
Gynekologen som sexolog

LEENA VÄISÄLÄ

Gynekologens verksamhet har alltid också sexologiska aspekter, eftersom det som behandlas uttryckligen är kvinnans könsorgan. Inom medicinen har de kvinnliga könsorganen och sexualiteten tidigare tagits upp närmast i samband med fortplantningsfunktionerna. Man talar då om fortplantningsorganen, och det allmänt använda finska ordet "ulkosynnyttimet" för de yttre könsorganen anspelar på förlossning. Faktum är dock att den finländska kvinnan föder barn i medeltal mindre än två gånger under sitt liv. Med sin partner eller med sig själv ägnar sig de flesta kvinnor däremot åt sex, om inte dagligen eller varje vecka så åtminstone flera gånger i månaden och följaktligen under hela sitt liv ett mycket stort antal gånger. Inom medicinen har behandlingen av sexualiteten radikalt förändrats och utgjort ett mycket kontroversiellt ämne. Å ena sidan var det just läkarna som utvecklade vibratorer för att upplösa hysteriforma tillstånd hos kvinnor (genom orgasm), men å andra sidan släpar kunskapen om kvinnans sexualitet fortfarande mycket efter kunskapen om mannens. Också inom läkarutbildningen har undervisningen i sexologi hittills varit marginaliserad, och först nu håller den så småningom på att bli ett legitimt ämne. Gynekologens roll understryks av att hälften av de kvinnor som har sökt professionell hjälp på grund av problem i sexuallivet har vänt sig just till en gynekolog (1).

Läkarens roll

Vilken kan då läkarens roll vara när sexualitet blir ett problem? Läkarens roll kan vara passiv och bara bestå av svar på de frågor om sexualiteten som patienten aktivt ställer. Men greppet kan också vara aktivt, så att läkaren beaktar sexualiteten vid mötet med patienten när en sjukdom eller en livssituation väsentligt inverkar på patientens sexualitet. För gynekologens del gäller detta den alldeles elementära anamnesen. På samma gång som patientens eventuella gynekologiska symtom utreds, till exempel klåda, sveda eller riklig vit flytning, kan läkaren också höra sig för om samlagssmärta eller smärta i samband med sexuella reaktioner. Man kan också fråga om det finns någonting på det sexuella

området som patienten skulle vilja diskutera med gynekologen. Detta kräver naturligtvis en empatisk, finkänslig interaktion samt sexologisk utbildning. Enligt Risen (2) kan läkaren ha problem med bristande kunskaper och kunnande såvida största delen av kunskaperna baserar sig på egna erfarenheter. Det kan också vara svårt att hitta ett gemensamt språk eftersom det saknas ett neutralt ordförråd på det sexuella området, och läkaren kan vara rädd för de känslor som samtal om sexualiteten väcker, till exempel rädsla för sin egen upphetsning. Gynekologen måste också komma ihåg att patientens sexualitet alltid finns med i bakgrunden på mottagningen vid den gynekologiska undersökningen. Läkarens roll är att fungera professionellt som specialist utan att på något sätt blanda in sin egen sexualitet i patientens situation. För många kvinnor känns det svårt att ligga halvnakna i den gynekologiska stolen, och situationen kan väcka minnen av otrevliga upplevelser. Undersökningssituationen kräver mottaglighet och finkänslighet av gynekologen. Å andra sidan ger situationen läkaren också en möjlighet att på ett uppbyggligt sätt behandla sådant som kommer fram, det gäller bara att ta vara på chansen om patienten är färdig för samtal.

FÖRFATTAREN

ML **Leena Väisälä** är specialistläkare i gynekologi och obstetrik, klinisk sexolog samt sakkunnig-läkare vid Bayer AB.

Vilka slag av sexuella problem och svåra situationer möter gynekologen på sin mottagning?

Sexuella problem indelas fortfarande enligt Masters och Johnsons (3) sexualresponscykel i problem med lust, upphetsning eller orgasm, eller smärta vid den sexuella reaktionen. Det problem som kvinnor oftast klagar på är sexuell olust. Enligt Finsex-undersökningen 2007 (4) har 41 procent av kvinnorna upplevt bristande sexuell lust åtminstone rätt ofta under det senaste året. Motsvarande siffra för männen är 12 procent. Sexuell olust ökar i medeltal ju längre parförhållandet varar, och i förhållanden som har varat i mer än 20 år upplever mer än 50 procent av kvinnorna sexuell olust rätt ofta. Bristen på sexuell lust tilltar också i någon mån med åldern, men lidandet eller den subjektivt upplevda olägenheten gör det inte i riktigt samma grad. Detta innebär att sexuell olust ses som något som hör till normalt åldrande och till ett långt parförhållande. Det finns då inte något egentligt behov av behandling eller förändring, utan paret anpassar sig till situationen. I en stor amerikansk enkät fick man en prevalens på 9,5 procent för egentlig sexuell olust (HSDD = hyposexual desire disorder) som störde den tillfrågade själv eller parförhållandet. Detta innebar alltså ett tillstånd där kvinnan upplevde att den minskade sexuella lusten medförde en så stor olägenhet i det egna livet att hon sökte behandling för problemet.

Orsaker till olust

Olust kan ha många olika slags orsaker. Om en patient klagar på sexuell olust är det av största vikt att ta en ordentlig sexualanamnes (5). Det är bäst att inleda den från den aktuella situationen och börja med att klarlägga hur länge den minskade lusten har varit ett problem. Om patienten aldrig har varit intresserad av att leva ut sin sexualitet, är det en alldeles annan sak än om bristen på lust har förekommit t.ex. bara i några års tid eller efter någon speciell händelse. Uppskattningsvis en procent av alla människor är asexuella; de har en minimal sexuell lust eller ingen lust alls. Vanligen förekommer olust i ett långvarigt parförhållande. Det kan då snarast vara frågan om en diskrepans i lusten, eller en maktkampssituation där sex eller rättare sagt sexvägran utnyttjas som ett vapen. Detta sker ofta utan att den som tillämpar det är medveten om det; ibland kan det vara frågan om att

upprepa inlärd modeller. I sådana situationer kan ett öppet samtal vara tillräckligt för att problemet ska lösa sig, och samtalet ger också en modell för att man kan tala öppet om sex. Bakom olusten kan ligga också andra problem i ett parförhållande, som oförmåga att mötas och ofta förekommande upplevelser av bristande uppskattning. Andra bakomliggande orsaker kan vara obearbetade sexuella trauman eller mindre händelser som ändå har upplevts som skamfyllda och som därför inverkar. I parförhållanden förekommer också mycket våld, både fysiskt och psykiskt. Läkaren måste komma ihåg att fråga om våld och att även finkänsligt upprepa frågan vid följande besök eftersom patienten ofta har speciellt svårt att medge att hennes partner är våldsam och att hon själv finner sig i det. Människor som har upplevt sexuellt våld skuldbeläggs ofta sig själva för det skedd, och skammen kan i årtal helt hindra ett öppet samtal om ämnet. För att öppna sådana knutar behövs speciell känslighet och förmåga till uppmuntrande empati från gynekologens sida.

Sexualanamnesen

I anamnesen är det också bra att utreda hurdan parets sexuella samliv är. Vem tar initiativ, vad händer sedan o.s.v. Det gäller att komma ihåg att människors sexuella samspel är mycket mera individuellt än man kanske alltid inser. Gynekologen ska också fråga om känslan av upphetsning och orgasm är bekanta upplevelser för kvinnan, och om hon lyckas uppnå det med sin partner. Olusten kan också böttna i funktionella omständigheter som problem med orgasm eller upphetsning, eller problem hos partnern, t.ex. erektionsproblem eller prematur ejakulation. Det är också bra att fråga om masturbation, om kvinnan känner till det och om hon kan få orgasm på det sättet. På samma gång ger frågorna kvinnan tillåtelse både att undersöka sig själv och att tala om sexualitet. Sexualanamnesen kan i början vara svår för läkaren eftersom den egentligen inte lärs ut under utbildningen, men genom övning går det så småningom att tala också om känsliga saker på ett professionellt och finkänsligt sätt.

Orgasmproblem

Orgasmproblem är mycket vanliga hos kvinnor, trots att de inte ofta spontant tar upp dem på mottagningen. Också i detta fall är

sexualanamnesen viktig. Det är viktigt att först utreda om kvinnan under några omständigheter har upplevt orgasm, t.ex. genom masturbation. Om hon kan få orgasm genom masturbation, funderar man på vilka hinder det kan finnas för att få orgasm med partnern. Enligt undersökningar får många kvinnor inte orgasm genom enbart samlag, utan det är viktigare att direkt stimulera kvinnans klitorisområde antingen med handen, munnen eller med en vibrator. Om masturbationen lyckas, kan den naturligtvis också tas som en del av paretts kärleksakt. Ofta hindras njutningen av prestationsinriktning och av myten om samlagsorgasmens överlägsenhet. Paret försöker följa något mytiskt manuskript t.ex. om en samtidig samlagsorgasm, och man kommer inte ens på att pröva andra individuella njutningskällor som beröringar, oralsex, fantasier, hjälpmedel eller vad som helst som är upphetsande.

Problem med sexuell upphetsning

Problem med sexuell upphetsning och speciellt torra slemhinnor i vagina blir vanligare i klimakteriet. Lokalt verkande östrogen är en ofarlig lösning för att vaginalslemhinnan skall hållas i gott skick, men njutningsfull sex förutsätter att kvinnan subjektivt blir upphetsad. Upphetsningsproblemet har av den internationella FSD-kommittén indelats i fyra delar: 1. störning i den subjektiva upphetsningen, 2. störning i den genitala upphetsningen, 3. en kombination av dessa, 4. ett besvärande tillstånd av ständig sexuell upphetsning (persistant sexual arousal disorder). Upphetsningsstörningar förekommer sällan isolerat hos kvinnor. Vanligen är de förknippade med orgasmproblem och rätt ofta med olust. Tillstånd av besvärande ständig sexuell upphetsning är det mest sällsynta upphetsningsproblemet hos kvinnor, men då det förekommer är det tämligen störande eftersom ingen effektiv behandling mot det har hittats (6).

Samlagssmärta

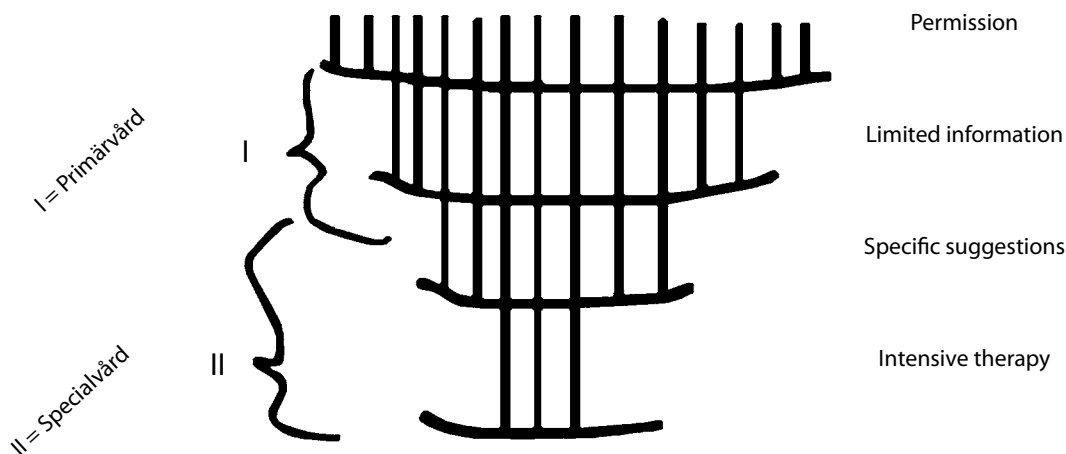
Samlagssmärta förekommer enligt olika undersökningar i något skede av livet hos mer än 10 procent av kvinnorna. Det är viktigt att förutom anamnesen göra en noggrann gynekologisk undersökning, som också omfattar ett test med bomullspinne. Med en fuktad bomullspinne berörs försiktigt vävnaden

bredvid introitus, d.v.s. vestibulum. Om detta område smärtar tyder det på vestibulit; i annat fall är det sannolikt något annat problem som ligger bakom smärtan. Andra orsaker till smärta är olika slag av inflammationer och hudsjukdomar i vulva samt vid djupare smärta endometriosis, infektioner och tumörer.

Vad kan gynekologen då göra?

Det är viktigt att gynekologen lär sig ta en god sexualanamnes med utgångspunkt i det aktuella problemet. Utredningen går ut på att få veta om hur de sexuella reaktionerna fungerar och hur paret fungerar sexuellt, samt parrelationen och livssituationen i allmänhet. Naturligtvis klarläggs också den gynekologiska anamnesen samt eventuella sjukdomar och medicinering. Därefter bedömer man behovet av och möjligheterna till fortsatt behandling. Allmän taget är det bra att tillämpa det s.k. PLISSIT-modellen på sexuella problem (Figur 1).

PLISSIT-modellen har utvecklats av den amerikanska sexologen Jack Annon (7). Enligt modellen kan största delen av patienterna hjälpas så enkelt som att de ges tillåtelse (permission). Att få tillåtelse innebär att patienten får tala om problem i samband med sexualiteten, och att läkaren lyssnar på ett aktivt, gärna reflekterande sätt. Det innebär också tillåtelse för patienten att söka tillfredställelse och njutning genom många olika slag av beröring, sinnesbilder och fantasier. Det kan vara tillåtelse till att använda upphetsande erotiskt material: litteratur, erotiska filmer eller pornografi. Det kan också vara tillåtelse att söka njutning genom masturbation eller genom att använda nya former av beröring eller hjälpmedel. Det kan ytterligare vara tillåtelse att gå sin egen väg sexuellt, också i fråga om den sexuella orienteringen, t.ex. homo- eller bisexualitet. Även tillåtelse att njuta av olika fetischer eller speciella inriktningar ingår här så länge det inte inkräktar på någon annan eller är farligt för en själv. När det gäller den tillåtande atmosfären är den nonverbala kommunikationen speciellt viktig. Patienten märker genast om läkaren också bara en aning ogillar t.ex. pornografiskt material eller hjälpmedel, även om läkaren verbalt skulle rekommendera dem. Det är bra om läkaren har några böcker att rekommendera för patienten. Att tillåta är också att samtala om och normalisera sexualiteten och parrelationen under en graviditet och efter en förlossning.



Figur 1. PLISSIT-modellen.

Följande nivå är begränsad information (limited information). Det innebär information om patientens specifika problem, t.ex. vestibulit, eller om kvinnans anatomi och t.ex. klitoris stora betydelse för att kvinnan ska uppnå orgasm. Tillåtelse och begränsad information anses vara primärvårdens skyldighet, och gynekologen sysslar mycket med båda dessa i sitt arbete.

Följande nivå, speciell sexualrådgivning (specific suggestions), kräver ofta bättre utbildning och specialkunskaper i sexologi. Det kan t.ex. vara frågan om masturbationsanvisningar för en kvinna som aldrig har upplevt orgasm. Sexualrådgivningen kan också omfatta speciella anvisningar t.ex. för att förbättra paretts närhet, som sensualitets- och liknande.

Bara en liten del av de människor som har sexuella problem behöver egentlig sexualterapi eller psykoterapi (intensive therapy). Detta kräver specialutbildning. En stor del av sexualterapi är parterapi. Ofta vill dock bara den ena parten inleda terapi. Också det är möjligt, och speciellt om det i bakgrunden finns tidigare upplevda trauman är det rentav önskvärt. Oftast är det i alla fall så att sexualproblemen förekommer just i ett visst parförhållande, och då uppnås de bästa resultaten om båda parterna deltar aktivt i terapin och förbinder sig till att förbättra sitt sexuella samliv. Sexualterapi kan omfatta bara några besök, men kräver oftast ändå 10–20 gånger.

Vid situationer med allvarigare utnyttjande kan den individuella terapin räcka i årtal.

Än så länge finns det tyvärr bara mycket få läkemedel för kvinnors sexuella problem. Gynekologen kontrollerar naturligtvis den hormonella situationen, och ordinerar kvinnor i klimakteriet antingen lokalt verkande östrogener eller systemhormonbehandling i samband med svårare klimakteriska symtom. När kvinnan börjar må allmänt bättre förbättras ofta också den sexuella njutningen. Bekant för alla gynekologer är också att ordinera glidmedel. Något egentligt "lustläkemedel" finns än så länge inte för kvinnor. På den finländska marknaden finns inte heller något testosterontillägg som skulle vara testat och lämpligt för kvinnor. I viss mån används testosteronpreparat avsedda för män med 1/5–1/10 dosering, men detta är naturligtvis helt off-label-föreskrivning, vilket patienten också bör upplysas om.

Vad kan vi vänta oss i framtiden?

Den sexologiska forskningen blir livligare och läkemedel mot sexualproblem hos kvinnor utvecklas i accelererande takt. Redan nu finns läkemedel i fas III-undersökningar, d.v.s. i registreringskedet, som verkar på centrala nervsystemet så att de förbättrar minskad sexuell lust. Dessa läkemedel kan komma ut på marknaden de närmaste åren. Man letar

också efter läkemedel mot upphetsningsstörningar hos kvinnor, och testosterontilläggspreparat för kvinnor undersöks flitigt. Då individualiseringstrenden i framtiden fortsätter, anses också den sexuella njutningen vara en väsentlig del av människans välbefinnande. Det innebär att människor i allt högre grad kommer att söka sig till yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården för att få hjälp med olika problem och störningar på det sexuella området. Detta ställer krav också på kunnandet inom sjukvården. Utbildningen måste systematiskt utvecklas redan på läkarutbildningens grundnivå, och sexologin måste komma in på listan över specialistläkarnas specialkompetenser och etableras som ett universitetsämne. Bara på det sättet kan vi trygga att de sexuella rättigheter som WHO har lanserat blir verklighet och att alla får den sexualhälsovård som de har rätt till.

ML Leena Väisälä
Bayer Ab
leena.vaisala@bayer.fi

Referenser

1. Haavio-Mannila E, Kontula O: Suomalainen seksi, tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksista. Helsingfors: WSOY; 1993.
2. Risen CB: A guide to taking a sexual history, *Psychiatric Clin North Am.* 1995 Mar;18(1):39-53.
3. Masters W, Johnson V: *Human Sexual Response.* Toronto, New York: Bantam Books; 1966.
4. Kontula O: *Halu & intohimo: tietoa suomalaisesta seksistä.* Helsingfors : Otava; 2008.
5. Väisälä L: Seksuaalinen haluttomuus, i boken Apter D, Väisälä L och Kaimola K red. *Seksuaalisuus.* Helsingfors: Duodecim; 2006, s 245-249.
6. Väisälä L: Naisen seksuaaliongelmät, i boken Apter D, Väisälä L och Kaimola K red. *Seksuaalisuus.* Helsingfors: Duodecim; 2006, s.250-263.
7. Annon J: *The PLISSIT Model: a Proposed conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems . J of Sex education and therapy, Spring-Summer, 1976.*