



Af Jesper Bay-Hansen

KontaktJesper-Bay-Hansen@
dadlnet.dk**Biografi**

Jesper Bay-Hansen er speciallæge i almen medicin, ESSM-certificeret specialist i klinisk sexologi og har en amerikansk uddannelse i positiv psykologi.

Når mænd mangler lyst til sex



– sådan kan vi forstå og tale om seksuel lyst

Nedsat seksuel lyst hos den mandlige patient kan være tabubelagt og svært at tale om både for patienten og for lægen. Med denne artikel går vi ind i emnet og får en lang række konkrete anvisninger til, hvordan man kan tale om emnet.

De fleste praktiserende læger har ingen eller begrænset efteruddannelse i klinisk sexologi og efterlyser blandt andet viden om, hvordan man kan forstå og tale om seksuel lyst og lystproblemer, og hvordan man med afsæt i en grundig anamnese og objektiv undersøgelse udreder de psykologiske, sociale og biologiske årsager til lystproblemer. Her er samtalen om seksualitet helt central. Denne artikel er primært tænkt som et oplæg til, hvordan den praktiserende læge kan tale med den mandlige patient om seksuel lyst og eventuelle problemer forbundet hermed.

Historiske og kulturelle aspekter af mandens seksuelle lyst

Der har historisk set været en tendens til at forsimple mandens sexlyst, især når den er blevet sammenlignet med kvindens. Mandens sexlyst er ofte blevet opfattet og beskrevet som mere simpel, primitiv, forudsigelig, spontan, stor, ustyrlig og dyrisk. Ikke underligt har det givet ophav til en række stereotyper, herunder myterne om, at en rigtig mand altid har lyst og altid kan præstere en kvalitetsrejsning (1).

Selv om forskning har påvist kønsforskelle, når det gælder seksuel lyst hos mænd og kvinder, så kan sådanne stereotyper bidrage til bl.a.

præstationsangst og mangel på erotiske tanker, hvilket i sig selv kan forårsage eller forværre en seksuel dysfunktion (2). Stereotyper er også med til at gøre nedsat lyst hos manden til et stort tabu.

Nedsat seksuel lyst hos mænd har generelt ikke fået stor opmærksomhed, heller ikke forskningsmæssigt (3, 4). Ikke desto mindre ses det ofte – og i mange sexologers øjne tiltagende ofte – i klinikken, hvor det bestemt er et lægeligt anliggende at adressere nedsat sexlyst, der er forbundet med et lidelsespræg, dvs. opleves som et problem af patienten selv og/eller dennes partner. Det samme gælder *øget seksuel lyst* samt sexlyst, der ”stikker af” i en bestemt retning, som det ses ved *parafilier*, hvor den primære seksuelle tænding og drift er rettet mod bestemte objekter (for eksempel sko-fetichisme), legemsdele (for eksempel fødder) eller bestemte situationer (for eksempel ekshibitionisme eller voyeurisme). I dag udlever mange mennesker med parafille tendenser eller egentlige parafilier ikke overraskende deres lyster til porno på internettet.

Hvordan kan vi forstå seksuel lyst?

Ifølge den amerikanske psykiater Stephen B. Levine er det klinisk brugbart at opfatte seksuel lyst som en *multifaktoriel* følelse, der afspejler drifts- (biologiske), motiv- (personligheds- og samlivspsykologiske) og ønske- (kulturelle) relaterede komponenter. Klinikere må ifølge Levine forstå kompleksiteten i lyst for at kunne tale om og håndtere patienters lystproblemer (5).

Samtalen om seksuel lyst: åbningsspørgsmålene

Spørgsmål til en patients seksualitet bør altid falde så naturligt som muligt og logisk i rækken af spørgsmål i anamnesen. Klinikerens opgave er at gøre sit bedste, for at patienten ikke oplever det som ”et overraskelsesangreb” eller noget, der kommer ind fra højre (13). Det vil eksempelvis være naturligt at spørge en mand med vandladningsgener om seksualiteten. Eller en patient med en kronisk sygdom, der påvirker sex- og samlivet. I andre tilfælde kan det anbefales indledningsvist at spørge patienten om tilladelse, eksempelvis: Vil det være okay, at jeg stiller dig nogle spørgsmål, der handler om din seksualitet/dit sex- og samliv?



Foto 1 /

xxx

Foto: Colourbox

Den amerikanske professor i psykologi, ph.d., Stanley E. Althof, og medforskere har foreslået fire åbnings spørgsmål (13):

- Er du seksuelt aktiv for tiden?
- Er du tilfreds med kvaliteten af dit sexliv? Hvad kunne gøre det bedre? Eller: Kan du beskrive, hvorfor du ikke er tilfreds?
- Er der seksuelle problemer eller bekymringer, du ønsker at tale med mig om i dag?
- Nogle gange har mennesker, der lider af ... (fx. sukkersyge, forhøjet blodtryk, depression) seksuelle problemer. Er der noget, du ønsker at tale med mig om?

Hvis patienten eksempelvis svarer, at han ikke er seksuelt aktiv for tiden, vil det være naturligt at spørge til hans lyst. Og hvis han mangler lyst, om det opleves som et problem, han gerne vil have hjælp til. Netop lidelsespræget er afgørende for, hvor højt det seksuelle problem skal prioriteres.

Afhængig af patientens svar på åbningsspørgsmålene vil det ofte være relevant at stille mere specifikke spørgsmål. Sådanne forudsætter imidlertid en dybere forståelse af lystbegrebet og de mest almindelige årsager til nedsat eller manglende lyst hos mænd. I det følgende vil vigtige aspekter af seksuel lystfølelse og hyppige årsager til lystproblemer først blive beskrevet, og dernæst vil du få klinisk relevante eksempler på mere specifikke spørgsmål.

Seksuel lyst set med neurobiologiske øjne

Seksuel lyst er en *subjektiv, fluktuerende* følelse, der handler om motivationen for at tage initiativ til eller lade sig engagere i seksuel aktivitet. Denne motivation afhænger af en række indre og ydre faktorer, der påvirker hinanden indbyrdes. Hormoner hører til de indre faktorer. Til de ydre faktorer hører alt det, der vækker seksuel nysgerrighed og interesse. Dertil sker der hele tiden en kognitiv bearbejdning af det, der opleves som seksuelt appellerende eller stimulerende, og af alt det, der føles og mærkes i kroppen. Tidligere oplevelser, fordomme, forestillinger og forventninger præger også ethvert menneskes tanker og følelser og dermed også den seksuelle lyst. Et samspil af neurohormonale, neuroendokrine og neuroanatomiske forhold er af betydning for de naturlige svingninger i sexlysten, som alle mennesker – uanset køn – helt naturligt oplever.

I hjernen kontrolleres sexlysten af både exciterende og inhiberende faktorer. Derfor giver det mening at tale om et henholdsvis *excitatorisk og inhibitorisk system*, hvor eksempelvis nedsat sexlyst kan skyldes mindre aktivitet i det excitatoriske system eller for stor aktivitet i det inhibitoriske system eller en blanding af begge forhold. Hjernens dopaminerge system, der forbinder hjernestrukturerne hypothalamus og det limbiske system, menes at være helt central i det excitatoriske system. Dopamin stimulerer altså sexlysten. Til de exciterende faktorer hører også oxytocin og noradrenalin. Hjernens serotoninssystemer hæmmer det excitatoriske system, hvilket er årsagen til, at antidepressive lægemidler af typen selektive serotoninoptagelseshæmmere (SSRI) ofte påvirker sexlysten negativt. SSRI-præparater kan derudover have andre seksuelle bivirkninger samt anhedoni, dvs. glædesløshed, der selvsagt også påvirker sexlysten.

Både *androgener og østrogener* præger hjernens struktur og funktion og dermed også et menneskes tanker, følelser og adfærd. Den seksuelle lyst synes især associeret med androgener, der dannes i binyrerne, i mandens testikler og kvindens ovarier. For mandens vedkommende har

testosteron betydning for den generelle livsenergi og vitalitet samt for den seksuelle lyst og rejsningsevnen. For den praktiserende læge er det relevant at vide, at testosteronniveauet også har betydning for patienten, der behandles med potensmedicin: Hvis manden er hypogonadal, dvs. mangler testosteron, vil en PDE-5-hæmmer i mange tilfælde ikke have den fulde effekt på rejsningsevnen og -kvaliteten.

Receptiv lyst hos manden

Den canadiske psykiater Rosemary Basson introducerede i slutningen af 90'erne en cirkulær model til beskrivelse af, at kvinders incitament til sex ofte er et ønske om nærhed og intimitet og ikke spontan seksuel lyst eller ophidselse (6). Bassons model inkluderer begrebet *receptiv lyst*, der i modsætning til *spontan lyst* betegner en seksuel lyst, der ikke er til stede fra starten, men langsomt og gradvist opbygges over tid, hvis kvinden stimuleres, og omstændighederne i øvrigt er til det.

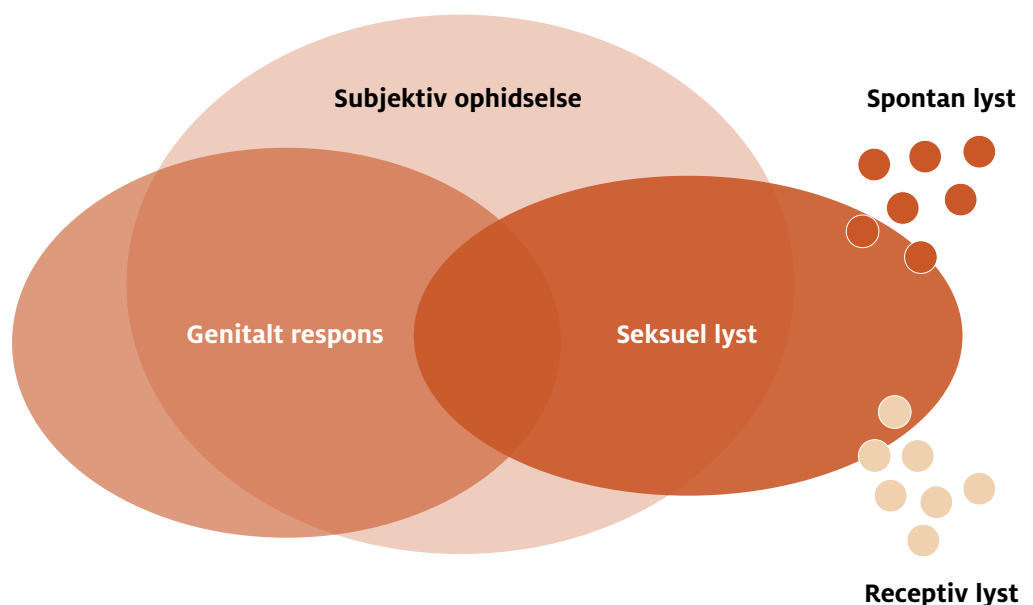
Selvom receptiv lyst primært har været beskrevet hos kvinder, kan mænd også opleve receptive lystfænomener, hvor sexlysten ikke er til stede fra starten, men først opbygges langsomt og gradvist gennem eksempelvis kæl, kærtegn, massage og kys. Lysten kommer altså til ham – han modtager den – når han stimuleres. Derfor kan man på dansk vælge at kalde denne variant af lyst for *modtagelyst*. I klinikken er eksemplerne på modtagelyst hos manden mange (7).

Det kan være manden, der er usikker på sig selv som elsker, og som mangler spontan sexlyst og har det bedst med at blive forført, men bliver han til gengæld det, kan han opbygge en lyst. Eller det kan være

Figur 1 /

Konceptuel model af overlappet mellem seksuel lyst, genitalt respons og subjektiv ophidselse hos manden modificeret efter Janssen (8). Den seksuelle lyst baserer sig i denne model på spontane og/eller receptive lystfølelser (7).

Illustration: xxx



manden med erektil dysfunktion: Han kan miste den spontane lyst til sex og undlade at tage seksuelle initiativer. Når kærestens hånd kommer krybende ind under dynen og kælent aer hans lår, kan der alligevel langsomt og gradvist opbygges en lyst i ham. Og efter nogen tid måske også en rejsning. Det er to eksempler på receptive lystfænomener hos manden (7).

Manglende spontan sexlyst er altså ikke ensbetydende med, at manden ikke kan få lyst. Men det betyder, at han er nødt til at tage sig tiden til at være intim med sin partner for at finde ud af, om han kan opbygge seksuel lystfølelse (Se Figur 1). For klinikerer er det vigtigt at være opmærksom på, at receptiv lyst kan optræde hos alle patienter uanset køn, og at se modtagelyst i sammenhæng med såvel seksuel sundhed og trivsel som seksuelle og samlivsmæssige problemer, herunder seksuelle dysfunktioner (7). Alene det at forklare en patient om fænomenet modtagelyst kan sænke patientens forventninger om partout at skulle præstere en spontan sexlyst.

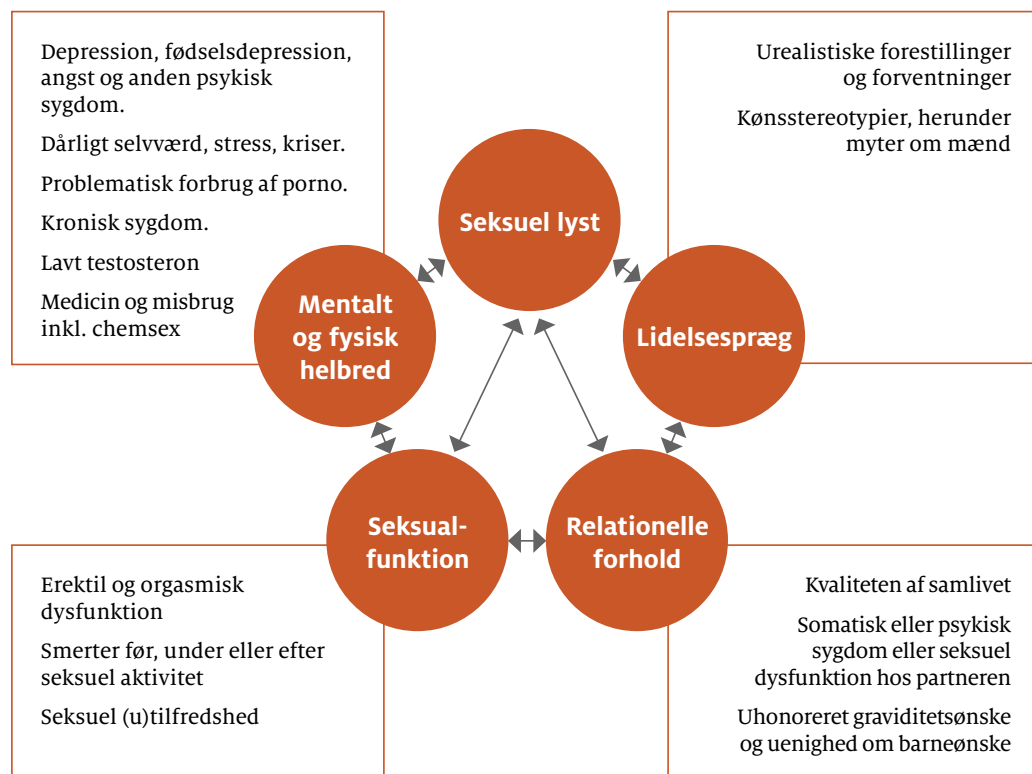
Nyere dansk forskning ved professor i sexologi Annamaria Giraldi og medforskere tyder i øvrigt på, at rundt regnet ni ud af ti voksne danske mænd i alderen 20-65 år oplever, at sex starter med spontan sexlyst, eller at de føler sig ophidsede. Men hver tiende mand har det ikke på denne måde og vil ofte være utilfreds med sexlivet eller have et seksuelt problem, for eksempel rejsningsbesvær (9).

Der er i øvrigt udviklet spørgeskemaer til screening for seksuelle problemer og dysfunktioner. Det gælder skemaet *Sexual Complaints Screener for Men*, SCS-M, der er oversat til dansk og med fordel kan anvendes i almen praksis (10). Med et udfyldt skema kan lægen få et indledende indtryk af patientens seksuelle problemer og lidelsespræget forbundet hermed samt få patientens tilkendegivelse af, om han ønsker hjælp til et seksuelt problem eller ej.

Nedsat lyst hos manden

Nedsat seksuel lyst hos manden er et hyppigt om end ofte overset problem, der kan optræde alene eller sammen med andre seksuelle dysfunktioner, men også i forbindelse med generel mistrivsel. Nedsat eller manglende seksuel lyst hos manden har mange og ofte samspillende årsager. Afgørende er, om manden og/eller en eventuel partner oplever lysten som et problem. Det lægges der vægt på i definitionen af *hypoactive sexual desire disorder* (HSDD). I den kommende ICD-11 karakteriseres HSDD ved fravær eller betydelig nedsat interesse eller motivation for at engagere sig i seksuel aktivitet. Tilstanden kan forekomme som: 1)

Figur 2 /
 Konceptuel modul af
 seksuel lyst og hyppige
 årsager til nedsat eller
 helt manglende lyst
 hos manden, modifi-
 ceret efter model af
 DeRogatis et al (3).
 Illustration: xxx



Nedsat eller manglende spontan lyst, 2) Nedsat eller manglende receptiv lyst ifm. erotiske tilnærmelser og kærtegn; eller 3) manglende evne til at bevare den seksuelle lyst og interesse undervejs i en seksuel aktivitet. Tilstanden skal opleves som et tilbagevendende eller vedvarende problem igennem mindst flere måneder, og patienten skal opleve det som et problem, dvs. der skal være et lidelsespræg (11).

For klinikerer er det vigtigt at vide, at nedsat/manglende lyst hos manden er et underdiagnosticeret problem, der i sin ætiologi er multifaktoriel (Figur 2). Et indblik i de hyppigste årsager til nedsat lyst kan klæde klinikerer på til samtalen om seksuel lyst, og hvad denne følelse betyder for patienten. I praksis vil manden uden (tilstrækkelig) lyst ofte først tage kontakt, når han erfarer, at han ikke længere er i stand til at få eller bevare en rejstning af tilstrækkelig kvalitet til gennemførelse af ønsket seksuel aktivitet. Det vil sige, at erektil dysfunktion bliver anledningen til at tale om seksuel lyst og årsagerne til, at den er nedsat eller mangler.

Hypogonadisme og mandens midtlivsfase

Hos nogle drenge og mænd producerer testiklerne mindre testosteron end vanligt, og det beskrives som hypogonadisme, der giver forskellige symptomer, alt efter om mangeltilstanden optræder før eller efter pu-

berteten. Når testosteronmanglen først opstår senere i livet, betegnes tilstanden *late onset hypogonadism* (LOH). En stor europæisk undersøgelse viser, at forekomsten af lavt testosteron sent i livet afhænger af alder: hos 40-49-årige er tallet 0,1 %, hos 50-59-årige 0,6 %, hos 60-69-årige 3,2 % og hos 70-79-årige er det 5,1 % (1). Lægen bør være opmærksom på, at nedsat/manglende seksuel lyst oftest er det første symptom på LOH (12). Derudover ses rejsningsbesvær, træthed, humørændringer, infertilitet, gynækomasti, trunkal fedme og med tiden reduceret kropsbehåring og muskelmasse samt osteoporose. Foruden adipositas er LOH associeret med hypertension, hyperlipidæmi og diabetes. Tilstanden udredes med blodprøver (total-testosteron), der pga. døgnvariation skal tages om morgenen mellem kl. 7 og 11. Diagnosen LOH kræver et nedsat testosteronniveau kombineret med forekomsten af specifikke symptomer som nedsat libido, træthed m.m. (12).

Hvordan kan vi forstå mandens midtlivsfase?

Den tyske sexolog Ann-Marlene Henning og undertegnede beskriver mandens midtlivsfase som "en tilstand, hvor manden i 45-60-årsalderen kan have problemer af eksistentiel karakter og/eller fysiske, mentale og seksuelle problemer på grund af faldende testosteron. Testosteronmangel kan kun diagnosticeres ved hjælp af blodprøver, men en blodprøve kan ikke stå alene, hvis man ønsker at afdække, om en mand har seksuelle problemer midt i livet (1).

Samtalen om seksuel lyst: de mere specifikke spørgsmål

- De fleste klinikere kommer nemt til at antage, at deres patienter er seksuelt aktive, heteroseksuelle og lever i traditionelle, lukkede parforhold (1, 13). For at undgå stigmatisering er det vigtigt, at klinikerer spørger ind til lysten og den seksuelle aktivitet, uden at spørgsmålene afspejler sådanne antagelser.

De mere specifikke spørgsmål til en patients seksuelle lyst må nødvendigvis tilpasses den enkelte patient og konsultationstypen. Eksempler kan være:

- Oplever du nedsat eller helt manglende lyst? Er det et problem for dig?
- Oplever du større eller måske for stor lyst? Hvilke problemer giver det dig?
- Nogle mænd kommer på partnerens opfordring, fordi deres partner har større lyst, end de selv har, og det giver problemer i samlivet. Gælder det dig? I givet fald, hvad er der på spil for dig? Dit sexliv? Dit forhold? Din familie? Eller noget helt fjerde?
- Hvordan vil du beskrive din lyst? Har den ændret sig i forhold til tidligere?
- Nogle mænd med dit helbredsproblem oplever mindre spontan sexlyst – eller måske slet ingen – men kan godt opbygge en lyst (modtagelyst), hvis de giver intimiteten chancen og tager sig rigtig god tid til kærtegn og forspil. Er det noget, du kan genkende?
- Har din lyst ændret sig pludseligt? Eller langsomt over måneder eller år?
- Er der sket store ting i dit liv forud for ændringen? Har du for eksempel mistet dit job, eller har I problemer og måske skænderier derhjemme?
- Er I under udredning for ufrivillig barnløshed eller i fertilitetsbehandling? Eller er I uenige, om I skal have et barn (til)?
- Er din lyst påvirket hele tiden eller kun i visse situationer? Nogle mænd oplever for eksempel meget svigende lyst til sex med deres partner, men kan til gengæld have stor seksuel appetit med en elskerinde eller elsker. Er det noget, du kan genkende?
- Hvordan vil du beskrive dit forhold til selvtilfredsstillelse eller onani, hvis du foretrækker dette ord? Tilfredsstiller du dig selv mere eller mindre i forhold til tidligere? Og er det et problem for dig? Eller for din partner?
- Selv om langt de fleste mænd regelmæssigt ser porno, oplever mange, at det er et tabu. Hvordan vil du beskrive dit forbrug af porno? Oplever du, at dit pornoforbrug påvirker din lyst til at have sex med andre mennesker?
- Har din lyst ændret sig i forhold til hvilke mennesker og køn, du tænder på?
- Eller har din lyst ændret sig, så du primært eller udelukkende tænder på bestemte former for sex? Eller på visse beklædningsgenstande som røde sko, uniformer eller pikant lingeri i en bestemt farve? Eller visse legemsdele som fødder og tæer?
- Er der bestemte betingelser, der skal være opfyldt, for at du får lyst og kan have sex? Er det for eksempel nødvendigt at tage en potenspille, for at du tror på, at "værktøjet virker"? Eller er det nødvendigt at

drikke alkohol for at smide nogle hæmninger? Eller tage stoffer som kokain, Ecstasy, (met)amfetamin eller andre euforiserende stoffer (såkaldt chemsex) (14)?

- Hvis du skulle fremhæve noget godt ved din lyst, som den er lige nu, hvad skulle det så være? Hvad karakteriserer situationer med lyst- og nydelsesfuld sex? Og hvad skal der til, for at du kan få flere af dem?

Patienten kan også selv forberede sig på en konsultation omhandlende et lystproblem eller rejsningsbesvær ved at læse vejledende litteratur om emnet: Sådan går du til lægen med et lystproblem/rejsningsbesvær (I). ●

Interessekonflikter: *Jesper Bay-Hansen er forfatter til en række bøger om følelser, sex og parforhold.*

Hovedbudskaber

- 1.** Det kan være en god idé at have indøvet sig nogle åbningsspørgsmål til at tale med den mandlige patient om nedsat seksuel lyst.
- 2.** Seksuel lyst er uanset køn en kompleks, dynamisk tilstand, der bl.a. handler om motivationen for at initiere, engagere sig i eller lade sig overtale til seksuel aktivitet.
- 3.** For klinikerer er det relevant at kende til kompleksiteten i lyst, herunder eksistensen af receptive lystfænomener hos mænd, samt årsagerne til nedsat eller manglende lyst. Seksuel lyst hos mænd bør ses i sammenhæng med såvel livskvalitet, seksuel trivsel og sundhed som samlivsmæssige og seksuelle problemer, herunder erektil dysfunktion og andre seksuelle dysfunktioner.

Litteratur

1. Bay-Hansen J, Henning AM. Hvad alle bør vide om mænd. Lindhardt og Ringhof 2018.
2. Nelson AL, Purdon C. Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. Arch Sex Behav 2011;40(2):395-406.
3. DeRogatis L, Rosen RC, Goldstein I et al. Characterization of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in men. J Sex Med 2012;9(3):812-20.
4. Rubio-Aurioles E, Bivalacqua TJ. Standard operational procedures for low sexual desire in men. J Sex Med 2013 Jan;10(1):94-107.
5. Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. Arch Sex Behav 2003 Jun;32(3):279-85.

6. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther* 2001 Jan-Feb;27(1):33-43.
7. Bay-Hansen J, Mortensen GL. Aspekter af mandens seksuelle lyst – et casestudie. Specialistuddannelsen i klinisk sexologi, Sexologisk Klinik, Rigshospitalet, okt. 2013.
8. Janssen E, McBride KR, Yarber W et al. Factors that influence sexual arousal in men: a focus group study. *Arch Sex Behav* 2008;37(2):252-65.
9. Giraldi A, Kristensen E, Sand M. Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: an online survey in a population sample of Danish adults ages 20-65 years. *J Sex Med* 2015 Jan;12(1):116-28.
10. Bay-Hansen J. *Seksualitet – terapeutiske tilgange*. Forlaget Ella 2015.
11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#> <http://id.who.int/icd/entity/1189253773>, Jan 2019.
12. Lunenfeld B, Mskhalaya G, Zitzmann M et al. Recommendations on the diagnosis, treatment and monitoring of hypogonadism in men. *Aging Male* 2015 Mar;18(1):5-15.
13. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA et al. Standard operating procedure for taking a sexual history. *J Sex Med* 2013 Jan;10(1):26-35.
14. Kunelaki R. A recommendation of practice for sober sex issues based on a clinical experience. 56 Dean Street of Chelsea and Westminster Healthcare NHS Foundation Trust. Jun 2015.