

Sexlivet kan være svært at tale om for både patient og læge. Generthed, manglende viden eller (misforstået) respekt for andres grænser er ofte forklaringen. Artiklen giver anvisninger og patienthistorier, der kan hjælpe os til at tage hul på emnet når det er relevant.

Seksualitet og seksuel sundhed

Hvornår bliver det lægens bord?

● Af Helle Trankjær



Kontakt

helle.trankjaer@gmail.com.
www.sexogparforhold.dk

Biografi

Helle Trankjær er praktiserende læge i Lyngby, sexolog, kognitiv parterapeut, foredragsholder, kursusleder og underviser i Lægeforeningen om seksualitet og seksuel sundhed – "Sex i praksis".

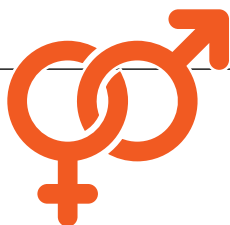
RESUME: Den praktiserende læge spiller en vigtig rolle i forhold til rådgivning om sundhed og seksualitet. Her gives tydelige eksempler på, hvordan seksualiteten kan påvirkes af somatisk sygdom. Jeg beskriver blandt andet mine overvejelser i mødet med kræftpatienten med seksuelle problemstillinger. Mit vigtigste budskab er, at der findes lettilgængelige løsningsmodeller at vælge imellem, når lægen ønsker at rådgive patienter med "ondt i sexlivet" eller seksuel dysfunktion. Og kort sagt, hvad kunne lægens praktiske værktøjskasse bestå af?

MÅNEDSSKRIFT
for lægen i praksis

Seksualiteten er en central faktor, når vi taler om trivsel og livskvalitet, men også når vi taler om sundhed. Seksuel sundhed handler om patientens livskvalitet, om forebyggelse af mistrivsel, stress og sygdom, der kan påvirke den seksuelle trivsel. Det er oplagt, at patienten kan ønske at tale om seksuelle emner med sin praktiserende læge, idet lægen i forvejen er "på hjemmebane" i kraft af sit kendskab til patienten, og da der ofte allerede er etableret en fortrolighed i den personlige kontakt.

Hvad er lægens bord?

Som praktiserende læge oplever jeg ofte, at emnerne livsstil, seksualitet og sundhed hænger nøje sammen. Seksualitet er en del af livet og har indflydelse på menneskers opfattelse af egen sundhed og velvære. En bred vifte af bekymringer med relation til det seksuelle er, enten formuleret eller usagt, af betydning for mange af de patienter, vi møder i dagligdagen som praktiserende læger. Det kan være mere eller mindre konkrete ting, som vi bliver bedt om at forholde os til: Er det alminde-



ligt at få problemer med rejsningen, nu hvor jeg er over de 50, eller er det tegn på, at der er noget galt? Kan det være min medicin, der gør, at min sexlyst er nedsat?

Da medicinstudiet og den postgraduate specialisering ikke berører emneområdet seksualitet nævneværdigt, kan der være stor forskel på, i hvilket omfang patienterne kan få rådgivning omkring seksualitet. Efteruddannelse af praktiserende læger bør derfor også omfatte en opdatering af viden om seksualitet og seksuel sundhed.

Et velfungerende sexliv mindsker stress, giver bedre sundhed og øger livskvaliteten

En rapport fra Vidensråd for forebyggelse konkluderer: "Seksualiteten er en central del af befolkningens selvrapporterede livskvalitet, og ni ud af ti danskere mellem 16 og 95 år finder det meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv.

Ved kronisk sygdom kan et velfungerende sexliv desuden udgøre et eksistentielt "helle", som giver livsmod og ressourcer til at mestre en vanskelig situation. Enkelte studier peger på, at patienter, hvis sexliv medinddrages i behandling og rehabilitering, har bedre behandlingsmotivation og compliance end patienter med ubehandlede seksuelle problemer og dysfunktioner.

Seksuelle problemer og dysfunktioner kan være en markør for uhenigtsmæssig livsstil eller underliggende psykisk eller somatisk sygdom. Udredningstiltag kan derfor være berettiget ved seksuelle funktionsforstyrrelser, der ikke umiddelbart lader sig forklare. Seksuel sundhed er traditionelt et underprioriteret emne i klinik, forskning, forebyggelse og sundhedsfremme" (1).

Den svenske forsker og psykolog Ann-Christine Andersson Arntén har ud fra sine undersøgelser konkluderet, at et velfungerende sexliv kan mindske stress og fungere som en buffer mod stress, og hun skriver blandt andet: "Kvaliteten af parforholdet og seksuel tilfredshed med tilværelsen kan fungere som en stødpude mod de negative virkninger, som arbejdsbetinget stress har på sundheden" (4).

Hvordan kan den praktiserende læge bringe emnet seksualitet på bane?

Seksualitet og seksuelle dysfunktioner kan være et svært emne at tale om for både lægen og for patienten. Hvordan indledes samtalen, uden at det virker grænseoverskridende for patienten? Hvor personlig skal samtalen være? Hvad er patientens behov? Disse vigtige spørgsmål kan

Der ses en tendens til, at seksuelle dysfunktioner hos mænd ofte tager udgangspunkt i biologiske forklaringer, mens det for kvinders vedkommende ofte handler om et samspil mellem interpersonelle og psykologiske faktorer såvel som biologiske faktorer.



Foto 1 /
Foto: Colourbox

Den hyppigste seksuelle dysfunktion hos yngre mænd er præmatur ejakulation. Hos yngre mænd handler seksuelle dysfunktioner ofte et præstationspres.

lægen forholde sig til ved at stille forsigtige, åbne spørgsmål. Lægen kan lade sig inspirere af PLISSIT- modellen, der netop beskriver en mulig fremgangsmåde ved denne type samtale.

Til patienten med diabetes kan jeg indlede med at sige, at det er almindeligt, at sukkersyge kan have indflydelse på forskellige kropsfunktioner, deriblandt også seksualiteten. Det er helt fint, kan jeg sige, at du kommer med spørgsmål til emnet.

Det er først efter nogle år i praksis, hvor jeg har beskæftiget mig med kognitiv samtaleterapi, at jeg har fået øjnene op for, hvor vigtigt det er for den praktiserende læge at få redskaber til samtalen med patienter om seksualitet og seksuelle dysfunktioner. Kognitiv terapi er velegnet, også når det gælder samtalen om seksualitet og seksuelle dysfunktioner. Den kognitive tilgang virker – ikke mindst når negative tanker om seksuel formåen skal udfordres og omstruktureres.

Det er vigtigt for den praktiserende læge at være opdateret om den nyeste viden

Livsstilsændringer gavner ofte både seksualitet og sundhed, og seksuel dysfunktion kan til tider afsløre, eller gå forud for, et helbredsmæssigt problem. Når patienten rammes af enten psykisk eller somatisk sygdom, vil det kunne sætte aftryk på seksualiteten. Det er vigtigt at opdage, hvis patienten med diabetes, hjerte-kar-sygdom eller anden kronisk sygdom har en ledsagende, behandlingskrævende seksuel dysfunktion. Det er ligeledes vigtigt at tænke på erektil dysfunktion (ED) som et muligt første tegn på diabetes eller hjerte-kar-sygdom.

Model for seksuel sundhed

Ifølge den sexokorporelle tilgang baserer seksuel sundhed sig på dannelsen og udviklingen af seksualitetens forskellige komponenter.

Modellen for seksuel sundhed består foruden basiskomponenten af en fysiologisk komponent, en kognitiv komponent, en relationel og en personlig komponent – se boks 1.

Jesper Bay-Hansen skriver i sin bog "Få mere lyst"(2), at seksualitetens komponenter er sexodynamiske med undtagelse af basiskomponenten. Komponenterne er sexodynamiske, fordi de udvikler sig og kan påvirkes terapeutisk livet igennem. Der ses en tendens til, at seksuelle dysfunktioner hos mænd ofte tager udgangspunkt i biologiske forklaringer, mens det for kvinders vedkommende ofte handler om et samspil mellem interpersonelle og psykologiske faktorer såvel som biologiske faktorer.



Fakta 1: Model for seksuel sundhed

Basiskomponenten omfatter primært det biologiske køn (XX eller XY).

Den fysiologiske komponent handler om sanserne, at sanser berøring, syn, hørelse, lugte- og smagssans. Denne komponent inkluderer også medicinske forhold.

Den kognitive komponent omfatter tanker, viden og uvidenhed, overbevisninger, idealiseringer og forestillinger om mænd og kvinders seksualitet og værdier.

Den personlige komponent handler om kønsidentitet, om den grundlæggende følelse af at være mand eller kvinde. Desuden handler den personlige komponent om seksuel lyst, seksuelle ønsker og fantasier. Det har betydning, hvad den enkelte har erfaret fører til seksuel opvågenhed samt seksuelt selvværd.

Den relationelle komponent omfatter "at tage temperaturen på parforholdet", tilstedeværelse af kærlighed og kommunikation, forførelse, erotiske færdigheder, såsom måden at kunne berøre partneren på (3).



Ref.: Jesper Bay-Hansen.
Få mere lyst

Sexokorporel kropsterapi

Sexokorporel terapi er en kropsterapi, en nyere terapeutisk tilgang til seksualiteten, hvor hele kroppen betragtes som et stort seksuelt organ og dermed en ressource, der kan trænes både tanke- og følelsesmæssigt og fysisk.

Seksuel trivsel

Seksualiteten kan måles på kvantitet og kvalitet. Det er oppe i tiden at søge kvaliteten i nærværet og intimiteten. Der findes forskellige former for kropsterapi. En del sexologer inddrager i disse år mindfulness i behandlingen af både erektil dysfunktion (ED), præmatur ejakulation (PE) og forskellige lystproblematikker. Mindfulness har også vist sig at være effektivt til behandling af smertetilstande.

Seksuelle dysfunktioner hos mænd

Den hyppigste seksuelle dysfunktion hos yngre mænd er præmatur ejakulation (PE), mens det hos ældre mænd ofte drejer sig om erektil dysfunktion (ED). Nedsat lyst ses hos mænd i alle aldre. Hos den yngre



mand handler seksuelle dysfunktioner typisk om et præstationspres, mens det for den lidt ældre mand kan gælde, at seksuel dysfunktion er markør og første tegn på anden somatisk sygdom.

Case: Erektile dysfunktion som følge af behandling af prostatacancer

Patientcase: 55-årig mand med kendt c. prostata.

Hvis vi ser på livstidsprævalensen, rammer prostatacancer ca. hver niende mand – en incidens, der ligger tæt på forekomsten af mamma-cancer hos kvinder, der rammer ca. 1 ud af 10 kvinder. Patienten har gennemgået radikal prostatektomi for 1/2 år siden, nervebesparende metode. Der er 30-75 procent af de prostatektomerede mænd, der får ED, mest udtalt for de patienter, der er over 55 år (6). Patienten blev efterfølgende sat i antihormonbehandling og er derved medicinsk kastreret med et meget lavt testosteronniveau. Patienten har desuden fået supplerende strålebehandling.

Der er forskellige grader af rejsningsbesvær. Det handler både om, hvorvidt der kan opnås rejsning, hvor længe den kan holdes og hårdheden i penis, og ikke mindst om patienten kan gennemføre et samleje. Det er for nogle patienter svært at tale om, men det hjælper at bruge åbne spørgsmål: "Hvordan vil du beskrive din rejsning"?

Patienten fortæller, at han har rejsningsbesvær og ingen natlige erektioner. Som udgangspunkt er denne mand ramt af en biologisk årsag til den seksuelle dysfunktion, når vi tænker på modellen for seksuel sundheds elementer. Patienten fortæller, at der er rejsningsbesvær både sammen med partneren og i forbindelse med masturbation. Der er altså ingen tegn på, at ED hos denne mand er situationsbestemt.

Det er oplagt, at lægen taler med patienten om behandling med en PDE-5-hæmmer. Patientens problem kan ikke løses ved hjælp af bækkenbundstræning alene. Selv når årsagen til ED er biologisk, vil der ofte være psykologiske problemer for manden og behov for supplerende psykoterapeutisk behandling.

Manden rammes altid psykisk, om end i varierende grad. Han føler sig måske ikke helt som en rigtig mand. Når mandens seksuelle selvværd er lavt, kan det få negative konsekvenser for parforholdet og livskvaliteten.



Ni ud af ti danskere mellem 16 og 95 år finder det meget vigtigt at have et godt sexliv

Hormonbehandling

Patientens erektil dysfunktion forværres efterfølgende af hormonbehandling.

Behandling med antitestosteron-hormon GnRH-antagonist eller -agonist resulterer i et lavt, måske umåleligt serum-testosteron, hvilket blandt andet kan medvirke til mindre sexlyst hos manden. Så det er let at komme ind i en negativ spiral, ikke mindst da patientens ED som regel også påvirker partneren. Det sker ofte, at kvinden oplever mindre lyst, hvis manden får en seksuel dysfunktion som fx ED.

Behandlingsmuligheder ved ED efter radikal prostatektomi:

- PDE 5-hæmmere
- Prostaglandin E transurethralt
- Vacuumpumpe og penisring
- Caverjekt-injektion
- Seksuel mindfulness
- Kropsterapi, herunder sensualitetstræning
- Penisimplantat kan være indiceret som last choice, hvis potenspilleren (og caverjekt) ikke virker.

Jeg forklarede patienten, at det, han oplevede, var en meget almindelig følge af behandlingen af prostatacancer, og at det var vigtigt at se på forskellige muligheder for at tackle hans problem. Det er muligt, at denne patient kan få gavn af en PDE 5-hæmmer.

Eretil dysfunktion efter radikal prostatektomi vil primært være på grund af beskadigede nerver. I artiklen "Penile rehabilitation following radical prostatectomy: predicting success", Muller et al, Journal of Sexual Medicine, oktober 2009, fremgår det, at omkring halvdelen af patienterne, der anvender PDE 5-hæmmere, opnår en funktionel, naturlig erektion. De faktorer, der er forbundet med en høj succesrate ved PDE 5-hæmmerbehandling er: nervebesparende kirurgi, ung alder, tidlig start på rehabilitering efter radikal prostatektomi og fravær af vaskulær komorbiditet (5).

Et andet studie af PDE 5-hæmmerbehandling af mænd efter radikal prostatektomi viste en 80 % responsrate på Sildenafil hos yngre mænd under 55 år og 40 % af mænd over 55 år (6). Patienten fik oplysning og vejledning om, hvilke forskellige PDE 5-hæmmere der er at vælge imellem: Viagra, Cialis, Levitra og Spedra (den nyeste potenspille på markedet), og han fik information om forskellene på de fire potenspillerer.

Det er vigtigt at tale med patienten mere end en gang for derved få en grundig anamnese og en fortrolighed, før det besluttes, hvilken behandling der er mest hensigtsmæssig

Psykologisk årsag til ED

Nogle gange er årsagen til ED psykologisk, dette ses mest hos yngre mænd, men ofte og mest for ældre mænd er der primært en biologisk årsag. Der vil dog altid være en psykologisk komponent, der følger i kølvandet af en seksuel dysfunktion. Rejsningsbesvær kan handle om, at der er et højt forventningspres, der kommer fra manden selv eller fra hans partner.

Jeg har talt med patienter med ED, der er sunde og raske, og hvor årsagen overvejende er psykologisk og handler om forventninger til en perfekt seksuel præstation. Det kan handle om et lavt selvværd eller urealistiske høje forventninger. Når jeg møder denne type problemstilling, kan det ofte være tilstrækkeligt med samtalebehandling.

Jeg vil ofte foreslå, at patienten prøver at gå langsomt frem med sin partner og starter med sensualitetstræning. Det kan med fordel anbefales at droppe målorienteret sex. Hvorfor ikke starte på en frisk med sansetræning, hvor den klassiske metode er sensualitetstræning.

Depressionspatienten, der scorer højt på BDI-2-testen og har nedsat sexlyst – hvad kan lægen gøre?

Som nævnt medvirker depression og angst ofte til ED. Det kan handle om både generelt øget angstberedskab, men det kan også handle om præstationsangst. ED kan være konsekvensen af, at manden har mødt en ny partner, som han gerne vil imponere. Det kan ligefrem være, at hans partner skælder ham ud, fordi han ikke får en tilstrækkelig hård rejsning, og hans seksuelle selvværd er på nulpunktet. Denne mand har garanteret brug for psykoterapi. Hvis han fortæller dig, at han ikke havde rejsningsproblemer med sin tidligere partner, og heller ikke når han dyrker solosex, så har han sikkert ikke kun brug for en potenspille. Samlivsterapi eller ligefrem en ny partner kan tænkes at være en del af løsningen på hans problem.

Seksualiteten kan påvirkes af livsstilsfaktorer (KRAM)

Jeg har haft samtaler med en patient, hvor det var umuligt at finde andre årsager til ED, end at han indtog for meget alkohol i dagligdagen. Da han i en måned droslede ned med hensyn til indtagelse af alkohol, og han fik en sensualitetstræningsøvelse med hjem, forsvandt hans rejsningsbesvær.

Det er vigtigt for mig at tale med patienten mere end en gang for derved få en grundig anamnese og en fortrolighed, før det besluttes, hvilken behandling der er mest hensigtsmæssig. Det er af stor betyd-



Foto 2 /
Foto: Colourbox

ning af afklare, om patienten har modstand i forhold til at afprøve en foreslået ny behandling for dermed at sikre bedst mulig compliance.

Seksuelle dysfunktioner hos kvinder

Den hyppigste seksuelle dysfunktion for kvinder er nedsat sexlyst. Men også smerter i forbindelse med samleje (intern og ekstern dyspareuni) og orgasmeproblemer ses hyppigt. Her gælder det, som også for manden, at kvindens seksuelle funktion/dysfunktion har indflydelse på mandens funktionsevne og tilfredshed med sexlivet.

Forskellige sygdomme og medicinsk behandling kan have en direkte indvirkning på seksuallivet. Hvis kvinden har en depression, kan den være ledsaget af stress, energimangel, træthed og derfor nedsat sexlyst. Vi ved, at SSRI-behandling, visse typer blodtryksmedicin og antihistaminer og megen anden medicin, også fx antipsykotika, kan give seksuelle bivirkninger for begge køn ved blandt andet at nedsætte sexlysten.

Ikke al depressionsmedicin påvirker sexlivet negativt. For eksempel har antidepressiva som Remeron, Zyban, Valdoxan, og til en vis grad også Cymbalta og Revoxetin færre bivirkninger end SSRI. Valdoxan har

seksuelle bivirkninger på placeboniveau. Man undersøger i disse år, om der kan være en god effekt på lyst, når kvinder får behandling med testosteron. Indtil videre ved vi, at de klimakterielle kvinder, der tager Livial, som har en androgen effekt og derved sænker SHBG, mærker resultatet af højere niveau af frit testosteron, hvilket kan give øget lyst hos nogle kvinder.

Livsbegivenheder og ændret body-image kan også påvirke seksualiteten negativt

Kvinden, der lige har født, eller kvinden i overgangsalderen er eksempler på, at sexlysten kan være påvirket i negativ retning, og at østrogen-niveauet kan være lavt i perioder i livet.

Kvinden i klimakteriet kan typisk opleve nedsat lubrikation, dyspareuni og manglende lyst. Det er vigtigt at overveje lokal hormonbehandling, og om kvinden evt. skal henvises til gynækolog.

Er det den spontane eller den receptive lyst, kvinden savner?

Hvis vi ser på, hvad der skal til, for at kvinden tillader at føle seksuel lyst, så er et godt og kærligt parforhold et rigtig godt udgangspunkt,

men ikke en absolut forudsætning for at føle lyst. Vigtigt er også kvindens evne til at være afslappet, uden svære følelser som skyld og skam. Desuden er det vigtigt, at kvinden ikke er forstyrret af tanker og er i stand til mærke sin krop. Hvis det er den spontane lyst, der udebliver, som tilfældet var for en patient, jeg har haft i behandling, så kan det være vigtigt at påpege, at hvis kvinden har receptiv lyst (modtagelyst), er det mindst lige så fint som spontan lyst. Receptiv lyst er den lyst, der opstår, når kvinden stimuleres og over tid opbygger – modtager – seksuel lystfø-

lelse. For denne kvinde var den interpersonelle relation, når vi tænker på modellen for seksuel sundhed, den vigtigste komponent. Det viste sig efter et par samtaler, at når kvinden undlod den slags sex, der mest var på mandens præmisser, og i stedet kom med andre forslag til intimt samvær, så fungerede det fint for dem begge. Manden følte sig ikke afvist, og det gode parforhold blev styrket. Ofte kan selvundersøgelse, sensualitetstræning og andre former for kropsterapi være et godt forslag ved nedsat lyst hos kvinder.

Seksualitet handler om at optimere seksualiteten kvalitativt, at udforske, hvad kvindens/mandens og parrets behov er.





Seksualitet handler om at optimere seksualiteten kvalitativt, at udforske, hvad kvindens/mandens og parrets behov er.

Den hyppigste seksuelle dysfunktion for kvinder er nedsat sexlyst. Men også smerter i forbindelse med samleje (intern og ekstern dyspareuni) og orgasme problemer ses hyppigt

Case: Brystkræftpatient med nedsat sexlyst og frygt for smerter

42-årig kvinde, har fået konstateret brystkræft for 4 mdr. siden.

Sexlysten befinder sig under nulpunktet.

Det kommer som en overraskelse for kvinden, at hun pludselig har fået en alvorlig sygdom, og hun synes, at hendes krop ser helt forkert ud. Når hun ser sig selv i spejlet, ser hun et rekonstrueret bryst på den ene side. Hun føler sig utiltrækkende og ikke spor hverken feminin eller sexet. Hun er trist, næsten deprimeret, og har en del bekymringer, som det er svært for hende at tale med partneren om. Hun har katastrofetanker, hvis hun mærker det mindste lille signal fra kroppen, der kunne være et tegn på sygdom. Hun føler sig sårbar og tænker i starten meget på sygdomsrecidiv. Hun er udmattet, træt, har ingen energi og har svært ved at sove om natten. Patienten er i antihormonbehandling, men Tamoxifen giver bivirkninger i form af tørre slimhinder og smerter ved samleje.

Hun undlader ofte fysisk berøring for at undgå, at det udvikler sig til sex med partneren. Men desværre er prisen, at hun savner intimiteten i parforholdet.

Hun gav mig et eksempel på en situation, hvor hun undviger berøring. Ofte når partneren kommer hen imod hende, når hun står i køkkenet derhjemme, bliver hun bekymret og tænker "Åh nej, det eneste, han vil nu, er sex, og det kan jeg ikke på grund af smerter". Hendes antagelse er: **hvis** han giver mig et kram, **så** betyder det, at han vil i seng med mig om lidt. Vi talte om, hvilke argumenter der er for, at denne antagelse er sand. Vi talte med manden om hans forventninger til hende. Det viste sig, at han havde andre bevæggrunde, såsom at søge nærvær, kærlighed og bekræftelse. De aftalte, at der ikke skulle være en forventning om, at berøring fører til sex.

Parret fik en hjemmeopgave: sensualitetstræning. Træningen er et 4-ugers forløb, hvor de skulle være intime 2 gange om ugen til koncentreret sansetræning i ½ time, hvor de skiftedes til at berøre hinanden i 15 minutter hver. I de første 3 uger skulle de gradvist nærme sig de erogene zoner, uden at have sex. De skulle lære hinandens kroppe at kende på ny og lære at kommunikere, hvilken form for berøring der følte godt. De skulle sætte tal på kvaliteten af en bestemt type berøring uden at bedømme berøringen med bebrejdende og negative ord. Samleje forbud i de

Fakta 2, opsummering:

Efteruddannelse

Efteruddannelse af praktiserende læger bør omfatte en opdatering af viden om seksualitet og sundhed, som ofte griber ind i hinanden.

Et godt sexliv

Et godt sexliv kan fungere som en buffer mod stress.

Et godt sexliv kan øge behandlingsmotivation og compliance hos den patient, der rammes af sygdom.

Seksuel dysfunktion

Seksuel dysfunktion hos patienten kan give anledning til udredning af, om der er tale om en bagvedliggende psykisk eller somatisk sygdom.

Den hyppigste seksuelle dysfunktion hos yngre mænd er præmatur ejakulation. Hos yngre mænd handler seksuelle dysfunktioner ofte et præstationspres.

Den hyppigste seksuelle dysfunktion hos ældre mænd er erektil dysfunktion. Hos den lidt ældre mand kan en seksuel dysfunktion være markør og første tegn på anden somatisk sygdom.

Den hyppigste seksuelle dysfunktion hos kvinder generelt er nedsat sexlyst. Men smerter i form af intern og ekstern dyspareuni og orgasme problemer ses hyppigt. Hos den lidt ældre kvinde i klimakteriet kan det handle om nedsat lubrikation, dyspareuni og mindre (spontan) lyst.

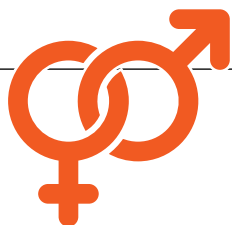
Lægens bord

Lægen, der skal indlede en samtale med patienten om seksualitet og sundhed, kan lade sig inspirere af PLISSIT-modellen. Lægen kan i denne samtale anvende kognitiv terapi.

Behandlingsstrategier:

Der er forskellige indfaldsvinkler for behandling af seksuelle dysfunktioner:

Samtaleterapi, medicinsk behandling, kropsterapeutisk behandling, sansetræning, mindfulness samt livsstilsændringer.



første 3 uger hjalp hende til at kunne mærke sin krop uden at have hovedet fyldt med tanker om smerter. Når samværet var aftalt, og målet penetration og klimaks var fjernet, kunne de være langt mere afslappede sammen og koncentrere sig om her og nu, om nærværet. Forventningspresset og angsten for smerter hos hende var ikke længere noget, der blokerede sexlysten. Først i uge 4 var samleje tilladt, såfremt hun var klar til det. De startede med kortvarig, langsom penetration, hvor han skulle ligge næsten stille. De efterfølgende gange kunne han gradvist bevæge sig lidt mere. Parret fik gennem forskellige øvelser udvidet deres seksuelle repertoire, ikke mindst når det handler om sex uden penetration.

Hvordan kan den praktiserende læge hjælpe patienten? Kommunikation

Lægen kan tage en snak med patienten og kan evt. inddrage partneren. Lægen kan dele sin viden om sygdom og seksualitet og guide patienten/parret i, hvordan de kan opnå en god og åben kommunikation. Det kan være vanskeligt for patienten at tale frit om svære følelser. Overvej henvisning til psykolog, sexolog eller psykiater.

Kognitiv terapi

Kan bruges, hvis kvinden er deprimeret, bekymret eller angst.

Tørre slimhinder

Min patient, der har fået konstateret brystkræft, og som har tørre slimhinder og dyspareuni, kan jeg anbefale at prøve forskellige glidecremer, Replens eller Repadine, men ofte virker dette for de fleste kvinder ikke nær så effektivt som lokal hormonbehandling.

Præ-menopausale kvinder, der har fået konstateret brystkræft og er i behandling med Tamoxifen, tåler som regel lokal hormonbehandling med Vagifem, hvor der kan ordineres vaginaltablet Vagifem a 10 µg x 1 dagligt i 2 uger. Herefter fortsættes med tablet Vagifem a 10 µg x 1 2 dage om ugen.

Jævnfør DSOG's guidelines gælder det for kvinder med brystkræft, der er i behandling med aromatasehæmmer, at ikke-hormonelle midler skal forsøges først.

Alle kvinder med c. mamma, der er i aromatasehæmmer-behandling, bør konfereres med onkolog med henblik på, om lokal hormonbehandling er det bedste valg. Systemisk østrogenbehandling er kontraindiceret efter brystkræft, men lokal hormonbehandling som kan overvejes hos nogle. Se DSOG's guidelines (7).

Bækkenbundstræning og kropsterapi

Knibeøvelser kan øge kvindens lubrikation og sexlyst. Gode knibeøvelser kan findes på sexolog og fysioterapeut Birte Bondes hjemmeside eller søges på www.knibnu.dk. Sidstnævnte er et 21-dages øvelsesprogram for bækkenbunden.

Kropsterapi kunne være i form af orgastisk meditation som beskrevet i Nicole Daedones bog: "Slow Sex". ●

Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet

Fakta 3: PLISSIT-modellen

beskriver og strukturerer samtalen om seksualitet.

P = permission handler om at tillade samtalen om seksualitet. Dette indebærer, at lægen skaber rum og tillader samtalen om seksualitet og lytter til, hvilke seksuelle behov og spørgsmål patienten har.

LI = limited information. Lægen giver en generel, begrænset information om seksualitet. Hvad er relevant for den enkelte patient.

SS = specifikke forslag. Lægen kan foreslå patienten specifikke løsningsmuligheder.

IT = intensiv terapi. Lægen giver intensiv og specifik behandling af alvorlige seksuelle problemer. Dette kan indebære sexologisk samtaleterapi, samlivsterapi, medicinsk eller kirurgisk behandling, hvilket kræver et indgående kendskab til og erfaring med samtaleterapi og sexologi.

Litteratur

1. Christian Graugaard, professor i klinisk sexologi m.fl.: En rapport fra Vidensråd for forebyggelse med titlen: "Seksualitet og sundhed" fra 2012.
2. Jesper Bay-Hansen, specialist i klinisk sexologi: "Få mere lyst". Bog udgivet i 2012.
3. Jesper Bay-Hansen: Artikel i Sygeplejersken (9) 2014 "Samtalen om seksualitet".
4. Ann-Christine Andersson Arntén, doktorafhandling med titlen: "Kvaliteten i parforholdet modulerer virkningen af arbejdsrelateret stress på sundheden". 2009, Psykologisk institut Göteborgs universitet.
5. Muller, Parker, Waters, Flanigan, Mulhall. Journal of Sexual Medicine, okt. 2009: "Penile rehabilitation following radical prostatectomy: predicting success".
6. The ESSM educational committee, H. Porst, Y. Reisman. The ESSM Syllabus of Sexual Medicine. Second edition, 2012.