

APPETIZER: Som vi alle ved, stiger antallet af kronisk syge. Vi ser dem som minimum en gang om året til årskontrol, men husker vi også snakken om deres sex- og samliv? Læs med i denne artikel, og bliv klædt endnu bedre på til at tage samtalen om seksualitet.

Af Jesper Bay-Hansen

Skal dine patienter med kronisk sygdom også have et godt sex- og samliv?

Enhver kronisk eller alvorlig sygdom kan påvirke sexlivet i negativ retning (1). Det er imidlertid kun 19 % af danskerne, der inden for de seneste fem år har talt om seksuelle spørgsmål eller problemer med en fagperson i sundhedsvæsenet, fx en sygeplejerske, læge eller jordemoder (2). I tre ud af fire tilfælde havde patienten selv bragt emnet på banen – det er da tankevækkende (2).

Ofte er både patienten og sundhedspersonen tilbageholdende med at adressere den seksuelle trivsel og sundhed – eller mangel på samme, hvilket ofte beskrives som et tovejstabu (1, 3). Hvis patienten ikke selv bringer emnet op, er det en rigtig god idé, at du som sundhedsprofessionel spørger ind til patientens seksuelle trivsel, så du kan få et indtryk af, om der er seksuelle problemer og dysfunktioner, som patienten ønsker hjælp til at håndtere.

Sådan motiverer du dig selv til at bryde tabuet

Jeg er af den overbevisning, at vi som klinikere ikke bringer et følsomt og penibelt emne op i samtalen med patienten, medmindre vi klart kan se formålet med det. Men når vi tydeligt kan se vigtigheden heraf, vil vi være mere tilbøjelige til at overvinde en indre modstand og spørge ind til et tabuiseret emne som seksualitet. Samtalen om seksualitet er vigtig, og det er den af mange grunde (se tekstboks).

TI CODE GRUNDE TIL AT INITIERE SAMTALEN OM SEKSUALITET

1. Samtalen om seksualitet er klinikerens vigtigste værktøj i alle konsultationer, hvor patientens sex- og samliv er under pres eller præget af seksuelle problemer og dysfunktioner. (Ved en seksuel dysfunktion forstås et vedvarende eller tilbagevendende seksuelt problem, der belaster patienten/parret og kan diagnosticeres, fx erektil dysfunktion, ejakulatorisk dysfunktion og orgasmisk dysfunktion).
2. Sexlivet er for praktiske formål altid påvirket ved kroniske, alvorlige eller langvarige sygdomme og lidelser. Det kan være somatiske sygdomme som diabetes, hjerte-lungesygdomme, hudsygdomme, kræft, gigtsygdomme, gynækologiske lidelser, kroniske smertetilstande eller sexsygdomme (1). Eller det kan være psykiske sygdomme som depression, angst, personligheds- og spiseforstyrrelser eller i forbindelse med fysiske og psykiske handicaps.



Biografi

Jesper Bay-Hansen er speciallæge i almen medicin og specialist i klinisk sexologi og har dertil en amerikansk uddannelse i positiv psykologi (CiPP). Er underviser og foredragsholder og har desuden en privat samtaleklinik. Har udgivet adskillige bøger om seksualitet, trivsel samt livets forskellige følelser, herunder lyst, lykke, kærlighed, jalousi og medglæde.

Kontakt

jesper-bay-hansen@dadlnet.dk

3. Seksuelle problemer afspejler sig i både seksualfunktionen, kønsidentiteten og sex- og samlivet.
4. Partneren til et menneske med en seksuel dysfunktion er som regel også påvirket.
5. Partneren kan ikke alene være medlidende, men kan også være en del af ætiologien til et seksuelt problem og dermed være en del af løsningen.
6. En kronisk sygdom eller lidelse og medicin til behandling heraf kan hver for sig påvirke seksualiteten.
7. Seksuelle bivirkninger til medicin kan ofte ikke forklare alle patientens seksuelle problemer fuldt ud. Derfor er det vigtigt at spørge til, om partneren også har problemer af seksuel karakter – samt til sex- og samlivet forud for opstart af medicin, der kan påvirke patientens seksualfunktion.
8. Det er nødvendigt at tale om seksualiteten før, under og efter opstart af medicin, der indebærer risiko for seksuelle bivirkninger – samt før og efter kirurgisk behandling, strålebehandling og anden non-farmakologisk behandling, der kan påvirke patientens seksualfunktion negativt.
9. Det er nødvendigt at spørge til sex- og samlivet af hensyn til patientens livskvalitet, risikoadfærd, compliance, sygdomsudvikling og prognose.
10. Endelig kan en patient – som et meget opløftende faktum – bruge sin seksualitet til at have nydelsesfuld intimitet med en partner og derved for en tid stemple ud af sygerollen – og det kan løfte patientens (og partnerens) resiliens, dvs. stressrobusthed.

Sådan kan du spørge uden at intimidere patienten

Vi lever i en tid, hvor frygten for at overskride andres grænser fylder meget for mange mennesker. Det gør det ikke nemmere at bringe et følsomt emne som seksualitet op. Jeg vil ikke desto mindre hævde, at du kan komme langt ved at invitere patienten til en samtale om, hvordan en given sygdom eller lidelse har påvirket seksualiteten samt sex- og samlivet.

Som sundhedsperson kan du strukturere samtalen om seksualitet på forskellige interventionsniveauer. Dr. Jack S. Annon's lineære PLISSIT-model beskriver fire forskellige niveauer:

- Tilladelse (*Permission*)
- Begrænset information (*Limited Information*)
- Specifikke forslag (*Specific Suggestions*)
- Intensiv terapi (*Intensive Therapy*) (3, 4, 10).

De fire samtale- og interventionsniveauer går igen i den senere udviklede og udvidede (eng. EXtended) udgave af modellen, EX-PLISSIT (5, 6). I den cykliske EX-PLISSIT-model kan terapeuten bevæge sig fra ét samtaleniveau til et andet og tilbage igen. Og på hvert niveau beder terapeuten/sundhedspersonen om patientens tilladelse, permission, inden terapeuten/sundhedspersonen giver patienten



en begrænset information, kommer med specifikke forslag eller tilbyder intensiv terapi. Derved inviteres patienten løbende til at dele sine tanker og følelser som en værdifuld feedback til terapeuten/sundhedspersonen. Sexologisk rådgivning med afsæt i PLISSIT- eller EX-PLISSIT-modellen er vist at være effektivt i forbindelse med håndtering af seksuelle dysfunktioner i klinikken, ligesom rådgivning med afsæt i en af disse modeller kan bedre patienternes seksualfunktion, tilfredsheden med sexlivet og kommunikationen i samlivet. (6). Inspireret af PLISSIT- og EX-PLISSIT-modellerne vil jeg fremhæve følgende elementer som særligt vigtige for, hvordan du kan spørge uden at intimidere patienten:

- *Spørg om lov* til at tale om seksuel trivsel og sundhed, eksempelvis: "Vil det være okay, hvis vi taler om dit sex- og samliv de næste par minutter?".
 Eller: "Jeg vil gerne invitere dig til at tale om seksuelle problemer, du måtte have, fordi de kan have sammenhæng med din sygdom eller den behandling, du får. Er det noget, du kunne have brug for?"
- *Forklar, hvorfor du spørger, og få et indtryk af lidelsespresset.* "Når jeg spørger dig, er det, fordi jeg bedst kan hjælpe dig, hvis jeg ved, om du har seksuelle problemer – og hvis du har problemer, hvor meget de belaster dig og din partner (= lidelsespresset) (3).
 Et seksuelt problem kan påvirke et menneske i større eller mindre grad. I hvor høj grad påvirker problemet dig? Og i hvor høj grad påvirker det din partner? Og hvordan viser det sig i jeres samliv?"
- *Normaliser forekomsten af seksuelle problemer* i forbindelse med patientens sygdom. "Mange mennesker med din sygdom (eksempelvis hjerte-kar-sygdom, diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, kræft, depression) har nedsat lyst eller problemer med at gennemføre en ønsket seksuel aktivitet, fx samleje. I hvilket omfang gælder det dig?"



- *Eksemplificer, hvorfor det er relevant.* ”Jeg kan bedst hjælpe og rådgive dig, hvis jeg ved, om du har seksuelle problemer. Det kan for eksempel være noget, vi skal tage hensyn til i forbindelse med valg af medicin og anden behandling.”
- *Giv nogle få specifikke forslag* til, hvordan et seksuelt problem kan håndteres, eksempelvis: ”Med tanke for din sygdom og dit problem med tørhed af skeden og nedsat nydelse vil jeg foreslå dig at bruge en glidecreme og overveje, hvordan forspillet fungerer bedst for dig, og tale med din partner om det. Hvordan lyder det i dine ører?”
- *Del dine overvejelser for og imod involvering af klinikkens læge (eller viderehenvisning).* Det kan være i situationer, hvor du identificerer et seksuelt problem eller en seksuel dysfunktion, du ved kræver lægelige eller klinisk sexologiske kompetencer eller en tværfaglig indsats. Eller det kan være i situationer, hvor gængs behandling, med eksempelvis potenspiller og uretralcreme mod erektil dysfunktion, ikke har virket godt nok. Spørgsmålet til patienten kan formuleres således: ”Dit problem med at holde rejsningen er nu forsøgt behandlet med tre forskellige potenspiller, to af dem endda i kombination, så jeg overvejer, om du skal vende det med lægen. Hvad tænker du om det?”
Dette vil være en meget respektfuld måde at spørge på, idet det skal være tilladt at have et (uløst) seksuelt problem, som man for nuværende ikke ønsker (yderligere) hjælp til.

Livlinen til dig, der træder ud af din komfortzone

Noget af det mest ubehagelige, man som sundhedsprofessionel kan opleve, er, at ens faglige kompetencer ikke rækker. Det genererer en følelse af utilstrækkelighed og viser sig ofte ved, at samtalen går i stå. Hvad er livlinen i denne situation? Indledningsvis må du give dig selv *tilladelsen til at være menneske*, et udtryk, jeg har lånt af en af mine amerikanske undervisere i positiv psykologi, Tal Ben-Shahar (14). Til denne tilladelse hører, at du ikke skal vide alt. Du kan faktisk ikke vide alt. I min private samtaleklinik bliver jeg – som ESSM-certificeret specialist i klinisk sexologi – med mellemrum også præsenteret for seksuelle problemer, jeg aldrig har mødt eller hørt om før. Her er mit bedste råd todel:

”

Noget af det mest ubehagelige, man som sundhedsprofessionel kan opleve, er, at ens faglige kompetencer ikke rækker. Det genererer en følelse af utilstrækkelighed og viser sig ofte ved, at samtalen går i stå.

For det første må du gøre dit bedste for at favne din faglige utilstrækkelighed med både selv-kærlighed og autenticitet – med andre ord: Accepter, at du ikke kan vide alt, og vær ærlig over for patienten. ”Lige det her ved jeg faktisk ikke noget om, men jeg vil meget gerne høre mere om dit problem, og hvordan det påvirker dig/er, så vi sammen kan undersøge, hvordan vi bedst griber det an”.

For det andet kan det bibringe samtalen om et seksuelt problem en lethed og samtidig anviser veje at gå, hvis du ikke kun spørger ind til alt det problematiske, dysfunktionelle og patogenetiske, men også stiller såkaldte salutogenetiske spørgsmål, som handler om alt det, der allerede fungerer godt nok, godt eller rigtig godt. Eksempelvis: ”Hvornår har du lyst nok til at engagere dig i sex?” Eller: ”Nu har vi talt rigtig meget om alt det svære og



problematiske i dit parforhold, og jeg bliver nysgerrig på, hvad der egentlig beriger jeres samliv, som du oplever det lige nu?”. Når patienten på denne måde inviteres til at tale om alt det velfungerende og berigende, vil du som sundhedsperson få et indtryk af patientens subjektive opfattelse af seksuel sundhed og trivsel – og patienten vil ofte, som en ikke uvæsentlig sidegevinst, selv tale sig frem til mulige måder at håndtere sex- og samlivsmæssige udfordringer og problemer på.

Vær bevidst om at møde patienten uden forudindtagetthed og fordomme. Din patient har ikke nødvendigvis en partner, er ikke nødvendigvis heteroseksuel, tilfredsstillende ikke nødvendigvis sig selv osv. Vær endvidere bevidst om, at dit valg af ord kan lette samtalen eller genstarte samtalen, der er gået i stå. I stedet for udelukkende at fokusere på et rejsningsproblem, kan du for eksempel spørge: ”Jeg har nu hørt en del om dit rejsningsbesvær, og jeg bliver nysgerrig på, om du kan beskrive en situation, hvor du oplevede at have en tilstrækkelig rejsningskvalitet eller måske ligefrem fik en kvalitetsrejsning?”. Således kan en salutogenetisk tilgang til patienten i almen praksis gøre samtalen med patienten mindre tung og føre til nye resultater ved at styrke patientens oplevelse af at lykkes og have indflydelse på sin egen situation (7).

Fem spørgsmål til afdækning af patientens seksualfunktion

De fleste sundhedspersoner vil rigtig gerne gøre en forskel i forhold til patienter med kronisk sygdom og disse patienters seksuelle trivsel og sundhed. Her er seksualfunktionen helt central, idet kronisk eller alvorlig sygdom kan føre til seksuelle dysfunktioner som nedsat lyst, rejsningsproblemer, nedsat lubrikation ►

og tørhed i skeden, samlejesmerter og hæmmet orgasme. Mange sundhedspersoner er dog i tvivl om, hvordan der præcist kan spørges hertil.

ASEX – *The Arizona Sexual Experiences Scale* – er vist at være en brugbar og pålidelig måde at spørge på i klinikken, fx i forbindelse med kronisk, somatisk eller psykisk sygdom og ved behandlingsudløste seksuelle dysfunktioner (8). I ASEX stilles der fem åbne spørgsmål til de vigtigste aspekter af seksualfunktionen, og patientens svar scores med point (se tekstboks).

THE ARIZONA SEXUAL EXPERIENCES SCALE

ASEX består af fem spørgsmål til afdækning af forskellige aspekter af seksualfunktionen. Spørgsmålene lyder:

1. Lyst: Hvor stor er din seksuelle lystfølelse?
2. Seksuel ophidselse: Hvor nemt har du ved at blive seksuelt ophidset?
3. For manden: Hvor nemt har du ved at få og bevare en rejnsning? For kvinden: Hvor nemt har du ved at blive våd?
4. Orgasmevnen: Hvor nemt har du ved at få en orgasme?
5. Seksuel tilfredshed: Hvor tilfredsstillende er dine orgasmer?

Hvert spørgsmål kan – med stigende sværhedsgrad af det seksuelle problem – gives en score på mellem 1 og 6 point, således at pointsummen ender et sted imellem 5 og 30 point.

Spørgsmål til patientens seksualfunktion kan med fordel suppleres med spørgsmål til, hvordan patienten har det med sin egen krop. Mange patienter med kroniske eller alvorlige sygdomme som bryst-, prostata- og peniskræft har nemlig en negativ opfattelse af egen krop og seksuelle formåen, og det går meget ofte ud over lusten og selvtiltiden på det seksuelle område.

Om tilbagetrækning, dobbelt tilbagetrækning og partnerinddragelse

Det er intuitivt nemt at forestille sig, hvorfor en kronisk sygdom, der påvirker seksualfunktionen negativt, også præger parforholdet og dermed samlivet. De psykoseksuelle følger for det enkelte menneske og for parret kan være mange og komplekse. I den sammenhæng er der flere forhold, du som sundhedsperson bør kende til og være opmærksom på. Det er naturligt, at en patient med en seksuel dysfunktion reagerer med tilbagetrækning fra eller undgåelse af situationer, der indebærer eller lægger op til intimitet. En mand med diabetes og rejsningsbesvær udtrykte det med disse ord i min klinik: "Jeg tager ikke længere initiativ til sex og går først i seng, når jeg kan høre min hustru sove, for det er ikke sjovt at forsøge at gennemtvinge sex, når jeg på forhånd ved, det ender med et seksuelt selvmål." Hos patienter med depression – og hos patienter med eksempelvis diabetes, iskæmisk hjertesygdom eller epilepsi og med samtidig depression, dvs. komorbiditet – er tilbagetrækningen ofte udtalt. Det skyldes blandt an-

det, at mennesker med depression i forvejen har en tendens til tilbagetrækning fra eller undgåelse af sociale situationer – en tendens, der kun forstærkes, hvis patienten samtidig har en seksuel dysfunktion.

Også patientens partner kan reagere med tilbagetrækning. Det kan skyldes partnerens usikkerhed og manglende lyst til at tage initiativ til nærhed og intimitet, fordi det indebærer en risiko for afvisning. Partnerens manglende lyst til at tage initiativ kan også skyldes, at partneren nødt vil sætte sin elskede i en ubehagelig eller penibel situation, hvor vedkommende bliver nødt til at afslå initiativet. Når både patienten og patientens partner reagerer med at trække sig fra emotionel og/eller fysisk kontakt, kan det beskrives som *dobbelt tilbagetrækning* – et fænomen, der også kan udspille sig, når begge parter har en seksuel dysfunktion.

Det bringer mig frem til et andet vigtigt forhold, du bør være opmærksom på som sundhedsprofessionel. En seksuel dysfunktion hos en patient med eller uden kronisk sygdom kan som tidligere nævnt hænge sammen en seksuel dysfunktion hos patientens partner. En kvinde med nedsat eller helt manglende sexlyst kan eksempelvis have dette problem på grund af en seksuel dysfunktion hos partneren.

Som en midaldrende kvinde i min klinik en gang udtrykte det: ”Hvorfor stille op til sex, når festen er forbi, inden den er startet?”. Denne kvinde var i parforhold med en jævnaldrende mand med diabetes, rejsningsbesvær og tidlig sædafgang. Husk derfor at inddrage patientens partner i samtalen med en patient – et fænomen, der kaldes *partnerinddragelse* (9). Det kan du eksempelvis gøre ved at spørge patienten til, om vedkommendes partner også har seksuelle problemer og i bekræftende fald spørge ind til karakteren af disse. Seksuelle problemer og dysfunktioner hos partneren kan således være en del af ætiologien til din patients seksuelle problem og dermed være en del af løsningen.

Også singler med kronisk sygdom kan reagere med tilbagetrækning fra eller undgåelse af situationer, der indebærer eller lægger op til intimitet. Særligt unge mennesker kan have det rigtig svært og for eksempel miste lysten til sex eller undlade at date pga. et negativt kropsbillede og negative selvsamtaler med dårligt selvværd til følge. Her er det vigtigt at huske på, at et negativt kropsbillede starter i hovedet, ikke i spejlet. Terapeutisk kan man undersøge, hvad der fastholder og vedligeholder det negative kropsbillede samt se på forhold af betydning for opbygning af selvværd (10, 11).

En kronisk sygdom bliver nemt en kile i parforholdet

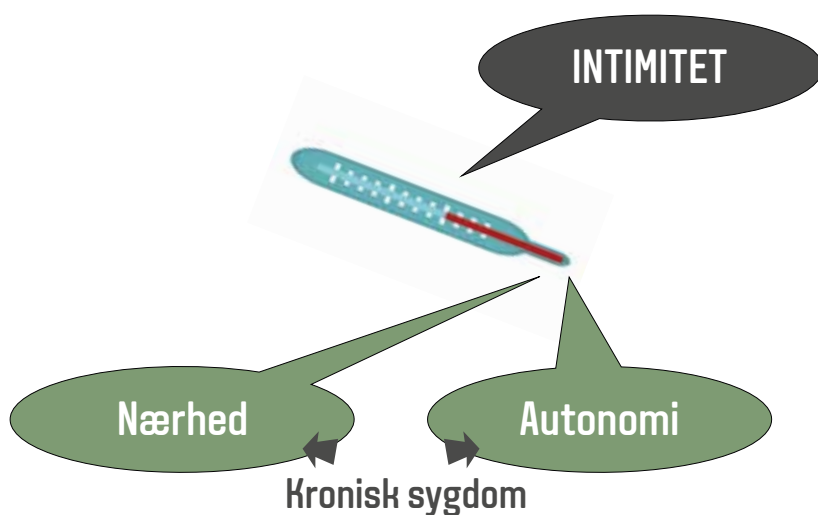
Når en patient og/eller dennes partner reagerer med tilbagetrækning, går det ud over den følelsesmæssige og fysiske nærhed, og det kan få negative følger for intimiteten. Det gælder især patienter og par, der har svært ved at tale om deres følelsesmæssige og seksuelle ønsker, længsler, behov og afsavn. Mange patienter har det svært med at tale om sådanne emner derhjemme. En kronisk sygdom kan synliggøre dette og accentuere vigtigheden af, at patienten/parret lærer at

”

Særligt unge mennesker med kronisk sygdom kan have det rigtig svært og for eksempel miste lysten til sex eller undlade at date pga. et negativt kropsbillede og negative selvsamtaler med dårligt selvværd til følge.

sætte ord på sine/deres følelser og på, hvad sygdommen gør ved kroppen, seksualiteten og samlivet. Det opløftende budskab er, at samtalen om seksualitet er en færdighed, der kan trænes og faciliteres af klinikerne i almen praksis – eller om nødvendigt med hjælp fra en psykolog, klinisk sexolog eller parterapeut.

Dertil kan en kronisk sygdom af patienten opleves som et angreb på autonomien. Fra at føle sig uafhængig af andre og/eller af medicin kan en patient med kronisk sygdom blive afhængig af andres hjælp, herunder partnerens hjælp, og af medicin, som det for eksempel ses, når manden med erektil dysfunktion har brug for potensmedicin forud for sex, eller hos patienten med kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL, der har behov for et sug hurtigtvirkende bronkieudvidende medicin forud for seksuel aktivitet. En sådan planlægning af sex er nødvendig for mange og kan begrænse eller umuliggøre muligheden for *spontan sex*, så *planlagt sex* bliver måden, parret kan være sammen på. Af en del patienter opleves det som af-erotiserende og mindre tilfredsstillende, hvilket er noget, man som sundhedsperson med fordel kan spørge direkte til, i erkendelsen af at det er yderst subjektivt, hvordan patienten og parret har det med planlagt sex versus spontan sex. En sådan samtale kan få indflydelse på valg af behandling. En mand med erektil dysfunktion, der behandles med potensmedicin *on demand* (sildenafil, tadalafil, vardenafil eller avanafil), kan eksempelvis genvinde sin seksuelle frihed



Figur 1. En kronisk sygdom kan ikke alene kompromittere patientens seksualfunktion, men også opføre sig som en kile i parforholdet. Det skyldes ofte, at sygdommen får patienten – og dennes partner – til at trække sig fra "det svære" i samlivet, og det vil gå ud over den følelsesmæssige og fysiske nærhed. Dertil vil sygdommen af patienten opleves som et angreb på autonomien. Tager man temperaturen på patientens og parrets samliv ved at spørge ind til den kroniske sygdoms effekter på samlivet, vil intimiteten i mange tilfælde skrante. For patienter, der må sætte deres sexliv på pause for en tid pga. sygdommen eller behandlingen heraf, er det særlig vigtigt, at parret så vidt muligt bevarer nærheden og intimiteten, for det gør det meget nemmere at genoptage sexlivet, når det igen bliver muligt. Simple råd som at blive ved med at kysse og kramme kan have stor effekt. Det samme kan det regelmæssigt at tjekke ind på hinanden følelsesmæssigt, hvilket den amerikanske psykolog John Gottman kalder *Bids for Connection* – et råd, Gottman har underbygget med forskning [12].

til at tage initiativ til sex, hvis han i stedet for behandling *on demand* gives en fast behandling med tadalafil 5 mg daglig. På en sådan fast behandling vil mandens partner også kunne blive initiativtager til spontan sex, da sex ikke længere kræver forberedelse i forhold til medicinindtagelse forud for sex.

Patientens autonomi kan endvidere være svækket på grund af manglende selvbestemmelse, som det ses hos hjertepatienten, der ordineres en betablokker og modvilligt spiser denne som ordineret, eller som det ses hos depressionspatienten, der modvilligt tager et SSRI-præparat og går i samtaleterapi. En kronisk sygdom kan således opføre sig som en kile i parforholdet og påvirke både nærheden og autonomien negativt, hvilket vil gå ud over intimiteten (se figur 1).

Forhold af betydning for patientens/parrets mestring

Det er ikke ligegyldigt, hvornår i livet en kronisk sygdom rammer patienten. For eksempel debuterer type 1-diabetes (kronisk autoimmun sygdom, hvor kroppen ikke længere producerer det livsvigtige insulinhormon) oftest i en ung eller yngre alder. Det betyder, at patientens type 1-diabetes typisk går forud for det etablerede parforhold. Når patienten senere i livet finder sig en partner, vil vedkommende tilvælge "hele pakken", dvs. et menneske med diabetes, og vil således indstille sig på dette og være parat til at give den nødvendige omsorg og støtte (13). Type 2-diabetes diagnosticeres derimod ofte i etablerede forhold/ægteskaber, hvor parret ikke er forberedt på kronisk sygdom. Her vil mange patienter/par have svært ved at tilpasse sig og håndtere de samlivsmæssige og seksuelle udfordringer, sygdommen forårsager (13). Forskning viser endvidere, at både kvinder og mænd med diabetes mere sandsynligt oplever seksuelle problemer, hvis de har svært ved at acceptere og håndtere deres sygdom (13, 14). Det gælder formentlig, uanset hvilken kronisk sygdom, der rammer patienten. Her kan sundhedspersonen gøre en forskel ved at støtte patienten i sygdomsaccept – og sammen med patienten finde hensigtsmæssige måder at behandle og mestre sygdommen på. I den forbindelse er det vigtigt ikke kun at tænke i medicinske løsninger, men også at inkludere non-farmakologiske tiltag. En recept på en potenspille bør eksempelvis altid ledsages af et råd om at lave bækkenbundsøvelser og en instruktion i, hvordan manden kan lave disse, og det skal sikres, at han laver dem korrekt (9).

Blomstring ved kronisk sygdom

Lad mig afrunde denne artikel med et meget opløftende budskab: Kronisk sygdom kan bane vej for det vigtige psykologiske fænomen *blomstring*.

Det kan utvivlsomt være svært og problematisk at få en kronisk sygdom, der går ud over livsglæden og sex- og samlivet og risikerer at forkorte ens liv. Denne modstand og smerte rummer imidlertid et ofte overset potentiale for, at patienten (og parret) udvikler sig i modstanden og ender med at opleve såkaldt posttraumatisk vækst (eng. *Post-Traumatic Growth*, PTG), også kaldet blomstring (14).



I en travl hverdag i almen praksis er det forbløffende nemt at lade sig forblænde af patientens helbredsmæssige og seksuelle problemer, om end mange patienter undervejs i mestringsen af deres kroniske sygdom samtidig oplever flere positive forandringer, der må opfattes som blomstring eller miniblomstring. Det kan være patienten, der erfarer, at sex kan være andet og mere end samleje. Eller det kan være parret, der lærer at tale om alt det svære og belastende og ender med at føle sig følelsesmæssigt meget tættere.

Sådanne positive transformationer af psykologisk karakter kan du understøtte patienten i at opleve. Forskning viser eksempelvis, at bl.a. oplevelsen af social støtte, optimisme og problemfokuseret mestring er associeret med posttraumatisk vækst hos mennesker med type 2-diabetes (14, 15). Her kan klinikerens støtte patienten ved at supplere den vanlige udredning og behandling af en kronisk sygdom med såkaldte *positivpsykologiske interventioner* (PPI), hvorved forstås interventioner, dvs. aktiviteter, der har potentialet til at berige patientens liv og løfte patientens sundhed og trivsel (14). I en klinisk sexologisk kontekst kan PPI handle om alt fra bækkenbundsøvelser, selvundersøgelse og sensualitetstræning til taknemmeligheds- og sætningsfuldendelsesøvelser (9, 11, 14).

Figur 2. Sætningsfuldendelse (eng. sentence completion) er en intervention, som udmærket kan bruges i klinisk praksis til at facilitere patientens selvforståelse og mestringsmuligheder for derigennem at understøtte den personlige udvikling (11). Teknikken går ud på at starte med en ufuldstændig sætningsstamme, som patienten får til opgave at fuldende på 6-10 forskellige måder, så der laves hele, grammatisk korrekte og meningsfulde sætninger (11). Øvelsen kan laves med en patogenetisk sætningsstamme, hvor der tages udgangspunkt i det seksuelle problem – eller med en salutogenetisk sætningsstamme, der adresserer, hvad der skal til, for at patientens seksuelle tilfredshed, trivsel og sundhed kan løftes.

SÆTNINGSFULDENDELSØVELSER TIL INSPIRATION

Instruks til patienten:

Fuldend disse sætninger på 6-10 forskellige måder

Hvis mit seksuelle problem skulle belaste mig 3 % mindre, skulle jeg ...

Hvis min seksuelle tilfredshed, trivsel og sundhed skulle løftes 3 %, skulle jeg ...

En afsluttende opfordring: Tag bladet fra munden

Hvis dine patienter med kronisk sygdom også skal have et godt sex- og samliv, må du bringe emnet op i konsultationen, fx i forbindelse med en behandlings- eller årskontrol. Den store danske undersøgelse, Projekt Sexus (2017-18), viser, at 88 % af danske mænd og 73 % af danske kvinder angiver, at det er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv i form af onani eller seksuelt samvær med et andet menneske (2). Det er imidlertid kun 19 % af danskerne, der inden for de seneste fem år har talt om seksuelle spørgsmål eller problemer med en fagperson i sundhedsvæsenet, fx en sygeplejerske, læge eller jor-

demoder (2). I tre ud af fire tilfælde havde patienten selv bragt emnet på banen (2). Det må vi kunne gøre bedre!

Samtalen om seksualitet er vores vigtigste redskab i klinikken, og jeg håber, at du med denne artikel har fået ny inspiration til og konkrete bud på, hvordan en sådan samtale kan initieres og forløbe. Husk, at seksualiteten for praktiske formål altid er påvirket ved kroniske, alvorlige eller langvarige sygdomme og lidelser. Det viser sig ikke alene i seksualfunktionen, men også psykoseksuelt i samlivet. Vi kan i mange tilfælde understøtte og optimere patientens seksualfunktion ved hjælp af medicin, seksuelle hjælpemidler m.m. Det relationsmæssige og psykoseksuelle kan vi, som eksemplificeret i denne artikel, også spørge respektfuldt ind til. Det er en opløftende erfaring, at vi med forskellige medicinske og terapeutiske tilgange – og med selv ret begrænsede ”hverdagssexologiske” tiltag – kan hjælpe de fleste patienter med kronisk sygdom til at få et mere nydelsesfuldt og berigende sex- og samliv (1, 3, 5, 10, 15).

Referencer

1. Graugaard C, Pedersen BK & Frisch M. (2015). Seksualitet og sundhed, 2. udgave. *Vidensråd for Forebyggelse*.
2. Frisch M, Moseholm E, Andersson M. (2019). Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt Sexus 2017-18. *Statens Serum Institut og Aalborg Universitet*.
3. Bay-Hansen J. Samtalen om seksualitet (2014). *Sygeplejersken* 2014;(9):77-85.
4. Annon JS. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1). 1-15.
5. Taylor B & Davis S. (2007). The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexuality and Disability*, 25, 135-139.
6. Ozdemir SC, Gangal AD & Erenel AS. (2024). The Effect of Sexual Counseling Based on PLISSIT and EX-PLISSIT Models on Sexual Function, Satisfaction, and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*.
7. Rojatz D, Nowak P, Bahrs O et al. (2022). The Application of Salutogenesis in Primary Care. Chapter 38. *The Handbook of Salutogenesis*, 2nd edition, *Springer*.
8. Elnazer HY, Baldwin DS. (2020). Structured review of the use of the Arizona sexual experiences scale in clinical settings. *Hum Psychopharmacol*, 35(3).
9. Bay-Hansen J, Henning A-M. (2018). Hvad alle bør vide om mænd (udsolgt fra forlaget). *Lindhardt og Ringhof*.
10. Bay-Hansen J. (2015). Seksualitet – terapeutiske tilgange (udsolgt fra forlaget). *Forlaget Ella*.
11. Branden N. (1995). Six Pillars of Self-Esteem. *Random House USA Inc*.
12. Gottman JM. (2002). The Relationship Cure. *Harmony*.
13. Bancroft J. (2008). Human Sexuality and its Problems. Third edition. *Churchill Livingstone*.
14. Bay-Hansen J. (2021). Recepten på lykke 2.0. *Forlaget Ella*.
15. Dirik G & Göcek-Yorulmaz E. (2018). Positive Sides of the Disease: Posttraumatic Growth in Adults with Type 2 Diabetes. *Behavioral Medicine*, 44(1):1-10.

REDAKTIONENS KOMMENTARER

PL0 Efteruddannelse holder løbende kurser omkring "samtalen om seksualitet".

