

Sexuell olust och sexuella funktionsstörningar

Torvald Höjerback

Sexuell olust och sexuella funktionsstörningar är vanliga i befolkningen och deras natur är vetenskapligt tämligen väldefinierade. Artikeln beskriver det sexuella gensvarets fyra faser och ger en översikt över de olika typerna av störningar. Handläggning och behandlingsmöjligheter presenteras med en särskild beskrivning av den specifika form av psykoterapi som kallas sexterapi.

Torvald Höjerback är överläkare vid Psykiatriska kliniken I vid Lasarettet i Lund och konsult vid den sexologiska mottagningen i Lund. Vid sidan av sin kliniska verksamhet har han särskilt ägnat sig åt vidareutbildning och fortbildning av läkare i klinisk sexologi.

I Sverige talar vi gärna om vad vi är bra på. Kanske borde vi oftare ställa oss frågan vad vi är dåliga på, tex inom hälso- och sjukvården. Om man skulle försöka besvara den frågan genom att jämföra prevalens och lidande å ena sidan med resurser inom vården å den andra skulle störningar av sexuell lust och funktion säkert komma högt på listan. Att det har blivit så, får betraktas som anmärkningsvärt i ett land som tillhör de ledande i världen när det gäller sexualupplysning och sexualundervisning. Att resurserna inom hälso- och sjukvården är så bristfälliga inom detta område, sammanhänger med att kunskaperna hos såväl läkare som annan personal är begränsade. Den systematiska undervisningen i sexologi inom grundutbildningen är fortfarande rudimentär. Detta beror i sin tur bl a på att den vetenskapliga utvecklingen av sexologin länge försenades av tabun, fördomar och sexualskräck. Den vetenskap som spirade i Tyskland under 1910- och 1920-talen destruerades till stor del av nazister-

na. Det var i USA som det blev möjligt att under efterkrigstiden utveckla synsätt och metoder för undersökning och behandling av sexuella funktionsstörningar. Pionjärinsatsen gjordes av det berömda forskarparet Masters & Johnson, han gynekolog och hon socionom. Bland dem som fortsatt utvecklingsarbetet förtjänar särskilt psykiatern Helen Singer Kaplan att nämnas.

Genom att utnyttja framsteg inom den vetenskapliga utvecklingen i övrigt har den kliniska sexologin i stor utsträckning kunnat hämta in vad den tidigare förlorat. Problemet är nu att sprida och tillämpa kunskaperna inom hälso- och sjukvården så att den kan erbjuda vad många skulle behöva, men ännu inte kan få. Följande översikt är avsedd som allmän information, men också för att ge stöd åt dem som möter patienter med sexuella symtom.

Det sexuella gensvarets fyra faser

När man lyssnar på en patient som har problem med den sexuella lusten eller funktionen, är det viktigt att ha en struktur i åtanke, så att man får en bra helhetsbild. En sådan struktur ger en indelning av det sexuella gensvaret i fyra faser:

1. Lustfasen
2. Upphetsningsfasen
3. Orgasmfasen
4. Upplösningsfasen

1. Lustfasen

Lust och intresse för sex finns spontant i någon form hos alla friska människor, men visar mycket stora variationer. Exempel på uttrycksformer är att ta sexuella initiativ, att längta efter en sexuell upplevelse med en partner eller med sig själv, att fantisera med sexuellt innehåll eller att intressera sig för film eller litteratur med erotiskt innehåll. Även om

Lust och intresse för sex finns spontant i någon form hos alla friska människor, men visar mycket stora variationer.

det inte finns fog för att påstå att män skulle ha "starkare könsdrift" än kvinnor, finns det en köns-skillnad som kan formuleras som att flertalet kvin-nor i vår kultur har större benägenhet än flertalet män att hämma, undertrycka och avstå från sin sexualitet. Denna könsskillnad har en komplex bak-grund i den olika biologiska utvecklingen till man resp kvinna, vid inläringen av hur man skall förhål-la sig till sina sexuella känslor och kroppsliga reak-tioner samt i socialisationen av sexualiteten. Man-nens sexuella lust förutsätter att han har tillgång till testosteron i en viss minsta mängd. Hypotesen att androgener från binjurar och ovarier skulle spela samma roll för kvinnans lust har inte kunnat bekräf-tas. Data rörande sambandet mellan hormoner och sexuell lust hos kvinnan är så komplicerade och motsägelsefyllda, att de ännu inte kunnat bekräfta någon av de många hypoteser som uppställts.

Ordet "lust" skulle för övrigt kunna ersättas med det mer pregnanta ordet "lusta". Motsvarande engelska term är "sexual desire" (jämför att titeln på Tennessee Williams drama "A Streetcar Named Desire" översätts med "Linje Lusta"). Ordet "libido" har kommit att användas mest som psykoanalytiskt begrepp och har därmed fått en en vidare och delvis annorlunda betydelse än sexuell lust.

Olikheterna i könsorganens anatomi gör att pojkar mycket lättare lär sig att identifiera sexuella känslor än flickor, eftersom erektionen är mycket påtagligare för pojken än motsvarande fysiologiska reaktioner är för flickan. Dessa skillnader tas också till vara genom den sexuella inläring som sker i pojkkulturen, medan flickkulturen är mera romantiskt än sexuellt orienterad. Den traditionella vuxenkulturen påverkar också könen olika genom att vara relativt mer tillåtande för pojkar och relativt mer förbjudande för flickor. Sålunda följer pojkar och flickor olika sekvenser i sin sexuella utveckling, vilket får till följd att vuxna kvinnor hämmar sexuell känslor oftare än vad vuxna män gör.

2. Upphetsningsfasen

Känslomässig och kroppslig stimulering med erotisk eller sexuell innebörd ökar känslan av sexuell upphetsning. Denna åtföljs av en rad fysiologiska kroppsliga förändringar, som vanligen förstärker känslan av upphetsning. Det mest påtagliga av dessa är för mannen att penis blir styv och för kvinnan att könsorganen blir fuktiga. Om dessa fysiologiska funktioner inte hämmas, är genvägen hos kvinnan precis lika snabbt som hos mannen: hela förloppet från ingen till full reaktion tar inte mer än en halv minut. Ju mer spänning den sexuella situationen innehåller, desto starkare kan upphetsningen bli, såväl emotionellt som fysiologiskt.

3. Orgasmphasen

Om den sexuella stimuleringen fortsätter, utlöses reflexer med ett komplicerat mönster av utsöndringar från körtlar samt kontraktioner i glatt och tvärstrimmig muskulatur i genitalregionen. Parallellt finns ett skeende i hjärnan med förändrat medvetande och intensiv sexuell lustkänsla. Fysiologin är mer komplicerad hos mannen än hos kvinnan. Mannens orgasm har två faser: först emissionsfasen, som leder till att sekret från bitestiklar, prostata och sädeskörtlar blandas till sperma i urinrörets bakre del samtidigt som passagen till urinblåsan stängs, därefter den egentliga ejakulationsfasen, varvid sperman stöts ut genom urinröret. Emissionsfasen finns endast hos mannen. Emissionsreflexen har en refraktärperiod, dvs det tar en viss tid innan den kan utlösas igen, vilket har till följd att de flesta män inte kan få multipla orgasmer till skillnad från de flesta kvinnor. Emissionsreflexen är också relativt lättstörd. Det är också den reflex som åldras först, vilket gör att äldre män kan ha svårt att få orgasm, medan erektionsreflexerna brukar bestå livet ut. När mannen känner emissionen vet han att orgasmen är på väg men den starka lustkänslan kommer först med den egentliga ejakulationen. En förutsättning för att orgasmreflexerna ska utlösas är dels adekvat och tillräcklig sexuell stimulering, dels att man känner sig fri att ge sig hän åt upplevelsen. Medan detta förefaller att vara lätt för de flesta män, behöver de flesta kvinnor känna trygghet med sexualpartnern.

4. Upplösningsfasen

Efter orgasmen eller orgasmerna upplever de flesta en rofylld avspänning. Många par känner i denna fas intensiv närhet och djup tillfredsställelse, känslor som korrelerar högt med den kärlek de båda hyser för varandra. Två människor som älskar varandra upplever större tillfredsställelse med sitt sexuella möte även om det inte fungerar så väl på vägen, än ett par som fungerar perfekt tillsammans, men saknar kärlek.

Klassifikation

Med de tre första faserna i det sexuella gensvaret som grund kan man klassificera störningar i sexuell lust och funktion som sexuell olust, impotens resp lubricationsstörningar och ejakulations- resp orgasmstörningar. Härtill kommer vaginism (slidkramp) och dyspareuni (smärtor vid samlag). En person kan ha en störning i en eller flera av faserna. Vid de första samtalen med en patient eller ett par bör man alltid gå igenom hur det fungerar i alla fyra faserna. Man kan då tex få veta att en man kan få ejakulation fastän han inte får någon erektion eller att en kvinna har svårt att bli sexuellt "tänd" men lätt får orgasm tillsammans med sin man, medan det är det omvända med den man hon förälskat sig i. En sådan anamnestisk kartläggning utgör basen för den fortsatta handläggningen.

Sexuell olust

Störningar i sexuell lust kan schematiskt indelas i tre former, som dock kan finnas samtidigt: sexuell hämning, sexuell vägran och sexuell fobi.

Sexuell hämning upplevs som ointresse för sex, motvilja mot sex eller svårighet att bli sexuellt upphetsad, även om man önskar det. När en person på detta sätt "tappar sin lust" för alla former av sex, dvs olusten psykiatriskt uttryckt är global, finns det anledning att överväga om det kan ligga en sjukdom bakom, tex depression eller anemi. En global hämning kan dock vara psykogen till sin natur. När hämningen är begränsad till vissa sexuella situationer eller en viss sexualpartner, är bakgrunden givetvis psykologisk. Sekundärt till den sexuella hämningen är det vanligt att medvetet undvika sexuella situationer. Bakgrunden till en sexuell hämning är

ofta komplex och får kartläggas genom flera samtal. Okunnighet, fördomar och relativt sent inlärda hämningar spelar ofta större roll än man föreställer sig. Sexuell olust är det vanligaste sexuella problemet bland kvinnor. Det är mindre vanligt bland män, men tycks ha blivit vanligare som en följd av att kvinnans sexuella frigörelse delvis ändrat rollerna i det sexuella samspelet. Vidare har män en tendens att uppfatta en sexuell hämning som "apparafel" och söka för impotens. Analogt kan en kvinna klaga över smärtor vid samlag, som visar sig bero på att hon inte får någon lubrication pga sin sexuella hämning. Den sexuella hämningen är ett automatiskt psykologiskt försvar, vars bakgrund är omedveten.

Sexuell vägran är ett medvetet eller förmedvetet psykologiskt försvar, som leder till undvikande av sexuella situationer. Bakgrunden kan vara en sjukdom, tex en höftledsartros som gör samlag så smärtsamt att man hellre avstår. En annan vanlig bakgrund är en önskan att manipulera partnern eller uttrycka missnöje. Sexuell vägran kan kallas för att "inte ha lust att ha lust".

Sexuell fobi manifesterar sig genom ett primärt undvikande av sexuella situationer. I en del fall utlöses panikkänslor vid sexuell stimulering, i andra fall inte. Bakgrunden är omedveten och obegriplig för den som drabbats, särskilt om det finns ett kärleksförhållande och sexuell längtan. I dessa fall kan det vara nödvändigt att kombinera psykologisk behandling med medikamentell (imipramin eller clomipramin).

Impotens

Störningar av erektionsförmågan är det vanligaste sexuella problemet hos medelålders och äldre män och den vanligaste orsaken till att män söker hjälp. Symtomet motsvaras hos kvinnan av en störning av lubricationsförmågan, något som kvinnor hänför till bristande sexuell lust eller uppfattar som beroende på de hormonella förändringarna i menopausen.

Att drabbas av impotens har för många män samma hotfulla innebörd som att drabbas av cancer. Ordet "impotens" kan också uppfattas som nedsättande, särskilt i formen "impotent", som bör undvikas. Det har ibland också använts som ett samlings-

begrepp, och av dessa skäl har man föreslagit att ordet "impotent" skulle utmönstras, liksom orden "frigidity" och "frigidity". Ordet "impotens" har dock fortsatt blivit allmänt använt för erektionsstörning.

Masters & Johnson beskrev i sin monografi "Human Sexual Inadequacy" (2) en rad psykologiska faktorer som verkar direkt i den sexuella situationen och skadar det sexuella gensvaret. Andra författare, bl.a. Helen Singer Kaplan (1), har bekräftat deras betydelse, men framhållit att de inte så ofta initierar en sexuell funktionsstörning, men väl vidmakthåller den. En sexuell funktionsstörning kan alltså genom dessa psykologiska mekanismer leva sitt eget liv även när grundorsaken inte längre är aktuell. De viktigaste av dessa faktorer är: prestationsångest, prestationskrav och åskådarroll.

Prestationsångest: särskilt män har en tendens att uppfatta den sexuella samvaron som ett tillfälle att visa vad man kan och vad man är värd och är därför mycket rädda för att misslyckas. En sådan inställning drar uppmärksamheten från de sexuella känslorna och minskar därmed de fysiologiska reaktioner som leder till erektion.

Prestationskrav: En man kan uppfatta det som om hans kvinnliga partner är beroende av att hans erektion är tillräcklig för att hon skall bli tillfredsställd. Yttranden från partnern uppfattas lätt som negativ kritik och förstärker i framtiden känslan av att vara utsatt för prestationskrav.

Åskådarroll: Den som en eller ett par gånger inte fungerat så väl sexuellt, kan utveckla en tendens att distansera sig från sina känslor och börja iaktta sig själv.

En annan viktig mekanism, som kan vara mer eller mindre medveten, är undvikande av sexuella situationer för att slippa de besvikelser det medför om man inte fungerar tillfredsställande. Att få paret att låta bli att undvika är ofta viktigt och verksamt vid sexuell rådgivning.

Bakom de nämnda psykologiska faktorerna ligger somatiska och/eller andra psykologiska orsaker: Vid en genomgång av 100 konsekutiva fall av impotens tillsammans med Arne M. Olsson vid Urologiska kliniken i Lund fann vi huvudsakligen organiska faktorer i 27 fall, huvudsakligen psykologiska

faktorer i 40 fall och bådadera i 33 fall. Bland de organiska faktorerna var det hormonella störningar och prostatit som var förenade med psykologiska faktorer, medan detta inte så ofta var fallet vid cirkulationsstörningar och diabetesneuropati. De psykologiska faktorerna gällde relationen till den aktuella partnern i en tredjedel av fallen. I hälften av dessa pågick en konflikt med partnern (i sådana fall bör individuell terapi eller familjeterapi komma ifråga snarare än sexterapi). I de övriga fallen hade mannen knutit an till en ny partner sedan han blivit änkeman eller frånskild. Det föreföll då som om mannen inte bearbetat förlusten av sin tidigare partner, vilket kunde bli focus för en korttidspsykoterapi med honom.

I 50 fall kunde de psykologiska faktorerna hänföras till mannen snarare än till relationen. Dessa fall kunde indelas i tre grupper. I den största gruppen hade mannen fungerat väl sexuellt fram till en viss händelse, men inte därefter. Det vanligaste i denna grupp var att mannen fått en hjärtinfarkt och den psykodynamiska bakgrunden till impotensen eller snarare bortträngningen av sexuella känslor tycktes vara ett sätt att hantera den dödsångest som väckts: den dödshotande sjukdomen uppfattades omedvetet som ett straff och i sökandet efter försyndelser föll valet på sexualiteten. Den andra gruppen hade en anamnes på långvariga psykiska besvär av olika slag, alkoholmissbruk eller personlighetsstörning. Den tredje gruppen utgjordes av män som haft livslånga problem i relation till kvinnor, men i övrigt fungerat väl. I flera av dessa fall fanns en bindning till modern, som kunde bli focus för en psykodynamisk individualterapi.

Störningar av ejakulation och orgasm

För tidig utlösning är det vanligaste sexuella problemet hos yngre män. För tidig utlösning innebär att mannen inte kan undertrycka orgasmreflexerna viljemässigt och därför hinner varken partnern eller han själv få den njutning de önskar av samlaget. Bland yngre män får ca 5 % alltid för tidig utlösning och ytterligare 30–35 % får det ofta eller ibland. Förmågan att kontrollera ejakulationsreflexen varierar alltså gradvis bland män. Förmågan förbättras med åren. Tendensen till för tidig utlösning är mind-

Mycket vanligt att en kvinna har svårt att få orgasm genom enbart samlag.

re ju kortare tid som gått sedan föregående ejakulation.

Vad som ligger bakom för tidig utlösning är oklart. En del menar att tröskeln för den retning som behövs för att utlösa reflexen skulle vara ovanligt låg. Andra menar att det kan ha med frisättning av vissa peptidhormoner att göra. Den mest spridda uppfattningen är dock att det skulle vara fråga om en bristande inläring av reflexkontroll. Man kan dra en parallell med den viljemässiga kontroll av miktionsreflexen som barn lär sig under tidiga år. De pojkar som först lär sig kontrollera reflexen när de onanerar skulle få lättare att kontrollera ejakulationen vid samlag. Det finns faktiskt hållpunkter för att också djupliggande emotionella faktorer spelar en roll: män som sällan eller aldrig besväras av för tidig utlösning har haft bättre kontakt både med fadern och med modern under uppväxten än de män som åtminstone ibland får för tidig utlösning.

Försenad utlösning: det är ovanligt att unga eller medelålders män (under 60 år) har svårt att få ejakulation. I de svåraste fallen av försenad utlösning har mannen aldrig fått ejakulation i vaket tillstånd, men får det ibland under sömnen. I dessa fall blir också fertiliteten ett problem. Om paret uppfattar infertiliteten som det stora problemet, kan det vara klokt att från sjukvårdens sida göra det samma. I lättare fall kan mannen inte få utlösning genom samlag, men väl genom onani, och då brukar fertiliteten inte vålla problem. Försenad utlösning är vetenskapligt sett den minst utforskade av de sexuella funktionsstörningarna. En rimlig hypotes är att det är frågan om en kombination av psykisk hämning av ejakulationsreflexen och en somatisk faktor som ger en svaghet i reflexapparaten.

Orgasmstörningar hos kvinnor: Medan det är få kvinnor som inte kan få orgasm på något sätt, är det mycket vanligt att en kvinna har svårt att få orgasm genom enbart samlag. Även om en sådan svårighet kan betraktas som en normalvariant, finns i många fall en djuppsykologisk bakgrund. De kvinnor som

under sin uppväxt haft en god känslomässig relation med sin far får lättare orgasm vid samlag än de som haft en sämre relation. Troligen sammanhänger detta med den känsla av trygghet i en intim relation med en man som är en förutsättning för att kvinnan ska våga ge sig hän åt sina sexuella känslor. Relativt få kvinnor söker hjälp för orgasmstörningar. Vanligare är det att ett sådant problem också finns hos en kvinna som söker för sexuell olust eller kommer som partner till en man med för tidig utlösning. I par av det senare slaget kan anamnesen ibland avslöja att mannen faktiskt kan kontrollera sin utlösning, men omedvetet tagit på sig skulden.

Vaginism och dyspareuni

Vaginism: Slidkramp eller vaginism består av en tonisk kontraktion av muskulaturen runt slidöppningen, som är ofrivillig och smärtsam. Den utlöses när mannens erigerade penis eller mannens, gynekologens eller barnmorskans finger eller instrument närmar sig eller vidrör slidöppningen. Fenomenet betraktas som en betingad reflex av skyddskaraktär som inlärts genom negativ betingning. Många kvinnor har haft symtomen så länge de minns och har vanföreställningen att slidan är mycket trång. Hos de flesta kvinnorna finns också en fobisk rädsla för penetration. I anamnesen får man ibland fram att symtomet börjat med en smärtsam upplevelse som ett smärtsamt samlag i samband med en kolpit. Endast i ett fåtal fall framkommer något sexuellt övergrepp i barndomen.

Dyspareuni: Smärtor i könsorganen vid samlag förekommer både hos män och kvinnor. Sådana symptom ska i första hand föranleda bedömning av urolog resp gynekolog. Rädsla och skuld kan förstärka upplevelsen av smärta.

Profylax

Sexuell olust och sexuella funktionsstörningar är vanliga i befolkningen. Många lider i tysthet, medan en del åtminstone har någon att prata med och ett fåtal söker professionell hjälp. Sexuella störningar drabbar även parrelationen och kan lätt leda till minskad närhet, missförstånd och fientlighet. Sexuella störningar har visserligen orsaker på många olika plan, men kunskaper om och inställning till

Sexuella störningar drabbar även parrelationen och kan lätt leda till minskad närhet, missförstånd och fientlighet.

sexualitet spelar stor roll, inte bara för hur vuxna förhåller sig till varandra, utan också för den psykosexuella utvecklingen under barn- och ungdomsåren. Vad en individ då lär sig i samspel med omgivningen är av grundläggande betydelse för den sexuella anpassningen i vuxen ålder. Betydelsen av att föräldrar, skola och massmedia förmedlar goda kunskaper och positiva attityder till sexualitet kan inte nog understrykas. Att människor öppet kan prata med varandra om sex är ofta avgörande för att förebygga inte bara sexuella störningar, utan också sexuellt utnyttjande, oönskade graviditeter och sexuellt överförda sjukdomar, inte minst AIDS. Sexuellt fientliga attityder och skrämselpropaganda tvingar sexualiteten att så att säga gå under jorden och ökar därigenom riskerna istället för att minska dem.

Handläggning

Den patient eller klient som tar upp ett problem har psykologiskt sett ofta gått igenom en lång process innan han överhuvudtaget vågar söka hjälp. Ofta har patienten också noggrant valt ut den person som han eller hon vänder sig till. Kanske har patienten sonderat möjligheten genom att ställa allmänna frågor om sex. Givetvis är det viktigt att patienten känner sig positivt bemött. Risken är dock stor att rådgivaren pga ovana eller okunnighet försöker undvika just sexuella problem, fastän han har patientens förtroende och det skulle vara till stor hjälp om han lyssnade och i någon omfattning vågade använda sig själv som instrument. Detta gäller även om ens kunskaper är otillräckliga eller det inte finns någon speciell organisation att remittera till.

På den som har längre utbildning för sitt yrke, såsom läkare och psykoterapeuter, kan patienten med all rätt ställa högre krav, i synnerhet på specialister i gynekologi, psykiatri eller urologi. De måste kunna ta en anamnes och göra bedömning om ytterligare utredning genom samtal eller somatisk under-

sökning är motiverad. Det lämpligaste första steget är mycket ofta att be patienten att återkomma med sin partner för ett samtal med dem båda. Ett sådant samtal ger undersökaren en bättre bild av problemet, men lika viktigt är att det öppnar kommunikationen om problemet. Ibland kan man redan vid ett inledande samtal dels ge information som paret har nytta av, dels bryta ett dödläge genom att ge sin preliminära syn på problemet. I en del fall kan man också ge enkla råd eller så frön som paret kan använda sig av. Vid samtal om sexuella problem är det särskilt viktigt att patienten eller paret inte går med en känsla av att bara ha fått lämna ut sig, utan också av att ha fått någonting tillbaka.

När den sexuella funktionen eller anpassningen tidigare varit god och problemet alltså funnits under en viss tid, ibland dock i flera år, brukar den fortsatta utredningen genom samtal och undersökningar ge en så god bild av den sexuella störningens bakgrund och aktuella sammanhang att man kan bedöma vilken behandling, fortsatt rådgivning eller mera speciell form av psykoterapi som i första hand skall erbjudas. I många fall förstärker somatiska och psykologiska behandlingsmetoder varandras effekter.

Speciella behandlingsmetoder

Den viktigaste principen för alla psykologiska behandlingsmoment är att så långt det är möjligt betrakta den sexuella störningen som ett problem för paret snarare än för symtombäraren och sträva efter att hjälpa paret snarare än patienten. Detta gäller även när ett viktigt behandlingssteg är kirurgiskt, medikamentellt eller en föreskrift om ett visst hjälpmedel (tex vibrator, vakuumpump eller stödkondom vid impotens). Rent allmänt innebär detta att man alltid bör engagera partnern i utredningsskedet, ofta i det aktiva behandlingsskedet, och alltid under den fortsatta vården. I en del fall kan det

Så långt det är möjligt betrakta den sexuella störningen som ett problem för paret snarare än för symtombäraren.

.....

Ju bredare utbudet är av olika behandlingsmetoder, desto fler par eller patienter kan få effektiv hjälp. Behandlingsarbete bör därför bedrivas av en samarbetande grupp som inom sig har kompetens i gynekologi, urologi och psykoterapi. Gruppens sammansättning och samarbetsformer kan givetvis se ut på många sätt. Brist på resurser för utredning och psykologisk behandling får inte leda till att män med impotens genomgår operation med penisimplantat, om de skulle kunnat få lika god eller bättre hjälp på annat sätt.

Bland dem som söker vid en sexologisk mottagning är det ett urval, kanske ca 10 %, som behandlas

Under sexterapi arbetar man med att förbättra paret:s kunskaper om sexuella funktioner och hjälper dem att bearbeta deras attityder till sin egen, partnerns och andras sexualitet. Ofta hjälper man paret att bredda vägen till det sexuella målet som är den sexuella njutningen, inte prestationen. För att avbetinga sexualångest och de negativa känslor som de misslyckade samlagen blivit förbundna med, föreskriver man avhållsamhet från samlag och från smekningar av könsorganen och av kvinnans bröst under det inledande skedet av den så kallade sensualitetsträningen. Under denna föreskriver man att paret hemma ska smeka varandra, aktivt ge och ta emot smekningar, omväxlande men inte samtidigt. Samspelet ska hålla sig inom föreskrivna ramar, som steg för steg vidgas. För varje steg får paret rapportera vid ett samtal och får sedan gå vidare. Många par visar sig ha oväntat stora svårigheter att klara av sådana övningar, men de flesta lyckas. Särskilt visar det sig att många män har en dåligt utvecklad sensualitet och kan uppleva upptäckten av sin sensualitet som att en ny värld öppnar sig. Med ledning av de svårigheter som paret haft under övningarna kan terapeuterna genom tolkningar ge paret en insikt om störningar i deras emotionella förhållande, som samtidigt kan bearbetas. Ett vanligt motstånd som uppträder under en sexterapi är att den i paret som inte har symtomet under något skede undviker övningarna. En tolkning av den så kallade vinsten, som kan bestå i att inte förlora partnern så länge denne har sitt symptom, bryter

motståndet och terapin kan fortsätta. Sedan paret lärt sig fungera tillsammans med icke genitala smekningar får de gå vidare till genitala smekningar, som utformas olika beroende på typen av funktionsstörning.

När paret medverkar väl, förbättras eller elimineras den sexuella funktionsstörningen i nio fall av tio av för tidig utlösning eller vaginism. Resultaten är också goda vid orgasmstörning hos kvinnor. Vid impotens förbättras symtomet i två fall av tre. Vid försenad utlösning hos en man misslyckas en sexterapi oftare än den lyckas, vilket lett till experiment med andra metoder (goda resultat har bl a rapporterats med kroppsorienterad psykoterapi som bygger på Wilhelm Reich's (3) teori om muskelpansaret som försvar). Vid efterundersökning av par som gått i sexterapi visar det sig dels att resultatet i allmänhet blir bestående när det gäller förbättringen av sexuella symtom och därtill redovisas genomgående förbättring av parets emotionella relation, medan psykiska besvär påverkas mindre.

Slutkommentar

Sexuella problem i form av olust och funktionsstörningar har som ett tvärvetenskapligt område inom medicin och psykologi genomgått en snabb utveck-

ling under senare år. För flertalet symtom finns det nu en vetenskapligt välgrundad uppfattning om problemens natur som kan utgöra grunden för utredning och behandling med medicinsk och psykologisk metodik. Det största problemet är att skapa de resurser som behövs för att de som lider av problem ska kunna få hjälp. Utbildning i ämnet bedrivs på många håll i landet, men det stora problemet tycks vara att skapa de sjukvårdsresurser som behövs, särskilt inom de snäva ramar som specialiserade läkares arbetstimmar utgör. Troligen blir det nödvändigt att reservera särskilda resurser för patienter med sexuella problem. Att arbeta med patienter med sexuella problem är både tacksamt och stimulerande, särskilt som behandlingsresultaten blir minst lika goda som på jämförbara områden.

REFERENSER

1. *Kaplan, H S*: The new sex therapy. Brunner-Mazel, New York, 1974.
2. *Masters, W och Johnson, V*: Human sexual inadequacy. Little, Brown and Co, Boston, 1970.
3. *Reich, W*: Orgasmens funktion (1942). Rhodos, Köpenhamn, 1971.