

Modul 2: Skriftligt materiale

Seksuelle funktionsforstyrrelser

- Teksten er udarbejdet af Annamaria Giraldi i samarbejde med Hjerteforeningen.

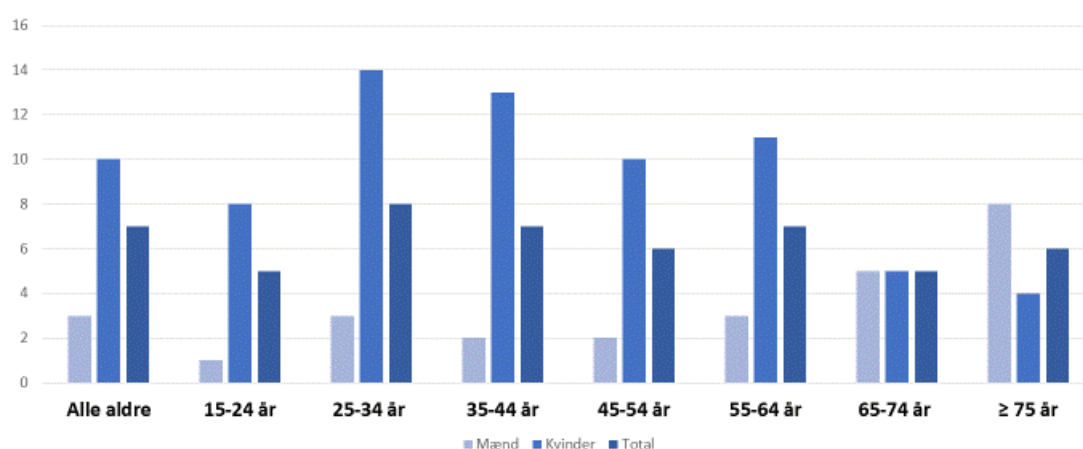
Hvad er seksuelle problemer og seksuelle dysfunktioner?

Seksuelle problemer og/eller dysfunktioner inddeles – både hos mænd og kvinder – i problemer med faserne lyst, ophidselse og orgasme samt smerteproblemer.

Det er vigtigt at skelne mellem et problem og en dysfunktion. Mange kan have en seksualitet, der ikke fungerer så godt, men uden at være generet af det. Her vil man typisk ikke tale om en dysfunktion, og ofte vil der ikke være behov for behandling. Det kan f.eks. være, at man ikke har så meget lyst, men lever udmærket med det. Eller at rejsningsevnen er blevet dårligere med årene, men at manden og hans partner finder andre måder at have sex på og derfor ikke er generede af det.

Hyppigheden af problemvoldende seksuelle problemer varierer mellem kønnene og med alderen. I en stor danske befolkningsundersøgelse fandt man, at hos 45.116 mænd og kvinder i alderen 15-89 år med en fast partner, havde 6.5 procent en lav lyst, der generede dem [1]. Det var væsentligt hyppigere hos kvinder (10 procent) end hos mænd (3 procent) og varierede med alderen (figur 1).

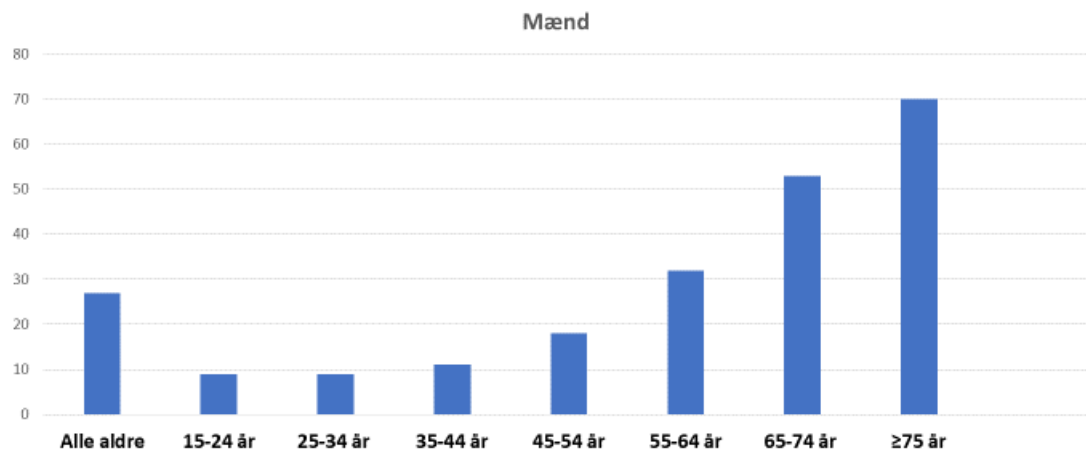
Problemvoldende lav lyst seneste 4 uger



Figur 1: Frisch, M., et al. (2019). Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018 [1].

Blandt de 21.903 mænd med partner angav 27 procent at have et rejsningsproblem, der var potentielt udredningskrævende – med en klar stigning hos mænd over 54 år (figur 2).

Potentielt udredningskrævende rejsningsproblemer de seneste 4 uger

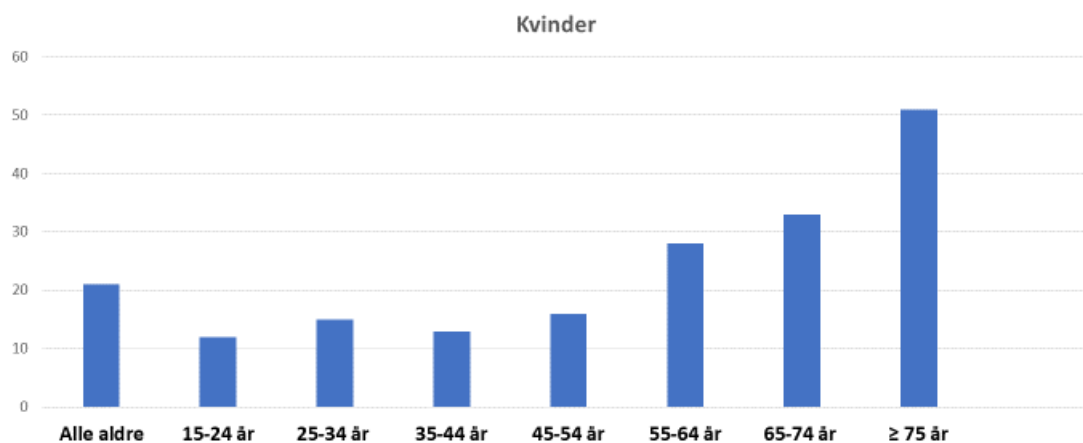


Figur 2: Frisch, M., et al. (2019). *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018* [1].

Hos de adspurgte mænd angav 10 procent at have haft problemvoldende for **tidlig sædafgang** indenfor det seneste år med nogenlunde samme hyppighed i aldersgrupperne (9-12 procent).

Blandt 20.526 kvinder i undersøgelsen, der havde haft sex med en partner, fandt man, at 21 procent havde et potentielt udredningskrævende seksuelt problem med en stor øgning med alderen (figur 3).

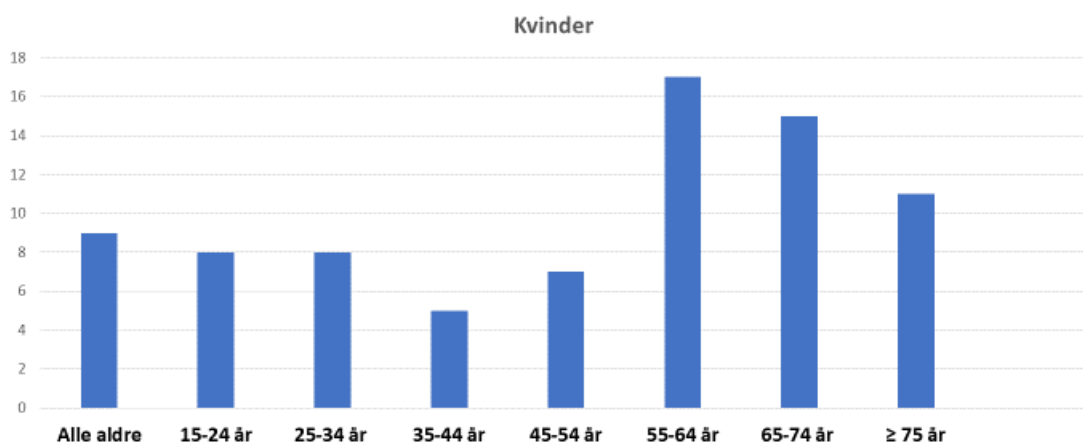
Potentielt udredningskrævende seksuelt funktionsbesvær de seneste 4 uger



Figur 3: Frisch, M., et al. (2019). Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018 [1].

Hos kvinderne fandt man, at gennemsnitligt 9 procent havde haft problemvoldende skede tørhed det seneste år, med en klar stigning med alderen (figur 4).

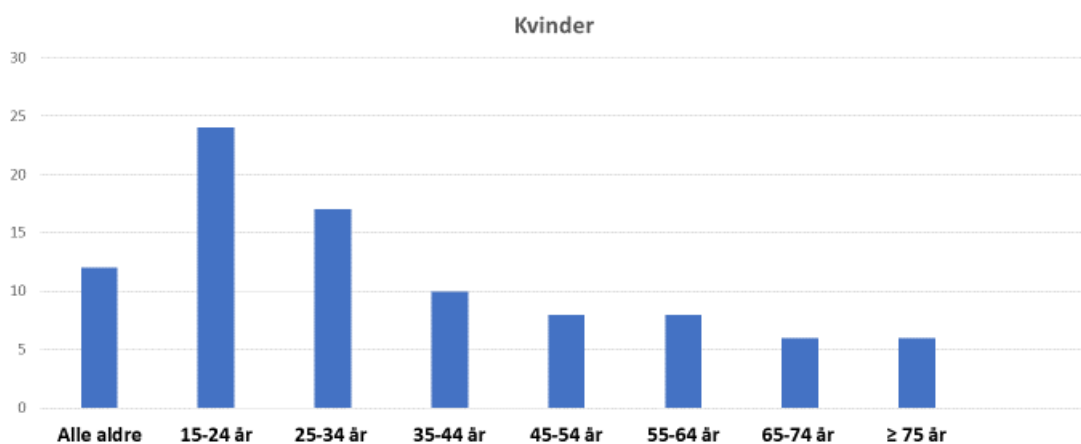
Problemvoldende tørhed i skeden det seneste år



Figur 4: Frisch, M., et al. (2019). Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018 [1].

De fandt også, at 12 procent af kvinderne havde haft problemvoldende besvær med at få orgasme det seneste år med en langt højere forekomst hos yngre kvinder (figur 5).

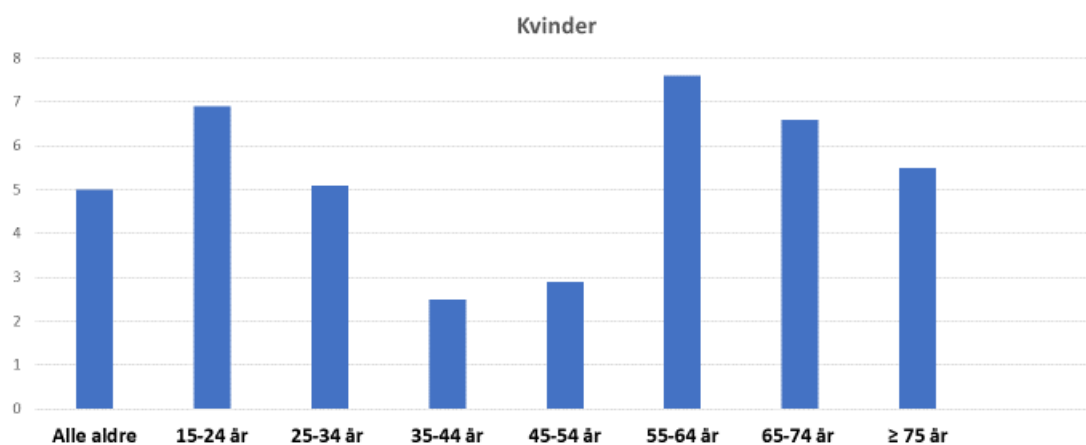
Problemvoldende besvær med at opnå orgasme det seneste år



Figur 5: Frisch, M., et al. (2019). *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018* [1].

Omkring 5 procent af kvinderne angav at have haft hyppige, problemvoldende smerter i kønsorganerne ved samleje det seneste år (figur 6).

Problemvoldende smerter i kønsorganerne ved samleje det seneste år



Figur 6: Frisch, M., et al. (2019). *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018* [1].

Beskrivelse af de enkelte dysfunktioner

Ganske kort kan man beskrive de enkelte seksuelle problemer som:

Nedsat lyst er, når man ikke har lyst til sex, ikke tænker på sex eller har seksuelle fantasier, ikke er motiveret for at gå ind i et seksuelt samvær eller ikke reagerer med lyst, når man udsættes for seksuelle stimuli – og at man er generet af tilstanden.

Ophidselsesproblemer er hos mænd rejsningsbesvær (erektile dysfunktion). Det vil sige, at det er svært at få en rejsning eller at vedligeholde en rejsning, så den er god nok til at gennemføre et samleje i hovedparten af de gange, man prøver. Nogle mænd kan godt opleve at få en rejsning, som falder meget hurtigt igen – det opfattes også som et rejsningsproblem. Hos kvinder er ophidselsesproblemer manglende fugtighed af skeden, hvilket gør samlejet ubehageligt og eventuelt smertefuldt. Kvinden kan også have manglende ophidselse i resten af kroppen, hvilket vil sige en følelse af ikke at være tændt.

Orgasme problemer beskrives forskelligt hos mænd og kvinder. Hos kvinder siger man, at det er umuligt eller svært at opnå orgasme trods lyst og tilstrækkelig ophidselse. Hos mænd taler man om udløsningsproblemer. Det kan enten være for tidlig udløsning, hvor det sker efter meget kort tid – efter en til to minutter – eller det kan være hæmmet udløsning, der betyder, at det ikke er muligt at få udløsningen, eller at den er stærkt forsinket. For mange mænd hænger udløsning og orgasme sammen, men nogle kan opleve udløsning uden orgasmefølelse eller omvendt, og her kan mænd også have problemer med ikke at kunne få orgasmeoplevelsen.

Ofte ser man et overlap mellem de forskellige seksuelle problemer. Hvis en kvinde oplever smerter ved sex, mister hun lysten og har svært ved at få orgasme. Eller hvis hun ikke har lyst, er det svært at blive ophidset, og så kan det gøre ondt.

Seksuelle problemer kan være **primære**, hvilket betyder, at de altid har været der - f.eks. tidlig udløsning eller smerter ved sex. De kan også være **sekundære**, hvilket betyder, at de er opstået på et tidspunkt i patientens liv – f.eks. rejsningsproblemer i forbindelse med hjertesygdom eller diabetes.

Problemerne kan være **generaliserede**, hvilket vil sige, at de er der i alle situationer. F.eks. rejsningsproblemer både når en mand masturberer og har sex med partneren. De kan også være **situationelle**, hvor de er til stede i nogle situationer. Det kan f.eks. være rejsningsproblemer sammen med partneren, men ikke når manden er alene. Endelig kan problemet være **totalt** eller **partielt**, hvilket betyder, at der kan være svingninger i, hvor udbredt det er.

Risikofaktorer for seksuelle funktionsforstyrrelser.

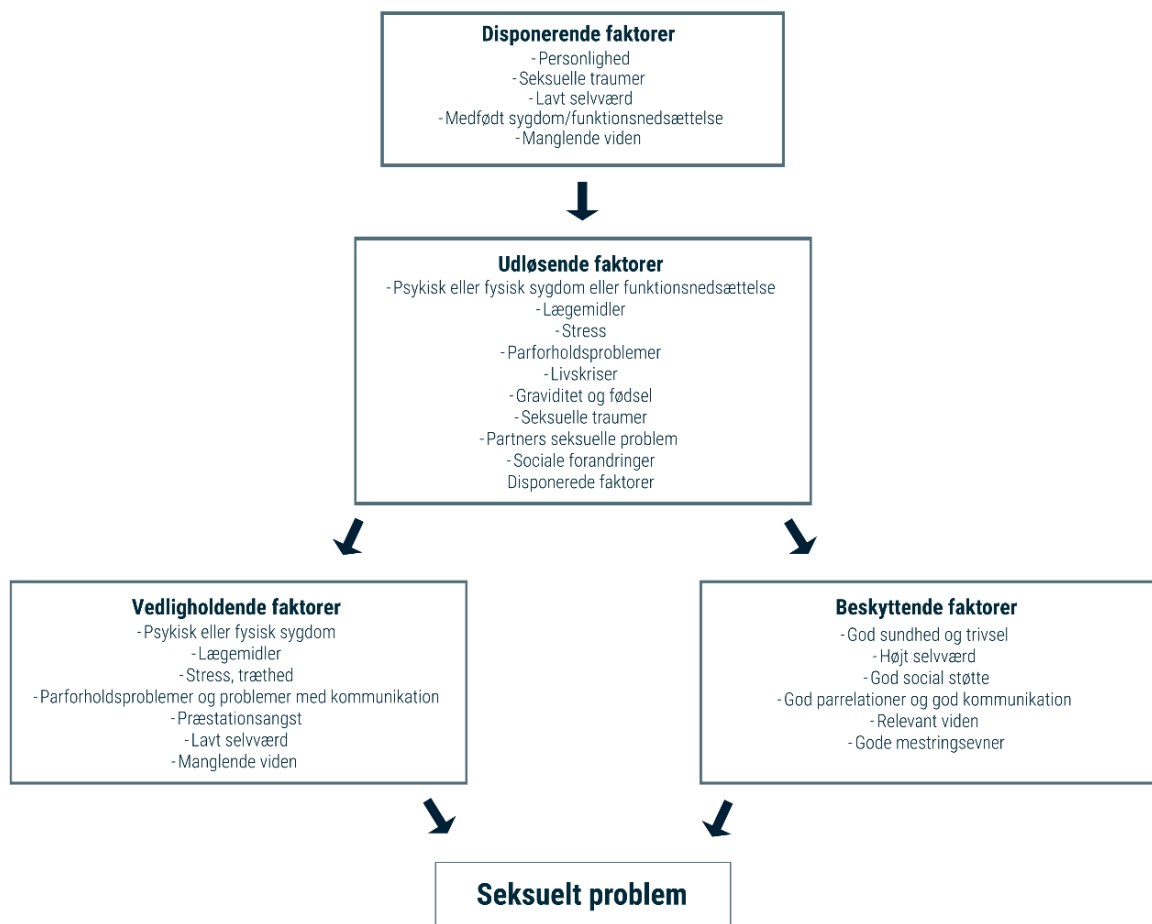
Seksuelle problemer kan skyldes biologiske, psykologiske eller sociale faktorer (tabel 1). Ofte er der et samspil og overlap mellem de forskellige faktorer. Det kan være en mand, der er overvægtig og har nemt ved at blive nervøs for, om han kan holde rejsningen. Åreforkalkning og diabetes kan også give rejsningsproblemer. Manden kan blive mere nervøs for ikke at kunne holde rejsningen og blive bange for, at han skal dø under samlejet. Endelig kan det give problemer med partneren, der måske føler sig afvist, fordi de ikke har sex mere, hvilket igen er med til at vedligeholde problemet.

Tabel 1: De vigtigste bio-psyko-sociale faktorer for seksuelle problemer.

Biologiske risikofaktorer	Psykosociale risikofaktorer
Kronisk sygdom, f.eks. hjerte-kar-sygdom, gigtsygdom og diabetes	Psykisk sygdom, specielt depression og angst
Kræft, f.eks. prostata eller brystkræft	Stress og søvnproblemer
Hormonelle forhold, f.eks. overgangsalder hos kvinder eller nedsat testosteron hos mænd	Præstationsangst
Metabolisk syndrom	
Visse lægemidler	Ændrede roller i parforholdet f.eks. ved kronisk sygdom
Urinvejsproblemer, f.eks. inkontinens eller forstørret prostata	Manglende intimitet og dårlig kommunikation med partneren
Gynækologiske problemer	Manglende viden om seksualitet
Aldersforandringer	Seksuelle problemer hos partneren
Rygning	Seksuelle overgreb
Overvægt	Isolation og ensomhed
Sedativ livsstil	Restriktiv opdragelse eller negativ opfattelse af seksualitet i den omgivende kultur
Misbrug af alkohol eller stoffer	Belastende eller omvæltende livsbegivenheder. F.eks. graviditet, fødsel, barsel, menopause, tab, utroskab, skilsmisse
Dårligt selvopfattet fysisk helbred	Dårligt selvopfattet psykisk helbred

Kilde: Kristensen, E. (2019) Sexologisk udredning og behandling (side 740). I C. Graugaard, A. Giraldi & B. Møhl (Red.), Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet [2].

Som det også ses ved andre sundhedsproblemer, kan der være disponerende, udløsende, vedligeholdende og beskyttende faktorer for seksuelle problemer. De kan hver for sig eller i kombination give det kliniske billede, man som behandler bliver præsenteret for (figur 7).



Figur 7: Faktorer af betydning for seksuelle problemer. Kilde: Kristensen, E. (2019) *Sexologisk udredning og behandling* (side 741). I C. Graugaard, A. Giraldi & B. Møhl (Red.), *Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet* [2].

Tit er det svært helt at adskille disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer. Men en grundig udredning kan hjælpe til at belyse de forskellige faktorer og virke guidende i forhold til behandlingsforslag.

Seksuelle problemer ved kronisk sygdom

Personer med kroniske sygdomme som f.eks. hjerte-kar-sygdomme og diabetes har stor risiko for at udvikle seksuelle problemer.

De fysiske forandringer, der sker ved hjertesygdom, og de risikofaktorer, der er for hjertesygdom, er også risikofaktorer for at få seksuelle problemer.

For at kønsorganerne kan fungere bedst muligt, er det nødvendigt, at der ved seksuel stimulation kan løbe blod til kønsorganerne. Det er denne blodøgning der giver mænd rejsning og kvinder fugtighed under samlejet. Ved hjerte-kar-sygdom kan blodtilførslen være besværliggjort af åreforkalkning, der gør det sværere for blodet at løbe til kønsorganerne, fordi karrene er blevet stivere og mindre på grund af åreforkalkning, eller fordi hjertets pumpefunktion er dårligere. Det er mest udtalt hos mænd, der får rejsningsproblemer, men også kvinder kan opleve mindre fylde i deres klitoris og kønslæber og mindre fugtighed. Forhøjet blodtryk er hos mænd også forbundet med rejsningsproblemer, da forhøjet blodtryk skader mekanismen bag afslapning af muskulaturen i penis, der giver rejsning. Mænd og kvinder med diabetes kan også have nervebetændelse, der skader de nerve-signaler, som styrer rejsning, fugtighed i skeden og til en vis grad orgasme. Det kan give udtalte rejsningsproblemer, manglende fugtighed af skeden, nedsat orgasmefølelse – og hos mænd en sivende sædafgang. Rygning øger risikoen for åreforkalkning og dermed nedsat blodtilførsel og får muskulaturen i penis til at trække sig sammen og kan give rejsningsproblemer.

Det ses, at mænd med hjerte-kar-problemer eller diabetes ofte har oplevet rejsningsbesvær før de får deres hjerteproblemer eller får konstateret forhøjet blodtryk eller diabetes. Det skyldes, at karrene til penis er mindre end karrene i hjertet – og at de derfor hurtigere giver symptomer, hvis de bliver forkalkede. Eller at en uopdaget diabetes giver nervebetændelse, der gør det vanskeligere at få rejsning.

Smerter, udmattelse eller åndenød ved fysisk anstrengelse kan være en hæmsko for hjertepatienten og gøre, at der er nogle aktiviteter, man ikke kan foretage sig. Det kan også gøre patienten og partneren bange for, om 'man falder død om under sex', og det kan give usikkerhed om, hvorvidt man overhovedet kan have sex. Seksuel aktivitet kan belaste hjertet, men det svarer oftest til samme belastning som ved almindelige daglige gøremål. Et 'almindeligt samleje' svarer i fysisk belastning til let husarbejde. Se også energiforbrug ved forskellige fysiske aktiviteter i tabel 2. Ud fra tabellen kan man spørge patienten, hvilke aktiviteter det er muligt at foretage sig og bruge det som en anledning til at tale med patienten om seksuel aktivitet.

Tabel 2: Energiforbrug ved forskellige fysiske aktiviteter.

Aktivitet	Energiforbrug i METS
Løfte og bære genstande (9-20 kg)	4-5
Gå 1,5 km ad lige vej	3-4
Spille golf	4-5
Grave have	3-4
Tapetsere	4-5
Stryge	2-4
Vaske gulv	3-6
Almindeligt samleje	2-3
Energisk samleje	5-6

Anstrengelse er målt i METS = metaboliske enheder. Kilde: Mickley, H. & Nielsen, P.W. (2006). Hjertesygdom og seksualitet (side 193-214). I P. Hertoft, B. Møhl, & C. Graugaard (red.), *Krop, sygdom og seksualitet* [3].

Ved kronisk sygdom ses ofte også uspecifikke symptomer som træthed og sygdomsfølelse. De kan have en negativ effekt på hjertepatienters seksualitet og vil kunne ramme alle faserne, især lyst og ophidselse.

Lægemidler, der gives til hjertepatienter, kan i nogle tilfælde give seksuelle bivirkninger. Mest kendt er vanddrivende midler mod forhøjet blodtryk, der kan give rejsningsproblemer, og hos nogle nedsat lyst. Det samme gælder betablokkere, men deres effekt på lysten er omdiskuteret og nok ikke så udtalt, som man tidligere troede. Det kan være svært at adskille nedsat seksuel funktion, forårsaget af medicin, fra den negative effekt på seksualiteten, som sygdommen, man behandler, kan have. Ofte har problemet været der i forvejen men er blevet forværret af medicinen. Derfor kan det opleves, som om det er medicinen, der giver problemet. Det er derfor vigtigt at overveje, hvilken medicin man vælger. Og det er vigtigt at oplyse om eventuelle bivirkninger af medicinen samt spørge ind til seksualfunktionen for at se, om der er tidsmæssigt sammenfald med start på medicin og udvikling af et seksuelt problem.

Den psykiske trivsel og trivsel med partneren har også en afgørende betydning for seksualiteten hos hjertepatienter. Som nævnt kan angst for tilbagefald hos patienten eller partneren hæmme en fri og ubekymret seksualitet. Man kan komme til at fokusere på, om kroppen nu 'reagerer' forkert, og hjertebanken og åndenød kan tolkes som tilbagefald til sygdommen og ikke ses som tegn på seksuel ophidselse. Ændrede roller i parforholdet, f.eks. fra at være ligeværdige til at være henholdsvis 'syg' og 'hjælper', gør at den seksuelle balance ændres. En del patienter med hjertesygdom får depression, hvilket især hæmmer den seksuelle lyst men også rejsningsevnen og orgasme. Det, at man pludselig oplever sig

selv som sårbar og dødelig, kan ændre ens opfattelse af at være attraktiv og kan aktivere angst, der er hæmmende for lyst og ophidselse.

Endelig kan den sociale trivsel også have en negativ effekt. Hvis man er nødt til at sige sit job op og føler sig isoleret på grund af sygdommen, kan man få mindre overskud til sex, og det kan igen give ændrede roller i parforholdet.

Der findes en del undersøgelser, der har set på seksuelle problemer hos hjertepatienter. I en dansk undersøgelse fra 2017 af første-gangs hjertesygge mænd og kvinder i alderen 35-98 år, fandt man, at 55 procent af mændene og 29 procent af kvinderne havde seksuelle problemer. Hos mændene var seksuelle problemer især hyppigt hos dem, der var ældre, havde diabetes, fik betablokkere eller havde angst eller depression, og hos kvinderne var seksuelle problemer især relateret til at have angst [4].

Behandling af seksuelle problemer

Der er stor forskel på, hvor meget behandling den enkelte har behov for, i forhold til at afhjælpe sit problem. Det væsentligste er, at man åbner op for samtale om seksualitet og får afklaret, om der er behov for hjælp. Derefter kan man tage stilling til niveauet af behandling og eventuelt henvise til andre behandlere. Det er vigtigt at huske, at de fleste patienter kan hjælpes ved at give 'tilladelse' til at kunne tale åbent om deres problem og ved at give begrænset information. Det vil sige, at de allerede er i behandling, i det øjeblik man giver patienten mulighed for at tale om sit problem og giver basale informationer om f.eks. seksualitet og sygdom. Mange patienter vil, ved at tale om problemet, selv kunne komme frem til hvad der kunne afhjælpe det – f.eks. at tale med partneren.

PLISSIT modellen (se figur 1, modul 1) beskriver de fire niveauer, der kan tages i brug i den sexologiske konsultation. Størrelsen af de enkelte niveauer illustrerer, at der er færre, der har brug for de mere avancerede trin, men at mange kan hjælpes af de basale trin.

Begrænset information kan være, at man informerer om at bevare kropslig kontakt, selv om man måske ikke kan have samleje lige for tiden, hvilket vil være nok for patienten. Mere konkrete forslag og intensiv terapi er de næste trin.

Overordnet kan man inddele behandling i samtalebaserede behandlinger, medicinsk og kirurgisk behandling og hjælpemidler. Tit vil man kombinere nogle af disse behandlinger. Nogle behandlinger er til en specifik problemstilling, f.eks. medicinsk behandling af rejsningsproblemer, mens andre behandlinger kan bruges ved de fleste problemstillinger – f.eks. samlivsterapi med øvelser.

Samtaleterapi

Samtaleterapi kan foregå individuelt, i gruppe eller par. For patienter med kroniske sygdomme som en hjertesygdom, vil behandlingen primært være individuel eller som par-behandling.

Kernen i den samtalebaserede terapi er sexologiske øvelser, som patienten eller parret skal lave derhjemme. De instrueres i at lave øvelserne to til tre gange om ugen. I konsultationen med terapeuten tales der om hvad parret har oplevet under øvelserne. Ofte vil konflikter og problemer for parret komme frem i forbindelse med øvelserne, og terapeuten kan hjælpe med at belyse konflikter og usikkerhed hos patienten eller parret.

Denne form for behandling kan bruges til alle former for seksuelle problemer f.eks. nedsat lyst, hæmmet orgasme, for tidlig sædafgang og rejsningsproblemer. Øvelserne kan kombineres med medicinsk behandling eller andre specifikke øvelser, f.eks. masturbationsøvelser ved orgasme eller udløsningsproblemer.

Øvelserne er også gode til par, der har haft længere tids pause i deres seksualliv og har svært ved at komme i gang igen. Det kan være uoverskueligt at skulle have samleje men mere overskueligt at starte med berøringsøvelser uden pres om at skulle have samleje.

Referencer

1. Frisch, M., Moseholm, E., Andersson M., Andresen, J. B., Graugaard, C. (2019). *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. København: Statens Serum Institut og Aalborg: Aalborg Universitet.
2. Kristensen, E. (2019) Sexologisk udredning og behandling. I C. Graugaard, A. Giraldi & B. Møhl (Red.), *Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet*. København: Munksgaard.
3. Mickley, H. & Nielsen, P.W. (2006). Hjertesygdom og seksualitet (side 193-214). I P. Hertoft, B. Møhl, & C. Graugaard (red.), *Krop, sygdom og seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
4. Rundblad, L., Zwisler, AD., Johansen, PP., Holmberg, T., Schneekloth, N. & Giraldi, A. Perceived Sexual Difficulties and Sexual Counseling in Men and Women Across Heart Diagnoses: A Nationwide Cross-Sectional Study. *J Sex Med.* 2017 Jun;14(6):78.