Het cognitieve model van seksuele opwinding, c.q. van problemen met seksuele opwinding van Barlow (1986) is tot op heden invloedrijk en heeft veel onderzoek gestimuleerd. Barlow formuleerde zijn model tegen de achtergrond van eigen experimenteel onderzoek naar cognitieve determinanten van erectie bij mannen. Cruciale elementen van het model zijn faalangst, gebrek aan aandacht voor seksuele prikkels, verhoogde zelfgerichte aandacht, angst voor de reactie van de partner en negatief (seksueel) zelfbeeld. Het model veronderstelt verschillend verlopende circulaire processen bij mannen met en zonder erectiestoornis. Beide processen gaan van start wanneer men denkt een seksuele prestatie te moeten leveren. Bij mannen zonder probleem roept dit een positief affect op: de verwachting van succesvol functioneren en van seksueel genot, en een scherper focus op de erotische prikkels. Deze focus wordt nog sterker wanneer de eerste tekenen van lichamelijk reageren waargenomen worden. Mannen met erectieproblemen reageren op deze situatie echter met angst en somberheid, met negatieve uitkomstverwachtingen, een focus op vroege signalen van seksueel falen, en gelijktijdig een vermindering van de aandachtscapaciteit voor erotische prikkels. Beginnende opwinding wordt soms niet waargenomen, of verkeerd geïnterpreteerd als een teken van spanning. De uitkomst van de feedbacklus, succes of falen van de erectie, versterkt dit cognitieve patroon in beide groepen.

Een ander veel gebruikt cognitief model is het informatieverwerkingsmodel van Janssen en collega's (2000). Het model onderscheidt twee paden voor informatieverwerking, respectievelijk een snel en onbewust pad via automatische/onbewuste processen en een trager en bewust pad via aandacht en regulatie. Dit kan leiden tot het onafhankelijk van elkaar moduleren van genitale reacties en bewuste subjectieve ervaring. Beide opwindingsdimensies kunnen zelfs als tegenstrijdig ervaren worden ('ik voel me seksueel opgewonden, maar mijn geslachtsdelen reageren niet'). Volgens dit model remmen cognitieve processen zoals aandachtsafleiding en piekeren over het seksprobleem de genitale en subjectieve seksuele opwinding.

Belangrijke determinanten van opwindingsproblemen zijn faalangst (Heiman & Rowland, 1983) en vermindering van aandachtscapaciteit (Van den Hout & Barlow, 2000; Van Lankveld & Van den Hout, 2005). Voorheen werd verondersteld dat angst de voornaamste directe oorzaak is van erectieverlies. Angst kan echter wellicht het beste niet als een oorzaak beschouwd worden, maar als een gevolg van het seksueel disfunctioneren (Rowland, Cooper & Heiman, 1995), ook gezien de herhaalde bevinding dat angst bij goed functionerende mannen geen erectieproblemen maar juist sterkere genitale reacties oproept (Barlow, Sakheim & Beck, 1983). Een depressief affect (samenhangend met fatalistische en hulpeloze cognities over het niet kunnen krijgen of kunnen vasthouden van de erectie) leidt wel tot erectievermindering (Araujo, Durante, Feldman, Goldstein & McKinlay, 1998; Nobre & Pinto-Gouveia, 2009). De modellen van Barlow (1986) en Janssen et al. (2000) voorspellen ook dat het verliezen van aandacht voor de lustvolle situatieaspecten de seksuele opwindingsbelemmert. Dit is zowel bij mannen met erectiestoornis en vrouwen met opwindingsproblemen als bij gezonde vrijwilligers meermalen gedemonstreerd (voor een prototypische vroege illustratie, zie Geer & Fuhr, 1976 voor een overzichtartikel zie De Jong, 2009). Mannen en vrouwen met een seksuele opwindingsstoornis hebben waarschijnlijk een overmatige aandacht voor hun lichamelijke sensaties tijdens seksuele prikkeling (self-focus) en dit belemmert eveneens hun (genitale) seksuele opwindingsbelemmert (Meston, 2006; Van Lankveld & Bergh, 2008). Masters en Johnson (1970) noemden dit fenomeen 'spectatoring'.

Ook over de rol van cognitieve processen in het ontstaan en in stand houden van seksuele problematiek bestaan onduidelijkheden. In zover seksuele opwindingsbelemmerd of seksueel risicogedrag bevorderd wordt door bewuste cognitieve processen, kunnen gangbare cognitieve interventies ter verandering van bewuste cognities en schema's gebruikt worden. Er zijn echter nieuwe interventievormen nodig om de inhererende effecten van impliciete cognities adequaat te kunnen reduceren, en de ontwikkeling en toetsing daarvan in empirisch onderzoek staan nog in de kinderschoenen. Momenteel worden nieuwe interventievormen op werkzaamheid onderzocht die zijn vormgegeven naar analogie van bijvoorbeeld taakconcentratietraining voor sociale angstproblematiek (Bögels, 2006; Mulkens et al., 2001), maar nu gericht op problemen met verminderde seksuele opwindingsbelemmert. Ook worden nieuwe interventies getest, naar analogie van evaluatieve conditionering (Houben et al., 2010) en respons-inhibitietraining (Houben et al., 2011), die eerder succesvol bleken te zijn bij verslavingsproblemen, en die nu bedoeld zijn om ongewenst seksueel gedrag, zoals onveilig vrijen te reduceren.

Multifactoriële modellen

Ook binnen gedragstherapeutische kringen is het gemeengoed geworden om gedrag te zien als het resultaat van een complex samenspel van vele biologi-

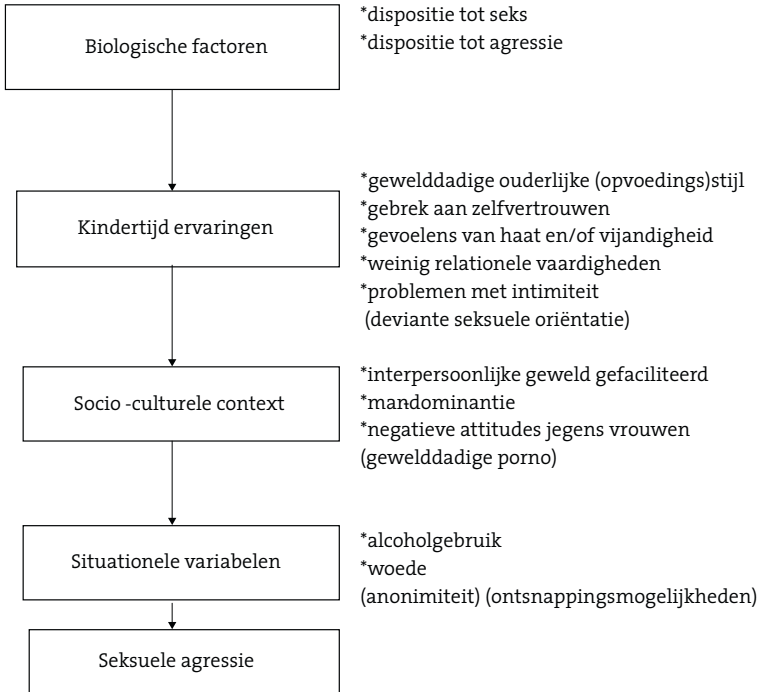
sche, psychologische en sociale factoren (bijv. Kazdin, 2011). Niet anders is dat bij de toepassing van een cognitief-gedragstherapeutisch perspectief op seksuele problemen en stoornissen. Een prototypische illustratie is de nog steeds invloedrijke multifactoriële klinisch theorie van Marshall en Barbaree (1990) ter verklaring van de ontwikkeling van seksueel geweld bij mannen (voor een geactualiseerde versie van dit model zie Smid et al., 2009). Marshall en Barbaree (1990) zien het prosociaal leren omgaan met seksualiteit en agressie, twee biologisch gefundeerde gedragsdisposities, als een cruciale ontwikkelingstaak, waarbij agressie dusdanig geïnhibeerd wordt dat seks met instemming mogelijk wordt en blijft. Wanneer deze ontwikkeling niet voldoende prosociaal plaats vindt, zal seksueel agressief gedrag gesteld worden. Vier groepen van factoren zijn daarbij in het geding: biologische variabelen, ervaringen uit de kindertijd, de socioculturele context en situationele variabelen (zie figuur 2). Een jongen die opgevoed wordt binnen een gewelddadig ouderlijk milieu, een tekort aan zelfvertrouwen heeft, en haatgevoelens en vijandigheid ontwikkelt, zal gevoeliger worden voor het plegen van seksueel geweld. Wanneer een dergelijk ontwikkelingstraject plaatsvindt binnen een socioculturele context die interpersoonlijk geweld, een dominante sociale positie van de man en negatieve attitudes jegens vrouwen bevordert, stijgt opnieuw de kans op seksueel geweld. Deze factoren en ontwikkeling maken een jongen/man gevoelig voor het situationeel uitlokken van seksueel geweld. Alcoholgebruik en woede zijn daar voorbeelden van. Ook een deviante seksuele oriëntatie/interesse zijn belangrijke factoren die seksueel agressief gedrag bevorderen (al is het belangrijk te weten dat lang niet alle plegers van een seksueel delict een deviante seksuele oriëntatie/interesse hebben (zie Smid en collega's, dit nummer). Samengevat: seksuele gewelddadig gedrag is het resultaat van een complex samenspel van factoren, die ieder op zich relatief weinig bijdragen aan het plegen van seksueel geweld (Mann et al., 2010).

Gedragstherapeuten sluiten bij een dergelijke visie aan met het aanbieden van behandelingsprogramma's, die door middel van meerdere CGT-technieken beogen de nodige en voldoende factoren te veranderen om recidive te voorkomen (zie bijv. Marshall en collega's, 2011; Smid, et al., dit nummer).

Multifactoriële modellen zijn prototypisch voor een aantal belangrijke ontwikkelingen en kwesties binnen de CGT. Allereerst is er de vraag in welke mate dergelijke multifactoriële modellen de specificiteit van de de CGT (als specifiek gedragstherapeutisch) ondergraven? Ten tweede is er de vraag of en in welke mate vele technieken en interventies die binnen de CGT gebruikt worden theoretisch gefundeerd zijn, of vooral gebaseerd zijn op de klinische praktijk of evidence-based zijn? En tenslotte is er de vraag of 'evidence-basedness' als leidinggevend perspectief binnen een biopsychosociaal perspectief niet onverbidlijk leidt tot de opheffing van CGT theoretische modellen? Deze vragen over in welke mate ontwikkelingen binnen de seksuologie en de CGT elkaar

wederzijds beïnvloeden zullen besproken worden in het afsluitende artikel van dit themanummer.

Factoren tussen haakjes zijn factoren waarvan Marshall en Barbaree toen hypothetisch meenden dat ze bijdragen aan het tot stand komen van seksueel geweld, maar dat er in 1990 nog onvoldoende empirische evidentie was om dat voldoende te staven.



Figuur 2 Marshalls & Barbaree’s model van seksuele agressie (1990)

**DE INHOUD VAN DIT EERSTE NUMMER OVER SEKSUELE PROBLE-
MEN/STOORNISSEN IN GEDRAGSTHERAPIE**

In deze eerste aflevering van twee nummers over seksuele problemen/stoornissen van Gedragstherapie volgen na dit inleidende artikel nog zes andere artikelen.

In twee bijdragen over ‘seksuele disfuncties’ worden, respectievelijk, een overzicht gegeven van de gedragstherapeutische en cognitieve behandeling van problemen met het seksuele functioneren (Van Lankveld, Ter Kuile & Both, dit nummer), en twee casussen beschreven van, achtereenvolgens, een vrouw met primair vaginisme en een man met verminderd seksueel verlangen (Ter Kuile, Van Lankveld & Both, dit nummer).

In een overzichts- en een casusartikel geven Bos en Moritz een overzicht van de affirmatieve cognitieve gedragstherapie voor homoseksuele mannen, lesbische vrouwen en biseksuelen. De affirmatieve benadering is niet specifiek voor de cognitieve gedragstherapie, maar biedt een geheel van attitudes en vaardigheden dat geïntegreerd kan worden in verschillende therapeutische referentiekaders. In de affirmatieve cognitieve gedragstherapie staat een empathische behandeling zonder vooroordelen centraal. De identiteit van de cliënt als homoseksueel, lesbienne of biseksueel wordt door de therapeut bevestigd en versterkt. Voor cognitief gedragstherapeuten relevante zaken zoals identiteitsontwikkeling, stigmatisering en intieme relaties worden besproken.

Smid, Van Beek en Wever schrijven over de behandeling van plegers van seksuele delicten. Zij bespreken veel gehanteerde theoretische verklaringen van seksueel delictgedrag en beschrijven de taxatie van recidiverisico. Een belangrijke rol in de assessment is weggelegd voor individuele risicofactoren, waaronder seksuele deviantie. De cognitief-gedragstherapeutische behandeling van plegers van seksueel delictgedrag is een interventie die primair gericht is op het voorkomen van nieuw delictgedrag (overeenkomstig de risico-behoefte-specificiteit principes, Andrews & Bonta, 2010). In een hierop aansluitend artikel beschrijven Holwerda en van Beek een deel van de cognitief gedragstherapeutische behandeling van een 30-jarige man, die zich vanaf zijn twaalfde jaar schuldig heeft gemaakt aan seksueel misbruik van kinderen.

SUMMARY

(Cognitive-) behavioural treatments of sexual problems and dysfunctions: a historical and conceptual overview

Sexual problems and disorders are highly prevalent and cause much sorrow. Cognitive-behavioural therapies have developed greatly since approximately 1960. Until now, only a few articles in *Gedragstherapie* have covered sexual problems or disorders. The goal of a double special issue of *Gedragstherapie* (June and December 2012) is to review cognitive-behavioural interventions for sexual problems and sexual disorders. In this introduction the history of cognitive-behavioural treatments of sexual problems and disorders is described. Theoretical models that grounded the current cognitive-behavioural treatments of sexual problems and disorders are reviewed too. Finally, an overview is given of the different contributions to this double special issue. In the first issue the following topics are covered: sexual dysfunctions, homo-affirmative therapy, and perpetrators of sexual assault or violence. In the second issue attention is paid to: sexual traumas, hypersexuality and paraphilias. Each topic is reviewed in a separate article, followed by clinical illustrations (in a second article).

Key words: sexuality, history of cognitive and behavioural interventions, sexual problems, sexual disorders, theoretical models, overview of special issue

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition, text revision. Washington : American Psychiatric Association.
- Ancibure, F., & Galan-Ancibure, M. (2008). *La pédophilie. Comprendre pour réagir*. Paris: Dunod
- Andersen, B.L., & Cyranowski, J.M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1079-1100.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. (5th Edition). New Providence: LexisNexis.
- Araujo, A.B., Durante, R., Feldman, H.A., Goldstein, I., & Mckinlay, J.B. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458-465.
- 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 and Marital Therapy*, 35, 122-143.
- Balton, R.D., & Seagraves, R.T. (Eds.) (2009). *Clinical manual of sexual disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bancroft, J. (1974). *Deviant sexual behaviour: Modification and assessment*. Oxford: Clarendon Press.
- Bancroft, J. (1983). *Human sexuality and its problems*. London: Churchill Livingstone
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems. (2nd Edition)* London: Churchill Livingstone.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems. (3rd Edition)*. London: Churchill Livingstone.
- Bancroft, J., & Graham, C.A. (2011). The varied nature of women's sexuality: Unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones and Behavior*, 59, 717-729.
- Banner, L.L., & Anderson, R.U. (2007). Integrated sildenafil and cognitive-behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: A pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 4(4 Pt 2), 1117-1125.
- Barlow, D.H. (1973). Increasing heterosexual responsiveness in the treatment of sexual deviation. *Behavior Therapy*, 4, 655-671.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow, D.H., & Abel, G. A. (1976). Sexual deviation. In W.E. Craighead, A.E., Kazdin, & M. J. Mahoney (Eds.). *Behavior modification: Principles, issues and applications* (pp. 341-360). Boston: Houghton Mifflin.
- Barlow, D.H., Abel, G.E., & Blanchard, E.B. (1979). Gender identity change in transsexuals. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1001-1007.
- Barlow, D.H., Leitenberg, H., & Agras, W. (1969). Experimental control of sexual deviation through manipulation of the noxious scene in covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 597-601.
- Barlow, D.H., Reynolds, E.J., Agras, S., & Miss, J. (1973). Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry*, 28, 569-576.
- Barlow, D.H., Sakheim, D.K., & Beck, J.G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49-54
- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. Washington: Basic Books.

- Beck, A.T. (1975). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Madison: International Universities Press.
- Bögels, S.M. (2006). Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1199-1210.
- Borg, C., Jong P.J. de & Weijmar Schultz, W. (2011). Vaginismus and dyspareunia: Relationship with general and sex-related moral standards. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 223-231.
- Both, S., Brauer, M., & Laan, E. (2011). Classical conditioning of sexual response in women: A replication study. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 3116-3131.
- Cantor, J.M. (2012). Is homosexuality a paraphilia? The evidence for and against. *Archives of Sexual Behavior*, *41*, 237-247.
- Caprio, F.S. (1955). *Variations in sexual behaviour*. London: John Calder.
- Carey, M.P. (1998). Cognitive-behavioral treatment of sexual dysfunctions. In: Caballo, V. E. (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* (pp. 251-280). Oxford, England: Pergamon/Elsevier Science.
- Cautela, J.R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record*, *16*, 33-41.
- Cohen-Kettenis, P., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence*. London: Sage.
- Cohen-Kettenis, P., Steensma, T., & Vries, A.L. de (2011). Treatment of adolescents with genderdysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *20*, 689-700.
- Coleman, E. (2012). Impulsive/compulsive sexual behavior: Assessment and treatment. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Eds.), *The Oxford Handbook of impulse control disorders* (pp. 375-388). Oxford: Oxford University Press.
- Davison, G.C. (1976). Homosexuality: The ethical challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *44*, 157-162.
- De Block, A., & Adriaens, P. (under editorial review). The history and historiography of paraphilias (1800-2010).
- DeJonckheere, C. (1992). Exhibitionisme: Literatuuroverzicht en illustratieve casus. *Gedragstherapie*, *25*, 223-238.
- Dekker, J. (1985). Seksueel verlangen en de behandeling van stoornissen daarin. *Gedragstherapie*, *18*, 115-126.
- Dekker, J., & Everaerd, W. (1988). Attentional effects on sexual arousal. *Psychophysiology*, *25*, 45-54.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J.H., Balkom, A.J., Dyck, R. van, Veltman van, D.J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse and Neglect*, *34*, 284-288.
- Duterte, E., Segraves, T., & Althof, S. (2007). Psychotherapy and pharmacotherapy for sexual dysfunctions. In P.E. Nathan, & J.M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (3th edition, pp. 531-560). Oxford: Oxford University Press.
- Eber, R., & Pfäfflin, F. (2011). Adult sexual offender treatment – Is it effective? In D. Boer, R. Eher, L.A. Craig, M. Miner, & F. Pfäfflin (Eds.). *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders* (pp.3-12). London: Wiley-Blackwell.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Secaucus, NJ: The Citadel Press.
- Ellis, A. (1971). Rational-emotive treatment of impotence, frigidity and other sexual problems. *Professional Psychology*, *2*, 346-349.
- Everaerd, W., & Dekker, J. (1985). Treatment of male sexual dysfunction: sex therapy compared with systematic desensitization and rational emotive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 13-25.
- Everaerd, W., Dekker, J., Dronkers, J., Rhee, K. v.d., Staffeleu, J., & Wiselius, G. (1982). Treatment of homosexual and heterosexual dysfunction in male-only groups of mixed sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, *11*, 1-10.

- Everaerd, W., Laan, E.T.M., & Spiering, M. (2000a). Male sexuality. In L. T. Szuchman & F. Muscarella (Eds.). *Psychological perspectives on human sexuality* (pp. 60-100). London: Wiley.
- Everaerd, W., Laan, E.T.M., & Spiering, M. (2000b). Female sexuality. In L. T. Szuchman & F. Muscarella (Eds.). *Psychological perspectives on human sexuality* (pp. 101-146). London: Wiley.
- Fischer, J., & Gochros, H.L. (1977). *Handbook of behavior therapy with sexual problems*. New York : Pergamon Press. Pergamon General Psychology Series, 64.
- Frances, A., & First, M.B. (2011). Hebephilia is not a mental disorder in DSM-IV-TR and should not become one in DSM-5. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 39, 78-85.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Gesammelte Werke* 5. Frankfurt am Maine: Fisher Verlag.
- Geer, J.H. & Fuhr, R. (1976). Cognitive factors in sexual arousal: the role of distraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 238-243. Gezondheidsraad (1965). *Advies inzake transseksisme*. Den Haag.
- Gijs, L. (1983). Accepterende gedragstherapie, homoseksuele oriëntatie en uitbouw van een homoseksuele identiteit. *Gedragstherapie*, 16, 87-103.
- Gijs, L. (1994). Honderd jaar seksuologisch denken over seksueel deviant gedrag: Een paradigmatisch overzicht in vogelvlucht. In W. Bezemer, L. J. G. Gooren, & H. J. C. van Marle (Red.). *Seksuueel deviant gedrag* (pp.6-32). Bussum: Medicom.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178-224
- Gijs, L. & Slob, K. (2004). De geschiedenis van de seksuologie: Een kennismaking. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg (Red.). *Seksuologie* (pp.13-37). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gijs, L. & Slob, K. (2009). De geschiedenis van de seksuologie: een kennismaking. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg, (Red.). *Seksuologie* (2^{de} editie, pp. 23-43).
- Gooren, L.J. (2011). Clinical review: Ethical and medical considerations of androgen deprivation treatment of sex offenders. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 96, 3615-3627.
- Hanson, R.K., Bourgnon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
- Hartmann, U., & Langer, D. (1993). Combination of psychosexual therapy and intrapenile injections in the treatment of erectile dysfunctions: Rationale and predictors of outcome. *Journal of Sex Education & Therapy*, 19, 1-12.
- Hawton, K. (1989). Sexual dysfunctions. In Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. & Clark, D. M. (Eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 370-405). New York: Oxford University Press.
- Hetrick S.E., Purcell R, Garner B, Parslow R. 2010. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7, CD007316.
- Heiman, J.R., & Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148-194.
- Heiman, J.R., & Rowland, D.L. (1983). Affective and physiological sexual response patterns: the effects of instructions on sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 105-116.
- Houben, K., Havermans, R.C., & Wiers, R.W. (2010). Learning to dislike alcohol: Conditioning negative implicit attitudes toward alcohol and its effect on drinking behavior. *Psychopharmacology*, 211, 79-86.
- Houben, K., Nederkoorn, C., Wiers, R.W., & Jansen, A. (2011). Resisting temptation: Decreasing alcohol-related affect and drinking behavior by training response inhibition. *Drug and Alcohol Dependence*, 116, 132-136.

- Hout, M., van den & Barlow, D. (2000). Attention, arousal and expectancies in anxiety and sexual disorders. *Journal of Affective Disorders*, *61*, 241-256.
- Huys, W., & Callens, J. (2011). Het bitterzoete online soelaas: behandeling van de drang naar kinderpornografie. *Gedragstherapie*, *44*, 163-191.
- 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.
- Jehu, D. (1979). *Sexual dysfunction: A behavioural approach to causation, assessment, and treatment*. Chichester, England; New York: J. Wiley.
- Jehu, D. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. New York: John Wiley.
- Jones, L.M., & McCabe, M.P. (2011). The effectiveness of an Internet-based psychological treatment program for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 2781-2792.
- Jong, P.J. de, Overveld, M. van, Weijmar Schultz, W., Peters, M.L., & Buwalda, F.M. (2009). Disgust and contamination sensitivity in vaginismus and dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 244-252.
- Kanis, N. (1988). Imaginaire confrontatie bij onverwerkte incestproblematiek. *Gedragstherapie*, *21*, 319-338.
- Kaplan, M.S., & Krueger, R.B. (2010). Diagnosis, assessment and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, *47*, 181-198.
- Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *3*, 3-9.
- Kass, D.J., & Stauss, F.F. (1975). *Sex therapy at home*. New York: Simon & Schuster.
- Kazdin, A.E. (2011). Conceptualizing the challenge of reducing interpersonal violence. *Psychology of Violence*, *1*, 166-187.
- Kedde, H., & Haas, S. de (2006). Problemen met het seksueel functioneren. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Eds.), *Seksuele Gezondheid in Nederland 2006* (pp. 123-137). Delft: Eburon.
- Killmann, P.R., & Auerbach, R. (1979). Treatments of premature ejaculation and psychogenic impotence: a critical review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, *8*, 81-100.
- Killmann, P.R., Sabalis, R.F., Gearing, M.L., Bukstel, L.H., Scovern, A.W. (1982). The treatment of sexual paraphilias: A review of the outcome research. *The Journal of Sex Research*, *18*, 193-253.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia: WB Saunders.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Koukounas, E., & Over, R. (2001). Habituation of male sexual arousal: Effects of attentional focus. *Biological Psychology*, *58*, 49-64.
- Kuile, M.M. ter, Lankveld, J.J.D.M. van, 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.
- Kuile, M.M. ter, Bulte, I., Weijenberg, P.T., Beekman, A., Melles, R., & Onghena, P. (2009). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A replicated single-case design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 149-159.
- Laan, E., Everaerd, W., Aanhoud, M.T. van, & Rebel, M. (1993). Performance demand and sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 25-35.
- Langevin, R., & Martin, M. (1975). Can erotic response be classically conditioned? *Behavior Therapy*, *6*, 350-355.
- Lankveld, J. van, 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.
- Lankveld, J.J. van, Kuile, M.M. ter, Groot, H.E. de, 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.

- Lankveld, J. van, & Bergh, S. (2008). The interaction of state and trait aspects of self-focused attention affects genital, but not subjective, sexual arousal in sexually functional women. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 514-528.
- Lankveld, J. van, Leusink, P., Diest, S. van, Gijs, L., & Slob, A. K. (2009). Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: A randomized controlled pilot trial. *Journal of Sexual Medicine*, *6*, 2224-2236.
- Lankveld, J. van, Kuile, M.M. ter, & Leusink, P. (Red.) (2010). *Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lankveld, J. van, & Hout, M.A. van den (2005). Aandachtsprocessen bij genitale seksuele opwindings: Een etiologisch model van seksuele opwindingsstoornissen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *29*, 69-81.
- Laumann, E.O., Gagnon, J. H., Michael, R.T., & Michaels, (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: Prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 906-915.
- Leusink, P., Waldinger, M., Laan, E., Lankveld, J. van, Meuleman, E., Reisman, Y., & Incrocci, L. (2012). De WVSD en NVVS Richtlijn Vroegtijdige zaadlozing. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *36*, 48-57.
- Leonard, L.M., & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, *13*, 346-388.
- Levin, R.J. (2005). Sexual arousal: Its physiological roles in human reproduction. *Annual Review of Sex Research*, *16*, 154-189
- Libman, E., Fichten, C.S., & Brender, W. (1985). The role of therapeutic format in the treatment of sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review*, *5*, 103-117.
- Lief, H. (1977). Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, *7*, 94-95.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Journal of Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *22*, 191-217.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, C.A., & O'Brien, M. (2011). *Rehabilitating sexual offenders. A strength-based approach*. Washington: American Psychological Association.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W.L. Marshall, D.E. Laws, & D.E. Barbaree (Eds.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp.257-275). New York: Plenum.
- Marshall, W.L., Laws, D.E., & Barbaree, H.E. (Eds.) (1990). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Martin, S.L., Fisher, B.S., Warner, T.D., Krebs, C.P., & Lindquist, C.H. (2011). Women's sexual orientations and their experiences of sexual assault before and during university. *Womens Health Issues*, *21*, 199-205.
- McAnulty, R.D., & Adams, H.E. (1991). Voluntary control of penile tumescence: Effects of an incentive and a signal detection task. *Journal of Sex Research*, *28*, 557-577.
- McCabe, M., Price E. (2008). Internet-based psychological and oral medical treatment compared to psychological treatment alone for ED. *J Sex Med.*; *5*(10):2338-46.
- McCarthy, B.W. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *10*, 97-104.
- McCarthy, B.W. (2004). An integrative cognitive-behavioral approach to understanding, assessing, and treating female sexual dysfunction. *Journal of Family Psychotherapy*, *15*, 19-35.
- Melnik, T., Soares, B.G., & Nassello, A. G. (2007). Psychosocial interventions for erectile dysfunction. *Cochrane Database Systematic Reviews*, *18*, CD004825.
- Meston, C.M. (2006). The effects of state and trait self-focused attention on sexual arousal in sexually functional and dysfunctional women. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 515-532.

- Mulkens, S., Bögels, S.M., Jong, P.J. de, & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders, 15*, 413-432.
- 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.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 842-851.
- O'Donohue, W., & Plaud, J.J. (1991). The long-term habituation of sexual arousal in the human male. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 22*, 87-96.
- Rachman, S. (1961). Sexual disorders and behavior therapy. *American Journal of Psychiatry, 118*, 235-240.
- Regev, L., & Schmidt, J. (2009). Sensate focus. In O'Donohue, W.T., & Fisher, J.E. (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 584-590). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Rekers, G.A. (1977). Assessment and treatment of childhood gender problems. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.). *Advances in child clinical psychology* (Vol. 1, pp. 267-306). New York: Plenum.
- Rekers, G.A. (1995). Assessment and treatment methods for gender identity disorders and transvestism In G.A. Rekers (Ed.). *Handbook of child and adolescent sexual problems* (pp. 272-289). New York: Lexington Books.
- Rekers, G.A., & Kilgus, M.D. (1995). Differential diagnosis and rationale for treatment of gender identity disorders and transvestism. In G.A. Rekers (Ed.). *Handbook of child and adolescent sexual problems* (pp. 255-271). New York: Lexington Books.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment for chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867-879.
- Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M., & Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 201-210.
- Reynolds, B.S. (1980). Biofeedback and facilitation of erection in men with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 9*, 101-113.
- Robinson, P. (1976). *The modernization of sex. Havelock Ellis, Alfred Kinsey, William Masters and Virginia Johnson*. New York: Harper & Row.
- Sarwer, D.B., & Durlak, J.A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse and Neglect, 20*, 963-972.
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A., Forshay, E., Thurston, V.L., Chow, B.K., Resick, P.A., & Foa, E.B. (2009). Sexual function outcomes in women treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Womens Health, 18*, 1549-1557.
- Schreiber, L.R.N., Odlaug, B.L., & Grant, J.E. (2012). Compulsive sexual behaviour: Phenomenology and epidemiology. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Eds.). *The Oxford Handbook of impulse control disorders* (pp.165-175). Oxford: Oxford University Press.
- Selvaggi, G., & Bellringer, J. (2011). Gender reassignment surgery: An overview. *Nature Reviews Urology, 8*, 274-281.
- Smid, W., Beek, D. van, & De Doncker, D. (2009). Plegers van seksueel geweld. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg (Red.). *Seksuologie* (2de ed., pp. 437-463). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Socarides, C. (1988). *The preoedipal origin and psychoanalytic therapy of sexual perversions*. Madison: International Universities Press.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 102-106.

- Stevenson, I., & Wolpe, J. (1960). Recovery from sexual deviations through overcoming non-sexual neurotic responses. *American Journal of Psychiatry*, 116, 737-742.
- Szasz, T. (1980). *Sex by prescription. The startling truth about today's sex therapy*. New York: Anchor Press
- Thiel, P. (1988). De behandeling van slachtoffers van verkrachting en incest. *Gedrags-therapie*, 21, 295-317.
- Van Craen, W., & Pieters, G. (1988). De pijnlijke penis: Een gedragstherapie met een hypnotherapeutische procedure als glijmiddel. *Gedragstherapie*, 21, 257-273.
- Wakefield, J.C. (2011). DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: Tensions between diagnostic validity and forensic utility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 195-209.
- Walen, S.R. (1980). Cognitive factors in sexual behavior. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 87-101.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wylie, K., Hallam-Jones, R., & Walters, S. (2003). The potential benefit of vacuum devices augmenting psychosexual therapy for erectile dysfunction: A randomized controlled trial. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 227-236.
- Zilbergeld, R.B., & Evans, M. (1980). The inadequacy of Masters and Johnson. *Psychology Today*, 14, 29-43.

