

Lystproblem og «lystproblem», fru Blom! Første og annen ordens forståelser av manglende seksuell lyst hos kvinner

Artikkelen beskriver menneskelig seksualitet i første og annen orden. Første orden omfatter det vi har felles med hverandre og, i stor grad, med andre pattedyr. Annen orden omfatter den unike, individuelle seksualiteten i samspill med våre komplekse erkjennelsessystemer.

TEKST

Elsa Almås

Esben Esther Pirelli Benestad

PUBLISERT 2. juni 2008

«Idéer er de briller vi bruker til å trekke informasjon ut av verdens hendelser med.»

Foss & Rothenberg, 1990

Kari oppsøker spesialist i klinisk sexologi^[1] på grunn av manglende seksuell lyst. Hennes opplevelse er at hun lider av en mangeltilstand, og hun tror hun trenger hjelp. Kari vet ikke noe om hva slags hjelp det skulle være. Hun er del av en kultur som overlater kompetanse og ansvar for hva som skal skje, til behandlingsapparatet. Sexologen har flere muligheter i forhold til å møte henne.

For å gjøre jobben ordentlig bør sexologen først sjekke diagnostiske kriterier på manglende seksuell lyst:

«Manglende seksuell lyst er hovedproblemet og er ikke sekundært til andre seksuelle problemer, slik som ereksjonsproblemer eller smerter. Manglende seksuell lyst utelukker ikke seksuell nytelse eller opphisselse, men gjør seksuell aktivitet mindre sannsynlig.»
(ICD10, 1992)

Hovedoverskriften til denne diagnosen er «*Seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatiske lidelser*». Den diagnostiske tenkningen er altså basert på en dualistisk tenkning som opererer med et skille mellom sjel og legeme eller, i mer moderne språk, mellom psykiske og somatiske lidelser. Sentralt i denne tenkningen er at fysiske og psykiske prosesser er basert på ulike lovmessigheter, og må forstås med ulike teorier og behandles med ulike metoder. Helsevesenet er bygd opp etter dette skillet. I eksemplet med Kari innebærer det at manglende seksuell lyst enten behandles medisinsk, dersom man mener problemet skyldes en somatisk lidelse, eller det behandles psykologisk, hvor den manglende lysten kan være hva som helst annet enn uttrykk for somatisk lidelse.

Tenkningens begrensning

Dualistisk tenkning innebærer muligheten for *fragmentering*, eller som det kommer til uttrykk i moderne medisin: *spesialisering*. Spesialisering av helsevesenet baserer seg på ideen om at de ulike delene av legemet kan studeres og behandles isolert fra hverandre. I denne logikken kan en operere med forestillingen om at en tilstand kan være «rent psykisk», det vil si at den ikke skyldes somatiske lidelser (uttrykket «rent somatisk» er mer problematisk; selv om en lidelse har en klart somatisk årsak, er det sjelden at den ikke på en eller annen måte også berører vår psykiske opplevelse og velbefinnende).

Man kan innvende at en tilstand ikke nødvendigvis er «rent psykisk» selv om den ikke skyldes somatiske lidelser. Det kan for eksempel tenkes at den påvirkes av somatiske faktorer som ikke er lidelser. Ja, fint, sier vi, dersom noen tenker på den måten. Problemet er at dette altfor ofte ikke gjenspeiler seg i den behandlingsmessige praksis, der det i så mange tilfeller ville være ønskelig med en langt større grad av kombinasjon av ulike typer kunnskap og samarbeid mellom ulike spesialiteter. For å si det i et enda mer postmoderne språk: en systemisk forståelse av problemet.

La oss gå tilbake til eksemplet med Kari. En ikke uvanlig tilnærming for en *psykolog* er å se på hennes manglende seksuelle lyst som et symptom på underliggende konflikter, intervjuer henne for å finne faktorer som kunne forklare hennes manglende lyst, og så gjøre noe med disse. Konfliktene er da å betrakte som årsaker til den manglende seksuelle lyst. Aktuelle faktorer kan være stort arbeidspress og dobbeltarbeid, syke barn eller ekteskapskonflikter. I mange tilfeller vil psykologer behandle Kari som om hennes lystproblem var et symptom på en psykologisk forstyrrelse.

Hadde Kari oppsøkt *lege*, ville legen sannsynligvis søkt etter fysiske årsaker til Kari's manglende seksuelle lyst. Det ville bli tatt blodprøver. Aktuelle fysiske årsaker kan være stoffskiftesykdommer, mangel på B12, fysiske stresssymptomer eller avvikende hormonverdier. Både psykologen og legen ville sannsynligvis undersøkt om Kari er deprimert, fordi depresjon ofte medfører redusert seksuell lyst.

Disse tilnærmingene representerer tradisjonelle metoder basert på en lineær årsak og virkning-tankegang. Der er ikke alltid så enkelt.

Vitenskapsteori og idéhistorie

«Vi befinner oss i et paradigme i forhold til seksualitet som begynte ca. 1780, og som slutter – nå.» Dette sier Christian Graugaard på en forelesning ved sexologistudiet i Kristiansand i 2001. Uttalelsen refererer til en lang prosess som omfatter modernitetens utvikling, medikaliseringen av seksualiteten, positivismen, utviklingen av relativitetsteori og kvantefysikk, systemteori, utviklingen av postmodernisme og sosial konstruksjonisme, foruten kritikk av disse retningene.

I boken «Fra biomedisin til informedisin» beskriver Foss og Rothenberg (1990) *den første medisinske revolusjon*, som var basert på nye diagnostiske teknologier, en ny sykdomsoppfattelse og nye normer for medisinsk objektivitet. Viktig var eksempelvis

oppfinnelsen av røntgen i 1895, og René Laënnecs oppfinnelse av stetoskopet i 1816, senere elektrokardiografi, fiberdiagnostikk og kjemisk teori i diagnostikk.

Den tekniske debatten om hvordan man kunne oppnå objektiv presisjon i beskrivelsen av somatiske sykdomssymptomer, druknet den tidlige tro på at en sykdoms *betydning for pasienten* også kunne være et diagnostisk redskap. Pasienten ble en passiv deltaker i behandlingen av hans/hennes sykdommer. Personen ble langt på vei et uvesentlig, overflødig, ja, til og med forstyrrende element i forståelse og behandling av sykdommer.

I løpet av det tjuende århundret skjedde det noe helt nytt innenfor vitenskapen. Det begynte med introduksjonen av Einsteins relativitetsteori i 1905, da den klassiske fysikkens velordnede verdensbilde ble alvorlig forstyrret. Subjektive iakttakere av ulike systemer som beveger seg i forhold til hverandre, vil se verden forskjellig, de blir dermed involvert i den fysiske virkeligheten som de iakttar. Fratatt den nøytrale stilling som Newtons «enøyethet» hadde tillatt, mistet vitenskapsmannen nå tilskuerens rolle og ble ansett som en aktiv deltaker i det systemet som han studerte (Foss & Rothenberg, 1990, s. 159).

Den generelle systemteori ble grunnlagt i 1930-årene av den østerrikske biologen Ludwig von Bertalanffy i et oppgjør med den herskende reduksjonisme (Ravn, 1991). Gjennom studier av den biologiske cellen fant han egenskaper og funksjoner som han mente måtte gjelde i systemer generelt. Prinsipper som er erfart i én type system, antok han, kunne anvendes på andre, deriblant også de beskrivelser av selvregulering og feedback som var kjent i kybernetikken. Kybernetikken var et oppgjør med den klassiske stimulus-respons-modellens oppfatning av organismer og tekniske systemer som automatiske og «uten intelligens».

Begrepet *annen ordens kybernetikk* ble innført rundt midten av 1970-årene av den østerrisk-amerikanske kybernetiker Heinz von Foerster og ble stilt opp mot den tradisjonelle kybernetikk, som beskjeftiger seg med prosesser *utenfor iakttakeren*. Annenordens kybernetikk betoner sirkulære prosesser i systemer, for eksempel erkjennelsesteoretiske spørsmål vedrørende *iakttakerens vekselvirkning med det iaktatte systemet*.

På den ene siden har nye vitenskaper utviklet seg, basert på systemteori og teoretisk kvantefysikk. Einsteins relativitetsteori har langt på vei erstattet det newtonske paradigmet som har vært dominerende siden opplysningstiden. På den annen side har biomedisinen utviklet seg videre og befestet sin dominerende rolle innenfor medisinsk forskning, og ikke minst som grunnlag for organisering av helsevesenet. Disse retningene kan betraktes som to ulike paradigmer, men samtidig kan man se at de nye vitenskapene også bygger på biomedisinen, og på mange områder kan inkorporere den.

Nye erkjennelser utfordrer gamle sannheter. Noen «sannheter» må plasseres i historiens museum (Almås & Benestad, 2002). Andre kan integreres i ny viten.

Sexologi mellom medisin og psykologi

Sexologi er et fag som har falt utenfor de tradisjonelle fagområdene: Det er for medisinsk til å kunne forvaltes av psykologien, og for psykologisk til å kunne omfattes av en rent medisinsk forståelse.

Sexologi har i nordisk tradisjon lagt vekt på tverrfaglighet og interdisiplinaritet. I våre lærebøker (Almås & Benestad, 1997; 2006) og i vår undervisning baserer vi oss på George Engels bio-psyko-sosiale modell (Engel, 1980). Til forskjell fra mange andre helhetlige modeller krever den ikke at enhver behandler skal forholde seg til «hele mennesket», eller at enhver behandler skal kunne alt som skal til for å gi god behandling. Tvert imot! Det finnes ulike fagområder på ulike nivåer som representerer ulike kunnskapstradisjoner, ulike teorier, ulike forskningsmetoder og ulike arbeidsområder. Det er enhver behandlers oppgave å kjenne sin egen kompetanse og samtidig kjenne sin begrensning, og vite hvor det er mulig å finne nyttig supplerende kompetanse. Den menneskelige kompleksitet må kunne møtes av grupper av behandlere som kan samarbeide om å finne frem til den optimale behandling for de problemer som presenteres (Almås & Benestad, 1993; 1997).

Menneskets erkjennelsesfysiologi

Menneskets erkjennelsesfysiologi har sine muligheter og sine begrensninger, og er mer kompleks enn hos andre dyr. Begrepet erkjennelsesfysiologi refererer til at vår erkjennelse er avhengig av fysiologiske prosesser, for eksempel sanseorganer. Bearbeidelsen og organiseringen av sanseintrykk er avhengig av fysiologiske strukturer i nervesystemet og kroppslige erfaringer. Selve erkjennelsen blir erkjennelsesfysiologiens produkt. Vi ser dette som en sammensmelting av psykiske og somatiske prosesser.

Med den menneskelige erkjennelsesfysiologis muligheter refererer vi for eksempel til at alle mennesker i utgangspunktet har mulighet for å lære alle verdens språk. Med den menneskelige erkjennelsesfysiologis begrensninger refererer vi til forhold som ligger i erkjennelsens grenseområder, grenseområder som eksempelvis omfatter begreper knyttet til tomheten utenfor universets grenser. Vi ser også at andre arter har en sansefysiologi som gir dem mulighet til å oppfatte andre lukter og andre lyder enn vi som mennesker er i stand til å oppfatte. Vi kan erkjenne at disse artene oppfatter og på sine vis erkjenner noe som er utilgjengelig for oss.

Vår erkjennelsesfysiologi kommer selvfølgelig til uttrykk i menneskelig seksualitet. Dette er et område der en på den ene siden er nødt til å forholde seg til både biologiske prosesser som blodgjennomstrømning i kjønnsorganer, hormoner, muskelsammentrekninger og så videre, og på den andre siden kommunikasjon, individuelle erfaringer, traumer, funksjonshemninger, kulturelle forhold, normer, tro og moral.

Første og annen ordens tenkning

Første ordens tenkning referer til årsak-virkning-modeller. Disse kan være enkle, men også mer komplekse. Første ordens tenkning referer til objektiv kunnskap,

representert ved for eksempel kunnskap om reflekser for ereksjon og ejakulasjon. Første orden vil fokusere mest på enkeltorganers fysiologi, mindre på samspillet mellom forskjellige organer eller systemer av organer. Tenkning i første orden har vært og er dominerende i medisinsk sexologi, representert av forskning som søker å finne medikamenter som skal kunne gi entydig og allmenn effekt, for eksempel PDE-5-hemmernes virkning på ereksjon av penis.

Eksempler på prosesser som best forstås gjennom første ordens tenkning, er kirurgiske inngrep som fjerner svulster av betydning for seksuell funksjon, befruktningshemmende midler, mange prosesser som omfatter hormoner, og behandling av infeksjoner ved hjelp av antibiotika. Forskere vil langt på vei kunne bruke første ordens tenkning i utvikling av sine metoder, men vil snart møte utfordringer som krever annen ordens tenkning i tolkningen av deres funn.

Første ordens tenkning er opptatt av generalisering, og ser likhetene mellom alle individer. Mange forskere ser også prosesser som like hos mennesker og mange andre dyrearter. Slik kan forskning på dyrs seksuelle adferd gjøres gjeldende også for mennesker. Eksempler er studier av hjernen og forståelsen av de dypere hjernestrukturer som mer primitive og muligens felles for laboratorierotter og mennesker.

Klienter illustrerer tenkningen gjennom utsagn som «Den virker ikke, doktor, kan du fikse på-knappen?». Ikke alle medisinske problemer kan løses på denne måten!

Med økende grad av kompleksitet og forståelse av feedbackmekanismer nærmer man seg det vi kaller *annen ordens tenkning*. Vi refererer gjerne til Mao Tse Tung (1969, s.112), som sa at når en kvantitativ forskjell blir tilstrekkelig stor, vil den gå over til å bli en kvalitativ forskjell.

Annen ordens tenkning er representert gjennom teoretisk kvantefysikk, systemteori og annen ordens kybernetikk, og brukes for å forstå mer komplekse, uforutsigbare og kompliserte prosesser. Som når en ung gutt sier: «Jenter bare gråter og venter at jeg skal forstå hvorfor!» Annen orden refererer til hendelser der en selv er en del av det erfarte, til fantasier, preferanser og historier. Tenkningen omfatter det relasjonelle, der vi påvirkes av de systemene vi befinner oss i, og påvirker dem tilbake. Annen ordens tenkning omfatter komplekse psykologiske fenomener som vanskelig kan reduseres til enkle kausale forståelsesmodeller. Derfor kan ikke disse fenomenene studeres ved hjelp av tradisjonelle positivistiske forskningsmodeller. Fenomenet «mening» eller «tro» vil for eksempel måtte forstås gjennom komplekse språklige systemer, kombinert med subjektiv erfaring, kroppslige tilstander og opplevelse av tilhørighet. Poenget er ikke hvorvidt det er *mulig* å redusere denne forståelsen til enkle årsak-virkning-sammenhenger, men om det er *hensiktsmessig* å gjøre det. Annen ordens tenkning åpner opp for den intuitive forståelsen, for magien, metaforene, men også meningenes og troens betydning for seksuell funksjon. Denne tenkningen gir rom for både å forstå induksjon og effekt av skam, og den gir et forståelsesgrunnlag for en av sexologiens helt grunnleggende virkemidler: tillatelse til å være som en er.

Klinisk erfaring viser at dersom en kvinne opplever seg selv som lite attraktiv, vil hun ha lengre vei å gå til egen lyst og kåtskap. Placeboeffekten er en målbar størrelse knyttet til annen ordens virkninger; dersom en mann etter kjemisk kastrasjon fortelles at han vil miste reisningen, er sannsynligheten for at nettopp det vil skje, langt større enn om han oppfordres til å fortsette å stimulere penis for å ta vare på reisningsevnen.

Utfordringene ligger i å gjøre slike forståelser tilgjengelige for andre. Det er sannsynligvis ikke mulig å operasjonalisere en fullstendig fremgangsmåte for å gjøre dette. Vi vil ofte måtte stole på vår egen opplevelse av å lykkes i forhold til å dele en forståelse eller en erfaring med ett eller flere andre mennesker. Svært mye av det som foregår i terapirommet, er knyttet til annen ordens fenomener, noe som gjør det vanskeligere å definere hva terapi er.

Psykologi som faglig tradisjon har gjennom mange år bestrebet seg på å studere psykologiske prosesser ved hjelp av metoder som baserer seg på første ordens tenkning. Positivistisk forskning har uten tvil hatt høyere status på grunn av sin kapasitet til å si noe «objektivt» om verden. Evidensbasert kunnskap har et reduksjonistisk potensial fordi annen ordens fenomener i liten grad kan fanges opp av evidensbasert forskning. Psykologisk forskning som har forholdt seg til annen ordens prosesser og som har brukt annen ordens tenkning, har i økende grad vunnet innpass, men med uklar status og med uklare kriterier for beskrivelse av hva dette er.

Annen orden forholder seg til det unike ved hvert enkelt individ og tar også høyde for de unike kvaliteter mennesket som art representerer. Annen ordens tenkning er

1. mer relasjonell enn prokreasjonell
2. mer psykologisk enn medisinsk
3. mer subjektiv enn objektiv
4. mer filosofisk enn moralsk
5. mer terapeutisk enn pedagogisk
6. mer ars erotica enn scientia sexualis
7. mer humanistisk enn naturalistisk

Ny dikotomi? Nei!

Vi betrakter ikke annen ordens tenkning i motsetning til første ordens tenkning, og heller ikke motsatt. Vi ser imidlertid at første ordens tenkning har vært dominerende i medisinsk sexologi. Annen ordens problemer kan ikke forstås, studeres eller behandles ved hjelp av første ordens idéer eller metoder. Samtidig kan ikke første ordens prosesser utelukkes når man bruker annen ordens idéer og metoder.

Et første ordens problem kan gjennom kompleks erkjennelse bli både større og vesentlig mindre avhengig av hvilken erkjennelsesmessig forståelse dette problemet tillegges.

Annen ordens problemstillinger kan sette første ordens prosesser helt til side. Vi ser dette hos personer som uten bevisst bestemmelse kopler ut seksualfunksjonen når

denne blir for kompleks til at den kan settes ut i livet. Et eksempel er resignert penis-syndrom (RPS) (Almås & Benestad, 2006), og traumatisert seksualitet.

Behandlingsetikken har sine røtter i kravet om forskningsbasert og objektiv kunnskap som grunnlag for behandlingen. Samtidig vet enhver kliniker at det hver dag kan skje noe unikt i terapi som aldri har skjedd før, og at kunnskap som tidligere var gyldig, gradvis eller plutselig kan miste sin legitimitet. Det er vår erfaring som klinikere at vi trenger både første og annen ordens kunnskap. Klinikeren utvikler kunnskap og metoder basert på klinisk praksis, basert på klinikeren som deltagende aktør. Et eksempel på dette er metoder fra psykoanalytisk behandling som har som siktemål å fjerne hemninger, oppløse spenninger og få frem undertrykte og fortrenkte impulser. Hundre år senere, når kulturen mer er preget av grenseløshet, identitetsproblemer, tilhørighetsløshet og ustabilitet, vil de gamle metodene snarere øke problemene enn avhjelpe dem.

I sexologisk virksomhet mener vi det er viktig at behandleren kan noe om biologiske prosesser som ligger til grunn for seksuelle responser, at man orienterer seg i forhold til forskning som undersøker hva som skjer i hjernen under seksuell aktivitet, at behandleren har grunnleggende kunnskap om anatomi og fysiologi, om hormonenes innflytelse på seksuell lyst, respons og tilfredsstillelse, at kirurger tar hensyn til de delene av nervesystemet som har betydning for seksuell respons, når de foretar kirurgiske inngrep som har helt andre målsettinger, og at de som skriver ut legemidler, tar hensyn til bivirkninger som kan ha betydning for seksuell funksjon og tilfredshet. Det er også viktig at alle behandlere ser hvordan man kan trigge annen ordens erkjennelsesprosesser som både kan hemme og fremme seksuell funksjon.

Feller

La oss gjøre oppmerksom på noen «feller» som en kan unngå dersom en bevisstgjør seg forskjellen mellom første og annen ordens tenkning:

1. Mennesket er bare et dyr (første ordens felle)
2. All menneskelig biologi kan studeres objektivt (første ordens felle)
3. Psykologi er ikke biologi (første ordens felle)
4. Seksualitet er ikke annet enn kommunikasjon (annen ordens felle)
5. Seksualitet er et åndelig fenomen (annen ordens felle)
6. Mannens seksualitet er enkel og lineær, kvinnens seksualitet er kompleks og sirkulær

Sexologisk tilnærming til lystproblemer

Hvilke alternativer finnes i forhold til å møte Karis problem? For det første kan man gå nærmere inn på en undersøkelse av hvordan Kari opplever og forstår problemet sitt. Manglende seksuell lyst vil alltid eksistere i forhold til noe. For mange kvinner er det slik at de har en mannlig partner som de opplever «alltid har lyst på sex», og de føler en vedvarende tilkortkommenhet i forhold til ham.

Kari kan ha lest artikler, bøker og opplysningsspalter om seksualitet og fått en forståelse av at hun burde ha mer lyst enn hun har, og hun kan også ha en forestilling som er feilaktig, men utbredt, nemlig at seksuell lyst oppstår naturlig og spontant. Når hun ikke opplever at hennes lyst verken oppstår spontant eller når mannen gjør tilnærmelser eller signaliserer at han har lyst på sex, kan Kari få en følelse av at det er noe galt med henne. Hun får som regel ikke lyst på sex av det.

Opplevelse av manglende eller redusert seksuell lyst kan være symptom på somatisk lidelse, det kan være resultat av psykiske problemer, men det kan også være et problem i seg selv. Det kan også være en kombinasjon av mange faktorer.

Vi er utdannet i en medisinsk og psykologisk tradisjon som er basert på ideer om objektive sannheter, men har i vår kliniske virksomhet observert en utvikling der disse «sannhetene» har blitt dekonstruert, og en kan og bør stille grunnleggende spørsmål ved de idéer som nå er styrende i den medisinske hverdag.

Tradisjonell første ordens tenkning i forhold til manglende seksuell lyst er fremdeles utbredt, både blant behandlere og klienter. Farmasøytisk industri søker etter «lystpillen». Idéen er vanligvis at en mangler noe, hvilket også kan være tilfellet. Noen ganger kan også tilførsel av en enkelt faktor bidra til økt seksuell lyst. Det kan være tilførsel av testosteron, men det kan også være tilførsel av mer tid, mer søvn, mer seksuell stimulering, mer oppmerksomhet, og/eller mer penger. Noen ganger finner vi forhøyet produksjon av hormonet prolaktin, det hemmer seksuell lyst. Ved å isolere enkeltfaktorer kan man i del tilfeller bidra til øket seksuell lyst. Oftest er det imidlertid mer hensiktsmessig å anvende annen ordens tenkning og se at lystproblemene kan være komplekst sammensatt. Vi har vært inne på at «lystproblemet» kan være en feilforståelse av hvordan kvinner fungerer seksuelt. Dersom en forestiller seg at seksuell lyst skal oppstå spontant hos begge parter samtidig, kan de fleste komme til å vente lenge, spesielt i en kultur der begge parter sitter i tidsklemma og mangler de fleste av de faktorene som er foreslått ovenfor.

Wenche søker hjelp på grunn av manglende lyst, men også manglende interesse for seksualitet. Wenche forteller at hun aldri har vært interessert i sex. Hun vokste opp i et kristent hjem og levde i et miljø av kristne venninner som aldri snakket om sex. Hun treffer Lars, som også har kristne verdier og som tiltrekkes av Wenches forfinete og rene vesen. De er begge enige om å ikke ha samleie før ekteskapet. På bryllupsnatten har de samleie, som ikke blir noen stor opplevelse. Sex blir en sjelden foreteelse, og de snakker aldri om det. Wenche opplever det ikke som noe problem, og tror ikke det er det for Lars heller. Når hun nærmer seg trettiårsalderen, begynner hun å føle at hun er unormal som ikke har lyst på sex, og hun lurte også på om det er noe galt med Lars, som aldri maser på henne.

Samtaler kan avsløre følgende mulige historier:

1. Det viser seg at Lars er homoseksuell, men dette er noe han har undertrykt hos seg selv frem til for et par år siden. Han har nå store problemer fordi han i økende grad er blitt bevisst og også har begynte å finne utløp for sine homoseksuelle behov.

2. Lars har et seksuelt tenningsmønster som han i det skjulte tilfredsstiller sammen med prostituerte. Dette er noe han skammer seg dypt over, han forguder derfor Wenches dydige vesen og betrakter det som en form for bot at han ikke kan ha sex med henne så ofte.
3. Wenche har aldri utviklet sitt seksuelle følelsesliv, og hun befinner seg på mange måter følelsesmessig i en barneverden. Hun drikker ikke kaffe, te eller alkohol. Hun røyker ikke, spiser svært enkel mat, sover mye, og hennes beste venninne er bestemor. Lars er svært glad i Wenche, som er en enkel person å leve med på alle andre måter enn det seksuelle. Han har en jobb som gjør at han reiser mye, og han har blitt vant til å tilfredsstille seg selv ved å onanere. Han er ikke utro, men savner fysisk nærhet med Wenche. Han synes ikke han kan mase på henne, fordi han føler at det tåler hun ikke. Han synes det er svært godt å snakke om dette med noen.

Sissel søker hjelp på grunn av manglende seksuell lyst. Hun har vært gift med Sigurd i 8 år, og de har to barn sammen. Sissel går svært opp i morsrollen, og har latt Sigurd forstå at hun prioriterer barna fremfor ham.

I samtale med Sissel kommer det frem at hun giftet seg med Sigurd fordi han var trygg og snill, men at hun aldri har vært veldig forelsket i ham, og heller ikke tent på ham seksuelt. Før hun traff Sigurd, hadde hun hatt flere stormfulle forhold med mye god sex, men også med store konflikter og mange smertefulle opplevelser. Hun erkjenner nå at det kanskje var en feiltakelse å gifte seg med Sigurd, men hun synes også det er vanskelig å skulle gå fra ham, fordi de har to barn sammen, og på alle andre måter et godt liv.

Dorte representerer en annen stor og viktig gruppe kvinner som søker hjelp for seksuelle lystproblemer. Hun er gift med Harald, de har tre barn sammen og har vært gift i 15 år. For fem år siden begynte Dorte i terapi på grunn av depresjon. Hun gikk i behandling i to år, og hadde et opphold ved Modum bad. I løpet av denne behandlingen ble det klart for henne at hennes problemer i stor grad hang sammen med at både hun og hennes søster hadde vært seksuelt misbrukt av sin far. Faren døde et par år før hun begynte å utvikle depresjon, som hun i utgangspunktet tolket som en slags forsinket sorgreaksjon. Dorte forteller at hun egentlig alltid har visst og husket at hun hadde vært seksuelt misbrukt, men hun hadde aldri tenkt at det hadde gjort henne noe. Hun stengte inne alle følelser, og fungerte tilsynelatende greit sammen med Harald, men hun hadde aldri noen glede av seksualiteten, selv om hun var glad i Harald og satte pris på den kroppslige nærheten.

Det er sannsynligvis ikke vanskelig å se at disse historiene beskriver problemer som krever ganske ulike terapeutiske tilnærminger. Overfladisk sett, og ut fra diagnostiske kriterier, representerer alle disse historiene samme problem: F52: Manglende seksuell lyst.

Gunn har en litt mer sjelden historie. Hennes seksuelle lyst har tidligere vært normal, men i løpet av de siste par årene har lysten gradvis blitt borte. Legen hennes tar de vanlige blodprøvene, men finne ikke tegn på stoffskifteproblemer eller andre

sykdomstilstander som kan forklare den manglende lysten. Han sender henne til spesialist i klinisk sexologi. Sexologen tar en prøve til. Det viser seg at Gunn har svært forhøyet prolaktinnivå i blodet. Sexologen henviser Gunn til skanning av hjernen, og det viser seg at hun har en hypofysetumor, som må fjernes kirurgisk.

Det er flere somatiske tilstander som kan gi problemer med seksuell lyst. Mange medikamenter har lystproblemer som bivirkning, og selv om man i enkelte tilfeller kan avhjelpe problemene ved å endre type medisiner, er det mange tilfeller der seksuell lyst krever behandling på et psykologisk og/eller sexologisk nivå, selv om problemene skyldes somatisk sykdom.

Dersom vi ser på de historiene vi har nevnt ovenfor, vil Dorte og Harald kunne ha nytte av seksualterapi med sikte på å etablere seksualitet på egne premisser, der en tar hensyn til at Dortes seksualitet i utgangspunktet har vært traumatisert og ikke kunnet utvikle seg på vanlig vis (Almås & Benestad, 2004a; 2004b).

Sissel vil sannsynligvis ha mest behov for rådgivning eller familieterapi for å finne ut av om hun ønsker å fortsette samlivet med Sigurd. Dersom hun ikke i utgangspunktet har lyst til å være kjæreste med Sigurd, er det lite grunnlag for å starte seksualterapi. Det kan i slike saker ofte være vanskelig å skille mellom lyst til å ha lyst og egentlig lyst til å ha sex med en partner. Sissel har lyst til å ha lyst til å ha sex med Sigurd fordi de har et så godt liv sammen, men Sigurd møter henne ikke på noen av de områdene som gjør at hun blir seksuelt opphisset. Sissel kan ha utviklet et uhenksommessig seksuelt tenningsmønster, som forutsetter konflikt og vold, og kan også trenge hjelp gjennom individualterapi for å få tak i andre seksuelle tenningsmønstre.

Wenche og Lars vil ha ulike behov for behandling avhengig av hvilken historie som kommer frem. Mange homoseksuelle menn lever i ekteskap av denne typen, men mange velger etter hvert å etablere seg på en mer ærlig måte.

Det er også mulig å få hjelp til forvaltning av vanskelige og utfordrende seksuelle tenningsmønstre. Kanskje har Lars forvaltet det på en etter forholdene bra måte, men han er ulykkelig over det han opplever som misbruk av kvinner som han føler er tvunget til å prostituere seg, og han får heller ikke noe egentlig forhold til Wenche.

I den siste historien om dem, der Wenche er eksempel på kvinner som ikke er følelsesmessig modne for voksen seksualitet, vil det i første omgang være nødvendig med individualterapi som fremmer følelsesmessig modning, og i neste omgang seksualterapi for både henne og Harald.

Gunn kan være heldig og oppleve at seksualiteten hennes vender tilbake til det gamle mønsteret når tumoren forsvinner, men mange opplever at det å gå gjennom en slik krise aktiverer problemer som tidligere har vært undertrykt, og det kan være viktig at fastlegen er spørrende i forhold til hennes generelle situasjon når hun skrives ut fra sykehuset etter operasjonen. Gunn kan også bli sittende fast i mønstre hun har utviklet i denne perioden da hun har vært uten lyst.

Dette er noen eksempler på den kompleksiteten som kan skjule seg bak diagnose F52: Redusert eller manglende seksuell lyst. Tradisjonell biomedisin og første ordens forståelse av problemer som presenteres for behandlingsapparatet, er basert på at en diagnose også er en pekepinn for hva slags behandling man skal iverksette. Det investeres i dag mange penger i forskning som søker å finne det medikamentet som kan imøtekomme kvinners seksuelle problem nummer én: manglende seksuell lyst. Legemiddelindustrien har tjent enormt på PDE5-hemmerne Viagra, Cialis og Levitra, som bidrar til at menn med ereksjonsproblemer kan opprettholde ereksjonen. Hos kvinner tilsvares dette problemer med lubrikasjon, og det kan være en god hjelp for mange å få behandling for slike problemer. Seksuell lyst befinner seg imidlertid på et annet nivå. De mennene som har nytte av PDE-5- hemmere, har i utgangspunktet ikke problemer med seksuell lyst, men med seksuell prestasjon. Det er viktig å være klar over dette skillet.

Skal en hjelpe personer med lystproblemer, er det nødvendig å bruke både første og annen ordens tenkning. Dette innebærer ikke bare fleksibilitet i forhold til egen tilnærming, men også evne og vilje til å gjøre bruk av andre behandleres kompetanse. Man kan komme langt ved hjelp av psykologiske og sexologiske metoder, men i noen tilfeller kan medikamentell behandling være til god hjelp. Mange ganger er fysioterapi den viktigste behandlingen, fordi en trenger hjelp til å få kontakt med kroppen sin. Det ideelle er i de fleste tilfeller at en samlet vurdering kommer frem til den optimale kombinasjon av kompetanse for å behandle et gitt problem. Dette er mange fagpersoner enige om allerede (Basson, 2000). Problemet er i de fleste tilfeller at helsevesenet er organisert på første ordens premisser, og at de samme premissene legges til grunn for den videre utviklingen med kravet om utelukkende evidensbasert behandling som et dystert eksempel. Det er en utfordring å gjøre helsebyråkrater og politikere oppmerksomme på annen ordens prosesser for å få til en større grad av tverrfaglig arbeid for å møte og behandle mennesker med komplekse problemer. Sannsynligvis er dette en større utfordring for helsevesenet, men kanskje nærmer vi oss det punktet der en kvantitativ forskjell blir en kvalitativ forskjell?

Elsa Almås

Grimstad MPAT institutt

Storgaten 40/42

4876 Grimstad

Tlf. 37 25 81 00

E-post elsa.almaas@sexologi.com

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 6, 2008, side 757-763

TEKST

Elsa Almås, professor i sexologi

+ Vis referanser

Referanser

- Almås, E. & Benestad, E. (1993). Behandling av problemer i kaos. Fokus på familien, 4, 211-232.
- Almås, E. & Benestad, E. (1997). Væren i systemene. Fokus på Familien, 3-4, 207-221.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2004). Les concepts «expirés» et «inspirés» de la sexualité/ Expired and inspired concepts of sexuality. Sexualities, Janvier-Fevrier-Mars, Vol XI, No 39.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2004a). Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 1: Teoretisk bakgrunn. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41, 2-9.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2004b). Behandling av seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 2: terapeutisk tilnærming. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41, 188--194.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P (2006). Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 51-65.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry, 137, 535-544.
- Foss, L. & Rothenberg, K. (1990). Fra biomedisin til infomedisin. København: Munksgaard Forlag.
- Graziottin, A. & Castoldi, E. (1999). Sexuality and breast cancer: A review. Grand master lecture 7. New perspectives in the management of female sexual dysfunction. October 22-24. Boston, Massachusetts: Boston University School of Medicine.
- Mao Tse-Tung (1969). Skrifter i urval: Om motsigelsen. Göteborg: Danelius Forlag.
- WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Guidelines. Genève: World Health Organization.
- Ravn, I. B. (Red.) (1991). De nye videnskabers ord. 200 opslag fra attraktor til økosystem. København: Munksgaard, /Rosinante.