

# Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 2-2012

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

**Bakgrunn:** Helsepersonell skal bidra med å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter med seksuelle problemer. Seksuelle problemer er ganske vanlig, men mange søker ikke hjelp hos helsepersonell. Denne oppsummeringen skal besvare spørsmål om effekt av seksualterapeutiske behandlinger for personer med ulike seksuelle problemer. Resultatet viser at seksualterapeutiske behandlinger kan ha positiv effekt for personer med seksuelle problemer. Dette er gjennomgående for et bredt spekter av populasjoner, og et bredt spekter av seksuelle problemer. **Hovedfunn:** • For menn med erektil dysfunksjon hadde gruppebehandling positiv effekt alene eller som supplement til medikamentell behandling. • For kvinner med mangel på eller tap av seksuell lyst og orgasmesvikt, hadde seksualterapeutiske behandlinger, som kognitiv atferdsterapi, positiv effekt. Det var uklart om seksualterapeutiske intervensjoner hadde effekt på gynekologiske smertetilstander. Seksualfunksjon ble bedre etter forholdsvis kortvarig seksualterapeutisk intervensjon for kvinner *(fortsetter på baksiden)*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
www.kunnskapssenteret.no  
Rapport: ISBN 978-82-8121-462-0 ISSN 1890-1298

nr 2-2012

 kunnskapssenteret

*(fortsettelsen fra forsiden)* med underlivskreft. • For par med seksuelle problemer var det bedring ved parterapi med kommunikasjonstrening og konfliktløsning supplert med seksualterapi. • For personer med alvorlig psykiske lidelse fant vi positiv effekt av varierte seksualterapeutiske intervensjoner, for å fremme seksuell helse. • For kvinner og menn uansett seksuelt problem hadde selvhjelp i form av skriftlig eller audiovisuell informasjon (biblioterapi) en samlet moderat positiv effekt. • For menn med kreftdiagnoser er det ikke klart om tiltakene hadde positiv effekt. Det er mulig det er skadelig for denne gruppen.

<b>Tittel</b>	Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer
<b>English title</b>	The effects of sexual therapy interventions for sexual problems
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	Magne Nylenna, <i>direktør</i>
<b>Forfattere</b>	Landmark BF, dr.med. <i>prosjektleder</i> Almås E, klinisk psykolog, spesialist i klinisk sexologi Brurberg KG, dr.philos, forsker Fjeld W, pedagog, spesialist i sexologisk rådgiving Haaland W, jordmor, spesialist i sexologisk rådgiving Hammerstrøm K, forsknings bibliotekar Svendsen KO, spes i allmenmedisin Sørensen D, psykolog, spesialist i klinisk sexologi Tollefsen MF, rådgiver Aars H, psykiater, spesialist i klinisk sexologi Reinar LM, <i>forskningsleder</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-462-0
<b>ISSN</b>	1890-1298
<b>Rapport</b>	Nr 2 -2012
<b>Prosjektnummer</b>	327
<b>Rapporttype</b>	Systematisk oversikt
<b>Antall sider</b>	105 (med vedlegg 247)
<b>Oppdragsgiver</b>	Helsedirektoratet
<b>Nøkkelord</b>	seksuell dysfunksjon, seksuelle problemer, seksualterapi
<b>Sitering</b>	Landmark BF, Almås E, Brurberg KG, Fjeld W, Haaland W, Hammerstrøm K, Svendsen KO, Sørensen D, Tollefsen, MF, Aars H, Reinar LM. Effekt av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Rapport nr 2-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, 2012

# Hovedfunn

Helsepersonell skal bidra med å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter med seksuelle problemer. Seksuelle problemer er ganske vanlig, men mange søker ikke hjelp hos helsepersonell. Denne oppsummeringen skal besvare spørsmål om effekt av seksualterapeutiske behandlinger for personer med ulike seksuelle problemer. Resultatet viser at seksualterapeutiske behandlinger kan ha positiv effekt for personer med seksuelle problemer. Dette er gjennomgående for et bredt spekter av populasjoner, og et bredt spekter av seksuelle problemer.

- For *menn* med erektil dysfunksjon hadde gruppebehandling positiv effekt alene eller som supplement til medikamentell behandling.
- For *kvinner* med mangel på eller tap av seksuell lyst og orgasmesvikt, hadde seksualterapeutiske behandlinger, som kognitiv atferdsterapi, positiv effekt. Det var uklart om seksualterapeutiske intervensjoner hadde effekt på gynekologiske smertetilstander. Seksualfunksjon ble bedre etter forholdsvis kortvarig seksualterapeutisk intervensjon for kvinner med *underlivskreft*.
- For *par* med seksuelle problemer var det bedring ved parterapi med kommunikasjonstrening og konfliktløsning supplert med seksualterapi.
- For personer med alvorlig *psykiske lidelse* fant vi positiv effekt av varierte seksualterapeutiske intervensjoner, for å fremme seksuell helse.
- For kvinner og menn uansett seksuelt problem hadde *selvhjelp* i form av skriftlig eller audiovisuell informasjon (biblioterapi) en samlet moderat positiv effekt.
- For *menn med kreftdiagnoser* er det ikke klart om tiltakene hadde positiv effekt. Det er mulig det er skadelig for denne gruppen.

Resultatene må imidlertid tolkes med forsiktighet fordi studiene er små, har metodiske svakheter, og det er stor variasjon i hvilke seksualterapeutiske behandlinger som er inkludert. Vi kan ikke utelukke at det finnes en publikasjonsskjevhet i materialet og at studier med en eventuell negativ effekt ikke er publisert eller funnet av oss.

Effekt av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer

Publikasjonstype:

## Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte

relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

## Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

## Hvem står bak denne rapporten?

Kunnskapssenteret har skrevet rapporten på oppdrag fra Helsedirektoratet.

## Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet i juni 2008. Oppdateringssøk i januar 2011 – studier fra dette søket listet opp.

## Fagfeller:

Gert Martin Hald, ph.D., Sexologisk klinikk, Rigshospitalet, og ass. Professor, Universitetet i København og Thore Langfeldt, psykolog og sexolog, Institutt for klinisk sexologi og terapi, Oslo.

Inger Natvig Norderhaug (forskningsleder) og Marianne Klemp (forskningsleder) ved Kunnskapssenteret.

---

# Sammendrag

---

## Bakgrunn

---

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i 2006 i oppdrag fra Helsedirektoratet å oppsummere tilgjengelig forskningsbasert kunnskap om effekter av behandling for seksuelle problemer.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksuell helse slik: *Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forhold til seksualitet: ikke kun fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha nytelsesfulle og trygge seksuelle erfaringer, fri for tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles.*

Seksualitet er en kjernedimensjon av det å være et menneske, og inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, fantasier, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold, og er en kilde til glede og selvrealisering så vel som til helseutfordringer og vanskeligheter som rammer både kvinner og menn. Livshendelser kan nedsette seksuell funksjonsevne i slik grad at de tilfredsstiller diagnosekriteriene for funksjonsforstyrrelser, men der personen selv likevel ikke oppfatter dette som et problem. Det er først et problem dersom noe hindrer et individ i å delta i seksuell aktivitet på den måten han eller hun selv ønsker.

I 1997 anga 10 % av norske *menn* at de ”noen ganger” hadde hatt seksuelle problemer som de hadde trengt hjelp til å løse. Av disse oppga 40 % behov for profesjonell hjelp, men bare 6 % hadde oppsøkt lege, psykolog eller annet helsepersonell for å få hjelp. De hyppigste seksuelle problemene hos menn oppgis å være for tidlig ejakulasjon og erektil dysfunksjon. Internasjonale tall indikerer at de hyppigste seksuelle problemer hos *kvinner* er nedsatt eller manglende lyst (10 til 46 %), nedsatt lubrikasjon (6 til 21 %), manglende orgasme (4 til 7 %) og smerteproblematikk (3 til 18 %). Blant kvinnene i en norsk spørreundersøkelse blant par var det 26 % som oppga redusert seksuell lyst, 8 % av mennene og 8 % av parene oppga ”distress” (subjektivt opplevd plage).

Seksuelle funksjonsproblemer innebærer vanskeligheter i én eller flere faser av seksuell respons hos enkeltindivid eller par og som fører med seg negative konsekvenser, som frustrasjon eller unngåelsesatferd. Klinisk sexologi handler om å kunne forstå, veilede, hjelpe og behandle mennesker med seksuelle problemer og funksjons-hinder.

Vi ønsker å besvare spørsmål om hvilken effekt sexologiske intervensjoner har for personer med ulike seksuelle problemer. Vi har valgt å bruke 'sexologiske intervensjoner' som samlebegrep på psykologiske, psykososiale og pedagogiske endringstiltak, innenfor hovedkategoriene informasjon, rådgiving og behandling, rettet mot seksuelle funksjonsforstyrrelser. Vi bruker de intervensjonsbenevnelsene forfatterne selv har anvendt i sine rapporter. Vi har avgrenset denne rapporten til ikke å inkludere medikamentell behandling, kirurgisk behandling eller tekniske hjelpemidler, dersom dette ikke var klart integrert i den sexologiske intervensjonen.

---

## Metode

---

Vi utarbeidet en systematisk oversikt basert på systematiske litteratursøk i 2008 med søk i følgende databaser: Cochrane Library, Medline, Embase, Cinahl, Psycinfo og Svemed. Minst to personer vurderte uavhengig av hverandre alle titler og sammendrag. Studier ble inkludert eller ekskludert i henhold til på forhånd definerte inklusjonskriterier, men vi gjorde noen avvik i forhold til protokoll. Avviket var at vi utelot studier som inkluderte populasjonen personer som begår seksuelle overgrep. Artikler som ble ansett som relevante etter at fulltekstversjonen var gjennomlest ble vurdert med tanke på metodisk kvalitet. Dette ble gjort av to personer uavhengig av hverandre og vi brukte Kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av metodisk kvalitet av systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier. For en del sammenlikninger utarbeidet vi egne metaanalyser.

Som en del av rapporten utarbeidet vi en beskrivelse av sexologiske behandlingsmetoder og oversikt over tester som ble brukt for måling av effekt (utfallsmål) i inkluderte studier. I tillegg laget vi en omfattende begrepsforklaring (se vedlegg).

---

## Resultat

---

Vi identifiserte 2805 unike titler i søket i 2008. Titler og sammendrag ble vurdert opp mot inklusjonskriteriene hvorpå 320 artikler ble innhentet i fulltekst. Vi vurderte artiklene opp mot kvalitets- og inklusjonskriterier og inkluderte ni oversiktsartikler og 34 randomiserte, kontrollerte studier.

Vi har resultater fra én systematisk oversikt og fire randomiserte kontrollerte studier som har vurdert effekten av seksualterapeutiske intervensjoner hos *menn*. Gruppebehandling hadde positiv effekt på erektil dysfunksjon, fem studier (100 menn)

[Risk Ratio RR 0,40 (95 % konfidensintervall KI 0,17 til 0,98)]. Det var positiv effekt av sexologisk behandling som supplement til medikamenter (sildenafil), tre studier (124 menn) [RR 1,57 (KI 1,11 til 2,22)].

Resultater fra fire systematiske oversikter og 12 randomiserte kontrollerte studier viste effekten av seksualterapeutiske intervensjoner hos *kvinner*. Tre studier (197 kvinner) [RR 4,52 (KI 2,35 til 8,69)] viste positiv effekt for kvinner med mangel på eller tap av seksuell lyst. Tre studier med til sammen 144 kvinner fant positiv effekt for kvinner som aldri har hatt orgasme [RR 3,61 (KI 1,36 til 9,59)]. For sekundær orgasmesvikt, opplevd orgasme før, men ikke nå, (123 kvinner) viste ikke studiene effekt [RR 5,47 (KI 0,63 til 47, 59)], men dette resultatet er svært usikkert. For gynekologiske smertetilstander viste to studier (104 kvinner) ingen effekt av desensitivisering [RR 1,36 (KI 0,60 til 3,04)]. Det var uklart om seksualterapeutiske intervensjoner har effekt på smertetilstander i underlivet.

Tre studier av til sammen 242 *par* viste at parterapi med kommunikasjonstrening og konfliktløsning supplert med seksualterapi hadde positiv effekt på flere seksualmål.

For unge menn som var operert for *testikkelkreft* viste én randomisert kontrollert studie med 72 menn at kognitiv atferdsterapi ga økt forekomst av angst ett år etter behandling og at seksualfunksjonen var uendret. Vi kan ikke konkludere noe om effekten av seksualterapeutiske intervensjoner for menn med *prostatakreft*, fordi resultater fra fem randomiserte forsøk (801 menn) pekte både i positiv og negativ retning. De ulike resultatene kan skyldes varierende kompetanse hos behandlere. Resultater fra fire randomiserte forsøk med totalt 212 kvinner tydet på at seksualfunksjonen bedret seg etter forholdsvis kortvarig seksualterapeutisk intervensjon for kvinner med *underlivskreft*. Én studie viste også positiv effekt av psykoseksuell terapi for 40 kvinner med brystkreft.

Vi fant positive resultater fra små enkeltstudier når det gjaldt effekten av seksualterapeutisk intervensjon for personer med *kroniske sykdommer* (hjerteinfarkt, ryggmargsskade). Det samme gjaldt for personer med intellektuell funksjonsnedsettelse ("dating skill" program). For personer med *alvorlig psykisk lidelse* viste en systematisk oversikt med 14 studier (fem randomiserte, totalt 1127 personer) positiv effekt av varierte seksualterapeutiske intervensjoner for å fremme seksuell helse.

*Selvhjelp* i form av tilrettelagt informasjon som hefter, bøker eller audiovisuelt materiale (biblioterapi) med mer, hadde en samlet moderat positiv effekt for kvinner og menn uansett seksuelt problem. Metaanalyse av 12 studier (397 personer) viste signifikant moderat effektstørrelse [effektestimert ES 0,36 (KI 0,12 til 0,59)].

Vi fant ingen studier om effekten av seksualterapeutiske intervensjoner overfor personer som var usikre på sin *seksuelle identitet*.

---

## Diskusjon

---

Funnene i rapporten er basert på studier med svært små populasjoner. Det ligger i sakens natur at det er krevende å evaluere effekten av seksualterapeutiske intervensjoner i store studier med robust design. Vi har likevel stort sett bedømt studiene til å ha moderat metodisk kvalitet. Vi har laget metaanalyser, men vi vil påpeke at det er et lite antall deltakere også totalt sett for de ulike populasjonene. For mange sammenlikninger var det ikke mulig å slå sammen resultater i meta-analyser, og vi kunne bare rapportere funn fra enkeltstudier. Det var også heterogene populasjoner, intervensjoner og utfallsmål i metaanalysene. Vi kan ikke utelukke at studiene har resultater hvor det er risiko for type-1 feil (falsk positivt resultat) eller type-2 feil (falsk negativt resultat). Det er likevel en positiv "overall" effekt. Vi kan heller ikke utelukke publikasjonsskjevheter i materialet, og at studier med negative funn ikke er publisert eller funnet av oss. Våre konklusjoner baserer seg på en del av dokumentasjonen som er tilgjengelig ettersom vi fant nye studier i et oppdateringssøk i februar 2011. Disse 78 mulig aktuelle studiene er ikke inkludert i denne systematiske oversikten, men referansene er listet i vedlegg. Utfallsmål/ effekt i studiene baserte seg i stor grad på selvrapporing. Intervensjonene i forskningslitteraturen er ikke representativ for bredden av behandlingsformer som er tilgjengelig for seksuelle funksjonsforstyrrelser hos menn og kvinner.

Vi fant ingen norske effektstudier, men tverrsnittstudier viser at norsk befolkning har samme forekomst av seksuelle problemer som andre land. I denne rapporten avvek vi fra prosjektprotokollen da vi ekskluderte studier som handlet om personer som har begått seksuelle overgrep. Når det gjelder spørsmålet om behandling av personer som har opplevd seksuelle overgrep så fant vi mye forskning, men svært lite rapporterte en spesifikk seksualterapeutisk intervensjon eller rapporterte seksuelle utfallsmål.

Seksuelle problemer blir ofte et skjult for omverdenen og behandlingsapparatet. Hvis de ikke vies oppmerksomhet forblir de underdiagnostisert, ikke-erkjent og ubehandlet.

---

## Konklusjon

---

Totalt sett har seksualterapeutiske intervensjoner positiv effekt for personer med seksuelle problemer. Dette er gjennomgående for et bredt spekter av populasjoner, og et bredt spekter av seksuelle problemer. Selvhjelp i form av blant annet skriftlig eller audiovisuelt materiale kan være effektivt i behandlingen av seksuelle problemer. Resultatene må tolkes med stor forsiktighet fordi det er små populasjoner, begrensninger i metodisk kvalitet og det er stor variasjon i hva som ligger i seksualterapeutiske intervensjoner. Vi kan ikke utelukke publikasjonsskjevhet.



# Key Messages

All health care professionals have a role in promoting sexual health, knowledge and allowing for questions. Sexual problems are fairly common. People are, however, reluctant to seek help. In this report we aim to answer questions on the effect of sexual therapeutic interventions on people with different sexual problems. Sexual therapeutic interventions overall are effective for people with sexual problems. This was shown for a broad spectrum of both populations and sexual problems.

- In men with erectile dysfunction group therapy had a positive effect alone or as supplement to medical treatment (sildenafil).
- There was a positive effect of sexual therapeutic interventions (as cognitive therapy) for women with loss of sexual desires and orgasmic dysfunction. It was unclear if sexual therapeutic interventions had any effect on gynecological pain in women. Sexual function was improved after short sexual therapeutic interventions in women with gynecological cancers.
- For couples with sexual problems there were improvements with couple therapy with communication skills and conflict solving, as a supplement to sexual therapy.
- For people with severe mental illness we found positive effect of different sexual therapeutic interventions to promote sexual health.
- Self help, as information in written or audio/visual material (bibliotherapy) had an overall positive effect for men and women regardless of sexual problem.
- It was not clear if sexual therapeutic interventions had a positive effect on men with cancer. The interventions might be harmful for this group.

The results, however, must be interpreted with caution as the studygroups were small, there are limitations in methodological quality and large variations in what is defined and presented as sexual therapeutic interventions. We can not rule out a possible publication bias in the material which means that studies with a negative effect might not have been published or not identified by us.

The effects of sexual therapy interventions for sexual problems

Type of publication:

## Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

## Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

## Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

## Updated:

Last search for studies: June 2008. Search for new studies January 2011, studies listed and awaiting assessment.

---

# Executive summary

---

## BACKGROUND

---

In this report, commissioned by the Directorate of Health in 2006, we aim to examine the effect of sexual therapeutic interventions on people with sexual problems.

World Health Organisation define sexual health in this way: *Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.*

Sexuality is a core dimension in humanity. It includes sexual actions, gender roles, gender identity, sexual orientation, eroticism, intimacy, nearness, confirmation, love and reproduction. Sexuality is experienced or expressed through thoughts, fantasies, longings, wishes, beliefs, attitudes, values, activities, actions, roles or relationships, and is source for happiness and self-realisation as well as health challenges and difficulties for men and women. Life events may reduce sexual function to such a degree that it qualifies for diagnostic criteria for dysfunction, without the individual necessarily regarding it as a problem. It is when the individual finds that something is hindering a wanted sexual activity that it might be a sexual problem.

In 1997 10% of Norwegian *men* reported that they had experienced sexual problems that might have been solved with some help. Of these, 40% said they had a need for professional help, but only 6% had contacted a doctor, psychologist or other health care professionals. The most common sexual problems in men are premature ejaculation and erectile dysfunction. International surveys indicate that the most common sexual problems in *women* are reduced sexual desire (10 to 46%), reduced lubrication (6 to 21%), lack of orgasm (4 to 7%) and pain (3 to 18%). Amongst women in a Norwegian survey on *couples* 26% reported reduced sexual desire. Eight percent of the men and 8% of the couples reported “distress”.

Sexual dysfunction involves difficulties in one or more phases of sexual response in individuals or couples with negative consequences, such as frustration or avoidance. Clinical sexology involves understanding, counseling, helping and treating people with sexual problems and impairment.

This report aims to answer questions on the effect of sexological interventions for people with different sexual problems. We use the term "sexological interventions" as an overall term for psychological, psychosocial and educational interventions, within the context of information, counseling and treatment for sexual dysfunction. We use the terms used by individual study authors when we summarise the studies in this report. We have limited our report by not including medical or pharmacological treatments, surgery or technical devices, as long as they were not clearly integrated in the sexological intervention.

---

## METHOD

---

We conducted a systematic review based on systematic searches for literature in 2008 in the following databases: Cochrane Library, Medline, Embase, Cinahl, Psycinfo and Svemed. Two people independently appraised all titles and abstracts. Studies were included or excluded based on set inclusion- and exclusion criteria, but we made some diversion from the protocol. The diversion was that we excluded studies that included a population of people who perform sexual assault. Articles that were found relevant after appraisal in full text were critically appraised concerning methodical quality. This was done by two people independently and we used checklists on systematic reviews or randomised controlled trials published on kunnskapssenteret.no. Some results were pooled in metaanalyses.

As part of the report we made a description of sexological treatment methods and gave an overview of test methods used for the assesement of effect (outcomes) in included studies. In addition we made a glossary. These are found as attachements.

---

## RESULTS

---

We identified 2805 unique titles in the search in 2008. Titles and abstracts were judged against the inclusion criteria and 320 articles were considered in full text. We appraised the articles against the quality- and inclusion criteria and based this report on nine systematic reviews and 34 randomised controlled trials. We found many new titles in a search update in 2011, references to these 78 possible relevant studies are listed as attachment.

We have results from one systematic review and four randomised controlled trials which evaluated the effect of sexological interventions in *men*. Group therapy had positive effect on erectile dysfunction, five studies (100 men) [Risk Ratio RR 0,40, (95% confidensintervall CI 0.17 to 0.98)]. There was a positive effect of sexological interventions as supplement to medical treatment (sildenafil), three studies (124 men) [RR 1.57 (CI 1.11 to 2.22)].

Results from four systematic reviews and 12 randomised controlled trials showed effect of sexological interventions in *women*. It was positive effect for lack of or loss of sexual desire, three studies (197 women) [RR 4.52 (CI 2.35 to 8.69)]. Three studies with a total of 144 women showed positive effect for women with primary orgasmic dysfunction [RR 3.61 (CI 1.36 to 9.59)]. For secondary orgasmic dysfunction (123 women) the included studies did not show effect [RR 5.47 (CI 0.63 to 47.59)], but this result is very uncertain. For gynecological pain two studies (104 kvinner) showed no effect of desensitisation [RR 1.36 (CI 0.60 to 3.04)]. It was unclear if sexological interventions had effect on pelvic/gynecological pain.

Three studies with a total of 242 *couples* all showed positive effect on several sexual outcomes on couple therapy with communication skills and conflict solving supplemented with sexological therapy.

For young men treated for *testicle cancer* one small study with 72 men suggest that cognitive therapy increased anxiety one year after treatment with no change in sexual function. We can not conclude on the effect of sexological interventions on men with *prostate cancer*, results from five randomised trials (801 men) pointed both in positive and negative direction. The different results might be caused by uneven competence in the health care professional. Results from four randomised trials with a total of 212 women showed some effect on sexual function after short sexological interventions on women with *gynecological cancer*. One study showed positive effect of psychosexual therapy for 40 women with *breast cancer*.

We found positive results from small single studies concerning the effect of sexological interventions for people with *chronic disease* (heart infarction, spinal damage). The same was found for people with intellectual impairment ("dating skill program"). For people with *severe mental illness* one systematic review with 14 studies, five were randomised (total of 1127 people), there were positive effects of various sexological interventions for promoting sexual health.

*Self help*, as written or audio/visual material (*bibliotherapy*) had an overall moderate positive effect for women and men regardless of sexual problem. Metaanalyses of 12 studies (397 people) showed significant moderate effectsize [ES 0.36 (CI 0.12 to 0.59)].

We did not find any studies on the effect of sexological interventions for people with questions on *sexual identity*.

---

## DISCUSSION

---

The positive findings in this report are based on studies with very small populations. It is in the nature of the subject that it is challenging to evaluate the effect of sexological interventions in big trials with robust designs. We have, however, mostly as-

sessed the included studies to be of moderate methodological quality. We have pooled results in metaanalyses, but will point to the fact that the total study population is small. For many comparisons it was not possible to pool the results and we could only report from single studies. There was heterogeneity in populations, interventions and outcomes and outcome measures in the meta-analyses. We can not rule out that studies have results affected by risk of type-1 bias (false positive result) or type-2 bias (false negative result). There is an overall positive effect across interventions and populations. However, we can not rule out a publication bias in the material meaning that studies with negative findings might not have been published or not identified by us. Outcome measures on effect in the studies are mostly based on self reporting.

Interventions described in the research literature are not representative for the variety of treatment strategies offered for sexual problems and dysfunctions in men and women.

We did not identify Norwegian effect studies, but cross sectional studies suggest that the prevalence of sexual problems in Norway is similar to that found in other countries. In this report we did not follow the research protocol in that we excluded the population of sexual offenders. On people who have suffered sexual abuse we found many studies, but very limited information on sexual therapeutic interventions or sexual outcomes.

Sexual problems are for the environment and the health care professionals often a hidden problem. If it is not addressed it will stay under-diagnosed, not-acknowledged and not treated.

---

## **CONCLUSIONS**

---

Overall, sexual therapeutic interventions are effective for people with sexual problems. This is shown for both a broad spectrum of populations and sexual problems. Self help, as information in written or audio/visual material (bibliotherapy) can be effective in the treatment of sexual problems. The results, however, must be interpreted with caution as the study groups were small, there are limitations in methodological quality and large variations in what is defined and presented as sexual therapeutic interventions. We cannot rule out publication bias.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

PB 7004 St. Olavs plass

N-0130 Oslo, Norway

Telephone: +47 23 25 50 00

E-mail: [post@kunnskapssenteret.no](mailto:post@kunnskapssenteret.no)

Full report (pdf): [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

---

# Innhold

<b>HOVEDFUNN</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
<b>KEY MESSAGES</b>	<b>7</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY</b>	<b>8</b>
Background	8
Method	9
Results	9
Discussion	10
Conclusions	11
<b>INNHold</b>	<b>12</b>
<b>FORORD</b>	<b>14</b>
Forkortelser	16
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>17</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>18</b>
Seksuelle problemer	18
Måling av seksualfunksjon	32
Behandlingsmetoder	32
<b>METODE</b>	<b>36</b>
Litteratursøk	36
Inklusjonskriterier	36
Eksklusjonskriterier	37
Artikkelutvelging	37
Analyse	38
<b>RESULTAT</b>	<b>39</b>
Kunnskapsgrunnlaget	39
Seksuelle funksjonsforstyrrelser hos menn	42
Seksuelle funksjonsforstyrrelser hos kvinner	49
Intervensjoner for seksuelle problemer i parforhold	64
Behandling av seksuelle problemer ved kronisk sykdom	66
Personer med intellektuell funksjonsnedsettelse og seksualitet	75

Sexologisk behandling ved psykiske lidelser	76
Usikkerhet vedrørende kjønn og seksuell identitet	77
Sexologiske intervensjoner for voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep	78
Biblioterapi – selvhjelp ved seksuelle problemer	78
<b>DISKUSJON</b>	<b>81</b>
Diskusjon av funn	81
Metodekritikk	84
Overførbarhet	85
Avvik fra protokoll	86
Implikasjoner for praksis	86
<b>KONKLUSJON</b>	<b>87</b>
Behov for videre forskning	87
<b>REFERANSER</b>	<b>88</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>106</b>
Vedlegg 1 Sexologi	106
Vedlegg 2 Begrepsforklaringer	111
Vedlegg 3 Sexologiske behandlingsmetoder	130
Vedlegg 4 Måleskala for seksualfunksjon	158
Vedlegg 5 Søkestrategi	183
Vedlegg 6 Liste over inkluderte studier	187
Vedlegg 7 Kvalitetsvurdering med sjekklistor	192
Vedlegg 8 Overlapping i systematiske oversikter	196
Vedlegg 9 Karakteristika inkluderte systematiske oversikter	197
Vedlegg 10 Ekskluderte studier	204
Vedlegg 11 Oppdateringssøk januar 2011	229
Vedlegg 12 Metaanalyser	239

---

# Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å oppsummere forskning om effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Bakgrunnen for dette arbeidet var en henvendelse fra det sexologiske fagmiljøet i Norge, ved Norsk Forening for Klinisk Sexologi, til Helsedirektoratet med spørsmål om det offentliges ansvar for behandling av seksuelle problemer.

Prosjektgruppen med Dagfinn Sørensen som leder, har bestått av:

- Dagfinn Sørensen, psykolog, Sexologspesialisten, Tromsø
- Elsa Almås, spesialist i klinisk psykologi og spesialist i klinisk sexologi NACS, professor i sexologi ved Universitetet i Agder
- Wenche Fjeld, pedagog, spesialist i sexologisk rådgivning NACS, Habiliteringstjenesten for voksne funksjonshemmede i Hedmark, Sykehuset Innlandet HF
- Wenche Haaland, jordmor, spesialist i sexologisk rådgivning NACS, Vennesla kommune og Elvebredden gynekologipraksis, Kristiansand
- Kjell Olav Svendsen, *spesialist i allmenntilleggsmedisin* Frogner Helsecenter
- Håkon Aars, *spesialist i psykiatri*, spesialist i klinisk sexologi NACS, overlege ved Klinikk for psykisk helse; Akuttpsykiatrisk avd. Oslo universitetssykehus, avdeling Aker. Institutt for klinisk sexologi og terapi, Oslo.
- Brynjar Landmark (forsker, *dr.med*), Kunnskapssenteret
- Karianne Thune Hammerstrøm (*forskningsbibliotekar*), Kunnskapssenteret
- Kjetil Gundro Brurberg (forsker, *dr.philos.*), Kunnskapssenteret
- Mary Fleming Tollefsen (*rådgiver*), Kunnskapssenteret
- Liv Merete Reinart (*forskningsleder*), Kunnskapssenteret

Dagfinn Sørensen, Elsa Almås og Haakon Aars er godkjente spesialister i klinisk sexologi, NACS. Wenche Fjeld og Wenche Haaland er spesialister i sexologisk rådgivning, NACS. Kjell Olav Svendsen er leder for Scandinavian Society for Sexual Medicine, Norge. Brynjar Landmark overtok som prosjektleder høsten 2008. Vi vil også takke Lillebeth Larun og Kirsti Malterud for forslag og bidrag i rapporten. Ing-



vild Kirkehei (forskningsbibliotekar) har korrekturlest referanselisten. Vi er takk-  
nemlig for intern fagfelle vurdering av manuskriptet fra Rigmor Berg, forsker, og Atle  
Fretheim, forskningsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Vi vil takke Gert Martin Hald, ph.D., Sexologisk klinikk, Rigshospitalet, og ass. Pro-  
fessor, Universitetet i København og Thore Langfeldt, psykolog og sexolog, Institutt  
for klinisk sexologi og terapi, Oslo, for deres fagfelle vurdering av denne rapporten.  
En takk til Inger Natvig Norderhaug (forskningsleder) og Marianne Klemp (forsk-  
ningsleder) ved Kunnskapssenteret.

Interessekonflikter: Ingen oppgitte

Finansiering: Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten

Gro Jamtvedt  
*Avdelingsdirektør*

Liv Merete Reinar  
*Seksjonsleder*

Brynjar Landmark  
*Prosjektleder*

---

## Forkortelser

---

CAT	Coital Alignment Technique
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ED	Eretil dysfunksjon
FSAD	Female Sexual Arousal Disorder (hemmet seksuell opphisselse, DSM IV)
HSD	Hypoactive Sexual Desire Disorder (hemmet seksuell lyst, etter DSM IV)
ICD	International Classification of Diseases
IELT	Intravaginal ejaculation latency time
KAT	Kognitiv atferdsterapi
M&J	Masters and Johnson
MST	Multisystemisk terapi
OD	Orgastisk dysfunksjon
PDE	Phosphodiesterase enzym
PE	Prematur ejakulasjon
PTSD	Posttraumatisk stressyndrom
RCT	Randomisert, kontrollert (klinisk) studie
SO	Systematisk oversikt
SSRI	Serotonin reopptakshemmere

### ***Forkortelser fra medisinsk statistikk***

ES	Effektstørrelse
F	F-verdien (gitt av forholdet mellom to $\chi^2$ -fordelte størrelser og deres frihetsgrader)
KI	Konfidensintervall
n	antall forsøkspersoner i én studie. Stor bokstav når flere studier er summert
ns	ikke statistisk signifikant
p	p-verdi er sannsynligheten for å få det observerte resultat gitt at $H_0$ er sann
NNT	Number needed to treat (beregnes fra 1/absolutt risiko reduksjon)
OR	Odds Ratio
RR	Risk ratio
SD	standardavvik
SE	standardfeil, kan estimeres ved $SD/\sqrt{n}$
t	t-verdi (tilsvarende z i normalfordelingen) = mean difference/ SE
WMD	weighted mean difference
$\bar{x}$	middelverdi (gjennomsnitt)
$\chi^2$	kji-kvadrat test

Se også ord- og begrepsforklaringer i vedlegg 2.

---

# Problemstilling

Bestillingen fra Helsedirektoratet, bestod av tre hovedspørsmål:

1. Hvilken effekt og nytteverdi har behandling av seksuelle problemer?
2. Hvilke sammenhenger finnes mellom seksuelle/psykoseksuelle problemer og utvikling av somatiske og psykiske lidelser?
3. Hvordan skal offentlige tjenester for behandling av problemer knyttet til kjønn og seksualitet organiseres for at aktuelle målgrupper kan få nytte av dem?

Problemstillingen ble avgrenset i protokollen til en oversikt av tilgjengelig forskningsbasert kunnskap om effekter av ikke-medisinske sexologiske intervensjoner (informasjon, rådgiving og behandling) ved seksuelle funksjonsproblemer. Spørsmål 2 og 3 blir ikke besvart.

Hensikten med denne rapporten var å besvare følgende spørsmål:

Hva er effekten av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer

- hos menn, hos kvinner og i parforhold
- ved kroniske somatiske lidelser
- ved psykiske lidelser
- ved fysisk eller psykisk funksjonshemming
- ved usikkerhet i forhold til kjønnsidentitet
- for personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep
- ved problemer i forhold til seksuell identitet

Vi skal besvare spørsmål om hvilken effekt ikke-farmakologiske sexologiske intervensjoner har for personer med ulike seksuelle problemer. Vi har valgt å bruke 'seksualterapeutiske intervensjoner' som samlebegrep på psykologiske, psykososiale og pedagogiske endringstiltak, innenfor hovedkategoriene informasjon, rådgiving og behandling, rettet mot seksuelle funksjonsforstyrrelser av både psykogen og endogen art. Der enkeltstudier og oversiktsartikler rapporteres, brukes de intervensjonsbenevnelsene forfatterne selv har anvendt. Vi har avgrenset rapporten ved ikke å inkludere medikamentell behandling, kirurgisk behandling eller tekniske hjelpemidler dersom dette ikke var klart integrert i den sexologiske intervensjonen.

---

# Innledning

Seksualitet er en kjernedimensjon av det å være et menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon. Seksualitet oppleves eller uttrykkes i tanker, fantasier, lengsler, ønsker, tro, holdninger, verdier, aktiviteter, handlinger, roller og forhold, og er en kilde til glede og selvrealisering så vel som til helseutfordringer og -vanskeligheter som rammer både kvinner og menn. En skjematisk inndeling viser seksualitetens mangfoldige funksjon, de seks R'er: reproduksjon (forplantning), relasjon (forhold mellom mennesker), respekt (egne og andres grenser), rehabilitering (håndtering av samlivsmessige konflikter), rekreasjon (nyttelse, glede og lek) og relaksasjon (fysisk og psykisk avspenning)<sup>1</sup>. Gjennom menneskets livsfaser fra vi fødes til vi dør påvirker seksualitet mange sider ved våre liv, tilværelser og samfunn.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksuell helse slik: *Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forhold til seksualitet: ikke kun fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha nytelsesfulle og trygge seksuelle erfaringer, fri for tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles* (oversettelse Dagfinn Sørensen)(1).

I vedlegg 1 gis en kort historikk om utviklingen av sexologifaget samt en kort beskrivelse av seksualfunksjon.

---

## SEKSUELLE PROBLEMER

---

Seksuelle funksjonsproblemer innebærer vanskeligheter i én eller flere faser av seksuell respons hos enkeltindivid eller par og som fører med seg negative konsekvenser, som frustrasjon eller unngåelsesatferd. Felles er at disse problemene kan føre til grader av fortvilelse, problemer i parforholdet, nedsatt livskvalitet og infertilitet (2).

---

<sup>1</sup> Hertoft P. Klinisk Sexologi. København: Munksgaard, 1995

Det er tradisjon for å definere seksuelle problemer i dikotomier som somatiske eller psykiske, som primære (livslange)/sekundære (erhvervede) eller universelle/ situasjonsavhengige (3). Dette kan være praktisk, men disse todelingene er ofte misvisende da mange faktorer spiller inn og tilstandene overlapper med både psykiske og organiske faktorer (blandet) (4), komorbiditet er vanlig, forstyrrelser hos den ene påvirker den andre partneren, m.m. Selv velavgrensede biologiske problemstillinger (som en nerve- eller karskade) gir anledning til en psykologisk og parforholdsmessig overbygning.

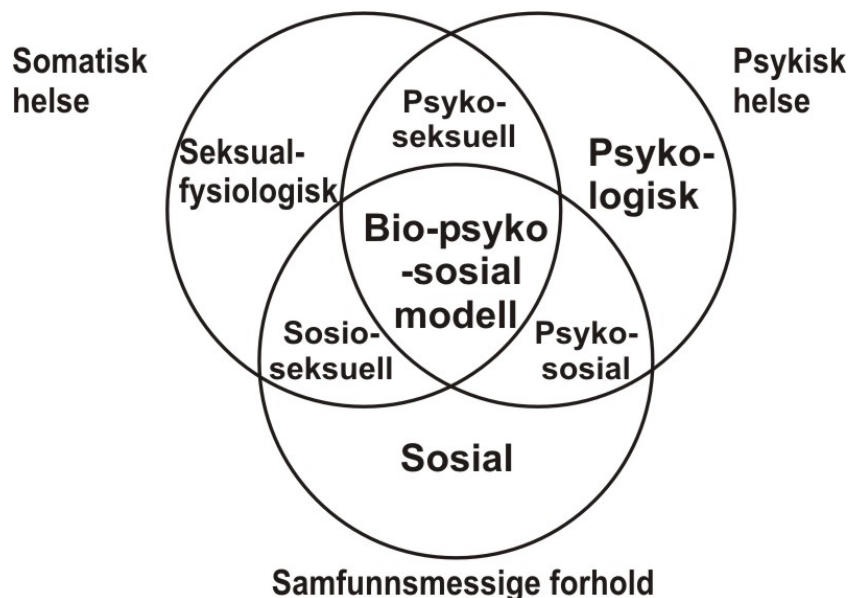
I henhold til ICD-10 omfatter seksuelle dysfunksjoner det som hindrer et individ i å delta i seksuell aktivitet på den måten han eller hun selv ønsker. Seksuell respons er en psykosomatisk prosess, og både psykiske og somatiske prosesser inngår vanligvis i årsakskjeden som fremkaller seksuell dysfunksjon (5).

ICD-10	Seksuelle dysfunksjoner (5)
F52.0	Mangel på eller tap av seksuell lyst
F52.1	Seksuell aversjon og mangel på seksuell glede
F52.2	Sviktende genital respons
F52.3	Orgastisk dysfunksjon
F52.4	Prematur ejakulasjon
F52.5	Ikke-organisk vaginisme
F52.6	Ikke-organisk dyspareuni
F52.7	Forsterket seksualdrift
F52.8	Andre spesifiserte seksuelle dysfunksjoner som ikke skyldes organisk lidelse
F52.9	Uspesifisert seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatisk lidelse

**Liste 1:** *Seksuelle dysfunksjoner i henhold til ICD-10 - International Classification of Diseases fra WHO (5), som offisielt brukes i Norge. På World Association for Sexual Health sin verdenskonferanse i Montreal i 2005 ble begrepet sexual disorders (forstyrrelse eller problem) anbefalt fremfor sexual dysfunctions.*

Kaplans trifasiske modell (lyst, tenning, orgasme) ligger til grunn for diagnoseinndelingen i ICD-10 (liste 1) og DSM IV (liste 2). Inndelingen gjenfinnes også i kartleggingsskjema over seksualfunksjon (vedlegg 4). Betegnelsene hypoaktiv seksuell dysfunksjon og FSAD: Female sexual arousal disorder brukes i DSM-IV. ICD-10 har vært i bruk som klassifikasjonssystem for sykdommer i psykiatrien i Norge siden årsskiftet 1996/97. I International Classification of Diseases blir seksuelle problemer klassifisert under psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. DSM III 1980 brukte samlebetegnelsen ”psychosexual disorders”, som ble endret til ”sexual dysfunctions” i DSM III-R i 1987. DSM-IV har også med seksuell dysfunksjon som følge av medisinske tilstander og stoffbetinget seksuell dysfunksjon.

Seksuell atferd er som all menneskelig atferd kompleks og underlagt mange faktorer. Forstyrrelser i seksualfunksjon kan sees i henhold til den biopsykososiale modellen ut fra nivå som henger sammen og påvirker hverandre: biologisk (seksualfysiologi), psykologisk (psykoseksuell) og sosialt nivå (6), figur 1.



**Figur 1:** Figuren viser den biopsykososiale modellen til George Engel, *Science* 1977(6), her tilpasset seksualfunksjon. Seksuell respons er fysiologisk, men påvirkes av psykoseksuelle forhold (f.eks. trygghet eller seksualangst, prestasjonsangst, intimitetsangst, inhibisjon, stress, skamfølelse, kroppsbilde), psyke (kognisjon, emosjon, persepsjon f.eks. motivasjon og forventninger) og psykisk helse, sosio-seksuelle verdier (som normer, tabuer, religion, lover om seksualitet, nakenhet, pornografi, der f.eks. sosiale rystelser som samlivskrise eller arbeidsledighet kan spille inn), psykososiale forhold som tilhørighet, spiritualitet, og tolkning, og blir sammensatt (i midten) i lys av læring, erfaring, parforhold, elementer fra oppvekst, tidligere tap eller traumer.

En tverrfaglig gruppe (7) har anbefalt at seksuelle forstyrrelser beskrives i lys av kontekst og relasjonelle faktorer, med 1) oppvekst, tidligere tap/traume, tidligere forhold og kulturelle/religiøse rammer 2) nåværende relasjonelle vanskeligheter, partners seksuelle funksjon og emosjonell kontekst og 3) medisinske forhold, psykisk lidelse, medikamentbruk eller rus/stoffmisbruk.

For å skille seksuelle funksjonsendringer som del av normalvariasjon gjennom livsløpet fra seksuelle funksjonsproblemer, er det introdusert en subjektiv opplevelsesdimensjon, kalt 'distress' eller 'subjektivt opplevd plage'. Et individ kan ha en objektivt diagnostiserbar seksuell funksjonsforstyrrelse (ofte referert til som 'sexual dysfunction per se'), men uten at denne subjektivt oppleves som en vesentlig plage eller et betydelig problem. Dette er spesielt viktig i forhold til kvinner, som i forbindelse med for eksempel svangerskap, fødsel og småbarnstid, kan oppleve midlertidige seksuelle funksjonsendringer av en diagnostiserbar art, men uten å oppleve det som et problem. Andre livsfasetypiske forhold eller omveltende livshendelser kan også nedsette seksuell funksjonsevne i en slik grad at de tilfredsstiller diagnosekriteriene for funksjonsforstyrrelse, men der personen likevel ikke oppfatter det som en plage av betydning.

## **Seksuelle problemer og funksjonsforstyrrelser hos menn**

I en MMI-undersøkelse fra Norge i 1997 rapporterte 10 % av mennene at de ”noen ganger” hadde hatt seksuelle problemer som de hadde trengt hjelp til å løse. Av disse oppga 40 % behov for profesjonell hjelp til å løse problemene men bare 6 % hadde oppsøkt lege, psykolog eller annet helsepersonell for å få hjelp (8). De hyppigste seksuelle problemene hos menn oppgis å være prematur ejakulasjon og erektil dysfunksjon (9).

### ***Erekttil dysfunksjon*** (sviktende genital respons ICD-10 F 52.2)

Erekttil dysfunksjon eller ereksjonssvikt, ED, er definert som vedvarende manglende evne til å få en ereksjon som er rigid nok til å gjennomføre tilfredsstillende samleie (10). Pasienten blir spurt hvor hyppig ereksjonen svikter og antall gjennomførte samleier siste måned. Erekttil funksjon kan testes ved intrakavernøs injeksjon (prostaglandin PGE<sub>1</sub>) eller perorale PDE5-hemmere med eller uten visuell eller erotisk stimulering og måles med ultralyd (Doppler). Penil angiografi ble tidligere regnet som gullstandard ved vaskulær impotens (11), men etter at PDE-5 hemmere ble introdusert i 1998 er ikke behandling avhengig av invasive diagnostiske tester. Manglende eller ufullstendig reisning er også målt som erektil vinkel der erektil dysfunksjon er under 90 grader (5). Se også *cavernosometri*, *cavernosografi* og *nattlig tumescens* (vedlegg 2).

Forekomst av erektil dysfunksjon oppgis i befolkningsstudier å være rundt 10-15 % av alle menn og noen grad av ED rammer over halvparten av alle menn over 40 år (12). I en norsk studie ble det beregnet at over 340 000 norske menn har noen grad av ED i 2001 og med aldrende befolkning vil dette tallet kunne passere 500 000 i kommende tiår (12). Det vil ikke si at ED er en uunngåelig konsekvens av aldring.

ED er fremtredende ved psykiske tilstander som depresjon eller panikkangst og på 70-tallet ble ED antatt å hovedsakelig skyldes mentale årsaker, *psykogen impotens*. Mens M&J oppga at kun 5 % hadde fysisk årsak (13), antas det nå at 60-80 % av tilfellene har organisk årsak (10). Sachs 2003 (14) har foreslått inndeling der ED er enten organisk, *kombinert* perifer og sentral (assosiert med aldring, tenning/ inhibering og psykologisk stress) eller *situasjonsavhengig* (inkludert partnerrelatert, prestasjonsrelatert og omgivelsesfaktorer). Psykogen ED er foreslått inndelt i inhibisjon, prestasjonsangst, eller tilpasningsrelatert ED (psykologisk stress) (15).

ED gir ofte betydelige psykososiale følger uavhengig av årsak (16). ED påvirker parforholdet og evnen til å innlede nye forhold, fører til nedsatt selvfølelse og selvtillit også på dag-til-dag basis, og menn med ED oppgir nedsatt livskvalitet, mentalt stress eller depresjon (17). Ikke alle med ED ønsker behandling, men i en norsk undersøkelse (12) rapporterte 70 % av de under 60 år og 40 % av de over 70 år at de ønsket å diskutere problemet med lege. I en studie på menn med depresjon førte bedring av ED til bedring i livskvalitet, humør og partnerforhold (18).

### **Prematur ejakulasjon** (ICD-10 F 52.4)

Prematur ejakulasjon (PE) er rask eller for tidlig utløsning (med eller uten sædavgang) og er det vanligste seksuelle problemet hos menn. Det er ingen enhetlig definisjon på PE, forskjellige forslag har vært: manglende *kontroll* (ejakulasjon ved minimal stimulering og før personen ønsker det), kort *tid* til orgasme etter penetrering (innføring i partners skjede) (1-7 minutter), andre definisjoner er antall støt før orgasme (8-15 støt) eller M&J som brukte definisjonen ”manglende evne til å utsette ejakulasjonen slik at *kvinnelig partner blir tilfredsstilt minst 50 % av tiden*” (19). I følge ICD-10 er PE ”manglende evne til å kontrollere ejakulasjonen tilstrekkelig til at begge parter har glede av den seksuelle kontakten”. Norge følger offisielt ICD-10, der diagnosekriteriet er *kontroll* av ejakulasjon, som i DSM-III, mens i DSM IV er diagnosekriteriet tid – *rask* ejakulasjon, med tilleggskrav om at tilstanden er gjentakende og at den oppleves som et problem for pasient eller partner. Det er ingen etablert diagnostisk test for PE, som er en subjektiv diagnose. I kliniske forsøk måles ofte intravaginal ejakulatorisk latenstid (IELT), som er et objektivi mål fra vaginal penetrering til ejakulasjon.

Forekomst av prematur ejakulasjon varierer avhengig av hvilken definisjon som benyttes. Prevalens opp mot 30 % på verdensbasis i vide aldersgrupper (18-59 år eller 21-65 år) blir ofte oppgitt (20-23) og PE er vanligere hos yngre menn (21;24;25). Dersom kriteriet er ejakulasjon på under ett minutt sank prevalensen fra 13 -32,5 % til 5-6 % i en oversikt over alle kohortestudier i perioden 2004-2007 (20). Det oppgis ulik forekomst i forskjellige verdensdeler, Jannini 2005 (26) oppgir at prematur ejakulasjon rapporteres oftere blant menn i Øst-Asia, og sjeldnere fra menn i Midt-Østen og Afrika, mens prevalensen i Europa er midt mellom. International Consultation on Sexual Dysfunctions 2009 viser til fire PE syndromer: Livslang PE (< 1-1,5 minutt), ervervet PE (kort IELT <1,5-2 min), naturlig variabel PE (inkonsistent 3-8 minutt, normalvariasjon), og PE-lignende dysfunksjon (3+ min (in)konsistent) (4).

Prematur ejakulasjon er assosiert med en rekke negative psykologiske effekter, inkludert angst, depresjon og fortvilelse for både mannen og partner (27). PE kan påvirke livskvalitet, parforhold (alle aspekter av intimitet), selvbilde og selvtillit og være et hinder for enslige ved inngåelse av nye forhold (unngåelsesatferd). Ved to studier over hvor mange som søkte til behandling, viste Byers 2003 (28) at kun 4 % og Porst 2007 (11) at kun 9 % av de med PE hadde noen gang søkt hjelp for å løse dette problemet.

### **Andre seksuelle problemer hos menn**

Mannlige seksuelle problemer omfatter også lystproblemer, hemmet, forsinket eller smertefull ejakulasjon, orgasmeproblemer og smerter i forbindelse med seksuell aktivitet. De tre første er relativt vanlige bivirkninger ved medikamenter (24) og psykososiale forhold (29) som ubevisst aggresjon, innestengt sinne, graviditetsfrykt, og religiøs ortodoksi.



Nedsatt seksuell lyst ble rapportert av 18 % av alle menn i Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (29 land, år 2008,  $n=27\ 500$ ) (30). Ifølge Porst (11) spiller følgende forhold inn på psykogen hypoaktiv dysfunksjon: depresjon, sinne, manglende tilgang på prefererte seksuelle objekt (personer, gjenstander) eller handlinger i et parforhold, og konflikt/utilfredshet i forholdet.

Inhibert ejakulasjon er sjeldnere enn prematur ejakulasjon med en prevalens på ervervet inhibert ejakulasjon på opptil 3-4 % (31). I motsetning til retrograd ejakulasjon er det ofte mer sammensatte faktorer som inhiberer ejakulasjon (11). Orgasme-forstyrrelse kan være uteblitt orgasme, redusert intensitet, eller smertefull orgasme. I en tverrsnittsundersøkelse oppga mer enn én av 6 menn at de hadde hatt genitale smerter foregående 12 måneder; 5 % ved urinering, 5 % ved samleie (dyspareuni) og 12 % hadde andre kroniske smerter i bekkenområdet ( $n=4\ 290$  menn, Pitts 2008 (32)). Kronisk prostatitt kalles også kronisk bekkenbunnssyndrom hos menn.

*Aldring* fører med seg endring i fysiologi, atferd, psykososial funksjon og mer sykdom som alle kan påvirke seksualfunksjon. Normale aldersforandringer i mannlig seksuell respons er redusert seksuell interesse og lyst, at ereksjonen blir svakere (reduert volum og rigiditet) og det tar lengre tid å oppnå reisning. Det kan også innebære vanskeligheter med å holde på ereksjonen, nedsatt penil følsomhet og lengre tid før ejakulasjon/svakere orgasmeopplevelse. Aldring medfører også færre morgenereksjoner, sjeldnere spontanereksjoner i våken tilstand og nedsatt ereksjonsaktivitet. Ejakulasjonen minker i volum og utløsningstrykk, og sædutløsning kan utebli til tross for orgasme.

### **Seksuelle problemer og funksjonsforstyrrelser hos kvinner**

De hyppigste seksuelle problemene hos kvinner er nedsatt eller manglende lyst, nedsatt lubrikasjon, manglende orgasme og smerteproblematikk (33). Etiologien bak de ulike forstyrrelser i kvinners seksuelle respons er mindre kjent enn hos menn.

#### ***Nedsatt eller manglende lyst*** (ICD-10 F 52.0 *hypoactive sexual desire disorder, lystproblem, tap av eller hemmet seksuell lyst*)

Mangel på seksuell lyst oppgis å være det mest utbredte seksuelle problemet hos kvinner og omfatter vedvarende eller tilbakevendende mangel på seksuelle fantasier, tanker eller interesse for og initiativ til sex. Lystproblemer, eller *hypoactive sexual desire disorder* i DSM IV, ble først definert som en klinisk enhet i 1977 (34;35). Det er uklarheter i definisjonen, om hva som er for lite/for mye og om det er spontan lyst eller mangel på lyst som respons til partners tilnærminger. I DSM-IV er det et tilleggskriterium at personen selv må oppleve det som et problem eller en forstyrrelse (36).

ICD-10	Seksuelle problemer hos kvinner	Estimert prevalens	DSM-IV
F520	Nedsatt eller manglende lyst DSM IV hypoaktiv seksuell lystproblem (HSDD) *	10 – 46 %	302.71
F521	Seksuell aversjon og mangel på seksuell glede	Lav	302.79
F522	Sviktende genital respons (lubrikasjon) DSM IV Hemmet seksuell opphisselse hos kvinner (FSAD)	6 – 21 %	302.72
F523	Orgastisk dysfunksjon (inhibert orgasme) DSM IV kvinnelig orgasmeforstyrrelse tross lyst og seksuell tenning	4-7 % (i befolkningen) 5-42 % (i førstelinjetjenesten)	302.73
F525	Vaginisme (spasme hindrer samleie) <i>smerte ikke et nødvendig kriterium</i>	0,5 – 1 % (i befolkningen) Opptil 30 % (i førstelinjetjenesten)	306.51
F526	Dyspareuni (smerter ved samleie)	3 – 18 % (i befolkningen) 3 – 46 % (i førstelinjetjenesten) 9 – 21 % (postmenopausalt)	302.76
	Vulvodyni (smerte uavh. Av samleie)	4-7 %	

**Liste 2** Seksuelle problemer hos kvinner. Betegnelser etter ICD-10 og DSM-IV. I tillegg kommer F527, forsterket seksualdrift med ukjent prevalens, og F528 og F529 (uspesifisert) (ICD-10 kode F520, F522 og F-523 svarer til Kaplans modell Lyst-tenning-orgasme). \*Hypoactive sexual desire disorder (hemmet seksuell lyst), med tilleggskrav i DSM-IV "som fører til fortvilelse for kvinnen". Prevalenstall fra Simons 2001 (52 studier etter 1980) (37) og Harlow 2003 (38) i henhold til DSM IV-TR (39).

Levine 2003 har foreslått at lyst kan betraktes i form av *appetitt* (biologisk drift), *motiv* (individ- og parpsykologi) og *ønsker* (kulturavhengig)(40). I perioder kan de fleste oppleve at seksuelle stimuli ikke er like interessante, til sammen i ulike livssituasjoner som medfører stress, tretthet, bekymringer for økonomi, misnøye i parforholdet og noe er da en normalreaksjon. Lyst behøver verken være en forutsetning for seksuell aktivitet eller være et behov *per se* men kan være et ønske om følelsemessig nærhet gjennom seksuell aktivitet (figur 4). Lyst korrelerer ikke nødvendigvis med nytelse (41). Utrygghet i forholdet, utroskap eller ulikhet i libido mellom partnerne kan gi seg utslag i lystproblemer, medikamenter (inkludert p-piller) like så. Sterke følelser som kjærlighet og intimitet fremmer lyst, og harmoni og tilfredshet kan opprettholde lyst. Lystforstyrrelser kan ha tilknytning til manglende kjennskap til egen kropp, selvbilde, angst, prestasjonspress, og til tidligere seksuelt misbruk (42), som igjen griper inn i en rekke følgetilstander for fysisk og psykisk helse. Lystbegrepet er et subjektivt mål som oppgis ved ulike måleskala (se vedlegg 3). Begrepet i DSM-IV er hypoaktiv seksuell lystproblem, som viser til at manglende lyst kan føre til nedsatt seksuell aktivitet. Enkelte studier oppgir samleiefrekvens som mål, der coitus mindre enn én gang per to uker blir oppført som lav aktivitet.

### **Seksuell Aversjon** (ICD-10 F52.1)

Lystforstyrrelse ble først oppført som diagnose i DSM-III i 1980, og ved revisjon i 1987 ble denne delt i to diagnoser: mangel på seksuell lyst (desire, HSD) og aversjon mot seksuell aktivitet. Aversjon omfatter avsky, vemmelse – ofte med fysiologiske reaksjoner som kvalme – og kan føre til unngåelsesatferd, eller situasjonsavhengig

panikk mot seksuell atferd generelt eller helt spesifikke tanker og handlinger. Aversjon kan være et symptom på tidligere smertefull eller traumatisk hendelse.

### ***Sviktende genital respons*** (ICD-10: F52.2)

Ved sviktende genital respons hos kvinner mangler evnen til å gjennomføre seksuell aktivitet med tilstrekkelig lubrikasjon. Hovedproblemet hos kvinner er tørrhet i skjeden. I DSM-IV kalles det Female Sexual Arousal Disorder (FSAD) – hemmet seksuell opphisselse hos kvinner – altså en *tenningsforstyrrelse*. Både i ICD-10 og DSM-IV har manglende lubrikasjon samme diagnosekode som for erektil dysfunksjon hos menn. M & J viste økt blodgjennomstrømning vaginalt ved genital respons og at kvinnens lubrikasjon utsondret fra skjedeveggen (ikke fra cervix, som tidligere antatt). Imidlertid er det dårlig samsvar mellom fysiologisk respons ved opphisselse og subjektiv tenning hos kvinner – noen opplever nedsatt seksuell respons som problem uten at det kan påvises fysiologiske korrelater til dette. Derfor har objektive mål som blodgjennomstømning ved Doppler eller vaginal plethysmografi liten klinisk bruk (se vedlegg 1). Basson har foreslått en inndeling i *kombinert* tenningsforstyrrelse (ingen subjektiv eller fysiologisk respons), *genital* tenningsforstyrrelse (subjektiv tenning men ingen fysiologisk respons) og *missed* ("oversett" eller subjektiv) tenningsforstyrrelse (fysiologisk respons men ikke subjektiv tenning)(36).

I reviderte definisjoner av tenningsforstyrrelser tas vedvarende genital respons med, der problemet er spontant og forstyrrende genital respons uten seksuell interesse eller lyst, og som kan vedvare i timer eller dager (36).

### ***Orgastisk dysfunksjon*** (ICD-10: F52.3, *kvinnelig orgasmeforstyrrelse*)

Orgasmeforstyrrelser diagnostiseres som manglende (inhibert-uteblitt) eller tydelig forsinket orgasme; DSM IV presiserer "til tross for lyst og seksuell tenning" (39) og tar med "vesentlig nedsatt intensitet på orgasme". Orgastisk dysfunksjon (OD) kan forveksles med problemer med forutgående faser som lyst og seksuell tenning (der også orgasme uteblir) (43). Så mange som 20-30 % av kvinner oppgir manglende orgasme ved samleie (43), og orgasmeforstyrrelse er den nest-hyppigste seksuelle dysfunksjonen hos kvinner etter manglende lyst. Ulike definisjoner og kriterier vanskeliggjør estimer av hvor utbredt denne diagnosen er og kritikere påpeker at mange kvinner oppgir tilfredsstillende seksuell aktivitet uten nødvendigvis orgasme. Orgasme problemer kan klassifiseres som primær (aldri opplevd orgasme) eller sekundær anorgasmi (hatt orgasme minst én gang tidligere), generell- eller situasjonsavhengig. En rekke psykososiale faktorer som parforholdet, alder, skamfølelse, inhibisjoner og religiøsitet har sammenheng med orgasme problemer. For situasjonsavhengig orgasmesvikt ved samleie kan en medvirkende årsak være prestasjonsangst i nærvær av partner (frykt for å miste kontroll, "overgivelse" i figur 1).

### ***Vaginisme, dyspareuni og urogenitale smerteproblemer***

Både vaginisme, dyspareuni og urogenitale smertetilstander fører til nedsatt seksualfunksjon, med ringvirkninger i hverdagen som vanskeligheter i parforholdet, tilpasninger i dyaden, psykologisk velvære, fortvilelse, og nedsatt livskvalitet (44).

*Vaginisme* (ICD-10: F52.5) defineres som en ufrivillig stramning av muskulatur (spasme) i ytre tredjedel av skjede som forhindrer samleie (36). Til forskjell fra dyspareuni behøver ikke smerte være tilstede. Kvinnen kan likevel delta i og nyte seksuell aktivitet og oppnå orgasme men penetrering er ikke mulig (45). Vaginisme er i essens at kvinnen *forventer* smerte. For enkelte er vaginisme tilstede ved seksuell aktivitet men ikke ved gynekologisk undersøkelse (eller motsatt, på grunn av angst for legeundersøkelse).

*Dyspareuni* (smerter ved samleie, ICD-10: F52.6) oppgis hyppigere hos kvinner enn hos menn. Dyspareuni er en samlebetegnelse som ikke beskriver årsak eller type smerte. Dyspareuni kan beskrives ved å lokalisere smerten, (en grovinndeling er innføringssmerte og dyp smerte (v/støt), eventuelt vaginal smerte som ved friksjon), å oppgi smertens grad og karakter (til sammen skarp, brennende, verk, knip, strekk, kløe) og om den er primær eller sekundær, eventuelt situasjonsavhengig (psykogen dyspareuni). I de fleste tilfeller oppgis mild til moderat grad av smerte. Ytre eller innføringssmerte er hyppigst og det er reist tvil om innføringssmerter lar seg skille fra vaginisme (46). Ulike bekkensmerter kan gi dyp dyspareuni. Biologiske faktorer bidrar til disse smertene, men skal etter ICD-10 da diagnostiseres etter årsak (som atrofisk vaginitt, endometriose, intersitiell cystitt, adheranser, infeksjoner, m.m.).

Urogenital smerte omtales med flere begrep i litteraturen – som vestibulodyni (47), (vulva) vestibulitt (48;49), vulvitt (50), vulva dermatose (51), vulva smertesyndrom (52), vulva dysestesi (53), og *vulvodyni* (54;55). Vulvodyni beskrives som en kronisk og/eller brennende smerte i vulva uten objektive fysiske funn som forklarer symptomene (56). Etiologi er fortsatt ukjent og sannsynligvis er det ingen enkelt-årsak. Smerten kan være selvrappertert eller måles ved legens trykk med bomullspensel, finger eller innføring av spekulum. Prevalensen er ukjent, kumulativ insidens gjennom et kvinneliv kan være 16 % (38). To former kan gjenkjennes: *vestibulitt* etter Friedrichs kriterier (57), der lett trykk eller berøring av punkter i vestibulum (mellom små kjønnslepper og skjedeinngang) er svært smertefullt, og *vulva dysestesi* som beskrives som uprovosert brennende smerte, ofte utover vestibulum mot labia, innerlår eller endetarm (58). Vulvodyni antas å være den vanligste årsaken til dyspareuni hos premenopausale kvinner (47;59).

Blant over 5000 kvinner i USA oppga 15 % *kronisk bekkensmerte* siste 3 måneder og 61 % av disse hadde ingen kjent diagnose (60). Insidensen (21,5/1000 i måneden) av kronisk bekkensmerte i allmennpraksis i Storbritannia var sammenlignbart med migrene, ryggsmertor eller astma (61). Siden årsakene ikke er kjent rettes behandlingene mot lettelse av symptomene (62).

### **Forsterket seksualdrift** (ICD-10 F52.7)

Hyperseksualitet, økt lyst til seksuell atferd som blir problematisk og av klinisk betydning. (ICD-10 lister to subtyper: *nymfomani* for kvinner, og tilsvarende *satyriasis* for menn. Disse uttrykkene brukes ikke i DSM-IV). Sterke seksuelle behov kan ha psykogen årsak: ved personlighetsforstyrrelser, selvfølelsesforstyrrelse, intimitetsangst, senskade etter seksuelle overgrep (der en person bruker seksualitet for å hente bekræftelse en egentlig burde hentet på annen måte). Enkelte medikamenter og sentralstimulerende midler kan påvirke seksualdrift, dessuten nevrologiske forandringer som skade i amygdala, frontallappen, Alzheimers sykdom o.a. og noen utviklingshemninger eller forstyrrelser. Det er faglig uenighet om hvorvidt tilstanden kan ha med obsessiv-kompulsiv lidelse, bipolar lidelse eller narsissistisk personlighetsforstyrrelse å gjøre.

### **Seksuelle problemer i ulike livsfaser og ved aldring**

#### *Svangerskap og fødsel*

Ulike livsfaser som innebærer kroppslige forandringer kan medføre forandringer i parforhold. Ett av de tydeligste fysiologiske forandringene skjer ved svangerskap og fødsel, men psykiske og sosiale endringer i forbindelse med barselperiode, amming og småbarnsperiode har også innvirkning på kvinners seksualitet (63). De vanligste sexologiske problemstillingene i denne livsfasen er manglende lyst og ulike smerter hos kvinnen mens nybakte foreldre oppgir tretthet, søvnmangel og mangel på fritid som problematisk for samlivet (64). I en norsk undersøkelse, Svendsen 2008 (65), oppga 43 % redusert seksuell lyst under svangerskapet og 27 % hadde problemer med å komme i gang med seksuallivet etter fødsel ( $n=4498$ ). Seksualfunksjon avtar særlig i tredje trimester og vedvarer i 3-6 måneder etter fødsel (66). Paritet og senfølger av forløsning som episiotomiarr, bekkenbunnsprolaps eller stressinkontinens har sammenheng med seksuelle problemer (67-70). Ufrivillig barnløshet og de følelsene som kan følge med (som sorg og fortvilelse) kan både være en følge av og en årsak til seksuelle problemer (71).

#### *Menopause og aldring*

Både menopause og aldring er forhold som påvirker kvinnelig seksualitet. Seksuelle problemer etter menopause blir fort tilskrevet hormonmangel (østrogen, m.m.), tross økt forekomst av andre helseproblemer som bekkenbunnsforandringer, hudlidelser, sykdom, og psykososiale endringer som partners helse og livsroller som forandrer seg med alder. Dyspareuni er blant de vanligste problemene som oppgis hos postmenopausale kvinner, men det er stor variasjon i forekomsten og enkelte har funnet avtagende forekomst av dyspareuni med alder over 65 år (42;72;73). Det kan skyldes at begrepet dyspareuni forutsetter seksuell aktivitet, og at tilstanden underrapporteres blant kvinner som unngår sex på grunn av smerte. En tverrsnittundersøkelse har vist at overfladisk, ikke dyp, dyspareuni økte i tiden etter menopause (74).

Selv om forekomsten av seksuelle dysfunksjoner øker med alder fant man at det var gruppen kvinner 45 til 64 år som skåret høyest på *distress score* (subjektivt opplevd plage) (45-64 år) med en prevalens på 14,8 % og lavere blant yngre og eldre kvinner (for 65 år og over: 8,9 %) (75). Dette er sammenfallende med aldersspennet for klimakteriet. En norsk spørreundersøkelse med 399 par (798 personer mellom 22 og 67 år) fant at 59 % ikke rapporterte ”distress”. Blant kvinnene var det 26 % som oppga redusert seksuell lyst, 8 % av mennene og 8 % av parene oppga ”distress” (76).

Menn og kvinner kan forbli seksuelt aktive etter fylte 80 år om ikke sykdom forhindrer det (77), og med samme interesser og preferanser som yngre mennesker, som egen onani eller onanering av partner, oralsex og samleie (71). Siden kvinner lever lengre enn menn er aldring en prosess mange menn opplever sammen med partneren, mens partners dårlige helse eller bortgang kan prege de eldste kvinners seksualliv (78).

### **Seksuelle problemer i parforholdet**

Seksuelle problemer hos et individ kommer ofte klarest til uttrykk når vedkommende er i et parforhold. Dette skyldes primært at det vanligvis er innenfor rammen av et parforhold at den seksuelle aktiviteten er mest frekvent og den seksuelle yteevne mest påkrevet. Andre variabler er kvalitet på forholdet, kontekst (livssituasjon, ulike belastninger, økonomiske forhold), sykdom, depresjon og seksualitet hos partner (79), konflikter, manglende felles interesser, foretrukket frekvens på sex og seksuelle problemer i forbindelse med aldringsprosessen. En seksuell funksjonsforstyrrelse kan således enten være latent hos en person og bli present først i et parforhold, eller den oppstår som følge av forhold knyttet til samlivet. Seksuelle problemer kan i noen tilfelle være en konsekvens av andre samlivsproblemer og i andre tilfelle vil seksuelle problemer kunne forårsake andre samlivsproblemer. Forskning har vist at seksuelle funksjonsproblemer hos én av partene i forholdet kan medføre utvikling av seksuelle funksjonsforstyrrelser også hos den andre part.

I denne oppsummeringen er seksuelle problemer i parforholdet skilt ut, ikke fordi de representerer en særskilt problematikk, men fordi man ønsket å belyse i hvilken grad sexologiske intervensjoner også påvirker kvaliteten på – og tilfredshet med – samlivet.

Norsk forskning har påvist at seksuelle problemer er en høyfrekvent årsak til samlivsbrudd, med de personlige og samfunnsmessige omkostninger dette innebærer (80). Samlivsbrudd kan medføre fysiske og psykiske helseplager, med behov for behandling, og for noen tap av arbeidsevne.

## **Seksuelle problemer som følge av sykdom eller behandling**

Seksuell funksjon kan påvirkes av organisk skade og somatisk sykdom. Det er betydelig komorbiditet, både direkte og indirekte mellom ulike sykdomstilstander og seksuell dysfunksjon. Fysisk funksjonshemming og kroniske lidelser kan være både et funksjonsproblem og et presentasjonsproblem, det vil si at det kan være vanskelig å presentere seg overfor en partner med en kronisk sykdom eller funksjonshemming.

Sviktende genital respons hos menn, ED, oppstår ved en lang rekke medisinske tilstander. Viktige risikofaktorer er hjerte- og karsykdom, dyslipidemi, hjerneslag, kreft, endokrin svikt, diabetes, sykdommer i rygg- og bekkenområder, m.m. Tilstanden er hyppig ved *nevrologiske* lidelser og skader. Generelt dårlig helse påvirker ED, både sedat livsstil og overvekt kan øke risikoen for ED (81), dessuten rusmidler, alkohol og røyking (82). Epidemiologiske studier fra USA synes å rapportere en økende forekomst av ereksjonssvikt fra 1940 frem til 1994 (83).

Seksuelle problemer kan oppstå som følge av medisinsk og kirurgisk behandling. Svikt i seksualfunksjon følger av en lang rekke medikamenter, mest kjent er sammenhengen med blodtrykkssenkende, nevroleptika og antidepressiva (84). For menn er ED hyppig etter radikal blære- og prostatakirurgi. Seksuelle dysfunksjoner er blant komplikasjonene med høyest prevalens etter kreftbehandling (85-87).

Alle terapiformene for menn, kvinner og par kan gjøres tilgjengelig og bli tilpasset personer med spesielle behov, som mennesker med fysiske og psykiske funksjonshemninger, psykisk lidelse, usikkerhet vedrørende kjønnsidentitet eller seksuell identitet. Ulike samfunn og kulturer har i forskjellig grad lagt til rette for mennesker med fysiske og psykiske funksjonshemninger, og det er begått urett mot mennesker som er nektet seksualliv (88).

### **Særskilt utsatte grupper**

Mennesker med medfødt eller ervervet funksjonshemming, somatisk sykdom eller psykisk lidelse har i utgangspunktet seksuelle følelser, behov og ønsker som den øvrige befolkningen. Behandling sikter på å hjelpe disse til et godt, helsefremmende seksualliv.

Man ser ofte en sammenheng mellom seksuelle problemer og psykisk sykdom (89;90). Blant psykiske lidelser er prevalensen av seksuell dysfunksjon høyere ved alvorlig depresjon enn ved tvangslidelse og generalisert angstlidelse (91). Posttraumatisk stressyndrom PTSD er assosiert med seksuell dysfunksjon, og krigsveteraner med PTSD oppgir nedsatt seksuell aktivitet, hypoaktiv dysfunksjon og ereksjonsvanskeligheter (92). Pasienter med psykisk lidelse og andre sårbare grupper kan være mer utsatt for å bli utnyttet seksuelt (93).

### ***Personer med intellektuell funksjonsnedsettelse***

Intellektuell funksjonsnedsettelse medfører problemer med seksuell sosialisering og læring. Barn og ungdommer lærer vanligvis via interaksjon med hverandre og med veiledning fra voksenpersoner som de kjenner godt. De sosioseksuelle reglene er ofte uskrevene regler som formidles som koder mellom de personene det gjelder. Personer med intellektuell funksjonsnedsettelse har generelt vansker med å følge med på den typen læring og regelstyring, og trenger klar informasjon om hvordan ting er og må være. Derfor er det ikke sjelden at de kommer opp i vanskelige sosiale situasjoner hvor de blir misforståtte og stigmatiserte. Personer med intellektuell funksjonsnedsettelse har oftere enn gjennomsnittet for befolkningen vært utsatt for seksuelle overgrep (94) og årsakene til begge forholdene kan i store trekk være at de ikke har fått nok informasjon og veiledning når det gjelder seksualitet.

### ***Seksuell identitet og kjønnsidentitet***

I levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå (95) svarer 1,8 % av befolkningen i Norge i 2008 at de føler tiltrekning til samme eller begge kjønn, og 1,2 % identifiserer seg som homofile, lesbiske eller bifile. Homofili ble avkriminalisert i Norge i 1972, og i 1979 ble homofili fjernet som sykdomsdiagnose. Homofili er ikke et seksuelt problem i seg selv, men også bifile, lesbiske og homofile kan ha seksuelle problemer og mange har behov for rådgivning i prosessen med å etablere en trygg seksuell identitet og seksuell utfoldelse (96).

Noen opplever en sterk konflikt mellom sitt biologiske kjønn og sin egen opplevde kjønnsidentitet. En slik tilstand klassifiseres som transseksualisme, kjønnsdysfori eller kjønnsidentitetsforstyrrelse. Disse er beskrevet gjennom F64.0-9 i ICD-10 systemet. Seksjon for transseksualisme, tidligere GID-klinikken, ved Rikshospitalet har siden 1979 hatt landsfunksjon for behandling av pasienter med transseksualisme i Norge. Prevalensen er usikker, men oppgis til ca 1: 50 000 (97).

I henhold til John Bancroft sin "three strand" modell er det tre hovedelementer i et menneskes seksuelle utvikling: utviklingen av kjønnsidentitet, av seksuell orientering, preferanser og tenningsmønstre, og av evnen til å knytte nære relasjoner (98).

Enkelte vil søke hjelp i forhold til å etablere *seksuell identitet* og for transpersoner *kjønnsidentitet*. Usikkerhet innebærer for mange at de ikke tør snakke med noen, eller de møter manglende kompetanse dersom de prøver. Levekårsundersøkelsen viser også at disse oftere rapporterer varig sykdom enn heterofile (99). Det er også høyere forekomst av psykiske problemer hos bifile, lesbiske, homofile og transepersoner. Dette oppgis hos én av tre i levekårsundersøkelsen, og dessverre indirekte til overhyppighet av suicid for enkelte som ikke føler at de har noen plass i samfunnet (100).



### ***Personer utsatt for seksuelle overgrep***

Seksuelt misbruk av barn er et alvorlig, globalt problem. Seksuelt misbruk er ikke en diagnose men viser til enkelte eller en serie hendelser i et barns oppvekst, og kan ofte beskrives som komplekse traumer, som krever spesialisert behandling. Definisjoner på hva som utgjør et seksuelt overgrep er ulikt blant ulike lands myndigheter og mellom forskere, men det er konsensus om at det er et betydelig sosialt problem som angår et stort antall barn av begge kjønn (101). Hovedvekten av overgrepene begås av personer offeret kjenner (102). Undersøkelser har vist incestrater på over 12 % hos kvinner og 3-8 % hos menn (103), se også (104). Barn er spesielt sårbare, fordi tidlige erfaringer danner grunnlag for hvordan barnet senere oppfatter seg selv, forholder seg til andre mennesker og forstår omverdenen. Det kan være vanskelig å skille både negative tidlige effekter og negative langtidseffekter av seksuelle overgrep fra konsekvenser av andre stressfylte og traumatiske hendelser barn kan være utsatt for. Barn viser ulik evne til å tåle motgang, og negative erfaringer fører ikke nødvendigvis til at det senere utvikler vansker (104). Årsaksforhold kan være svært sammensatt. Slektsforhold, alder, alvorlighetsgrad, varighet, vold, ydmykelse, omgivelsene sine reaksjoner og andre kontekster påvirker følgene av seksuelt overgrep. Faktorer som øker risiko for negative utfall kan kalles risikofaktorer, og faktorer som senker risiko kan kalles beskyttelsesfaktorer.

For voksne er en rekke psykiske lidelser assosiert med seksuelle overgrep i barndommen (105;106). Symptomene er ikke spesifikke, men omfatter blant annet PTSD, angst, depresjon, problemer med skamfølelse, tillit, intimitet, parforhold og seksuelle problemer (107). Kvinner med seksuelle overgrep i oppveksten er overrepresentert i enkelte kliniske populasjoner, akuttpsykiatriske mottak (108) og blant de som behandles for spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, alkohol- og stoffmisbruk (109), selvskading, m.m. (110).

### ***Uønsket atferd og problematiske tenningmønstre***

Uakseptabel eller problematisk seksuell atferd fører til stigmatisering og ekskludering i samfunnet og er en stor utfordring i sosial- og helsevesen, både når det gjelder overgripere og ofre. Noen personer presenterer seg med seksuelle tenningmønstre som er problematiske men som forvaltes på en akseptabel måte og dermed ikke blir en del av kriminalstatistikken, men som likevel har behov for sexologisk rådgivning.

Etter bestemmelse fra helsedirektøren er følgende koder tatt ut av bruk i ICD-10 i Norge fra 1.februar 2010: ICD-10 F.64.1 Transvestittisme; F65.0 Fetisjisme; F65.1 Fetisjistisk transvestittisme; F65.5 Sadomasochisme; F65.5 Multiple forstyrrelser i seksuelle objektvalg.

---

## Måling av seksualfunksjon

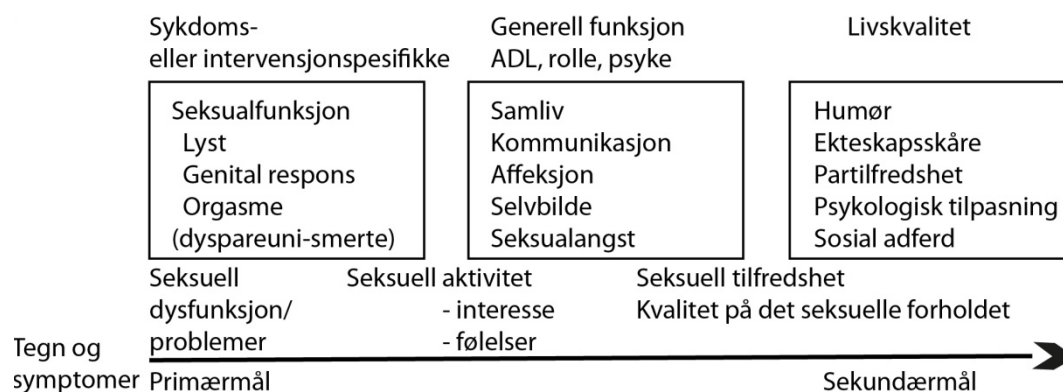
---

Hovedutfallsmål i denne rapporten er seksualfunksjon og kan måles ved:

- 1) Fysiologiske og nevrofysiologiske mål før (baseline) og etter seksuell stimulering
- 2) atferdsmål
- 3) skår på ulike spørreskjema og skalaer

Fysiologiske mål og målemetoder som pletysmografi, cavernosometri, erektimeter, fallometri, perineometri, Rigiscan, algometri, elektromyografi med flere er beskrevet i vedlegg 1. For atferdsmål skilles mellom observert og egenrapportert atferd.

For spørreskjema skilles mellom ikke-standardiserte og standardiserte spørreskjema som igjen må valideres. Spørreskjema kan være basert på selvutfylling, intervju eller besvares av tredjeperson (partner). Se vedlegg 4 for psykometriske måleskala for seksualfunksjon.



**Figur 2** *Seksuelle utfallsmål på spørreskjema kan plasseres i et proksimalt-distalt kontinuum etter Brenner (111), der ulike psykometriske skala har med mer eller mindre spesifikke seksualmål, her med eksempler.*

---

## Behandlingsmetoder

---

Sexologiske intervensjoner dreier seg om å kunne forstå, veilede og hjelpe mennesker med seksuelle problemer og funksjonsforstyrrelser. Selv om seksualitet kun er ett aspekt av menneskers liv, er det et komplekst fenomen som involverer en rekke psykologiske og fysiologiske faktorer, samt relasjonelle og sosiale forhold (les normer, holdninger og verdier) og dette avspeiles i de mange tilnærmingene til behandlingen. I denne oversikten er medikamentell behandling, kirurgi og bruk av tekniske hjelpemidler utelatt.

### Pedagogiske modeller

I møte med helsevesenet finner mange behandlere og pasienter det vanskelig å ta opp spørsmål omkring seksualfunksjon og seksuell praksis (112;113). Akronymene PLISSIT eller ALLOW (114) står for pedagogiske modeller som kan brukes for å fasi-

litere samtale om seksuelle problemstillinger og å initiere behandling eller henvisning til terapi. Behandlingsmetodikk fra den foreliggende forskningen beskrives i vedlegg 3 og kartleggings skjema er gjengitt på norsk i vedlegg 4.

**P-LI-SS-IT**-modellen etter Jack Annon (1929-2005)(115) er en pedagogisk modell for å beskrive sexologisk virksomhet. Modellen kan beskrives som en trakt eller en omvendt pyramide som alle sexologiske problemer omfattes i. Disse kan tilnærmes med ulike metoder på de forskjellige nivåene, se figur 3:

P	IIIIIIIIII	Permission
LI	IIIIIII	Limited Information
SS	III	Specific Suggestions
IT	II	Intensive Therapy

**Figur 3** PLISSIT er et akronym: **P** står for "Permission" – ved å gi pasienten tillatelse å snakke om seksualitet og å være seksuell (aksept), vil svært mange problemer kunne løses, eller oppløses. Det neste nivået, **LI**, står for "Limited Information". Gjennom å gi informasjon, for eksempel om normalfysiologi, anatomi, utbredelse, prevensjon vil man kunne løse en del flere problemer. **SS** står for "Specific Suggestions", der man kan gi forslag til tiltak, og følge opp disse. Det siste nivået omfatter **IT** "Intensive Therapy", som er mer dyptgående og langvarig behandling. Som man ser av modellen, angår IT en mindre andel av alle sexologiske problemstillinger, men krever mer spesialisert kompetanse.

### **Teoretisk orientering**

Det er ulike tilnærminger til behandling av seksuelle problemer avhengig av terapeutisk bakgrunn og problemets art. Ofte er det aktuelt å samarbeide på tvers av profesjoner. Seksuelle problemer ble i kjølvannet av M&J sine behandlingsmetoder oppfattet som psykiske lidelser. Derfor gjenfinnes ulike retninger fra den generelle psykoterapien som atferdsterapi, psykodynamisk orientert psykoterapi (selvpsykologi, objekt-relasjonsteori)-, psykoanalyse, kognitiv terapi, og kognitiv atferdsterapi i intervensjoner som i større eller mindre grad er tilpasset seksuelle og psykoseksuelle problemstillinger. Hva som vektlegges innen terapien kan avspeile hvilken forklaringsmodell som legges til grunn for det seksuelle problemet, som psykisk (seksualangst, prestasjonsangst, inhibisjon, angst for nærhet/intimitet, for å være alene, for avhengighet), relasjonelle forhold (konflikter, tillit, emosjonelle, seksuelle) eller tidligere erfaring/oppvekst (opplevelser i barndom, sosialt, tap, fysisk eller emosjonell traume, vold, fattigdom m.m.)(7).

### **Sexologiske intervensjoner**

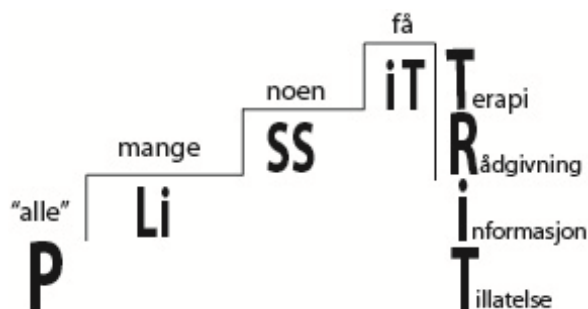
Enkelte fagmiljø har dannet "skoler" innen sexologiske intervensjoner der program og øvelser rettet spesifikt mot seksualfunksjon er samlet og som ofte kalles sexterapi eller seksualterapi. Behandlingsmodeller og komponenter i behandlingen i de inkluderte studiene er listet med kort beskrivelse i vedlegg 3.

**Masters og Johnsons terapi** har vært bærebjelken i behandling av seksuelle problemer verden over etter utgivelsen av "Human Sexual Inadequacy" i 1970 (19). De vektla *prestasjonsangst* som en hovedårsak til alle typer seksuell dysfunksjon. Masters og Johnsons terapi er praktisk rettet og legger forholdene til rette for å etablere nye og positive seksuelle erfaringer. M & J forutsatte at behandling skjedde med partner, ut fra en oppfatning av at problemene oppstod i forholdet. M&J mente at det mest effektive var en intensiv seksualterapi, over en avgrenset periode. Delta-gerne måtte sette av tid, og ta fri fra arbeid i to uker, ha barnefri og eventuelt bo på hotell/motell. To andre kjennetegn var at M&J stilte med to terapeuter, en mann og en kvinne. Dette var dels for å unngå antiterapeutiske motoverføringer, men primært for at paret skulle nyttiggjøre seg terapeutene som kjønnsrollemodeller (les identifikasjon med eget kjønn og speiling av det motsatte kjønn). Før M&J gikk pasienter med seksuelle problemer typisk til langvarig psykoterapi eller psykoanalyse over flere år, mens M&J foreslo to ukers behandling. Deres hovedbidrag til dagens praksis er *sensualitetstrening*, en metode som kan beskrives som en form for *in vivo* desensitivisering (se vedlegg 2). Få praktiserer klassisk M&J i dag, og med modifisert M&J er ett eller flere av de ovennevnte terapeutiske innslagene forandret. Vanligvis praktiseres seksualterapi som poliklinisk behandling der en ser paret 2-4 ganger i måneden. Helen Singer **Kaplan** (1929-1995) vektla det kognitive aspektet av seksuell respons i sin psykoseksuelle behandlingsmodell (116), i tillegg til det relasjonelle, jfr. M&J. Hun tillempet seksualterapi til en poliklinisk setting, og arbeidet også med individer, ikke bare med par.

**Heiman og Lo Piccolo** (117) benyttet M&J terapi, med tillegg av et onaniprogram ("directed masturbation") som behandlingsmetode for orgasmeforstyrrelser hos kvinner. Denne terapien fokuserer på kvinnens holdninger og mottagelighet for seksuell stimulering uavhengig av samleie, for å senke prestasjonsangst og øke tilfredshet. Praksis er noe forskjellig i ulike land, men generelt er familieterapeuter mer innrettet mot kommunikasjonsproblemer, konfliktløsning, maktforhold og respekt i parforholdet. Samlivsterapeuter gjør både familieterapi og samlivsveiledning, mens sexologer tar for seg betydningen av seksualfunksjon og praksis i parforholdet.

### ***Teknikker og terapier innen sexologisk behandling***

Spesifikke (atferds-)psykologiske metoder og – teknikker er i bruk enten for seg eller tilpasset den sexologiske behandlingen. I vedlegg 2 finnes begrepsforklaringer. For beskrivelser av behandlingsmetoder innen sexologi som er benyttet i primærstudier i denne rapporten, se vedlegg 3.



**Figur 4** TIRT-modellen viser PLISSIT som en trappepyramide for helsetjenesten. Kunnskapsbehov øker for hvert trinn, mens pasientpopulasjonen avtar. Som utgangspunkt må også helsetjenesten gi tillatelse til at seksuelle spørsmål berøres og inkludere seksualfunksjon som utfallsmål, herved avdekkes problemstillinger. Læring og informasjonsformidling er første trinn, og inngår i resten av trappen. Kravene til kompetanse øker for hvert nivå og enkelte behandlingstilbud, som behandling av seksuelle overgrepere, sammensatte problemer, eller sjeldne tilfeller krever høyt spesialiserte tilbud.

### **Offentlige tilbud**

Det finnes i dag noen få offentlige stillinger som jobber med seksuelle problemer. Det foreligger ingen pålegg til sykehus om å ivareta dette feltet, og det finnes ingen nasjonal samlet kompetanse i form av ressurs- eller kompetansesentra. Klinisk forskning og behandling av seksuelle problemer har vært lite prioritert i Norge. Først fra 2000 er det utviklet et eget studium i klinisk sexologi her i landet. Det er viktig for helsetjenestene og helsemyndighetene å ha et oppdatert forskningsbasert kunnskapsnivå for å ivareta folks behov for effektiv behandling ved seksuelle og psykoseksuelle problemer.

I denne rapporten skal vi å besvare spørsmål om effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for personer med ulike seksuelle problemer.

---

# Metode

---

## Litteratursøk

---

Vi søkte systematisk etter litteratur i juni 2008 og gjorde et oppdateringssøk i februar 2011 i følgende databaser:

- Cochrane Library
- Medline
- Embase
- Cinahl
- Psycinfo
- Svemed

Forskningsbibliotekar Karianne Thune Hammerstrøm planla og utførte samtlige søk i samarbeid med utredningsgruppen. Fullstendig søkestrategi finnes i vedlegg 5.

---

## Inklusjonskriterier

---

Studiedesign (i prioritert rekkefølge):

Systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet.

Enkeltstudier med randomisert kontrollert design som dekker spørsmål som ikke er besvart i systematisk oversikt eller er publisert etter dato for søk gjort i inkluderte oversikter.

Kvasi-randomiserte studier

Prospektive studier med kontrollgruppe

<b>Populasjon</b>	Personer med seksuelle/ psykoseksuelle problemer
<b>Tiltak</b>	Alle typer ikke-farmakologiske behandlinger av seksuelle problemer og seksuell rådgiving (uansett profesjon)
<b>Utfall</b>	Seksualfunksjon. Positive og skadelige effekter ("benefits and harm"), livskvalitet og brukertilfredshet
<b>Språk</b>	Ingen begrensninger for språk

---

## **Eksklusjonskriterier**

---

<b>Studiedesign</b>	Ikke-systematiske oversikter, kohorter, pasientserier, ”letters”, kasuistikker, kommentarartikler og kvalitative studier.
<b>Populasjon</b>	Personer som har begått seksuelle overgrep <sup>2</sup>
<b>Tiltak</b>	Medikamentelle og kirurgiske intervensjoner. Bruk av tekniske hjelpemidler som ikke var klart integrert i en sexologisk behandling. Smitteforebyggende tiltak på utbredelse av seksuelt overførbare infeksjoner (særlig HIV), prevensjonsveiledning og infertilitet. Reorienteringsterapi for homofile og lesbiske (aversjonsterapi, m.m.).
<b>Utfall</b>	Helseeffekter utenom seksualfunksjon

---

## **Artikkelutvelging**

---

Dagfinn Sørensen (DS) og Liv Merete Reinar (LMR) gjennomgikk søketreffene og vurderte titler og sammendrag opp mot seleksjonskriteriene. Dersom begge var enige i at artikkelen så ut til å være irrelevant ble den ekskludert, men hvis minst én av de to mente at artikkelen kunne være relevant ble den innhentet i fulltekst.

Alle artikler som ble innhentet i fulltekst ble lest av minst to prosjektmedarbeidere (medlemmer av utredningsgruppen eller interne medarbeidere ved Kunnskapssenteret). I første omgang ble artiklenes innhold vurdert opp mot forhåndsdefinerte seleksjonskriterier (design, populasjon, tiltak og utfall). Uenighet om hvorvidt en artikkel tilfredsstilte inklusjonskriteriene, ble løst ved diskusjon. Enkelte artikkelforfattere av studier og systematiske oversikter ble kontaktet direkte angående studie-resultater og metode. Inkluderte studier er listet i vedlegg 6. Artikler som ble ansett som relevante etter at fulltekstversjonen var gjennomlest ble vurdert med tanke på metodisk kvalitet ved hjelp av sjekklister i henhold til Kunnskapssenterets metodebok. Denne kvalitetsvurderingen er dokumentert i tabeller i vedlegg 7. Noen studier finnes i flere inkluderte systematiske oversikter, se vedlegg 8. Karakteriatika inkluderte SR vedlegg 9. Ekskluderte artikler er listet i vedlegg 10. Oppdateringssøk er listet i vedlegg 11.

---

<sup>2</sup> Avvik fra protokoll

---

## Analyse

---

Vi sorterte inkluderte artikler etter populasjon, beskrev intervensjonen og kort om metoden i hver studie. Deretter ble aktuelle utfallsmål og bivirkninger rapportert med effektstørrelser og konfidensintervall hvor mulig. Der data forelå har vi beregnet odds eller risk ratio på dikotome utfall og kontrollregnet på statistiske mål. Der gjennomsnitt, standardavvik og gruppestørrelse er kjent, ble det beregnet "mean difference" og "standardisert mean difference". Vi beregnet ikke effekt estimat (ES), men rapporterte noen metaanalyser hvor forskerne brukte denne analysen. Grafiske oppsett og metaanalyse er satt opp i Review Manager v5,0, utskrift er vedlagt i vedlegg 12. For enkelte studier ble førsteforfatter kontaktet. Takk til Jacques van Lankveld, Zvi Zukerman, Gilles Trudel, Leonard DeRogatis, Francois de Carufel, Beverly Whipple og Julia Heiman for tilbakemeldinger. Et kort avsnitt med resultater er ført for hver pasientpopulasjon.

Tester for utfallsmål (psykometriske skåringsskjema) ble innhentet på originalspråk. Et utvalg av disse skjemaene ble oversatt til norsk og gjennomgått av to fageksperter, Elsa Almås og Haakon Aars (vedlegg 4).

En kort beskrivelse av sexologiske behandlingsmetoder som inngår i studiene og oversiktene ble skilt ut i eget vedlegg og gjennomgått av Dagfinn Sørensen og Elsa Almås, med kommentarer fra ekspertgruppen. Et eget vedlegg med begrepsforklaringer fra studiene ble ført for å lette gjennomlesning. Hvert av vedleggene har separat referanseliste. En systematisering av behandlingsintervensjonene (vedlegg 3) er utgitt i egen publikasjon (118).



---

# Resultat

---

## Kunnskapsgrunnet

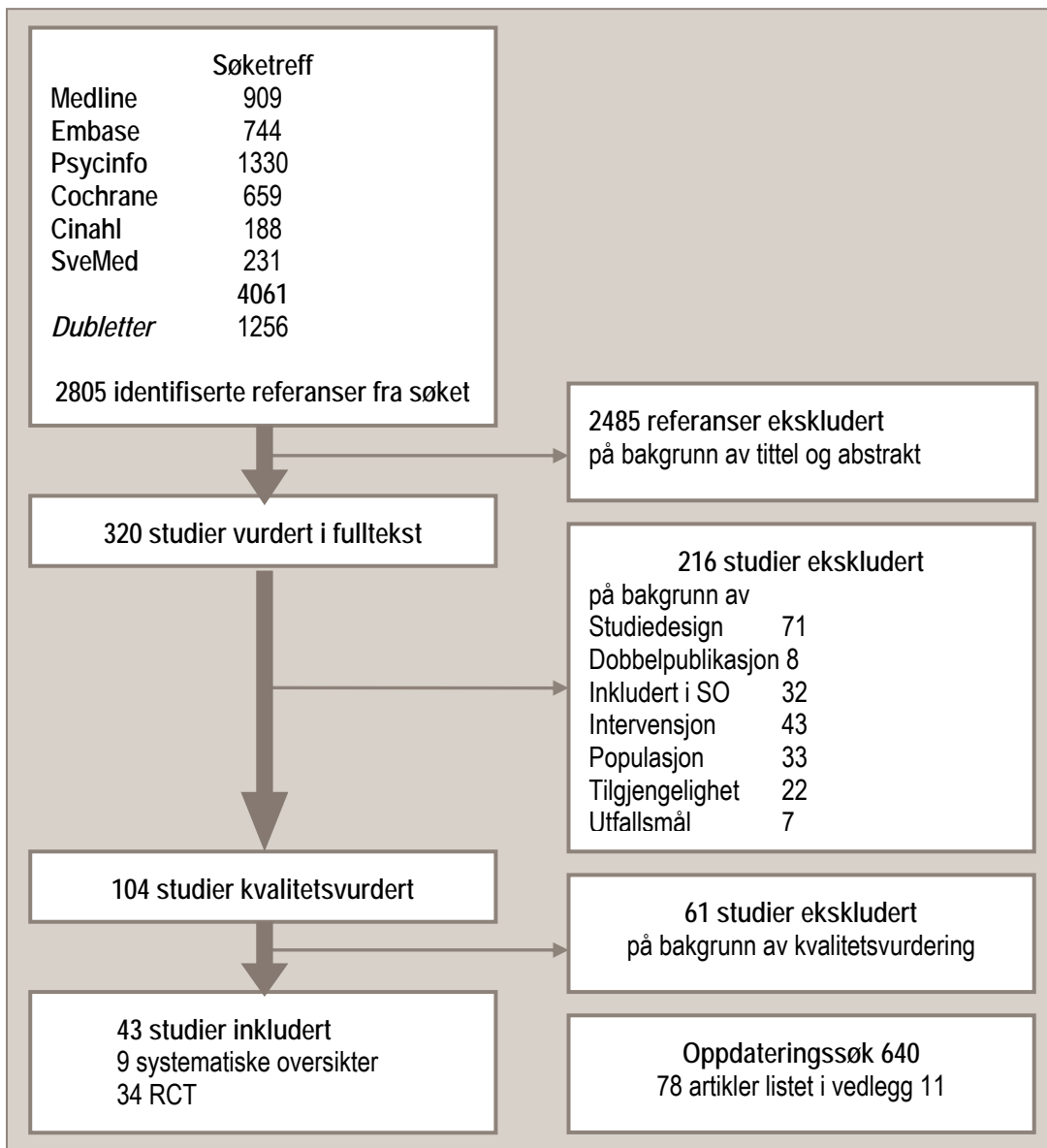
---

Vi søkte etter systematiske oversikter og enkeltstudier over inkluderte emner i september 2006 og juni 2008, og det ble gjennomført et oppdateringssøk i januar 2011. Søkestrategien som ble benyttet ved primær- og oppdateringssøkene var identiske.

Det ble identifisert 2805 unike titler (Figur 5). Titler og sammendrag ble vurdert mot inklusjonskriteriene hvorpå 320 artikler ble innhentet i fulltekst. I alt inkluderte vi ni systematiske oversikter (SR). I tillegg er det tatt med 34 randomiserte kontrollerte studier som tilfredstilte kravene til inklusjon (Vedlegg 6). Studiene forelå på ti ulike språk. Totalt er det resultater fra studier med en populasjon over 45 000. For resultater fra metaanalyser i inkluderte systematiske oversikter samt oppdaterte metaanalyser, se resultater i resultatkapittelet samt vedlegg 12.

For å forhindre at enkeltstudier ble tillagt for stor vekt ble dobbeltpublikasjoner (flere artikler laget på grunnlag av samme forsøksrekke) ekskludert. Videre ble enkeltstudier ekskludert dersom de allerede inngikk i og var oppsummert i en av de inkluderte systematiske oversiktene (liste i vedlegg 8).

I henhold til prosjektplanen kunne vi ved behov vurdere inklusjon av kvasi-randomiserte studier og prospektive studier med kontrollgruppe. Vi inkluderte ingen slike studier fordi omfanget av systematiske oversikter og randomiserte studier var tilfredsstillende for de fleste spørsmål. Flere av de inkluderte systematiske oversiktene har imidlertid også oppsummert enkeltstudier med kvasi-randomiserte og prospektive design.



**Figur 5** Flytskjema som illustrerer gangen og resultatene av inklusjonsprosessen. Av 2805 unike treff per juni 2008 ble det inkludert 9 systematiske oversikter og 34 enkeltstudier med randomisert kontrollert design. Oppdateringssøk ble utført januar 2011, og i alt ble 3445 unike titler gjennomgått.

SO= systematisk oversikt; RCT = randomisert kontrollert studie; n= antall studier

I denne rapporten er inkluderte systematiske oversikter ført i halvfete bokstaver for å utheve disse, mens enkeltstudier er ført i normal skrifttype. I vedlegg 9 er det tabeller med karakteristika fra hver av de inkluderte systematiske oversiktene.

## **Hvilken effekt og nytteverdi har sexologiske intervensjoner i forhold til seksuelle problemer?**

Vi har gruppert oversikten av resultatene av terapi ved seksuelle problemer etter følgende disposisjon:

Sexologiske intervensjoner for menn	(tabell 1A-B)
Sexologiske intervensjoner for kvinner	(tabell 2A-C)
Sexologiske intervensjoner i parforholdet	(tabell 3)

Grupper særlig utsatt for seksuelle funksjonsforstyrrelser:

- Sexologisk behandling ved kreft og kroniske lidelser	(tabell 4)
- Sexologisk behandling ved fysisk funksjonshemming	(tabell 5)
- Sexologisk rådgivning ved intellektuell funksjonsnedsettelse	(tabell 6)
- Sexologisk behandling ved psykiske lidelser	(tabell 7)
- Sexologisk behandling ved usikkerhet vedrørende kjønn og seksuell identitet	
- Biblioterapi: selvhjelp ved seksuell dysfunksjon	(tabell 8)

I vedlegg 3 er en kort beskrivelse av innholdet i hver terapiform i behandlingen oppført i alfabetisk rekkefølge med referanser til kilder.

Seksualfunksjon	Lyst		Tenning	Orgasme		Smerte
Seksuell dysfunksjon	1 Nedsatt lyst	2 Aversjon	3 sviktende genital respons	4	5 Orgastisk dysfunksjon (manglende/forsinket)	6 7 Dyspareuni
menn	Hemmet lyst	Aversjon	erekttil dysfunksjon	<b>PE</b>	mannlig OD	Dyspareuni
Kvinner	HSD	Aversjon	FSAD (lubrikasjon)		kvinnelig OD	<b>Vag</b> Dyspareuni Vestibulitt Vulva dysestesi

*Seksuelle dysfunksjoner sortert etter tredelingen lyst-tenning-orgasme med de vanligste begrep fra diagnoselistene ICD-10 og DSM-IV. PE forutsetter ikke nødvendigvis orgasme og Vaginisme forutsetter ikke nødvendigvis smerte. For menn rapporteres studier fra 1-5 og for kvinner alle unntatt 4 (prematuro ejakulasjon).*

**HSD**-Hypoaktiv seksuell dysfunksjon **PE**-prematuro ejakulasjon **OD**-orgasmeforstyrrelse **Vag**-vaginisme

---

## Seksuelle funksjonsforstyrrelser hos menn

---

Vi fant én systematisk oversikt over behandling av seksuelle funksjonsforstyrrelser (erekttil dysfunksjon) hos menn (119) samt tre enkeltstudier: én nyere studie på erekttil dysfunksjon (120) og to studier på andre seksuelle dysfunksjoner hos menn (121;122) (se tabell 1A og B).

### Lystproblemer og seksuell aversjon

Vi fant ingen systematiske oversikter eller kontrollerte studier på sexologisk behandling for manglende lyst eller for seksuell aversjon hos menn.

### Erekttil dysfunksjon

**Tabell 1A** Sexologisk behandling for menn med erekttil dysfunksjon: systematisk oversikt (Melnik 2008)

Systematisk Oversikt	N	n	Intervensjon eller subgruppe	Risk ratio for vedvarende ED etter terapi
Melnik 2008	1	3	Psykososiale intervensjoner ved erekttil	RR (95 % KI)
Samlet effekt	5	100	Gruppeterapi vs venteliste v/behandlingslutt	0,40 [0,17-0,98]*
	2	37	Etterkontroll v/6 mnd	0,43 [0,26-0,72]*
Type terapi	1	16	Rasjonell-emosiv atferdsterapi	0,07 [0,00-1,00]
	2	29	Gruppe terapi	0,13 [0,04-0,43]*
	1	16	Systematisk desensitisering	0,71 [0,39-1,30]
	1	39	Masters & Johnson	0,74 [0,50-1,10]
Kombinasjon	2	71	Gruppeterapi i tillegg til sildenafil	0,46 [0,24-0,88]*

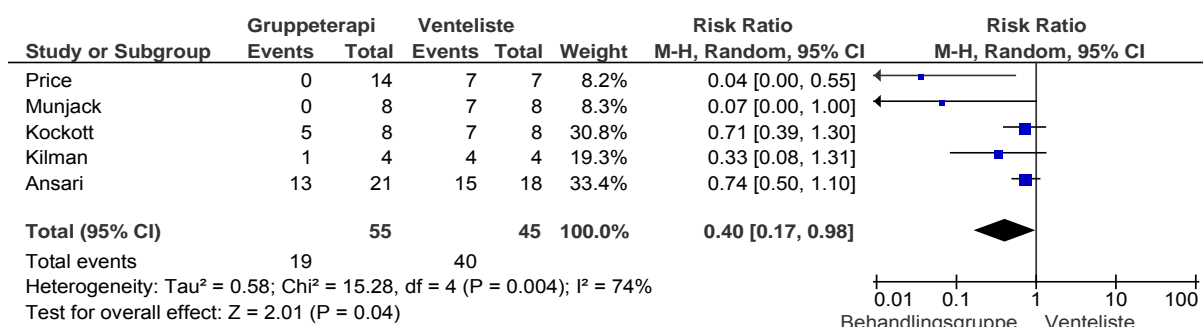
*N= antall studier som ligger til grunn, n= antall forsøkspersoner ED= Erekttil dysfunksjon  
\* Risk ratio er statistisk signifikant når konfidensintervallet ikke inkluderer 1,0*

**Melnik, 2008** (119) utarbeidet en systematisk oversikt av høy metodisk kvalitet over psykososiale intervensjoner for erekttil dysfunksjon (ED). Se tabell 1 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten. Oversikten inkluderte ni randomiserte kontrollerte og to kvasi-randomiserte studier ( $n=398$ ). Alle læringspsykologiske og psykoterapeutiske intervensjoner av over 4 ukers varighet ble tatt med. To av studiene inkluderte menn med primær ED, ni av studiene menn med sekundær ED. Fem studier handlet om ulike psykoterapier i gruppeformat, to studier så på tilleggseffekt av psykoterapi når det ble gitt medikamenter (tabell 1 A), og én studie sammenlignet psykoterapi med medikament (123). Diagnosen ble stilt ved intervju, skjemaet International Index of Erectile Function IIEF (se vedlegg 3 for spørreskjema), eller etter andel vellykkede samleier (der > 20 % sviktandel ved samleieforsøk ble definert som ED i én studie og > 25 % i en annen studie). Én studie brukte fysiologiske mål med erekttiometer mens pasienten fikk visuell seksuell stimulering med og uten vi-

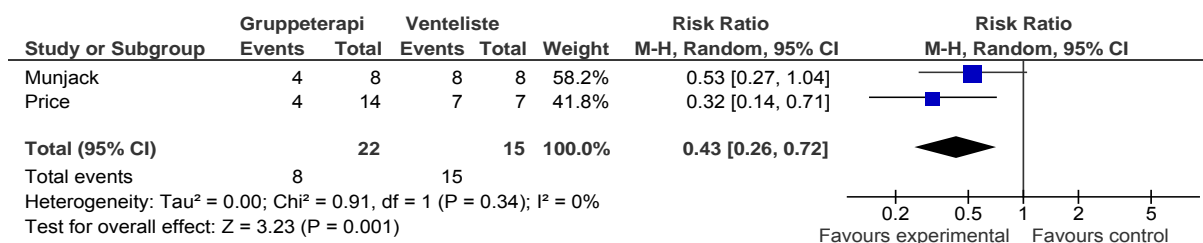
brotaktil stimulering (vibrator motfrenulum). Én studie hadde deltagere i alderen 30-39 år, fire studier hadde kun deltagere > 45 år. Utfallsmål var ulike standardiserte spørreskjema, IIEF og ukentlig suksessrate.

**Samlet effekt** av ulike sexologiske intervensjoner ved psykogen ED sammenlignet med venteliste: Gruppebehandling hadde positiv effekt på ED ved metaanalyse av fem studier på ulike psykoterapier med RR 0,4 (KI 0,17 til 0,98). Effekten er statistisk signifikant (Figur 6), og var fortsatt signifikant 6 måneder etter behandling (to studier) – samlet RR 0,43 (KI 0,26 til 0,72; Figur 7).

**Figur 6** Risk ratio for fortsatt erektil dysfunksjon, gruppeterapi



**Figur 7** Risk ratio for fortsatt erektil dysfunksjon etter 6 måneder, gruppeterapi



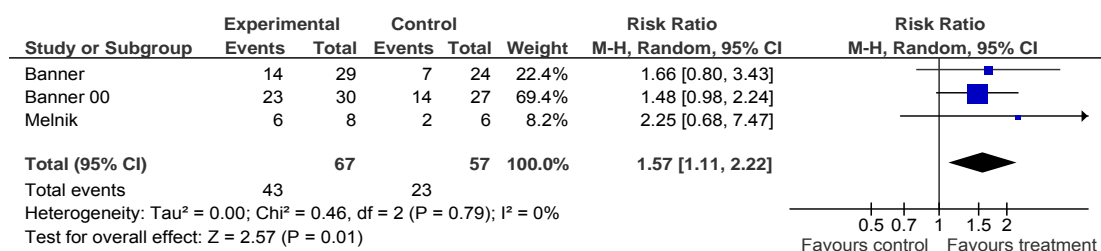
**Behandlingseffekt for fire ulike psykoterapier** på erektil dysfunksjon ble beregnet enkeltvis. Andelen samleieforsøk (%) som lyktes synes å være større etter gruppe terapi enn for Masters & Johnsons terapi, systematisk desensitivering og rasjonell-emosjonell atferdsterapi. Metaanalyse av to studier på gruppeterapi ga en signifikant bedring i seksualfunksjon, selv om de to studiene hver for seg ikke var signifikante. M&J og systematisk desensitivering hadde ikke signifikant effekt (henholdsvis  $p = 0,14$  og  $0,27$ ) mens effekten av rasjonell-emosjonell terapi på ED var marginal,  $p = 0,05$ .

**Psykologisk behandling sammenlignet med medikamentell behandling:** I et randomisert kontrollert forsøk (124), ble gruppe-terapi sammenlignet direkte med medikamentet sildenafil (PDE-5 hemmer) for menn med psykogen erektil dysfunksjon.

Etter behandling var det færre menn som hadde ED i psykoterapi-gruppen enn i medikamentgruppen (2 av 8 menn som fikk psykoterapi og 4 av 6 av mennene som bare fikk medikament som hadde fortsatt ED). Erektile funksjon (IIEF-skår, se vedlegg 3) var bedre etter gruppeterapi enn for sildenafil [weighted mean difference WMD -12,4 (KI -20,8 til -4,0)  $p < 0,004$ ] og etter 3 måneder var den fortsatt signifikant [WMD -9,67 (KI -17,0 til -2,3)]. Fire i medikamentgruppen sluttet med sildenafil, signifikant flere gjennomførte gruppeterapien. Vi kalkulerte RR 2,25 (KI 0,68 til 7,47) og fant at forskjellen ikke var signifikant.

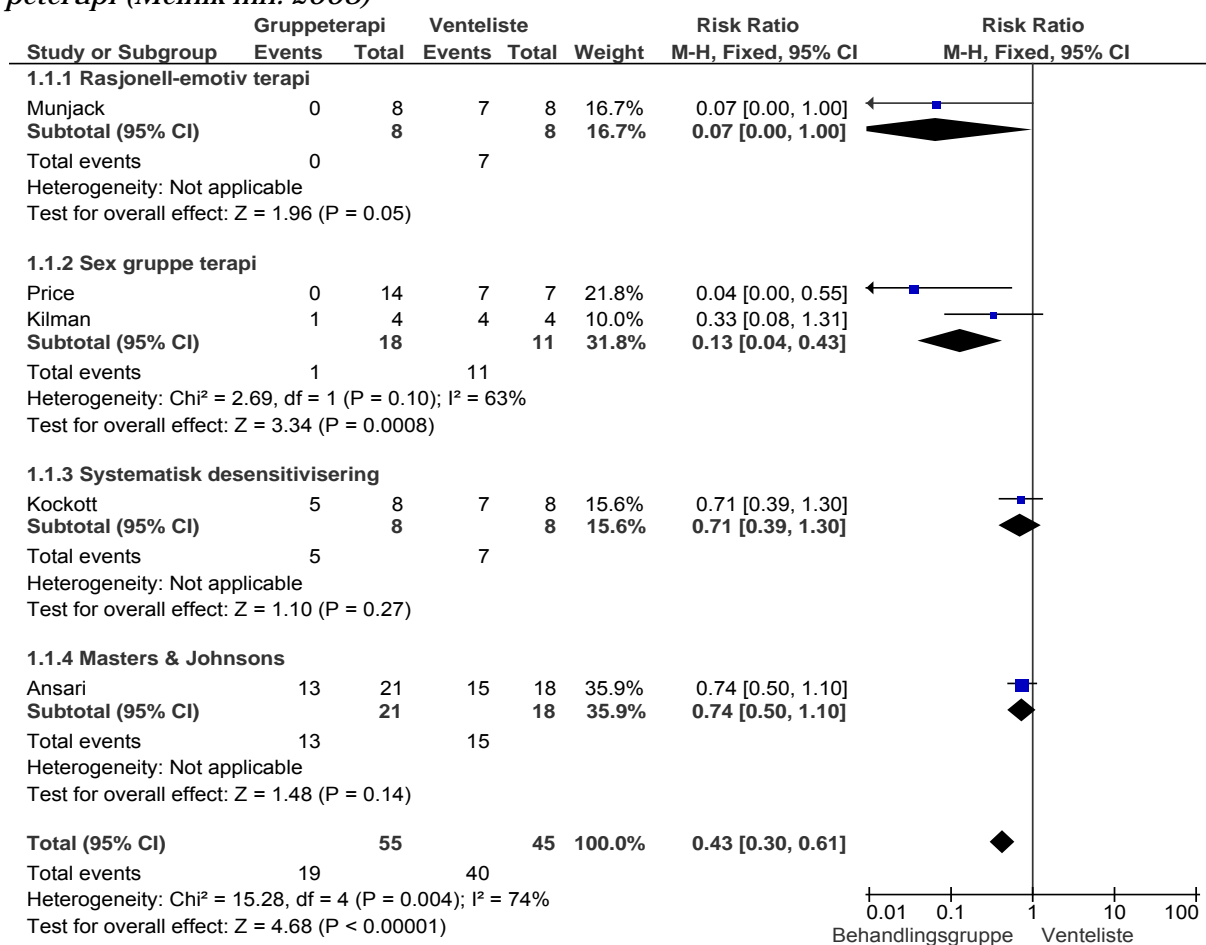
To randomiserte forsøk sammenlignet kombinasjonsbehandling med gruppeterapi i tillegg til medikament med medikament alene. Studiene viste at menn med psykogen ED fikk bedre evne til å gjennomføre samleie ved tillegg av gruppeterapi, i tillegg til at det var mindre frafall i løpet av behandlingen (125). Vi fant også én enkeltstudie av moderat kvalitet på behandling av psykogen ED: Banner 2007 (120) ( $n=53$  pasienter, tabell 1 B). Den viste at seksuelt rettet kognitiv atferdsterapi integrert i behandlingen ga bedring av erektile dysfunksjon. Før- og etter mål på IIEF-domenet for erektile funksjon viste at 70 % og 63 % av mennene i de to studiearmene hadde IIEF > 19, (stigningen var signifikant på Wilcoxon paired-sample test,  $p < 0,05$ ). For seksuell tilfredshet hadde 50 % og 78 % av de mannlige deltagerne bedring med IIEF-S skår på over 6, dette var signifikant på Wilcoxon paired-sample test,  $p < 0,05$ . I denne studien bedret kognitiv atferdsterapi parforholdet, senket psykologisk stress, og ga økt pasienttilfredshet hos både mannen ( $p < 0,001$ ) og kvinnen ( $p < 0,017$ ). Figur 8 viser at effekt av sexologisk behandling i tillegg til medikament (sildenafil) vs medikament alene var RR 1,57 (KI 1,11 til 2,22).

**Figur 8.** Meta-analyse presentert i oversikten til Melnik og medarbeidere fra 2008, oppdatert med resultater fra studien til Banner og medarbeidere. Utfall: antall med skår > 19 på index of erectile function (Banner '00 og '07), > 26.

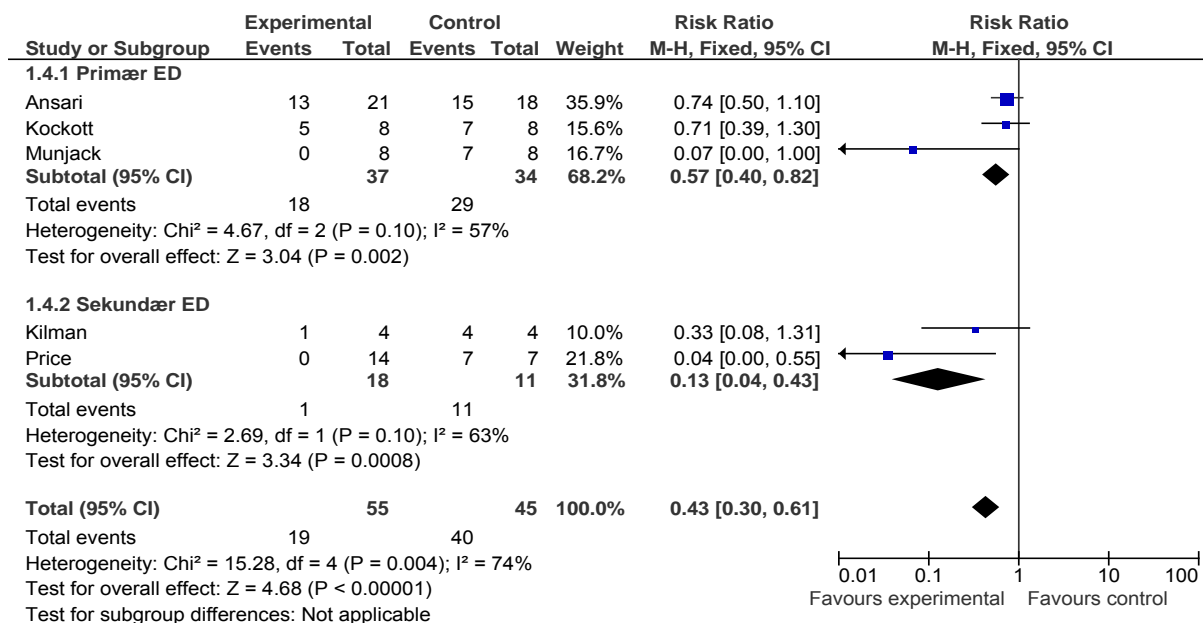


**Subgruppeanalyser:** Melnik og medarbeidere utførte subgruppeanalyse av inkluderte randomiserte kontrollerte studier i sin systematiske oversikt, og fant bedre effekt av gruppeterapi for sekundær ED [RR 0,10 (KI 0,02 til 0,4)] enn for primær ED [RR 0,57 (KI 0,3 til 0,82)]. Menn uten fast forhold hadde høyere effekt av gruppeterapi [RR 0,04 (KI 0,0 til 0,55)] enn de som var i fast parforhold [RR 0,38 (KI 0,38 til 0,77)  $p = 0,02$ ]. Det ble ikke vist signifikant forskjell på om mennenes alder var over eller under 45 år. I disse studiene var det høyest frafall blant dem som brukte intrakavernøs injeksjon. Læringspsykologisk tiltak hadde ikke effekt på ED.

**Figur 9. Risiko ratio (RR) for fortsatt erektil dysfunksjon sortert etter type gruppeterapi (Melnik mfl. 2008)**



**Figur 10** Risiko ratio (RR) for fortsatt erektil dysfunksjon for pasienter med henholdsvis primær og sekundær ED (Melnik mfl. 2008)



### **Oppsummering - behandling av erektil dysfunksjon**

Én systematisk oversikt av høy kvalitet viser at menn med ereksjonssvikt kan ha utbytte av sexologiske intervensjoner. Metaanalysene inneholder under 100 pasienter og må derfor tolkes med forsiktighet. Gruppeterapi for menn med psykogen ereksjonssvikt ga bedring i evnen til å gjennomføre samleie, og effekten er signifikant. Bedringen var vedvarende et halvt år etter behandling, med smalere konfidensintervall. Effekten synes å være sterkere ved sekundær ereksjonssvikt og det er høyere respons blant menn som ikke var i fast forhold fra før.

Gruppeterapi som inkluderer trening i sosiale ferdigheter, kommunikasjon og angstmestring i seksuelle situasjoner hadde bedre effekt for menn med psykogen ereksjonssvikt enn ulike typer kognitiv atferdsterapi, Masters & Johnsons terapi og desensitivering. Læringspsykologiske tiltak hadde ikke effekt på ereksjonssvikt. Én studie viste at kognitiv atferdsterapi ikke hadde signifikant effekt på ereksjonssvikt, men senket psykologisk stress og økte pasienttilfredshet hos både mannen og kvinnen.

Tilleggsbehandling med gruppeterapi førte til at flere menn hadde utbytte av PDE-5-hemmer (sildenafil) enn om de tok medikament alene. Flere menn sluttet med medikament om de ikke deltok i gruppeterapi. Det var én studie der menn med psykogen ereksjonssvikt ble bedre med gruppeterapi enn med medikament (sildenafil).



## Prematur ejakulasjon

Vi inkluderte én randomisert kontrollert studie av moderat kvalitet som vurderte effekt av atferdsterapi og ny funksjonell-sexologisk behandling for prematur ejakulasjon hos menn, tabell 1 B (121). Vi fant ikke systematiske oversikter på ikke-medikamentell behandling av prematur ejakulasjon.

**Tabell 1B** Sexologisk behandling for menn – enkeltstudier

Enkeltstudier	n	Populasjon Intervensjon	Resultat		Effekt	Metodisk kvalitet
Banner 2007 (120)	53	Erekttil dysfunksjon psykogen KAT i tillegg til medikament	RR 1,7 (0,8-3,4)		Ikke signifikant	Moderat
De Carufel 2006 (121)	36	Prematur ejakulasjon Start/stopp teknikk vs Funksjonell tilnærming	Pre 57s 43s	Post 472s 468s	Nær signifikans Ikke forskjell	Moderat
Stravynski 1997 (122)	69	Enslige menn m/sexuell dysfunksjon Sosial ferdighetstrening vs Sexologisk behandling	Pre 1,2 1,6	Post 2,3 <sup>□</sup> 2,2	Ikke forskjell	Moderat

*n*= antall forsøkspersoner **KAT**= kognitiv atferdsterapi  
<sup>□</sup> Mål på seksuell tilfredshet etter sosial ferdighetstrening:  $F=10,7$ ; *d.f.* 3,134;  $P<0,00001$ ;  
for sexologisk behandling:  $F=2,9$ ; *d.f.* 3,134;  $p<0,04$   
*s*=sekunder

de Carufel, 2006 (121) utførte en randomisert kontrollert studie med 36 menn på behandling av prematur ejakulasjon definert som utløsning under 2 minutt etter påbegynt samleie. En funksjonell-sexologisk tilnærming for å forlenge samleiet (som innebærer kjennskap til kroppssignaler, tankeprosesser og samleiebevegelser – beskrevet i vedlegg 2) ble sammenlignet med atferdsterapi (start-stopp teknikk eller klemmeteknikk). Kvinnen tok tiden med stoppeklokke (intravaginal ejaculation latency time, IELT). Begge behandlingene økte varigheten på samleiet fra under ett minutt til over 7 ½ minutt (fra 58,8±43,9 til 472±226 sekunder for start/stopp teknikk; 42,5±29,9 til 467,9±224,6 for funksjonell-sexologisk tilnærming). Resultatene var ikke forskjellige for intervensjonene, og effekten av behandlingen vedvarte ved oppfølging etter 3 måneder (hhv: 490,9sekunder +/- 324,4 og 412,8 sekunder +/- 276,9). Pre/post test viste signifikant bedring på objektive mål (IELT i sekunder,  $p<0,05$  etter Scheffes test) og subjektive tidsangivelser ( $p<0,01$ ), mens kontrollen var uendret. Både menn og kvinner i forsøket var tilfredse med behandlingen, og oppga økt seksuell tilfredshet (statistisk signifikant på ulike måleskjema).

### Oppsummering – behandling av prematur ejakulasjon

Vi fant én studie på behandling av prematur ejakulasjon. Det er en randomisert studie av moderat kvalitet som sammenligner en funksjonell-sexologisk terapi med start/stopp eller klemmeteknikk (atferdsterapi). Begge behandlingene økte varigheten av samleiet fra under ett til 7 ½ minutt og effekten holdt seg etter 3 måneder. Resultatene er fra én enkeltstudie med vide konfidensintervaller, og det mangler oppfølging utover tre måneder (langtidseffekt).

## **Sammensatte problemer**

Stravynski 1997 (122) laget et terapitilbud for heteroseksuelle menn med ulike seksuelle problemer som ikke hadde partnere (n=69). I en randomisert studie av moderat kvalitet ble sexologisk behandling (seksuell dysfunksjonsrettet terapi etter Lobitz (126), se vedlegg 2) sammenlignet med trening på sosiale ferdigheter (som hvordan gi komplimenter, hvordan presentere seg, hvordan takle urofølelse) og en tredje gruppe fikk kombinasjonsbehandling. Kontrollgruppen var menn som stod på venteliste. Behandlingen gikk over 15 ukentlige halvannen timers enkeltmøter, og deretter fire gangers oppfølging det neste halvåret. Oppfølgingstid var 6 og 12 måneder etter forsøket. Kun én på ventelisten fikk partner, og denne forlot forsøket.

Både deltagerne som fikk sexologisk behandling og de som fikk sosial ferdighetstrening oppnådde økt seksuell aktivitet, økt tilfredshet og færre seksuelle dysfunksjoner. Kombinasjonsbehandlingen ga størst effekt på seksuell tilfredshet (se tabell 1B). Til slutt målte de andelen som var i fast forhold i de tre gruppene. Tendensen var at flere menn som fikk sexologisk behandling hadde funnet seg partner og var uten seksuell dysfunksjon kort tid etter behandling.

Seks måneder etter behandling oppfylte 70 % av de som fikk kombinasjonsbehandling ikke lengre diagnosen seksuell dysfunksjon, og 2/3 var i et fast forhold. Kombinasjonsbehandlingen med sosial ferdighetstrening tenderte til å være bedre enn sexologisk behandling alene etter 6 måneder [RR= 2,0 (KI 0,96 til 4,15)]. Det var i denne studien ikke signifikant effekt for utfallsmålet å være i et fast forhold etter 6 måneder [RR 1,33 (KI 0,76 til 2,35)]. Etter ett år fortsatte tendensen, 78 % var bedre av sin seksuelle dysfunksjon [RR 0,36 (KI 0,14 til 0,93)] og sosialfunksjon fortsatte å bedre seg over tid. Det var ikke effekt på å være i fast forhold etter 12 måneder [RR 1,83 (KI 0,87 til 3,88)].

**Oppsummering** - menn med seksuell funksjonsforstyrrelse, sammensatt problem  
Én randomisert studie av moderat metodisk kvalitet med 69 enslige heteroseksuelle menn med seksuelle funksjonsforstyrrelser viste at atferdsterapi i grupper kan gi bedring. I denne studien ble 78 % av mennene bedre for sin seksuelle dysfunksjon, og to av tre hadde innledet et fast forhold ett år etter behandlingen.

## Seksuelle funksjonsforstyrrelser hos kvinner

Vi inkluderte fire systematiske oversikter og 12 randomiserte studier på seksuelle funksjonsforstyrrelser hos kvinner. Oversiktene dekket i alt 101 artikler. To av oversiktene [McGuire (127) og Stones (62)] var av høy kvalitet og to var av moderat til lav metodisk kvalitet: [Landry (47) og Szoeke (128)], se tabell 2. Tabell 2 er tredelt: tabell 2A beskriver behandling av manglende seksuell lyst og sviktende genital respons. Tabell 2B inneholder behandling av orgastisk dysfunksjon og blandet seksuell dysfunksjon, og tabell 2C vaginisme og smertetilstander i kvinnelige genitalia.

### Manglende eller tap av lyst – hypoaktiv seksuell lyst

Vi inkluderte tre randomiserte kontrollerte studier som vurderte ikke-farmakologisk behandling av lystforstyrrelser hos kvinner. Alle var av moderat kvalitet (129;130) (131), og vi fant ingen relevante systematiske oversikter.

**Tabell 2A** Sexologisk behandling for kvinner med seksuell funksjonsforstyrrelse

RCT	n	Dysfunksjon	Intervensjon	Utfallsmål	Effekt	Kvalitet
<b>Mangel på eller tap av seksuell lyst</b>						
MacPhee 1995 (131)	25/24	Mangel på seksuell lyst	Emosjons-fokusert terapi for lav seksuell lyst	Lyst Depresjon Seksualforhold, Ekteskapsforhold	9/25 fikk økt lyst RR 4,32 (1,04-18) ikke ↑seksuell aktivitet ikke ↑ekteskapskår	Moderat
Ravart 1996 (130)	38/36	Mangel på seksuell lyst	KAT vs venteliste	Tanker om sex. Dysfunksjon og effekt på HSD	75 % ble bedre (55 av 74) RR 4,1 (1,9-8,8), NNT 2	Moderat
Trudel 2001 (129)	38/36	Mangel på seksuell lyst	KAT (flermodal) vs venteliste	Effekt på HSD	74 % ble bedre (28 av 38) 10 av 38 symptomfri	Moderat
<b>Sviktende genital respons (lubrikasjon)</b>						
Dow 1989 (132)	10/10/10	Sviktende seksuell respons	Modifisert M&J 10 mg testosteron Kombinasjon	Seksuell respons, inkl. lubrikasjon Seksualangst Generell seksuell tilfredshet	M&J bedre enn medikament på seksuelle utfallsmål	Moderat

*n* = antall pasienter i studien per gruppe i studien, **HSD** hypoaktiv seksuell dysfunksjon  
**KAT**: kognitiv atferdsterapi **M&J**: Masters & Johnsons terapi

MacPhee 1995 (131) ga parterapi (emosjons-fokusert) til par der kvinnene oppga liten seksuell lyst. Kvinnene hadde lav seksuell aktivitet (samleie sjeldnere enn annen hver uke) og lystproblemer hadde vart mer enn 6 måneder (i snitt 6,7 år) med gjennomsnittsalder 40,6 og 42,3 år for kvinnene og mennene. Det var 56 % som oppga at nedsatt lyst var situasjonsavhengig og partner-spesifikk, kun 16 % oppga livslang nedsatt lyst (primær hypoaktiv dysfunksjon). Behandlingsgruppen gikk til 10 ukentlige timer med parterapi mens den andre gruppen var på venteliste. Informasjon om samliv, seksuell interesse, depresjon og andre symptomer ble registrert

med spørreskjema. Seksuell interesse økte i behandlingsgruppen og interesse for partner økte [RR 0,2 (KI 0,08 til 0,49) på SDTPS – vedlegg 3]. Emosjons-fokusert parterapi ga i denne studien målbar økt lyst og seksuell interesse for partner, samt mindre depresjon. For mer overordnede utfall som seksuell aktivitet og tilfredshet i ekteskapet var det ingen endring, så behandlingsresultatet tolkes som beskjedent.

Ravart 1996 (130) ga kognitiv atferdsterapi til kvinner med hypoaktiv seksuell dysfunksjon (HSD). Først utførte de en omfattende kartlegging av tanker, forestillinger og myter omkring seksuell dysfunksjon på 74 kvinner. Deretter gikk behandlingsgruppen parvis til 12 ukentlige totimers gruppeterapi mens kontrollgruppen stod på venteliste. I behandlingsgruppen ble 68 % bedre [sjansen for at kognitiv atferdsterapi ga bedring RR= 4,1 (KI 1,9 til 8,8)] sammenliknet med ventelistekontrollene. Så fikk kontrollgruppen også behandling, og etter terapi var 79 % bedre og 33 % symptomfrie. Tilsammen ble 55 av 74 bedre (75 %) og 20 av disse ble symptomfrie. Ved kontroll tre måneder senere var 62 % fortsatt bedre og 30 % var helt symptomfrie.

Trudel 2001 (129) behandlet 74 kvinner med manglende seksuell lyst sammen med partner, i 12 ukentlige totimers behandlinger med terapi i gruppeformat. Kontrollgruppen var kvinner på venteliste. Hypoaktiv seksuell lyst ble definert som ingen eller sjeldne erotiske fantasier (eller lite tenning ved fantasier), liten interesse for seksuell aktivitet, hyppig unngåelse av seksuell aktivitet, to eller færre seksuelle aktiviteter i måneden (eller < 3-5 ved oppfordring/press), unormal skår på hyppighet på lyst og lav skår på Sexual History Inventory (133). Foruten arbeid og økonomi var de vanligste negative tankene blant kvinner kroppsbilde og prestasjonsangst. Flermodal KAT (se vedlegg 2) evnet å bedre symptomer på HSD [antall kvinner med HSD falt fra 100 til 26 %, OR 9,45 (KI 2,5 til 34,6)], ved kontroll ett år senere var det 36 % som fortsatt hadde alle symptomer på HSD. Total symptomfrihet ble oppnådd hos 28 %, dette tallet steg til 38 % etter 1 år. Seksuell aktivitet og nytelse økte, ekteskapskår og selvbilde bedret seg. Pasientenes egnevaluering var at behandlingen var nyttig. Effekten var moderat, men pasientene oppga høy tilfredshet. Studiene viste også at pasientene hadde mest nytte av sensualitetstrening og kommunikasjonstrening fremfor kognitiv restrukturering, McCarthy øvelser (KAT; vedlegg 3) eller seksuelle fantasier.

### ***Oppsummering (mangel på seksuell lyst hos kvinner)***

I tre inkluderte randomiserte kontrollerte studier på ikke-medikamentell behandling av lystforstyrrelser ble det benyttet kognitiv atferdsterapi og emosjonsorientert parterapi for kvinner med nedsatt seksuell lyst. Én studie av moderat kvalitet viste at emosjonsorientert parterapi ga økt interesse/lyst for kvinner med lav seksuell interesse, men førte likevel ikke til økt seksuell aktivitet eller bedre ekteskapskår. Tre måneders kognitiv atferdsterapi ga bedring på lystproblematikk hos kvinner i to studier av moderat kvalitet. Disse to ulike studier med kognitiv atferdsterapi fikk hhv 74 og 84 % økt lyst og hhv 30 og 38 % ble symptomfrie. Effekten vedvarte etter ett år.

### **Sviktede genital respons (*lubrikasjon*)**

Vi fant én randomisert kontrollert studie på ikke-medikamentell behandling av sviktende seksuell respons hos kvinner der også genital respons (vaginal lubrikasjon) var et utfallsmål (132). Studien var av moderat kvalitet.

Dow 1989 (132): Tretti premenopausale kvinner (under 45 år) med manglende seksuell respons ble randomisert til å motta modifisert Masters og Johnsons terapi med tillegg av 10 mg testosteron, M&J terapi pluss placebo, eller testosteron alene. De fikk 16 ukers behandling à 45 minutter annenhver uke, og seksualfunksjon ble målt på ulike måleskala (se vedlegg 4). Oppfølging skjedde fire måneder etter avsluttet behandling. Det var kun ti par i hver sammenligning. Modifikasjonene i M&J terapi bestod i at det kun var mannlig terapeut og at behandlingstimene var med 14 dagers mellomrom.

Total seksuell interesse, SIQ (se vedlegg 4), økte fra  $80,5 \pm 29,5$  til  $125,5 \pm 28,8$  for M&J og fra  $76,3$  til  $132,3 \pm 21,5$  for M&J med testosteron mens for medikament alene økte SIQ kun fra  $63,4$  til  $80,8 \pm 28,1$  (10 mg testosteron). Modifisert M&J terapi med placebo eller medikament var signifikant bedre enn testosteron alene for parametre som lyst ( $p < 0,01$ ), tilfredshet ( $p < 0,05$ ), affeksjon, respons og frekvens på seksuell aktivitet samt reduksjon av seksualangst ( $p < 0,05$ ). Forfatterne skriver at testosteron (10 mg) har begrenset verdi også som tillegg til sexologisk rådgivning for disse pasientene. Modifisert M&J sexologisk behandling ga signifikant mindre seksualangst, fremmet seksuell holdningsendring, ga økt seksuell tenning og fremmet mellommenneskelig kommunikasjon/affeksjon. Seksuell interesse og seksuell respons, inkludert vaginal respons, økte og det var økt nytelse ved berøring og økt frekvens på ikke-coital seksuell lek (frekvens økte fra  $0,7$  til  $3,3 \pm 1,6$  på en skala fra 0-4).

### **Oppsummering (*sviktende genital respons hos kvinner*)**

M&J terapi ga signifikant bedring på en rekke seksualmål som lyst, tenning, tilfredshet, frekvens på seksuell aktivitet, seksuell holdningsendring og reduksjon av seksualangst, og på seksuell respons. Sensualitetstrening med modifisert M&J terapi har i én enkeltstudie gitt signifikant bedring i seksualmål hos premenopausale kvinner med sviktende seksuell respons. Resultatene er fra én studie med moderat kvalitet og med få pasienter (kun ti i hver gruppe). Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

### **Orgasmesvikt (F52.3 Orgastisk dysfunksjon)**

#### **Primær orgasmesvikt (*anorgasmi*)**

Riley 1978 (138) behandlet 35 par der kvinnene hadde primær orgasmesvikt (aldri opplevd orgasme uavhengig av type seksuell stimulering). Denne studien har moderat metodisk kvalitet. Kvinnene hadde ikke smerteproblematikk. Gjennomsnittlig hadde de vært seksuelt aktive i seks år. Behandlingen bestod av sensualitetstrening med støttende psykoterapi, og deltagerne ble randomisert til konvensjonell M&J te-

rapi eller M&J med tillegg av instruksjoner i onaniteknikker (se vedlegg 2 for beskrivelse av behandling). Kvinnene gikk til ukentlig terapi i seks uker og annenhver uke i 12 uker til. Alle hadde med mannlig partner. Ved første time ble bekken undersøkt og demonstrert med speil og fotografi og med partner tilstede. Konvensjonell behandling, gruppe A, fortsatte da med anbefaling om daglig sensualitetstrening sammen med partner. Behandlingsgruppen B fikk sensualitetstrening og i tillegg veiledning i hensiktsmessige onaniteknikker (manuelt eller med vibrator) etter en opptrappende plan. I gruppe B kunne 85 % (17 av 20) oppnå orgasme ved minst 75 % av alle samleier, og 90 % rapporterte at de kunne oppnå orgasme. For gruppe A var det hhv 47 % (7 av 15) og 53 % som kunne oppnå orgasme ( $\chi^2=4,20$ ,  $p<0,05$ ). Risk Ratio for at tillegg av onaniteknikker var mer effektiv enn sensualitetstrening var RR 1,69

**Tabell 2B** Sexologisk behandling for kvinner med seksuell funksjonsforstyrrelse

**Orgastisk dysfunksjon**

Studie	N	Dysfunksjon	Intervensjon	Utfall	Effekt	Kvalitet RCT
Everaerd 1982 (134)	11/ 11/ 11	Sekundær orgastisk dysfunksjon	Systematisk desens. M&J M&J+Syst.desens.	Seksualfunksjon Seksualangst Partilfredshet	Syst.desensitivisering reduserte seksualangst, økte partilfredshet	Moderat

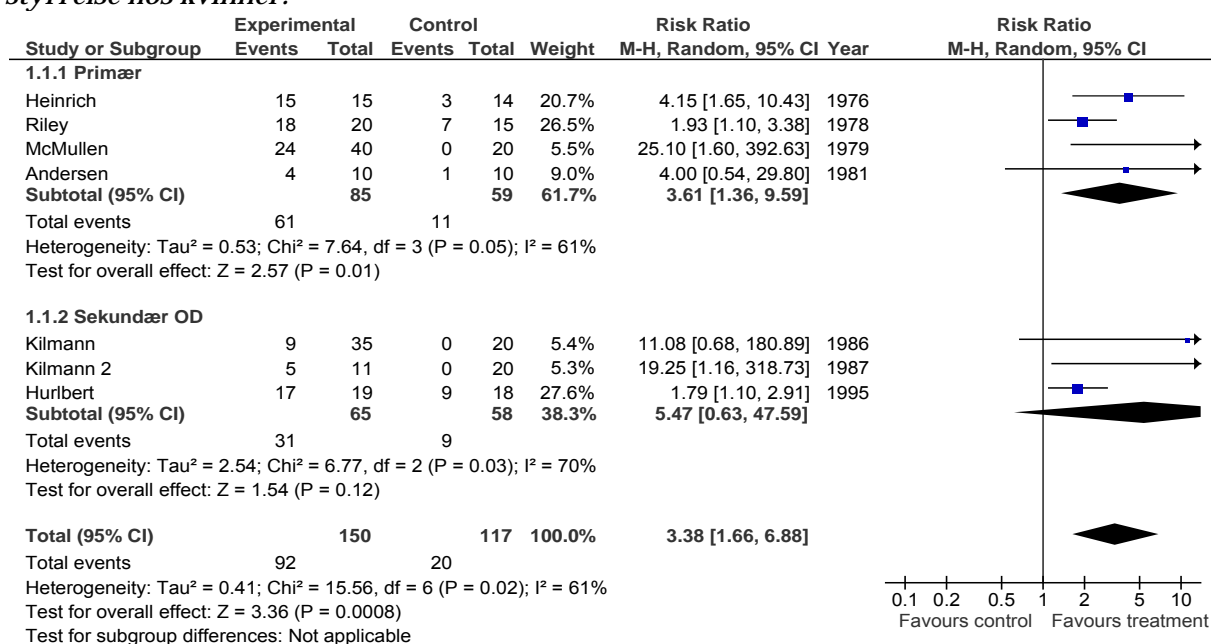
**Seksuell dysfunksjon – blandet** etter intervensjon:

Szoeki 2002 (128)	N	n	Intervensjon	Seksuell dysfunksjon Orgastisk dysfunksjon		
	7	214	Onaniprogram: Directed masturbation	↑ orgasmerespons	Bedring av orgastisk dysfunks	RR 2,70 (1,55-4,69)
	2	80	Coital Alignment Technique (CAT)	Orgasme Sexual experience checklist	CAT > onani, ↑ insidens, ↑ frekv	RR 1,69 (1,05-2,71)
	5	131	Systematisk Desensitivisering	↑ orgasmeevne		RR 1,50 (0,82-2,75) n.s.
	1	365	Atferdsterapi M&J	Mindre dysfunksjon	blandet dysfunksjon Ingen kontrollgruppe	
	3	150	Kognitiv atferdsterapi (KAT)	orgasmefrekvens dyspareuni	Mindre negative tanker og holdninger	
	7	211	Seksualundervisning	Mulig tilleggseffekt	3 studier viste effekt, 3 ingen forskjell, 1 inkonklusiv	
	3	147	Biblioterapi (selvhjelp)	Se tabell 8	Inngår i van Lankveld (135)	
Whitehead 1987 (136)	21/23	Blandet dysfunksjon	Terapi for kvinnen alene (Heiman) vs med partner (M&J)	Kvalitet på seksuelt forhold	Ikke signifikant forskjell, Begge formater kan brukes	Moderat
Stravynski 2007 (137)	16/15/13 i ktr	Seksuell dysfunksjon hos single kvinner	Atferdsterapi Venteliste	Seksualfunksjon og andre symptomer	Atferdsterapi > kontroll	Moderat

**N** = antall enkeltstudier, **n** = samlet antall pasienter i studien, **S.D.** systematisk desensitivisering; **CAT** Coital alignment technique (samleiestilning) **KAT** kognitiv atferdsterapi **M/L** Moderat til lav

(KI 1,03 til 2,77) for å oppnå orgasme og 1,82 (KI 1,03 til 3,23) for orgasme ved minst 75 % av alle samleier. Etter behandlingen behøvde kun to kvinner vibrator i tillegg for å oppnå orgasme ved samleie. Ved etterkontroll etter ett år vedvarte effekten. Forfatterne presiserer at onaniteknikker supplerer sensualitetstrening og støttende rådgivning, støtte kommunikasjon mellom partnere og seksualundervisning. Metaanalyse av fire studier viser signifikant bedring av primær orgasmesvikt hos kvinner med et "directed masturbation" program RR 3,61 (KI 1,36 til 9,59).

**Figur 11. Sexologisk behandling av primær og sekundær orgastisk funksjonsforstyrrelse hos kvinner.**



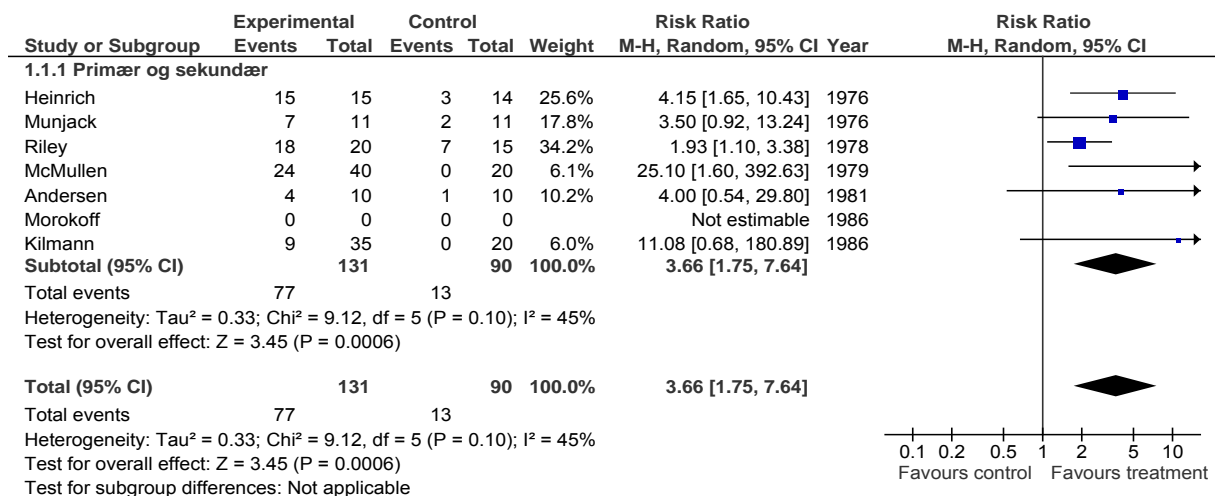
### Sekundær orgasmesvikt

Everaerd 1982 (134) behandlet kvinner som oppga sekundær anorgasme i parforholdet. 48 par deltok (de fleste, 39 av kvinnene, var over førti år). Denne randomiserte studien hadde moderat kvalitet. Forfatterne utarbeidet tre behandlingsalternativer for å redusere angst og inhibisjoner når det gjelder seksualitet: desensitivisering, sexologisk terapi etter M&J og kombinasjonsbehandling. Ved desensitivisering ble fokus lagt på seksualangst og inhibisjon uten eksplisitte retningslinjer for seksuell interaksjon mens M&J inneholder detaljerte instruksjoner i seksualferdigheter. Alle tre behandlingsgrupper fikk først seksualopplysning og midlertidig samleieforbud. Deretter ble én gruppe gitt systematisk desensitivisering (først avslapning, deretter *in vitro* desensitivisering, og *in vivo* desensitivisering hjemme)– gruppe to fikk M&J terapi (med detaljerte øvelser og sensualitetstrening) og den tredje gruppen fikk begge deler, med kontrollgruppe på venteliste. Alle de tre behandlingsgruppene ble evaluert etter 12 behandlingstimer og seks måneder senere.

Systematisk desensitivisering og M&J øvelser hadde initialt samme effekt på seksuell motivasjon,  $t=2,49$ ;  $p<0,025$ . For de som gjorde M&J øvelser økte tilfredsheten i

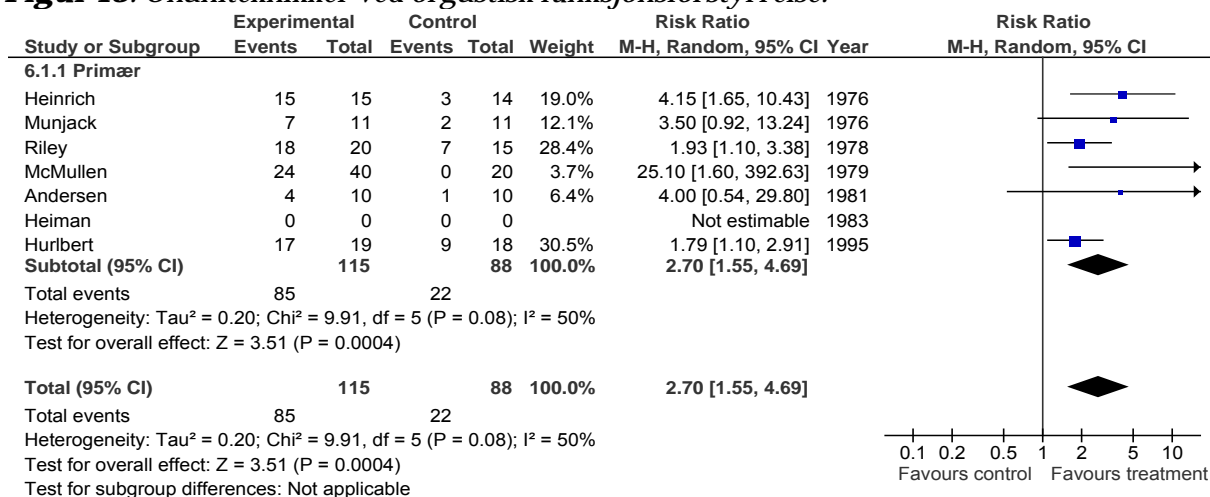
parforholdet og effekten var fortsatt signifikant ved etterkontroll. M&J hadde ikke signifikant effekt på seksualangst i denne studien. Effekten på seksuell motivasjon var ikke lengre signifikant ved kontroll 6 måneder etterpå, mens for systematisk desensitivering vedvarte effekt på seksualfunksjon også ved 6 måneder. Studien kan tolkes som at reduksjon av seksualangst er viktigere over tid enn konkrete seksualtekniske øvelser. Parforholdet bedret seg over tid til tross for at seksualfunksjon ikke ble ytterligere bedre etter behandlingsslutt. Både desensitivering og M&J ga bedre resultater enn kombinasjonsterapi eller ingen behandling (kontroll). Forfatterens tolkning er at terapeuten ikke utførte kombinasjonsterapien (først desensitivering, deretter seksualferdigheter) på lik måte på grunn av tidspress. To terapier over samme tidsrom var mindre effektivt enn terapiene hver for seg, hvilket antyder at terapeuten bør holde seg til én behandlingsform av gangen. Resultatene er fra én enkeltstudie, og konkluderer med at behandlingseffektene er beskjedne. Metaanalyse av tre studier for sekundær orgasmesvikt (hatt minst én orgasme tidligere) hadde stort konfidensintervall og resultatet er ikke statistisk signifikant [RR 5,47 (KI 0,63 til 47,59)].

**Figur 12.** Sexologisk behandling av orgastisk funksjonsforstyrrelse hos kvinner (samlet). Utfallsmål: coital orgasmic frequency > 50 % (Munjack, Kilmann) > 75 % (Riley)SII (Andersen, McMullen), sammen med andre psykometriske skår.





**Figur 13. Onaniteknikker ved orgastisk funksjonsforstyrrelse.**



### **Oppsummering (orgasmesvikt)**

Behandling av primær orgasmesvikt hos kvinner i en uselektert populasjon har god prognose med sexologisk behandling. Ved direkte sammenlignende studie hadde tillegg av selvstimulering høyere effekt enn Masters & Johnsons sensualitetstrening alene ved primær orgasmesvikt og effekten vedvarte ett år senere. Onaniteknikker har i én studie vist positiv effekt i tillegg til sensualitetstrening og støttesamtaler ved primær orgasmesvikt. Det er rapportert positive effekter av ulike behandlingsformer fra enkeltstudier, men vi har ikke grunnlag for å konkludere om én type behandling er bedre enn en annen.

### **Studier som omfatter en blandet populasjon**

Vi inkluderte én systematisk oversikt over seksuelle funksjonsforstyrrelser hos kvinner (generelt) (128). I tillegg er det inkludert én enkeltstudie (136).

**Szoeke** 2001 (128) har skrevet en oversikt over mange typer intervensjoner for ulike seksuelle funksjonsproblemer hos kvinner, inkludert medikamentell behandling. Forfatterne analyserte medikament-utløst dysfunksjon (SSRI for seg). Se tabell 2 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten. For ikke-medikamentelle terapier har forfatterne identifisert 48 studier fra 1966-2001 over psykoseksuelle terapier for seksuelle funksjonsproblemer hos kvinner. Alle rapporterte bedring i seksualfunksjon, utenom to komparative studier som ikke viste forskjell. Studiedesign, antall deltagere, behandling og utfall er oppgitt hver for seg i kronologisk rekkefølge. Szoeke skriver at studiene på dette feltet har små utvalgsstørrelser, mangler adekvate kontroller og er utsatt for seleksjon og forventningsbias på grunn av mangel på blinding. Vi utelot kasuistikker og studier uten kontrollgruppe og sorterte de gjenværende 23 studiene etter intervensjon (se også tabell 2 i vedlegg 9). Oversikten er meto-disk mangelfull og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Sensualitetstrening inngår i Masters og Johnsons terapi og inneholder elementer av desensitivering og atferdsterapi. Masters og Johnsons terapi gjengis i syv studier, alle uten kontrollgruppe (inkludert originalstudien (19)).

- Effekten av systematisk desensitivisering er testet i åtte studier, som alle oppgir effekt på orgasmeevne utover kontroll for 25-65 % av deltagerne. Systematisk desensitivisering kan redusere seksualangst (tre studier, effektstørrelse ikke oppgitt).
- Instruksjon i samleiestilling (coital alignment technique – CAT), og selvstimulering (*directed masturbation*) oppgir bedret orgasmeevne, for median 57 % av deltagerne (27-90 %). I én sammenlignende studie var det bedre effekt av samleiestilling (CAT) enn onaniteknikker i insidens og frekvens av orgasme [RR 1,69 (KI 1,05-2,71)], én annen studie oppga større effekt av et program med instruksjon i onaniteknikker enn fra sensualitetstrening.
- Tre studier oppgir at kognitiv atferdsterapi kan føre til mindre negative tanker og holdninger til sex og økt orgasmefrekvens for kvinner.
- Seksualundervisning for kvinner med seksuell dysfunksjon bedret seksuell tilfredsstillelse i én studie. I tre studier økte orgasmeevne og orgasmefrekvens mens det i tre andre studier ikke ble målt signifikans. Én studie var inkonklusiv.

Ved primær orgasmesvikt viser enkeltstudier (138-142) i Szoekes 2002 til at orgasmefunksjon kan læres i terapi med stimuleringsøvelser. Fire studier vurderer sekundær orgasmesvikt. Milan 1988 (143) hadde 2-6 års oppfølging etter seksualundervisning men ingen endring i utfall. Fichten 1983 (144) ga sensualitetstrening, instruksjon i hensiktsmessige onaniteknikker og informasjon og viste økt glede, men ingen endring i orgasmeevne. To studier fra samme forfatter, Kilmann, (145;146) oppga bedring i tilfredshet og orgasmeevne etter seksualundervisning.

Szoekes vurderer at å gå i terapi med en eller to ukers mellomrom ser ut til å ha bedre effekt enn å gå oftere (daglig) (147) eller sjeldnere (månedlig) (148), og at ved kortvarige atferdsterapier og sensualitetstrening gir det økt effekt å møte med partner.

Vi fant også én randomisert kontrollert studie av moderat kvalitet, Whitehead 1987 (136), hvor forskerne fant at 44 kvinner med sviktende seksuell respons og i stabile parforhold ble bedre med Heimans terapi (kvinnen møter alene) sammenlignet med Masters & Johnsons (M&J) terapi – som forutsetter at kvinnen møter med partner og at denne deltar i terapien. Flere kjennetegn ved behandlingene er skissert i vedlegg 2. Utfallsmål var det seksuelle forholdet og ekteskapskår (det generelle forholdet). Kvinnene fikk seks behandlingstimer i løpet av tre måneder av en jordmor med erfaring med seksualterapi og fikk med seg hjemmeøvelser mellom møtene. Det var like effektivt om kvinnen møtte alene eller med partner. Resultatene viste mer vellyst og mindre ubehag ved onani i begge gruppene (M&J gruppen: pre/post økte fra  $7,7 \pm 3,3$  til  $10,9 \pm 4,6$  for vellyst og pre/post falt fra  $6,4 \pm 4,6$  til  $3,4 \pm 3,4$  for ubehag ved onani). Når delmål ble tatt i betraktning, hadde kvinner med store tennings-, lyst- og orgasmeproblemer mer utbytte av å gå i parbehandling ( $p < 0,05$  på Maudsley Marital questionnaire). Behandling med partner tilstede (M&J) var bedre for det generelle forholdet og for å redusere seksualangst (for M&J falt skår  $-2,00$ ; for Heiman  $-0,47$ ;  $p < 0,05$ ). I forsøket økte skår for onanierfaring i kvinne-alene gruppen (Heiman) ( $+0,37$ , mens for M&J falt det  $-0,59$ ,  $p < 0,05$ ). Det var imidlertid

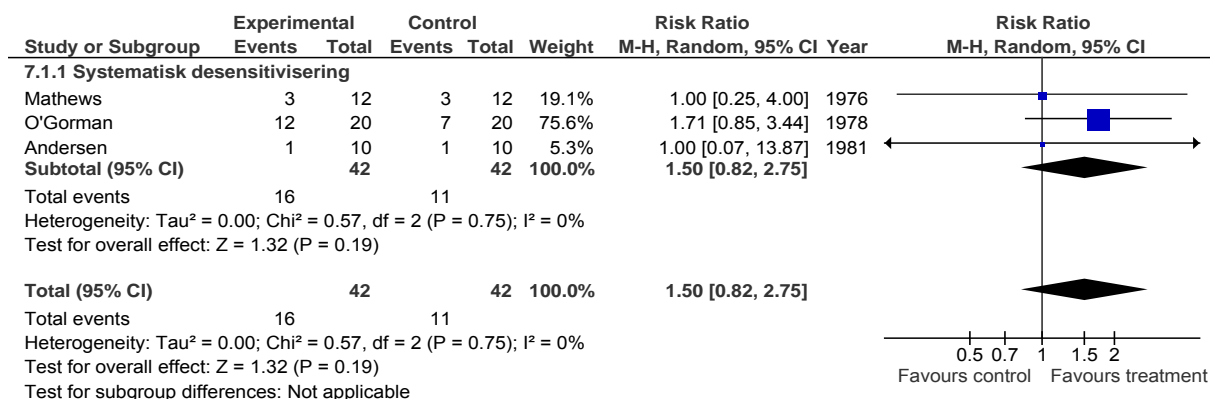
mer ubehagelige følelser involvert for kvinne-alone gruppen (skår -0,71 mot M&J +0,41 for onani,  $p < 0,05$ ). Kvinner som ikke hadde positive holdninger til eller erfaringer med masturbasjon fikk ikke effekt av å være i kvinne-alone gruppen. Forfatterne trekker slutningen at dersom kvinnen unngår masturbasjon bør hun heller behandles med partner. Egenstimuleringsgruppen (Heimans terapi) opplevde mer tenning og orgasme sammenliknet med parbehandling (M&J), men den generelle økningen i kvaliteten på det seksuelle forholdet økte mer med parbehandling. Derfor var parbehandling å foretrekke ved mangel på tilfredsstillelse og respons hos kvinnen, men det er et fullt mulig alternativ å behandle kvinnen enkeltvis.

**Oppsummering** for kvinner med blandet seksuell funksjonsforstyrrelse gruppert *etter intervensjon*. Det mangler randomiserte, kontrollerte studier, og det er usikkert om følgende funn kan generaliseres til befolkningen ut fra foreliggende studier. *Systematisk desensitivering* reduserte seksualangst og økte orgasmeevne. Effekttørrelsen er ikke tallfestet men 25-65 % av deltagerne i åtte studier oppgir bedring, én studie viste at effekten var beskjeden og én studie viste tilleggseffekt av seksualundervisning. *Selvstimulering* eller *instruksjon* i samleiestilling kunne bedre orgasmeevne. Effekten var høy ved primær orgasmesvikt i uselektert pasientpopulasjon, men ikke tallfestet ved sekundær orgasmesvikt.

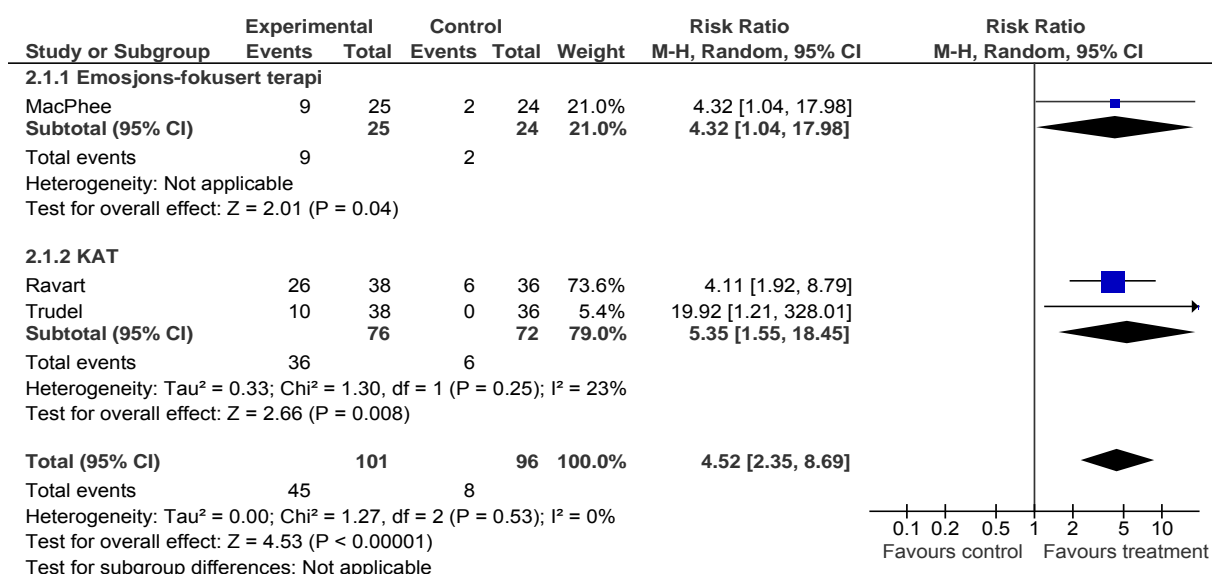
*Veiledning i hensiktsmessige onaniteknikker* ble i to undersøkelser vist mer effektiv enn sensualitetstrening ved blandet seksuell dysfunksjon, men seksualopplysning og parkommunikasjon må være med. Median 57 % (27 til 90 %) fikk bedre orgasmeevne. *Kognitiv atferdsterapi* for kvinner med seksuell dysfunksjon kunne øke orgasmefrekvens, og det ble målt mindre negative tanker og holdninger til sex. *Seksualundervisning* for kvinner med seksuell dysfunksjon kunne bedre seksuell tilfredshet. Seksualundervisning kunne supplere annen sexologisk behandling (desensitivering) og ga tilleggseffekt på seksualangst og orgasmeevne. Det ble oppgitt effekt i tre studier og ikke signifikant eller inkonklusiv effekt i fire studier, men det er usikkert om studiene er sammenlignbare.

*Masters & Johnsons* terapi for kvinner ble kun funnet i ukontrollerte studier i Szokes systematiske oversikt. Vi fant ytterligere fire studier med M&J terapi (134;136;138;149) I disse kontrollerte enkeltstudiene ble det testet elementer i M&J terapi som om det var nødvendig med to terapeuter av ulikt kjønn, om daglig fremmøte var nødvendig slik M&J opprinnelig praktiserte, om kvinnen kunne møte alene i behandlingen, med mer. Resultatene viste at å ha både mannlig eller kvinnelig terapeut ikke endret utfall av behandlingen. Behandling med 1-2 ukers mellomrom syntes å være bedre enn daglig fremmøte. Kvinner med sviktende seksuell respons hadde også effekt av å møte alene, men det at partner møtte i terapien kunne være en fordel ved kortvarige atferdsterapier og sensualitetstrening. Ved seksualangst og ved unngåelsesatferd (kvinnen unngår selvstimulering) var det bedre å følge behandling sammen med partner, og partners deltagelse bedret det generelle forholdet.

**Figur 14. Systematisk desensitivisering ved orgastisk dysfunksjon.**



**Figur 15. Behandling av mangel på eller tap av seksuell lyst hos kvinner.**



*Macphee: antall pasienter med økt lyst på Sexual Desire toward partner scale*

*Trudel: antall pasienter som selv mener de er symptomfrie ved behandlingsslutt*

## Enslige kvinner med seksuell funksjonsforstyrrelse

Stravynski 2007 (137) ga atferdsterapi i ett år til 49 enslige kvinner med seksuell dysfunksjon i en studie av moderat kvalitet. Deltagerne ble randomisert til tre grupper: en som vektla sosial ferdighetstrening, (interpersonlig terapi, se vedlegg 2) (n=15), den andre fikk atferdsterapi med kun seksuelle målsetninger (n= 16), og en tredje gruppe (n=16) fikk begge deler. Kvinnene deltok på 19 behandlingstimer. Terapien foregikk i små grupper med 5-6 personer over 15 ukentlige møter à 90 minutter, og deretter fire møter med seks ukers mellomrom. Kontrollgruppen stod på venteliste. Samlet sett hadde de som fikk behandling signifikant bedring sammenlignet med venteliste på seksualitetsmål: seksuell lyst (F=9,33; df 1,54 p< 0,01), seksuell aktivitet foregående 2 måneder (F=4,6; df 1,54 p< 0,05) og seksuell tilfredshet (F=4,8; df 1,54 p<0,05). Etter atferdsterapi oppfylte 15 av 45 av disse kvinnene ikke lenger diagnosekriteriene for seksuell dysfunksjon.

## Smertetilstander

Vi fant én systematisk oversikt (127) og to enkeltstudier (150;151) av nyere dato vedrørende behandlinger for vaginisme av ikke-organisk årsak, og to systematiske oversikter samt to enkeltstudier over ulike smertetilstander i kvinnelige genitalia og seksualitet (tabell 2C).

### Vaginisme

**McGuire 2003** (127) har publisert en systematisk oversikt (Cochrane review) av høy kvalitet over alle typer intervensjoner for vaginisme. Se tabell 3 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten. Blant ulike behandlingstilnæringer for vaginisme listes kombinasjoner av systematisk desensitivisering med tøyestaver (dilatorer i graderte tykkelser), sexterapi med læring, hypnoterapi, hjemmelekser og kognitiv terapi, avspenningsterapi, flooding og behandling av angst, foruten farmakoterapi. Forfatteren påpeker at de fant mange studier som ikke skilte vaginisme fra øvrige seksuelle dysfunksjoner i behandlingen. Kun én av tre relevante studier var randomisert og kontrollert. Denne studien (154) sammenlignet to versjoner av

### Tabell 2C

#### Sexologisk behandling for kvinner med vaginisme, dyspareuni, smertetilstander

Studie	N	n	Dysfunksjon	Intervensjon	Utfall Effekt	Kvalitet RCT
SR McGuire 2008 (152)	1	44	vaginisme	Systematisk desensitivisering	Coitus etter 6,3 terapitimer Lite evidens foreligger (1 RCT)	
RCT Zukerman 2005 (150)		60	Vaginisme	Desensitivisering M&J vs Paula Garburg	Utfall: Coitus Effekt: Paula Garburg>M&J Etter 4,7 og 5,9 terapitimer	Uklar*
RCT Van Lankveld 2006 (151)		117	primær vaginisme	KAT i grupper eller biblioterapi	Svært liten effektstørrelse Coitus lyktes for kun 14 %	Moderat
Smertetilstander – dyspareuni						
SR Stones 2005 (62)	4	554 (14)	kronisk bekken-smerte	Tverrfaglig Psykoterapi Rådgivning Fotografi Skriveterapi (4 studier)	Begrenset forskning foreligger Skriveterapi kan inngå i tverrfaglig tilnærming Fotografi av bekken hadde ikke effekt (økte smerte)	Høy
SR Landry 2009 (47)	2	104 (38)	Vestibulodyni	Kognitiv atferdsterapi Biofeedback	Lite evidens foreligger fra vitenskapelig holdbare studier, KAT kan forsøkes	
RCT Weijmar-Schultz 1996 (49)		14	Vestibulitt	Atferdsterapi vs kirurgi	Mindre ubehag	Moderat
RCT Bergeron 2008 (153)		51	Vulvodyni	Kognitiv atferdsterapi Biofeedback kirurgi	Smertelindring og psykoseksuelle faktorer	Moderat

*N= antall inkluderte studier (i parentes: antall studier som ikke er inkludert i denne oversikten fordi det er medikamentell eller kirurgisk behandling) KAT kognitiv atferdsterapi*

*Vestibulodyni, vestibulitt og vulvodyni beskriver samme lokalisasjon.*

*\*Abstract tilgjengelig, artikkel på hebraisk*

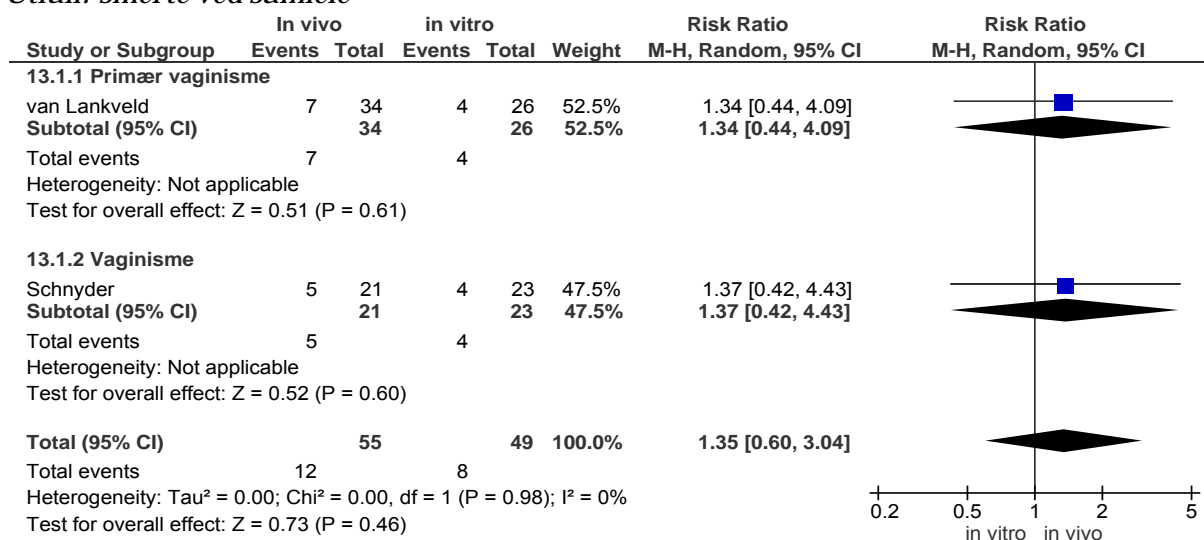
systematisk desensitivisering: *in vivo* og *in vitro* desensitivisering. Førtifire deltage- re (halvparten oppga primær vaginisme) ble randomisert til to grupper som begge skulle øve på innføring av vaginal dilatator (4 graderte størrelser). I ”*in vivo*” grup- pen ble den innført av lege, i ”*in vitro*” gruppen fikk pasientene instruksjoner og inn- førte den selv. Metodisk ble randomiseringen svekket av at pasientene deretter stod fritt til å skifte behandlingsgruppe før forsøket startet, noe som gir seleksjonsskjev- het (antall er ikke oppgitt i oversikten). Øvelsene skulle vare 10 til 15 minutter om gangen, fem ganger i uken og pasientene med hjemmeøvelser møtte til terapitimer annenhver uke for støtte, oppfølging og gradvis økning av dilatatorstørrelse. Begge gruppene fikk informasjon og avspenningsøvelser, og utfall var gjennomført samleie. 43 av 44 pasienter ble i stand til å gjennomføre samleie etter gjennomsnittlig 6,3 te- rapitimer. Pasientene i begge gruppene fikk økt lyst og 6-22 mnd etter behandling var lyst fortsatt økt blant 14 av 39 kvinner, evne til orgasme var bedret eller uendret hos alle unntatt én og 34 av 39 var interessert i å gjenta terapien. Studien påviste ingen forskjell i antall samleier mellom *in vivo* og *in vitro* desensitivisering [OR 1,47 (KI 0,34 – 6,27)]. Studien oppga ikke data på kvinnes evne til å gjennomføre en vanlig gynekologisk undersøkelse.

I en randomisert kontrollert studie behandlet Zukerman (150) 60 pasienter som var henvist for vaginisme for å se om Paula Garburgs sfinktermuskeløvelser (biofeed- back og avspenning) (155) var effektive i forhold til ”tradisjonell” Masters and John- son desensitivisering (se vedlegg 3, behandlingsmetoder). Begge gruppene brukte aktivt vaginale dilatorer i graderte størrelser, og i forsøket ble det talt opp hvor mange behandlingstimer som gjennomsnittlig var nødvendig for å ha effekt av be- handlingen. Utfallsmål var gjennomføring av samleie eller innføring av vaginal dila- tor av en gitt størrelse. Antall behandlingstimer før coitus var 4,9 +/- 1,4 for sfink- termuskeløvelsene med avspenning og 7,4 +/- 3,5 for M&J. Forskjellen var signifi- kant ( $p < 0,001$ ). Begge intervensjoner bedret symptomene. Ved avspenningsøvelse- ne hadde flere nådd behandlingsmål etter fem behandlingstimer ( $p < 0,05$ ) og færre trengte mer enn ti fremmøter før innføring lyktes. (Kvalitetsvurdering av artikkelen, som er publisert på hebraisk, er ikke gjort).

Van Lankveld 2006 (151) behandlet 117 kvinner med primær (livslang) vaginisme. Studien har moderat kvalitet. De fleste hadde vært til terapi tidligere for samme problem uten å lykkes (69 %). Deltagerne ble randomisert til gruppeterapi (KAT), biblioterapi (KAT) eller venteliste (kontroll). Gruppeterapi med KAT bestod av 10 x 2 timer med 6-9 deltagere per gruppe ( $n=43$ ). 38 fikk biblioterapi (selvstudium be- stående av en 50-siders manual basert på KAT, CD-ROM pluss telefonkontakt to ganger i uken – seks ganger 15 minutter), og begge intervensjonsgruppene ble in- struert i å øve to ganger daglig med avspenningsøvelser og gradvis eksponering. Pa- sientene svarte på vaginal innførelse av en eller to fingre, dildo eller penis. Flere (78 %) lyktes i innføring av fingre eller objekt (post-hoc contrast test  $2,81 \pm 1,68$  i grup- peterapi) enn de på venteliste ( $1,06 \pm 1,55$ ,  $p < 0,01$ ), men kun 14 % lyktes med sam- leie i behandlingsgruppene (9 % i KAT gruppe og 18 % i biblioterapi gruppen), og

ingen i kontrollgruppen. Ved oppfølging etter tre og 12 måneder var tallene for samleie steget til 17 % ved tre måneder hhv 21 % ved 12 måneder for KAT gruppen og 14 % hhv 15 % for biblioterapi. Deltagerne fikk ikke økt subjektiv seksualfunksjon med tanke på lyst, tenning og tilfredshet. KAT gitt hos terapeut eller som biblioterapi hadde begge en målbar effekt på penetrasjon ved livslang vaginisme, men effektstørrelsen var svært liten (for ca 14 %), og KAT hadde ingen effekt på andre seksuelle utfall (lyst, tenning, orgasme, tilfredshet seksuelt og i ekteskapet) i denne studien. Misnøye i forholdet økte etter 12 måneder for deltagerne.

**Figur 16. Komparativ effekt in vivo vs in vitro desensitivisering ved vaginisme**  
*Utfall: smerte ved samleie*



### **Oppsummering (vaginisme)**

Det er begrenset evidens på behandling av vaginisme. Én oversiktsartikkel av høy kvalitet fant kun én randomisert studie på systematisk desensitivisering for vaginisme. Vi har i tillegg funnet to enkeltstudier. Ulike former for desensitivisering ga høy suksessrate i behandling av vaginisme. I én komparativ studie lyktes pasientene å gjennomføre samleie tidligere etter sfinctermuskeløvelser (avspenningsøvelser med biofeedback) enn med desensitivisering. I én studie på livslang vaginisme hadde kognitiv atferdsterapi liten effekt (kun 14 % kunne gjennomføre samleie).

## Smertetilstander i kvinnelige genitalia og seksualitet

### *Dyp dyspareuni*

**Stones** 2005 (62) har utarbeidet en systematisk oversikt av høy kvalitet over intervensjoner for behandling av kronisk bekkensmerte hos kvinner. Se tabell 4 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten. Forskerne fant 14 randomiserte kontrollerte studier, inkludert medikamentelle og kirurgiske behandlingsformer. Endometriose, primær dysmenorré, aktiv bekkeninfeksjon eller irriterabel tarmsyndrom ble ekskludert. Patofysiologien til kronisk bekkensmerte er ukjent, så behandlingen er symptomrettet og ofte utilfredsstillende. Psykologisk rådgivning og psykoterapi inngikk i fire av studiene. Oversikten kunne ikke klart konkludere at psykologisk terapi eller behandling av seksuelle problemer hjalp for disse kroniske smertene. Rådgivning sammen med ultralyd bedret smerteskår [OR 6,8 (KI 2,8 til 16,2)  $n=90$ ] og humør [OR 4,6 (KI 1,7 til 12,8)] og virket betryggende sammenliknet med å avvente intervensjon ("wait and see policy"). Norman 2004 (156) viste noe effekt på et subsett av smertemål med skriveterapi med 2 måneders oppfølgingstid, og én studie (157) ga positivt egenvurdert utfall [OR 4,15 (KI 1,91 til 8,99),  $n=106$ ] og daglig aktivitet ved en tverrfaglig tilnærming (bl.a. ernæring, psykologisk, miljømessig og fysioterapi), men ikke på smerteskår. Et forsøk der pasienten ble forelagt et oversiktsbilde av pelvis tatt av kirugen ved begynnelsen av operasjonen før noen terapeutisk prosedyre var utført, "fotografisk forsterkning", hjalp verken på pasientkommunikasjon eller på smerteopplevelse for pasienten etter inngrepet (158). Pasientene oppga *mer* smerte etter "fotografisk forsterkning" (photographic reinforcement) av funnene på en visuell analog skala (60,7 +/- 4,9 vs 45,2 +/- 4,3).

### *Ytre dyspareuni*

**Landry** 2008 (47) har en systematisk oversikt av moderat til lav metodisk kvalitet på behandling av vestibulodini, publisert i perioden 1997 – 2006, uansett studiedesign, også kirurgisk og medikamentell behandling. Kun 5 var randomiserte kontrollerte studier. Se tabell 5 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten.

Kun to av i alt 38 studier var aktuelle etter våre inklusjonskriterier (159;160). Bergeron 2001 (159) sammenlignet kognitiv atferdsterapi (KAT), biofeedback og vestibulektomi (kirurgisk inngrep). Flere pasienter hadde smertelindring etter kirurgi (15 av 22; 68 %) enn av KAT (11 av 28; 39 %), konfidensintervall er ikke oppgitt. Alle gruppene fikk bedring i seksuell funksjon. Det var ikke signifikante forskjeller mellom de tre tilnærmingene (159). Danielsson 2006 (160) utførte en randomisert kontrollert studie der atferdsterapi (biofeedback med elektromyografi og øvelser) ble sammenlignet med å påføre lokalbedøvelse (topisk lidokain). Ved biofeedback ble 12 av 18 bedre, men kun to av 18 ble helt bra. For lidokain ble 10 av 19 bedre på smerte, men kun to av 19 ble helt smertefri. Forskjellen mellom lokalbedøvelse og biofeedback var ikke signifikant.



Weijmar Schultz 1996 (49) behandlet 48 kvinner med vestibulitt (= vulvodyni) i mer enn seks måneder. Denne randomiserte studien var av moderat kvalitet. Ingen deltakere var i stand til å ha samleie. Kvinner med residiverende candida-, humant papillomavirus- eller herpesinfeksjoner ble utelukket fra studien. Studien begynte med å randomisere kvinnene til atferdsterapi eller kirurgisk behandling med påfølgende atferdsterapi. Den kirurgiske behandlingen bestod av ”Woodruff peri-neoplastikk” (161) der det mest smertefulle området skjæres bort. Alle ble undersøkt vulvovaginalt, med kolposkopi og med stansebiopsi fra det smertefulle området. Atferdsterapi bestod i undersøkelse, bekkenbunnsøvelser, biofeedback, en hygieneprotokoll, hjemmelekser og sexologisk rådgivning (se atferdsterapi, vedlegg 3). I randomiseringsforsøket ble alle, også de som ikke fikk operasjon, innlagt én natt på sykehus med beskjed om at de skulle motta operasjon eller ”nervebehandling” for å gi nummenhet. De som ikke fikk operasjon fikk et lokalanestetikum i 10-15 minutter, som tidligere er vist å være ineffektivt. Randomiseringen ble avbrutt da de første resultatene (for  $n=14$ ) tydet på at behandlingene var likeverdige (*impact* 1,86 for atferdsterapi og 1,57 for kirurgi + atferdsterapi). De resterende 34 kvinnene fikk deretter selv velge behandlingsform, og 28 (82 %) valgte å begynne med atferdsterapi. For atferdsterapien gikk kvinnene til behandling ca én gang i måneden i over ett år, og effekt ble oppgitt ved telefonintervju 2 1/2 år senere. Resultatene ble oppgitt på en 5-punkts Likert skala: 10 (av 28) ble symptomfrie, hos 8 avtok symptomene og for 4 var symptomene uendret men ble oppfattet som et mindre problem. Blant de øvrige ble to henvist til psykiater og tre valgte å prøve kirurgi. Etter kirurgi ble disse tre klagefri, men én fikk en rift under en senere fødsel som gjorde at problemene kom tilbake og kvinnen startet med atferdsterapi igjen. For de seks kvinnene som selv valgte å begynne med kirurgi ble tre symptomfrie, for to avtok symptomene og for én var symptomene uendret men mindre problematiske. Forfatterne oppgir at 79 % ble hjulpet i ulik grad, og at andelen økte til 89 % i kombinasjon med kirurgi, og anbefaler at kvinner får tilbud om atferdsterapi før de eventuelt går til kirurgi.

Bergeron 2008 (153) behandlet 78 kvinner med vulvodyni (målt ved trykkfølsomme punkter for bomullspensel i vestibulum). Studien har moderat kvalitet. Tre intervensjoner ble sammenlignet: Kognitiv atferdsterapi (KAT) i grupper, biofeedback (elektromyografisk) og operasjon (vestibulektomi). Kirurgi ga større smertelindring initialt (ved 6 måneder), og ved etterkontroll (2 1/2 års oppfølging), KAT reduserte smerteintensitet med 21-38 %. For distress og seksuell funksjon ble det ikke målt forskjell mellom behandlingsgruppene. Denne studien har krevende rapportering av resultater. Dersom en kvinne har unngåelsesatferd eller er negativ til sex er de ikke gode kandidater for vestibulektomi, da er sexologisk intervensjon før og etter inngrepet med på å bedre utfallet. Pasienter med mye smerte før inngrep og tendens til å reagere negativt på seksuelle stimuli har dårligere utfall etter behandling.

### ***Oppsummering (smertetilstander i kvinnelige genitalia)***

*Dyp dyspareuni:* Én systematisk oversikt av høy kvalitet viser at et begrenset utvalg av behandlinger for kronisk bekkensmerte er testet i randomiserte kontrollerte for-

søk. En tverrfaglig tilnærming ved vurdering og behandling kan bedre funksjon og egenopplevelse, men endret ikke smerteskår. Skriveterapi kan inngå i en tverrfaglig tilnærming. Én studie tilsier at ultralyd scanning har en tilleggseffekt sammen med støttende rådgivning ved kronisk bekkenmerter. Mesteparten av konklusjonene som foreligger er trukket fra enkeltforsøk som har lav styrke og behov for å bekreftes ved nye forsøk. Resultatene må tolkes med forsiktighet.

*Ytre dyspareuni:* Én systematisk oversikt av moderat til lav kvalitet viser at tross nær 40 utgitte publikasjoner om behandling av provosert vestibulodyni er det vanskelig å si noe sikkert om adekvat behandling for denne smertetilstanden. I to enkeltstudier ble mange bedre selv om få ble helt bra. Det er høyere suksessrate for kirurgi, men biofeedback og kognitiv atferdsterapi er lovende, og tar dessuten for seg både smertereduksjon og psykoseksuelle konsekvenser (lyst og tenning).

*Vulvodyni:* Det er ytterligere funnet to enkeltstudier av moderat kvalitet på behandling av vulvodyni. I én komparativ studie førte atferdsterapi i over ett år til bedring ved vestibulitt for nær 80 %. I én komparativ studie var kirurgi overlegen kognitiv atferdsterapi. Noen kvinner kan ha utbytte av kognitiv atferdsterapi, men det ga kun 21-38 % reduksjon i smerteintensitet.

---

## **Intervensjoner for seksuelle problemer i parforhold**

---

Vi fant ingen systematiske oversikter om behandling av seksuelle problemer og relasjoner i parforholdet. Én oversiktsartikkel av Baucom (162) ble ekskludert for lav metodisk kvalitet. Vi inkluderte tre randomiserte studier som omhandlet behandling av seksuelle problemer i parforholdet, alle utført på 1980-tallet (149;163;164). Én randomisert studie av moderat kvalitet (165) vurderte tiltak i forbindelse med samliv etter svangerskap og fødsel.

Clement 1983 (149) behandlet 202 par med langvarige seksuelle problemer, også par med konflikter og med nevroses, der 90 % hadde hatt problemene i mer enn tre år. Forskerne sammenlignet M&J terapi som intensiv behandling (daglig i 3 uker) med langtidsterapi (to ganger i uken i til sammen 35-40 samlinger) i nærvær av én eller to terapeuter. Det er mangelfull rapportering av analyser i studien (oppgir kun n og p-verdi), 73 av 104 fikk bedre seksualfunksjon. Studien har moderat kvalitet. Effektene på parforhold, seksualfunksjon (samleie mulig, smertefullt eller behagelig, orgasme), og "tilfredshet med seksualliv" var uavhengig av format (intensiv eller langtidsbehandling, mannlig eller kvinnelig terapeut). I denne studien var én terapeut tilstrekkelig, og terapeutens kjønn var uvesentlig. Det kan være åpent å velge intensiv- eller langtidsbehandling etter hva som er mest praktisk.

**Tabell 3** seksuelle problemer i parforholdet

Studie (RCT)	n (par)	Studieoppsett	Intervensjon	Utfallsmål	Resultat	Kvalitet
Clement 1983 (149)	82/53/67 par	ukentlig/2 terapeut ukentlig/1 terapeut daglig /2 terapeut	M&J ukentlig vs "intensiv"(daglig) terapi 2 vs 1 terapeut	Seksualforhold Ekteskapsforhold	Ingen forskjell Ingen fordel med intensiverterapi	Moderat
Hartman 1983 (163)	12 par	Crossover studie A så B B så A 3 par/gruppe	A = parterapi B = seksualterapi	Seksualforhold Ekteskapsforhold	Større effekt av seksualterapi for seksuell dysfunksjon	Moderat
Zimmer 1987 (164)	10/9/9 par	9 timer terapi før 3 timer sexterapi ventelistekontroll	Parterapi eller placebo før seksualterapi	Seksualforhold Ekteskapsforhold	Tilleggseffekt av parterapi	Høy
Kermeen 1995 (165)	74/65 par	7x2 timer <b>Prenatal</b> veiledning	"ny" (emosjonsfokuset) vs standard kurs i svangerskapet	Seksualforhold Ekteskapsforhold	Bedret seksualforhold etter fødsel	Moderat

Hartman 1983 (166) behandlet 12 par som oppga blandede seksuelle dysfunksjoner, for å undersøke betydningen av behandling som fokuserer på seksualitet, eller om terapi som retter seg mot generelle kvaliteter i parforholdet også har effekt i forhold til seksualitet. Studien har moderat kvalitet. Parene i gruppen hadde sammensatte seksuelle problemer som nedsatt lyst eller opphisselse, orgasmeproblemer, prematur ejakulasjon, m.m. av gjennomsnittlig over seks års varighet. Studien ble utført i to grupper som enten gikk til parterapi og deretter seksualterapi eller motsatt (overkrysningsstudie). Terapien foregikk i grupper med undervisning, holdningsendring og sensualitetstrening (se vedlegg 2) og parterapi la vekt på kommunikasjon og konfliktløsning. Hver gruppe bestod av tre par som gikk til ukentlige møter (90 minutter) ledet av et terapeutektepar. Begge gruppene ga høy initial respons. Når frekvensen på 17 spesifikke seksuelle aktiviteter (Sexual Interaction Inventory) ble målt var gruppen med seksualterapi mer seksuelt tilfredse enn de som fikk parterapi uten fokus på seksualitet (- 11,33; SD=11,83 versus -1,67;SD=7,9). Ved å videotape paret i en konfliktsituasjon og la dem selv tolke hvordan de oppfatter hverandre, fikk de med lavt samsvar på dette bedre effekt av seksualterapi enn parterapi (7 par vs 1 på seksuell interaksjon og 6 par vs 2 på partilpasning). Det var liten forskjell mellom gruppene, men for seksuelle utfallsmål taler studien for at par med seksuelle funksjonsproblemer i forholdet har større effekt av seksualterapi, med en liten tilleggseffekt av parterapi (kommunikasjon, m.m.).

I en liten studie av høy kvalitet undersøkte Zimmer 1987 (164) parterapi ("ekteskapsterapi") for par med forstyrret seksualliv der kvinnen oppga sekundær seksuell dysfunksjon. Pasientene ble delt i tre grupper, ti par fikk kombinert parterapi og sex terapi etter Masters og Johnson med *in vivo* øvelser, ni par fikk informasjon (avspenningstrening, informasjon om seksualitet og seksuelle myter), og kontrollgruppen (ni par) var på venteliste. Etter ni timer med parterapi eller bare informa-

sjon gikk behandlingsgruppene til tre timer seksualterapi. Parterapi bestod av kommunikasjonstrening (positive emosjoner, konstruktive former) og konfliktløsning med rollespill. Evaluering av effekt var fra spørreskjema og videotape av paret (167). Begge behandlingsgruppene fikk signifikant bedring (problem-skår på sexual interaction inventory forbedret +29,62,  $p < 0,001$  og opplevd intensitet ved coitus +14,41,  $p < 0,001$ ), tydeligst i gruppen med kombinert parterapi og seksualterapi.

### **Samliv etter svangerskap og fødsel**

Kermeen 1995 (165) randomiserte 139 par som kom til svangerskapsundervisning for førstegangsfødende. De ble tilbudt et foreldreforberedende kurs som fokuserte på fysisk helse, biologi og komplikasjoner ( $n=53$  par) eller et program ( $n=63$  par) med fokus på psykologisk helse: kommunikasjon, kjønnsforskjeller og emosjonelle forhold med tanke på å unngå samlivsproblemer etter fødsel. Begge studiegrupper gikk til totimers veiledning syv ganger i løpet av to måneder. Gruppene var like på ekteskapskår, forskjellen var at det ble målt bedre effekt på seksuallivet til parene før fødsel og 2 måneder etter fødsel (analysis of variance  $F=4,00$   $p=0,05$  på Sexual Relations Scale), og trekker slutningen at det samlivsfokuserte programmet motvirker dårligere seksuelt forhold etter fødsel og bedrer følelsene til faren og viser til muligheten for å revidere foreldreforberedende kurs.

### **Oppsummering (seksuelle problemer i parforholdet)**

Tre randomiserte kontrollerte studier for par med seksuelle problemer i forholdet viser at flere seksualmål ble bedre både ved parterapi med kommunikasjonstrening og konfliktløsning og ved seksualterapi. I sammenlignende studie ga seksualterapi større effekt enn parterapi for seksuell dysfunksjon. I én studie var det samme effekt ved ukentlig M&J terapi over tid som ved daglig fremmøte, og 73 av 100 par med mangeårig seksuell dysfunksjon oppga bedring på seksuell tilfredshet (samleie mulig, smertefullt eller behagelig, orgasme) og parforhold.

Én studie målte bedring i seksualforholdet til par etter fødsel ved å endre foreldreforberedende kurs fra biologisk vinkling til å vektlegge psykisk helse, kjønnsforskjeller og emosjoner.

---

### **Behandling av seksuelle problemer ved kronisk sykdom**

---

Vi fant én systematisk oversikt over alle typer behandling for seksuelle problemer som følge av kreft. Denne påviste kun studier etter kreft i mannlige og kvinnelige kjønnsorgan, i tillegg fant vi fem randomiserte kontrollerte studier. Vi fant også to enkeltstudier om behandling av seksuell funksjonsnedsettelse etter hjerteinfarkt og etter ryggmargsskade hos menn.

**Tabell 4 behandling av seksuelle problemer ved kroniske lidelser**

	Studie	N	n	Sykdom	Intervensjon	Utfall	Resultat	Kvalitet RCT	
<b>Kreft i mannlige kjønnsorgan</b>									
SR	Miles 2007 (168)	11	1743 (3) 171	Prostatakreft	Sexologisk støttebehandling Likemann	Livskvalitet og seksualfunksjon Frafallsrate	Bedre seksualfunksjon Lettere å leve med problemene		
RCT	LePore 2003 (169)		250	Prostatakreft	Informasjon, læring	Livskvalitet og seksualfunksjon	Uendret seksualfunksjon Bedret livskvalitet	Moderat	
RCT	Giesler 2005 (170)		99	Prostatakreft	Læringspsykologi, atferdsterapi	Livskvalitet og seksualfunksjon	Bedre seksualfunksjon E.S. 0,45, $p=0,05$	Lav	
RCT	McCorkle 2007 (171)		107	Prostatakreft	Sykepleieprotokoll Læring, kommunikasjon, biofeedback	seksualfunksjon	økt fortvilelse relatert til seksualfunksjon hos mann og partner	Moderat	
RCT	Molton 2008 (172)		101	Prostatakreft	KAT:stress-mestring	Seksualfunksjon lyst, erektil kvalitet og – frekvens	KAT > ktr $p<0,05$ <i>pre</i> 19,4 % ± 5,4 <i>post</i> 43,3 % ± 8,8	Moderat	
RCT	Moynihán 1998 (173)		73	Testikkelkreft	KAT sosisonom	Psykososialt Angst/depresjon	uendret seksualfunksjon Økt angst	Moderat	
<b>Kreft i kvinnelige kjønnsorgan</b>									
SR	(se Miles 2007 (168))							–	
RCT	Du 2004 (174)		83	Underlivkreft	6 mnd KAT	Seksualfunksjon Lyst, frekvens, orgasme	KAT > ktr <i>pre</i> 164 ± 11 <i>post</i> 183 ± 11	Uklar*	
RCT	Wu 2005 (175)		82	Underlivkreft	Kortvarig Psykoterapi ± én uke	Seksualfunksjon Lyst, frekvens, orgasme	Psykoterapi > ktr OR 3,85 (1,3-11,1)	Uklar*	
RCT	Jeffries 2006 (176)		47	Underlivkreft	læringspsykologi	Compliance til bruk av dilatator	Økt compliance OR 4,4 (1,03-18,74)	Moderat	
RCT	Kalaitzi 2007 (177)		40	Mastektomi	Psykoseksuell terapi	Seksualitet, kroppsbilde	Bedret seksualitet, selvbilde	Moderat	
<b>Kronisk sykdom eller funksjonshemning</b>									
SR	Ingen funnet								
RCT	Klein 2007 (178)		92	Hjerteinfarkt (menn)	seksualterapi	seksualfunksjon	Gjenopptar seksuell aktivitet tidligere	Moderat til lav	
RCT	Jung 2005 (179) (koreansk)		32	Ryggmargsskade (menn)	Biblioterapi	Seksualfunksjon + lyst	Tilleggseffekt på intimitet i ekteskapet	Uklar**	

**N= antall inkluderte studier (i parentes: antall studier på ikke-medikament eller mekanisk behandling) KAT (kognitiv atferdsterapi). \* kinesisk \*\* koreansk**

## ***Behandling av seksuell dysfunksjon etter kreft i mannlige kjønnsorgan***

Én systematisk oversikt (168) og fem enkeltstudier - fire for prostatakreft og én for testikkelkreft ble inkludert i denne oversikten på behandling av seksuell funksjonsnedsettelse etter kreft i mannlige kjønnsorgan.

**Miles** 2007 (168) har i en systematisk oversikt av høy kvalitet evaluert effekten av alle behandlingsformer for seksuell dysfunksjon etter alle former for kreft og kreftbehandling. Se tabell 8 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten. Forfatterne inkluderte 11 randomiserte, kontrollerte studier, ti gjaldt prostatakreft og én studie var på effekten av vaginal glidekrem etter radioterapi for livmorhalskreft. De fant ingen andre randomiserte studier på seksuell funksjonsforstyrrelse etter andre kreftformer. Vi rapporterer her fra studiene med behandling for seksuelle problemer etter kreft i mannlige kjønnsorgan. Tre av studiene på *prostatakreft* gjaldt ikke-medikamentell behandling (180-182):

*Sexologisk behandling med eller uten partner til stede (n=84):* Sexologisk behandling i tre måneder bedret seksualfunksjon målt ved IIEF (se vedlegg 4), erektil funksjon, og seksuell tilfredshet. Erektile funksjon steg fra  $5,4 \pm 2,4$  til  $15,3 \pm 11,2$  tre måneder etter behandlingen, tilfredshet steg fra  $4,3 \pm 2,4$  til  $6,7 \pm 2,7$ . Disse målene avtok ved oppfølging etter seks måneder men var fortsatt signifikante. Det var ingen bedring i lyst og orgasmeevne. Kvinnelig partner oppga bedring i egen seksualfunksjon av å være med mennene på rådgivning (180). Tilstedeværelse av kvinnelig partner ved behandlingen ("støttende partner") var ingen forutsetning for behandlingseffekt. Nær 40 % av parene trakk seg fra behandlingen, noe som svekker resultatene fra undersøkelsen i vesentlig grad.

*Sexologisk tilleggsbehandling til injeksjon:* Menn med prostatakreft (n=57) som fikk intrakavernøs injeksjon etter radikal prostatektomi eller cystektomi (etter blærekreft eller gjennomvekst til blærevegg) ble delt inn i to grupper: med eller uten tillegg av sexologisk behandling (181). Mennene var seks ganger til sexologisk rådgivning i løpet av 18 måneder. Sexologisk rådgivning økte compliance og tilfredshet med behandlingen [OR=3,33 (KI 1,01 til 10,97)]. Det ble målt bedre lyst (fra skår på 6,5 til 8,4), seksuell tilfredshet (fra 8 til 8,3), orgasmefunksjon (fra 7,5 til 8,7) og erektil funksjon. Etter 18 måneder var det bedre erektil funksjon i gruppen som fikk tillegg av sexologisk behandling ( $\bar{x} = 26,5$  vs 24,3,  $p < 0,05$ ). Deltagerne var mer fornøyde med parforholdet etter sexologisk behandling [OR 3,33 (KI 1,01 til 10,97)].

*Likemann:* I en tredje studie (182) ble det brukt likemann. Menn (n=30) som selv hadde samme problem med erektil dysfunksjon etter prostatakreft (langtids-overlevende med stabil PSA), snakket med 15 pasienter og de hadde ukentlige møter i åtte uker. Det var ingen endring i seksualfunksjon etter samtale med likemann, men i forhold til kontrollgruppe ble problemene av mindre betydning.

LePore 2003 (169) ga ukentlige gruppeforelesninger (én time hver) om *prostatakreft* og helse til 250 menn som var blitt operert eller strålebehandlet for prostatakreft. Denne randomiserte kontrollerte studien har moderat kvalitet. 84 menn fikk bare forelesninger (en time hver), 86 menn fikk samme forelesning og deltok deretter i diskusjonsgrupper i 45 minutter etterpå, og resten (kontroll) fikk vanlig oppfølging uten å delta på forelesning eller diskusjon. Partner deltok på forelesningene, men var i adskilte grupper under diskusjon. Undervisningen pågikk over seks uker, og én av timene snakket en klinisk psykolog om parforhold og seksualitet. De øvrige emnene ble dekket av onkolog, to urologer, dietetiker, kreftsykepleier. Flere utfallsmål gikk på livskvalitet, men for seksualfunksjon var det ingen effekt av selve undervisningen. Derimot rapporterte mennene at de opplevde mindre bekymring seksuelt ("sexual bother") etter forelesningene: fra  $44,6 \pm 8,8$  i gjennomsnitt før forsøket til  $38,0 \pm 8,4$  (ktr),  $49,1 \pm 8,3$  (forelesning) og  $56,2 \pm 8,1$  (med diskusjon). Dette tolkes dit hen at læring øker livskvalitet og gjør det lettere for pasientene å leve med symptomene sine.

Giesler 2005 (170) ga menn med *prostatakreftoperasjon* oppfølging av kreftsykepleier i en studie med lav metodisk kvalitet. Sykepleieren tok kontakt én gang i måneden i 6 måneder, fire av disse kontaktene var per telefon. Tema var problemer i forhold til urinveier, tarmfunksjon og seksualliv, angst for kreft (tilbakefall), depresjon og tretthet. Seksualitetstema ble presentert ved en video (Living and Loving: Sexuality and the Prostate Cancer Patient fra Zeneca Pharmaceuticals der par intervjues om hvordan kreft har påvirket deres forhold og seksualliv) og en informasjonssperm. Intervensjon var læringspsykologisk eller symptomrettet. Ved hjelp av en datastyrt meny fikk pasienten skreddersydde instruksjoner i for eksempel Kegeløvelser (se vedlegg 3) for urininkontinens, eller fysisk trening ved tretthet, angst eller "symptom distress". Det vanligste problemet som meldte seg var seksuelle problemer, deretter urinveisproblemer og bekymring for parforholdet. Kontakten med kreftsykepleier bedret livskvalitetsutfall på seksuelle variabler, reduserte angst for tilbakefall og ga mindre bekymring for dysfunksjoner i urinveier. Det var bedring i seksualfunksjon: ES 0,45, ( $p=0,05$ ), for Prostate Cancer Quality of Life, og for "bry" med urinveier var ES=0,96,  $p=0,007$ .

McCorkle 2007 (171) evaluerte Standardized Nursing Intervention Protocol, SNIP, som er et sett avanserte sykepleietiltak med fokus på symptombedring, urologisk og psykoseksuell funksjon etter radikal *prostataoperasjon*. Studien var av moderat kvalitet. Protokollen innebar åtte hjemmebesøk og åtte telefonhenvendelser av sykepleier etter et strukturert program, med tema som tarm-, urinveisfunksjon og biofeedback assistert bekkenbunnstrening. Seksualfunksjon og -interesse ble målt ved åtte parametre på en 5-punkts Likert skala (183;184). Nest etter kontinensproblemer var impotens viktigst for mennene. Intervensjonen (SNIP) økte fortvilelse over seksualfunksjon. For seksualfunksjon var det høyere "distress score" for mennene i behandlingsgruppen enn i kontrollgruppen ( $1,63 \pm 0,25$  vs  $0,91 \pm 0,26$ ) og

et halvt år etter behandling var distress score 12,96 +/- 6,20 for behandlingsgruppen og 10,86 +/-6,30 for kontroll. Partner ble også spurt om seksualfunksjon, og intervensjonsgruppen hadde tydeligere økt opplevde plager. Forfatterne diskuterer innholdet i skåringsskjemaet og at kreftbehandlingen, kirurgi og følgene på seksuallivet er tema som det er vanskelig å snakke om og viser til at det kan være vanskelig for ektefeller å finne støtteprogram for samliv etter kreftoperasjon.

Molton 2008 (172) behandlet 101 eldre menn (gjennomsnitt 60 år) etter radikal *prostataktomi* med kognitiv atferdsterapi (gruppebasert stressmestring modifisert etter Antoni (185)) med tillegg av hjelpemidler og partnerkommunikasjon. Studien har moderat kvalitet. Mennene var i terapi to timer ukentlig i 10 uker (4-6 pasienter i hver gruppe). De første 90 minuttene var satt av til didaktisk instruksjon og 30 minutter til avspenningsøvelser, i tillegg hadde de hjemmelekser og ble oppfordret til å diskutere med hverandre. De la vekt på seksuell dysfunksjon og møtene ble videotapet. Kontrollgruppen fikk instruksjon i samme teknikker men i et fire-timers smågruppemøte, og ble oppfordret til å prøve stressmestring og avspenningsøvelser daglig. Seksualfunksjon ble målt med UCLA Prostate Cancer Index (186) og skåret lyst, erektil kvalitet og -frekvens og seksualfunksjon. Tallene oppgis som prosent der 100 % er normalt. Skår på seksualfunksjon økte fra median 27 % til 37 % av normal mens kontrollgruppen hadde ingen bedring: pre 21,8 % ± 4,3, post 22,3 % ± 4,6. Etterpå identifiserte forfatterne en subgruppe med høy "interpersonal sensitivity" (nærtagende i mellommenneskelige relasjoner). Denne subgruppen hadde høyere effekt av behandlingen: pre 19,4 % ± 5,4, post 43,3 % ± 8,8, mens resten av mennene ikke hadde signifikant effekt: pre 31,2 % ± 28,1 post 33,5 % ± 32,2. Molton korrelerer behandlingseffekt med hvor truende en seksuell dysfunksjon oppleves på mannens selvbilde. Menn som oppga sensitivitet i den forstand at de var "overfølsomme", lett tok til seg kritikk, eller følte seg utstøtt var i denne studien mer mottagelige for stressmestringsterapi.

Moynihan 1998 (173) randomiserte 72 menn som var operert for *testikkelkreft* (unilateral orkiektomi) til to grupper: én gruppe fikk støtteterapi (kognitiv atferdsterapi) hos en "medisinsk sosiolog" og den andre var kontrollgruppe. Denne studien har høy metodisk kvalitet. Alle gikk til seks 1-times behandlinger i løpet av åtte uker, og alle sesjonene ble tatt opp på tape. 85 % var under 40 år gamle. 60 % avslo å delta i forsøket, flere psykososiale utfallsmål ble målt også blant de 111 som ikke deltok. Behandlingen førte til forbigående redusert angst (ved to og fire måneder), men ett år etter behandlingen synes resultatet å være i favør av kontrollgruppen [MD 1,66 (KI -0,18 til 3,50)]. På Riekers skår for seksuell tilpasning (187) ble det ikke målt noen signifikant forskjell mellom deltagere og ikke-deltagere i forsøket [MD 0,0 (-1,4;1,4)] og det seksuelle forholdet var uendret (MD 0,1 (KI -2,3 til 2,6)). Forsøket kan gi grunnlag for å stille spørsmål om nytten av denne type intervensjon for unge menn med kreft.



### ***Oppsummering (kreft i mannlige kjønnsorganer)***

Vi fant én systematisk oversikt av høy kvalitet over sexologisk behandling etter kreft, som oppsummerte tre studier på ikke-medikamentell behandling. I tillegg har vi funnet fire studier med moderat eller lav kvalitet på sexologisk behandling etter prostatakreft og én etter testikkelkreft. Intervensjon var ulike former for rådgivning, støtteterapier og stressmestring. Både menn og kvinnelig partner hadde bedring i seksuelle utfall og tilfredshet av å delta på sexologisk behandling i tre måneder etter behandling for prostatakreft i én studie. Det var ingen effekt av støttesamtaler med likemann (en pasient tidligere behandlet for prostatakreft) på seksualfunksjon, men pasientene opplevde mindre seksuelt ”bry” etter operasjonen.

Stressmestringsterapi ga en liten forbedring av seksualfunksjon for eldre menn operert for prostatakreft, i én studie. To studier utført av kreftsykepleier på menn behandlet for prostatakreft ble inkludert: skreddersydd opplæring, kegeløvelser, video og informasjon førte til en bedring av seksualfunksjon. En standardisert protokoll med instruksjon i biofeedback og telefonoppfølging hadde ikke effekt, men økte fortvilelse hos pasienten.

Yngre menn med testikkelkreft og med god prognose fikk økt angst etter samtale med medisinsk sosionom, og seksualfunksjon var uendret.

### **Behandling av seksuelle funksjonsforstyrrelser etter kreft i kvinnelige kjønnsorganer**

Miles 2007 (168) har i en systematisk oversikt av høy metodisk kvalitet over effekten av behandling for seksuelle problemer for kvinner etter gjennomgått gynekologisk kreft kun funnet én randomisert, kontrollert studie. Denne omhandler bruk av gli-dekrem og medikamentell behandling og er ikke inkludert i vår rapport. Vi har funnet ytterligere fire randomiserte, kontrollerte studier på kvinner med ulike gynekologiske kreftformer i livmor, livmorhals, eggstokker eller bryster (tabell 4).

To kinesiske studier på kvinner operert for gynekologisk kreft er inkludert, begge fra samme sykehus: Liaoning i Kina (174;175):

#### ***Kreft i eggstokk, livmor og livmorhals***

I studien fra Du 2005 ga kreftsykepleier kognitiv atferdsterapi til 83 kvinner med fokus på seksualfunksjon to ganger i måneden i et halvt år etter kreftoperasjon. Kvinnene var operert for eggstokk-kreft, livmorkreft, livmorhalskreft og chorioepitheliom. Studien viste positiv effekt på parametre som lyst, seksuell interesse, frekvens av seksuell aktivitet, orgasme og tilfredshet i parforholdet målt ved Brief Index of Sexual Function BISF-W (188) (samlet  $\bar{x} \pm SD$ ,  $164 \pm 11$  vs  $183 \pm 11$ ), og på ENRICH skala (189). BISF-W er gjengitt i vedlegg 4.

I studien fra Wu 2005 (175) ga kreftsykepleier korttids støtteterapi med fokus på seksualfunksjon perioperativt (i 7 dager før og 7 dager etter operasjon for uterin cervixkreft) til 82 kvinner. Terapien inneholdt avslapning og selvhypnose. Både angst og depresjon avtok, og tilfredsheten med seksuallivet tok seg opp. Effekten kunne følges og ble tydeligere over to år. Andelen som oppga tilfredshet med seksuallivet etter 3 mnd var 39,4 % vs 15,6 % for intervensjon versus kontroll; OR 3,85 (KI 1,3-11,1), og etter 2 år var det henholdsvis 56,6 % vs 26,5 % [OR 3,76 (KI 1,5 til 9,4) ( $\chi^2 = 4,819 \sim 7,871, p < 0,01$ )].

Jeffries 2006 (176) testet effekten av psykoedukativ behandling for å øke etterlevelse (compliance) med vaginal dilatasjon mot arrdannelse etter stråleterapi for livmorkarsinom, da det tidligere har vist seg at få kvinner følger opp denne behandlingen. Studien var av moderat kvalitet. Artikkelen inneholder en oversiktstabell over antall pasienter med vaginal forandring (stenosering) fra 11 studier og skriver selv at de har utført den første randomiserte kontrollerte studien på effekten av vaginal dilatasjon etter strålebehandling. Etter strålebehandling ble kvinnene randomisert til psykoedukativ behandling ( $n=26$ ) eller informasjon ( $n=21$ ). Den psykoedukative behandlingen fulgte *IMB-modellen* (informasjon, motivasjon, atferd, ferdigheter - se vedlegg 2). Kvinnene fikk utveksle erfaringer i smågrupper, oppfordring til å arbeide med holdninger og atferd, og øvelser som å gjøre Kegel øvelser og hjemmeleker med dilatator. Atferdsterapi førte til at signifikant flere brukte dilatator (etter 6 uker:  $19/26 = 73\%$  vs  $10/21 = 48\%$  [OR 2,99 (0,88 til 10,10)] og ved 6 måneder:  $13/26 = 50\%$  vs  $6/21 = 29\%$ ). Flere fulgte målsetningen om innføring av dilatator 3 x i uken i behandlingsgruppen sammenlignet med kontroll:  $11/26 = 42\%$  vs  $3/21 = 14\%$  ved 6 uker [OR 4,40 (1,03 til 18,74)]. Det er en feil i prosentregningen i tekst og figur (kontrollgruppe 14,3 %, ikke 1,43 %) i artikkelen.

### ***Brystkreft***

Kalaitzi 2007 (177) i Hellas ga psykoseksuell korttids terapi - en blanding av parterapi og seksualterapi til pasienter med endringer i kroppsbilde og seksualitet hos brystkreftopererte. Denne randomiserte, kontrollerte studien har moderat kvalitet. Terapien gikk over seks behandlingssesjoner annenhver uke ( $n=20$ ). Mens pasienten var på sykehuset (ca dag 5) ble det vist bilder av tilhelte arr, og paret fikk informasjon om alternativer for brystrekonstruksjon. Deretter ble bandasjene tatt av i nærvær av kirurg og terapeut, og pasient og partner fikk snakke om følelsene sine. I andre og tredje møte fikk de kommunikasjonstrening, i fjerde: sensualitetstrening og i femte: kroppsbilde. Hver sesjon begynte med en gjennomgang av hva som hadde skjedd de to foregående ukene. Ved oppsummering siste timen ble tema tatt opp vedrørende å klare seg videre, angst, depresjon og seksualitet. Disse parametrene ble målt ved psykometriske scoringsskjema. Kontrollgruppen ( $n=20$ ) fikk standard behandling (utskrevet uten sexologisk rådgivning).

Utfylt spørreskjema ga statistisk signifikant skår (mean  $\pm$  95 % KI) for følgende:

<i>n=20/20</i>	<b>Før operasjon</b>	<b>Operert + terapi</b>	<b>Operert - terapi</b>
Samleiefrekvens,	3,2 $\pm$ 0,4	2,9 $\pm$ 0,4 p=0,021	2,5 $\pm$ 0,4 p<0,001
Orgasmefrekvens,	3,3 $\pm$ 0,5	3,7 $\pm$ 0,3 p=0,042	3,1 $\pm$ 0,5 p=0,07
Initiativ til sex	2,2 $\pm$ 0,5	2,7 $\pm$ 0,4 p=0,035	1,8 $\pm$ 1,4 p<0,001
Tilfredshet i parforholdet	3,8 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,3 p<0,001	3,7 $\pm$ 0,5 p<0,001
Selvbilde (naken)	3,3 $\pm$ 0,4	3,0 $\pm$ 0,3 p=0,09	2,2 $\pm$ 0,2 p<0,001

Tallene før operasjon viser baseline for intervensjonsgruppen. Gruppene var ikke helt like ved baseline bortsett fra for alder og ekteskapsvarighet. Enkelte parametre som samleiefrekvens og selvbilde (naken/påkledt) sank etter operasjonen, men terapigruppen skåret høyere enn kontrollgruppen. Tre måneders psykoseksuell terapi bedret parametre vedrørende seksualitet og selvbilde, i forhold til kontroll-gruppen. Det var ingen frafall, noe som tyder på at terapitilbudet ble akseptert av paret.

### ***Oppsummering (kreft i kvinnelige kjønnsorgan)***

Én systematisk oversikt av høy kvalitet (Miles 2007) fant ingen ikke-medikamentelle studier på sexologisk behandling av kvinner etter kreftoperasjon. Vi har funnet fire enkeltstudier, én fra Canada, to studier fra Kina og én fra Hellas. Psykoterapi (kognitiv atferdsterapi) i seks måneder kan bedre seksualfunksjon og øke seksuell tilfredshet etter operasjon for underlivskreft. Kortvarig støtteterapi én uke før og etter operasjonen bedret seksuell tilfredshet for kvinner operert for livmorhalskreft, og forskjellen mellom gruppene kunne fortsatt måles to år etter, OR 3,8 (1,5 til 9,4). Gruppebehandling etter IMB-modellen (læringspsykologi med informasjon, motivasjon, atferd, ferdigheter) kan øke etterlevelse med dilatasjonsbehandling av vaginal stenose etter stråling for livmorhalskreft, men det er lite evidens for at dilatasjonsbehandling vedlikeholder seksualfunksjon.

Én studie viste at tre måneders psykoseksuell terapi etter brystkreftoperasjon kan bedre parametre som initiativ til sex, orgasmefrekvens, tilfredshet i parforholdet og selvbilde etter mastektomi.

Forfatterne av den systematiske oversikten (Miles 2007) legger til at intervensjonene i forskningslitteraturen ikke er representativ for bredden av behandlingsformer som er tilgjengelig for seksuelle funksjonsforstyrrelser hos menn og kvinner etter kreftbehandling. Effekt av læringspsykologiske tiltak, Kegeløvelser, komplementærmedisin og klitoralterapi er ikke kjent fra randomiserte, kontrollerte studier.

## **Behandling av seksuelle problemer ved annen kronisk sykdom**

Vi fant ingen systematiske oversikter på effekten av behandling av seksuelle problemer ved kronisk sykdom annet enn kreftbehandling, men det er inkludert én randomisert kontrollert studie av moderat til lav kvalitet på menn som har gjennomgått hjerteinfarkt (178).

Klein 2007 (178) behandlet 92 menn som hadde gjennomgått hjerteinfarkt og/eller bypassoperasjon. Begge gruppene fikk vanlig hjerterehabilitering, og den ene gruppen fikk seksualterapi i tillegg. Intervensjonsgruppen møttes tre ganger (tilsammen 5 timer). Intervensjonen var en kombinasjon av seksualterapeutisk rådgiving, medisinsk og psykososial undervisning. På første møte fikk de undervisning vedrørende seksuell aktivitet etter hjertesykdom, hjemmelekser og sensualitetsøvelser og på de to siste møtene fikk de kognitiv atferdsterapi. Effekter ble målt etter fire måneder på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i stor grad). Partner var med og det ble lagt fokus på hvert trinn i seksuell respons-syklus. Intervensjonen førte til at flere gjenopptok seksuell aktivitet (87 % vs 50 % i kontroll,  $p < 0,05$ ). På en 5-punkts Likert skala (5 = normal) ble det målt bedring i forhold til kontroll på lystnivå (3,37 vs 3,9,  $p < 0,05$ ), tillit til å kunne holde ereksjon (3,27 vs 3,95,  $p < 0,01$ ), tilfredshet i det seksuelle forholdet (3,74 vs 4,37,  $p < 0,05$ ), seksuell nytelse (4,0 vs 4,54  $p < 0,05$ ) og frekvens på ereksjon (3,31 vs 3,86,  $p < 0,05$ ). Det var ikke signifikant endring på fasthet i ereksjon, prematur ejakulasjon, orgasme eller angst for sex (angst var lav for begge gruppene), og tross målbar endring i seksualfunksjon var det ingen bedring i tilfredshet i ekteskapet på måletidspunkt (4 måneder).

## **Fysisk funksjonshemning og seksualitet**

Vi fant ikke systematiske oversikter på effekten av behandling av seksuell funksjonsnedsettelse på mennesker med ulike funksjonshemninger. Vi fant én randomisert kontrollert studie utført på menn med ryggmargsskade (179).

Jung 2005 (179) studerte 32 menn med ryggmargsskader som alle hadde tilgang på hjelpemidler for ereksjonssvikt: (Følgende fordeling: injeksjon: 10 stk, vakuum: 1, protese: 2 og phosphodiesterasehemmer: 29 menn). I denne studien fra Korea brukte halvparten kun disse hjelpemidlene for seg selv, den andre halvparten hadde hjelpemidlene men fikk i tillegg en skriftlig manual og video om seksuell rehabilitering (biblioterapi). Ett år etter skaden hadde 80 % av pasientene seksuell lyst og 51 % hadde normal ereksjon (inkomplett ryggmargsskade). 31 % var i stand til å ejakulere og 29 % opplevde orgasme. Et spørreskjema på intimitet i ekteskapet viste at kontrollgruppen var uendret ( $56,6 \pm 12$  til  $56,4 \pm 12$ ), mens for intervensjonsgruppen steg skår fra  $56,9 \pm 15$  til  $66,8 \pm 10,2$ ;  $p < 0,001$ .

## **Oppsummering (kronisk sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse)**

I én studie etter gjennomgått hjerteinfarkt eller bypassoperasjon førte sexterapi til at flere gjenopptok seksuell aktivitet, flere fikk økt lyst, tilfredshet, nytelse og frekvens

på ereksjon, men ikke bedring i erektil fasthet, prematur ejakulasjon, orgasme eller tilfredshet i ekteskapet. I én studie har biblioterapi med skriftlig og audiovisuell (video) informasjon en tilleggseffekt på intimitet i ekteskapet i tillegg til andre hjelpemidler for erektil dysfunksjon for menn med ryggmargsskade. Relevant seksuell rehabilitering og opplæring fra helsearbeidere over tid bedrer intimitet i ekteskapet for ryggmargsskade.

---

## **Personer med intellektuell funksjonsnedsettelse og seksualitet**

---

Vi fant svært få publiserte studier på behandling av seksuelle problemer hos personer med intellektuell funksjonsnedsettelse. To studier ble ekskludert for lav metodisk kvalitet, de manglet blant annet kontrollgrupper (190;191). Her refereres én artikkel på behandling med et "dating skills" program (192).

**Tabell 6** *Personer med intellektuell funksjonsnedsettelse og seksualitet*

	Studie	n	Populasjon	Intervensjon	Utfall	Resultat	Kvalitet
<b>RCT</b>	Valenti-Hein 1994 (192)	27	Intellektuell funksjonsnedsettelse	Dating skills program	Heterososiale ferdigheter	Økt skår for sosiale ferdigheter	Moderat til lav

Valenti-Hein 1994 (192) utviklet et "Dating Skills" program der personer med intellektuell funksjonsnedsettelse fikk trening i sosiale ferdigheter og heterososial interaksjon – "de sosiale aspektene av seksualitet". Studien har moderat til lav kvalitet. 27 menn og kvinner (18-50 år gamle) ble randomisert til intervensjon (n=13) og gikk annenhver uke til tolv sesjoner. 12 personer var i kontrollgruppen (venteliste). Hver sesjon var på 90 minutter inkludert pause. Deltagerne tok en kunnskapstest i sosial/seksualkunnskap før de begynte. Deltagerne ble observert i rollespill i 6 ulike strukturerte situasjoner. Atferd ble tatt opp på video og pågående interaksjon ble vurdert fra fem 10-sekunders "øyeblikks" prøver. Deltagerne skåret jevnt over høyere på Likert skala (193) på sosiale ferdigheter (Pre-Post for intervensjon ± SD: pre 3,96±1,23; post 4,73 ±1,01), fysisk tiltrekning (pre 3,36±1,11, post 5,12±1,40) stil og innhold i interaksjon (Fisher test p<0,05 for alle disse) (194). Gjennomsnittlig antall interaksjoner med motsatt kjønn økte fra 2 til 3,2 per 10-minuttsperiode mens interaksjon med samme kjønn sank fra 1,5 til 0,5. Sosialt angstnivå forble uendret. Effektene vedvarte etter 8 uker.

Studien har vist at heterososiale ferdigheter kan bedres ved et "Dating Skills" program. Sosial ferdighetstrening for sosiale/seksuelle situasjoner rettet mot mennesker med intellektuell funksjonsnedsettelse bedret kunnskap og ferdigheter som er nødvendig for heteroseksuell interaksjon. Resultatet er fra én liten enkeltstudie og dokumentasjonen er svært begrenset.

---

## Sexologisk behandling ved psykiske lidelser

---

Vi fant én systematisk oversikt (93) og én enkeltstudie på behandling av seksuelle problemer ved psykiske lidelser, og kvaliteten på begge ble bedømt som moderat til lav (195).

**Tabell 7** *Sexologisk behandling ved psykiske lidelser*

Studie	N	n	Populasjon	Intervensjon	Utfall	Resultat	Kvalitet RCT
SR Higgins 2006 (93)	14	1127	Kronisk alvorlig psykisk lidelse	Seksualundervisning Sosiale ferdigheter Atferdstrening	Seksuell risikoatferd Kunnskap kondombruk	Redusert risikoatferd	
RCT Manzo 2006 (195) (spansk fra Chile)	-	16	Depresjon + seksuell dysfunksjon	Seksualterapi	Seksualfunksjon Depresjon	Mindre dysfunksjon og depresjon	Moderat til lav

N = antall studier, n= antall deltagere i studien

**Higgins 2006 (93)** laget en systematisk oversikt av moderat metodisk kvalitet over 14 engelskspråklige studier som beskriver eller evaluerer seksualundervisning og ferdighetstrening for alvorlig psykisk syke med diagnoser som schizofreni, bipolar affektiv lidelse eller alvorlig depresjon. Se tabell 9 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten. Fem studier var randomiserte kontrollerte design. Kalichman (196), Otto-Salaj (197) og Carey (198) påviste redusert risikoatferd og økt kunnskap og kondombruk blant mennesker med schizofreni, affektiv sinnslidelse og andre lidelser, og i begge studiene (597 deltagere) var kvinnene mer mottagelige for atferdsforandring. Weinhardt (199) utførte simuleringsøvelser med instruktiv feedback vedrørende risikoatferd for kvinner med schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlig depresjon. De konkluderte at trening av selvsikkerhet påvirket atferd som hyppighet av kondombruk ved to måneder, men at effekten avtok etter 4 måneder og anbefaler derfor oppfriskning ”booster”. Størst endring i seksualatferd ble målt hos personer med psykiske lidelser som i tillegg til terapi ble oppfordret til å være rollemodeller og veilede andre (200). Flermodal undervisning (rollespill, lek, foredrag, plakater) var i én studie mer effektiv enn video og diskusjon.

Små undervisningsgrupper utviklet bedre holdninger til kondombruk og å unngå utrygg seksualpraksis. Deltagerne hadde færre tilfeldige partnere og mindre ubeskyttet sex. Studiene utfordrer fordommer om at pasienter med alvorlig sinnslidelse ikke har forutsetninger til å følge, bearbeide og overføre informasjon til å endre atferd. Mindre grupper som kombinerte informasjon, motiverende øvelser og ferdighetstrening var mest effektive. Ferdighetstrening kunne inkludere påføring av kondom, interaktivt rollespill og feedback samt hjemmelekser med grensesetting for trygge seksualiserte møter. Et flertall av studiene var i poliklinisk sammenheng.

Én studie som sammenlignet gruppe- med individuell undervisning viste bedre effekt av individuell tilpasset metode på en akuttetthet. Kontekst og individuelle behov ser dermed ut til å være av betydning.

Manzo 2006 (195) ga 16 kvinner med lett til moderat angst og depresjonslidelse og med seksuell dysfunksjon seksologisk terapi etter Joseph og Leslie LoPiccolo (201). Dette inkluderte instruksjon i trening av bekkenbunnsmuskler, stimulerings/onaniteknikker, visuell og taktil utforskning av genitalia, kroppsmassasje, m.m. kombinert med avspenningsøvelser (202) og elementer fra Masters and Johnsons terapi. Kontrollgruppen fikk ingen intervensjon. Studien har få deltagere og må tolkes med stor forsiktighet. På skår for seksuell dysfunksjon (libido, tenning, lubrikasjon, evne til orgasme og tilfredshet av orgasme) falt dysfunksjon hos eksperimentgruppen fra  $23,5 \pm 3,2$  til  $15,1 \pm 3,8$  mens kontrollgruppen forble uendret ( $26,5 \pm 3,2$ ) (verdier på 13-18 er normale og på 19-30 er seksuell dysfunksjon på Arizona Sexual experience scale, ASEX ) (203). Samtidig fikk intervensjonsgruppen mindre depressive trekk (Becks depresjonsskala falt fra  $23,88 \pm 3,68$  til  $13,38 \pm 5,68$ ,  $p < 0,001$ ) mens angstnivå var uendret. Effekten var opprettholdt 6 måneder senere (ASEX  $15,54 \pm 2,92$ ,  $p < 0,002$  og Becks depresjonsskala  $11,13 \pm 5,22$   $p < 0,001$ ). Forfatterne tolker dette som at seksuell funksjon med partner bør registreres ved behandling av depresjon hos kvinner, og hevder at seksualterapi etter LoPiccolo for kvinnene med seksuelle problemer og samtidig depresjon også bedret deres symptomer på depresjon.

### ***Oppsummering (seksuell dysfunksjon ved psykisk lidelse)***

Én systematisk oversikt av moderat kvalitet viser både gjennomførbarhet og effekt av seksualundervisning for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. For pasienter med bipolar lidelse (manisk-depressiv), schizofreni eller alvorlig depresjon var smågruppeundervisning som kombinerte informasjon, motiverende øvelser og ferdighetstrening mest effektiv for å fremme seksuell helse, men kontekst og individuelle behov er av betydning. Variert form på undervisningen med rollespill og lek i tillegg til foredrag, hjemmeøvelser på grensesetting samt feedback var mer effektiv. I en veldig liten studie på kvinner med samtidig depresjon og seksuell funksjonsforstyrrelse, førte sexologisk behandling til bedring av både seksuell dysfunksjon og depresjon. Studien har få deltagere, men kartlegging av interaksjon med partner kan være av betydning for kvinner med depresjon.

---

## **Usikkerhet vedrørende kjønn og seksuell identitet**

---

Vi fant ingen systematiske oversikter eller enkeltstudier om effekten av ikke-medikamentelle tiltak overfor personer med usikkerhet i forhold til seksuell identitet eller personer med kjønnsidentitetsproblematikk.

---

## Sexologiske intervensjoner for voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep

---

På tross av at personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn eller voksne kan ha høyere forekomst av seksuell problematikk fant vi ikke systematiske oversikter eller enkeltstudier der det ble gitt en spesifikk sexologisk intervensjon eller rapportert seksuelle utfallsmål. Unntaket er én studie identifisert i Chards systematiske oversikt fra 1995 i (204) som rapporterte om redusert angst for seksualitet hos voldtektsutsatte kvinner som fikk gruppeterapi (n=37).

---

## Biblioterapi – selvhjelp ved seksuelle problemer

---

Vi fant to systematiske oversikter over effekten av biblioterapi og én enkeltstudie. Pasientinformasjon i form av skriftlig eller audiovisuelt materiale inngår ofte i behandling, men selvhjelpslitteratur kan også administreres på egen hånd med minimal eller ingen kontakt med terapeut.

**Marrs** 1995 (205) laget en metaanalyse for å bestemme effekten av selvhjelpslitteratur (biblioterapi) og fant N=79 studier. Se tabell 6 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten. Denne systematiske oversikten har moderat metodisk kvalitet. Definisjonen av biblioterapi som ble brukt her var ”skriftlig materiale på mer enn 10 sider, dataprogram, audio- eller videotape for å forstå eller løse problemer i sammenheng med egenutvikling eller terapi” og studiene måtte ha utfallsmål som var relevante for klinisk psykologi og rådgivning. Selvhjelpsgrupper var utelatt. Studiene lot seg kategorisere i ti problemtyper, som angst og depresjon, vekttap, impulskontroll, studieteknikk, mens øvrige omhandlet samlivsrådgivning, hukommelse hos eldre, kronisk psykisk lidelse, forberedelse til kirurgi, m.m.

Samlet var effekten av biblioterapi, på tvers av studiene, moderat effektstørrelse [ES 0,565 (KI 0,494 til 0,636)], N=70 studier. Det var størst effektstørrelse av biblioterapi for seksuelle problemer [ES 1,279 (KI 0,794-1,863)], deretter kom angst [ES=0,906 (KI 0,731-1,080)] og selvhjelp [ES=0,946 (KI 0,735-1,158)].

**Tabell 8** systematiske oversikter over bruk av biblioterapi som behandling for seksuell funksjonsnedsettelse

Studie	N	n	Populasjon	Intervensjon	Utfall:bedring Effekt	Kvalitet RCT
<b>SR Marrs</b> 1995 (205)	79	467 7	Alle problemstillinger	Biblioterapi	ES=1,3 KI 0,9-1,9	
<b>SR Van Lankveld</b> 1998 (135)	12	397	Seksuelle problemer	Biblioterapi	ES=0,68 KI 0,23-1,14	
RCT Van Lankveld 2001*		199 par	Seksuelle problemer	Biblioterapi		Middels

\*Resultatene oppsummert i kapittelet som omhandler par.

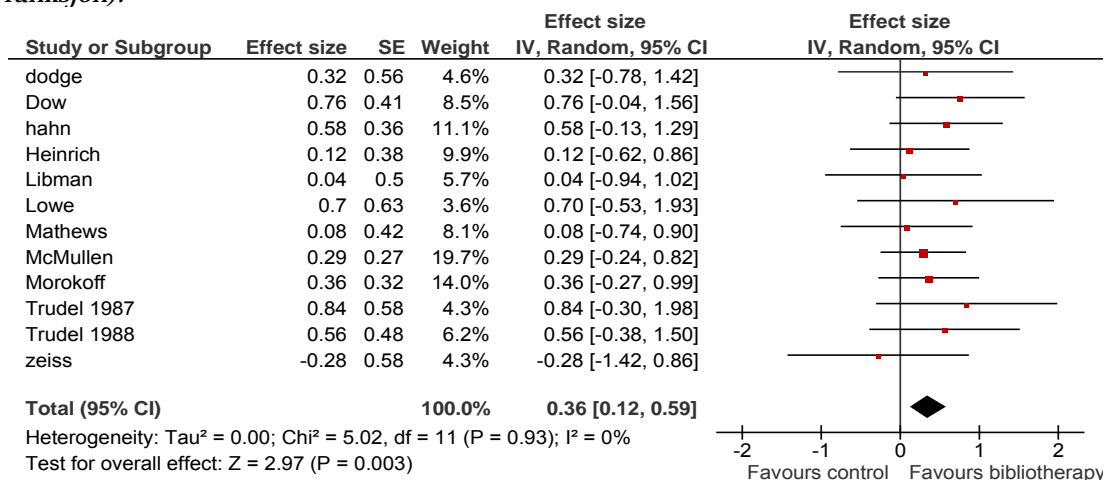


**van Lankveld** 1998 (135) gjorde en metaanalyse i en systematisk oversikt over effekten av biblioterapi på seksuelle problemer. Denne oversikten er av moderat metodisk kvalitet. Se tabell 7 i vedlegg 9 for karakteristika fra denne oversikten. Alle typer seksuelle dysfunksjoner for både menn og kvinner ble medregnet. Både skriftlig (minst 10 sider), data og audiovisuelt materiale ble inkludert. Van Lankveld fant 12 studier, hvorav fire studier også var med i Marrs, og tre var upubliserte doktoravhandlinger. Han inkluderte kun prospektive studier med kontrollgruppe, og 9 av disse var i tillegg randomiserte. Van Lankveld skriver at selvhjelps litteraturen for seksuell dysfunksjon generelt er basert på sexologisk tradisjon fra M&J terapi, Hawton eller Leiblum (se vedlegg 2), men kun modifikasjoner av M&J var testet i de inkluderte studiene. Tre av studiene handlet om prematur ejakulasjon, åtte handlet om orgasmesvikt hos kvinner. Bøkene *A sexual growth program for women* av Heiman (206), og *Prolong Your pleasure* for menn av Zeiss (207) ble undersøkt i 4 studier hver. Halvparten av studiene varte mer enn 10 uker.

Van Lankveld sin metaanalyse setter opp 16 sammenligninger fra 12 studier, og i metaanalysen sammenlignes biblioterapi for både menn og kvinner og for ulike funksjonsforstyrrelser. Den viste at biblioterapi ved seksuelle dysfunksjoner gir bedring med gjennomsnittlig effektstørrelse [ES=0,68 (KI 0,23 til 1,14)]. Forfatteren kumulerte her innen én og samme studie, ved å ta to utfallsmål fra samme studie "dobler" man effekten i metaanalysen: spørsmålet er om det er gyldig. Vi analyserte på nytt og da ble effekten nesten halvert til ES = 0,36 (KI 0,12 til 0,59), se figur 17.

Biblioterapi som behandling er ikke etablert for alle typer seksuelle problemer, 87 % av studiene var på orgasmesvikt. For andre seksuelle problemer, et flertall av funksjonsnedsettelsene, er effekten uklar. Ved oppfølgingstidspunkt (inntil ett år etter behandling) var effektstørrelsen falt til ES=0,30 (KI -0,10 til 0,71) og var da ikke lenger statistisk signifikant. Effekten var større med (minimal) kontakt med terapeut enn helt på egen hånd. Det ble ikke målt forskjell på ulike medier (skriftlig,

**Figur 17** Effekt av biblioterapi for seksuell dysfunksjon (metaanalyse i van Lankveld 1998). Populasjon: menn og kvinner, uansett dysfunksjon (87 % hadde orgastisk dysfunksjon).



data, audio, video). Alle hadde vært til vurdering hos en behandler før biblioterapi. Vi mangler dokumentasjon for selvhjelpstilnærming uten pålitelig diagnose.

### ***Oppsummering (selvhjelps litteratur og pasientinformasjon)***

Vi fant to systematiske oversikter på bruk av biblioterapi. Av alle typer selvhjelps litteratur skilte seksuell funksjonsforstyrrelse seg ut med tydeligst effektstørrelse. En metaanalyse viste bedring for menn og kvinner ved pasientinformasjon og selvhjelps litteratur, et flertall av studiene gjaldt orgasmesvikt og prematur ejakulasjon. For andre funksjonsnedsettelse var effekten uklar. Forfatterne advarer mot selvdagnose, og behandlingseffekten som ble oppnådd avtok i løpet av et år.

---

# Diskusjon

Vi har oppsummert og vurdert effekt av seksualterapeutiske intervensjoner for ulike seksuelle problemer ut fra systematiske oversiktsartikler og randomiserte, kontrollerte studier fra et fagfelt som er i utvikling. Totalt sett fant vi ved hjelp av metaanalyser at intervensjonen har positiv effekt for mange populasjoner og mange typer seksuelle problemer. Seksuelle problemer er utbredt og kan være underdiagnostisert. Det finnes diagnosekriterier, diagnoseverktøy og tester for seksuelle funksjonsforstyrrelser. Det kan dreie seg om problemer dersom noe hindrer et individ i å delta i seksuell aktivitet på den måten han eller hun selv ønsker. Livshendelser kan nedsette seksuell funksjonsevne i slik grad at de tilfredsstiller diagnosekriteriene for funksjonsforstyrrelser, men der personen selv likevel ikke oppfatter dette som et problem.

---

## Diskusjon av funn

---

Melnik 2007 (119) viser til at systematisk søk etter studier på psykoterapi for erektil dysfunksjon resulterte i ca 2200 artikler, men kun 11 av dem var randomiserte, kontrollerte forsøk. Den senere forskningen på erektil dysfunksjon er i hovedsak farmakologisk orientert, med en klar dreining mot medikamentell behandling fra midten av 90-tallet. I mesteparten av det 20. århundre frem til 80-tallet ble erektil dysfunksjon regnet som en psykogen tilstand, med noen tilfeller av endokrine forstyrrelser (208). Fysiologisk forståelse og diagnostikk har siden revolusjonert behandlingsmulighetene for erektil dysfunksjon og behandlingen av impotens er flyttet fra seksualterapeuter og noen få endokrinologer til allmennlegekontor (65;209). Urologene har gjort fremskritt for å behandle menn med organisk betinget erektil dysfunksjon (210). Effektstørrelsen av PDE-hemmere er meget høy: weighted mean difference for effekten av sildenafil, tadalafil og vardenafil vs placebo er hhv 7,55 (KI 6,88 til 8,22), 7,27 (KI 5,8, til 8,85) og 7,47, (KI 6,93 til 8,00) (211). Tross den gunstige virkningen av PDE-hemmere er ikke alle hjulpet av medikamentell behandling (212;213) og det påvises en tilleggseffekt av psykoterapi for menn med erektil dysfunksjon. For enkelte menn kan en lystforstyrrelse arte seg som en ereksjonssvikt. Det ser ut til at erektil dysfunksjon har blandet etiologi med ulike grader av en psykogen komponent som lar seg behandle.

Sammenlignet med ereksjonssvikt er det utført langt færre undersøkelser på orgastisk dysfunksjon og prematur ejakulasjon (214). For prematur ejakulasjon har andelen publiserte psykologiske atferdsstudier falt fra 45 % i 1980 til 15 % i 2006, mens motsatt trend sees for publikasjoner med biologiske og farmakologiske studier (fra 15 % til

30-40 % på 1990- og 2000 tallet) (215). Psykologiske, atferds- og parforholdsfaktorer kan bli forsømt når disse ikke er i fokus. Om det ble lagt mye vekt på psykologiske faktorer frem til 70-tallet, er det muligens undervurdert det seneste tiår (215).

Vi fant ikke effektstudier på behandling av smertetilstander hos *menn*: som kroniske smertesyndromer i bekkenbunn, smertefull ereksjon, smertefull ejakulasjon og dyspareuni. Kronisk bekkensmerte hos menn kan ha samme symptombilde som kronisk prostatitt (prostatodyni) (216). Vi identifiserte ikke randomiserte, kontrollerte studier på behandling av lystforstyrrelse, orgasmeforstyrrelse, forsinket ejakulasjon, anejakulasjon eller dyspareuni hos menn.

Oversiktsartikkelen over seksuelle problemer hos *kvinner* fra Szoeké 2002 (128) viser at det er sparsomt med studier på behandlingseffekt på lystproblematikk/libido, og at for denne tilstanden er det fortsatt mangler i diagnostikk, behandling og effektmål. Seksuell funksjonsevne er også påvirkbar av livsfasehendelser (feks graviditet, fødsler, menopause), og det er reist kritikk av i hvilken grad eksempelvis lystforstyrrelse er en funksjonsforstyrrelse eller en kombinasjon av flere forhold (217). Tap av seksuell interesse kan for eksempel i seg selv være et symptom på depresjon (218). I nyere studier rapporteres det hyppigere et skille mellom objektivt diagnostiserbar funksjonsforstyrrelse og subjektivt opplevd plage (distress).

Det er ikke alltid samsvar mellom hvilke forskningsstudier som er utført og publisert og hvilke problemer som er hyppigst forekommende (figur 9). Tre av fire systematiske oversikter over seksuell funksjonsforstyrrelse hos kvinner handlet om kroniske smerter i bekkenområdet og vaginisme (47;62;127), mens vi mangler oversiktsartikler på behandling av de tre vanligste seksuelle problemene hos kvinner. Prevalens i prosent hos kvinner > 40 år i følge Global Study of Attitudes and Behaviours etter DSM-IV, 29 land,  $n=27\ 500$  (219) var manglende lyst (33 %), lubrikasjonsvanskeligheter (26 %) og manglende evne til å oppnå orgasme (25 %).

I denne rapporten blir ”marital therapy” (ekteskapsrådgivning) omtalt som parterapi som retter seg mot *parforholdet* generelt (som kommunikasjon, konfliktløsning, tillit, maktkamp, holdninger). I flere studier er partner inkludert i behandlingen, men uten at det er fokus på ikke-seksuell samspillsfaktorer. Seksuelle problemer kan være årsak til andre samlivsproblemer, men andre samlivsproblemer kan også være årsak til seksuelle problemer. Vi fant ingen studier som gir belegg for at parterapi (uansett fokus) er mer effektiv enn individuell intervensjon. Én studie (Zimmer 1987) fant best effekt av en kombinasjon av generell parterapi og seksualterapi. Seksuell problematikk kommer vanligvis klarest til uttrykk i et parforhold.

Studier på behandlingseffekt for seksuelle funksjonsproblemer utelukker ofte pasienter med andre store helseproblemer. Gitt at mange sykdommer går ut over seksualfunksjon, er det påfallende få forsøk som etterprøver behandlingseffekt. I Miles 2007 (168) sin oversikt over alle kroniske sykdommer ble det kun funnet studier etter operasjoner for underlivskreft hos menn og kvinner (prostata, testikkel, eggstokk, livmor, livmorhals, bryst). Dette er et selektert utvalg sykdommer, og det er heller ikke de

vanligste former for kreft. Mange typer kreftbehandlinger fører dessuten til infertilitet, som i særlig grad rammer kvinner i reproduktiv alder, og både seksualitet og fertilitet er sentrale tema å ta opp etter kreftbehandling (220). Fordelingen av studier i Miles sin oversikt var ti studier på menn og én studie på kvinner. I vårt systematiske søk fant vi ytterligere fire studier på kvinner som ikke er nevnt i (168), blant annet fordi vi inkluderte andre språk: to av disse var på kinesisk og én nyere studie fra Hellas var på behandling for kvinner med mastektomi etter brystkreft (177).

Både for menn og for kvinner kan kortvarig sexologisk behandling bedre utfall på seksualfunksjon etter kreftoperasjon eller stråleterapi. Men vi fant en mulig negativ effekt av sexologisk rådgiving overfor unge menn som var behandlet for testikkelkreft. Det er viktig at den som skal være rådgiver er sexologisk kompetent. Likedan var det noen studier som viste negativ effekt for menn med prostatakreft, men her var resultatene ikke entydige.

Med hensyn til sexologiske intervensjoner ved hjerte- og karsykdommer viser Klein (178) at sexologisk konsultasjon ved koronar rehabiliteringsprogram lykkes i å bringe hjertepasienter tidligere tilbake til seksuell aktivitet og de hadde mer tilfredshet i det seksuelle forholdet.

Én systematisk oversikt (221) rapporterte at det ikke er funnet veldesignede studier på organisering av helsetjenester for psykiske og fysiske helseproblemer hos mennesker med intellektuell funksjonsnedsettelse, og veldig få studier på organisatoriske inngrep og mental helsebehov. Studiene som ble funnet har svakheter, og forfatterne melder om et stort behov for å undersøke dette nærmere. Manglende kompetanse og komfortabilitet med å ta opp seksuell helse og forestillingen om at seksualitet er forbeholdt såkalt friske mennesker kan ha bidratt til mangelen på forskning på dette området.

Kun én systematisk oversikt oppsummerer forskning på langvarig psykisk lidelse (schizofreni, alvorlig depresjon og bipolare lidelser). Denne hadde fokus på formidling av kunnskap om seksualitet og forebyggende seksuell helse (reduere risikoatferd), og ikke som behandling av seksualfunksjon eller dysfunksjon *per se* (93). For psykisk helse fant vi kun én studie, det var for kvinner med depresjon og samtidig seksuell funksjonsforstyrrelse. Det er mulig at personer med psykisk lidelse inngår i andre klientpopulasjoner som oppsøker hjelp for seksuelle funksjonsproblemer. Vi fant ingen studier som oppfylte inklusjonskriteriene for mennesker med problemer knyttet til usikker *kjønnsidentitet* eller usikker seksuell orientering/seksuell identitet.

På tross av at personer som har vært *utsatt for seksuelle overgrep* som barn eller voksne har høyere forekomst av seksuelle problemer fant vi bare én liten studie som hadde rapportert seksuelle utfallsmål. Det var likevel mange studier som har evaluert effekten av ulike former for terapi overfor barn eller voksne i denne gruppen, men de tilfredsstilte ikke våre inklusjonskriterier når det gjaldt intervensjon og hvilke utfall og effektmål som var med.

---

## Metodekritikk

---

### Metodiske begrensninger i inkluderte studier

De positive funnene i rapporten er basert på studier med svært små populasjoner. Det ligger i sakens natur at det er krevende å evaluere effekt av seksualterapeutiske intervensjoner i store studier med robust design. Vi har bedømt de fleste studiene til å ha moderat metodisk kvalitet. Vi har laget egne metaanalyser, men vi vil peke på at antall deltakere også totalt sett for de ulike populasjonene blir få. Det er også heterogene populasjoner, intervensjoner og utfallsmål i metaanalysene. Resultatene fra metaanalysene viser likevel en positiv "overall" effekt. Dette er vist i metaanalysene vi utarbeidet i vedlegg 12.

Vi kan ikke utelukke at studiene i denne rapporten har resultater med risiko for type -1 og type -2 feil. Type-1 feil er en konklusjon om at en behandling virker, mens dette i virkeligheten ikke er tilfellet, også kalt falskt positivt resultat. Type-2 feil er en konklusjon om at det ikke er vist at en behandling virker når den i virkeligheten virker, også kalt falskt negativt resultat. Studier med liten populasjon og liten statistisk styrke er utsatt for begge typer feil. Utfallsmål/effekt baserer seg i stor grad på selvrapportering og det er stor grad av heterogenitet i bruk av utfallsmål. Vi kjenner lite til validering av testene som er brukt til å måle utfall. Vurdering av effekt av seksualterapeutiske behandlingsmetoder er begrenset av at intervensjonen oftest ikke lar seg blinde, og at mange utfallsmål oppgis som subjektive mål. Pålitelighet og validitet på de fleste fysiologiske mål utenom ereksjon er ikke etablert. Selv der det finnes objektive mål (som intravaginal ejakulatorisk latenstid) må ofte resultatet tolkes med tilleggsspørsmål om tilfredshet. Enkelte studier oppgir subjektiv tidsangivelse i stedet for objektiv tidtaking. Pasienten rapporterer ofte seksuelle problemer i samtale med terapeut eller på skjema. Svært mange utfall er basert på subjektiv rapportering og resultatene kan derfor være preget av en målebias. Det å ha et seksuelt problem er også en subjektiv opplevelse. I tillegg ligger det i sakens natur at verken pasient eller den som gir en seksualterapeutisk intervensjon kan være blindet i denne typen forskning.

Ulike skåringssystemer gir stor heterogenitet i hvordan seksualfunksjon og seksuell dysfunksjon rapporteres i vitenskapelige studier. Noen av begrensningene i de studiene vi fant var at de i liten grad beskriver intervensjonene og måleinstrumentene som ble brukt ved utfallsmålingene. I denne kunnskapsoppsummeringen har vi også gjort et stort stykke arbeid i å finne, beskrive og referere både intervensjonene og måleinstrumentene.

Noen vil hevde at det kan diskuteres hvorvidt behandling som må oppfylle kravene til forskningsdesign er de beste kliniske studiene? God behandling krever individuell tilpasning, improvisasjon og bruk av tilfeldige faktorer som kommer frem i løpet av behandlingen, og som ofte ikke kan forutsies. Det var mange artikler med høy klinisk relevans som ble ekskludert, fordi de ikke var randomiserte eller kontrollerte

studier. Beskrivelser av behandling og kasus-studier kan ofte gi viktig informasjon om hva som er god behandling og under hvilke forhold en tilnærming kan være nyttig.

### **Begrensinger i vår rapport**

Vi har ikke inkludert medikamentell og kirurgisk behandling og tekniske hjelpemidler. Sexologi er tverrfaglig, og klinisk praksis omfatter ofte en kombinasjon av flere behandlinger. Flere av oversiktsartiklene som refereres har også tatt med farmakologisk behandling, hjelpemidler eller kirurgi. I en liste over behandling for kvinnelig seksuell funksjonsforstyrrelse er seksualterapi kun én av 23 mulige behandlingsmuligheter i oversiktsartikkelen til Szoeki (128). Vi har avgrenset inklusjonskriteriene til ikke å gjelde tilstander der beste behandling er kirurgi, medisin eller tilstander som forutsetter bruk av hjelpemidler. Kun tilstander som kan behandles med psykologiske behandlingsteknikker som samtaleterapi og ulike kognitive- og atferdsterapier i denne oversikten (se også vedlegg 3 for omtalte behandlinger), er inkludert. Andre har oppsummert effekten av medikamentell behandling for ulike seksuelle dysfunksjoner: for eksempel for prematur ejakulasjon, (222) for erektil dysfunksjon (211), behandling for postmenopausale kvinner (223), dyspareuni hos postmenopausale kvinner (224) samt for tekniske hjelpemidler for erektil dysfunksjon (225). Når det gjelder spørsmålet om behandling av personer som har opplevd seksuelle overgrep fant vi mye forskning, men kun én studie fra én oversikt rapporterte en spesifikk seksualterapeutisk intervensjon og rapportere seksuelle utfallsmål.

### **Publikasjonsskjevhet?**

Som for annen forskningslitteratur hvor det er sjeldent man leser studier som rapporterer negativ eller ingen effekt, så kan det forekomme publikasjonsskjevhet i denne rapporten. Det forskningsbaserte dokumentasjonsgrunnlaget vi har inkludert er i stor grad basert på studier med svært få deltakere og få studier med negativ effekt av seksualterapeutiske intervensjoner. Det må også bemerkes at rapporten ikke er helt oppdatert.

---

### **Overførbarhet**

---

Vi har ikke funnet norske effektstudier. Det er gjort mange seksualvaneundersøkelser som tversnittstudier i Norge. Norge har lett tilgjengelige helsetilbud for alle gjennom for eksempel fastlegeordningen og helsestasjoner (for familier og ungdom). Befolkningen i Norge har ikke mindre forekomst av seksuelle problemer enn andre populasjoner. Det drives ikke systematisk offentlig klinisk virksomhet på sexologifeltet i Norge. Dette kan være årsaken til at det heller ikke gjøres stringent forskning på behandling av seksuelle problemer.

---

## Avvik fra protokoll

---

Helsedirektoratet hadde i sin opprinnelige bestilling tre hovedspørsmål. Vi begrenset oss, i forståelse med bestiller, til ett av disse spørsmålene da vi skrev prosjektplanen. Underveis måtte vi revurdere underspørsmålene fra denne prosjektplanen samt inklusjonskriteriene relatert til noen populasjoner. Vi har utelatt alle studier som vurderer tiltak for personer som begår grenseoverskridende seksuelle handlinger (seksuelle overgripere). I forhold til tidsplanen som ble skissert i prosjektplanen så har vi ikke overholdt denne. Det skyldes blant annet at prosjektleder skiftet flere ganger underveis og at oppsummeringen var kompleks. Våre konklusjoner baserer seg på en del av tilgjengelig dokumentasjon ettersom vi fant nye studier i et oppdateringssøk i februar 2011. Referansene til disse 78 mulig aktuelle studier er listet i vedlegg 11.

---

## Implikasjoner for praksis

---

En forutsetning for behandling i en klinisk kontekst, er at det er utført diagnostikk og en grundig dokumentasjon av den seksuelle funksjonsforstyrrelsen med full forutgående diagnostisk undersøkelse. Behandler bør også ha kunnskap om pasientens øvrige helsetilstand og eventuell medisinbruk, samt ta hensyn til kultur, kontekst og aksept hos pasient.

Vi antar at det er et misforhold mellom oppgitt prevalens av seksuelle funksjonsforstyrrelse og andelen av disse som har tatt opp problemet ved konsultasjon. Laumann oppgir at blant de som oppga dysfunksjon hadde kun 10 % av menn og 20 % av kvinner oppsøkt behandling for det (226). Dette kan muligens skyldes at et flertall har en mildere grad av funksjonsforstyrrelse og/eller at de selv ikke opplever at de har et problem, eller at det ikke legges til rette for seksualanamnese i konsultasjonen. Helsepersonell spør gjerne ikke eksplisitt etter seksualfunksjon. Menn er også mindre tilbøyelige enn kvinner til å oppsøke hjelp for helseproblemer generelt.

Seksuelle problemer er for omverdenen og behandlingsapparatet et skjult problem, med relativ høy prevalens i pasientpopulasjoner og i ”normal” befolkningen. Problemene meddeles ved egenrapportering og subjektiv tilbakemelding. Hvis seksuelle funksjonsproblemer ellers ikke utvises egen oppmerksomhet, forblir de underdiagnostisert, ikke-erkjent og ubehandlet.

Problemstillingene som gjelder seksuell helse er i liten grad knyttet til det *offentlige helsetilbudet* (227) i Norge. Det finnes selvfølgelig kompetanse blant mange helseprofesjoner som jobber i det offentlige helsevesen. Likevel er tilbudet om seksualterapeutiske intervensjoner tilbudt av personer med formaliserte kompetansekrav (spesialister i klinisk sexologi eller spesialister i sexologisk rådgiving) ulikt fordelt utover landet og er i stor grad et privat helsetilbud.



---

# Konklusjon

Totalt har seksualterapeutiske intervensjoner positiv effekt for personer med seksuelle problemer. Dette er gjennomgående for et bredt spekter av populasjoner, og et bredt spekter av seksuelle problemer. Selvhjelp i form av blant annet skriftlig eller audiovisuelt materiale (biblioterapi) med mer kan være effektivt i behandling av seksuelle problemer. Resultatene må tolkes med stor forsiktighet fordi det er forsøk med små populasjoner, begrensninger i studienes kvalitet og det er stor variasjon i hva som ligger i seksualterapeutiske intervensjoner og vi kan ikke utelukke publisjonsskjevhet.

---

## Behov for videre forskning

---

Denne rapporten er basert på en del av tilgjengelig dokumentasjon, men vi har likevel avdekket en del forskningsbehov. Det er også behov for flere oppdaterte systematiske oversikter.

- Vel gjennomførte randomiserte og kontrollerte forsøk med tilstrekkelig oppfølgingstid er nødvendig for å få bedre kunnskap om effekt innen psykologisk behandling og atferdsstudier, også for å bekrefte effekter i enkeltstudier som er referert i denne oversikten.
- Det er svært lite forskning for behandlingseffekt for seksuelle minoriteter som homofile, lesbiske, mennesker som er usikre på kjønnsidentitet, m.fl.
- Det er lite forskning relatert til seksualterapeutiske intervensjoner for personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep
- Det er også forskningshull for populasjoner som har psykisk funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser og kroniske somatiske sykdommer
- Vi vet lite om innholdet i eller effekten av sammensatte seksualterapeutiske program, for eksempel om det skal arbeides med smal eller bred fokus i terapien, eller om effekter av enkeltteknikker som er i klinisk bruk, i hvilken grad kognitive faktorer spiller inn, m.m.

Forskningslitteraturen fra de siste fire tiår viser ikke hvilke terapier som er i bruk i sexologisk behandling i dag, og i hvilken form de gis. I vedlegg 2 er over 100 begrep på ulike behandlinger. Behandlinger som mangler evidens bør opplyses som utprøvede inntil effektstudier foreligger.

---

# Referanser

1. World Health Organization. Redefining sexual health Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. 2002.
2. Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe CD. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertility and Sterility* 2007;88(5):1273-84.
3. Pauls RN, Kleeman SD, Karram MM. Female sexual dysfunction: Principles of diagnosis and therapy. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2005; 60(3):196-205.
4. Montorsi F, Adaikan G, Becher E, Giuliano F, Khoury S, Lue TF, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2010;7(11):3572-88.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
6. Engel GL. Need for A New Medical Model - Challenge for Biomedicine *Science* 1977;196(4286):129-36.
7. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24(4):221-9.
8. Almås E, Benestad E, Dalen E. Undersøkelse om seksualvaner. MMI-rapport, Oslo 1997.
9. Athanasiadis L, Papaharitou S, Salpiggidis G, Tsimtsiou Z, Nakopoulou E, Kirana PS, et al. Educating physicians to treat erectile dysfunction patients: development and evaluation of a course on communication and management strategies. *J Sex Med* 2006;3(1):47-55.
10. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA* 1993;270(1):83-90.
11. Porst H, Buvat J. *Standard Practise in Sexual Medicine*. Oxford: Blackwell; 2006.

12. Vaaler S, Lovkvist H, Svendsen KO, Furuset K. [Erectile dysfunction among Norwegian men over 40 years of age]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121(1):28-32.
13. Masters WH, Johnson VE. Principles of New Sex Therapy. *American Journal of Psychiatry* 1976;133(5):548-54.
14. Sachs BD. The false organic-psychogenic distinction and related problems in the classification of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2003;15(1):72-8.
15. Lizza EF, Rosen RC. Definition and classification of erectile dysfunction: Report of the Nomenclature Committee of the International Society of Impotence Research. *Int J Impot Res* 1999;11(3):141-3.
16. Tomlinson JM, Wright D. Impact of erectile dysfunction and its subsequent treatment with sildenafil: qualitative study. *British Medical Journal* 2004;328(7447):1037-9.
17. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Sand M. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Current Medical Research and Opinion* 2004;20(5):607-17.
18. Rosen RC, Seidman SN, Menza MA, Shabsigh R, Roose SP, Tseng LJ, et al. Quality of life, mood, and sexual function: a path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms. *Int J Impot Res* 2004;16(4):334-40.
19. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown & Co.; 1970.
20. Waldinger MD, Schweitzer DH. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. *J Sex Med* 2008;5(5):1079-87.
21. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions - A critical-review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990;19(4):389-408.
22. Carson C, Gunn K. Premature ejaculation: definition and prevalence. *Int J Impot Res* 2006;18(Suppl 1):S5-S13.
23. Burazeri G, Roshi E, Tavanzhi N. Intimate partner violence in the Balkans: The example of Albania. *J Public Health (Oxf)* 2006;14(4):233-6.
24. Gregoire A. ABC of sexual health - Assessing and managing male sexual problems. *BMJ* 1999;318(7179):315-7.

25. Carson CC, Glasser DB, Laumann EO, West SL, Rosen RC. Prevalence and correlates of premature ejaculation among men aged 40 years and older: A United States nationwide population-based study. *J Urol* 2003;169(4):321-2.
26. Jannini EA, Lenzi A. Ejaculatory disorders: epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping. *World J Urol* 2005;23(2):68-75.
27. Rosen RC, Althof S. Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. 55. *J Sex Med* 2008;5(6):1296-307.
28. Lynn LA. Primary care for HIV infection. [Review] [7 refs]. *Hospital Practice (Office Edition)* 27(2A):48-53, 57-64, 1992.
29. Perelman M. Retarded ejaculation. *Curr Sex Health Rep* 2004;1(3):95-101.
30. Moreira ED, Glasser DB, King R, Duarte FG, Gingell C. Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *Sex Health* 2008;5(3):227-34.
31. Nathan SG. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther* 1986;12(4):267-81.
32. Pitts M, Ferris J, Smith A, Shelley J, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian men. *J Sex Med* 2008;5(5):1223-9.
33. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res* 2004;15:40-172.
34. Lief HI. Hypoactive Sexual Desire. *Medical Aspects of Human Sexuality* 1977;7:94-5.
35. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 1977;3(1):3-9.
36. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Urol* 2000;163(3):888-93.
37. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Arch Sex Behav* 2001;30(2):177-219.
38. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc* 2003;58(2):82-8.

39. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - Text Revision (DSM IV-TR). Washington, D.C.: American Pssychiatric Association; 2000.
40. Levine SB, Risen CB, Althof SEE. Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. 2003.
41. Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *NEJM* 2006;354(14):1497-506.
42. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States - Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537-44.
43. Ishak WW, Bokarius A, Jeffrey JK, Davis MC, Bakhta Y. Disorders of Orgasm in Women: A Literature Review of Etiology and Current Treatments. *J Sex Med* 2010;7(10):3254-68.
44. Channon LD, Ballinger SE. Some aspects of sexuality and vaginal symptoms during menopause and their relation to anxiety and depression. *Br J Med Psychol* 1986;59 ( Pt 2):173-80.
45. McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD001760.
46. Binik YM. The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia. *Arch Sex Behav* 2009;
47. Landry T, Bergeron S, Dupuis M-J, Desrochers G. The treatment of provoked vestibulodynia: A critical review. *Clin J Pain* 2008;(2):155-71.
48. Goetsch MF. Vulvar vestibulitis - Prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164(6):1609-16.
49. Weijmar Schultz WC, Gianotten WL, van der Meijden WI, van de Wiel HB, Blindeman L, Chadha S, et al. Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17(3):143-8.
50. Peckham BM, Maki DG, Patterson JJ, Hafez GR. Focal vulvitis - A characteristic syndrome and cause of dyspareunia - features, natural-history, and management. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154(4):855-64.
51. Netto R, Ribalta J, Focchi J, Focchi G. Vulvar dermatosis: review of the literature. *Femina* 2006;34(12):793-800.
52. Baggish MS, Miklos JR. Vulvar pain syndrome: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50:618-27.
53. Aikens JE, Reed BD, Gorenflo DW, Haefner HK. Depressive symptoms among women with vulvar dysesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):462-6.

54. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification vulvodinia - A historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine* 2004;49(10):772-7.
55. Mckay M. Vulvodinia. *Journal of Reproductive Medicine* 1984;29(7):471.
56. Lotery HE, McClure N, Galask RP. Vulvodinia. *Lancet* 2004;363(9414):1058-60.
57. Friedrich EG. Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Journal of Reproductive Medicine* 1987;32(2):110-4.
58. Mckay M. Subsets of Vulvodinia. *Journal of Reproductive Medicine* 1988;33(8):695-8.
59. Skene A. *Treatise on the disease of women*. New York: Appleton and Co.; 1889.
60. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87(3):321-7.
61. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(11):1149-55.
62. Stones W, Cheong Y.C., Howard F.M. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD000387.
63. Srivastava R, Thakar R, Sultan A. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv* 2008;63(8):527-37.
64. Ahlborg T, Persson LO, Hallberg LR. Assessing the quality of the dyadic relationship in first-time parents: development of a new instrument. *J Fam Nurs* 2005;11(1):19-37.
65. Svendsen K-OB. Seksualmedisin i allmennpraksis - eller allmenn sexologi i praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2008;45(6):766-70.
66. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female Sexual Function during Pregnancy and after Childbirth. *J Sex Med* 2010;7(8):2782-90.
67. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124(1):42-6.

68. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1).
69. Cohen BL, Barboglio P, Gousse A. The impact of lower urinary tract symptoms and urinary incontinence on female sexual dysfunction using a validated instrument. *J Sex Med* 2008;5(6):1418-23.
70. Botros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, et al. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):765-70.
71. Read J. ABC of sexual health: sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 1999;318(7183):587-9.
72. Barlow DH, Samsioe G, vanGeelen JM. A study of European women's experience of the problems of urogenital ageing and its management. *Maturitas* 1997;27(3):239-47.
73. Najman JM, Dunne MP, Boyle FM, Cook MD, Purdie DM. Sexual dysfunction in the Australian population. *Aust Fam Physician* 2003;32(11):951-4.
74. Aarons SJ, Jenkins RR, Raine TR, El Khorazaty MN, Woodward KM, Williams RL, et al. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students -- a randomized controlled evaluation. *J Adolesc Health* 2000 Oct; 27(4):236-47.
75. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112(5):970-8.
76. Træen B, Martinussen M, Öberg K, Kavli H. Reduced sexual desire in a random sample of Norwegian couples. *Sex Relationship Therap* 2007;22(3):303-22.
77. Kaplan HS. Injection treatment for older patients. In: Wagner G, Kaplan HS, editors. *The Injection treatment for impotence*. New York: Brunner, Mazel; 1993. p. 142.
78. Wilkins KM, Warnock JK. Sexual Dysfunction in Older Women. *Primary Psychiatry* 2009;16(3):59-65.
79. Chedraui P, Perez-Lopez FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric* 2009;12(3):213-21.
80. Thuen F, Omland T. Utroskap og psykisk helse: En undersøkelse av par som går i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2008;45(6):704-10.
81. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D'Armiento M, Giugliano D. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int J Impot Res* 2008;20(4):358-65.

82. Tomlinson J. ABC of sexual health - Taking a sexual history. *BMJ* 1998;317(7172):1573-6.
83. Bortolotti A, Parazzini F, Colli E, Landoni M. The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *Int J Androl* 1997;20(6):323-34.
84. Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: A critical review. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19(1):67-85.
85. Ananth H, Jones L, King M, Tookman A. The impact of cancer on sexual function: a controlled study. *Palliative Medicine* 2003;17(2):202-5.
86. Syrjala KL, Roth-Roemer SL, Abrams JR, Scanlan JM, Chapko MK, Visser S, et al. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in long-term survivors of marrow transplantation. *J Clin Oncol* 1998;16(9):3148-57.
87. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998;16(2):501-14.
88. Giami A. Coping with the sexuality of the disabled: a comparison of the physically disabled and the mentally retarded. *Int J Rehabil Res* 1987;10(1):41-8.
89. Wise TN, Osborne C, Strand J, Fagan PJ, Schmidt CW, Jr. Alexithymia in patients attending a sexual disorders clinic. *J Sex Marital Ther* 2002;28(5):445-50.
90. Fagan PJ, Schmidt CW, Jr., Wise TN, Derogatis LR. Sexual dysfunction and dual psychiatric diagnoses. *Compr Psychiatry* 1988;29(3):278-84.
91. Kendurkar A, Kaur B. Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10(4):299-305.
92. Anticevic V, Britvic D. Sexual functioning in war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J* 2008;49(4):499-505.
93. Higgins A, Barker P, Begley CM. Sexual health education for people with mental health problems: what can we learn from the literature? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(6):687-97.
94. Kvam MH. Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. *Child Abuse Negl* 2000;24(8):1073-84.



95. Normann TM, Gulløy E. Seksuell identitet og levekår. Evaluering av levekårsrelevans og datafangst. In: Rapporter 13/201. Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2010.
96. Regjeringens Handlingsplan for: Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-12. Barne- og likestillingsdepartementet; 2009. (Q-1147B.)
97. Landen M, Walinder J, Lundstrom B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(4):221-3.
98. Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.
99. Statens Folkhälsoinstitut. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsupdrag att undersöka och analysera hälsosituationen blant hbt-personer. In: Statens Folkhälsoinstitut; 2005. (Rapport nr A, 2005/19).
100. Cochran SD, Sullivan JG, Mays VM. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(1):53-61.
101. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med* 2005;28(5):430-8.
102. Tambs K. *Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn*. Oslo: 1994.
103. White P, Bradley C, Ferriter M, Hatzipetrou L. Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD000251.
104. Borgen G, Dyb G, Haftstad G, Jensen T, Langballe Å, Myhre M, et al. *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge- kunnskapsstatus*. Revidert 2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2011.
105. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health* 2001;91(5):753-60.
106. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry* 1994;165(2):35-47.
107. Loeb TB, Williams JK, Carmona JV, Rivkin I, Wyatt GE, Chin D, et al. Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annu Rev Sex Res* 2002;13:307-45.

108. Lombardo S, Pohl R. Sexual abuse history of women treated in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatr Serv* 1997;48(4):534-6.
109. Makhija N, Sher L. Childhood abuse, adult alcohol use disorders and suicidal behaviour. *QJM* 2007;100(5):305-9.
110. Pearson QM. Treatment Techniques for Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Counseling and Development* 1994;73(1):32-7.
111. Brenner MH, Curbow B, Legro MW. The Proximal-Distal Continuum of Multiple Health Outcome Measures - the Case of Cataract-Surgery. *Medical Care* 1995;33(4):AS236-AS244.
112. Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction: Are we stuck on the learning curve? *J Sex Med* 2006;3(4):639-45.
113. Günzler C, Kristin L, Berner MM. Nosological and health care related perspectives of sexual dysfunction. In: Carroll JM, Alena MK, editors. *Psychological Sexual Dysfunctions*. Nova Science Publishers, Inc.; 2008. p. 187-207.
114. Sadovsky R. The role of the primary care clinician in the management of erectile dysfunction. *Rev Urol* 2002;4(Suppl 3):S54-S63.
115. Annon JS. Sexual dysfunction - A behavioral approach to causation, assessment, and treatment. *Contemp Psychol* 1980;25(11):919-20.
116. Kaplan HS. *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Brunner/Hazel publications; 1979.
117. Heiman J, LoPiccolo L, LoPiccolo J. *Becoming orgasmic: A sexual growth program for women*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1976.
118. Almås E, Landmark BF. Traitements non pharmacologiques des problèmes sexuels - Revue de la littérature de recherche (1970-2008) . *Sexologies* 2010;19(4):243-9.
119. Melnik T, Soares BG, Nasselo AG. Psychosocial interventions for erectile dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD004825.
120. Banner LL, Anderson RU. Integrated sildenafil and cognitive-behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: A pilot study. *J Sex Med* 2007;(4ii):1117-25.
121. de Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2):97-114.
122. Stravynski A, Gaudette G, Lesage A, Arbel N, Petit P, Clerc D, et al. The treatment of sexually dysfunctional men without partners: a controlled study of three behavioural group approaches. *Br J Psychiatry* 1997;170:338-44.

123. Melnik T, Abdo CHN. Psychogenic erectile dysfunction: Comparative study of three therapeutic approaches. *J Sex Marital Ther* 2005;31(3):243-55.
124. Melnik T, Soares BG, Nasello AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *J Sex Med* 2008;5(11):2562-74.
125. Banner LL. The effects of collaborative care in the treatment of erectile dysfunction (ED): An integrative treatment protocol (ITP). The Fielding Institute; 2000.
126. Lobitz WC, Baker EL, Jr. Group treatment of single males with erectile dysfunction. *Arch Sex Behav* 1979;8(2):127-38.
127. McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001760.
128. Szoek C, Dennerstein L. Therapy of female sexual dysfunction. *Zentralblatt fur Gynakologie* 2002;124(2):84-95.
129. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relationship Therap* 2001;16(2):145-64.
130. Ravart M, Trudel G, Marchand A, Turgeon L. The efficacy of a cognitive behavioural treatment model for hypoactive sexual desire disorder: An outcome study. *Can J Hum Sex* 1996;5(4):279-93.
131. MacPhee DC, Johnson SM, Van der Veer MM. Low sexual desire in women: the effects of marital therapy. *J Sex Marital Ther* 1995;21(3):159-82.
132. Dow MG, Gallagher J. A controlled study of combined hormonal and psychological treatment for sexual unresponsiveness in women. *Br J Clin Psychol* 1989;28(3):201-12.
133. Schover LR, LoPiccolo J. Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. *J Sex Marital Ther* 1982;8(3):179-97.
134. Everaerd W, Dekker J. Treatment of secondary orgasmic dysfunction: A comparison of systematic desensitization and sex therapy. *Behav Res Ther* 1982;20(3):269-74.
135. van Lankveld JJ. Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(4):702-8.
136. Whitehead A, Mathews A, Ramage M. The treatment of sexually unresponsive women: a comparative evaluation. *Behav Res Ther* 1987;25(3):195-205.

137. Stravynski A, Gaudette G, Arbel N, Bounader J, Lachance L, Clerc D, et al. The treatment of sexually dysfunctional women without partners: A controlled study of three behavioural group approaches. *Clin Psychol Psychother* 2007;14(3):211-20.
138. Riley AJ, Riley EJ. A controlled study to evaluate directed masturbation in the management of primary orgasmic failure in women. *Br J Psychiatry* 1978;133:404-9.
139. Henrich AG. The effect of group and self-directed behavioural educational treatment of primary orgasmic dysfunction in females treated without their partners. *Diss Abstr Int: B* 1976;37:1902.
140. McMullen S, Rosen RC. Self-administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *J Consult Clin Psychol* 1979;47(5):912-8.
141. Munjack D, Cristol A, Goldstein A, Phillips D, Goldberg A, Whipple K, et al. Behavioral treatment of orgasmic dysfunction - Controlled study. *Br J Psychiatry* 1976;129(Nov):497-502.
142. Andersen BL. A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. *J Consult Clin Psychol* 1981;49(4):568-70.
143. Milan RJ, Jr., Kilmann PR, Boland JP. Treatment outcome of secondary orgasmic dysfunction: a two- to six-year follow-up. *Arch Sex Behav* 1988;17(6):463-80.
144. Fichten CS, Libman E, Brender W. Methodological issues in the study of sex therapy: effective components in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther* 1983;9(3):191-202.
145. Kilmann PR, Mills KH, Caid C, Davidson E. Treatment of secondary orgasmic dysfunction: An outcome study. *Arch Sex Behav* 1986;15(3):211-29.
146. Kilmann PR, Milan RJ, Jr., Boland JP, Mills KH, Caid C, Davidson E, et al. The treatment of secondary orgasmic dysfunction II. *J Sex Marital Ther* 1987;13(2):93-105.
147. Heiman JR, LoPiccolo J. Clinical outcome of sex therapy - Effects of daily v weekly treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(4):443-9.
148. Mathews A, Whitehead A, Kellett J. Psychological and hormonal factors in the treatment of female sexual dysfunction. *Psychol Med* 1983;13(1):83-92.
149. Clement U, Schmidt G. The outcome of couple therapy for sexual dysfunctions using three different formats. *J Sex Marital Ther* 1983;9(1):67-78.

150. Zukerman Z, Roslik Y, Orvieto R. [Treatment of vaginismus with the Paula Garburg sphincter muscle exercises]. [Hebrew]. *Harefuah* 2005;144(4):246-8, 303.
151. van Lankveld JJ, Ter Kuile MM, De Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(1):168-78.
152. McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD001760.
153. Bergeron S, Khalife S, Glazer HI, Binik YM. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):159-66.
154. Schnyder U, Schnyder-Luthi C, Ballinari P, Blaser A. Therapy for vaginismus: in vivo versus in vitro desensitization. *Can J Psychiatry* 1998;43(9):941-4.
155. Garburg P. The secret of the ring muscles. Healing yourself through sphincter exercise. New York: Avery Publishing Group; 1997.
156. Norman SA, Lumley MA, Dooley JA, Diamond MP. For whom does it work? Moderators of the effects of written emotional disclosure in a randomized trial among women with chronic pelvic pain. *Psychosom Med* 2004;66(2):174-83.
157. Peters AAW, Vandorst E, Jellis B, Vanzuuren E, Hermans J, Trimbos JB. A randomized clinical-trial to compare 2 different approaches in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1991;77(5):740-4.
158. Onwude JL, Thornton JG, Morley S, Lilleyman J, Currie I, Liford RJ. A randomised trial of photographic reinforcement during postoperative counselling after diagnostic laparoscopy for pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;112(1):89-94.
159. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 2001;91(3):297-306.
160. Danielsson I, Torstensson T, Brodda-Jansen G, Bohm-Starke N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(11):1360-7.
161. Woodruff JD, Genadry R, Poliakoff S. Treatment of dyspareunia and vaginal outlet distortions by perineoplasty. *Obstet Gynecol* 1981;57(6):750-4.

162. Baucom DH, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(1):53-88.
163. Hartman LM. Effects of sex and marital therapy on sexual interaction and marital happiness. *J Sex Marital Ther* 1983;9(2):137-51.
164. Zimmer D. Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *J Sex Marital Ther* 1987;13(3):193-209.
165. Kermeen P. Improving postpartum marital relationships. *Psychol Rep* 1995;76(3, pt. 1):831-4.
166. Hartman LM. Relationship factors and sexual dysfunction: Implications for assessment and treatment. *Can J Psychiatry* 1980;25(7):560-3.
167. Zimmer D. Interaction patterns and communication skills in sexually distressed, maritally distressed, and normal couples: two experimental studies. *J Sex Marital Ther* 1983;9(4):251-65.
168. Miles CL, Candy B, Jones L, Williams R, Tookman A, King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD005540.
169. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychol* 2003;22(5):443-52.
170. Giesler RB, Given B, Given CW, Rawl S, Monahan P, Burns D, et al. Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma: a randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention. *Cancer* 2005;104(4):752-62.
171. McCorkle R, Siefert ML, Dowd MF, Robinson JP, Pickett M. Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. *Urol Nurs* 2007;27(1):65-77.
172. Molton IR, Siegel SD, Penedo FJ, Dahn JR, Kinsinger D, Traeger LN, et al. Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: The role of interpersonal sensitivity. *J Psychosom Res* 2008;64(5):527-36.
173. Moynihan C, Bliss JM, Davidson J, Burchell L, Horwich A. Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *BMJ* 1998;316(7129):429-35.
174. Du B, Cui W-J, Du R-J. Cognitive and behavior therapy for improving living status of women with malignant gynecologic tumors. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005;6(6):12-3.

175. Wu W, Lin S, Wu G-J, Li L. Influence of perioperative supportive psychotherapy on the postoperative mental state and sexual life in patients with uterine cervix cancer. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005;9(16):42-3.
176. Jeffries SA, Robinson JW, Craighead PS, Keats MR. An effective group psychoeducational intervention for improving compliance with vaginal dilation: a randomized controlled trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;65(2):404-11.
177. Kalaitzi C, Papadopoulos VP, Michas K, Vlasis K, Skandalakis P, Filippou D. Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *J Surg Oncol* 2007;96(3):235-40.
178. Klein R, Bar-on E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(5):672-8.
179. Jung HG, Hwa JS, Hyun JS. Evaluation of sexual function and the effect of sexual rehabilitation education in spinal cord injured male patients. [Korean]. *Korean J Urol* 2005;46(10):1009-14.
180. Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer* 2005;104(12):2689-700.
181. Titta M, Tavolini IM, Moro FD, Cisternino A, Bassi P. Sexual counseling improved erectile rehabilitation after non-nerve-sparing radical retropubic prostatectomy or cystectomy-results of a randomized prospective study. *J Sex Med* 2006;3(2):267-73.
182. Weber BA, Roberts BL, Resnick M, Deimling G, Zauszniewski JA, Musil C, et al. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psychooncology* 2004;13(1):47-60.
183. Schag CAC, Heinrich RL, Aadland RL, Ganz PA. Assessing problems of cancer-patients - Psychometric properties of the Cancer Inventory of Problem Situations. *Health Psychol* 1990;9(1):83-102.
184. Schag CAC, Ganz PA, Heinrich RL. Cancer Rehabilitation Evaluation System - Short form (Cares-Sf) - A cancer specific rehabilitation and quality-of-life instrument. *Cancer* 1991;68(6):1406-13.
185. Antoni MH, Baggett L, Ironson G, LaPerriere A, August S, Klimas N, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(6):906-15.

186. Litwin MS, Nied RJ, Dhanani N. Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. *J Gen Int Med* 1998;13(3):159-66.
187. Rieker PP, Fitzgerald EM, Kalish LA, Richie JP, Lederman GS, Edbril SD, et al. Psychosocial factors, curative therapies, and behavioral outcomes - A comparison of testis cancer survivors and a control-group of healthy-men. *Cancer* 1989;64(11):2399-407.
188. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause* 2000;7(5):350-63.
189. Olson DH, Fournier DG, Druckman JM. PREPARE, PREPARE-MC and ENRICH inventories. 2nd. ed. Minneapolis: PREPARE/ENRICH, Inc.; 1986.
190. Robinson S. Effects of a sex education program on intellectually handicapped adults. *Aust N Z J Dev Disabil* 1984;10(1):-26.
191. Butler SF, Fontenelle SF. Cognitive-behavioral group therapy: Application with adolescents who are cognitively impaired and sexually act out. *J Spec Group Work* 1995;20(2):-127.
192. Valenti-Hein DC, Yarnold PR, Mueser KT. Evaluation of the dating skills program for improving heterosocial interactions in people with mental retardation. *Behav Modif* 1994;18(1):32-46.
193. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* 1932;140:1-55.
194. Barlow DH, Abel GG, Blanchard EB, Bristow AR, Young LD. A heterosocial skills behavior checklist for males. *Behavior Therap* 1977;8:229-39.
195. Manzo C, Carvajal A, Olea CP. Implementation of a sexual therapy program in a group of women with mild or moderate depression and anxiety symptoms in comorbidity with a sexual dysfunction. [Spanish]. *Terapia Psicologica* 2006;24(2):161-8.
196. Kalichman SC, Sikkema KJ, Kelly JA, Bulto M. Use of a brief behavioral skills intervention to prevent HIV infection among chronic mentally ill adults. *Psychiatr Serv* 1995;46(3):275-80.
197. Otto-Salaj LL, Kelly JA, Stevenson LY, Hoffmann R, Kalichman SC. Outcomes of a randomized small-group HIV prevention intervention trial for people with serious mental illness. *Community Ment Health J* 2001;37(2):123-44.
198. Carey MP, Carey KB, Maisto SA, Gordon CM, Schroder KEE, Venable PA. Reducing HIV-Risk Behavior among Adults Receiving Outpatient Psychiatric Treatment: Results from a Randomized Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(2):252-68.



199. Weinhardt LS, Carey MP, Carey KB, Verdecias RN. Increasing assertiveness skills to reduce HIV risk among women living with a severe and persistent mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(4):680-4.
200. Kelly JA. HIV risk reduction interventions for persons with severe mental illness. *Clin Psychol Rev* 1997;73(3):293-309.
201. LoPiccolo J, LoPiccolo L. *Handbook of sex therapy*. New York: Plenums Press; 1978.
202. Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
203. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000;26(1):25-40.
204. Chard KM. A meta-analysis of posttraumatic stress disorder treatment outcome studies of sexually victimized women. Doctoral dissertation. Bloomington: Indiana University; 1995.
205. Marrs RW. A meta-analysis of bibliotherapy studies. *Am J Community Psychol* 1995;23(6):843-70.
206. Heiman JLPL, Lo Piccolo J. *Becoming Orgasmic: A sexual growth program for women*. New Jersey: Prentice Hall; 1976.
207. Zeiss RA, Zeiss AM. *Prolong your pleasure*. New York: Pocket Books; 1978.
208. Feil MG, Richter-Appelt H. Control beliefs and anxiety in heterosexual men with erectile disorder: An empirical study. [German]. *Z Sex Forsch* 2002;15(1):-20.
209. Svendsen KO, Schultz A. [Sexual dysfunction in men]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008;128(4):448-52.
210. Tønseth KA, Schultz A, Talseth T, Hedlund H. Behandling av ereksjonssvikt med penisimplantat [Treatment of erectile dysfunction with penile implants]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125(13):1825-7.
211. Bekkering GE, Abou-Setta AM, Kleijnen J. The application of quantitative methods for identifying and exploring the presence of bias in systematic reviews: PDE-5 inhibitors for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2008;20(3):264-77.
212. Rosen RC. Psychogenic erectile dysfunction - Classification and management. *Urol Clin North Am* 2001;28(2):269-78.
213. Althof SE. When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *Int J Impot Res* 2002;14(Suppl 1):S99-S103.

214. Levin RJ. The mechanisms of human ejaculation- a critical analysis. *Sex Rel Ther* 2005;20:123-31.
215. Rowland D, Burek M. Trends in research on premature ejaculation over the past 25 years. *J Sex Med* 2007;4(5):1454-61.
216. Aubin S, Berger RE, Heiman JR, Ciol MA. The association between sexual function, pain, and psychological adaptation of men diagnosed with chronic pelvic pain syndrome type III. *J Sex Med* 2008;5(3):657-67.
217. Moynihan R. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal* 2005;330(7484):192-4.
218. Cyranowski JM, Frank E, Cherry C, Houck P, Kupfer DJ. Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *J Psychiatr Res* 2004;38(3):267-73.
219. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 2004;64(5):991-7.
220. Fossa SD, Dahl AA. Fertility and sexuality in young cancer survivors who have adult-onset malignancies. *Hematol Oncol Clin North Am* 2008;22(2):291-303, vii.
221. Balogh R, Ouellette-Kuntz H, Bourne L, Lunskey Y, Colantonio A. Organising health care services for persons with an intellectual disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD007492.
222. Richardson D, Green J, Ritcheson A, Goldmeier D, Harris JRW. A review of controlled trials in the pharmacological treatment of premature ejaculation. *International Journal of STD & AIDS Vol 16(10)*(pp 651-658), 2005 2005;(10):651-8.
223. Modelska K, Milian ML. Treatment of female sexual dysfunction in postmenopausal women - What is the evidence? *Reviews in Gynaecological Practice Vol 4(2)*(pp 121-131), 2004 2004;(2):121-31.
224. Kao A, Binik YM, Kapuscinski A, Khalife S. Dyspareunia in postmenopausal women: a critical review. *Pain Res Manag* 2008;13(3):243-54.
225. Levine LA. External devices for treatment of erectile dysfunction. *Endocrine* 2004;23(2-3):157-60.
226. Laumann EO, Rosen. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(13):1174.
227. Sørensen D. Den norske seksualfolkehelse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2010;7(4):366-9.

228. Platon (427-347 f.Kr.). Drikkegildet i Aten. Symposion. 400.
229. Evang K. Seksuell Opplysning. Oslo: 1932.
230. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Saunders; 1948.
231. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human female. Philadelphia: W.B. Saunders; 1953.
232. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little Brown & Co.; 1966.
233. Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. Report of a WHO meeting. Geneva: World Health Organization; 1975. (Technical Report Series No. 572.)
234. Whipple B. Women's sexual pleasure and satisfaction. A new view of female sexual function. In: *The Female Patient*. 2002. p. 38-44.
235. Basson R. Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2001;27:395-403.
236. Stayton WR. A theology of sexual pleasure. *American Baptist Quarterly* 1989;8(2):94-108.
237. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal* 2005;172(10):1327-33.
238. Tiefer L, Hall M, Tavis C. Beyond dysfunction: A new view of women's sexual problems. *J Sex Marital Ther* 2002;28:225-32.
239. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, Clayton A, Cuzin B, Derogatis L, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med* 2004;1(1):49-56.
240. Butters JW, Cash TF. Cognitive behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(6):-897.
241. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 1999;11(6):319-26.
242. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49(6):822-30.

---

# Vedlegg

---

## Vedlegg 1 Sexologi

---

Ordet sex kan gi assosiasjoner som går i retning av både filosofi og forplantning. Ordstammen *sexus*, latin for kjønn, kjønnsliv eller seksualitet, antas å være avledet fra ordet *secare*, som betyr skille, skjære eller dele i to (seksjonere), i overensstemmelse med greske myter som betrakter mann og kvinne som to halvdelar som søker gjenforening slik det beskrives av Platon i Aristofanes tale om kjærlighet i "Drikkegildet i Aten" (228). Kort sagt betyr sexologi læren om kjønnnet/kjønnslivet.

Klinisk sexologi er den delen av sexologi som handler om å kunne forstå, veilede, hjelpe og behandle mennesker med seksuelle problem og funksjonshinder. Sexologi som vitenskap og som terapi har utviklet seg som en egen profesjon siden slutten av 1800-tallet. Tyngdepunktene for sexologiske fagmiljøer var dengang i Europa – med pionérer i Berlin, Amsterdam og København. Da nazistene kom til makten i Tyskland medførte dette forfølgelse av sexologer. I 1933 ble biblioteket til seksualforskningsinstituttet i Berlin brent og sexologene (mange var tyske jøder) flyktet fra Tyskland. Dette betydde et stort tilbakeslag for sexologien i Europa, og det tok mange år før fagmiljøene kom på fote igjen.

I Norge startet senere helsedirektør Karl Evang (1902-81) et felttog for seksualopplysning på 1930-tallet. I 1932 utga han Populært Tidsskrift for Seksuell Oplysning (229). Her gikk han til kamp mot den "store uvitenhet om kjønnslivet" og begrunnet det med at kunnskapsmangelen førte til dårlig seksualliv, kjønns sykdommer og skyldfølelse. Tidsskriftets første nummer ble utgitt i hele 120 000 eksemplarer.

Sexologien har etter krigen hatt størst utbredelse og utvikling i USA. Alfred C. Kinsey (1894-1956) blir regnet som en grunnlegger av systematiske, vitenskapelige studier på menneskelig seksualitet med utgivelsene av *Sexual Behavior in the Human Male* i 1948 (230) og *Sexual Behavior in the Human Female* i 1953 (231). Kinsey kartla seksualitet og seksuell atferd ved omfattende intervjuer (opptil 521 spørsmål) på over ti tusen menn og kvinner ( $n=5300$  og  $5940$ ), og rapportene fikk en enorm betydning for avmystifisering og avtabuisering av seksuell atferd. Kinsey-rapportene viste blant annet at masturbasjon er en normal aktivitet blant menn og kvinner, viste utbredelsen av homoseksualitet (og grader av homoseksualitet, som kan endres gjennom livet), og at en rekke seksuelle praksiser i og utenfor ekteskap er vanligere enn man tidligere hadde trodd. Rapportene tilbød kunnskap som skapte grunnlag for en seksualpolitikk basert på fakta, ikke på religiøse eller andre tabuer.

Det amerikanske paret, psykologen Virginia Johnson og legen William Masters (1915-2001) er de første som systematisk utførte direkte observasjon av human seksuell respons i laboratorie og beskrev de fysiologiske kjennetegnene på seksuell respons. De publiserte i 1966 boken *Human Sexual Response* (232), etter å ha observert mer enn ti tusen "fullstendige seksuelle responssykluser" på  $n=382$  kvinner og  $n=312$  menn. De beskrev refraktærperiode hos mannen etter ejakulasjon, kvinnens fysiologiske respons, at noen er multiorgasmiske, m.m. Masters and Johnsons viste blant annet at mennesker er født seksuelle, har seksuell respons hele livet, at seksualliv ikke forsvinner ved alderdom og beskrev normale aldersforandringer ved seksuell respons. Masters & Johnson sine studier satte begreper på seksuell respons og formidlet seksualitet som en sunn og naturlig aktivitet. Studiene sammenfalt med den seksuelle revolusjon. Fire år senere, i 1970, kom boken *Human Sexual Inadequacy* om seksuelle dysfunksjoner og der de beskrev sine behandlingsmetoder for første gang (19). Deres terapi har hatt stor innflytelse på behandling av og studier på seksuelle problemer.

I 1974 innkalte WHO til ekspertkonferansen Education and Treatment in Human Sexuality, der det ble konkludert at det er viktig at man i alle land utdanner sexologisk kompetent helsepersonell (233). Det tok lang tid før denne utfordringen ble fulgt opp. World Association for Sexology (WAS) ble dannet i Roma i 1978, Nordisk Forening for Klinisk Sexologi (NFKS) ble dannet i 1979 og Norsk Forening for Klinisk Sexologi ble etablert på et møte på Rikshospitalet i 1982. I Norge kom det første utdanningstilbudet i sexologisk rådgivning i 2001 på Høgskolen i Agder, nå Universitetet i Agder (UiA). International Society for Sexual Medicine ble dannet i 1982, en europeisk gren ble opprettet i 1994 (European Society for Impotence Research, som siden 2004 heter European Society for Sexual Medicine). I 2005 ble det grunnlagt et Scandinavian Society for Sexual Medicine med medlemmer fra Norge, Sverige og Danmark. Basert på erkjennelsen av at seksualitet spiller en viktig rolle for menneskelig helse, og at en praktisk tilnærming til disse problemene er av stor betydning, ikke minst i den tredje verden, skiftet World Association for Sexology i 2005 navn til World Association for Sexual Health, og bruker betegnelsen seksuell helse.

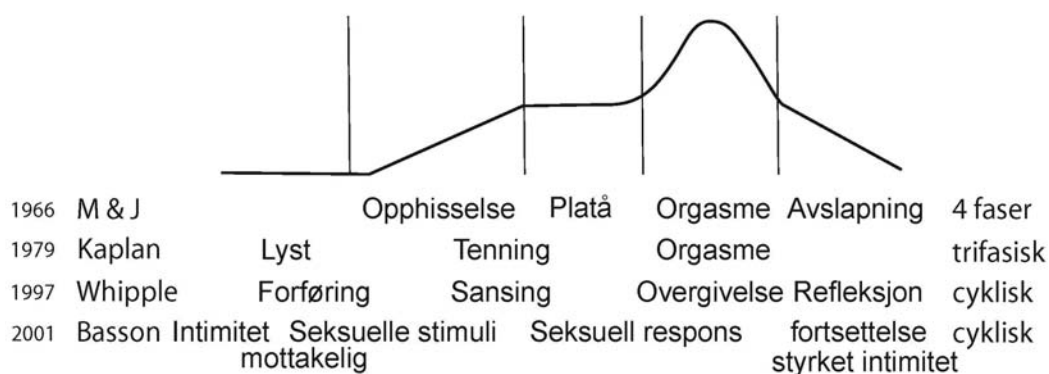
Sexolog er ikke en beskyttet tittel. En av foregangspersonene for fremme av seksuell helse i Norge, Berthold Grünfeld, definerte "sexolog" som en tittel man fikk av journalister dersom man arbeidet med seksuelle problemstillinger. For å kvalitetssikre sexologisk kompetanse har Nordic Association for Clinical Sexology (NACS), med økonomisk støtte av Nordisk Råd, utviklet og etablert en autorisasjonsordning for bruk av titlene: Spesialist i klinisk sexologi NACS og Spesialist i sexologisk rådgiving NACS. I hvert av de nordiske landene, er det den nasjonale foreningen (her: Norsk Forening for Klinisk Sexologi) som behandler autorisasjonssøknaden før den legges fram for NACS. Sexologi er en tverrfaglig disiplin, som omfatter behandling basert på kunnskap om samspill mellom medisinske, psykologiske og sosiale faktorer. I tillegg til den kliniske tilnærmingen, utvikles et felt som går under navnet "Sexual

Health Promotion”, dette baserer seg på pedagogiske og samfunnsvitenskapelige tilnærminger og omfatter utvikling av programmer, for eksempel forebygging av hiv og AIDS, men også for å forebygge uønskede svangerskap, seksuelt overførbare infeksjoner, overgrep, seksuelt slaveri (trafficking), og for videre utvikling av seksuelle rettigheter.

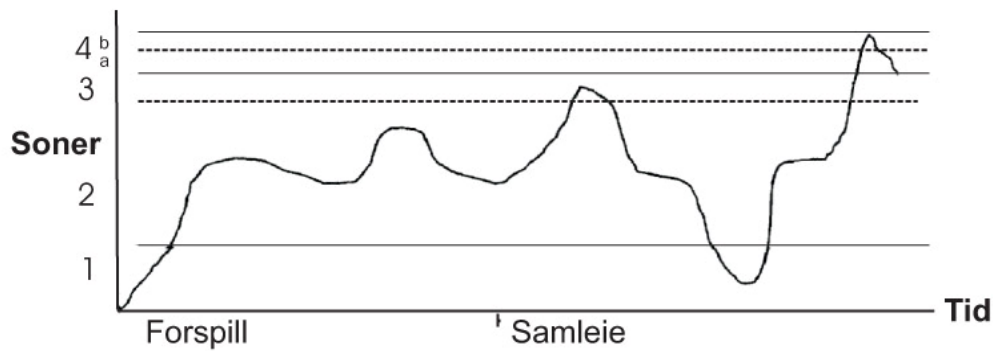
Sexologiske rådgivere og spesialister i sexologisk rådgivning NACS arbeider på ulike felt. Noen arbeider med personer med psykisk utviklingshemming og det er dannet et eget nettverk for sexologi på dette feltet. Høgskolen i Akershus har videreutdanningstilbud innen ”funksjonshemmede og seksualitet”. Det er også sexologiske rådgivere innen kreftsykepleie, generell sykepleie, arbeid med funksjonshemmede, i psykiatri, på barne- og ungdoms psykiatrisk poliklinikk og ved familierådgivningskontor. Sexologer arbeider med utgangspunkt i sine grunnprofesjoner som leger, psykologer, jordmødre, sykepleiere, fysioterapeuter, sosionomer, pedagoger, barnevernspedagoger, vernepleiere, helsesøstre, psykoterapeuter, m.m.

## Seksualfunksjon

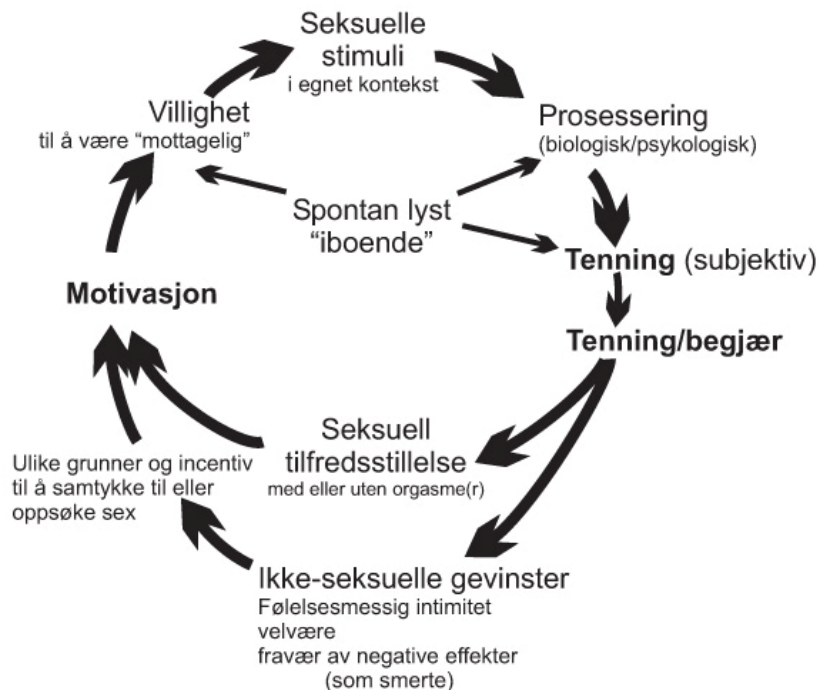
Seksuell respons oppleves ulikt fra individ til individ, og kan variere fra situasjon til situasjon hos det enkelte individ. Frem til Masters & Johnson sin studie i 1966 (232) ble det antatt at menn og kvinners seksuelle respons var vesentlig forskjellige. Masters & Johnson fokuserte på likhetene mellom kjønnene og beskrev en felles modell for seksuell respons med fire faser: opphisselse-, platå-, orgasme- og avslapningsfase (”resolusjon” – å gjeninnhente seg (refraktærperiode)). Helen Kaplan la til en lystfase i forkant (116).



**Figur A** Masters & Johnson (M&J) (232) beskrev seksuell respons med fire faser: opphisselse-, platå-, orgasme- og avslapningsfase, og brukte samme modell for menn og kvinner. Kaplan har en trifasisk modell med lyst i forkant, og Whipple laget en cyklisk modell med begrep fra Reeds Erotic Stimulus Pathway der tilfredshet (refleksjon) kan fortsette og seksuelle følelser kan lokkes frem på nytt (forførelse) (234). Basson har utviklet sin modell i flere trinn (235).



**Figur B:** *Seksuell respons - et eksempel på mannlig seksuell responskurve fra de Carufel (121) Sone 1) ereksjon tilstede/avtagende 2) seksuell opphisselse/modulasjonskurve 3) imminert ejakulasjons sone 4) ejakulasjonssone (sædutløsning). Sædutløsning, ejakulasjon, har to faser: 4a) emisjonsrefleks og 4b) sædavgangsrefleks.*



**Figur C:** *Kvinnelig seksuell responsyklus etter Basson (revidert 2005) som viser stimulerbar seksuell lyst (tenning/begjær) og iboende spontan lyst ("hunger").*

*I første trinn er det seksuell nøytralitet, men med positiv motivasjon. Ulike faktorer bidrar til at kvinnen er villig til å finne og bevisst fokusere på seksuelle stimuli. Det kan være delvis ikke-seksuelle stimuli som å søke nærhet, ømhet, bekreftelse. Disse bearbeides i hjernen under innflytelse av psykologiske og biologiske faktorer og resulterer i en tilstand med subjektiv tenning. Fortsatt stimulering fører til økt spenning og gir mer intense følelser. Seksuell lyst, begjær som ikke var der initialt, er nå tilstede og den er responsiv. Seksuell tilfredsstillelse, med eller uten orgasme, kommer om stimuleringen har tilstrekkelig varighet, kvinnen kan holde fokus, den seksuelle tenningen kan nytes og det ikke er negative utfall (som smerte).*

I Rosemary Bassons sykliske modell på kvinnelig seksuell respons (figur C) (237) er det tatt hensyn til psykososiale faktorer som selvbilde, elementer i parforholdet og tidligere negative opplevelser (235). Her inkluderes både den fysiske tilfredsstillelsen og den følelsesmessige evalueringen av opplevelsen. Modellene på seksuell respons er i utvikling i samspill med den diagnostiske inndelingen av seksuelle problemer. Leonore Tiefer med flere etterlyser om det er tatt tilstrekkelig hensyn til hvordan relasjoner, parforhold og sosial kontekst bidrar til seksuelle problemer ved nåværende klassifisering av seksualfunksjon (238).



---

## Vedlegg 2 Begrepsforklaringer

---

<b>Algometer</b>	Apparat som måler smerteterskel ved ulike trykk. Et <i>vaginal algometer</i> måler trykk-smerte på skjedeveggen (1) For normerte verdier for sensitivitet i genitalia hos kvinner se (2;3)
<b>Algopareuni</b>	Fysisk eller psykisk smerte under samleie ( <i>cohabitation pain</i> )
<b>Algorgasmia</b>	Mannlig smertefull orgasme
<b>Anal manometri</b>	Måling av trykk i analsfinkter (ringmuskelen i endetarmen), brukt ved vurdering av bekkenbunnsmuskulatur og inkontinens. Testen utføres ved en ballong og evaluerer indre trykk i lukkemuskelen, der hviletrykk oppgis i cm H <sub>2</sub> O
<b>Anal refleks</b>	En <i>nevrologisk</i> test der stryk eller skraping av huden ved siden av analåpning medfører en kontraksjon i analsfinkter (S4-S5).
<b>Androgyny</b>	(gr <i>andros</i> – mannlig og <i>gyne</i> kvinnelig) maskuline og feminine karakteristika er blandet uten at atferd, klær eller utseende er entydige (en transvestitt er entydig).
<b>Anhedoni, seksuell</b>	Manglende seksuell lyst, gledesløshet (ICD-10 52.1)
<b>Anorgasmi</b>	Seksuell dysfunksjon der en person ikke kan oppnå orgasme, selv ved tilstrekkelig stimulering. Opptrer hyppigere hos kvinner
<b>Apareuni</b>	Manglende evne til å gjennomføre coitus (samleie) på grunn av fysisk eller psykologisk seksuell dysfunksjon
<b>Bartholinis kjertel</b>	To kjertler i vestibulum like nedenfor og ved siden av skjedeåpning, homolog til <i>Cowpers kjertel</i> hos menn. De avgir noe sekret ved seksuell stimulering, men M&J viste at <i>lubrikasjon</i> utsondres i hovedsak gjennom skjedeveggen. Først påvist av den danske anatomen Caspar Bartholi, dy (1655-1738) (4).
<b>Bulbo-anal refleks</b>	Refleksen (S3-S4) utløses ved lett mekanisk trykk mot glans penis eller clitoris ( <i>klitro-anal refleks</i> ) og fører til kontraksjon i analsfinkter.
<b>Bulbokavernøs refleks</b>	En spinalnervetest. Refleksen (S2-S4) utløses ved lett mekanisk trykk mot glans penis eller clitoris og en observerer reflektorisk kontraksjon i bulbocavernosus muskelen mellom scrotum (hos menn) og analsfinkter (5). Refleks kan også utløses ved drag i inneliggende Foley-kateter eller ved elektrofysiologiske studier. Refleks kalles også bulbospongiosus refleks, og bortfaller ved ryggmargsskade, nerveskade og noen traumer og kan være med på å skille om impotens hos menn er neuro- eller psykogen (for eksempel hos diabetikere) (6), ved inkontinens-undersøkelser og ved kvinnelig seksuell dysfunksjon (7).

<b>Bulbokavernøs re- fleks latenstid (BCR)</b>	Nevrofysiologisk test for nerveintegritet i nervus pudendus, ved å måle refleksbuen med elektriske pulser fra en ringelektrode på distale penisskaft og latenstid måles med elektroder i musculus bulbocavernosus. Somatosensorisk-fremkalte potensialer og latenstid skåres også ved å stimulere penisrot med ringelektroder og registrere latenstid ved elektroder på hodebunn og korrigeres for høyde (6).
<b>Cavernosografi</b>	Se <i>cavernosometri</i>
<b>Cavernosometri</b>	Cavernosometri og cavernosografi ble tidligere (før lanseringen av PDE-5 hemmere, sildenafil, i 1998) benyttet til diagnose av erektil dysfunksjon for å skille mellom arteriogen, neurogen og venogen årsak til ED. Prostaglandin (Caverject) injiseres intrakavernøst 5-15 minutter før undersøkelsen. Fysiologisk saltvann ved kroppstemperatur blir trinnvis infundert i corpus cavernosum med en cavernosografipumpe (20-40 ml av gangen) til tilstrekkelig stivhet er oppnådd. Når cavernøst trykk er 150mm Hg måles trykkfallet på 30-60 sekunder, og infusjonen starter på nytt. Cavernosometri måler vedlikeholdsflow som er nødvendig for å opprettholde en stabil ereksjon (> 90-100mm kvikksølv) som mål på veno-okklusiv dysfunksjon. Deretter ble røntgenkontrastvæske tilsatt og røntgen tas i 4 ulike plan ( <i>cavernosografi</i> ).
<b>Climacturia</b>	Orgasme-relatert inkontinens (urinlekkasje)
<b>Coitus</b>	Samleie, innføring av penis i skjeden ( <i>Lat: fra co-ire å kopulere</i> ) <i>coitus interruptus</i> – avbrutt samleie. <i>Coitus reservatus</i> – å forlenge samleie ved at mannen forsøker å holde seg på platå-fasen uten å gå til orgasme eller ejakulasjon.
<b>Corpus cavernosum electromyografi</b>	<b>(CC EMG)</b> Nevrofysiologisk målemetode <i>For menn</i> måles nervetilførselen for ereksjon ved erektil dysfunksjon (8). Ereksjon er innervert av det autonome nervesystem (hovedsakelig parasympaticus). CCEMG tester i hovedsak integriteten i det somatiske nervesystem i penis så metoden er fortsatt eksperimentell. Det mangler en enhetlig metode å måle elektrisk aktivitet i glatt muskulatur. For kvinner måles clitoral electromyografi (9). Elektrode settes bak glans klitoris, måling utføres i hvile og ved for eksempel vilkårlig hoste. Etter sympatisk stimulering kan amplitude og frekvens på potensial stige. Elektromyografi har hatt dårlig intra-individuell reproducerbarhet (8).
<b>Cowpers kjertel</b>	Aksessorisk kjønnskjertel ved penisroten som utsondrer klart sekret til urinrøret ved seksuell stimulering ( <i>pre-ejakulat</i> )(10) Den er homolog til <i>Bartholinis kjertel</i> hos kvinner.

<b>Detumescens</b>	Avtagende blodfylning i penislegemet (se <i>tumescens</i> )
<b>Dyade</b>	Par (av gr. <i>dyas</i> to – to enheter som blir behandlet som én), en dyade blir minste mulige ”sosiale gruppe” (3 blir <i>triade</i> )
<b>Dyspareuni</b>	Smerter under samleie. Vedvarende eller tilbakevendende smerte hos kvinner eller menn ved forsøk på vaginal innføring av penis og/eller vaginalt samleie (fra <i>gresk</i> . ”ikke passe sammen”) Meldes oftest av kvinner, da i form av gjentagende smerte før, under eller etter samleie som ikke skyldes tørrhet i skjeden (manglende lubrikasjon) eller vaginisme ( <i>DSM IV 302.76</i> ) ICD-10 kode F52.6 ”psykogen” dyspareuni brukes om primær ikke-organisk dysfunksjon og lokal patologi skal diagnostiseres etter underliggende tilstand.
<b>Dysorgasmi</b>	Smerte ved orgasme ( <i>odynorgasmi</i> ).
<b>Ejaculatio praecox</b>	Latin for <i>prematuro ejakulasjon</i> (motsatt: <i>ejaculatio tarda</i> )
<b>Ejaculatio tarda</b>	Forsinket ejakulasjon (motsatt: <i>ejaculatio praecox</i> )
<b>Erektile dysfunksjon</b>	Manglende stivhet i peniskroppen til å gjennomføre samleie ( <i>impotens</i> ). Se også <i>Schrameks kriterier</i> . Penil angiografi regnes som gullstandard ved vaskulær impotens. Erektile funksjon kan testes ved intrakavernøs injeksjon (prostaglandin PGE <sub>1</sub> ) eller perorale PDE5-hemmere med eller uten visuell eller erotisk stimulering og måles med ultralyd (Doppler). Manglende eller ufullstendig reisning er også målt som erektil vinkel der erektil dysfunksjon er under 90 grader (11). Se også <i>cavernosometri</i> , <i>cavernosografi</i> og nattlig <i>tumescens</i> .
<b>Ejakulasjon</b>	Sædutløsning, har to faser: emisjonsrefleks og sædavgangsrefleks. Første sædavgang kan kalles <i>spermarche</i> . Det er mulig å ha orgasme uten ejakulasjon (for eksempel prepubertalt, eller retrograd ejakulasjon etter prostataoperasjon) og ejakulasjon uten orgasme.
<b>Elektromyografi</b>	Nevrofysiologisk test for å undersøke nerver og refleksbaner i bekken ved mistanke om nerveskade eller skader i sacral plexus, bekkenbunn, sfinkter eller <i>nv dorsalis penis</i> (12).
<b>Elektromyografi</b>	EMG Elektrisk registrering av muskelaktivitet (13) .
<b>Erektiometer</b>	Apparat for registrering av nattlig <i>tumescens</i> i penis
<b>Fallometri</b>	Laboratoriemetode for måling av penis omkrets og volum (14;15). Apparatet kan være volumetrisk (luftkammer) eller sirkumferensiell (ringformet). Pålitelighet og validitet er ikke veletablert.

<b>Fimose</b>	Trang forhud, som ikke kan trekkes tilbake over glans. Kan gi smerter ved reising, og avhengig av smertens styrke ereksjonsproblemer eller lystforstyrrelser. <i>Parafimose</i> er tilbaketrasket forhud, som ikke kan trekkes frem over penishodet.
<b>Friedrichs kriterier</b>	Se <i>vestibulitt</i>
<b>Frigiditet</b>	Samlebetegnelse på orgasmeforstyrrelse og generell seksuell dysfunksjon hos kvinner (i ICD-10 oppført under tap av seksuell lyst)
<b>Frotteurisme</b>	Seksuell opphisselse ved å gni seg mot mennesker i trengsel på offentlig sted (ICD-10 F65.8)
<b>Gender Identity disorder (G.I.D.)</b>	Se <i>transkjønnede</i>
<b>Hebefili</b>	Foretrukket seksualobjekt er barn i puberteten (11/12-14 år), eller under den seksuelle lavalder (16 år i Norge) (16)
<b>Homoseksuell</b>	Ordet homoseksualitet ble innført av den østerriksk-ungarske forfatteren Kertbeny i 1869 (17), se <i>seksuell orientering</i>
<b>Hypoaktiv seksuell dysfunksjon</b>	Hemmet seksuell lyst ( <i>eng</i> : hypoactive sexual desire disorder). I henhold til DSM IV er HSD vedvarende eller tilbakevendende mangel eller fravær på seksuelle fantasier eller ønske om seksuell aktivitet som forårsaker fortvilelse hos pasienten (DSM IV).
<b>Hyperonani</b>	Vedvarende masturbasjon uten utløsning (barn, ungdom)
<b>Hyperseksualitet</b>	Økt lyst til seksuell atferd som blir problematisk og av klinisk betydning (ICD-10 52.7 oppgir to typer: <i>Nymfomani</i> og <i>satyrisme</i> )
<b>IELT</b>	Se <i>Intravaginal ejaculation latency time</i>
<b>Intersex</b>	Representerer somatisk en kombinasjon av kjønnssegenskaper som ikke faller inn under kjønnsmajoritetene (18). Turners syndrom og Klinefelters syndrom er de hyppigst forekommende kromosomavvik etter Downs syndrom. Intersex er ikke et selvfølgelig uttrykk for sykdom eller feil, men uttrykk for biologisk variasjon.
<i>Turners syndrom</i>	Piker med Turner syndrom mangler et X-kromosom (eller en del av et av X-kromosomene): <i>monosomi X, karyotype 45, X</i> (friske mennesker har 46 kromosomer, to av dem kjønnskromosomer). Først beskrevet av Henry Turner i 1938 (19). Personer med Turners fenomen er heller ikke nødvendigvis syke, de kan være friske og fungere ganske normalt. Hyppigheten oppgis til 1 per 2000

fødsler, men det anslås at 1-2 % av alle konsepsjoner har denne genfeilen, hvorav 1 % av fostrene overlever til termin (20). Diagnosen påvises ofte rundt pubertet (gjennomsnittsalder ved diagnose av Turner var 13,6 år (21))

- Klinefelter syndrom** Klinefelters syndrom, (karyotype 47, XXY) er den hyppigste genetiske kromosomavvik etter Downs syndrom hos menn (forekomst 1 /500-1/700) (22). Sykdommen er underdiagnostisert i befolkningen (kun 25 % av forventet antall er kjent) (23) og gjennomsnittsalder ved påvisning av Klinefelter var 23,6 år (21).
- Intrakavernøst trykk** ICP: trykket i corpus cavernosum som er nødvendig for erektil funksjon (24).
- Intravaginal ejaculation latency time** IELT: tiden mellom penetrasjon (innføring av penis) og ejakulasjon, tatt med stoppeklokke av kvinnelig partner, for bedømming av prematur ejakulasjonsforstyrrelse. (Oppgis til null dersom det er ejakulasjon før vaginal kontakt). Waldinger beregnet 0,5 percentilen til <0,9 minutt og 2,5 percentilen til 1,3 minutt (25), slik at IELT <1 minutt regnes som sannsynlig IELT. IELT tiden regnes for å være mer konsistent enn skåringsskjema
- Kjønnsidentitet** En indre oppfatning av hvorvidt en er mann eller kvinne eller noe annet.
- Transkjønnet identitet** En vedvarende følelse av ubehag (men ikke nødvednigvis) med sitt biologiske/somatiske kjønn og kjønnsroller er knyttet til dette. Transkjønnet identitet innebærer en psykologisk opplevelse av kjønnsidentitet som ikke er i samsvar med den somatiske kroppen.
- Legning** Se *seksuell orientering*
- Lubrikasjon** Den fuktighet som utskilles i skjeden under seksuell opphisselse. Dette skjer ved utsondring av sekret gjennom skjedeveggen, fra kjertlene langs urinrøret og fra de Bartholinske kjertler. Dersom en kvinne produserer for lite fuktighet ved seksuell opphisselse, kan det være aktuelt å bruke glidemiddel (lubrikant).
- Menarche** Første menstruasjonssyklus. I mange kulturer en markør på pubertet og signal på mulig fertilitet, men oftest anovulatorisk første året etter menarche (80% første året, 50% 2.året) (26). Pubertetsutvikling begynner 2-3 år tidligere.
- Nattlig tumescens i penis** Nocturnal penile tumescence, se *tumescens*  
Første nattlig emisjon : *polluarche*

<b>Noceboeffekt</b>	En reell, skadelig fysisk reaksjon mennesker av og til opplever når de oppdager de har vært utsatt/eksponert for noe, selv om det ikke foreligger bevis for at det er skadelig.
<b>Nymfomani</b>	Forsterket seksualdrift (kvinner), for menn se <i>satyriasis</i> ICD-10 52.7
<b>Orgasmarche</b>	Første orgasme - noen skiller mellom spontan, masturbatorisk eller coital – 12 % av kvinner og 13,5 % av menn oppga første orgasme før første menstruasjon eller sædutløsning, med gjennomsnitt 8,5 år (4-13) for kvinner og 9,6 år (5-13) hos menn (27).
<b>Orkidometer</b>	Sammenlignende måleinstrument for volumberegning av testikler), består av 12 nummererte tre- eller plast kuler i økende størrelse fra ca 1 til 25 milliliter tredd på en snor. Brukes innen urologi, hos barn eller ved testikkelatrofi. Også kalt "Prader's balls"(28).
<b>Orkiektomi</b>	Kirurgisk fjerning av en eller begge testikler (kastriering). Kan også skrives <i>orkidektomi</i> .
<b>Oxford skala</b>	Måleskala for muskelstyrke. For anvendelse på bekkenbunn: Laycock 1994 <i>PERFECT</i> (29). <b>P</b> ower, <b>E</b> ndurance, <b>R</b> epetitions, <b>F</b> ast contractions og <b>E</b> very contraction is <b>t</b> imed. Måles digitalt (2. og 3. finger) på distale 3 cm av skjeden. Pasient blir bedt om å kontrahere mot undersøkers fingre, <i>P</i> kontraksjonene trykkgraderes: 0-ingen 1-antydning 2 – svak 3-moderat 4-god og 5-sterk kontraksjon. <i>E</i> maksimal kontraksjon måles (opptil 10 sekunder, obs:enkelte kan holde submaksimal kontraksjon mye lengre), <i>R</i> epetisjoner: 5 sekunders kontraksjoner med 4 sekunders mellomrom. Antall repetisjoner før trykk eller styrke avtar noteres. <i>F</i> måler 1-sekunders maks kontraksjoner, antallet når styrken blir submaksimal noteres. <i>E</i> CT er en påminnelse om å monitorere fremgang over tid. Testen utføres med fingrene over hverandre og gjentas med fingrene ved siden av hverandre slik at høyre og venstre pubococcygeus palperes samtidig (29)
<b>Paritet</b>	Antall forløsninger en kvinne har hatt
<b>Pedofil</b>	En voksen som har "tilbakevendende, intens seksuell tenning og fantasier, trang eller atferd som involverer seksuell aktivitet med prepubertale barn" fra (DSM IV) (30).
<b>Penil angiografi</b>	Radiologisk fremstilling av arteriogen impotens. Ble regnet som "gullstandard" frem til midten på 80-tallet (31), benyttes for arteriell embolisering ved high-flow priapisme (32).
<b>Penseltest</b> etter Goetsch	Se <i>vestibulitt</i>

<b>PERFECT</b>	<i>Akronym for Power, Endurance, Repetitions, Fast contractions og Every contraction is timed</i> (29). Se Oxford skala.
<b>Perineometri</b>	Et perineometer er et instrument for å måle styrke i bekkenbunn (tonus og kontraksjon i M. Pubococcygealis). Arnold Kegel (1894-1981) utviklet Kegel perineometer for å måle vaginalt lufttrykk (33). Et moderne perineometer har både vaginale og anale sensorer og brukes ved bekkenbunnsøvelser (34). Måleenhet oppgis som cm vannsøyle (H <sub>2</sub> O). Normalt anal hviletrykk er rundt 50cm H <sub>2</sub> O, hoste øker verdien med 40cm H <sub>2</sub> O. Verdier under 20cm H <sub>2</sub> O tilsier anbefaling om bekkenbunnsøvelser. Det er godt samsvare mellom digital undersøkelse og Kegel perineometri (35).
<b>Perineoplastikk</b>	Plastisk eller korrektiv kirurgi i perineum. Anatomisk består perineum av området fra symfyen (skamben) til os coccyges (haleben) og deles i fremre urogenitale og bakre anale triangel
<b>Peyronies sykdom</b>	<i>Induratio penis plastica</i> , skjev penis eller krumming av penis ved ereksjon (etter den franske kirurgen François Gigot de La Peyronie som beskrev tilstanden i 1743 (36))
<b>Phallometry</b>	Se <i>fallometri</i>
<b>Pletysmograf</b>	Et instrument laget for å måle volumendringer i et organ (vanligvis på grunn av endringer i mengden blod eller luft som det inneholder)
<i>Penil plethysmograf</i>	Måler endringer i blodgjennomstrømning i penis (fallometri). Penis omkrets og volum måles enten volumetrisk (luftkammer) eller ved ring rundt penisskaftet (circumferensielt) (14;15). Pålitelighet og validitet er ikke veletablert.
<i>Photoplethysmograf</i> <i>Vaginal photoplethysmograf</i>	- Optisk plethysmograf - Tampongformet apparat (37) som korrelerer vaginal blodgjennomstrømning med seksualrespons (38;39). Blodstrøm måles kapillært ved lys gjennom skjedeveggen. Det innstilles for "normal"verdier for subjektet og strømsignalet gir en indeks for blodfylde.
<i>Labial photoplethysmograf</i>	<i>Labial photoplethysmograf</i> (40). Blant andre forsøk på og objektivt måle fysiologisk seksualrespons er ultralyd (41), labium minus temperatur (42), og oksygen elektrode (43).
<b>Pre-ejakulat</b>	Klar, mucoid væske utsondret til urinrøret ved seksuell stimulering og før sædutløsning. Sekretet dannes i <i>Cowpers kjertel</i> , Littre kjertler (rundt urinrøret) og muligens Morgagnikjertler. (Eng. <i>precum</i> )

<b>Priapisme</b>	Vedvarende ereksjon etter, eller uavhengig av, seksuell stimulering. Ischemisk priapisme utover 4 timer er et kompartment-syndrom som behøver øyeblikkelig behandling. Ubehandlet kan priapisme føre til fibrose og permanent erektil dysfunksjon (44;45). Clitoral priapisme er også beskrevet (46-48).
<b>Prematur ejakulasjon</b>	Rask, tidlig eller ukontrollert ejakulasjon. Enhetlig definisjon mangler på rask eller for tidlig sædavgang. En definisjon er: manglende evne til å kontrollere ejakulasjonen tilstrekkelig til at begge parter har glede av den seksuelle kontakten. Utløsning ved minimal seksuell stimulering og manglende kontroll på utløsning inngår i tilstanden, som fører til utilfredsstillende timing av orgasme, påfølgende mindre stivhet i penis og fortvilelse hos en eller begge partnere. Motsatt av retardert ejakulasjon
<b>Pubertas praecox</b>	(For) tidlig innsettende pubertet (hår, bryst eller genital utvikling) som kan være en normalvariasjon men noen ganger en følge av hjerneforandring (skade, tumor) eller medikasjon (epilepsimedisin).
<b>Pudendal Evoked Potential</b>	Pudendal, eller somatosensorisk potensiale er en nevrofysiologisk test på nervus pudendus sin innervasjon i bekkunbunnsmuskulatur eller sensoriske grener (som dorsalnerven i penis). Perifer refleksbue (S2-s4) måles som bulbocavernosus refleks latenstid (BCR), mens sentral latenstid
<b>Pyromani</b>	Kjennetegnet ved gjentatte ildspåsettelse, men for å stille diagnosen pyromani er kriteriet at ildspåsettelse er ledsaget av seksuell opphisselse (ICD-10 F53.1)
<b>Retardert ejakulasjon</b>	Forsinket ejakulasjon, vaginal anorgasmi (motsatt av <i>prematur ejakulasjon</i> )
<b>Retrograd ejakulasjon</b>	Ved retrograd ejakulasjon blir ejakulatet tømt tilbake i blæren i stedet for ut urinrøret ved sædutløsning. Mannen har "tørr" orgasme med følelse av muskelaktivitet og orgasme men uten at sæd utløses gjennom urinrøret. En enkel test for retrograd ejakulasjon er å undersøke en sentrifugert urinprøve fra mannen etter ejakulasjon for nærvær av spermier.
<b>Rigiscan</b>	Se <i>tumescens</i>
<b>Satyriasis</b>	Forsterket seksualdrift (menn) ICD-10 52.7 for kvinner se <i>nymphomani</i>



<b>Schrameks kriterier</b>	Gradering av erektil rigiditet 1 ingen ereksjon 2 noe tumescens 3 fullt volum uten rigiditet 4 inkomplett rigiditet, tilstrekkelig for samleie 5 full ereksjon (49)
<b>Seksuell aversjon</b>	Ekstrem angst eller vemmelse ved forventning til eller forsøk på seksuell aktivitet ICD-10 52.1
<b>Seksuell identitet</b>	<p>Angår seksuell tiltrekning (homo, hetero- eller biseksuell). En person med homofil legning (orientering) kan søke veiledning for å bli fortrolig med sin seksuelle identitet. Dette angår ikke seksuell identitet, men kjønnsidentitet:</p> <p>Tre grupper som særskilt kan trenge rådgivning er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>intersex</i></li> <li>- <i>transtilstander</i></li> <li>- <i>iatrogene transkjønnede</i> (som har blitt kroppskorrigert ved operasjon like etter fødsel for å passe inn i en av kjønnsmajoritetene)</li> </ul>
<b>Seksuell orientering</b>	<p>Angår seksuell identitet, en persons romantiske, følelsesmessige eller seksuelle tiltrekning til en annen person (<i>legning</i>).</p> <p>- <i>homoseksuell</i>  - <i>lesbisk</i>  - <i>heteroseksuell</i>  - <i>biseksuell</i></p> <p>En person som er tiltrukket av en annen person av samme kjønn sies å ha en <i>homoseksuell orientering</i> (både menn og kvinner) eller å være <i>lesbisk</i> (kvinne). Individuer tiltrukket til personer av motsatt kjønn har <i>heteroseksuell</i> orientering. Seksuell orientering eller identitet faller langs et kontinuum og individer som er tiltrukket av både menn og kvinner kalles <i>biseksuelle</i>. Seksuell orientering eller identitet er forskjellig fra <i>kjønnsidentitet</i>, som viser til en indre oppfatning av hvorvidt en er mann eller kvinne. Konseptet viser til mer enn seksuell atferd, og inkluderer følelser så vel som identitet. Noen individer identifiserer seg som lesbiske eller biseksuelle uten å delta i seksuell aktivitet. Seksuell orientering utvikler seg gjennom livsløpet, og enkeltpersoner kan på ulike stadier i sitt liv bli oppmerksomme på at de er heteroseksuelle, homoseksuelle, lesbiske eller biseksuelle.</p>
<b>Sexologi</b>	Læren om kjønslivet. Klinisk (anvendt) sexologi er den delen av sexologi som handler om å kunne forstå, veilede, hjelpe og behandle mennesker med seksuelle problem og funksjonshinder. Ordet <i>sexologi</i> ble introdusert av Iwan Bloch i 1906 (50).
<b>Skenes kjertel</b>	Kjertel på hver side av urinrørsåpningen, også kalt kvinnelig prostata på grunn av homologi til prostatakjertel. Først beskrevet av gynekologen Alexander Skene (1837-1900) (51) (52).

<b>Svengali</b>	En som manipulerer noen til å utføre eller delta på handlinger i ond hensikt (overgrep)
<b>Sympathetic Skin response (SSR)</b>	Medvirkning eller aktivering av det autonome nervesystem kan måles på hudlapper, oftest på håndflater og fotsåler men i prinsippet kan ulike lokalisasjoner benyttes. Aktivering av svettekjertler fører med seg en forandring i elektrisk potensial. SSR er brukt som nevrofysiologisk test ved mannlig (erekttil dysfunksjon) og kvinnelig seksuell dysfunksjon med måleområder på penis og vulva (7;53;54).
<b>Transtilstander</b>	Personer som somatisk sett tilsynelatende tilhører én av kjønnsmajoritetene, men som har en subjektiv opplevelse av en annen tilhørighet (55) Transseksualisme (ICD-10 F64.0)
<i>Transkjønnede</i>	- er personer som opplever seg som kvinner eller menn, men som ikke blir bekreftet av den kroppen de har, og som derfor søker kjønnsbekreftende behandling (56). Disse faller inn under diagnosen Gender Identity Disorder, ICD-10 F.64.0-9 <b>GID</b> diagnostiseres ved: En sterk og vedvarende <i>identifikasjon med det motsatte kjønn</i> enn sitt somatiske og at en vedvarende følelse av <i>ubehag med sitt somatiske kjønn</i> og kjønnsroller er knyttet til dette. (Det kommer årlig rundt 50-70 nye henvisninger til GID-klinikken på Rikshospitalet i Oslo, anslått insidens 1/50 000).
<i>Transpersoner</i>	- har kjønnsstilhørighet som ikke passer inn i kjønnsmajoritetene: personer som opplever seg som to-kjønn, ikke-kjønn, med flytende kjønn eller usikker kjønnsidentitet.
<i>Transvestitter</i>	- er personer som i hovedsak lever som vanlige menn (eller kvinner), men som har en alternativ kjønnsidentitet som de periodevis ønsker å leve ut og få bekreftet. (ICD-10 F64.1 <i>brukes ikke i Norge</i> ): Behov for, og glede ved, tidvis å kle seg i det motsatte kjønns klær, men uten noe ønske om mer permanent kjønnskifte eller kirurgisk kjønnskonvertering, og uten at seksuell opphisselse er det primære i forbindelse med å kle seg slik.
<b>Tumescens</b>	Hevelse, oftest ved normal blodfylling av erektile vev – i penis hos mannen og klitoris hos kvinnen. Opptrer også daglig hos barn og er påvist i fosterlivet. Nattdaglig tumescens i penis inntreffer normalt 4-6 episoder i løpet av 6-8 timers søvn. Det er utviklet ulike måleapparat (57-60) som registrerer nattdaglig tumescens i penis for å skille organisk fra psykogen ED. (motsatt: <i>detumescens</i> ). Enkle måter å påvise nattdaglig tumescens på er <b>frimerke</b> metoden (58) (en frimerkeremse legges rundt penisroten og overlappende merker limes på hverandre: Denne papirringen tas på om kvelden, og

ved nattlig tumescens brytes perforeringen)(57), ”**snap gauge**” målebånd som brytes (58) og **erektiometer** (59). Ulempen med disse er at de kun registrerer én nattlig episode, mens **Rigiscan** måler omkrets ved penisskaft og tupp (sulcus) hvert 20. sekund hele natten for å registrere omkrets og rigiditetsstatus (61).

**Vaginal manometer**

Se *perineometer*

**Vaginal photoplethysmograf**

Se *plethysmograf*

**Vaginal pulse amplitude**

Seksualrespons medfører økt blodgjennomstrømning til kjønnsorgan, og photoplethysmografi forsøk er å måle dette. Likestrømsignalet antas å være en indeks på blodfylde i skjedeveggen, mens vekselstrømsignalet (vaginal pulse amplitude) antas å vise trykkforandringer i karveggene. Pulsen svarer til hjertefrekvens.

**Vaginisme**

Vedvarende eller tilbakevendende vanskeligheter som forhindrer vaginal innføring av penis, finger eller annet objekt på tross av kvinnens uttrykte ønske om å delta, ofte med fobisk unngåelsesatferd og angst/forventning om smerte (61;62). Vaginisme blir også definert som involuntære spasmer i muskulaturen i ytre tredjedel av skjeden, men det er uenighet hvorvidt muskelspasmer er et kriterie for tilstanden. Primær vaginisme kalles noen ganger ”ufyllburdet ekteskap” (*”unconsummated marriage”*), Ved sekundær vaginisme har kvinnen tidligere kunnet ha samleie. Sekundær vaginisme kan være situasjonsavhengig og ofte assosiert med dyspareuni.

**Vestibulektomi**

Operasjonsmetode ved vestibulodyni: en modifisert perineoplastikk som innebærer eksisjon av bakre hymen og smertefull mucosa i fremre og bakre vestibulum, og mobilisering av vaginal mucosa for å dekke eksisjonen

**Vulva dysestesi**

Uprovosert brennende smerte i vulva uten påvisbare forandringer, kan også opptre utover vestibulum på labia, innerlår eller mot endetarm.

**Vestibulitt**

Uttalt smerte, sårhet eller brennende følelse ved berøring i vestibulum. Eksessiv ømhet for lett trykk med bomullspensel i ved fysisk undersøkelse, noen ganger med varierende grad av erytem.

*Vestibulitt*: Friedrichs kriterier (63):

- 1) Kraftig smerte ved berøring av vestibulum eller dyspareuni ved forsøk på vaginal innføring
- 2) Trykkfølsomme punkter i vestibulum ved berøring
- 3) Fysiske funn av ulike grader av erytem

Det er tvil om siste punktet skal inkluderes i definisjonen (64) *Penseltest* etter Goetsch: Angir smertegrad i vestibulum ved berøring av 6 punkter med en fuktet bomullspensel, sammenlignet med et tiliggende område som kjennes normalt. Gradert på en Likert-skala fra 0-4 der 0 er normal følsomhet, 1 er ubehagelig skrapende, 2 skarp smerte, 3 merkbar reaksjon på smerte (muskeltrekning) 4 pasienten har betydelig smerte og rykker/trekker seg tilbake. Subjektiv tilbakemelding skiller 0-2, alvorlig vulva vestibulitt skår er 3 og 4 (65).

## **Vulvodyni**

En deskriptiv diagnose først definert som kronisk ubehag i vulva, kjennetegnet ved pasientens opplevelse av brennende, sviende, irriterende eller rå smerte (66). Begrepet ble innført ved International Society for the Study of Vulvar Disease sitt møte i 1983. Vulvodyni er blitt inndelt i vestibulitt og vulva dysestesi (se disse) (67), andre bruker betegnelsen generalisert og lokalisert (til vestibulum, clitoris, hemivulva, osv) eller ”provosert” og uprovosert vulvodyni (og blandet form)(68).

## **Statistiske begrep**

### **Effekt**

Den observerte sammenheng mellom et tiltak eller en eksposisjon og et utfall som blir uttrykt i et effektmål.

### **Effektstørrelse**

Mål for effekt, f.eks. gjennomsnitt, frekvens, prosent, relativ risiko, odds ratio, "numbers needed to treat to benefit," standardisert gjennomsnittlig forskjell eller vektet gjennomsnittlig forskjell.

ES = population effect size. “The term is frequently used in social sciences, particularly in the context of Meta.analysis. Effect size typically, though not always, refers to versions of the standardized mean difference”. (Cochrane Handbook, page 256). Cohen (1992<sup>3</sup>) gives the following guidelines for the social and psychological sciences: small effect size,  $r = ,10$ ; medium,  $r = ,30$ ; large,  $r = ,50$ , small effect size,  $d = ,20$ ; medium,  $d = ,50$ ; large  $d = ,80$ .

### **Effektivitet**

Effektivitet under normalforhold. Et mål på i hvilken grad en gitt, spesifikk intervensjon under normale omstendigheter

---

<sup>3</sup> Cohen J. A Power Primer. Psychological Bulletin. 1992, vol 112; no 1: 155-159

gjør det den er tiltenkt å gjøre. Kliniske forsøk som vurderer effektivitet under normalforhold kalles noen ganger pragmatiske forsøk eller behandlingsforsøk.

<b>Effisiens</b>	(Efficacy) Effektivitet under kontrollerte forhold. Et mål på i hvilken grad en intervensjon medfører et gitt utfall under ideelle forhold. Kliniske forsøk som vurderer effektivitet under kontrollerte forhold kalles noen ganger ”explanatory trials” og er begrenset til fullt samarbeidende deltagere
<b>Eksperiment</b>	Et forsøk hvor forskerne aktivt tester ut (intervenerer) for å teste en hypotese. I et kontrollert forsøk, som er én type eksperiment, er personene som får tiltaket som testes ut, eksperimentgruppen eller eksperimentarmen i forsøket.
<b>Empirisk</b>	Betegner studier og resultater som er basert på forsøk eller observasjoner og ikke bare resonnering eller logikk.
<b>Intervensjon</b>	Inngripping eller behandling. I en eksperimentell studie gir man individer, grupper, enheter eller lignende noe som ikke allerede eksisterer, f.eks. en medisinsk behandling for å undersøke effekten av tiltaket.
<b>Konfidensintervall</b>	Et intervall som vi, ut fra statistisk teori, vet har en høy sannsynlighet for å inneholde en tallfestet egenskap ved populasjonen (f.eks. gjennomsnitt).
<b>Kunnskapsoppsummering</b>	Aktivitet for å sammenfatte forskningsbasert kunnskap på en systematisk og gjennomiktig måte. Grunnlaget for metoden som benyttes følger i hovedsak internasjonale prinsipper for hvordan systematiske oversikter utarbeides.
<b>Primærstudie</b>	Original forskning hvor data er samlet inn.
<b>Odds Ratio</b>	Forholdet mellom to odds. En odds er sannsynligheten for at en gitt hendelse skal inntreffe i forhold til sannsynligheten for at den ikke skal inntreffe. Hvis man f.eks. finner at 20 av 100 personer som er blitt utsatt for et giftstoff får en viss sykdom, sier man at oddsen er $20/80 = 0,25$ . I en kontrollgruppe på 100 personer som ikke er blitt utsatt for giftstoffet, blir 10 syke. Her er oddsen $10/90 = 0,11$ . OR blir da forholdet mellom de to oddsene: $0,25/0,11 = 2,25$ . For sykdommer med sjelden forekomst kan odds ratio benyttes som en tilnærming til relativ risiko.
<b>Randomisering</b>	Den prosess som tilfeldig fordeler deltakere til en av armene i et kontrollert studie. Det er to komponenter i randomisering:

generering av en tilfeldig sekvens, og dens implementering, ideelt på en måte slik at de som inkluderer deltakere i en studie, ikke er klar over sekvensen (skjult allokering). En god randomiseringsmåte er typisk en metode hvor deltakere allokeres til en gruppe fra et sentralt senter (for eksempel via telefon eller e-post), og sekvensen genereres av en tilfeldighetsgenerator på en datamaskin.

**Randomisert kontrollert studie (RCT)** Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.

**Relativ risiko** (Også kalt risk ratio) Forholdet mellom risikoen i to grupper. I tiltaksstudier er dette risikoen i tiltaksgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen. En relativ risiko på 1 indikerer at det ikke er forskjell på de to gruppene. For uønskede utfall indikerer en relativ risiko  $< 1$  at tiltaket er effektivt for å redusere risikoen for dette utfallet.

Eksempel: forholdet mellom sannsynlighet for sykdom eller død hos personer som har vært eksponert for et mulig sykdomsfremkallende fenomen, og tilsvarende sannsynlighet hos dem som ikke har vært eksponert for fenomenet.

Dersom forekomsten av sykdom i en gruppe som er blitt utsatt for et giftstoff, er 20 %, og 10 % i en sammenlignbar del av befolkningen som ikke har vært utsatt for giftstoffet, vil relativ risiko være  $0,20 / 0,10 = 2,0$ .

**Standardavvik** Et mål for spredningen rundt gjennomsnittet.

**Systematisk oversikt** Aktivitet for å innhente, kritisk vurdere og sammenfatte forskningsbasert kunnskap ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder. Må oppfylle minimum disse tre kriteriene: oppgitt og presentert søkestrategi, klare inklusjonskriterier og kvalitetsvurdering av inkluderte studier og/eller oversikter.

## **Systematisk skjevhet**

Systematiske feil som kan påvirke resultatene i en studie. Det finnes ulike typer i studier om effekten av tiltak i helsetjenesten:

- Seleksjons - eller utvalgsskjevhet (selection bias): systematiske skjevheter mellom gruppene som blir sammenliknet.
- Eksposisjonsskjevhet (exposure bias): systematiske skjevheter i hvordan tiltaket som blir gitt.
- Utøverskjevhet (performance bias): eksposisjon av andre faktorer enn tiltaket av interesse.
- Frafallsskjevhet (attrition bias): frafall eller eksklusjon av personer som ble rekruttert til forsøket.
- Måleskjevhet (detection bias): systematisk skjevhet i hvordan utfallsmål ble målt eller vurdert.
- Hukommelsesskjevhet (recall bias): skjevhet som oppstår fra feiltakelser i forhold til å huske hendelser. Feiltakelser kan skje pga. manglende hukommelse, vurdering av hendelser i etterkant og endret oppfatning. Slik skjevhet er en trussel mot validiteten av retrospektive studier.
- Rapporteringsskjevhet (reporting bias): systematiske oversikter kan også være særlig påvirket av skjevheter i relevante data som er tilgjengelige fra inkluderte studier. I tillegg kan en publisert artikkel presentere en skjevt sett med resultater (f.eks. kun utfall eller subgrupper hvor statistisk signifikante resultater fremkom).
- Publikasjonsskjevhet (publication bias): skjevhet som oppstår når kun en del av alle relevante data er tilgjengelig. Publikasjon av forskning kan være avhengig av retning og egenskaper ved resultatene. Studier hvor et tiltak ikke finnes å være effektivt, publiseres ikke alltid. På grunn av dette kan systematiske oversikter, som ikke inkluderer upubliserte studier, overestimere effekten av tiltak.

## **Tverrsnittsstudie**

En studie som måler fordelingen av ulike egenskaper i en populasjon på ett bestemt tidspunkt.

## **Utfall**

En komponent av en deltakers kliniske og funksjonelle status etter et tiltak har blitt anvendt, som brukes for å vurdere effektiviteten av et tiltak.

## Referanseliste til vedlegg 2

1. Baguley SD, Curnow JS, Morrison GD, Barron LF. Vaginal algometer: development and application of a device to monitor vaginal wall pressure pain threshold *Physiol Meas* 2003;24(4):833-6.
2. Vardi Y, Gruenwald I, Sprecher E, Gertman I, Yarnitsky D. Normative values for female genital sensation. *Urology* 2000;56(6):1035-40.
3. Romanzi LJ, Groutz A, Feroz F, Blaivas JG. Evaluation of female external genitalia sensitivity to pressure/touch: A preliminary prospective study using Semmes-Weinstein monofilaments. *Urology* 2001;57(6):1145-50.
4. Pundir J, Auld BJ. A review of the management of diseases of the Bartholin's gland. *J Obstet Gynaecol* 2008;28(2):161-5.
5. Vodusek DB, Janko M, Lokar J. Direct and reflex responses in perineal muscles on electrical stimulation *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983;46(1):67-71.
6. Porst H, Tackmann W, van Ahlen H. Neurophysiological investigations in potent and impotent men. *British Journal of Urology* 1998;61:445-50.
7. Marthol H, Hilz MJ. Female sexual dysfunction: A systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 2004;72(3):121-35.
8. Fabra M, Frieling A, Porst H, Schneider E. Single potential analysis of corpus cavernosum electromyography for the assessment of erectile dysfunction: Provocation, reproducibility and age dependence-findings in 36 healthy volunteers and 324 patients. *Journal of Urology* 1997;158(2):444-50.
9. Yilmaz U, Soylyu A, Ozcan C, Caliskan O. Clitoral electromyography. *Journal of Urology* 2002;167(2):616-20.
10. Chughtai B, Sawas A, O'Malley RL, Naik RR, Khan SA, Pentyala S. A neglected gland: a review of Cowper's gland. *Int J Androl* 2005;28(2):74-7.
11. Wespes E, Delcour C, Rondeux C, Struyven J, Schulman CC. The erectile angle: objective criterion to evaluate the papaverine test in impotence. *J Urol* 1987;138(5):1171-3.
12. Bradley WE, Timm GW, Rockswold GL, Scott FB. Detrusor and Urethral Electromyography. *Journal of Urology* 1975;114(6):891-4.
13. Enck P, Vodusek DB. Electromyography of pelvic floor muscles *J Electromyogr Kinesiol* 2006;16(6):568-77.
14. Freund K. Diagnosing homo- or heterosexuality and erotic age-preference by means of a psychophysiological test. *Behav Res Ther* 1967;5(3):209-28.
15. Kuban M, Barbaree HE, Blanchard R. A comparison of volume and circumference phallometry: response magnitude and method agreement. *Arch Sex Behav* 1999;28(4):345-59.
16. Blanchard R, Lykins AD, Wherrett D, Kuban ME, Cantor JM, Blak T, et al. Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Arch Sex Behav* 2009;38(3):335-50.
17. Kertbeny K-M. Paragraph 143 of the Prussian Penal Code of 14 April 1851 and Its Reaffirmation as Paragraph 152 in the Proposed Penal Code for the



- Norddeutscher Bund. In: An Open and Professional Correspondence to His Excellency Dr. Leonhardt, Royal Prussian Minister of Justice. Berlin: 1869.
18. Hughes IA. Disorders of sex development: a new definition and classification. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2008;22(1):119-34.
  19. Turner H. A syndrome of infantilism, congenital webbed neck, and cubitus valgus. *Endocrinology* 1938;23:566-74.
  20. Donaldson MD, Gault EJ, Tan KW, Dunger DB. Optimising management in Turner syndrome: from infancy to adult transfer. *Arch Dis Child* 2006;91(6):513-20.
  21. Ghani F, Maniar S, Khilji Z, Azim M, Khurshid M. Diagnosis of genetic defects by chromosomal analysis. *J Pak Med Assoc* 1995;45(11):295-6.
  22. Klinefelter HF, Reifenstein EC, Albright F. Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without a-Leydigism and increased excretion of follicle-stimulating hormone. *J Clin Endocrinol Metab* 1942;2:615-24.
  23. Bojesen A, Gravholt CH. Klinefelter syndrome in clinical practice. *Nat Clin Pract Urol* 2007;4(4):192-204.
  24. Puech-Leao P, Akira S, Chao S. Penile architecture and intra-cavernosal pressure: a simulation. *Int J Impot Res* 1992;4(suppl 2):43.
  25. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data *J Sex Med* 2005;2(4):498-507.
  26. Apter D. Serum Steroids and Pituitary-Hormones in Female Puberty - Partly Longitudinal-Study. *Clinical Endocrinology* 1980;12(2):107-20.
  27. Bancroft J. Human sexuality and its problems. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009.
  28. Prader A. Testicular size: Assessment and clinical importance. *Triangle* 1966;7:240-3.
  29. Laycock J. Clinical evaluation of the pelvic floor. In: Schüssler B, Laycock J, Norton P, Stanton S, editors. *Pelvic Floor Re-Education*. 1994.
  30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
  31. Ginestié IF, Romieu A, editors. *Radiologic exploration of impotence*. The Hague: Martinus Nijhoff Medical Division; 1978.
  32. Ciampalini S, Savoca G, Buttazzi L, Gattuccio I, Mucelli FP, Bertolotto M, et al. High-flow priapism: treatment and long-term follow-up. *Urology* 2002;59(1):110-3.
  33. Kegel AH. The nonsurgical treatment of genital relaxation; use of the perineometer as an aid in restoring anatomic and functional structure. *Ann West Med Surg* 1948;2(5):213-6.
  34. Chambless DL. Effect of pubococcygeal exercise on coital orgasm in women. *J Consult Clin Psychol* 1984;52(1):114-8.

35. Isherwood PJ, Rane A. Comparative assessment of pelvic floor strength using a perineometer and digital examination. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107(8):1007-11.
36. Hauck EW, Weidner W. Francois de la Peyronie and the disease named after him *Lancet* 2001;357(9273):2049-51.
37. Laan E, Everaerd W. Physiological measures of vaginal vasocongestion. *Int J Impot Res* 1998;10(Suppl 2):S107-S110.
38. Palti Y, Bercovici B. Photoplethysmographic study of the vaginal blood pulse. *Am J Obstet Gynecol* 1967;97(2):143-53.
39. Sintchak G, Geer JH. A vaginal plethysmograph system. *Psychophysiology* 1975;12(1):113-5.
40. Prause N, Cerny J, Janssen E. The labial photoplethysmograph: A new instrument for assessing genital hemodynamic changes in women *J Sex Med* 2005;2(1):58-65.
41. Goldstein I, Berman JR. Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. *Int J Impot Res* 1998;10(Suppl 2):S84-S90.
42. Henson C, Rubin HB, Henson DE. Womens sexual arousal concurrently assessed by 3 genital measures. *Arch Sex Behav* 1979;8(6):459-69.
43. Levin RJ, Wagner G. Heart-rate change and subjective intensity of orgasm in women. *IRCS Med Sci Biomed Technol* 1985;13(9):885.
44. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, et al. American Urological Association guideline on the management of priapism. *J Urol* 2003;170(4 Pt 1):1318-24.
45. Callaway T. Letter. *London Medical Repository* 1824;286-7.
46. Gharahbaghian L. Clitoral priapism with no known risk factors *West J Emerg Med* 2008;9(4):235-7.
47. Xiao H, Liu J, Wang S, Guo X, Wang T, Fan L, et al. [One case report of clitoral priapism and literature review] *Zhonghua Nan Ke Xue* 2004;10(7):524-5.
48. Blazejewska A, Lew-Starowicz Z, Binkowska M. Clitoral priapism and persistent sexual arousal syndrome in women *Przegląd Menopauzalny* 2008;7(1):46-8.
49. Schramek P, Dorninger R, Waldhauser M, Konecny P, Porpaczy P. Prostaglandin E1 in erectile dysfunction. Efficiency and incidence of priapism. *Br J Urol* 1990;65(1):68-71.
50. Bloch I. *Das sexuelle Leben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur*. Berlin: Marcus Verlagsbuchhandlung; 1906. ( Eng. translation (The sexual Life of Our Time in its Relations to Modern Civilization) 1909 Rebman, London.)
51. Skene A. *Treatise on the disease of women*. New York: Appleton and Co.; 1889.
52. Zaviacic M, Jakubovska V, Belosovic M, Breza J. Ultrastructure of the normal adult human female prostate gland (Skene's gland). *Anat Embryol (Berl)* 2000;201(1):51-61.

53. Daffertshofer M, Linden D, Syren M. Assessment of local sympathetic function in patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2011;4:213-25.
54. Jost WH, Derouet H, Osterhage J, Schimrigk K, Ziegler M. Electrophysiological diagnostics in erectile dysfunction. *Urologe-Ausgabe A* 1996;35(2):120-6.
55. Wylie K. ABC of sexual health - Gender related disorders *British Medical Journal* 2004;329(7466):615-7.
56. Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press; 1966.
57. Marshall PG, Morales A, Phillips P, Fenemore J. Nocturnal Penile Tumescence with Stamps - A Comparative-Study Under Sleep Laboratory Conditions *Journal of Urology* 1983;130(1):88-9.
58. Ek A, Bradley WE, Krane RJ, Barry JM. Nocturnal Penile Rigidity Measured by the Snap-Gauge Band *Journal of Urology* 1983;129(5):964-6.
59. Jonas U. Erektimeter: Ein einfacher und sicherer test in der diagnostik der erektilen impotenz. *Aktuelle Urologie* 1982;13:324-7.
60. Levine LA, Lenting EL. Use of Nocturnal Penile Tumescence and Rigidity in the Evaluation of Male Erectile Dysfunction *Urologic Clinics of North America* 1995;22(4):775-.
61. Lue T, Basson R, Rosen R, Guilano F, Khoury S, Montorsi F. *Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women.2nd International consultation on sexual dysfunctions*. Paris: Health Publications; 2004.
62. Sims JM. On vaginismus. *Transactions of the Obstetrics Society of London* 1861;3:356-67.
63. Friedrich EG. Vulvar Vestibulitis Syndrome *Journal of Reproductive Medicine* 1987;32(2):110-4.
64. Masheb RM, Lozano C, Richman S, Minkin MJ, Kerns RD. On the reliability and validity of physician ratings for vulvodynia and the discriminant validity of its subtypes. *Pain Medicine Vol 5(4)(pp 349-358)*, 2004 2004;(4):349-58.
65. Goetsch MF. Vulvar vestibulitis - Prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164(6):1609-16.
66. Mckay M. Vulvodynia *Journal of Reproductive Medicine* 1984;29(7):471.
67. Mckay M. Subsets of Vulvodynia *Journal of Reproductive Medicine* 1988;33(8):695-8.
68. Groysman V. Vulvodynia: New Concepts and Review of the Literature. *Dermatologic Clinics* 2010;28(4):681-+.

---

## Vedlegg 3 Sexologiske behandlingsmetoder

---

Alfabetisk oppslag over behandlingsmetoder som omtales i oversiktene

**ALLOW** Ask, Legitimize, Limitation, Open up, Work together (Forespørre, Legitimere, Erkjennelse Begrensninger, være Åpen, Samarbeide (FLEBÅS)). En modell for å ta opp emner innen seksuelle dysfunksjoner til diskusjon eller behandling (1;2).

**Atferdsterapi:** ble beskrevet av Meichenbaum (3) som en behandlingsmetode for å endre atferd. Uhensiktsmessig eller maladaptert atferd er blitt lært og kan avlæres, eller en kan endre respons til ulike stimuli (i form av straff/aversjon og belønning). Atferdsterapier tar vanligvis ikke for seg underliggende psykologiske (kognitive) faktorer. Se også *systematisk desensitivisering*.

**Atferdsterapi:** *sexologisk* etter Weijmar Schultz (4), bestod av

- 1) en instruktiv gyneko-seksuell undersøkelse, gjerne med partner tilstede og der kvinnen kan følge med på et håndholdt speil.
- 2) Bekkenbunnsøvelser for å avgrense hypertoni – om nødvendig i samarbeid med en fysioterapeut
- 3) Hjemmelekser med selvutforskning av genitalia og bio-feedback med elektrisk apparat eller ved bruk av vaginale dilatatorer
- 4) Hygieneinstruksjoner som å unngå vaginal skylling, for stramme eller tette klær, barbering, m.m.
- 5) Om nødvendig individuell seksualrådgivning rettet mot pasientens selvbilde, kroppsbilde, autonomitet og eventuelt
- 6) sexologisk parforholdsterapi, først og fremst rettet mot å bedre fysisk og ikke-coital seksuell kontakt.

Se også *Interpersonell terapi, aversjonsterapi, biofeedback og seksuell dysfunksjonsrettet terapi*.

**Atferdsterapi ved seksuelle avvik:** se *aversjonsterapi, metningsterapi og orgasmic reconditioning*.

**Atferds orientert psykoterapi:** (5;6)

**Anterior fornix erogenous zone stimulation technique:** (AFE sone eller A-punkt) stimuleringssteknikk ble fremsatt av den malaysiske legen Chua i 1997 (7) som en erogen sone etter studier på tørrhet i skjeden. Stimulering av (trykk, ”scooping” (”kom-hit”) bevegelse) av dypeste del av fremre skjedevegg i 10 minutter daglig letter ifølge Chua vaginal lubrikasjon og orgasme.

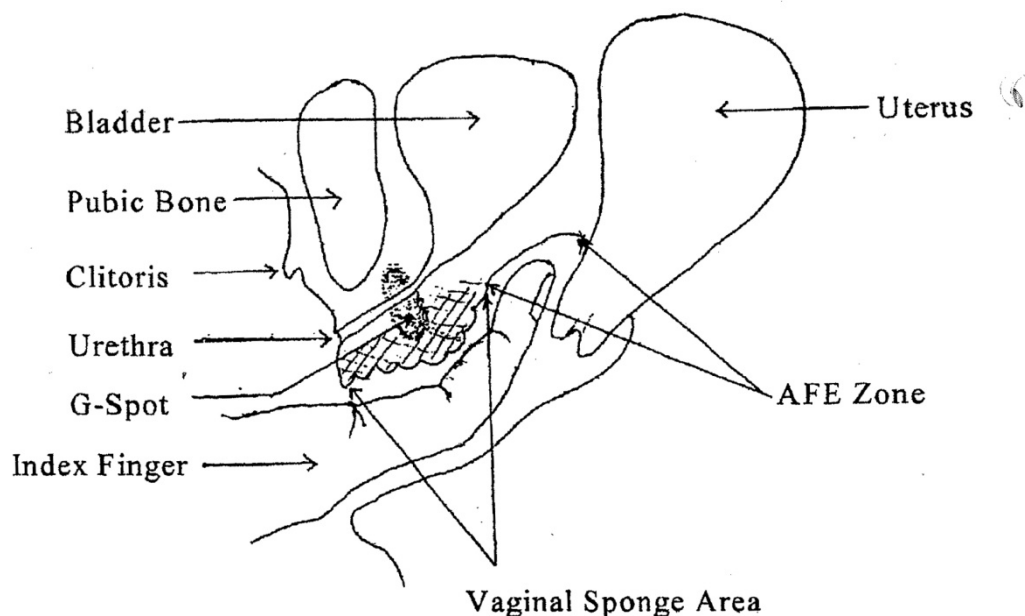


FIG. 1. Location of the AFE Zone, the vaginal sponge area and the correct positioning of the examining finger inside the vagina.

**Aversjonsterapi:** atferdsterapi designet for å endre uønsket eller skadelig atferd ved å linke atferdsmønstre med ubehagelige stimuli. Prinsippet er å assosiere disse stimuli med ubehagelige følelser for å endre atferd (overspising, avhengighet, selvskading, seksuell atferd, osv.). Ulike tilnærminger har vært ubehagelig lukt (luktesalt som ammoniumnitrat eller valeriansyre=pentansyre) (*olfactory conditioning*) (8), vond smak eller elektriske stimuli (9). Aversjonsterapi kan kombineres med belønning. Aversjonsterapi er i bruk ved visse former for kronisk selvskading (som for eksempel neglelakk med vond smak for neglebitere). Det er reist etiske innvendinger mot metodene, for eksempel ved tidligere bruk i behandling av homoseksuelle, mentalt tilbakestående, eller på seksualovergripere i fengsel.

**Avspenningsøvelser:** ble utviklet på 1920-tallet av Jacobson (10) ettersom han noterte at angst ofte ledsages av muskeltensjon. Bevisst avspenning inngår i læren for å redusere angstsymptomer. Progressiv avspenning innebærer vekselvis spenning og avspenning av muskler (11). *Suggestive relaxation:* Schultz & Luthe 1959 (12)).

**Betty Dodson** metode Gruppeterapi for kvinner ved primær eller sekundær orgasmeforstyrrelse med fellesøvelser, psykodrama, gruppeøvelser med manuellsexologiske øvelser, berøring og bruk av vibrator (13).

**Biblioterapi:** tilrettelagt pasientinformasjon ved skriftlig materiale (informasjon, hefte, bøker), CD/dataprogram, audiovisuelt materiale eller andre medier (f.eks.internett) til selvhjelp. Gjennomlesning og øvelser med formål å forstå eller løse terapeutiske behov (14).

**Biofeedback:** en læringsprosess som inngår i atferdsterapi for å trene muskel-spenninger eller andre egenskaper som man vanligvis har antatt lå utenfor viljestyrt kontroll. Sensorer eller elektroder festes til kroppen og pasienten får tilbakemeldinger (feedback) – som vises på for eksempel en dataskjerm, lyd- eller lyssignal. En vanlig type enhet er elektromyogram som plukker opp signaler fra musklene. Biofeedback benyttes til behandling av smertesyndrom, stressinkontinens, prostatodyni, avspenningsøvelser, dyssynergier (anal sfinkter, bekkenbunn, paradoks puborektal kontraksjon) (15;16).

**Bridge maneuver** beskrives i atferdsterapi for orgastisk dysfunksjon som en overgang - ”psykologisk”/atferds bro - mellom det å oppnå orgasme ved selv-stimulering for kvinnen til å oppnå orgasme ved samleie med partner. Øvelsen består i selvstimulering av klitoris under samleie.

**Caress exercises:** (kjærtegn) øvelser som inngår i *sensualitetstrening* som beskrevet av Hartman og Fithian 1974 (17). Øvelsene kan demonstreres på video, og deltagerne har samleieforbud mens øvelsene pågår. Mottager gir underveis feedback om hva en opplever, om en liker det, (lettere/tryngre/raskere/saktere, osv) og kan komme med forslag: mottageren legger hendene over giverens hender for å vise hvordan en liker å bli tatt på.

Rekkefølge på kjærtegnøvelser: *føtter* (vask med varmt såpevann, deretter kjærtegn med babyolje); *ansiktsmassasje*: med ansiktskrem; *helkroppsmassasje* – være i nuet og bruke varm lotion: kjærtegne rygg og front, ligge inntil hverandre (*spooning*: i sideleie vendt samme retning), øve på å puste synkront; og *seksuelle* kjærtegn legges til – inkludert nakke/hårfeste, ryggraden tre tommer (7,5cm) fra halebenet, innsiden av lårene med bena spredt (både ryngleie og mageleie), mannen masserer vulva med fingrene, og kvinnen instrueres i å massere ham fra penis til kravebein kun ved hjelp av brystene sine.

**Coital Alignment Technique:** CAT er en samleiestilling, en variant av misjonærstillingen der mannen løfter overkroppen for å danne en vinkel som øker trykk fra mannens penisrot mot clitoris under samleie, med bekken bevegelse- og motbevegelse. CAT ble utviklet av den amerikanske psykoterapeuten Edward Eichel 1988 (18). Stillingen hevdes å øke kvinnens mulighet for orgasme ved samleie (19).

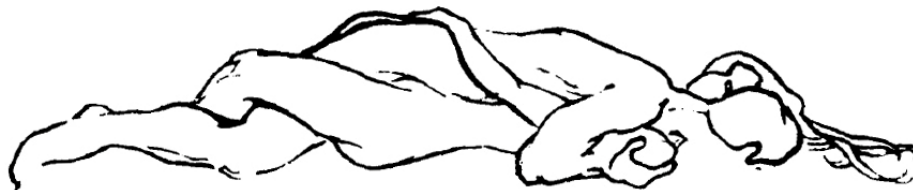


Figure 1. The position of coital alignment.

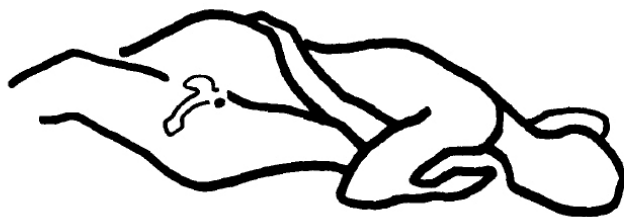


Figure 2. Complete genital contact. X-ray-like detail approximates the juxtaposition of male and female genitalia in intercourse combining penile vaginal penetration and penil-clitoral contact.

fra Eichel

(18)

**Covert sensitiation** ved behandling av menn med seksuelle avvik (ekshibisjonisme, fetishisme, m.m.) (20) innebærer å forestille seg en seksuell erfaring til en opplever seksuell tenning, og deretter forestille seg en kraftig negativ erfaring (se *desensitivisering*).

**Demand strategy** (eller performance-demand strategy) ved forsinket ejakulasjon eller mannlig koital anorgosmi. Tanken er at orgasmerefleks er inhibert, slik at kraftig stimulering er nødvendig. Innebærer at partner stimulerer penis med kraftig trykk eller på en aggressiv måte, og penis innføres like før ejakulasjon (21).

**Desensitivisering:** er en psykologisk prosess for å overvinne en mistilpasset tilbøyelighet til å reagere med angst i bestemte situasjoner. Stikkord er gradvis mestring av angst i små doser for å behandle irrasjonell frykt.

**Systematisk desensitivisering** ble utviklet av Wolpe 1961 (22) for å behandle angst og spesifikke fobier og kalles noen ganger *gradert eksponeringsterapi*. Dyp muskelavslapning benyttes for å redusere angst som utløses i visse situasjoner, med gradvis tilvenning gjennom avslapnings- og mestringsteknikker.

Desensitivisering ved behandling av *dysforisk kroppsbilde* som beskrevet i Butters 1987 (23) innebærer avspenningsøvelser med først tenkt (*imaginal*) desensitivisering etter et detaljert skript for angst vedrørende områder på kroppen, og der-

etter *in vivo* desensitivering foran et speil i full størrelse, med og uten klær på. Pasienten fikk med instruksjonene på audiotape og hadde i tillegg daglige hjemmeøvelser.

**Imaginal desensitization** ved behandling av *menn med seksuelt avvikende atferd* innebærer avspenningsøvelser med påfølgende visualisering av (tenkte) situasjoner hvor avvikende seksuell atferd er blitt utført, men med visualisering av at handlingen ikke gjennomføres mens en forblir avslappet og unngår seksuell tenning - McConaghy 1988 (20).

**Eklektisk terapi:** en behandlingstilnærming som ikke er låst til et sett forestillinger (ett perspektiv), men drar veksler på ulike teorier, stiler eller ideer i behandlingen og brukere et bredere spekter av metoder. Ved traumebehandling kan det for eksempel være avlæring av reaksjoner, integrering av fragmentert minne, økt innsikt, personlighetsmessig modning, bedret selvavgrensning og selvregulering ved hjelp av relasjonen til terapeuten. I praksis er et fåtall terapeuter eklektiske (under 5 % i Norge).

**Eksponeringsterapi** er en kognitiv atferdsterapi som benyttes ved angst, fobier og etter traumer: Ved å få pasienten til å gjenfortelle så detaljert som han eller hun husker om den situasjonen eller traumatiske hendelsen han/hun frykter mest, blir pasienten eksponert for noe som ligner den traumatiske hendelsen. Ved å repetere behandlingen og noen ganger å være i en lignende situasjon sammen med terapeuten vil mange oppleve at minnene tones ned og symptomene bedres. Det er viktig at terapeuten er godt kjent med reaksjoner under selve behandlingen og vet hvordan irrasjonelle reaksjoner eller etterreaksjoner skal håndteres, og kan lede dette på et spor videre (24). Se *flooding* og *systematisk desensitivering*.

**Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)** er en form for psykoterapi som ble utviklet for å behandle symptomer fra ubearbeidede (negative) livshendelser, særlig traumer (25).

Terapiprosessen: Pasienten identifiserer fokus (utgangspunkt for terapien - som kan være f.eks. overgrep, hendelse, eller utilpassede tanker), dessuten identifiseres positive og trygge tanker og minner. Pasienten prøver å tenke seg et "indre stillbilde" som representerer disse. Disse "tankebildene" bearbeides mens øynene følger et sett med bevegelser fra side til side. Terapeuten kan tilføre ideer, andre "bilder", følelser eller minner, eller be pasienten kjenne etter ubehag eller stress. Ut fra tilbakemeldinger bes pasienten konsentrere på nye emner. Deretter debriefes, og terapeuten gir informasjon og støtte.

**Flooding:** er en psykoterapeutisk teknikk som benyttes i behandling av fobier, der pasienten blir eksponert for det som fremkaller angst (26). Sammen med implasjonsterapi kalles flooding direkte terapeutisk eksponering (27). Ved desensitivering brukes flooding sammen med avspenningsøvelser (28). Flooding for vaginisme:



pasienten ser på i speil mens først terapeuten og så pasienten innfører en finger i skjeden. Se *systematisk desensitivisering*.

**Funksjonell-sexologisk terapi ved prematur ejakulasjon** etter Desjardins (29-31) går inn for å forlenge samleie ved å gjenkjenne forskjellige grader av mannlig seksuell opphisselse, som muskeltensjon, pust, akselererende bevegelser, større fokus på seksuell stimulering, høyere nytelse og økte seksuelle følelser. Ved imminent ejakulasjon er det hevelse av testiklene (cremaster-muskelen), stivere penis, skjelvinger ”eksplosjonsfølelse” i penishodet og andre idiosynkratiske følelser. Undervisningen foregår langs opphisselseskurven, ved å lære å gjenkjenne kognitive prosesser, ferdigheter, strategier og holdninger for å kontrollere mannlig seksuell tenning.

**Funksjonell-sexologisk terapi ved prematur ejakulasjon (ny)** etter de Carufel (31) er basert på at ejakulasjon (emisjonsrefleks og sædutløsning) ikke er viljestyrt, mens pusten og muskler derimot kan kontrolleres. Ejakulasjonsrefleksens utløses når seksuell opphisselse når et visst nivå, og dersom en holder seg under dette nivået kan prematur ejakulasjon utsettes. Det er vanskelig å ejakulere om kroppen er fullstendig avslappet. Behandlingen består av øvelser og informasjon for å gjenkjenne og kontrollere forløpet/oppbyggingen av seksuell opphisselse. Øvelser: 1) pust med magen 2) frigjør bekkenbevegelse fra overkropp i stående stilling 3) benytt kun nødvendige muskler for bekkenbevegelse (ikke rumpemusklene) 4) kombiner pust med bekkenbevegelser, innpust når bekken trekkes bakover, utpust ved foroverbevegelse 5) øv på bekkenbevegelse i ulike stillinger så avspenst som mulig – ryggleie, sideleie, mageleie, kne-albuleie 6) varier hurtighet på bekkenbevegelse 7) varier intensitet i bekkenbevegelse 8) varier utslag i bekkenbevegelse 9) påvis pubococcygealis muskelen og lær å avslappe den ved imminent ejakulasjon 10) Avslutt bevegelse, slapp av i alle muskler og pust med magen nær ejakulasjon (unngå å stramme muskler for å holde igjen ejakulasjon) 11) pust med åpen munn og avslappet kjeve, det letter utpust, trykk over ribbene og senker muskeltensjon 12) spre bena. Seksuell opphisselse tenderer til å bringe bena sammen, det motsatte hjelper for å holde tilbake 13) ikke lukk øynene 14) eksperimenter med ulike stillinger 15) Kvinnen utøver samme øvelser som mannen. Paret opprettholder kognitiv seksuell stimulering og slipper å avbryte seksuell aktivitet som ved start-stopp teknikk eller gjøre tekniske grep som ved klemmeteknikk. Metoden er beskrevet i selvhjelpsboken Confidential File 101 (32)

**Handriding** – teknikk for ikkeverbal kommunikasjon om seksuell berøring, inngår i *sensualitetstrening*. Mannen sitter lent mot hodeenden av sengen, partner sitter mellom bena hans og lener ryggen mot brystet hans. Deretter fører hun hånden hans ”handriding” for å vise ”hvor og hvordan” hun har glede av berøring (erogene soner).

**Heiman terapi** som beskrevet i (33): individualterapi for kvinnen for å lære om egen kropp og potensialet for lyst og glede, tenning og orgasme ved utforskning og

selvstimulering. Kunnskapen deles med partner for å øke responsivitet og gjensidig utbytte av samleie. Mannen møter før terapien for å diskutere innholdet i behandlingen og å avtale generelt samarbeid, og begge måtte lese boken "Becoming O-rasmic". Heiman er direktør for the Kinsey Institute.

**Hippocratic pelvic massage** eller vaginal akkupressur tilsvarer eksplorasjon ved en standard gynekologisk legeundersøkelse men terapeuten gir kvinnen tid til å registrere emosjoner ved vevskontakt og følger opp med samtaleterapi (34;35).

**Hypokontakt vulvaterapi** Hypoallergen vulva hygiene program ved vulvodyni (vestibulitt) beskrevet av Fowler (36)

**IMB-modellen**, se *læringspsykologi*

**Interpersonell terapi** som beskrevet i Stravynski (37) bestod av atferdsterapi tilpasset fra sosial ferdighetstrening: teknikker for å modifisere og utvikle atferd vedrørende mellommenneskelige forhold. På forhånd er det intervju og målsetninger for mellommenneskelig atferd settes opp. 1) instruksjoner der det foreslås atferd i ulike situasjoner 2) "modellering" der en atferd demonstreres av terapeut eller medhjelper 3) rollespill der atferden trenes/simuleres ovenfor en annen 4) feedback, der terapeut eller andre deltagere foreslår forbedringer til rollespillet og gir positiv ros til rollespillet 5) selv-monitorering der pasienten fører dagbok over hvor ofte en støter på ulike situasjoner (notert i "målsetninger") og angstnivået ved hvert tilfelle og 6) hjemmeleker der atferd øves "i virkeligheten" etter rollespillene på terapien er tilfredsstillende. Disse gjennomgås ved begynnelsen av neste møte.

**Kaplan sex terapi:** Helen Kaplan (1939-95) (38) benyttet en blanding av psykoterapeutiske og atferdsteknikker og la vekt på at seksualangst lå til grunn for mange seksuelle dysfunksjoner, orgasmesvikt, m.m.

Orgasmesvikt hos kvinner: Målsetningen er at kvinnen skulle oppleve sin første orgasme og således overvinne angst for at hun ikke er fysisk istand til å oppnå orgasme. Misoppfatninger som at opplevd orgasme vil kunne føre til promiskuitet, avhengighet, forandre livet eller psykiske forstyrrelser blir rettet på. Kvinnen ble instruert å onanere i uforstyrrede omgivelser. Dersom pasienten blir engstelig eller avbryter blir hun oppfordret til å fortsette og benytte abdominal-og perinealmuskler (*kegeløvelser*). Dersom clitorisstimulering ikke er tilstrekkelig, anbefalte hun bruk av vibrator.

**Kegeløvelser:** Isometriske øvelser for å styrke muskulatur i skjede og bekkenbunn (39). Øvelsene består i trening av bekkenbunnsmuskulatur (M Pubococcygeus m.m.) ved å gjenkjenne muskler som er i bruk ved avklemning av urinstråle eller skjede-kontraksjon mot finger. Musklene henger sammen med endetarmen. Bekkenbunn kan også trenes med *elektrostimulering* eller *vekter* (typisk 4-5 stk vaginale vekter med gradert vekt fra 20 til 65 gram, som holdes stående uten at de faller ut, også

kalt *Kegel cones*). Øvelsene ble utviklet for behandling av stressinkontinens hos kvinner (39), riktig utført motvirker øvelsene urininkontinens og uterovaginalt prolaps. *Arnold Kegel* (40) mente at orgasmevanskeligheter hos kvinner var relatert til skade eller svak muskeltonus i skjededemuskulatur. se også *Kaplan sex terapi*.

**Biofeedback:** brukes for kvinner som ikke klarer å lære Kegeløvelser: en vaginal eller rektal probe sender informasjon til overvåkingsutstyr som viser hvor sterkt bekkenbunnsmuskulatur trekkes sammen og slipper igjen. Som ved Kegeløvelser pågår trening i flere måneder.

**Elektromyografi:** Glazer 1995 (41).

**Kegeløvelser ved seksuell dysfunksjon hos kvinner** som instruert av Helen Kaplan

- hold og slipp pubococcygeus muskelen i 3 sekunder om gangen, 5-15 repetisjoner.
- raske kontraksjoner av pubococcygeus muskelen (*flicking*)
- pust dypt inn og stram pubococcygeus mens luften inhaleres
- press nedover som ved fødsel eller bruk bukpressen som ved avføring. Stram pubococcygeus muskelen når du slipper opp. Øvelsen kan gjøres like før samleie.
- Overtrening er ugunstig, dersom muskelen blir stiv/ømt, reduseres treningen. Deretter økes antall kontraksjoner gradvis som anbefalt. Om en legger øvelsene til regelmessige aktiviteter, vil de minne deg på å trene, f.eks. bilkjøring, oppvask, snakke i telefon, skifte bleier, osv. Prøv å gjøre noen av øvelsene før du står opp om morgnen, da er det ikke samme trykk fra de indre organer på muskelen.

For å sjekke om du bruker riktige muskler kan du sitte på toalettet med knærne så langt fra hverandre som mulig og starte og stoppe vannlating. Ikke blir urolig om du ikke klarer å avklemme urinstråle, det kan ta tid. Resultater kommer ikke umiddelbart. Regelmessige øvelser over flere måneder er vanligvis nødvendig for å merke fremgang. Når god muskel-tonus er etablert, bør vedlikeholdsøvelser fortsette livet ut – 20-25 kontraksjoner eller ”flicks” daglig er tilstrekkelig.

**Klemmeteknikk** (squeeze) for å kontrollere tidlig utløsning (*prematuro ejakulasjon*) hos menn. I likhet med start-stopp teknikk er det en litt paradoksal form for systematisk desensitivisering i det at det innebærer økt bevissthet om tidlige signaler på ejakulasjon in progress, samtidig som hensikten med å gjentatte ganger stoppe ejakulasjonen mekanisk (klemme sammen urinrøret) er å lære kroppen en lengre ejakulasjonslatens.

Hensikten er å sette mannen i stand til å gjenkjenne følelser i penis ved ulike stadier av seksuell tenning, og ved å modifisere stimuleringen lære å bremse sin egen respons ved graderte onaniøvelser. Teknikken krever samarbeid fra kvinnens (partners) side - mens treningen pågår må partner være villig til å sette til side sine behov. Paret stimulerer hverandre ved kjærtegn, kvinnen stimulerer mannens penis med hendene sine. Før mannen får utløsning gir han tegn til partner som tar tak rundt tuppen på penis: i stedet for å bare stoppe stimulering, skal partner legge tommelfingeren på frenulum, som er det punktet der forhuden går opp i en spiss på baksiden av penis, sette pekefinger og langfinger på den andre siden, like under penishodet, og så klemme kraftig til i 3-4 sekunder. En prøver seg frem i samarbeid

med mannen hvor hardt en skal klemme. Deretter slippes opp i 15-30 sekunder og så stimuleres på nytt. Slik trener teknikken på å stoppe utløsning og trangen til utløsning. Behandlingen kan øves et par timer i uken f.eks. tre ganger før penetrasjon de første månedene. Masters & Johnson anbefalte klemme-teknikk ved prematur ejakulasjon (37) og M&J brukte metoden sammen med *quiet vagina*.

**Kognitiv restrukturering:** ved seksuelle overgrep mot barn (42). Utfordre irrasjonelle tanker, øke kontroll, utvikle mellommenneskelige effekter, sosial ferdighetstrening (didaktisk, utviklet for seksuelle overgripere, vedrørende utseende og interaksjon) og sex undervisning (faktisk informasjon om seksualitet, meninger og holdninger).

**Kognitiv terapi:** er en psykoterapeutisk hovedretning som tar utgangspunkt i tenkningen og evnen til å reflektere. Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet av Aaron Beck på 80-tallet som en metode for å hjelpe psykiatriske pasienter å finne fornuftig forståelse og restrukturere sine problemer (43). Det beskrives som et kortvarig, fokusert psykoterapi ut fra funnet av at psykologiske forstyrrelser ofte involverer vanefeil i tankemønstre (kognisjon). Terapeuten assisterer klienten i å finne automatiske tankeprosesser (negative tanker som oppstår hurtig, uten at man er selv bevisst dem) og restrukturerer dem blant annet ved påvisning og med mestringsteknikker. Oppførsel eller følelser (som angst, sinne eller tristhet) kan være betinget i tidligere erfaringer og automatiske tanker er med på å frembringe, forverre og fastholde de belastende følelsene. Et grunnleggende prinsipp er å endre tenkningen så den blir mindre begrensende og selvundertrykkende og mer understøttende, nyanisert og fornuftsbetonet. Kognitiv terapi har utviklet flere subtyper: *rasjonell følelseterapi, kognitiv prosessering og rekonstruktiv terapi*.

**Kognitiv atferdsterapi (KAT)** kombinerer teknikker fra kognitiv terapi med atferdsterapi, på grunnlag av at tanker er tilknyttet humør og atferd. En rekke intervensjoner faller under KAT, og søker å endre individets indre prosesser (kognitivt og emosjonelt) så vel som ytre atferd.

**KAT ved sexologisk behandling** fokuserer på å påvise og redusere faktorer som bidrar til seksuelle problemer som angst, urimelige forventninger, maladaptasjon, tillit til partner (respektløs atferd, uærlighet), utilstrekkelig erotiske stimuli eller ikke-genitale fysiske stimuli (44). Behandlingen søker å fremme endringer i holdninger og seksuelle tanker som bedrer samspill (emosjonell nærhet, kommunikasjon), forsterker erotisk stimulering, øker evnen til å få tilfredsstillelse fra seksuell aktivitet og oppnå orgasme og inneholder typisk a) en læringskomponent (informasjon, video) b) en kognitiv komponent (fornuftsbasert, *reframing*), og c) en atferdskomponent (med hjemmelekser/øvelser).

- **KAT Ellis A-B-C** (45) **A**-Antecedents eller activating event **B**-Beliefs, **C** – emotional consequences tar for seg forutgående hendelser, tro og irrasjonelle tanker, og de emosjonelle konsekvensene (angst). Mens pasienten kan skylde på A (utløsende hendelser) som årsak til angsten, viser terapeuten til B (pasi-

entens irrasjonelle tanker), med kognitive, emotive og atferdsteknikker Terapeuten gir korrigerende innspill og rasjonelle motargumenter (**D**-dispute) for å overvinne og løse problemene (**E**-effekt).

- KAT **biblioterapi**: Terapien gis etter prinsippene til kognitiv atferdsterapi men som selvstudium med hjemmeøvelser og med ingen eller minimal kontakt med terapeuten underveis (46).
- KAT **flermodal ved HSD hos kvinner** (hypoaktiv seksuell dysfunksjon) etter Trudel 1996 (47) inneholdt ni ulike teknikker: analyse av kort- og langsiktige utløsende årsaker til HSD, seksuell informasjon, seksuelle intimitetsøvelser, sensualitetstrening, kommunikasjonsferdigheter, emosjonelle kommunikasjonsferdigheter, gjensidig forsterkning, kognitiv restrukturering og seksuell fantasitrening.
- KAT **McCarthy sexterapi** samlivsterapi (48) med fokus på det seksuelle forholdet, tidsavgrenset (vanligvis mellom 12 og 20 terapitimer) og med vekt på seksuelle øvelser mellom terapitimene (se *McCarthy øvelser*)
- KAT **psykoseksuell**, som beskrevet i Banner 2007 (49)
  - Samtykkeskjema
  - Evaluering, medisinsk inkludert skjema for parfunksjon og erektil funksjon, depresjon og angst.
  - Informasjonsark, loggbok, video om sterkere ereksjoner (50), kommunikasjon
  - Uke 1 hjemmelekse: skrive "pluss"-sider ved deg og din partner
  - Uke 2 kommunikasjonsferdigheter, revidere logg og hjemmelekse
  - Hjemmelekse: bytte på å planlegge en romantisk kveld, "spesiell" kveld med sensuell massasje.
  - Uke 3 Revidere logg og hjemmelekse, diskutere og liste tidligere, nåværende og fremtidige måter å vise kjærlighet og affeksjon til hverandre.
  - Hjemmelekse: planlegge en overraskelse fra denne listen.
  - Uke 4 revisjon og ny evaluering (skjema) for parfunksjon og erektil funksjon
  - Uke 5 Øve kommunikasjon og forhandlings ferdigheter
  - Uke 6 Familiebakgrunn og "utløser"punkter i forholdet
  - Hjemmelekse: bytte på sensuell massasje og "spesiell" kveld
  - Uke 7 avspenning/hypnose.
  - Hjemmelekse: øve på å oppnå/kontrollere ereksjon
  - Uke 8 revisjon av hjemmelekser, innsamling av loggbok, komplettering av evalueringsskjema.
- KAT **Sex terapi ved vaginisme**: som utført av van Lankveld 2006 (51).

Fra et kognitivt perspektiv blir frykt for penetrering for kvinnens vedkommende opprettholdt ved unngåelsesatferd på grunnlag av feilaktige tankesett "penetrering er umulig, vil gjøre vondt og smerten blir uutholdelig" (52). Terapien innebærer sensualitetstrening som hjemmelekse, med selvundersøkelse med håndspeil, berøring, innføring av en, så to, fingre, dilator og kegeløvelser for å øke kontroll over circumvaginal muskulatur og å fremme evnen til å slappe av i disse musklene. Hver deltager laget en hierarkisk liste etter subjektiv vanskelighetsgrad, og eksponeringsøvelsene startet

med det minst angst-utløsende trinnet. Neste trinn ble forsøkt først etter flere vellykkede gjennomføringer av foregående trinn. Hver øvelse hadde to runder, en med fokus på avspenning og neste runde med mer fokus på seksuell tenning. Senere i terapien involveres partner i eksplorasjon av vagina, innføring av fingre og forsøk på innføring av erigert penis. Kognitive forvrenninger som "vagina for liten" eller "stygg" ble bearbeidet ved realitetsorientering og gradert eksponering (53). Slik blir angstreaksjoner gradvis mer nøytrale og erstattet med lystrespons (51).

- KAT: **Stress inokulering** kan inngå i kognitiv atferdsterapi, og omfatter pedagogikk, avslappings- og pusteøvelser, rollespill, guidet indre dialog og tankestoppsteknikker uten overlatt konfrontasjon med traumatiske minner (Meichenbaum 1985) (54).
- KAT: **Stressmestring** etter Antoni ved seksuelle problemer etter kreft (55)
- KAT: **tilbakefallsforebyggende** er sammensatte programmer med fokus på diverse misbruks-relevante målsetninger som å redusere avvikende seksuell tenning og fremme ikke-avvikende seksuell interesse, bedre sosiale ferdigheter og modifisere fordreide tro- og tankemønstre. Dette inkluderer å identifisere høy-risiko situasjoner og omfatter kognitiv atferdstrening, beslutningsmatriser, avspenningstrening, stress- og sinnemestring og terapi-grupper (56) (57).

**Leketerapi *play therapy*:** Ved barn brukes ofte lek som en måte å etablere psykologisk kontakt, som kilde til data, som medium for observasjon og noen gang for å bære kommunikasjon. Behandleren forsøker å kommunisere meningen med barents lek.

**Læringspsykologisk intervensjon:** det er ulike modeller som baserer seg på at informasjon er nødvendig men ikke nok for å endre atferd, en må også være *motivert*, bli engasjert og lære ferdigheter: for eksempel **IMB- modellen** informasjon-motivasjon-atferd-ferdighets modell etter Fisher (58;59).

Læringspsykologisk intervensjon etter strålebehandling for gynekologisk kreft ((60) (gruppeterapi): etter informasjon om vevsskade og seksuelle forandringer etter stråleterapi med forslag til å forebygge senfølger, ble det forsøkt å dele motivasjon for å endre atferd og lære ny atferd for vaginal helse, både med dilatasjonsøvelser og normalisering av seksualitet og seksuell atferd, med mulighet for å facilitere holdningsendringer og utveklse erfaringer (61).

**Lærings intervensjon *Education intervention* (EI)** Psykoanalytisk tilnærming som fokuserer på dynamikken mellom mentale og emosjonelle krefter, og hvordan disse påvirker atferd, tanker og følelser. Ved barn brukes ofte lek som en måte å etablere psykologisk kontakt, som kilde til data, som medium for observasjon og noen gang for å bære kommunikasjon. Behandleren forsøker å kommunisere meningen med barnets lek (62).

**Masters & Johnsons terapi:** Samlivsterapi for par med seksuell dysfunksjon innført av ekteparet William Masters og Virginia Johnson i 1970 (63): Behandlingsprogrammet gir en gradert serie øvelser som paret kan utføre hjemme, fra gjensidig utforskning og kjærtegn (sensualitetstrening- *sensate focus*) uten forventningspress til samleie. Programmet begynner med forbud mot samleie og genital kontakt og med øvelser til prestasjonsangst og frykt for å mislykkes har avtatt og tillitt er etablert (fysisk intimitet, *ikke seksuell* intimitet). "Sensualitetstrening" (se eget oppslag) setter av tid til vekselvis å utforske hverandres kropp ved å berøre, stryke, massere og kjærtegne, for senere å introdusere erotisk og så seksuell kontakt (64). Terapien inneholder to komponenter: partner-assistert behandlingsterapi, der partner er "coach" (treningsassistent), og par-konsultasjoner, der terapeuten hjelper paret å diskutere og finne ut av vanskeligheter og misforståelser, osv. i sitt seksuelle forhold. Negative holdninger til seksualatferd og problemer i parforholdet tas opp dersom det har innvirkning på seksualterapien.

**Modifisert Masters & Johnsons terapi** finnes i mange varianter. Det kan være at det kun er én terapeut, at denne er mannlig (i stedet for to og en av hvert kjønn), hyppigheten på terapitimer (for eksempel med 1 eller to ukers mellomrom), hyppighet på øvelser (f.eks 3x i uken i stedet for daglig), og innholdet i rådgivningen mellom øvelsene. Tilnærmingen med samleieforbud, en gradert sekvens med seksuell lek uten forventningspress, sensualitetstrening og samtaler om holdninger og "motstand" til atferdsendring er ganske lik, f. eks: Carney 1978 (65).

**McCarthy øvelser** sex terapi med kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming etter Barry W. og Emily McCarthy. Et begrep McCarthy benytter er "bridges to sexual desire" – broer til lyst, som omfatter tankemåter og forventninger til seksuell kontakt. En positiv forventning skapes gjennom økt velbehag, attraktivitet, tillit og å skape erotiske scenarier med tema å oppleve og føle seg seksuell. Slik blir paret kognitivt og atferdsmessig oppmerksom på situasjoner og scenarier som etter deres ønsker og respons initierer sex. I stedet for å lage en "riktig" tilnærming eller fasit hjelper terapeuten å utvikle deres *broer* til seksuell lyst. Utfordringen i en slik tilnærming er individualisering – av faktorer i forhold (som ambivalens, emosjoner), verdvalg, ytre (distraksjoner, tidspress, barn) og psykologiske faktorer (sinne, depresjoner, tidligere negative erfaringer) og f.eks. bryte en sirkel av hemmet seksualitet (66;67).

**Metningsterapi** psykologisk tilnærming der avvikende fantasier blir eliminert ved at personen "metter" seg på sine mest erogene fantasier (masturbatorisk metning) (68). Se også *orgasmic reconditioning*.

**Minimal therapist therapy:** Terapeut-ledet veiledning og tilrettelegging til selvhjelp med begrenset eller minimal tid sammen med terapeuten. Behandling som biblioterapi og andre medier som kan være nyttig blir tatt frem etter terapeutkontakt og ikke uavhengig/helt på egen hånd. Nytteverdi av minimal kontakt har med tilgang på terapeut og kostnader å gjøre.

**Multisystemisk terapi (MST):** en familie-basert terapi som følger en sosio-økologisk modell på juvenil avvikende og antisosial atferd og forsøker å ta for seg faktorer i hver ungdom sitt sosiale nettverk som bidrar til atferden. MST gis i nærmiljøet (hjem, skole, nærområde) og drives gjennom familie mer enn ved terapeut. Det kan være disiplinærtiltak hos omsorgsperson, forsterkning av følelsesbånd til familien, redusere kobling til avvikende rollemodeller, fremme sosiale forbilder, bedre skole- eller yrkesprestasjoner, sosiale fritidssysler, utvikle støttenettverk utover familien, og benytte naboer og venner for å hjelpe omsorgspersoner å oppnå og vedlikeholde slike forandringer (69).

**No-demand strategy:** ”ingen forventning” teknikk eller terapi er en samlebetegnelse på øvelser uten prestasjonspress som kan inngå i *sensualitetstrening* (17). Positive følelser, ikke tenning, vektlegges uten forventning om seksualrespons eller ytelse. Paret øver på ikke-krevende samleie, *klemmeteknikk* eller *quiet vagina* (uavhengig av om mannen har problem med prematur ejakulasjon). Paret oppfordres deretter til å øve på teknikker som er behagelig for kvinnen og til spontanitet.

**Onaniøvelser,** ”directed masturbation” lærer kvinner og menn å gjenkjenne erotiske følelser gjennom graderte masturbasjonsøvelser for å være oppmerksomme på egne seksuelle og fysiske følelser og for å oppnå orgasme. Øvelser i direkte genital kontakt og onani for å akseptere egen seksuell anatomi fremkaller hos noen mindre angst da partner ikke er tilstede. Øvelser ved *orgasmesvikt hos kvinner* som beskrevet i Riley 1978 (70) Uke 1 sensualitetstrening (visuell og taktil) uten genital kontakt, Uke 2 kvinnen utforsker vulva og vagina uten partner tilstede. Fantasi og det visuelle blir vektlagt. Uke 3 kvinnen utforsker ytre genitalia med lengre manuell kontakt for å finne erogene punkter (f.eks. klitoris) fremhevet tankegang som stimulerer seksuell tenning (71). Uke 4 manipulering av genitalia i minst 30 minutter av gangen (glikrekrem mot sårhet), Uke 5 +6 Egenstimulering: kvinnen får batterivibrator og blir oppfordret til å eksperimentere videre. Uke 7 kvinnen bruker vibrator med partner tilstede i rommet. Uke 8 partner stimulerer kvinnen med vibrator, hun anviser hvor den gir maksimal stimulering. Uke 9 paret oppfordres til samleie med kvinnen sittende øverst, mens kvinnen stimulerer seg selv med vibrator. Uke 10 paret har samleie i selvvalgt stilling. Stimulering med vibrator stanses før orgasme. Partner gir manuell stimulering under samleie. Uke 11 +12 som uke 10, men vibrator stanses suksessivt tidligere i akten.

**Orgasmeprogram** etter Zeiss ved *situasjonsavhengig orgasmedysfunksjon under samleie*, (72). Programmet følger 12-16 terapitimer, avhengig av fremskritt underveis.

1 Fantasere om samleie ved manuell onani.

2 Samme øvelse i nærvær av mannen eventuelt med gradvis tilvenning om dette er problematisk (*fading procedure*: i nærvær av mannen mens han sover, deretter om partner er våken men trett, deretter om partner samtidig onanerer).



- 3 Øve på innføring av dildo eller lignende og gradvis bevegelse.
- 4 Fantasier om samleie ved onani og innføring av dildo like før orgasme.
- 5 Samme øvelse i nærvær av partner, med gradvis tidligere innføring av dildo (mindre avhengig av manuell stimulering).
- 6 Mannen deltar på kvinnens betingelser som i øvelsene ovenfor.

**Orgasmic reconditioning** en psykologisk tilnærming der pasienter under behandling for overgrep blir opplært i å tenke på egnede seksuelle fantasier forut for orgasme (68).

**Paula Garburgs sfinktermuskeløvelser** (73) Biofeedback behandling av vaginisme, der teorien er at ved avspenning av muskler rundt munn og i ansiktsmuskler oppnår kvinnen samtidig bedre avspenning av bekkenbunnsmuskulatur. Kvinnen får utover behandlingen samtidig innført graderte dilatatorer vaginalt.

**P-LI-SS-IT**-modellen etter Jack Annon (1929-2005)(74) er en pedagogisk modell for å beskrive sexologisk virksomhet. Modellen kan beskrives som en trakt eller en omvendt pyramide som alle sexologiske problemer omfattes i. Disse kan tilnærmes med ulike metoder på de ulike nivåene:

P	IIIIIIII
LI	IIIIII
SS	IIII
IT	II

PLISSIT er et akronym: **P** står for "Permission". Gjennom å gi pasienten tillatelse å snakke om seksualitet og å være seksuell, vil svært mange problemer kunne løses, eller oppløses. Det neste nivået, **LI**, står for "Limited Information". Gjennom å gi begrenset informasjon, for eksempel om prevensjon eller onaniteknikker, vil man kunne løse en del flere problemer. **SS** står for "Specific Suggestions". På dette nivået begynner man å nærme seg behandling, ved at man gir forslag til tiltak, og følger opp disse. Det siste nivået omfatter **IT** "Intensive Therapy". Som man ser av modellen, angår IT en mindre andel av alle sexologiske problemstillinger, men krever mer spesialisert kompetanse.

**Paradoxical intention** (paradoksal intensjon) ved *erekttil dysfunksjon* psykoterapeutisk teknikk for å redusere prestasjonsangst. Det legges til rette for andre aktiviteter som ikke fokuserer på innføring av penis, og å stimulere partner. Paret får beskjed om å bruke minst fire anledninger på en time med utforskning av måter å stimulere hverandre, ved bruk av hender, føtter, munn, tunge, fjær, vibrator, olje, krem eller hva de vil, men med samleieforbud. Underveis kan mannen oppleve fastere ereksjon.

**Parterapi** arbeider med par med blant annet kommunikasjonsproblemer, seksuelle problemer og utroskap, styrking av parforholdet, rusproblemer, trusler og overgrep, verdi- og kulturforskjeller i forholdet, reaksjoner på sykdom eller sorg.

Retninger innen parterapi kan være

- *Atferdsorientert parterapi* fokuserer på kommunikasjon og problemløsningsferdigheter og fremmer atferdsendringer som øker frekvensen av positive interaksjoner og minimaliserer destruktive, negative interaksjoner) (75)
- *Kognitiv terapi og kognitiv-atferdsterapi* (KAT) i parterapi. Mens atferdsterapi legger hovedvekt på atferdsendring, har KAT fokus på at atferdsendring også innebærer endrede måter å tenke på partner og forholdet (76). Kognitive faktorer kan være hvordan forholdet forstås, alternative attributter eller forklaringer på negative reaksjoner, reevaluering av ideer om samlivet i form av kognitiv restrukturering eller som et supplement til atferdsorientert parterapi (77).
- *Emosjons-fokusert terapi* er en psykodynamisk tilnærming som vektlegger følelser ved vansker eller konflikter i familie eller samliv (78). Terapien er basert på tilknytningsteori (79), der sunne tilknytningsbehov ikke blir møtt på grunn av rigide interaksjonsmønstre som blokkerer emosjonell engasjement
- *Innsikts-orientert parterapi*: psykodynamiske og innsiktsorienterte tilnærminger til parterapi er basert på at par oppnår forståelse og innsikt, og deler viktige følelser med hverandre om underliggende forhold bak dysfunksjonelle interaksjonsmønstre. I forhold til emosjons-fokusert terapi legger innsiktsorientert terapi mer vekt på underbevisstheten (80).

**Pubococcygeal muscle control technique** ved prematur ejakulasjon. Pubococcygeus muskelen omslutter urinrør og påvirker sæd og urin flow, ereksjon og ejakulasjon. Kontraksjon holder igjen urin ved vannlatingstrang og kan trenes ved å stramme og slippe muskelen. Tanken er at styrking og kontroll av muskelen kan påvirke ejakulasjon (81).

**Quiet vagina** Samleieøvelse ved manglende ejakulatorisk kontroll (*prematuro ejakulasjon*). Etter øvelse med klemmeteknikk innføres penis mens kvinnen sitter øverst, foroverbøyd og uten bevegelse. Paret ligger stille i 20-30 minutter med penis i vagina og uten bevegelse utover det som behøves for å vedlikeholde ereksjon. Øvelsen følger etter kontrolløvelser med utenomvaginal stimulering og kan veksle med klemmeteknikk (se også *no-demand* terapi). Etter kontroll oppnås på disse øvelsene, kan paret gå videre til at først kvinnen og senere mannen beveger bekkenet med sakte bevegelser, senere hurtigere.

**Rasjonell-emotiv atferdsterapi** (Rational-Emotive therapy, RET) *for menn* ble er en kognitiv atferdsterapi grunnlagt av Albert Ellis (1913-2007) på 50-tallet (45;82;83). Grunnleggende er synet på at mennesker reagerer ikke bare på uheldige

omstendigheter/motgang men ut fra hvordan de konstruerer sine tanker, tro, meninger og filosofi til et realitetsbilde omkring hendelsen(e). RET søker å korrigere tankeforstyrrelser som kan tenkes å hindre seksualfunksjon. Det utfordrer negative automatiske tanker og dysfunksjonelle underliggende forestillinger som vedlikeholder for eksempel erektil dysfunksjon, ved "hypotese-testing" i samarbeid, atferdsøvelser og ferdighetstrening. Det er utviklet flere kognitiv atferdsterapi manualer for RET, inkludert problemløsning og selvkontrolls terapi. Typisk pågår behandlingen over 12 til 16 møter. Nøkkel-elementer i modellen er læringsspsykologisk og kognitiv intervensjon, reduksjon av seksuell- og prestasjonsangst, nedskrivning og evaluering, modifisering, konfliktløsning og forsterkning av parforholdet, samt å trene på å unngå tilbakefall (84;85). Ellis ble i 1982 kåret av det amerikanske psykologi forbundet (APA) til det 20. århundrets mest innflytelsesrike psykoterapeut etter Carl Rogers Se *KAT Ellis ABC*.

**Rasjonell-følelser selvanalyse** (rational-emotive selfanalysis) (86) *for kvinner med vaginisme* innebærer kognitiv restrukturering, der en først tar for seg mindre problemer og benytter det som problemløsnings strategi ved eksponeringsterapi. Deltagerne øvde på å gjenkjenne irrasjonelt tankegodt og hvordan å konvertere disse til mer rasjonelle tankesett. Et tankesett ble regnet som mer rasjonelt om det hjalp ved gjennomføring av øvelsene. Før faktisk eksponering øvde deltagerne gjentatte ganger på å forestille seg øvelsen i tankene. Van Lankveld benyttet "flash-cards" for de ulike øvelsene (51).

**REASSURE** Modell for sexologisk behandling etter J. Kuriansky (87)

**R** – reassure: Forsikre pasienten om at de er normale

**E** – explanation: Kunne gi *forklaringer* på ting som ikke er i orden

**A** - ask questions: Still *spørsmål* for å få innblikk i og avklare for lege og pasient hva som er det spesifikke problemet

**S** – support: Pasienten trenger *støtte* og validering og trenger å få vite at de ikke er alene med vanskelighetene når de har seksuelle problemer

**S** - specific suggestions: "Spesifikke *forslag*", komme med løsninger, fra enkle råd til sammensatte program eller øvelser etter pasientens behov

**U** - understanding – Dypere forståelse, *innsikt* i om det f.eks. ligger medisinske eller emosjonelle forhold bak de seksuelle problemene. Grundig medisinsk undersøkelse inngår her.

**R** – referral -*Henvise*. Mange behandlere er ikke fortrolige med sexologisk terapi eller kan ha grunnleggende kjennskap til og forståelse av faget men er ukomfortable med å lede sexologisk behandling innenfor spesifikke seksualemnner. Da er det bedre å henvise.

**E** - encouragement – *Oppmuntre*, være positiv, støttende og berolige. Formidle håp om bedring til pasienten, bytte angst eller selvbekredtelse med håp, lære og oppmuntre pasienten til at de kan overvinne sine seksuelle problemer og bekymringer.

**Seksualterapi for kvinner som har orgasmeproblemer** eller aldri har hatt orgasme etter LoPiccolo og LoPiccolo (88) er et ni-trinns onani desensitiveringsprogram, øvelsene utføres en uke før neste trinn påbegynnes.

- 1 Gynekologisk undersøkelse. "Komme i kontakt med egen kropp", se på naken kropp, slappe av i varmt bad. Kvinnen får selv undersøke genitalia med håndspeil, bekkenbunnsøvelser forklares og hun får med instruksjon i Kegeløvelser.
- 2 Visuell og taktil utforskning av genitalia uten å skape forventning/tenning (desensitivisering).
- 3 Visuell og taktil utforskning av genitalia med formål å lokalisere områder som fremkaller pirrende følelser når de blir stimulert.
- 4 Konsentrasjon på manuell stimulering av de identifiserte områdene.
- 5 Økt intensitet og varighet av masturbering dersom ikke orgasme ble oppnådd på trinn 4 (kan ta opptil 45 minutter med stimulering). Kan bruke erotisk litteratur eller video.
- 6 Dersom orgasme ikke ble oppnådd ved trinn 5 anbefales innkjøp av vibrator, med glidekrem og eventuelt pornografisk materiale.
- 7 Etter orgasme er oppnådd med egenstimulering, involveres partner. Første øvelse er at partner observerer kvinnen når hun onanerer. Dette krever desensitivisering foran partner.
- 8 Partner overtar og stimulerer kvinnen slik hun selv har demonstrert i trinn 7
- 9 Etter orgasme er oppnådd ved trinn 8, får paret begynne med samleie, mens partner fortsetter stimulerer kvinnens genitalia manuelt eller med vibrator. Når dette trinnet er vellykket gjennomført regnes behandlingen som ferdig.

**Seksuell dysfunksjonsorientert trening for menn** som skissert av Lobitz og Baker 1979 (89) innebærer a) onaniøvelser slik at ereksjon oppnås uten angst b) instruksjon i sensualitetstrening, start-stopp teknikk og klemmeteknikk for å motvirke hurtig ejakulasjon c) øvelser i følelsesbevissthet som svekker prestasjonsangst og fremmer erotiske følelser d) diskusjon og rettelse av misoppfatninger vedrørende forhold og seksualitet og e) øvelse i å dele tanker om seksuell utilstrekkelighet.

**Seksuell dysfunksjonsorientert trening for kvinner** som beskrevet i Stravynski 2007 (37) er atferdsterapi basert på elementer fra Handbook of sexual dysfunctions til LoPiccolo 1987 (90). Terapien inneholdt 1) avklart tid og sted avsatt til seksuelle aktiviteter 2) sensualitetstrening 3) gradvise onaniøvelser 4) diskusjon om misoppfatninger om seksualitet og forhold og 5) øvelse i å meddele angst for seksuell utilstrekkelighet. Terapien inneholder således elementer fra Masters & Johnsons terapi med tillegg av onaniprogram (se ovenfor).

**Semans metode:** se *start-stopp teknikk* ved prematur ejakulasjon.

**Sensualitetstrening:** "*Sensate focus*" er en seksualterapi utviklet av Masters & Johnson (64) for å behandle par med seksuelle problemer for å unngå seksuell prestasjonsangst. Sensualitetstrening innebærer at par får nøye instruksjon om hvordan

de skal tilnærme seg hverandre seksuelt, med elementer av desensitivisering og atferdsterapi. Hos Masters & Johnson inngikk sensualitetstrening i en to-ukers intensivterapi. (Sensualitetstrening er også kalt *in vivo* desensitivisering). I utgangspunktet (*sensate focus I*) innføres samleieforbud, for at paret skal kunne erfare egne og partners følelsemessige og kroppslige reaksjoner i en seksuell situasjon, uten prestasjonskrav. I to sesjoner (gjærne 30 minutter om gangen) berører først den ene, så den andre partnerens kropp utenom genitalia og bryster, med instruksjon om ikke å være seksuell men ha sensuell fokus på overflate, temperatur, kontur, eller kun varhet for selve berøringen. Sesjonene gjøres om mulig uten tale for ikke å distrahere fra de fysiske følelser og ikke rasjonalisere. I andre fase (*sensate focus II*) omfattes også generell kroppsberøring medregnet genitalia og bryster, men uten samleie og orgasme. Øvelsene skal ikke vare så lenge at deltagerne blir slitne eller lei. Nonverbal kommunikasjon inngår, som ”*handriding*” – der en legger hånden over partnerens hånd og indikerer om en ønsker mer eller mindre trykk, annet tempo eller om den skal flyttes - uten å ta kontroll over partners berøring. I tredje fase inngår gjensidig berøring, og i senere faser tar kvinnen stilling øverst fortsatt uten innføring av penis. Kvinnen kan gni penis mot clitoris eller skjedeåpning uavhengig av om partner har ereksjon eller ikke, men vender tilbake til ikke-genital berøring dersom partner blir orgasmeorientert eller engstelig. Etter en eller to sesjoner på dette nivået, er ofte paret komfortabel med å gå videre til samleie. Sensualitetstrening inngår i Master & Johnsons terapi.

**Sex gruppeterapi for menn** etter Rosen 1995 ble utviklet som en tidsavgrenset terapi (8-16 møter) for erektil dysfunksjon (ED). ED kobles til nåværende mellommenneskelige erfaringer, inkludert sosiale ferdighetstrening og terapien inneholdt presentasjoner, rollespill, diskusjon og hjemmelekser som tar for seg generell læring og informasjon om mannlig seksualitet, kvinnelig seksuell anatomi og fysiologi, angst i seksuelle situasjoner, kommunikasjonstrening, myter om mannlig seksualitet, glede uten prestasjonspress, bruk av erotisk fantasi, taktil utforskning, og tillatelse til å nyte seg selv (6). Sesjonene ble supplementert med biblioterapi (91).

**Sex gruppeterapi for kvinner** etter Rosen 1995 (6) inneholdt didaktisk informasjon, diskusjon, øvelser og hjemmelekser - som for eksempel presentasjon av seksual anatomi og fysiologi, diskusjon om bruk av erotisk fantasi, øvelser innen taktil utforskning, supplementert med biblioterapi (ulik litteratur, oftest ikke definert).

**Sex gruppeterapi for par** som beskrevet av Hartman 1980 (92) vektlegger læring, holdningsendring og anledning til å oppleve sensualitet og seksuelle følelser med minimal angst og inhibering. Det blir fremhevet å utøve ny atferd hjemme. En verbal disinhiberingsøvelse ble brukt for å facilitere åpen diskusjon om seksualitet. På fem samlinger beskrives: Første samling: instruksjon i sensualitetstrening uten genital stimulering, uten forventning om tenning og orgasme – slik at det ikke fokuseres på prestasjon og nederlag. Etter hver påfølgende samling åpner gruppen med å diskutere erfaringene sine med de foreslåtte aktivitetene – hva de tenkte på (kognitiv),

og følelsesmessige aspekter (affektiv). Andre samling fokuserer på initiativ og avvising, onani og mangfold i seksuell aktivitet, og kjærtegn som fører til tenning men ikke orgasme. I tredje og fjerde samling diskuteres spesifikke seksuelle preferanser med vekt på effektiv tilbakemelding og instruktiv assistanse mellom de to i paret. Om responsen til genital stimulering er positiv, kan neste trinn være ekstracoital orgasme eller coitus etter parets preferanse – her er forslagene individuelle men innebærer for eksempel gradert onanitrenning, Kegels øvelser, fantasilek, orgasmeutløsning, stop/start eller klem-teknikk, vaginaldilatasjonsøvelser, rollespill for overdreven tenning eller orgasme, osv. Ved siste samling formulerte parene en individuell plan for deres seksuelle aktivitet over kommende uker og måneder, med vekt på å opp-prioritere aktivitet, eksperimentere med teknikker, på kommunikasjon og feedback strategier og på å endre eller bryte sedvanlige rutiner og mønstre når de elsker.

**Sex surrogatterapi** (lat: *sub rogare*: i noen andres sted). Da enkelte seksualterapi forutsetter parbehandling og hjemmeøvelser, stilte Masters & Johnsons seksualpartner til enslige i behandlingen. De forlot dette av blant annet mediko-legale grunner. Hartmann og Fithian utdannet surrogatpartnere som inngikk i terapi for blant annet enslige funksjonshemmede kvinner, og både Dauw i Chicago (93) og Martin Cole i Birmingham (94) behandlet over 400 menn med erektil dysfunksjon ved henvisning til surrogatpartner men praksisen er kontroversiell (95;96).

**Sexual tune-up** (Wincze 1991) er et gruppeterapiprogram for menn med nedsatt seksualfunksjon, som tar for seg prestasjonsangst, fysisk eller psykologisk tilbaketrekking fra partner, m.m. Første samling: sammenhengen mellom angst og ereksjon (video), gjennomgang av vanlige reaksjoner på ereksjonsvanskeligheter, deretter avspenningsøvelser og hjemmeøvelser. Andre samling: Sensualitetstrening med ikke-seksuell massasje og kommunikasjon samt notering av egen og partners reaksjon på massasje. Øvelsene gjøres 3-4 ganger i uken. Deretter kommer sensualitetstrening med genital kontakt, men uten samleie og fjerde samling tar for seg evnen til ereksjon for å gjennomføre samleie, eventuelle hjelpemidler, evaluering og resultat (ereksjonsvarighet og seksuell interaksjon) (97).

**Spectatoring** ble foreslått av Masters & Johnson (1970) som en prosess der en prøver å se seksuell aktivitet i 3. persons perspektiv i stedet for å fokusere på egne følelser – for å unngå prestasjonsangst (98). Dette er med motsatt fortegn fra *sensate focus*, der egne følelser er i hovedsetet.

**Squeeze** teknikk ved prematur ejakulasjon, se *klemmeteknikk*

**”Start-stopp”** (*stop-and-start, eller pause*) teknikk for prematur ejakulasjon beskrevet av Semans 1956 (99), også kalt *Semans metode*. Det er en form for *systematisk desensitivering*. Det innebærer økt bevissthet om de tidlige signalene på ejakulasjon *in progress*, kanskje en ”systematisk resensitivering” er en bedre beskrivelse.

Eksempel på instruksjon: Paret samarbeider om *sensualitetstrening*. Når en merker at det er like før han får utløsning stopper partner stimulering eller kjærtegnene. Paret skal så vente til ereksjonen har gått tilbake eller spenningen har gitt seg, og så begynne kjærtegne på nytt. Dette bør gjentas fire til fem ganger før mannen får utløsning. Deretter gjentas start-stopp stimulering, denne gang med glidemiddel. Teknikken kan også utøves intravaginalt med kvinnen øverst. Mannen har hendene på kvinnens hofter, og stanser kvinnens bevegelser når han nærmer seg klimaks. Deretter signaliserer han når hun kan bevege seg igjen og han venter til tredje stimulering før han når klimaks. I første periode har ikke mannen bekkenbevegelser. Når mannen har mer kontroll kan han delta med bekkenbevegelser. Deretter kan start-stopp teknikk intravaginalt utøves i sideleie, og senere med mannen øverst. Når mannen har kontroll ved å stoppe kan han øve på å forbedre kontrollen ved å bevege saktere istedet for å stoppe helt opp ved høy spenning. Teknikken er integrert i Helen Kaplans terapi (38). Dersom teknikken er vanskelig for mannen for å holde igjen, kan paret prøve *klemme*-teknikken.

**Stress inokulering** kan inngå i kognitiv atferdsterapi, og omfatter pedagogikk, avspennings- og pusteøvelser, rollespill, guidet indre dialog og tankestoppsteknikker uten overlatt konfrontasjon med traumatiske minner (54).

**Stuffing** ved *erektil dysfunksjon* – om mannen forbigående har ereksjonsproblemer betyr det ikke at han ikke kan nyte kontakt med vagina. Hvis han er avslappet eller delvis stimulert, kan mannen eller kvinnen ”stuff” (stappe) penis i skjeden (*vaginal stuffing* – kvinnen øverst), slappe av, merke taktile følelser og gjøre sakte bevegelser som kjennes behagelige. Om det fører til angst kan samleiet avbrytes til en annen anledning (100).

**Successive approximation** psykoterapeutisk teknikk ved seksuell dysfunksjon hos menn: en tilnærming der mannen tenker på at han deltar i genitalt samleie med full ereksjon mens han stimulerer seg selv. Dette kan øke muligheten for at begge atferder overføres ved faktisk samleie.

**Systematisk desensitivisering** En atferdsterapi som ofte brukes ved behandling av seksuell dysfunksjon der dyp muskelavslappning brukes for å redusere situasjonsavhengig angst. *Systematic desensitization* ble utviklet av Wolpe 1961 (22) og kalles noen ganger *gradert eksponeringsterapi* eller ”*flooding*”. Flooding innebærer ulike avspenningsteknikker og gradvis innføring av en finger eller graderte størrelser av dilatatorer i skjeden (101). Se *desensitivisering*.

**Systemisk** Systemene handler om objektet- for eksempel klienten, eller problemet, som betraktes som et system (og som består av, er en del av eller er i samspill med andre systemer), eks Engel 1977 (102).

**Teasing exercise:** øvelse ved ereksjonsforstyrrelse fra M&J (63): innebærer å starte tidlig på dagen, skrive kjærlighetserklæringer eller åpent, diskutere intime planer med partner, forspill uten forhastelse, sensuell berøring tidlig på morgenen slik at en går fra hverandre med lyst på mer når en kommer hjem.

**Tilbakefallsforebyggende terapi:** se under Kognitiv atferdsterapi

**Transteoretisk tilnærming** (transtheoretical approach, TTM):. En stadiemodell for endring av atferd, opprinnelig utviklet for behandling av avhengighetsatferd (som røyking, alkohol og rusmisbruk), i erkjennelse av at for eksempel røykeslutt ikke bare er å ”stumpe røyken” som en enkelt handling.

De fem stadiene i atferdsendring ved problematferd (stages of change) er:

- 1) *Prekontemplering* (personen har ingen intensjon om å endre problematferd, kan søke hjelp men som oftest kun om de blir presset av personer rundt seg),
- 2) *kontemplering*, (selv klar over problemet, beslutningsvegring),
- 3) *forberedelse*, (et stadium der personen har bestemt seg, men enda ikke begynt. Fokus på planlegging: når/hvor og hvordan),
- 4) *handling* (her gjøres det en aktiv innsats for å endre atferden – en kritisk fase som også innebærer å forandre livsstil og fjerne elementer fra miljøet rundt som assosieres med den negative atferden) og
- 5) *opprettelse* (vedlikehold, konsolidere endringen for å unngå tilbakefall)

Da dr Prochanska innførte begrepet i 1979 (103;104) viste han til at det var rundt 36 ulike systemer for psykoterapi på 1950-tallet som hadde økt til 130 i 1975. Han valgte 18 som fremstod som hovedteorier og gjorde en sammenlignende analyse på psykoterapi og atferdsforandring (derav *trans*-teoretisk). Opprinnelig inneholdt modellen fire variabler: Betingelser for terapi, endringsprosesser, innhold som skal forandres og terapeutisk relasjon. Videreutvikling av modellen inneholder nå fem kjerner: Stadiene som skal til for å endre atferd, endringsprosesser (mellom stadiene), beslutningsbalanse (pro/con), selvhjulpenhet og fristelse. Modellen er også brukt på helsefremmende atferd som trening og deltagelse i mammografiprogrammet. Behandlingen sikter på det stadiet individet befinner seg på (105;106).

**Waring kognitiv terapi** Familierapi for ektepar med psykosomatiske symptomer av uklar etiologi, som vektlegger åpenhet mellom ektefellene, økt intimitet i ekteskapet og bedring av kroniske symptomer som er vedlikeholdt av mistilpasninger (107).



### Referanseliste vedlegg 3

1. Feldman J, Strieppe M. Women's sexual health Clin Fam Pract 2004;6(4): 839-61.
2. Sadovsky R. The role of the primary care clinician in the management of erectile dysfunction Rev Urol 2002;4(Suppl 3):S54-S63.
3. Meichenbaum D. Changing conceptions of cognitive behavior-modification - Retrospect and prospect J Consult Clin Psychol 1993;61(2):202-4.
4. Weijmar Schultz WC, Gianotten WL, van der Meijden WI, van de Wiel HB, Blindeman L, Chadha S, et al. Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. J Psychosom Obstet Gynaecol 1996;17(3):143-8.
5. Hawton K. Treatment of sexual dysfunctions by sex therapy and other approaches. Br J Psychiatry 1995;167(3):307-14.
6. Rosen RC, Leiblum SR. Treatment of sexual disorders in the 1990s - An integrated approach. J Consult Clin Psychol 1995;63(6):877-90.
7. Chua CA. A proposal for a radical new sex therapy technique for the management of vasocongestive and orgasmic dysfunction in women: The AFE Zone Stimulation Technique. Sex Marital Ther 1997;12(4):357-70.
8. Laws DR, Meyer J, Holmen ML. Reduction of sadistic sexual arousal by olfactory aversion - Case-study. Behav Res Ther 1978;16(4):281-5.
9. McGuire RJ, Vallance M. Aversion therapy by electric shock. A simple technique. Br Med J 1964;1(5376):151-3.
10. Jacobson E. Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
11. Wolpe J, Lazarus AA. Behavior therapy technique New York: Pergamon Press; 1966.
12. Schultz JH, Luthe W. Autogenic training. New York: Grune & Stratton; 1959.
13. Struck P, Ventegodt S. Clinical holistic medicine: teaching orgasm for females with chronic anorgasmia using the Betty Dodson method. Scientific World Journal 2008;8:883-95.
14. Marrs RW. A meta-analysis of bibliotherapy studies. Am J Community Psychol 1995;23(6):843-70.
15. Kairaluoma MV, Aukee P, Elomaa E. [Dysfunctions associated with pelvic floor function, and their diagnostics]. Duodecim 2009;125(2):189-96.
16. DiCara LV, Miller NE. Instrumental learning of systolic blood pressure responses by curarized rats. Psychosom Med 1968;30(5):489-94.
17. Hartman WE, Fithian MA. Treatment of sexual dysfunction: A bio-psycho-social approach. New York: Jason Aronson; 1974.
18. Eichel EW, de Simone J, Kule S. The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm. J Sex Marital Ther 1988;14(2):-141.

19. Pierce AP. The coital alignment technique (CAT): an overview of studies *J Sex Marital Ther* 2000;26(3):257-68.
20. McConaghy N, Blaszczynski A, Kidson W. Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77(2):199-206.
21. Apfelbaum B. The diagnosis and Treatment of Retarded Ejaculation. In: Leiblum S, editor. *Principles and practice of Sex Therapy*. 1980. p. 263-98.
22. Wolpe J. The systematic desensitization treatment of neuroses *J Nerv Ment Dis* 1961;132:189-203.
23. Butters JW, Cash TF. Cognitive behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(6):-897.
24. Marks IM. *Cure and care of neuroses - theory and practice of behavioral psychotherapy*. New York: Wiley; 1981.
25. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. 2nd. ed. New York: Guilford Press; 2001.
26. Stampfl TG, Levis DJ. Essentials of implosive therapy: a learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *J Abnorm Psychol* 1967;72(6):496-503.
27. Boudewyns PA, Shipley RH. *Flooding and Implosive Therapy: Direct Therapeutic Exposure in Clinical Practice*. Plenum Pub Corp; 1983.
28. Jarrousse N, Poudat FX. Directive therapy: Flooding or systematic desensitization? *Psychologie Medicale* 1986;3:3-9.
29. Desjardins JY. Sexo-corporal therapy and sexual functionality. *Psychothérapies* 1986;1:51-8.
30. de Carufel F. Sexo-corporal therapy and sexual functionality. *Cahiers des sciences familiales et sexologiques* 1990;13:109-19.
31. de Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2):97-114.
32. Carr F, Sutter P. Anglehart Pr, editor. *Confidential File 101 (Dr. Carter)*. 2001.
33. Heiman J, LoPiccolo L, LoPiccolo J. *Becoming orgasmic: A sexual growth program for women*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1976.
34. Ventegodt S, Clausen B, Omar HA, Merrick J. Clinical holistic medicine: Holistic sexology and acupuncture through the vagina (Hippocratic pelvic massage). *TheScientificWorldJournal* 2006;6:2066-79.
35. Jones W. *Hippocrates*. London: William Heineman; 1923.
36. Fowler RS. Vulvar vesiculitis: response to hypocontactant vulvar therapy. *J Low Genit Tract Dis* 2000;4:200-3.
37. Stravynski A, Gaudette G, Arbel N, Bounader J, Lachance L, Clerc D, et al. The treatment of sexually dysfunctional women without partners: A controlled study of three behavioural group approaches. *Clin Psychol Psychother* 2007;14(3):211-20.

38. Kaplan HS. The new sex therapy: Active treatment of Sexual Dysfunctions. New York: Brunner/Mazel; 1974.
39. JONES EG, Kegal AH. Treatment of urinary stress incontinence with results in 117 patients treated by active exercise of pubococcygeal. *Surg Gynecol Obstet* 1952;94(2):179-88.
40. Kegel AK. The Kinsey report. *J Am Med Assoc* 1953;153(14):1303-4.
41. Glazer HI, Rodke G, Swencionis C, Hertz R, Young AW. Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med* 1995;40(4):283-90.
42. Kenworthy T, Adams CE, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD004858.
43. Beck A. Cognitive therapy In: Zeig JK, editor. The evolution of psychotherapy. New York: Brunner/Mazel; 1987. p. 149-63.
44. Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *NEJM* 2006;354(14):1497-506.
45. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, N.J.: Citadel Press; 1962.
46. van Lankveld JJDM, Everaerd W, Grotjohann Y. Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *J Sex Res* 2001;38(1):51-67.
47. Trudel G, Ravart M, Aubin S. Hypoactive sexual desire disorders in couples: A cognitive-behavioral perspective. In: Lonsdale J, Powell S, Solomon L, editors. The Hatherleigh guide to marriage and family therapy. New York: Hatherleigh Press; 1996. p. 219-39.
48. McCarthy BW. Cognitive-behavioral strategies and techniques in the treatment of early ejaculation. In: Leiblum SR, Rosen RC, editors. Principles and practice of sex therapy. 2. New York: Guilford Press; 1989. p. 141-67.
49. Banner LL, Anderson RU. Integrated sildenafil and cognitive-behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: A pilot study. *J Sex Med* 2007;(4ii):1117-25.
50. Schoen MA. A man's guide to stronger erections. Chapel Hill, NC: Sinclair Intimacy Institute; 1997.
51. van Lankveld JJ, Ter Kuile MM, De Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(1):168-78.
52. Leiblum SR. Vaginismus: A most perplexing problem. In: Leiblum S, Rosen R, editors. Principles and practice of sex therapy. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2000. p. 181-202.
53. Hawton K, Catalan J. Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sex Marital Ther* 1990;5:39-48.

54. Meichenbaum D. Stress inoculation training. New York: Pergamon Press; 1985.
55. Antoni MH, Baggett L, Ironson G, LaPerriere A, August S, Klimas N, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(6):906-15.
56. Nelson C, Miner M, Marques J, Russell K. Relapse prevention: A cognitive-behavioral model for treatment of the rapist and child molester. *J Soc Work Hum Sex* 1988;7(2):125-43.
57. Marques J, Nelson C, West MA, Day DM. The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behav Res Ther* 1994;32(5):577-88.
58. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull* 1992;111(3):455-74.
59. Fisher JD, Fisher WA, Misovich SJ, Kimble DL, Malloy TE. Changing AIDS risk behavior: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychol* 1996;15(2):114-23.
60. Jeffries SA, Robinson JW, Craighead PS, Keats MR. An effective group psychoeducational intervention for improving compliance with vaginal dilation: a randomized controlled trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;65(2):404-11.
61. Krumm S, Lamberti J. Changes in Sexual-Behavior Following Radiation-Therapy for Cervical-Cancer *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1993;14(1):51-63.
62. Sherr L, Sterne A. Evaluation of a counselling intervention in primary schools. *Clin Psychol Psychother* 1999;6(4):286-96.
63. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown & Co.; 1970.
64. Mathews A, Whitehead A, Kellett J. Psychological and hormonal factors in the treatment of female sexual dysfunction. *Psychol Med* 1983;13(1):83-92.
65. Carney A, Bancroft J, Mathews A. Combination of hormonal and psychological treatment for female sexual unresponsiveness: A comparative study. *British Journal of Psychiatry* 1978;133:-346.
66. McCarthy B, McCarthy E. Sexual awareness: enhancing sexual pleasure. New York: Carol & Graf; 1984.
67. McCarthy BW, Bodnar LE, Handal M. Integrating Sex Therapy and Couple Therapy: Sex therapy strategies and techniques for each dysfunction. In: Harvey JH, Wenzel A, Sprecher S, editors. *The Handbook of Sexuality in Close Relationships*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 2004. p. 573-94.
68. White P, Bradley C, Ferriter M, Hatzipetrou L. Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *Cochrane Database Syst Rev* 1998;(4):CD000251.

69. Borduin CM, Henggeler SW, Blaske DM, Stein RJ. Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 1990;34(2):113.
70. Riley AJ, Riley EJ. A controlled study to evaluate directed masturbation in the management of primary orgasmic failure in women. *Br J Psychiatry* 1978;133:404-9.
71. LoPiccolo J, Stock WE. Treatment of sexual dysfunction *J Consult Clin Psychol* 1986;54(2):158-67.
72. Zeiss RA. Self-administered treatment for premature ejaculation: A controlled investigation. *Diss Abstr Int* 1977;38(6-B):2896.
73. Garburg.P. The secret of the ring muscles. Healing yourself through sphincter exercise. New York: Avery Publishing Group; 1997.
74. Annon JS. Sexual dysfunction - A behavioral approach to causation, assessment, and treatment. *Contemp Psychol* 1980;25(11):919-20.
75. Jacobson NS, Margolin G. Marital therapy:Strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York: Brunner/Mazel; 1979.
76. Baucom DHEN. Cognitive behavioral marital therapy. New York: Brunner/Mazel; 1990.
77. Baucom DH, Epstein N, Sayers S, Sher TG. The Role of Cognitions in Marital Relationships - Definitional, Methodological, and Conceptual Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(1):31-8.
78. Johnson SM, Greenberg LS. The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In: Jacobson NS, Gurman AS, editors. *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guildford Press; 1995. p. 121-41.
79. Bowlby J. *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge; 1988.
80. Snyder DK, Wills RM. Behavioral Versus Insight-Oriented Marital-Therapy - Effects on Individual and Interspousal Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(1):39-46.
81. Perelman MA, McMahon CG, Barada JH. Evaluation and treatment of the ejaculatory disorders. In: Lue T, editor. *Atlas of Male Sexual Dysfunction*. Philadelphia, Pennsylvania: Current Medicine, Inc.; 2004.
82. Ellis A. Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology* 1957;13:38-44.
83. Ellis A. *The American sexual tragedy*. New York: Lyle Stuart and Grove Press; 1962.
84. Ellis A. Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. *Int J Group Psychother* 1992;42(1):63-80.
85. Munjack DJ, Schlaks A, Sanchez VC, Usigli R, Zulueta A, Leonard M. Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure: an initial study. *J Sex Marital Ther* 1984;10(3):170-5.

86. Maultsby MC. Help yourself to happiness through rational self-counselling. Boston: Esplanada; 1975.
87. Kuriansky JB, Sharpe L. Guidelines for Evaluating Sex Therapy  
J Sex Marital Ther 1976;2(4):303-8.
88. LoPiccolo J, LoPiccolo L. Handbook of sex therapy. New York: Plenums Press; 1978.
89. Lobitz WC, Baker EL, Jr. Group treatment of single males with erectile dysfunction. Arch Sex Behav 1979;8(2):127-38.
90. LoPiccolo J, LoPiccolo S. Handbook of sexual dysfunctions. New York: Plenum; 1987.
91. Price SC. Group treatment of erectile dysfunction for men without partners: A controlled evaluation. Arch Sex Behav 1981;10(3):-268.
92. Hartman LM. Relationship factors and sexual dysfunction: Implications for assessment and treatment. Can J Psychiatry 1980;25(7):560-3.
93. Dauw DC. Sex therapy innovations. Prospect Heights, IL: Waveland Press; 1984.
94. Cole M. The aetiology and treatment of sex disorders: The socio-sexual parameters of a male patient sample and the results of a programme using surrogate partner therapy. B A B P bulletin 1977;5(1):2-3.
95. Noonan RJ. Sex surrogates: a clarification of their functions in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts Submitted in the Department of Health Education, School of Education, Health, Nursing, and Arts Professions, New York University, 1984.
96. Wolfe L. The question of surrogates in sex therapy. In: Lo Piccolo J, Lo Piccolo L, editors. New York: Plenum Press; 1978. p. 491-7.
97. Wincze J, Carey M. Sexual dysfunction: a guide for assessment and treatment. New York: Guildford Press; 1991.
98. Trapnell PD, Meston CM, Gorzalka BB. Spectatoring and the relationship between body image and sexual experience: Self-focus or self-valence? Journal of Sex Research 1997;34(3):267-78.
99. Semans JH. Premature ejaculation: a new approach. South Med J 1956;49:353-8.
100. Zasler ND, Horn LJ. Rehabilitative management of sexual dysfunction. Journal of Head Trauma Rehabilitation 1990;5(2):-24.
101. Rimm DC, Masters JC. Behavior therapy: Techniques and empirical findings. New York: Academic Press; 1987.
102. Engel GL. Need for A New Medical Model - Challenge for Biomedicine  
1. Science 1977;196(4286):129-36.
103. Prochaska J, Norcross J. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole; 1979.

104. Prochaska JO, Diclemente CC. Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. *Psychotherapy-Theory Research and Practice* 1982;19(3):276-88.
105. Ryan PE. A study of the effect of the transtheoretical approach upon sex offenders. *Diss Abstr Int: B* 1998;58(12B):6825.
106. Bridle C, Riemsma RP, Pattenden J, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, et al. Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology & Health* 2005;20(3):283-301.
107. Waring EM. Marital Intimacy, psychosomatic symptoms, and cognitive therapy. *Psychosomatics* 1980;21(7):595-7, 671.

---

## Vedlegg 4 Måleskala for seksualfunksjon

---

Kilde til hver skala er oppført etter vedlegg 4 Kort seksuell symptomliste (161)	Kilde i hoveddokument:
<i>Psykometriske skalaer for seksualfunksjon hos kvinner</i>	<i>tabell 2</i>
<i>BSRQ Body-Self Relations Questionnaire Sexuality Evaluation (1)</i>	<i>(240)</i>
<i>DSFI Derogatis Sexual Functioning Inventory, (2)</i> <i>258 spørsmål (informasjon, erfaring, seksualdrift, holdning, psykologiske symptomer, affekt, kjønnsolle, fantasi, kroppsbilde, helhetlig tilfredshet). kortversjon: DSFI-SR (25 spørsmål)</i>	<i>(129;130;137)</i>
<i>Dyadic Adjustment Scale (3) for par med samlivsproblemer</i>	<i>(129;131)</i>
<i>FSFI Female Sexual Function Index (4) (lyst, tenning, lubrikasjon, orgasme, tilfredshet) se side 170</i>	<i>(151)</i>
<i>Global sexual functioning score of the Sexual History Form (5)</i>	<i>(159)</i>
<i>GRISS Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (6)</i> <i>28 spørsmål hver til mann/kvinne om seksuell utilfredshet i forholdet innen: Frekvens på sex, tilfredshet, interesser, problemer, angst, kommunikasjon og berøring.</i>	<i>(151)</i>
<i>Heterosexual Behavior Assessment Scale (7) (8)</i>	<i>(134)</i>
<i>MATE Marital Attitude Evaluation Scale (9)</i>	<i>(134)</i>
<i>Marital Attitude Survey (10)</i>	<i>(129;130)</i>
<i>MMQ Maudsley Marital Questionnaire (11;12) 20 spørsmål om forhold, seksuelt forhold og generelt</i>	<i>(151)</i>
<i>MSQ Multidimensional Sexuality Questionnaire (60 deler) (13)</i>	<i>(129;130)</i>
<i>NTDSQ Negative Thoughts During Sex Questionnaire (14)</i>	<i>(129;130)</i>
<i>Primary Endpoint Questionnaire (15) (innføring av finger, gjenstand eller penetrering ved vaginisme)</i>	<i>(151)</i>
<i>Relationship Belief Inventory 40 deler (16)</i>	<i>(129;130)</i>
<i>SAI Sexual Arousability Inventory (17)</i>	<i>(129)</i>
<i>SAI Sexual Arousal Inventory 1) grad av respons og 2) angst (18)</i>	<i>(129;132)</i>
<i>Sexual Behavior Inventory (19)</i>	<i>(129)</i>
<i>SDTPS Sexual Desire Toward Partner Scale (20)</i>	<i>(131)</i>



<i>SES Sexual Experience Scales (21)</i>	<i>(134)</i>
<i>Sexual History Form (5)</i>	<i>(130)</i>
<i>Sexual History Form (28 spørsmål) (22)</i>	<i>(131)</i>
<i>Sexual History Inventory (23)</i>	<i>(129)</i>
<i>Sexual Interaction Inventory (24)</i>	<i>(129)</i>
<i>Sexual Interest Questionnaire (25)</i>	<i>(132)</i>
<i>Sexual Opinion Survey (21 spørsmål) (26)</i>	<i>(159)</i>
<i>Short Marital Adjustment Test (27)</i>	<i>(132)</i>
<i>SMAR Self-rating scale of General Sexual/Marital Satisfaction (28)</i>	<i>(132)</i>
<i>SPAQ Sexual and Physical Abuse Questionnaire (29)</i>	<i>(151)</i>
<hr/>	
<i>Psykometriske skalaer for seksualfunksjon hos menn</i>	
<i>CSFQ Changes in sexual function questionnaire (30-31) se side 186</i>	<i>(119)</i>
<i>DISF Derogatis Interview for Sexual Functioning (2)</i>	<i>(122)</i>
<i>GRISS Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (32)</i>	<i>(119)</i>
<i>Hudson's Index of Sexual Satisfaction (33)</i>	<i>(121)</i>
<i>IIEF International Index of Erectile Function (34,35) se side <b>Feil!</b></i>	<i>(120)</i>
<b>Bokmerke er ikke definert.</b>	
<i>IPE Index of Premature Ejaculation (36-37) se side 164</i>	<i>(119)</i>
<i>MSHQ Male Sexual Health Questionnaire (38)</i>	<i>(119)</i>
<i>PEDT Premature ejaculation diagnostic tool (39) se side 165</i>	<i>(119)</i>
<i>Revised Dyadic Adjustment Scale (40)</i>	<i>(120)</i>
<i>Sex History Form (41)</i>	<i>(121)</i>

---

### **Kort seksuell symptomliste (Brief sexual symptom checklist)**

Vennligst besvar følgende spørsmål som en helhetsvurdering av din seksualfunksjon de siste 3 månedene eller mer.

---

**1** Er du fornøyd med din seksualfunksjon? Ja    Nei

---

#### **Dersom du svarte NEI, vennligst fortsett**

---

**2** Hvor lenge har du vært misfornøyd med din seksualfunksjon?

---

**3a** Hva er problemene med din seksualfunksjon? (sett ring rundt en eller flere)

---

<b>For menn</b>	<b>For kvinner</b>
1 problem med liten eller ingen interesse for sex	1 problem med liten eller ingen interesse for sex
2 problem med ereksjon	2 problem med nedsatt følelse i genitalia
3 problem med for tidlig sædutløsning ved sex	3 problem med tørrhet i skjeden
4 problem med forsinket eller manglende evne til å ejakulere eller få orgasme	4 problem med å oppnå orgasme
5 problem med smerte ved sex	5 problem med smerte ved sex
6 problem med peniskrumning ved ereksjon	-
7 annet:	7 annet:

---

**3b** Hvilket problem er mest plagsomt ?    1 2 3 4 5 6 7 (sett ring)

---

**4** Ønsker du å snakke om dette med helsepersonell? Ja    Nei

---

Ref:Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, Clayton A, Cuzin B, Derogatis L, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. J Sex Med 2004;1(1):49-56.

---

## **IIEF-5 International Index of Erectile Function (kortversjon)**

(Identisk med Sexual Health Inventory for Men, SHIM)

Internasjonal Indeks over Erektile Dysfunksjon kortversjon (IIEF-5) De seneste seks månedene:	1	2	3	4	5
1 Hvordan rangerer du tilliten din til å oppnå og opprettholde en ereksjon?	Veldig lav	lav	moderat	høy	Veldig høy
2 Når du har hatt ereksjoner med seksuell stimulering, hvor ofte var ereksjonene stive nok for inntrengning?	(Nesten) aldri	Noen få ganger*	Noen ganger	Oftest	(Nesten) alltid
3 Når du forsøkte å ha samleie, hvor ofte klarte du å vedlikeholde ereksjonen etter penetrering (innføring) hos partner?	(Nesten) aldri	Noen få ganger*	Noen ganger	De fleste ganger $\alpha$	Oftest (alltid)
4 Når du forsøkte samleie, hvor vanskelig var det å vedlikeholde din ereksjon til fullendt samleie?	Store Vansker	Veldig vanskelig	Vanskelig	Litt vanskelig	Ikke vanskelig
5 Når du forsøkte samleie, hvor ofte var det tilfredsstillende for deg?	(Nesten) aldri	Noen få ganger*	Noen ganger	De fleste ganger $\alpha$	Oftest (alltid)

Med "noen ganger" menes det her "rundt halvparten av gangene"

\* (godt under halvparten)  $\alpha$  (godt over halvparten)

**IIEF-5 score** er summen av ordinaltallene på de fem spørsmålene, med mulig svarområde mellom 5 og 25. (241;242)

### **Svarkategorier:**

**Diagnostikk:** Svaralternativer 1-4 på spørsmål 3 klassifiseres som erektil dysfunksjon

**Grad** Erektile dysfunksjon kan deles inn i tre grader:

Alvorlig ED 5-10,

moderat ED 11-15;

mild ED 16-20, mens svar 21-25 kan regnes for normal

Referanse: Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction International Journal of Impotence Research 1999;11(6):319-26

## ***IIEF-15 International Index of Erectile Function***

*Alle spørsmål begynner med "I løpet av de siste 4 ukene".*

*Vennligst kruss av for kun ett svar per spørsmål*

Internasjonal Indeks over Erekttil Dysfunksjon (IIEF)	0	1	2	3	4	5
1 Hvor ofte var du i stand til å få ereksjon under seksuell aktivitet	Ingen seksuell aktivitet	(Nesten) alltid	De fleste gangene	Iblant	Noen få ganger	(Nesten) aldri
2 Når du har fått ereksjoner med seksuell stimulering, hvor ofte var ereksjonene stive nok for inntrengning?	Ingen seksuell stimulering	(Nesten) alltid	De fleste gangene	Iblant	Noen få ganger	(Nesten) aldri
3 Når du forsøkte å ha samleie, hvor ofte var du i stand til å trenge inn i partneren?	Har ikke forsøkt å ha samleie	(Nesten) alltid	De fleste gangene	Iblant	Noen få ganger	(Nesten) aldri
4 Under samleie hvor ofte var du i stand til å beholde ereksjonen etter inntrengning i partneren?	Har ikke forsøkt å ha samleie	(Nesten) alltid	De fleste gangene	Iblant	Noen få ganger	(Nesten) aldri
5 Under samleie* hvor vanskelig var det å beholde ereksjonen til samleiet var fullført?	Har ikke forsøkt å ha samleie	Ekstremt Vanskelig	Svært vanskelig	Vanskelig	Litt vanskelig	Ikke vanskelig
6 Hvor mange ganger har du forsøkt å ha samleie*?	Ingen forsøk	1-2 forsøk	3-4 forsøk	5-6 forsøk	7-10 forsøk	11 eller flere forsøk
7 Når du forsøkte å ha samleie*, hvor ofte var det tilfredsstillende for deg?	Har ikke forsøkt å ha samleie	(Nesten) alltid	De fleste gangene	Iblant	Noen få ganger	(Nesten) aldri
8 Hvor mye glede har du hatt av samleie*?	Ikke samleie	Svært mye glede	Mye glede	En del glede	Lite glede	Ingen glede
9 Under seksuell stimulering**** eller samleie* hvor ofte hadde du sæduttømming***	Ingen seksuell stimulering eller samleie	(Nesten) alltid	De fleste gangene	Iblant	Noen få ganger	(Nesten) aldri
10 Under seksuell stimulering**** eller samleie* hvor ofte hadde du følelsen av orgasme med eller uten sæduttømming***?	Ingen seksuell stimulering eller samleie	(Nesten) alltid	De fleste gangene	Iblant	Noen få ganger	(Nesten) aldri
<b>De 2 neste spørsmålene gjelder seksuelt begjær.</b>						
		1	2	3	4	5
11 Hvor ofte har du følt seksuelt begjær?		(Nesten) alltid	Svært ofte	Av og til	Sjelden	(Nesten) aldri
12 Hvordan vil du beskrive nivået på ditt seksuelle begjær?		Svært høyt	Høyt	Middels	Lavt	Svært lavt eller intet
13 Hvor tilfreds har du vært med sexlivet ditt alt i alt?		Svært tilfreds	Ganske tilfreds	Middels	Ganske utilfreds	Svært utilfreds
14 Hvor tilfreds har du vært med ditt seksuelle forhold		Svært	Ganske	Middels	Ganske	Svært

til din partner?	tilfreds	tilfreds		utilfreds	utilfreds
15 Hvordan vil du beskrive din tiltro til å kunne få og beholde en ereksjon?	Svært stor	Stor	Middels	Liten	Svært liten

Med ”noen ganger” menes det her ”rundt halvparten av gangene”

\* (godt under halvparten) x (godt over halvparten)

La oss definere seksuelt begjær som en følelse som kan omfatte et ønske om å ha en seksuell opplevelse (f.eks. onani eller samleie\*), å tenke på sex eller å være frustrert over mangel på sex.

\* **Samleie** : Defineres som inntrengning (innføring) i partnerens skjede.

\*\* **Seksuell aktivitet** : Omfatter samleie, kjærtegn, forspill og onani.

\*\*\* **Sæduttømming** : Defineres som uttømming av sæd fra penis (eller fornemmelsen av dette).

\*\*\*\* **Seksuell stimulering** : Omfatter slike situasjoner som erotisk lek med en partner, det å se på erotiske bilder, osv.

**IIEF-15 score** er summen av ordinaltallene på de fem spørsmålene, med mulig svarområde mellom 5 og 25. (241;242)

### **Svarkategorier:**

### **Diagnostikk:**

**Grad** Erekttil dysfunksjon kan deles inn i tre grader:

Alvorlig ED < 11,

moderat ED 11-16;

mild ED 16-20, mens svar 21-25 kan regnes for normal

Referanse: Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IA, Kirkpatrick J, Mishra A.  
The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile Urology 1997;49(6):822-30

## ***IPE Index of Premature Ejaculation***

### REGISTRERING AV FOR TIDLIG SÆDAVGANG (selvrapportering)

Disse spørsmålene omhandler hvordan de seksuelle problemene har påvirket seksuallivet ditt *de siste fire ukene*. Vennligst svar på de følgende spørsmålene så ærlig og så klart som mulig. Når du svarer på disse spørsmålene gjelder følgende definisjoner:

- **Samleie** er definert som vaginal penetrasjon (å trenge inn i din partner).
- **Sædavgang**: utstøting av sæd fra penis.
- **Kontroll**: få sædavgang når du ønsker det.
- **Frustrasjon**: uttrykk for hvor skuffet eller plaget du er på grunn av for tidlig sædavgang.

Merk av i bare EN boks attmed hvert spørsmål.

#### **Hvor ofte (spørsmål 1 og 3)**

- 0 Har ikke hatt samleie (ikke aktuelt)
- A Nesten alltid eller alltid
- B Mer enn halvparten av gangene
- C Omlag halvparten av gangene
- D Mindre enn halvparten av gangene
- E Nesten aldri eller aldri

#### **Hvor stor (spørsmål 2 og 4-10)**

- 0 har ikke hatt samleie (ikke aktuelt)
- A svært stor (ekstrem)
- B forholdsvis stor (svært)
- C verken stor eller liten (ganske)
- D forholdsvis lite (noe)
- E lite (ikke i det hele tatt)

Indeks over prematur ejakulasjon (IPE)	0	A	B	C	D	E
1 Hvor ofte hadde du kontroll over når du hadde sædavgang under samleie i de siste 4 ukene?		5	4	3	2	1
2 Når du har hatt samleie i løpet av de siste 4 ukene, hvor stor trygghet hadde du i forhold til når du hadde sædavgang?		5	4	3	2	1
3 Når du har hatt samleie de siste 4 ukene, hvor ofte har det vært en tilfredsstillende opplevelse for deg?		5	4	3	2	1
4 Når du har hatt samleie de siste 4 ukene, hvor tilfreds har du vært med følelsen av kontroll du har hatt over når du hadde sædavgang?		5	4	3	2	1
5 Når du har hatt samleie de siste 4 ukene, hvor tilfreds har du vært med varigheten av samleiet før du hadde sædavgang?		5	4	3	2	1
6 Hvor tilfreds har du vært med ditt seksualliv alt i alt de siste 4 ukene?		1	2	3	4	5
7 Hvor tilfreds har du vært med det intime fysiske forholdet til partneren din de siste fire ukene?		1	2	3	4	5
8 Hvor stor nytelse har samleie gitt deg de siste fire ukene?		1	2	3	4	5
9 Når du tenker på de siste fire ukene, hvor frustrert (plaget) har du vært i forhold til <i>hvor lenge</i> du har holdt ut før du hadde sædavgang?		1	2	3	4	5
10 Når du tenker på de siste fire ukene, hvor frustrert (plaget) har du vært i forhold til den <i>kontrollen</i> du hadde over sædavgangen?		1	2	3	4	5

Se veileder for domeneavlesning: Tilfredshet (spørsmål 3,6,7,8), Kontroll (1,2,4,5) og frustrasjon (9,10) Ref: Althof S, Rosen R, Rajiv M, May K, Symonds T. **Index of premature ejaculation**: A new questionnaire to assess changes in control over ejaculation and satisfaction with sex life Journal of Sex Research 2006;43(1):10-0

## **PEDT Premature Ejaculation Diagnostic Tool**

Måleskala for å bistå menn som kan ha et problem med for tidlig utløsning ved seksuell aktivitet.

Selv om du ikke har problemer, vennligst besvar alle spørsmålene.

Sett merke i kun én rute for hvert spørsmål.

Husk det er ingen svar som er "riktige" eller "feil" for disse spørsmålene.

Mens dine erfaringer kan være forskjellige fra tid til annen, ønsker vi her å spørre om dine generelle erfaringer med samleie.

Med *ejakulasjon* menes her utløsning (frigjøring av sæd) etter innføring av penis hos partner.

Prematur Ejakulasjon diagnostisk verktøy (PEDT)	0	1	2	3	4
1 Hvor vanskelig er det for deg å utsette ejakulasjon?	Ingen vansker	Noe vanskelig	Moderat vanskelig	Veldig vanskelig	Store vansker
2 Har du ejakulasjon før du ønsker det?	(Nesten) aldri 0 %	Under halve tiden 25 %	Rundt halve tiden 50 %	Over halve tiden 75 %	(Nesten) alltid 100 %
3 Ejakulerer du ved svært liten stimulering?	(Nesten) aldri 0 %	Noen få ganger* 25 %	Noen ganger 50 %	De fleste ganger <sup>α</sup> 75 %	(Nesten) alltid 100 %
4 Opplever du frustrasjon fordi du ejakulerer tidligere enn du selv ønsker?	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	mye	Veldig mye
5 Hvor bekymret er du for at din tid frem til ejakulasjon er utilfredsstillende for din partner?	Ikke i det hele tatt	Litt	Moderat	mye	Veldig mye

**PEDT score** er summen av ordinaltallene på de fem spørsmålene, med mulig svarområde mellom 0 og 16. (40)

Svarkategorier: Skår  $\leq 8$  indikerer ingen prematur ejakulasjon, skår 9 og 10 er sannsynlig PE og skår  $\geq 11$  indikerer prematur ejakulasjon

Referanse: Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, et al.

Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool

Eur Urol 2007;52(2):565-73<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Oversatt og gjengitt med tillatelse fra T.Symonds, 2010

## **For kvinner**

### ***Kort screening test for seksuell dysfunksjon hos kvinner***

Legitimer betydningen av å vurdere seksualfunksjon

Normaliser som del av vanlig anamneseopptak og undersøkelse

1) Hvilke bekymringer eller spørsmål har du om din seksualfunksjon?

Hvis ingen: "vær velkommen til å stille spørsmål senere"

2) Er du for tiden i et seksuelt forhold?

3) Har du vanskeligheter med lyst, tenning eller orgasme?

4) Dersom du ikke er seksuell for tiden, er det noen spesielle problem som bidrar til din mangel på seksuell aktivitet?

Dersom disse orienterende spørsmålene indikerer seksuelle problemer, bør pasienten evalueres videre med andre screeninginstrumenter og diagnostiseres ved sykehistorie med reproduktiv helse, anamnese, fysisk undersøkelse, laboratorietester og vurdering av det seksuelle problemet.

Spørsmål å ta med i vurdering av seksuell dysfunksjon <sup>5</sup>

Hvordan oppfatter eller beskriver pasienten problemet?

Hvor lenge har pasienten hatt symptomet (problemet)?

Har problemet vart hele livet, eller kommet etter en periode med normalfunksjon?

Begynte det plutselig eller gradvis?

Er problemet situasjons- eller partneravhengig eller generalisert?

Er det problemer i pasientens primære seksuelle forhold (eller merkes problemet i andre seksuelle forhold?)

Er det nåværende stressforhold som kunne bidra til seksuelle problemer, og i så fall hvordan oppfattes og håndteres stress?

Er det noe underliggende skyldfølelse, depresjon eller sinne som ikke erkjennes direkte?

Er det fysiske problem, som smerte?

Er det problem med lyst, tenning eller orgasme og kan pasienten bestemme hovedproblemet?

Er det tidligere fysisk, emosjonell eller seksuell mishandling som kan bidra?

Har partneren noen seksuelle problemer?

---

<sup>5</sup> Kingsberg SA. Identifying HSDD in the family medicine setting

Journal of Family Practice 2009;58(7):S22-S25

Basson R. Eliciting the sexual concerns of your patient in primary care. Med Asp Human Sex 2000;1:11-8.



## ***DSDS – screening for hypoaktiv seksuell dysfunksjon hos kvinner***

<b>Screening for hypoaktiv seksuell dysfunksjon hos kvinner</b>	<b>Ja</b>	<b>Nei</b>
1. Har ditt nivå på seksuell lyst eller interesse tidligere vært tilfredsstillende for deg?		
2. Har det vært en nedgang i ditt nivå på seksuell lyst eller interesse?		
3. Er du plaget av at ditt nivå på seksuell lyst eller interesse er nedsatt?		
4. Ville du foretrukket om ditt nivå på seksuell lyst eller interesse økte?		
5: Sett kryss ved de faktorene som du føler kan ha bidratt til din nåværende nedsatte seksuelle lyst eller interesse: A en operasjon, depresjon, skade eller andre medisinske forhold B Medikamenter, alkohol eller rusmidler som du benytter C Graviditet, nylig gjennomgått fødsel, overgangsalder D Andre seksuelle forhold (smerte, nedsatt tenning eller -orgasme) E Partners seksuelle problemer F Misnøye med forholdet til partner G Stress eller tretthet		

Beskjed til kliniker: Verifiser hvert av svarene som er avgitt med pasienten

Hvis pasienten svarer Nei på ett eller flere av spørsmålene 1-4, har hun ikke generalisert ervervet HSD

Hvis pasienten svarer Ja på alle spørsmål 1-4, og "nei" på A-G, kvalifiserer hun for diagnosen generalisert ervervet HSD

Hvis pasienten svarer Ja på alle spørsmål 1-4 og "ja" på noen punkt 5, ta stilling til om svarene A-G indikerer en primær diagnose annet enn ervervet HSD.

Basert på ovenstående, har pasienten generalisert, ervervet HSD ?

Komorbiditet med tennings- eller orgasmeforstyrrelser utelukker ikke HSD

Sensitivitet i forhold til standard diagnostisk intervju oppgis til 84 %,

spesifisitet 88 %

**Referanse** Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis-D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the Decreased Sexual Desire Screener (DSDS): A Brief Diagnostic Instrument for Generalized Acquired Female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) *J Sex Med* 2009;6(3):730-8

## ***FSDS-R Female sexual distress scale - revised***

Skåringsvektøy for selvrapporing av hypoaktiv seksuell dysfunksjon hos kvinner

Sett kryss eller ring rundt ett tall for hver linje

FSDS-R	Den siste måneden, hvor ofte har du følt (deg):	aldri	sjelder av og til	ofte	Hele tiden	
1	ulykkelig over ditt seksualliv	0	1	2	3	4
2	ulykkelig over ditt seksuelle forhold	0	1	2	3	4
3	Skyldfølelse over seksuelle vanskeligheter	0	1	2	3	4
4	frustrert over dine seksuelle problem	0	1	2	3	4
5	stresset over sex	0	1	2	3	4
6	mindreverdig på grunn av seksuelle problem	0	1	2	3	4
7	bekymring for sex	0	1	2	3	4
8	seksuelt utilstrekkelig	0	1	2	3	4
9	savn av din seksualitet	0	1	2	3	4
10	flau over seksuelle problem	0	1	2	3	4
11	misfornøyd med ditt seksualliv	0	1	2	3	4
12	sint over ditt seksualliv	0	1	2	3	4
13	brydd over lav seksuell lyst	0	1	2	3	4

Selvrapporing for de siste 30 dagene, ved gjentatt måling kan 7 dager benyttes.

Summen av 1- 12 angir grad av lystforstyrrelse hos kvinner. Total skår på testen kan være mellom 0 og 48, høyere sum indikerer større grad av lystforstyrrelse.

I FSDS ble summen av spørsmål 1- 12  $\geq 15$  regnet som diagnostisk for hypoaktiv seksuell dysfunksjon. I FSDS-R er det lagt til spørsmål 13, Spørsmål 13 er et diagnostisk krav ved lystforstyrrelse etter DSM IV.

**Referanse:** Validation of the female sexual distress scale –revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder DeRogatis 2008 J Sex med 5: 357-364 <sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Oversatt og gjengitt med tillatelse fra DeRogatis, 2010

**FSFI seksuell funksjonsindeks kvinner**

(Selvrapporteringskjema)

Navn

Dato

**Hvor ofte...**

A (Ingen seksuell aktivitet)

(Ingen seksuell aktivitet)

**Hvor vanskelig:**

(Ingen seksuell aktivitet)

B Nesten alltid eller alltid

Veldig høy

(nesten ikke mulig)

C ofte (mesteparten av tiden)

Høy

veldig vanskelig

D noen ganger (ca halvparten av tiden)

Moderat

vanskelig

E noen ganger (ca halvparten av tiden)

Lav

litt vanskelig

F Nesten aldri eller aldri

Veldig lav eller ingen vansker

Sett ett kryss for hver linje. Svaralternativene til hvert spørsmål står ovenfor (A-F)

FSFI	Alle spørsmål gjelder de siste 4 ukene	A	B	C	D	E	F
1	Hvor ofte følte du seksuell lyst eller interesse?		5	4	3	2	1
2	Hvor høyt mener du ditt nivå på seksuell lyst eller interesse er?		5	4	3	2	1
<b>Mens du hadde seksuell aktivitet eller samleie</b>							
3	Hvor ofte følte du deg "tent" ?	0	5	4	3	2	1
4	Hvor høyt er ditt nivå på "tenning"?	0	5	4	3	2	1
5	Hvor høy var tilliten din til at du ble tent?	0	5	4	3	2	1
6	Hvor ofte har du vært fornøyd med egen tenning/opphisselse?	0	5	4	3	2	1
7	Hvor ofte hadde du lubrikasjon "våt skjede" ?	0	5	4	3	2	1
8	Hvor <i>vanskelig</i> var det å bli "våt i skjeden" (lubrikasjon)?	0	1	2	3	4	5
9	Hvor ofte vedlikeholdt du lubrikasjon til seksuell aktivitet eller samleie var fullført?	0	5	4	3	2	1
10	Hvor <i>vanskelig</i> var det å vedlikeholde lubrikasjon til seksuell aktivitet eller samleie var fullført?	0	1	2	3	4	5
11	Hvor ofte oppnådde du orgasme (klimaks) ?	0	5	4	3	2	1
12	Hvor <i>vanskelig</i> var det å oppnå orgasme (klimaks)?	0	1	2	3	4	5
Hvor fornøyd har du vært med:			0	5	4	3	2
13	Din evne til å oppnå orgasme?	0	5	4	3	2	1
14	Den følelsesmessige nærheten til din partner ved sex?	0	5	4	3	2	1
15	Det seksuelle forholdet til din partner?		5	4	3	2	1
16	Seksuallivet ditt, samlet sett?		5	4	3	2	1

17	Hvor ofte hadde du ubehag eller smerte ved samleie?	0	1	2	3	4	5
18	Hvor ofte hadde du ubehag eller smerte etter samleie?	0	1	2	3	4	5
19	Hvordan vil du angi grad av ubehag eller smerte under eller etter samleie	0	1	2	3	4	5
<b>Sum</b>							

Summer hvert domene for seg, 0 betyr ingen seksuell aktivitet siste måned.

Spørsmål nr	Domene	Sum	Faktor	
1, 2	Lyst		0,6	
3-6	Tenning		0,3	
7-10	Lubrikasjon		0,3	
11-13	Orgasme		0,4	
14-16	Tilfredshet		0,4	
17-19	Smerte		0,4	

**Referanse:** Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function J Sex Marital Ther 2000;26(2):191-208

### **CSFQ-1 Forandring i seksualfunksjon**

Skiller mellom livslang dårlig psykoseksuell tilpasning og følger endring i seksualfunksjon over tid.

Svar som begynner med "hvor ofte" besvares med:

- 1 Aldri
- 2 sjelden (mindre enn en gang i måneden)
- 3 noen ganger (ofte enn en gang i måneden, mindre enn 2x i uken)
- 4 ofte (mer enn 2x i uken)
- 5 daglig

CSFQ	Forandring i seksualfunksjon	1	2	3	4	5		
1	tidligere sykdommer: (skriv her)							
2	Hvilke medikamenter bruker du (skriv her)							
3	Hvilke rusmidler har du benyttet siste 30 dager (kryss av hvor mange ganger du har benyttet det) Alkohol Hasj Kokain Annet:.....	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	> 40
4	Når du tenker tilbake, hva er det høyeste nivå du har opplevd på seksualfunksjon? (1 er lavest, 5 er høyest)	1	2	3	4	5		
5	Dersom du svarte 1 eller 2 på spørsmål 4, tror du det har sammenheng med noen av følgende (flere kryss er tillatt).							
6	Er du i et seksuelt forhold for tiden? Dersom nei, fortsett på spørsmål 10				Ja	Nei		
7	Er ditt seksualliv viktig for forholdet?				Ja	Nei		
8	Sammenlignet med det , hvor tilfredsstillende er ditt seksualliv for øyeblikket? (1 er lavest, 5 er høyest)	1	2	3	4	5		

9	Dersom svaret på spørsmål 8 er forskjellig fra 4 (forandring): Tror du det har sammenheng med noen av følgende (flere kryss er tillatt).	Overskudd, sykdom bedre Overskud, sykdom værre Medikasjon Livssituasjon (f.eks. stress) Parforhold Aldring Annet:
10	Hvor ofte deltok du i seksuell aktivitet (samleie, onani) da du var mest tilfreds?	1 2 3 4 5
11	Hvor ofte har du seksuell aktivitet (samleie, onani) nå?	1 2 3 4 5
12	Dersom svaret på spørsmål 11 er forskjellig fra 10 (forandring): Tror du det har sammenheng med noen av følgende (Sett kryss, flere kryss er tillatt).	Overskudd, sykdom bedre Overskud, sykdom værre Medikasjon Livssituasjon (f.eks. stress) Parforhold Aldring Annet:
13	Hvor ofte hadde du seksuelle tanker (tanker om sex, seksuelle fantasier) da du var mest tilfreds?	1 2 3 4 5
14	Hvor ofte har du seksuelle tanker nå?	1 2 3 4 5
15	Siden sist du svarte på dette på dette skjemaet, er ditt seksualliv (om uforandret: fortsett med spørsmål 19)	Bedre, værre, uforandret
16	om bedre: hvor mye ? (1 er lavest, 5 er høyest)	1 2 3 4 5
17	om forværret: hvor mye ? (1 er lavest, 5 er veldig mye)	1 2 3 4 5
18	Tror du det har sammenheng med noen av følgende ? (flere kryss er tillatt).	Overskudd, sykdom bedre Overskud, sykdom værre Medikasjon Livssituasjon (f.eks. stress) Parforhold Aldring Annet:
19	Hvor ofte har du lyst på seksuell aktivitet?	1 2 3 4 5
20	Hvor ofte Bruker du bøker, film, musikk eller kunst med seksuelt innhold?	1 2 3 4 5
21	Hvor mye glede eller tilfredsstillelse får du fra å tenke eller fantasere om sex? (1 er lavest, 5 er høyest)	1 2 3 4 5

Fra spørsmål 22 er det ulike sider for kvinner og menn (se neste side)

For menn						
22	Hvor ofte har du ereksjon (med eller uten sammenheng med seksuell aktivitet)	1	2	3	4	5
23	Hvor ofte er det lett å oppnå ereksjon?	1	2	3	4	5
24	Hvor ofte klarer du å holde på ereksjonen?	1	2	3	4	5
25	Hvis det er vanskeligheter klarer du en delvis ereksjon? (hvis ikke, fortsett på spørsmål 27)			Ja	Nei	
26	Tror du vanskelighetene er situasjonsbestemt (kun med visse partnere, osv.)			Ja	Nei	
<b>Dersom du ikke får ereksjon, gå til spørsmål 34</b>						
27	Hvor ofte har du opplevd smertefulle, ereksjoner av lang varighet?	1	2	3	4	5
28	Hvor ofte ejakulerer du?	1	2	3	4	5
29	Hvor ofte klarer du å ejakulerer når du ønsker?	1	2	3	4	5
30	Dersom du ikke alltid har en orgasme når du ønsker det, opplever du (flere svar er mulig)			Prematur	forsinket	multiple
31	Hvor mye glede eller tilfredsstillelse får du fra orgasme (1 er lavest, 5 er høyest)	1	2	3	4	5
32	Hvor ofte har du hatt smertefull orgasme?	1	2	3	4	5
33	Hvor ofte har du spontan orgasme	1	2	3	4	5
34	Hvor ofte har du opplevd orgasme uten ejakulat (tørr sæduttømming)?	1	2	3	4	5
35	Hvor ofte opplever du tvingende og overveldende behov til å delta i særskilt seksualatferd?	1	2	3	4	5
36	Hvor ofte opplever du seksualdrift som omhandler ikkelevende objekter som er nødvendig eller foretrukket for seksuell tenning?	1	2	3	4	5

For kvinner						
22	Hvor ofte blir du seksuelt opphisset?	1	2	3	4	5
23	Hvor ofte tenner du lett seksuelt?	1	2	3	4	5
24	Hvor ofte har du tilstrekkelig lubrikasjon av skjeden under seksuell aktivitet?	1	2	3	4	5
25	Hvor ofte opplever du opphisselse og så å miste interessen?	1	2	3	4	5
26	Tror du at problemene dine er situasjonsavhengige (kun overfor visse partnere)?	Ja Nei				
27	Hvor ofte opplever du orgasme?	1	2	3	4	5
28	Hvor ofte oppnår du orgasme når du ønsker det ?	1	2	3	4	5
29	Dersom du ikke alltid har en orgasme når du ønsker det, opplever du (flere svar er mulig)	Prematur forsinket multiple orgasm(er)				
30	Hvor mye glede eller tilfredsstillelse får du fra orgasme	1	2	3	4	5
31	Hvor ofte har du hatt smertefull orgasme?	1	2	3	4	5
32	Hvor ofte har du spontan orgasme	1	2	3	4	5
33	Hvor ofte har du smertefullt samleie?	1	2	3	4	5
34	Hvor ofte opplever du tvingende og overveldende behov til å delta i særskilt seksualatferd?	1	2	3	4	5
35	Hvor ofte opplever du seksualdrift som omhandler ikkelevende objekter som er nødvendig eller foretrukket for seksuell tenning?	1	2	3	4	5



## **BISF Brief Index of Sexual Function (women)**

Vennligst besvar alle spørsmålene, selv om du ikke synes de ikke angår/er anvendbare på deg.

<b>BISF Brief Index of Sexual Function (women)</b>		
<b>1</b>	Har du en seksualpartner for tiden?	Ja    Nei
<b>2</b>	Har du vært seksuelt aktiv den siste måneden?	Ja    Nei

Spørsmål 1 og 2 er bakgrunnsinformasjon og skores ikke

<b>D1 Alle spørsmål gjelder seneste måned</b>	
<b>3</b>	Hvor ofte har du hatt seksuelle tanker, fantasier eller erotiske drømmer?    0 1 2 3 4 5 6
<b>4</b>	Hvor ofte har du opplevd <i>lyst til</i> følgende aktiviteter siste måned    0 1 2 3 4 5 6
	Erotisk kyss
	Onani alene
	Gjensidig onani
	Forspill (klining)
	Oralsex (gi eller motta)
	Vaginalt samleie
	Analsex
	0 ikke i det hele tatt
	1 en gang
	2 2-3 ganger
	3 en gang ukentlig
	4 2-3 ganger i uken
	5 en gang daglig
	6 mer enn en gang daglig

## D2

5	Hvor ofte har du opplevd <i>tenning</i> ved følgende seksuelle erfaringer	0	1	2	3	4	5	6
	Erotisk kyss							
	Onani alene							
	Gjensidig onani							
	Forspill (klining)							
	Oralsex (gi eller motta)							
	Vaginalt samleie							
	Analsex							
6	Hvor ofte har du opplevd at du ble <i>engstelig</i> eller inhibert ved seksuell aktivitet med partner (samlet sett, siste måneden):	0	1	2	3	4	5	6
	0 Har ikke deltatt i denne aktiviteten							
	1 ikke i det hele tatt							
	2 sjelden, under 25 % av tiden							
	3 noen ganger, ca 50 % av tiden							
	4 vanligvis, ca 75 % av tiden							
	5 blir alltid tent							

## D3

7	Hvor ofte har du selv deltatt i følgende seksuelle aktiviteter	0	1	2	3	4	5	6
	Erotisk kyss							
	Onani alene							
	Gjensidig onani							
	Forspill (klining)							
	Oralsex (gi eller motta)							
	Vaginalt samleie							
	Analsex							
	0 ikke i det hele tatt							
	1 en gang							
	2 2-3 ganger							
	3 en gang ukentlig							
	4 2-3 ganger i uken							
	5 en gang daglig							
	6 mer enn en gang daglig							

## D4

8	Hvem initierte vanligvis seksuell aktivitet (sett ett kryss)	0	1	2	3	4
	Har ikke hatt en seksualpartner					
	Jeg har ikke hatt sex med en partner den siste måneden					
	Jeg har vanligvis tatt initiativ til seksuell aktivitet					
	Min partner og jeg har initiert aktivitet like ofte					
	Min partner har vanligvis tatt initiativ til seksuell aktivitet					

- 9 Hvordan har du vanligvis besvart dine partners seksuelle fremstøt?
- Har ikke hatt en seksualpartner 0
  - Har ikke skjedd den siste måneden 1
  - Vanligvis avvist 2
  - Noen ganger avvist 3
  - Gått motvillig med på 4
  - Akseptert, men ikke nødvendigvis med glede 5
  - Min partner og jeg har initiert aktivitet like ofte 6
  - Alltid akseptert med glede 7

D5

10 Har du hatt tilfredsstillende opplevelse fra noen seksuell erfaring? **0 1 2 3 4 5 6**

11 Hvor ofte har du opplevd orgasme ved fløgende aktiviteter **0 1 2 3 4 5 6**

Ved drømmer eller fantasering

Erotisk kyss

Onani alene

Gjensidig onani

Forspill (klining)

Oralsex (gi eller motta)

Vaginalt samleie

Analsex

0 Har ikke hatt noen partner

1 Har ikke hatt sex/denne aktivitet seneste måneden

2 Har ikke kjent noen lyst

3 sjelden, under 25 % av tiden

4 noen ganger, ca 50 % av tiden

5 vanligvis, ca 75 % av tiden

6 har alltid hatt glede/nådd orgasme

D7

12 Har hyppigheten på din seksuelle aktivitet med partner vært

Jeg har ingen partner 0

Mindre enn du ønsket 1

Så mye som du ønsket 1

Mer enn du ønsket 2

3

13 Kan du oppgi graden av forandring, dersom det har vært noen, på følgende

Seksuell interesse

Seksuell tenning

Seksuell aktivitet

Seksuell tilfredsstillelse

Seksualangst

0 ikke anvendelig

1 mye lavere nivå

- 2 noe lavere nivå
- 3 uforandret
- 4 litt høyere nivå
- 5 mye høyere nivå

14	Hvor ofte har du opplevd et av følgende	0	1	2	3	4	
	Blødning eller irritasjon etter vaginalt samleie						
	Manglende lubrikasjon						
	Smertefullt samleie (vaginalt)						
	Vanskeligheter å oppnå orgasme						
	Vaginal tranghet						
	Ufrivillig vannlating						
	Hodepine etter seksuell aktivitet						
	Infeksjon i skjeden						
		0	1	2	3	4	
		ikke i det hele tatt					
		sjelden, under 25 % av tiden					
		noen ganger, ca 50 % av tiden					
		vanligvis, ca 75 % av tiden					
		alltid					
15	Hvor ofte har følgende faktorer påvirket din seksuelle aktivitet?	0	1	2	3	4	5
	Egen helse						
	Partners helse						
	Konflikt i forholdet						
	Manglende privatliv						
	Annet (spesifiser).....						
16	Hvor tilfreds er du med utseendet av kroppen din, samlet sett?	A	B	C	D	E	
17	Hvor ofte har du vært istand til å kommunisere dine seksuelle ønsker eller preferanser til din partner?	0	1	2	3	4	5
	A Veldig tilfreds	0	Har ikke hatt noen partner				
	B Noe tilfreds	1	ikke i det hele tatt				
	C Verken - eller	2	sjelden, under 25 % av tiden				
	D Noe utilfreds	3	noen ganger, ca 50 % av tiden				
	E Svært utilfreds	4	vanligvis, ca 75 % av tiden				
		5	alltid				

## D6

18	Hvordan er din tilfredshet med ditt seksuelle forhold til din partner, samlet sett?	0	A	B	C	D	E			
19	Hvor tilfreds tror du din partner har vært med deres seksuelle forhold, samlet sett?	0	A	B	C	D	E			
20	Hvor viktig er din seksuelle aktivitet i ditt liv, samlet sett?	0	1	2	3	4				
	0 Har ikke hatt noen partner	0	Ikke viktig i det hele tatt							
	A veldig tilfreds	1	litt viktig							
	B Noe tilfreds	2	verken viktig eller uviktig							
	C Verken - eller	3	ganske viktig							
	D Noe utilfreds	4	veldig viktig							
	E Svært utilfreds									
21	Hvilket utsagn passer best på din seksuelle erfaring	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	
	Hvilket utsagn passer best på dine seksuelle ønsker? (sett ETT kryss)									
									Helt heteroseksuell	1
									Hovedsakelig heteroseksuell, men noe homoseksuell erfaring	2
									Hovedsakelig heteroseksuell, men en god del homoseksuell erfaring	3
									Både homo og heteroseksuell (omtrent likt)	4
									Hovedsakelig homoseksuell, men noe homoseksuell erfaring	5
									Hovedsakelig homoseksuell, men en god del homoseksuell erfaring	6
									Helt homoseksuell	7
22	Hvilket utsagn passer best på dine seksuelle ønsker? (sett ETT kryss)									
									Helt heteroseksuell	1
									Hovedsakelig heteroseksuell, men noe homoseksuell erfaring	2
									Hovedsakelig heteroseksuell, men en god del homoseksuell erfaring	3
									Både homo og heteroseksuell (omtrent likt)	4
									Hovedsakelig homoseksuell, men noe homoseksuell erfaring	5
									Hovedsakelig homoseksuell, men en god del homoseksuell erfaring	6
									Helt homoseksuell	7

D1 Tanker/lyst

D2 tenning

D3 frekvens

D4 mottagelighet/initiering

D5 tilfredsstillelse/orgasme

D6 tilfredshet med forholdet

D7 problem med seksualfunksjon

1. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause* 2000;7(5):350-63.
2. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2002;28 Suppl 1:155-64.

#### **Referanser for vedlegg 4 (psykometriske skala)**

- (1) Winstead BA, Cash TF. Reliability and validity of the Body Self-Relations Questionnaire: A new measure of body image. Paper presented at the South-eastern Psychological Association Convention. New Orleans, L.A.: 1984.
- (2) Derogatis LR, Melisaratos N. DSFI - Multidimensional Measure of Sexual Functioning *J Sex Marital Ther* 1979; 5 (3):244-281.
- (3) Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment - New Scales for Assessing Quality of Marriage and Similar Dyads *Journal of Marriage and the Family* 1976; 38 (1):15-28.
- (4) Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function *J Sex Marital Ther* 2000; 26 (2):191-208.
- (5) Nowinski JK, LoPiccolo J. Assessing Sexual-Behavior in Couples *J Sex Marital Ther* 1979; 5 (3):225-243.
- (6) Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction. London: NFER-Nelson, 1986.
- (7) Bentler PM. Heterosexual behavior assessment. II. Females *Behav Res Ther* 1968; 6 (1):27-30.
- (8) Bentler PM. Heterosexual behavior assessment. I. Males *Behav Res Ther* 1968; 6 (1):21-25.
- (9) Schutz WC. The FIRO-Scales. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1967.
- (10) Pritzer JL, Epstein N, Fleming B. The Marital Attitude Survey: A measure of dysfunctional attributions and expectancies. Unpublished manuscript, 1985.
- (11) Arrindell WA, Boelens W, Lambert H. On the Psychometric Properties of the Maudsley Marital Questionnaire (Mmq) - Evaluation of Self-Ratings in Distressed and Normal Volunteer Couples Based on the Dutch Version *Personality and Individual Differences* 1983; 4 (3):293-306.
- (12) Arrindell WA, Schaap CAS. The Maudsley Marital Questionnaire (Mmq) - An Extension of Its Construct-Validity *British Journal of Psychiatry* 1985; 147 (SEP):295-299.
- (13) Snell WE Jr, Fisher TD, Walters AS. The multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research* 1993; 6:261-272.
- (14) Beck AT. *Love is never enough: How couples can overcome misunderstandings, resolve conflicts and solve relationship problems through cognitive therapy.* New York: Harper & Row, 1988.
- (15) van Lankveld JJ, Ter Kuile MM, De Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 74 (1):168-78, 2006.

- (16) Eidelson RJ, Epstein N. Cognition and Relationship Maladjustment - Development of A Measure of Dysfunctional Relationship Beliefs *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982; 50 (5):715-720.
- (17) Hoon P, Hoon J, Wincze E. The SAI: An inventory for the measurement of female sexual arousal *Arch Sex Behav* 1981; 10 (4):234-240.
- (18) Hoon EF, Hoon PW, Wincze JP. Inventory for Measurement of Female Sexual Arousability – Sai *Arch Sex Behav* 1976; 5 (4):291-300.
- (19) Audet N, Trudel G. L'Inventaire cu comportement sexuel. *Revue de Modification du Comportement* 1985; 15:20-30.
- (20) MacPhee DC, Johnson SM, Van der Veer MM. Low sexual desire in women: the effects of marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy* 21 (3):159-82, 1995.
- (21) Frenken J. Afkeer van seksualiteit (sexual aversion: a social sexological investigation among 600 married individuals). Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.
- (22) Schover LR, Friedman JM, Weiler SJ, Heiman JR, Lo Piccolo J. A multi-axial descriptive system for the sexual dysfunctions:Categories and manual. Stony Brook, N.Y.: Sex Therapy Center Department of Psychiatry and Behavioral Science, State Univeristy of New York, 1980.
- (23) Schover LR, LoPiccolo J. Treatment Effectiveness for Dysfunctions of Sexual Desire *J Sex Marital Ther* 1982; 8 (3):179-197.
- (24) LoPiccolo J, Steger JC. The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction *Arch Sex Behav* 1974; 3 (6):585-595.
- (25) Harbison JJ, Graham PJ, Quinn JT, McAllister H, Woodward R. A questionnaire measure of sexual interest *Arch Sex Behav* 1974; 3 (4):357-366.
- (26) Fisher WA. The Sexual Opinion Survey. In: Davis CM, Yarber WL, Davis SL, editors. *Sexuality-related measures: a compendium*. Lake Mills (IA): Graphic Publishing Co., 1988: 34-37.
- (27) LOCKE HJ, Wallace K. Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living* 1959; 21:251-255.
- (28) Dow MG, Gallagher J. A controlled study of combined hormonal and psychological treatment for sexual unresponsiveness in women. *British Journal of Clinical Psychology* 28 (Pt 3):201-12, 1989.
- (29) Kooiman CG, Ouwehand AW, Ter Kuile MM. The Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ) - A screening instrument for adults to assess past and current experiences of abuse *Child Abuse Negl* 2002; 26 (9):939-953.
- (30) Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ, Piazza L. Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) *Psychopharmacol Bull* 1997;33(4):747-53.
- (31) Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity *Psychopharmacol Bull* 1997;33(4):731-45.

- (32) Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (Griss) *British Journal of Clinical Psychology* 1985;24(FEB):63-4.
- (33) Hudson WW. The clinical measurement package: A Field Manual. Homewood, IL: Dorsey Press; 1982.
- (34) Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction *Urology* 1997;49(6):822-30.
- (35) Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11(6):319-26.
- (36) Althof SE. Quality of life and erectile dysfunction. *Urology* 2002;59(6):803-10.
- (37) Althof S, Rosen R, Symonds T, Mundayat R, May K, Abraham L. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med* 2006;3(3):465-75.
- (38) Rosen RC, Catania J, Pollack L, Althof S, O'Leary M, Seftel AD. Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation *Urology* 2004;64(4):777-82.
- (39) Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol* 2007;52(2):565-73
- (40) Busby DM, Christensen C, Crane DR, Larson JH. A Revision of the Dyadic Adjustment Scale for Use with Distressed and Nondistressed Couples - Construct Hierarchy and Multidimensional Scales. *Journal of Marital and Family Therapy* 1995;21(3):289-308.
- (41) Schover LR, Friedman JM, Weiler SJ, Heiman JR, LoPiccolo J. Multiaxial Problem-Oriented System for Sexual Dysfunctions. *Archives of General Psychiatry* 1982;39(5):614-9



---

## Vedlegg 5 Søkestrategi

---

søk 19.06.08

Ovid Medline 1950 to June Week 2 2008

- 1 (psychotherap\$ or psychoeducat\$ or psychodynam\$ or psychoanaly\$ or psychophysiol\$).tw.
- 2 ((sexual\$ or sexolog\$ or mar\$ or group or behavio\$ or general or supporti\$ or interpersonal or individual or couple\$ or brief or psychosoci\$) adj2 (therap\$ or counsel\$ or rehabilitat\$ or habilitat\$ or support\$)).tw.
- 3 exp Psychotherapy/
- 4 exp Patient Education/
- 5 or/1-4
- 6 (sexual\$ or sexolog\$).tw.
- 7 5 and 6
- 8 exp Sexology/
- 9 (sex\$ therap\$ or sex\$ counsel\$ or sex\$ rehabilitat\$ or sex\$ habilitat\$ or sex\$ intervention\$ or sex\$ information\$).tw.
- 10 ((sensat\$ adj focus\$) or (start adj stop) or (direct\$ adj masturbat\$)) and (sexual\$ or sexolog\$).tw.
- 11 8 or 9 or 10
- 12 7 or 11
- 13 randomized controlled trial.pt.
- 14 controlled clinical trial.pt.
- 15 randomized.ab.
- 16 placebo.ab.
- 17 clinical trials as topic.sh.
- 18 randomly.ab.
- 19 trial.ti.
- 20 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19
- 21 humans.sh.
- 22 20 and 21
- 23 12 and 22
- 24 limit 12 to "reviews (specificity)"
- 25 23 or 24
- 26 (20061\$ or 2007\$ or 2008\$).ed.
- 27 25 and 26

Ovid EMBASE 1980 to 2008 Week 24

19.06.2008

212 treff

Top of Form

- 1 (psychotherap\$ or psychoeducat\$ or psychodynam\$ or psychoanaly\$ or psychophysiol\$).tw.
- 2 ((sexual\$ or sexolog\$ or mar\$ or group or behavio\$ or general or supporti\$ or interpersonal or individual or couple\$ or brief or psychosoci\$) adj2 (therap\$ or counsel\$ or rehabilitat\$ or habilitat\$ or support\$)).tw.
- 3 exp Psychotherapy/
- 4 exp Patient Education/ or exp PSYCHOEDUCATION/
- 5 or/1-4
- 6 (sexual\$ or sexolog\$).tw.
- 7 5 and 6
- 8 exp Sexology/

9 (sex\$ therapy or sex\$ counsel\$ or sex\$ rehabilitat\$ or sex\$ habitat\$ or sex\$  
 intervention\$ or sex\$ information\$).tw.  
 10 ( (sensat\$ adj focus\$) or (start adj stop) or (direct\$ adj masturbat\$)) and  
 (sexual\$ or sexolog\$).tw.  
 11 8 or 9 or 10  
 12 7 or 11  
 13 Clinical Trial/  
 14 Randomized Controlled Trial/  
 15 Randomization/  
 16 Double Blind Procedure/  
 17 Single Blind Procedure/  
 18 Crossover Procedure/  
 19 PLACEBO/  
 20 placebo\$.tw.  
 21 randomi?ed controlled trial\$.tw.  
 22 rct.tw.  
 23 random allocation.tw.  
 24 randomly allocated.tw.  
 25 allocated randomly.tw.  
 26 (allocated adj2 random).tw.  
 27 single blind\$.tw.  
 28 double blind\$.tw.  
 29 ( (treble or triple) adj blind\$).tw.  
 30 Prospective study/  
 31 or/13-30  
 32 Case study/  
 33 case report.tw.  
 34 Abstract report/  
 35 Letter/  
 36 Human/  
 37 Nonhuman/  
 38 ANIMAL/  
 39 Animal Experiment/  
 40 37 or 38 or 39  
 41 40 not (36 and 40)  
 42 or/32-35,41  
 43 31 not 42  
 44 12 and 43  
 45 limit 12 to "reviews (2 or more terms high specificity)"  
 46 44 or 45  
 47 (2006\$ or 2007\$ or 2008\$.em.  
 48 46 and 47

Ovid PsycINFO 1806 to June Week 3 2008

19.06.2008

121 treff

1 (psychotherap\$ or psychoeducat\$ or psychoanaly\$).ab,ti.  
 2 ( (psychosoci\$ or psychodynam\$ or sexual\$ or mar\$ or group or behavio\$ or  
 general or supporti\$ or interpersonal or individual or couple\$ or brief) adj2  
 (therapy or counsel\$ or rehabilitat\$)).ab,ti.  
 3 exp psychotherapy/  
 4 exp Cognitive Therapy/  
 5 exp Marriage Counseling/  
 6 exp couples therapy/  
 7 exp client education/  
 8 ( (sensat\$ adj focus\$) or (start adj stop) or (direct\$ adj masturbat\$)).ab,ti.

9 or/1-8  
 10 (sexual\$ or sexolog\$).ab,ti.  
 11 9 and 10  
 12 exp sex therapy/ or exp sex education/  
 13 (sex\$ therapy or sex\$ counsel\$ or sex\$ rehabilitat\$ or sex\$ habilitat\$ or sex\$  
 intervention\$ or sex\$ information\$).ab,ti.  
 14 12 or 13  
 15 11 or 14  
 16 empirical methods/  
 17 Experimental methods/  
 18 Quasi experimental methods/  
 19 experimental design/  
 20 between groups design/  
 21 followup studies/  
 22 repeated measures/  
 23 experiment controls/  
 24 experimental replication/  
 25 exp "sampling (experimental)"/  
 26 placebo/  
 27 clinical trials/  
 28 treatment effectiveness evaluation/  
 29 experimental replication.md.  
 30 followup study.md.  
 31 prospective study.md.  
 32 treatment outcome clinical trial.md.  
 33 placebo\$.tw.  
 34 randomi?ed controlled trial\$.tw.  
 35 rct.tw.  
 36 random allocation.tw.  
 37 (randomly adj1 allocated).tw.  
 38 (allocated adj2 random).tw.  
 39 ( (singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.  
 40 (clinic\$ adj (trial? or stud\$3)).tw.  
 41 or/16-40  
 42 comment reply.dt.  
 43 editorial.dt.  
 44 letter.dt.  
 45 clinical case study.md.  
 46 nonclinical case study.md.  
 47 animal.po.  
 48 human.po.  
 49 47 not (47 and 48)  
 50 or/42-46,49  
 51 41 not 50  
 52 15 and 51  
 53 limit 15 to "reviews (high specificity)"  
 54 52 or 53  
 55 limit 54 to yr="2006 - 2008"

Cochrane Wiley

Issue 2, 2008, 19.06.2008

Treff: [Cochrane Reviews: 23](#), [Other Reviews: 9](#), [Clinical Trials: 86](#)

#1 [MeSH descriptor Psychotherapy explode all trees](#)

#2 [\( \(sexual\\* or sexolog\\* or mar\\* or group or behavior\\* or general or supporti\\* or interpersonal or individual or couple\\* or brief or psychosoci\\*\) near2 \(therap\\* or counsel\\* or rehabilitat\\* or habilitat\\* or support\\*\)\):ti or \( \(sexual\\* or sexolog\\*](#)

- [or mar\\* or group or behavio\\* or general or supporti\\* or interpersonal or individual or couple\\* or brief or psychosoci\\*\) near2 \(therap\\* or counsel\\* or rehabilitat\\* or habilitat\\* or support\\*\):ab](#)
- #3 [\(psychotherap\\* or psychoeducat\\* or psychodynam\\* or psychoanaly\\* or psychophysiol\\*\):ti or \(psychotherap\\* or psychoeducat\\* or psychodynam\\* or psychoanaly\\* or psychophysiol\\*\):ab](#)
- #4 [MeSH descriptor Patient Education explode all trees](#)
- #5 [\(#1 OR #2 OR #3 OR #4\)](#)
- #6 [\(sexual\\* or sexolog\\*\):ti or \(sexual\\* or sexolog\\*\):ab](#)
- #7 [\(#5 AND #6\)](#)
- #8 [MeSH descriptor Sexology explode all trees](#)
- #9 [\(\(sensat\\* near2 focus\\*\) or \(start near2 stop\) or \(direct\\* near2 masturbat\\*\)\) and \(sexual\\* or sexolog\\*\):ab or \(\(sensat\\* near2 focus\\*\) or \(start near2 stop\) or \(direct\\* near2 masturbat\\*\)\) and \(sexual\\* or sexolog\\*\):ti](#)
- #10 [\(sex\\* next therap\\*\) or \(sex\\* next counsel\\*\) or \(sex\\* next rehabilitat\\*\) or \(sex\\* next habilitat\\*\) or \(sex\\* next intervention\\*\) or \(sex\\* next information\\*\)](#)
- #11 [\(#8 OR #9 OR #10\)](#)
- #12 [\(#7 OR #11\), from 2006 to 2008](#)

SveMed+ 19.06.2008

- [S1](#) Explodesökning på Psychotherapy
- [S2](#) Explodesökning på Patient-Education as Topic
- [S3](#) (sexual\$ or sexolog\$ or mar\$ or group or grupp\$ or behavio\$ or general or genel\$ or supporti\$ or interpersonal or individ\$1 or couple\$ or par\$ or brief or psychosoci\$) adj2 (therap\$ or terapi\$ counsel\$ or råd\$ or rehabilit\$ or habilit\$ or support\$)
- [S4](#) psykoterap\$ or psychotherap\$ or psychoeducat\$ or psychodynam\$ or psykoanaly\$ or psychoanaly\$ or psychophysiol\$
- [S5](#) S1 or s2 or s3 or s4
- [S6](#) sexual\$ or sexolog\$ or sexuel\$ or seksuel\$
- [S7](#) S5 and S6
- [S8](#) Explodesökning på Sexology
- [S9](#) (sex\$ adj therap\$) or (sex\$ adj counsel\$) or (sex\$ adj rehabilit\$) or (sex\$ adj habilit\$) or (sex\$ adj interven\$) or (sex\$ adj informa\$) or (seksuel\$ adj terap\$) or (seksuel\$ adj råd\$) or (seksuel\$ adj rehabilit\$) or (seksuel\$ adj habilit\$) or (seksuel\$ adj interven\$) or (seksuel\$ adj inform\$) or (sex\$ adj råd\$)
- [S10](#) ((sensat\$ adj focus\$) or (start\$ adj stop\$) or (dire\$ adj masturb\$))
- [S11](#) S8 or S9 or S10
- [S12](#) S11 or S7
- [S13](#) 2006 or 2007 or 2008
- [S14](#) S12 AND S13

---

**VEDLEGG 6 LISTE OVER INKLUDERTE STUDIER**

---

<b>Seksuelle problemer</b>	<b>Systematisk oversikt</b>	<b>Enkeltstudier (RCT)</b>
<b>1 hos menn</b>	Melnik 2008 (1)	Banner 2007 (2) De Carufel 2006 (3) Stravynski 1997 (4)
<b>2 hos kvinner</b>	Landry 2008 (5) McGuire 2008 (6) Stones 2005 (7) Szoeki 2002 (8)	Bergeron 2008 (9) Butters 1987 (10) Dow 1989 (11) Everaerd 1982 (12) MacPhee 1995 (13) Ravart 1996 (14) Riley 1978 (15) Stravynski 2007 (16) Trudel 2001 (17) Van Lankveld 2006 (18) Weijmar-Schultz 1996 (19) Whitehead 1987 (20) Zukerman 2005 (21)(hebraisk)
<b>3 i parforhold</b>		Clement 1983 (22) Hartman 1983 (23) Kermeen 1995 (24) Zimmer 1987 (25)
<b>4 ved kroniske lidelser</b> <b>Gynekologisk kreft</b>		Du 2004 (26)(kinesisk) Jeffries 2006 (27) Kalaitzi 2007 (28) Wu 2005 (29) (kinesisk)
<b>Andrologisk kreft</b>	Miles 2007 (30)	Giesler 2005 (31) LePore 2003 (32) McCorkle 2007 (33) Molton 2008 (34) Moynihan 1998 (35)
<b>hjertesykdom</b>		Klein 2007 (36)
<b>5 psykiske lidelser</b>	Higgins 2006 (37)	Manzo 2006 (38)(spansk)
<b>6 fysisk funksjonshemming</b>		Jung 2005 (39)(koreansk)
<b>7 psykisk funksjonshemming</b>		Valenti Hein 1994 (40)

---

## **8 ved usikkerhet i forhold til seksuell identitet og kjønn**

---

<b>9<sup>7</sup> har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn</b>	Hetzel-Riggin 2007 (41) MacDonald 2006 (42) Martsolf 2005 (43) Peleikis 2005 (44) Ramchandani 2003 (45) (fransk) Tourigny 1997 (46)	
<b>har vært utsatt for seksuelle overgrep som voksen</b>	Chard 1995 (47)	Resick 1988 (48)
<b>10 Biblioterapi</b>	Marrs 1995 (49) Van Lankveld 1998 (50)	Van Lankveld 2001 (51)

---

## **Referanseliste til vedlegg 6**

1. Melnik T, Soares BG, Nasello AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *J Sex Med* 2008;5(11):2562-74.
2. Banner LL, Anderson RU. Integrated sildenafil and cognitive-behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: A pilot study. *J Sex Med* 2007;(4ii):1117-25.
3. de Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2):97-114.
4. Stravynski A, Gaudette G, Lesage A, Arbel N, Petit P, Clerc D, et al. The treatment of sexually dysfunctional men without partners: a controlled study of three behavioural group approaches. *Br J Psychiatry* 1997;170:338-44.
5. Landry T, Bergeron S, Dupuis M-J, Desrochers G. The treatment of provoked vestibulodynia: A critical review. *Clin J Pain* 2008;(2):155-71.
6. McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD001760.
7. Stones W, Cheong Y.C., Howard F.M. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD000387.

---

<sup>7</sup> Disse studiene er ikke inkludert i denne rapporten.

8. Szoekc C, Dennerstein L. Therapy of female sexual dysfunction. *Zentralblatt fur Gynakologie* 2002;124(2):84-95.
9. Bergeron S, Khalife S, Glazer HI, Binik YM. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):159-66.
10. Butters JW, Cash TF. Cognitive behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(6):-897.
11. Dow MG, Gallagher J. A controlled study of combined hormonal and psychological treatment for sexual unresponsiveness in women. *Br J Clin Psychol* 1989;28(3):201-12.
12. Everaerd W, Dekker J. Treatment of secondary orgasmic dysfunction: A comparison of systematic desensitization and sex therapy. *Behav Res Ther* 1982;20(3):269-74.
13. MacPhee DC, Johnson SM, Van der Veer MM. Low sexual desire in women: the effects of marital therapy. *J Sex Marital Ther* 1995;21(3):159-82.
14. Ravart M, Trudel G, Marchand A, Turgeon L. The efficacy of a cognitive behavioural treatment model for hypoactive sexual desire disorder: An outcome study. *Can J Hum Sex* 1996;5(4):279-93.
15. Riley AJ, Riley EJ. A controlled study to evaluate directed masturbation in the management of primary orgasmic failure in women. *Br J Psychiatry* 1978;133:404-9.
16. Stravynski A, Gaudette G, Arbel N, Bounader J, Lachance L, Clerc D, et al. The treatment of sexually dysfunctional women without partners: A controlled study of three behavioural group approaches. *Clin Psychol Psychother* 2007;14(3):211-20.
17. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relationship Therap* 2001;16(2):145-64.
18. van Lankveld JJ, Ter Kuile MM, De Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(1):168-78.
19. Weijmar Schultz WC, Gianotten WL, van der Meijden WI, van de Wiel HB, Blindeman L, Chadha S, et al. Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17(3):143-8.
20. Whitehead A, Mathews A, Ramage M. The treatment of sexually unresponsive women: a comparative evaluation. *Behav Res Ther* 1987;25(3):195-205.
21. Zukerman Z, Roslik Y, Orvieto R. [Treatment of vaginismus with the Paula Garburg sphincter muscle exercises]. [Hebrew]. *Harefuah* 2005;144(4):246-8, 303.
22. Clement U, Schmidt G. The outcome of couple therapy for sexual dysfunctions using three different formats. *J Sex Marital Ther* 1983;9(1):67-78.
23. Hartman LM. Effects of sex and marital therapy on sexual interaction and marital happiness. *J Sex Marital Ther* 1983;9(2):137-51.

24. Kermeen P. Improving postpartum marital relationships. *Psychol Rep* 1995;76(3, pt. 1):831-4.
25. Zimmer D. Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *J Sex Marital Ther* 1987;13(3):193-209.
26. Du B, Cui W-J, Du R-J. Cognitive and behavior therapy for improving living status of women with malignant gynecologic tumors. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005;6(6):12-3.
27. Jeffries SA, Robinson JW, Craighead PS, Keats MR. An effective group psychoeducational intervention for improving compliance with vaginal dilation: a randomized controlled trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;65(2):404-11.
28. Kalaitzi C, Papadopoulou VP, Michas K, Vlasis K, Skandalakis P, Filippou D. Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *J Surg Oncol* 2007;96(3):235-40.
29. Wu W, Lin S, Wu G-J, Li L. Influence of perioperative supportive psychotherapy on the postoperative mental state and sexual life in patients with uterine cervix cancer. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005;9(16):42-3.
30. Miles CL, Candy B, Jones L, Williams R, Tookman A, King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD005540.
31. Giesler RB, Given B, Given CW, Rawl S, Monahan P, Burns D, et al. Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma: a randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention. *Cancer* 2005;104(4):752-62.
32. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychol* 2003;22(5):443-52.
33. McCorkle R, Siefert ML, Dowd MF, Robinson JP, Pickett M. Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. *Urol Nurs* 2007;27(1):65-77.
34. Molton IR, Siegel SD, Penedo FJ, Dahn JR, Kinsinger D, Traeger LN, et al. Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: The role of interpersonal sensitivity. *J Psychosom Res* 2008;64(5):527-36.
35. Moynihan C, Bliss JM, Davidson J, Burchell L, Horwich A. Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *BMJ* 1998;316(7129):429-35.
36. Klein R, Bar-on E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(5):672-8.
37. Higgins A, Barker P, Begley CM. Sexual health education for people with mental health problems: what can we learn from the literature? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(6):687-97.
38. Manzo C, Carvajal A, Olea CP. Implementation of a sexual therapy program in a group of women with mild or moderate depression and anxiety symptoms in



comorbidity with a sexual dysfunction. [Spanish]. *Terapia Psicológica* 2006;24(2):161-8.

39. Jung HG, Hwa JS, Hyun JS. Evaluation of sexual function and the effect of sexual rehabilitation education in spinal cord injured male patients. [Korean]. *Korean J Urol* 2005;46(10):1009-14.
40. Valenti-Hein DC, Yarnold PR, Mueser KT. Evaluation of the dating skills program for improving heterosocial interactions in people with mental retardation. *Behav Modif* 1994;18(1):32-46.
41. Hetzel-Riggin MD, Brausch AM, Montgomery BS. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse Negl* 2007;(2):125-41.
42. Macdonald GM, Higgins JP, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD001930.
43. Martsof DS, Draucker CB. Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative review of outcomes research. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26(8):801-25.
44. Peleikis DE, Dahl AA. A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children. *Psychotherap Res* 2005;15(3):304-15.
45. Ramchandani P, Jones DPH. Treating psychological symptoms in sexually abused children: From research findings to service provision. *Br J Psychiatry* 2003;183:484-90.
46. Tourigny M. Treatment outcome for sexually abused children: a review of studies. *Rev Can Psycho Educ* 1997;26(1):36-69.
47. Chard KM. A meta-analysis of posttraumatic stress disorder treatment outcome studies of sexually victimized women. *Diss Abstr Int: B* 1995;55(10 B):4589.
48. Resick PA, Jordan CG, Girelli SA, Hutter CK. A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behav Therap* 1988;19(3):401.
49. Marrs RW. A meta-analysis of bibliotherapy studies. *Am J Community Psychol* 1995;23(6):843-70.
50. van Lankveld JJ. Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(4):702-8.
51. van Lankveld JJDM, Everaerd W, Grotjohann Y. Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *J Sex Res* 2001;38(1):51-67.

## Vedlegg 7 Kvalitetsvurdering med sjekklister

**Kvalitetsvurdering systematiske oversikter** (For fullstendige referanser se tabell over inkluderte studier i vedlegg 6)

SR	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Menn</b>										
Melnik 2008	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Uklart	Høy
<b>Kvinner</b>										
Szoeke 2002	Ja	Uklart	Uklart	Uklart	Nei	Ja	Ja	Uklart	Ja	Moderat til lav
McGuire 2008	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Stones 2005	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Landry 2008	Ja	Uklart	Uklart	Uklart	Nei	Uklart	Ja	Ja	Ja	Moderat til lav
<b>Kreft</b>										
Miles 2007	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
<b>Psykiske lidelser</b>										
Higgins 2006	Ja	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Uklart	Ja	Ja	Ja	Moderat
<b>Biblioterapi</b>										
Marrs 1995	Ja	Ja	Ja	Uklart	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja	Moderat
Van Lankveld 1998	Ja	Ja	Ja	Uklart	Nei	Uklart	Ja	Ja	Ja	Moderat

\*Spørsmål 1 til 9 referer til spørsmål på sjekklisten som finnes på neste side. Kolonne 10 gir en samlet bedømmelse av oversiktens metodiske kvalitet.

## ***Sjekkliste for systematiske oversikter***

1. Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?
2. Var litteratursøket så omfattende at det er sannsynlig at alle studier er funnet (inkludert flere språk, flere aktuelle databaser, gjennomført referanselister, forfattere/eksperter kontaktet)?
3. Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev endepunkter)?
4. Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?
5. Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere kvaliteten?
6. Ble disse kriteriene brukt?
7. Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?
8. Ble resultatene fra studiene sammenfattet på en forsvarlig måte?
9. Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?

### **Veiledning til sjekklisten:**

Innhenting av data omhandler de første seks spørsmålene i sjekklisten om søk, inklusjon og eksklusjon og vurdering av validitet av enkeltstudier i oversikten. Hvis "uklart/delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 1-6 har oversikten i beste fall moderat kvalitet. Hvis "nei" alternativet er brukt på spørsmål 2,4 eller 6 er det sannsynlig at metodisk kvalitet på oversikten er mangelfull.

Analyse av data omhandler spørsmål 7-9 i sjekklisten som gjelder kombinerings av data fra flere studier og analysen av funnene i studiene. Hvis "uklart/delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 7-9, er oversikten i beste fall av moderat kvalitet. Hvis "nei" er brukt på spørsmål 8 er det sannsynlig at oversikten har store begrensninger og at metodisk kvalitet er mangelfull.

*(Cochrane Effective Practice and Organisation of care review group, the data collection check list 2004)*

**Kvalitetsvurdering randomiserte, kontrollerte studier** (For fullstendige referanser se tabell over inkluderte studier, vedlegg 6)

<b>RCT</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Menn</b>										
Banner 2007	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Moderat
De Carufel 2006	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Moderat
Stravynski 1996	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Moderat
<b>Kvinner</b>										
Mac Phee 1995	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Moderat
Ravart 1996	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Nei	Moderat
Trudel 2001	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Nei	Moderat
Dow 1989	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Moderat
Riley 1978	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Moderat
Everaerd 1982	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Moderat
Whitehead 1987	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Uklart	Moderat
Stravynski 2007	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Nei	Uklart	Uklart	Ja	Moderat
Zukerman 2005	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Kun abstrakt
Van Lankveld 2006	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei	Moderat
Bergeron 2008	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Moderat
Weijmar Schultz 1996	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Moderat
<b>Parbehandling</b>										
Clement 1983	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Moderat
Hartman 1983	Ja	Uklart	Ja	Nei	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Moderat
Zimmer 1987	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Høy
Kermeen 1995	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Moderat
<b>Kreft</b>										
Le Pore 2003	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Uklart	Moderat
Giesler 2005	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Nei	Lav
McCorkle 2007	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Nei	Nei	Uklart	Nei	Moderat
Molton 2008	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Moderat
Moynihan	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Høy

1988										
Du 2004 (kinesisk)										Uklar
Wu 2005 (kinesisk)										Uklar
Jeffries 2006	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Uklart	Ja	Moderat
Kalaitzi 2007	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Ja	Moderat
Klein 2007	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Nei	Nei	Uklart	Nei	Moderat/ lav
Jung 2005 (koreansk)										Uklar
<b>Intellektuell funksjonsnedsettelse</b>										
Valenti-Hein 1994	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Nei	Moderat / lav
<b>Psykiske lidelser</b>										
Manzo 2006	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Moderat / lav
<b>Biblioterapi</b>										
Van Lankveld 2001	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Moderat

1. Begynte forsøksdeltakerne og kontrollgruppen studien med samme prognose?
2. Ble deltakerne randomisert til enten intervensjon eller kontroll?
3. Var randomiseringsmåten skjult for dem som avgjør om pasienter skal komme med i forsøket?
4. Ble deltakerne analysert som tilhørende den gruppe de ble randomisert til?
5. Var gruppene like med tanke på kjente prognostiske kjennetegn?
6. Er det sannsynlig at deltakere i intervensjons- og kontrollgruppe beholdt sin likeartede prognose underveis i forsøket?
7. Visste pasientene hvilken gruppe de havnet i?
8. Visste helsepersonellet hvilken gruppe pasientene tilhørte?
9. Visste de som bedømte resultatene hvilken gruppe pasientene tilhørte?
10. Var oppfølgingen komplett?

## Vedlegg 8 Overlapping i systematiske oversikter

**Tabell 1:** primærstudier fra systematiske oversikter om seksuell dysfunksjon hos kvinner

Primærstudier		Systematiske oversikter					
Førsteforfatter	År	1	2	3	4	5	6
Bergeron	2002	X					
Bergeron	2001	X		X			
Danielsson	2006	X					
Glazer	2002	X					
McKay	2001	X					
ter Kuile	2006	X					
Farquhar	1989		X				
Norman	2004		X				
Onwude	2004		X				
Peters	1991		X				
Andersen	1981			X			
Eichel	1988			X			
Fichten	1983			X			
Heiman	1983			X			
Heinrich	1976			X		X	
Hurlbert	1995			X			
Husted	1975			X			
Kilmann	1986			X			
Kilmann	1987			X			
LoPiccolo	1985			X			
Mathews	1976			X		X	
McMullen	1979			X		X	
Milan	1988			X			
Morokoff	1986			X			
Munjack	1976			X			
Nemetz	1978			X			
O’Gorman	1978			X			
Ravart	1992			X			
Riley	1978			X			
Sarwer	1997			X			
Sotile	1978			X			
Wincze	1976			X			
Jarrousse	1986				X		
Lew Starowicz	1982				X		
Schnyder	1998				X		
Dodge	1982					X	X
Dow	1983					X	
Hahn	1982					X	
Libman	1984					X	
Lowe	1975					X	X
Morokoff	1986					X	
Trudel	1987					X	X
Trudel	1988					X	X
Zeiss	1978					X	

**1** Landry 2008 **2** Stone 2005 **3** Szoeki 2002 **4** McGuire 2001 **5** van Lankveld  
**6** Marrs (i alt 79 studier i Marrs).

## Vedlegg 9 Karakteristika inkluderte systematiske oversikter

### Seksuell funksjonsforstyrrelse hos menn

<b>Tabell 1</b>	Psychosocial interventions for erectile dysfunction Melnik 2008 (1) (29.3.2007)
<b>Problemstilling</b>	Å evaluere effekten av psykososiale intervensjoner på behandlingen av erektil dysfunksjon (ED)
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt over 9 RCT og 2 kvasi-randomiserte kontrollerte forsøk på læringspsykologisk og psykoterapeutisk terapi for ED. Totalt n=398 menn med ED, gjennomsnittsalder 47,4. Søk i Cochrane Library, Dissertation abstracts, Embase, Lilacs, Medline, Pubmed, Referanselister jnl <sup>8</sup> , 29.03 2007.
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Studier på effekten av psykososiale intervensjoner for ED
<b>Tiltak</b>	Ulike psykososiale intervensjoner (RCT) Ansari 1976 (2), modifisert Masters teknikk på psykogen/blandet ED (n=61/21) Banner 2000 (3), kognitiv atferds terapi for psykogen ED (n=50/30) Baum 2000 (4), Ukentlig sexterapi grupper for psykogen ED sammenlignet med injeksjon av prostaglandin E1 (n=50/25) Goldman 1990(5), gruppeterapi "workshop" for sekundær ED (n=20/10) Kilmann 1987 (6), Tre teknikker (trening i kommunikasjonsteknikk, seksualteknikk og kombinasjon av disse) i gruppebehandlinger for sekundær ED (n=29/4 i hver gruppe) Kockott 1975 (7), Gruppe atferdsterapi (systematisk desensitivering) for ED (n=24/8) Melnik 2005 (8), Gruppeterapi med og uten sildenafil ved psykogen ED (n=30/) Munjack 1984 (9), Rasjonell-emosiv atferdsterapi ved sekundær ED (n=16/) Price 1981 (10) Gruppeterapi ved sekundær ED (n=21/14) Van Der Windt 2002 (11) Intrakavernøs injeksjon med eller uten sexologisk rådgivning (n=70/28) Wylie 2003 (12) Masters sex terapi/parforholdterapi (N=45)
<b>Utfallsmål</b>	Vedvarende eller bedret E.D. sammenlignet med medikamenter, lokale injeksjoner, mekaniske hjelpemidler og andre psykososiale intervensjoner, inkludert alle slags læringspsykologiske metoder og psykoterapi.
<b>Resultater</b>	Metaanalyse av fem randomiserte studier (2;6;7;9;10) viste at gruppe psykoterapi hadde færre tilfeller med vedvarende ED enn i kontroll (venteliste) gruppen. Effekten var statistisk signifikant (RR0,4, KI0,17-0,98, n=100; NNT 1,61 KI0,97-4,76) og to studier viste at effekten vedvarte etter 6 måneder (10;13) (RR0,43 KI0,26-0,72; NNT 1,58 KI 1,17-2,43). Effekten var uavhengig av alder (over/under 40 år). Metaanalyse av to studier over sex gruppeterapi for ED sammenliknet med venteliste (6;10) favoriserte intervensjon (RR 0,13, KI 0,04-0,43; N=47) med 95 % respons for sex terapi og 0 % for venteliste gruppen (NNT 1,07, KI 0,86-1,44). Rasjonell-følelsesterapi, systematisk desensitivering og Masters & Johnsons terapi viste ikke signifikant forskjell tross rapportert bedring (2;7;9) (henholdsvis P =0,14, 0,27 og 0,05). Sexterapi utgjorde ikke påvisbar forskjell i tillegg til intrakavernøs injeksjon (11), eller sammenlignet med injeksjon (4), RR 1,11, KI0,62-1,97, N=86, og heller ikke i forhold til vakuumpumpe (12) (RR 0,27, KI 0,01-6,27, n=45). Gruppeterapi viste i to studier (3;8) tilleggseffekt på ED ved bruk av medikament (sildenafil).
<b>Konklusjon</b>	Gruppepsykoterapi kan forbedre ED i selekterte populasjoner. Effekten av behandlingen varierte men viste bedring for ED etter fokusert sex gruppeterapi i forhold til kontrollgruppen. Metaanalyser viser at de som får gruppepsykoterapi har bedre effekt på ED enn venteliste kontroll. Psykososiale tiltak ble ikke vist å være mer effektive enn lokal injeksjon eller mekaniske hjelpemidler (vakuumpumpe). Effekt av gruppeterapi ble også påvist blant deltagere som tok sildenafil.
<b>Metodisk kvalitet</b>	Høy metodisk kvalitet. Oversikten tok også for seg medikamentelle og mekaniske hjelpemidler for E.D.

*N/n= totalsum pasienter/antall som mottok aktuell terapi*

<sup>8</sup> Journal of Impotence Research and Journal of Sex and Marital Therapy, also scientific societies for ED

## Seksuell funksjonsforstyrrelse hos kvinner

<b>Tabell 2</b>	Therapy of female sexual dysfunction Szoek 2002 (14)																																																																																																
<b>Problemstilling</b>	Å undersøke behandlingsalternativer for seksuell dysfunksjon hos kvinner og problemer og vurdere hvor effektive de er ut fra foreliggende evidens.																																																																																																
<b>Metode</b>	Oversikt over utgitte studier vedrørende seksuell dysfunksjon hos kvinner og behandling, også case control eller studier uten kontrollgruppe. Søk i Medline og Pubmed tidsrommet 1966 til 2001.																																																																																																
<b>Populasjon/utvalg</b>	Forfatterne rapporterer i sin resultatdel fra 25 studier på medikamentelle behandlinger og lister 48 ulike studier på psykoseksualterapi for kvinnelig dysfunksjon fra 1966-2001 i appendix B.																																																																																																
<b>Tiltak</b>	<p>Av 48 listede studier er syv case studier og 18 ukontrollerte studier (pas.serier) utelatt. 23 studier hadde kontroll- eller sammenligningsgruppe (<math>n=1185</math>), (alfabetisk rekkefølge)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Studie</th> <th>År (ref)</th> <th><i>n</i></th> <th>Sammenligning</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Andersen</td> <td>1981 (15)</td> <td>30</td> <td>desensitivisering vs directed masturbation onani</td> </tr> <tr> <td>Bergeron</td> <td>2001 (16)</td> <td>78</td> <td>KAT vs biofeedback vs vestibulektomi</td> </tr> <tr> <td>Eichel</td> <td>1988 (17)</td> <td>44</td> <td>CAT vs ktr gruppe</td> </tr> <tr> <td>Fichten</td> <td>1983 (18)</td> <td>23</td> <td>Sensualitetstrening, onani vs seksualundervisning</td> </tr> <tr> <td>Heiman</td> <td>1983 (19)</td> <td>41</td> <td>KAT, sensualitetstrening, onani og kommunikasjon</td> </tr> <tr> <td>Heinrich</td> <td>1976 (20)</td> <td>44</td> <td>onani med og uten biblioterapi</td> </tr> <tr> <td>Hurlbert</td> <td>1995 (21)</td> <td>36</td> <td>CAT vs onani</td> </tr> <tr> <td>Husted</td> <td>1975 (22)</td> <td>30</td> <td>desensitivisering (fantasert vs <i>in vivo</i>)</td> </tr> <tr> <td>Kilman</td> <td>1986 (23)</td> <td>55</td> <td>seksualundervisning og kommunikasjon</td> </tr> <tr> <td>Kilman</td> <td>1987 (24)</td> <td>11</td> <td>seksualundervisning vs venteliste</td> </tr> <tr> <td>LoPiccolo</td> <td>1985 (25)</td> <td>31</td> <td>KAT vs seksualterapi</td> </tr> <tr> <td>Mathews</td> <td>1976 (26)</td> <td>18</td> <td>desensitivisering vs sensate focus vs biblioterapi</td> </tr> <tr> <td>McMullen</td> <td>1979 (27)</td> <td>60</td> <td>Directed masturbation onani m/biblioterapi vs video</td> </tr> <tr> <td>Milan</td> <td>1988 (28)</td> <td>38</td> <td>seksualundervisning vs venteliste</td> </tr> <tr> <td>Morokoff</td> <td>1986 (29)</td> <td>43</td> <td>minimal veiledning (4t) vs vanlig full terapi (15t)</td> </tr> <tr> <td>Munjack</td> <td>1976 (30)</td> <td>22</td> <td>desensitivisering i kombinasjonsbehandling vs seksualundervisning</td> </tr> <tr> <td>Nemetz</td> <td>1978 (31)</td> <td>22</td> <td>desensitivisering individuell vs gruppebehandling</td> </tr> <tr> <td>O'Gorman</td> <td>1978 (32)</td> <td>40</td> <td>desensitivisering vs seksualundervisning</td> </tr> <tr> <td>Ravart</td> <td>1992 (33)</td> <td>74</td> <td>Atferdsterapi vs venteliste</td> </tr> <tr> <td>Riley</td> <td>1978 (34)</td> <td>37</td> <td>Sensualitetstrening vs tillegg av onani</td> </tr> <tr> <td>Sarwer</td> <td>1997 (35)</td> <td>365</td> <td>Atferdsterapi vs sensualitetstrening</td> </tr> <tr> <td>Sotile</td> <td>1978 (36)</td> <td>22</td> <td>desensitivisering vs venteliste med undervisning</td> </tr> <tr> <td>Wincze</td> <td>1976 (37)</td> <td>21</td> <td>desensitiviseringsvideo vs venteliste</td> </tr> </tbody> </table>	Studie	År (ref)	<i>n</i>	Sammenligning	Andersen	1981 (15)	30	desensitivisering vs directed masturbation onani	Bergeron	2001 (16)	78	KAT vs biofeedback vs vestibulektomi	Eichel	1988 (17)	44	CAT vs ktr gruppe	Fichten	1983 (18)	23	Sensualitetstrening, onani vs seksualundervisning	Heiman	1983 (19)	41	KAT, sensualitetstrening, onani og kommunikasjon	Heinrich	1976 (20)	44	onani med og uten biblioterapi	Hurlbert	1995 (21)	36	CAT vs onani	Husted	1975 (22)	30	desensitivisering (fantasert vs <i>in vivo</i> )	Kilman	1986 (23)	55	seksualundervisning og kommunikasjon	Kilman	1987 (24)	11	seksualundervisning vs venteliste	LoPiccolo	1985 (25)	31	KAT vs seksualterapi	Mathews	1976 (26)	18	desensitivisering vs sensate focus vs biblioterapi	McMullen	1979 (27)	60	Directed masturbation onani m/biblioterapi vs video	Milan	1988 (28)	38	seksualundervisning vs venteliste	Morokoff	1986 (29)	43	minimal veiledning (4t) vs vanlig full terapi (15t)	Munjack	1976 (30)	22	desensitivisering i kombinasjonsbehandling vs seksualundervisning	Nemetz	1978 (31)	22	desensitivisering individuell vs gruppebehandling	O'Gorman	1978 (32)	40	desensitivisering vs seksualundervisning	Ravart	1992 (33)	74	Atferdsterapi vs venteliste	Riley	1978 (34)	37	Sensualitetstrening vs tillegg av onani	Sarwer	1997 (35)	365	Atferdsterapi vs sensualitetstrening	Sotile	1978 (36)	22	desensitivisering vs venteliste med undervisning	Wincze	1976 (37)	21	desensitiviseringsvideo vs venteliste
Studie	År (ref)	<i>n</i>	Sammenligning																																																																																														
Andersen	1981 (15)	30	desensitivisering vs directed masturbation onani																																																																																														
Bergeron	2001 (16)	78	KAT vs biofeedback vs vestibulektomi																																																																																														
Eichel	1988 (17)	44	CAT vs ktr gruppe																																																																																														
Fichten	1983 (18)	23	Sensualitetstrening, onani vs seksualundervisning																																																																																														
Heiman	1983 (19)	41	KAT, sensualitetstrening, onani og kommunikasjon																																																																																														
Heinrich	1976 (20)	44	onani med og uten biblioterapi																																																																																														
Hurlbert	1995 (21)	36	CAT vs onani																																																																																														
Husted	1975 (22)	30	desensitivisering (fantasert vs <i>in vivo</i> )																																																																																														
Kilman	1986 (23)	55	seksualundervisning og kommunikasjon																																																																																														
Kilman	1987 (24)	11	seksualundervisning vs venteliste																																																																																														
LoPiccolo	1985 (25)	31	KAT vs seksualterapi																																																																																														
Mathews	1976 (26)	18	desensitivisering vs sensate focus vs biblioterapi																																																																																														
McMullen	1979 (27)	60	Directed masturbation onani m/biblioterapi vs video																																																																																														
Milan	1988 (28)	38	seksualundervisning vs venteliste																																																																																														
Morokoff	1986 (29)	43	minimal veiledning (4t) vs vanlig full terapi (15t)																																																																																														
Munjack	1976 (30)	22	desensitivisering i kombinasjonsbehandling vs seksualundervisning																																																																																														
Nemetz	1978 (31)	22	desensitivisering individuell vs gruppebehandling																																																																																														
O'Gorman	1978 (32)	40	desensitivisering vs seksualundervisning																																																																																														
Ravart	1992 (33)	74	Atferdsterapi vs venteliste																																																																																														
Riley	1978 (34)	37	Sensualitetstrening vs tillegg av onani																																																																																														
Sarwer	1997 (35)	365	Atferdsterapi vs sensualitetstrening																																																																																														
Sotile	1978 (36)	22	desensitivisering vs venteliste med undervisning																																																																																														
Wincze	1976 (37)	21	desensitiviseringsvideo vs venteliste																																																																																														
<b>Utfallsmål</b>	Bedring i seksualfunksjon (tilfredsstillelse, orgasme, angst, smerte, holdning)																																																																																																
<b>Resultater</b>	<p>Resultater ble oppgitt versus hver terapiform, ett kapittel omtaler psykoterapi. Sex terapi er ett av 23 behandlingsmuligheter for seksuell dysfunksjon hos kvinner listet i Appendix A.</p> <p>Masters &amp; Johnsons terapi med sensualitetstrening går over kort tid og kvinnen må møte til parbehandling, men er kun testet i ukontrollerte studier. Sensualitetstrening inngår i terapien i noen sammenlignende studier. Systematisk desensitivisering var bedre enn venteliste i 8 studier (37). Det var ingen forskjell for kvinner med vaginisme om de ble behandlet enkeltvis eller med partner (22;31). Det ser ut til at den gunstigste behandlingsformen er ukentlige terapitimer. Onaniprogram hadde høyere orgasme respons enn sensualitetstrening (15).</p>																																																																																																
<b>Konklusjon</b>	Alle studiene oppga at terapi var bedre enn venteliste med tanke på reduksjon av seksualangst og økt seksuell aktivitet, unntatt en studie der kommunikasjon/seksualundervisning ikke hadde effekt (28). Data antyder at behandlingsgrupper kan fremvise gode langtidseffekter av behandling av vaginisme.																																																																																																
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Omfattende oversikt over litteraturen, både medisinske og psykologiske/atferdsterapi på seksuell dysfunksjon hos kvinner. Metodisk kvalitet svekkes av at ikke-kontrollerte studier er medregnet og at studiene i perioden 1966-2001 er listet men ikke oppsummert. Moderat til lav metodisk kvalitet.																																																																																																



<b>Tabell 3</b>	Interventions for vaginismus McGuire 2008 (42) oppd. 22.5.05
<b>Problemstilling</b>	Å vurdere klinisk effekt av ulike behandlinger for vaginisme, samt å undersøke rollen til deltagende partner i behandlingseffektivitet
<b>Metode</b>	Systematiske søk fant tre studier som oppfylte inklusjonskriteriene, hvorav kun ett kontrollert forsøk var randomisert. En studie (43) som sammenlignet to former for systematisk desensitivisering med hypnoterapi ble ekskludert fordi den ikke var tilstrekkelig randomisert. Søk i Cochrane Library, CINAHL, Embase, Medline, Pubmed, Science Citation Index, Referanselister 16.01.2001
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Kontrollerte forsøk som viser intervensjoner for vaginisme
<b>Tiltak</b>	Schnyder 1998 (44) sammenlignet to versjoner av samme behandling på vaginisme ved desensitivisering. (n=44). Deltagerne ble randomisert til enten at legen innførte en vagin (4 graderte størrelser) eller at pasientene fikk instruksjoner og utførte det selv i 10 til 15 5 ganger i uken. Begge gruppene fikk informasjon og avspenningsøvelser og utfall var g samleie.
<b>Utfallsmål</b>	Coitus uten smerte
<b>Resultater</b>	To former for systematisk desensitivisering ble sammenlignet. Det ble ikke påvist noen f handlingsmetodene (Odds ratio 1,47, KI0,34-6,27).
<b>Konklusjon</b>	Tross oppmuntrende resultater fra ukontrollerte studier er det svært begrenset med bev rørende effekt av behandlinger for vaginisme.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Høy metodisk kvalitet på oversikten

<b>Tabell 4</b>	Interventions for treating chronic pelvic pain in women Stones 2005 (45) 25.3.2005
<b>Problemstilling</b>	Systematisk oversiktsartikkel om intervensjoner for behandling av kronisk bekkensmer
<b>Metode</b>	Oversiktsartikkel over RCT. Søk i Cochrane Library, CINAHL, Embase, Pubmed, Medl 23.03.2005
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Søket påviste 19 studier om intervensjoner for behandling av kronisk bekkensmerte hc ludert.
<b>Tiltak</b>	Behandlingsformer (ekskl kirurgiske og medikamentelle studier) Farquhar 1989 (46) RCT på effekten av Psykoterapi og progesteron, psykoterapi og pl placebo n=102 Norman 2004 (47) RCT på effekten av skriveterapi på smerte, der en gruppe skrev om opplevelser av smerte og helsestatus n=48 Onwude 2004 (48) RCT som undersøker effekt på en smerteskala av å vise polaroidbi (kontrollgruppen fikk ikke se bildet). n=286 Peters 1991 (49) sammenlignet en integrert tilnærming med laparaskopi, n=106
<b>Utfallsmål</b>	Smertelindring, bedre funksjon og selvopplevd
<b>Resultater</b>	Farquhar (46) kunne ikke påvise gunstig effekt av psykoterapi på kronisk bekkensmerte i forhold til placebo eller progesteron behandling. Norman (47) fant ikke effekt mellom gruppene av skriveterapi på sensorisk smerte, (MD 0,07 KI-0,31-0,45) eller affektiv smerte (MD-0,12 KI0,42-0,18) men noen kan ha utbytte på "evaluation pain" (MD -1,16 KI-1,96- -0,36). Den positive effekten av skriveterapi var altså på et subsett av smertemål, og med kort oppfølgingstid, men kan brukes i individualisert behandling for mestring av smertetilstander. Å forelegge fotografi av pelvis etter kirurgi hadde ingen gunstig effekt på intervensjongruppen, Onwude (48). I denne undersøkelsen hadde det heller ingen effekt på kommunikasjon mellom lege og pasient. Etter ett år var det signifikant bedring på smerte (OR 4,25 KI 1,91-8,99, n= 106) for de som fikk et sammensatt tilbud (bl.a. psykologisk, ernæring, miljømessig og

	fysioterapi) i forhold til gruppen som fikk standard behandling og laparoskopi (49).
<b>Konklusjon</b>	Begrenset symptomlindring er tilgjengelig for kvinner med kronisk bekkensmerte. En tverrfaglig tilnærming har noe effekt, og skriveterapi kan inngå i en slik tilnærming.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Gitt prevalens og kostnader ved at så mange går med kroniske smerter etterlyser oversikten hastig kontrollerte forsøk både for å avklare og for å sammenligne ulike og andre behandlingsalternativ. Høy metodisk kvalitet

<b>Tabell 5</b>	The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review Landry 2008 (50) 23.8.2007
<b>Problemstilling</b>	Å lage en oversikt over utgitte studier vedrørende behandlinger av vestibulodynia
<b>Metode</b>	En systematisk oversikt over 38 behandlingsstudier på vestibulodynia, av disse var kun 5 RCT. 14 studier var kirurgiske, 14 var medisinske, 6 forsøkte atferdsterapi (BCT)* og 5 omfattet alternativ behandling. Søk i Cochrane Library, Medline og Pubmed 23. 08.2007
<b>Populasjon/Utvalg</b>	Kirurgiske, medisinske og øvrige studier på behandling av vestibulodyni
<b>Tiltak</b>	På grunn av metodologiske svakheter listes her kun to studier som dekkes av inklusjonskriteriene (RCT)  Bergeron 2001 (16) RCT som sammenligner KAT i grupper med kirurgisk vestibulektomi (2 grupper à 29)  Danielsson 2006 (51) RCT som sammenligner biofeedback med lokalbedøvende gel (N=46, 23 i hver gruppe)
<b>Utfallsmål</b>	Smerte og seksualfunksjon
<b>Resultater</b>	Bergeron 2001 (41) oppnådde dobbelt så stor smertelindring etter vestibulektomi (47-70 %) (15 av 22) sammenlignet med KAT (21-28 %) (11 av 28). I øvrig var det ingen forskjell på psykoseksuell funksjon.  Danielsson 2006 (51) utførte en RCT der atferdsbehandling (biofeedback) ble sammenlignet med topisk lidokain, uten å påvise signifikant forskjell mellom disse to behandlingsmetodene.
<b>Konklusjon</b>	Én randomisert studie viser at kirurgi har bedre effekt enn KAT på vestibulodyni, og en studie viser at lokalbedøvelse ikke var bedre enn atferdsterapi. Siden det ikke er bivirkninger på samme måte av atferdsterapi og KAT, kan pasienter likevel ha nytte av å kjenne til disse behandlingsalternativene.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Denne oversikten inneholder alle engelskspråklige artikler forfatterne har funnet uansett studiedesign, og omhandler også kirurgisk og medikamentell behandling. Mangelen på kontrollerte studier gjør at denne oversikten må tolkes med forsiktighet. Oversikten har moderat til lav metodisk kvalitet.

## Parforhold

<b>Tabell 6</b>	A meta-analysis of bibliotherapy studies Marrs 1995 (52)
<b>Problemstilling</b>	Vurdering av effekt av biblioterapi generelt og opp mot ulike typer problem
<b>Metode</b>	Metaanalyse av 79 studier, hvorav 70 var kontrollerte, og 4 omhandlet seksuelle problemer. $N=4677$ totalt. Søk i Dissertation Abstracts, Pubmed, Referanselister (ikke oppgitt søkedato etter 1993).
<b>Utvalg</b>	Engelskspråklige studier der biblioterapi var primærbehandling, som var kontrollerte så det kunne gjøres metaanalyser, på over 10 sider, på voksne deltagere.
<b>Tiltak</b>	Biblioterapi, i disse studiene var det gjennomsnittlig 212 sider å lese. Følgende studier omhandlet behandling av seksuell dysfunksjoner, kvinnelig og mannlig orgasmeforstyrrelser og parforhold (53)  Dodge 1982 (54); Lowe 1975 (55); Trudel 1987 (56); Trudel 1988 (53)
<b>Utfallsmål</b>	Effekt opp mot ulike problemtyper samlet som seksuelle problemer, selvheldelse, angst, depresjon, selvbilde, vektta, impuls kontroll (inkludert røyking), studier, karriere og andre
<b>Resultater</b>	Biblioterapi hadde samlet sett en moderat grad av effekt på 10 ulike problemtyper $ES=0,565$ ( $KI_{0,494-0,636}$ ), den tydeligste var på seksuelle problemer ( $ES=1,279$ , $KI_{0,794-1,863}$ ), angst ( $ES=0,906$ $KI_{0,731-1,080}$ ) og selvheldelse ( $ES=0,946$ $KI_{0,735-1,158}$ ). Forfatterne antyder at det er en felles angstkomponent i alle disse tre.
<b>Konklusjon</b>	Biblioterapi er en effektiv form for selvhjelp overfor visse problemtyper, herunder seksuelle problemer.
<b>Kommentarer/ Metod. kvalitet</b>	Moderat metodisk kvalitet, kun 4 av 70 studier omhandler seksuelle problemer

*$N=$  totalsum pasienter/antall som mottok aktuell terapi,  $KI=95\%$  konfidensintervall*

<b>Tabell 7</b>	Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: a meta-analysis Van Lankveld 1998 (57) (søk frem til 1996)
<b>Problemstilling</b>	Å evaluere effektiviteten av biblioterapi på seksuelle problemer
<b>Metode</b>	Metaanalyse av kontrollerte studier vedrørende biblioterapi og seksuelle problemer (biblioterapi: skriftlig materiale, typisk en beskrivelse av en gitt behandlingsmetode utdelt som selvhjelp). Søk frem til 1996 i Medline, Pubmed, Referanselister, grå litteratur.
<b>Populasjon/ utvalg</b>	12 studier ble inkludert, populasjon totalt $n=397$ medregnet kontrollgrupper, 87 % omtalte orgastiske dysfunksjoner.
<b>Tiltak</b>	Effektstørrelse ble beregnet på 242 utfallsvariabler fra metodeavsnittene, og gjennomsnittlig effektstørrelse ble beregnet for hvert studie.
<b>Utfallsmål</b>	Effektstørrelse ble beregnet før- og etter behandling og varigheten av effekten ble beregnet på oppfølgingstidspunkt. For 52 % av variablene var effektstørrelse 0. Metaanalyse med statistisk analyse ble utført på disse 12 studiene, og justert for antall deltagere i studien (weighted mean effect size).
<b>Resultater</b>	Metaanalysen viser at biblioterapi er en effektiv behandling for orgastiske dysfunksjoner (gjennomsnittlig $ES 0,68$ $SD=0,86$ $KI 0,23-1,14$ ). Denne effekten avtok betydelig ved oppfølgingstidspunkt $ES=0,30$ $SD 0,52$ $KI-0,10-0,71$ ) og var da ikke lenger statistisk signifikant. Studien kan ikke skille mellom ulike biblioterapier, den mest markante effekten var "minimal terapeutkontakt" i forhold til kun biblioterapi alene men heller ikke denne var statistisk signifikant.
<b>Konklusjon</b>	Biblioterapi har effekt ved behandling for seksuelle problemer med tanke på orgasmeforstyrrelser. Selv om andre program kan være mer effektive kan en forsvare bruken av det på grunn av kostnad-effektivitet, siden denne formen for selvhjelp ikke tar dyrbar tid fra terapeuten. Pasientene er selekterte, bør først diagnostiseres, og effekten er ikke vist å vare over tid.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Moderat kvalitet

*$N=$  totalsum pasienter/antall som mottok aktuell terapi,  $ES=$ effektstørrelse  $KI=95\%$  konfidensintervall*

## Kroniske lidelser

<b>Tabell 8</b>	Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer. Miles 2007 (58)
<b>Problemstilling</b>	Å evaluere effektiviteten av behandlingsformer for seksuell dysfunksjon etter kreftbehandling, og bivirkninger av disse.
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt over RCT over behandlingstilbud for seksuell dysfunksjon etter kreftbehandling, uavhengig av språk og hvorvidt de var publisert. Søk januar 2007 i AMED, Cochrane Library, Dissertation abstracts, Embase, Medline, NHS Research Register, Pubmed, Referanselister.
<b>Populasjon/utvalg</b>	11 studier oppfylte inklusjonskriteriene (n=1743), innen farmakologiske (6 st), mekaniske (2 st) og læringspsykologiske behandlingsformer (3 studier)
<b>Tiltak</b>	Følgende studier ble inkludert, alle utført på menn med ca.prostatae Canada 2005 (59) (84 par), RCT på sexologisk behandling i nærvær (n=25) eller fravær (n=26) av partner. Titta 2006 (60) 64 menn, RCT på menn som fikk intrakavernøs injeksjon (ICI) for ED, i nærvær (n=29) og fravær (n=28) av sexologisk behandling. Weber 2004 (61) (n=30) ga 15 menn som var nyoperert for ca.prostatae en ukentlig støttekontakt som selv hadde blitt prostatekomert og fått seksuelle problemer, og sammenlignet utfall med 15 menn som fikk vanlig oppfølging (uten at det ble definert).
<b>Utfallsmål</b>	Behandlingseffektivitet, compliance, bivirkninger
<b>Resultater</b>	Sexologisk behandling med partner tilstede ga ingen endret seksual funksjon eller tilfredshet hos mannen, men begge gruppene hadde bedring over baseline i seksualfunksjon. Kvinnene som deltok med partner oppga bedring i egen seksualfunksjon av å delta med mennene på rådgivning. Sexologisk behandling utgjorde ingen forskjell på noen parametre mellom behandlingsgruppene som fikk ICI, med unntak av erektifunksjon etter 18 måneder som var bedret i behandlingsgruppen (mean 26,5 vs 24,3, P verdi <0,05). Parametrene var seksuell tilfredshet, lyst, orgasme, og samlet EF. Det var ingen forskjell på seksualfunksjon på å samtale med støttekontakt (WMD 7,40 - 3,35-18,15,) men de med støttekontakt opplevde problemene som av mindre betydning. På grunn av store konfidensintervall må resultatene tolkes med forsiktighet.
<b>Konklusjon</b>	Alle studiene som ble funnet hadde metodiske svakheter. Oversikten finner utilstrekkelig evidens på Sexologisk behandling etter kreftbehandling for kreft prostatae til å vurdere effekten av denne, likedan for støttekontakt. De viser til mangelen på RCT, spesielt for kvinner med seksuelle problemer etter kreftbehandling og påpeker at evidensbasen ikke er representativ for den kjente bredden av seksuelle problemer hos både menn og kvinner etter kreftbehandling.
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Høy metodisk kvalitet

*N= totalsum pasienter/antall som mottok aktuell terapi, KI=95 % konfidensintervall, EF = erektifunksjon etter International Index of Erectile Function, ICI intrakavernøs injeksjon av prostaglandin E1.*

<b>Tabell 9</b>	Sexual health education for people with mental health problems: What can we learn from the literature? Higgins 2006 (62)
<b>Problemstilling</b>	Å undersøke tilnærming, innhold og effekten av undervisning i seksuell helse for mennesker med mentale helseproblemer.
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt over 14 engelskspråklige studier som beskriver eller evaluerer seksualundervisning for mentalt syke. Søk 1980 til 2005 i Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO, British Nursing INDEX, Pubmed og Medline.
<b>Populasjon/utvalg</b>	Fem studier på dette emnet var eksperimentelle, RCT i design.
<b>Tiltak</b>	Kalichman 1995(63) 27 menn og 25 kvinner randomisert til 4 terapitimer for reduksjon av risikoatferd. Venteliste kontroll.  Kelly 1997 (64;65)(64;65)(3;4)(3;4)(3;4) 104 menn og kvinner med hovedsakelig schizofreni diagnose randomisert til 2 grupper (CB terapi, terapi pluss trening i å informere andre og kontrollgruppe som møtte til en informasjonstime).  Weinhardt 1998 (66) 20 kvinner med schizofreni randomisert til 3 behandlingsgrupper  Otto-Salaj 2001 (67)  Carey 2004 (68)
<b>Utfallsmål</b>	Mindre risikoatferd, som antall partnere, tilfeldige partnere eller ubeskyttet sex
<b>Resultater</b>	Kalichman påviste redusert risikoatferd og økt kondombruk blant schizofrene, Weinhardt konkluderte at trening av selvsikkerhet påvirket atferd som hyppighet av kondombruk, men at effekten avtok så den bør ha oppfriskning "booster". Størst endring i seksualatferd ble målt hos mentalt syke som i tillegg til terapi ble oppfordret til å være rollemodeller og veilede andre.
<b>Konklusjon</b>	Undervisning har en tendens til å redusere risikoatferd,
<b>Kommentarer/ Metodisk kvalitet</b>	Moderat til lav metodisk kvalitet.

---

## Vedlegg 10 Ekskluderte studier

---

Førsteforfatter [ref]	Eksklusjonsårsak
AbdelHamid IA <sup>1</sup>	Irrelevant intervensjon
Abel GG <sup>2</sup>	Lav metodisk kvalitet
Abel GG <sup>3</sup>	Irrelevant design (ikke randomisert)
AiosaKarpas CJ <sup>4</sup>	Irrelevant design (Tverrsnittsstudie)
Alder J <sup>5</sup>	Lav metodisk kvalitet (ingen kontrollgruppe)
Alexander PC <sup>6</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep, og inkludert i SR av (Martsolf 2005)
Alexander PC <sup>7</sup>	Dobbelpublisering
Andersen BL <sup>8</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoeke 2002)
Asirdas S <sup>9</sup>	Lav metodisk kvalitet
Atkins DC <sup>10</sup>	Lav metodisk kvalitet
Auerbach R <sup>11</sup>	Ikke randomisert kontrollert studie
Bach Dilello AK <sup>12</sup>	Lav metodisk kvalitet; mangler kontrollgruppe
Balmer DH <sup>13</sup>	Irrelevant intervensjon
Bancroft J <sup>14</sup>	Irrelevant intervensjon (placebo vs testosteron)
Banner LL <sup>15</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007)
Bartelmess BG <sup>16</sup>	Irrelevant design (pasientserie)
Basson R <sup>17</sup>	Irrelevant design (ekspertuttalelse)
Basson R <sup>18</sup>	Irrelevant design (ekspertuttalelse)
Basson R <sup>19</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Baucom DH <sup>20</sup>	Lav metodisk kvalitet
Baum N <sup>21</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007); (Stort frafall, ingen kontroll)
Becker JV <sup>22</sup>	Lav metodisk kvalitet
Bergeron <sup>23</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig (doktorgradsavhandling)
Bergeron <sup>24</sup>	Omfattet av inkludert SR (Landry 2008)
Berman C <sup>25</sup>	Irrelevant design (CCT)
Berman LA <sup>26</sup>	Irrelevant intervensjon (sildenafil)
Bernard HS <sup>27</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Bettocchi C <sup>28</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Binik YM <sup>29</sup>	Irrelevant intervensjon
Binik, YM <sup>30</sup>	Dobbelpublikasjon
Bogat GA <sup>31</sup>	Lav metodisk kvalitet
Bradley RG <sup>32</sup>	Irrelevante utfallsmål (ikke sexologisk)
Branney P <sup>33</sup>	Irrelevant design (pasientserie)
Braukhaus C <sup>34</sup>	Irrelevant design (ikke-randomisert)
Breitenbecher KH <sup>35</sup>	Irrelevant intervensjon
Briken P <sup>36</sup>	Irrelevant intervensjon
BrooksGordon B <sup>37</sup>	Dobbelpublisering;

Butler SF <sup>38</sup>	Lav metodisk kvalitet
Canada AL <sup>39</sup>	Omfattet av inkludert SR (Miles 2007)
Carney <sup>40</sup>	Irrelevant intervensjon
Castelo-Branco C <sup>41</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Cauley <sup>42</sup>	Ikke tilgjengelig i fulltekst (doktorgradsavhandling)
Celano <sup>43</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av Hetzel-Riggins 2007, MacDonald 2006 og Ramachandani 2003.
Celano <sup>44</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Chambless DL <sup>45</sup>	Lav metodisk kvalitet
Chard KM <sup>46</sup>	Irrelevante utfallsmål (ikke sexologisk)
Christensen <sup>47</sup>	Lav metodisk kvalitet
Christopherson JM <sup>48</sup>	Lav metodisk kvalitet
Classen <sup>49</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av Peleikis 2005.
Cohen JA <sup>50</sup>	Irrelevant design (ikke-randomisert og ukontrollert)
Cohen JA <sup>51</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep
Cohen JA <sup>52</sup>	Dobbelpublikasjon <sup>51</sup> ; ingen kontrollgruppe
Cohen JA <sup>53</sup>	Irrelevant intervensjon
Cohen JA <sup>54</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep Inkludert i SR av Hetzel-Riggins 2005 og St.Amand 2008.
Cohen JA <sup>55</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep Inkludert i SR av Hetzel-Riggins 2005 og MacDonald 2006.
Cohen JA <sup>56</sup>	Dobbelpublikasjon (oppfølging)
Cohen LR <sup>57</sup>	Irrelevant design (ikke randomisert)
Cooper A <sup>58</sup>	Lav metodisk kvalitet
Cooper AJ <sup>59</sup>	Lav metodisk kvalitet
Craig LA <sup>60</sup>	Irrelevant design (Pasientserie)
Crayton HJ <sup>61</sup>	Lav metodisk kvalitet
Crowe MJ <sup>62</sup>	Irrelevant design
Crowe MJ <sup>63</sup>	Irrelevant intervensjon & lav metodisk kvalitet
Cyranowski JM <sup>64</sup>	Irrelevant intervensjon
Danielsson I <sup>65</sup>	Omfattet av inkludert SR (Landry 2008)
Davis, MK <sup>66</sup>	Irrelevante intervensjoner
De Becker E <sup>67</sup>	Irrelevant design (Case report)
Deblinger <sup>68</sup>	Dobbelpublisering
Deblinger <sup>69</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av Hetzel-Riggins 2005
Deforge <sup>70</sup>	Irrelevante intervensjoner (SR)
Dekker J <sup>71</sup>	Irrelevant design (ikke randomisert)
Delehanty R <sup>72</sup>	Irrelevant design & lav metodisk kvalitet
Delgado <sup>73</sup>	Ikke tilgjengelig i fulltekst (doktorgradsavhandling)
Denton, AS <sup>74</sup>	Irrelevante intervensjoner (SR)

De Socarraz ML <sup>75</sup>	Irrelevant intervensjon
De Tychey C <sup>76</sup>	Irrelevant intervensjon
Dilley <sup>77</sup>	Irrelevant intervensjon
Dodds <sup>78</sup>	Ikke tilgjengelig i fulltekst (doktorgradsavhandling)
Dominguez <sup>79</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av MacDonald 2006 og Ramachandani 2003.
Donahey KM <sup>80</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Duterte E <sup>81</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Edgeworth <sup>82</sup>	Ikke tilgjengelig i fulltekst
Edmond <sup>83</sup>	Ikke tilgjengelig i fulltekst (doktorgradsavhandling)
Edwards DW <sup>84</sup>	Lav metodisk kvalitet
Eher 2006 <sup>85</sup>	Irrelevant design (CCT)
Enserink M <sup>86</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Ersner Hershfield R <sup>87</sup>	Mangelfull metodisk kvalitet
Everaerd W <sup>88</sup>	Ikke-randomisert studie
Everaerd W <sup>89</sup>	Mangelfull metodisk kvalitet
Faber B <sup>90</sup>	Irrelevant design (retrospektiv)
Feeny NC <sup>91</sup>	Irrelevant intervensjon
Feil MG <sup>92</sup>	Irrelevant design
Editorial <sup>93</sup>	Irrelevant intervensjon (mekanisk og medikamentell)
Fichten CS <sup>94</sup>	Irrelevant design
Fichten CS <sup>95</sup>	Irrelevant design
Fichten CS <sup>96</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoeki 2002)
Finkelhor D <sup>97</sup>	Lav metodisk kvalitet
Foley FW <sup>98</sup>	Irrelevant design og lav metodisk kvalitet
Foster AL <sup>99</sup>	Irrelevant design og lav metodisk kvalitet
Fugl-Meyer KS <sup>100</sup>	Irrelevant design
Giuliano F <sup>101</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Goldbeck L <sup>102</sup>	Irrelevante utfallsmål (ikke sexologisk)
Golden <sup>103</sup>	Ikke-randomisert studie
Goldman <sup>104</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007)
Goldmeier D <sup>105</sup>	Lav metodisk kvalitet
Goldstein I <sup>106</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Granot M <sup>107</sup>	Lav metodisk kvalitet
Grenier G <sup>108</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Hafner RJ <sup>109</sup>	Irrelevant populasjon
Hains <sup>110</sup>	Behandling av overgripere
Hammond PD <sup>111</sup>	Lav metodisk kvalitet
Hatch JP <sup>112</sup>	Lav metodisk kvalitet.
Hatzichristou D <sup>113</sup>	Irrelevant design (ekspertuttalselse / konsensusrapport)
Hedelin H <sup>114</sup>	Irrelevant intervensjon (sildenafil)
Hedlund E <sup>115</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)



Heiman JR <sup>116</sup>	Irrelevant design
Hellstrom WJG <sup>117</sup>	Irrelevant design (Ikke-systematisk oversikt)
Hertoft P <sup>118</sup>	Irrelevant design
Higgins-Kessler, MR <sup>119</sup>	Lav metodisk kvalitet
Hirsch M <sup>120</sup>	Irrelevant design
Hurlbert DF <sup>121</sup>	Lav metodisk kvalitet
Hurlbert, DF <sup>122</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoek 2002)
Jaberghaderi <sup>123</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av Hetzel-Riggins 2005.
Jeffries SA <sup>124</sup>	Dobbelpublikasjon (Jeffries 2006)
Jeng CJ <sup>125</sup>	Irrelevant design (pasientserie)
Jensen SB <sup>126</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Kaiser A <sup>127</sup>	Lav metodisk kvalitet
Keeling JA <sup>128</sup>	Irrelevant design (Pasientserie)
Keeling JA <sup>129</sup>	Irrelevant design (Pasientserie)
Kilmann PR <sup>130</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007)
Kilmann PR <sup>131</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoek 2002)
Kilmann PR <sup>132</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoek 2002)
King <sup>133</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av MacDonald 2006 og Ramachandani 2003
Kippax S <sup>134</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Kobus AMRD <sup>135</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Kockott G <sup>136</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007)
Kraft T <sup>137</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Kreuter M <sup>138</sup>	Irrelevant design (pasientserie)
Kristensen E <sup>139</sup>	Irrelevant design (pasientserie)
Kroger C <sup>140</sup>	Irrelevant design (pasientserie)
Krueger RB <sup>141</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Kuzmarov IW <sup>142</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Kwan M <sup>143</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Laws DR <sup>144</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Libman E <sup>145</sup>	Omfattet av inkludert SR (Van Lankveld 1998)
LoPiccolo <sup>146</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoek 2002)
Lothstein LM <sup>147</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Lue TF <sup>148</sup>	Irrelevant design (konsensusrapport)
Macphee DC <sup>149</sup>	Ikke tilgjengelig i fulltekst
Maughan K <sup>150</sup>	Lav metodisk kvalitet; intervensjoner ikke klart definert
McConaghy <sup>151</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
McConaghy <sup>152</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
McCreight <sup>153</sup>	Ikke tilgjengelig i fulltekst (doktorgradsavhandling)
McDonagh A <sup>154</sup>	Irrelevante utfallsmål (ikke sexologisk)
McFarlane JM <sup>155</sup>	Irrelevant intervensjon

McGain B <sup>156</sup>	Irrelevant design (ikke randomisert)
Mehlman <sup>157</sup>	Ikke tilgjengelig i fulltekst (doktorgradsavhandling)
Meston CM <sup>158</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt / konsensusrapport)
Meston CM <sup>159</sup>	Irrelevant intervensjon (farmakologisk)
Miller HB <sup>160</sup>	Irrelevant intervensjon
Mills KH <sup>161</sup>	Lav metodisk kvalitet
Modelska K <sup>162</sup>	Irrelevant intervensjon
Modelska K <sup>163</sup>	Irrelevant intervensjon
Morgan <sup>164</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep Inkludert i SR av Martsof 2005 og Peleikis 2005
Morley JE <sup>165</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Mullen PD <sup>166</sup>	Irrelevant intervensjon
Munjack DJ <sup>167</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007)
Nagayama <sup>168</sup>	Overlapp med andre SR
Nappi R <sup>169</sup>	Irrelevant intervensjon
Nathan EP <sup>170</sup>	Lav metodisk kvalitet
Nemetz GH <sup>171</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoek 2002)
Nemetz GH <sup>172</sup>	Lav metodisk kvalitet
Neri A <sup>173</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Nurcombe B <sup>174</sup>	Lav metodisk kvalitet
Oakley A <sup>175</sup>	Irrelevant intervensjon
Obler M <sup>176</sup>	Irrelevant design (ikke RCT)
Ochs EPP <sup>177</sup>	Lav metodisk kvalitet
Ochs EPP <sup>178</sup>	Irrelevant intervensjon
O'Donohue WT <sup>179</sup>	Lav metodisk kvalitet
O'Farrell TJ <sup>180</sup>	Lav metodisk kvalitet
Optale G <sup>181</sup>	Lav metodisk kvalitet
Pattison <sup>182</sup>	Overlapp med andre SR om seksuelt misbrukte barn
Pauls RN <sup>183</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Penson DF <sup>184</sup>	Irrelevant design (kommentar)
Perelman MA <sup>185</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Perris AR <sup>186</sup>	Irrelevant design (case report)
Peters DH <sup>187</sup>	Irrelevant intervensjon
Phelps JS <sup>188</sup>	Sildenafil vs sildenafil + psycoeducation (60-90 min). Vi regner ikke denne undervisningen som en seksualterapeutisk intervensjon
Piliero CA <sup>189</sup>	Irrelevant design (ikke RCT)
Price CJ <sup>190</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007)
Price CJ <sup>191</sup>	Lav metodisk kvalitet
Price CJ <sup>192</sup>	Ikke tilgjengelig; doktorgradsavhandling
Price CJ <sup>193</sup>	Irrelevante utfallsmål (ikke sexologisk)
Price JL <sup>194</sup>	Ikke tilgjengelig; doktorgradsavhandling
Price JL <sup>195</sup>	Lav metodisk kvalitet

Quadland MC <sup>196</sup>	Lav metodisk kvalitet; 50% frafall
Ragucci KR <sup>197</sup>	Irrelevant intervensjon.
Rankin M <sup>198</sup>	Irrelevant populasjon
Redelman M <sup>199</sup>	Lav metodisk kvalitet
Reeker JA <sup>200</sup>	Lav metodisk kvalitet
Reid K <sup>201</sup>	Irrelevant intervensjon (medikamentell)
Reissing ED <sup>202</sup>	Lav metodisk kvalitet
Rellini A <sup>203</sup>	Lav metodisk kvalitet
Richardson D <sup>204</sup>	Lav metodisk kvalitet
Richardson D <sup>205</sup>	Irrelevant intervensjon (medikamentell)
Rieckert <sup>206</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep Inkludert i SR av Peleikis 2005
Robinson S <sup>207</sup>	Lav metodisk kvalitet
Robinson JW <sup>208</sup>	Dobbelpublikasjon (Jeffries 2996)
Rosenstock HA <sup>209</sup>	Lav metodisk kvalitet
Rothschild AJ <sup>210</sup>	Irrelevant intervensjon (medikamentelt fokus)
Rowland D <sup>211</sup>	Irrelevant intervensjon/utfall
Rowland DL <sup>212</sup>	Irrelevant design
Rowland DL <sup>213</sup>	Irrelevant intervensjon (bruk av urter)
Ryan <sup>214</sup>	Behandling av overgripere
Sandfort TGM <sup>215</sup>	Irrelevant intervensjon
Sarrel P <sup>216</sup>	Irrelevant intervensjon
Sarrel P <sup>217</sup>	Lav metodisk kvalitet
Sarwer DB <sup>218</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoeki 2002)
Schewe PA <sup>219</sup>	Irrelevant populasjon
Schnyder U <sup>220</sup>	Omfattet av inkludert SR (McGuire 2008)
Schaalma HP <sup>221</sup>	Irrelevant design
Scott <sup>222</sup>	Lav metodisk kvalitet
Seedat S <sup>223</sup>	Irrelevant intervensjon
Segenreich E <sup>224</sup> , <sup>225</sup>	Lav metodisk kvalitet
Segraves RT <sup>226</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Shell JA <sup>227</sup>	Lav metodisk kvalitet
Sipski ML <sup>228</sup>	Lav metodisk kvalitet
Somers KJ <sup>229</sup>	Irrelevant design (ikke-systematisk oversikt)
Sotile WM <sup>230</sup>	Omfattet av inkludert SR (Szoeki 2002)
Sotile <sup>231</sup>	Irrelevant design (usystematisk oversikt)
Spence SH <sup>232</sup>	Lav metodisk kvalitet
Steinke EE <sup>233</sup>	Lav metodisk kvalitet
Steinke EE <sup>234</sup>	Lav metodisk kvalitet
Stimmel GL <sup>235</sup>	Lav metodisk kvalitet; ingen beskrivelse av inklusjon/eksklusjon
Stovall-McClough C <sup>236</sup>	Dobbelpublisering
Sullivan <sup>237</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av Hetzel-Riggins 2005.

Talbot <sup>238</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av Martsolf 2005 og Peleikis 2005
Tanner BA <sup>239</sup>	Irrelevant intervensjon
Ter Kuile MM <sup>240</sup>	Omfattet av inkludert SR (Landry 2008)
Tiefer L <sup>241</sup>	Irrelevant design: Ikke-systematisk oversikt
Titta M <sup>242</sup>	Omfattet av inkludert SR (Miles 2007)
Tiwari A <sup>243</sup>	Irrelevante utfallsmål (ikke sexologisk)
Tourigny M <sup>244</sup>	Irrelevant design (ikke randomisert)
Tourigny M <sup>245</sup>	Irrelevant design (ikke randomisert)
Traeen B <sup>246</sup>	Irrelevant populasjon
Truax R <sup>247</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Trudel G <sup>248</sup>	Lav metodisk kvalitet
Trudel G <sup>249</sup>	Lav metodisk kvalitet
TuschenCaffier B <sup>250</sup>	Irrelevant intervensjon
van der WF <sup>251</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007)
Van Diest SL <sup>252</sup>	Irrelevant design (pasientserie)
Van Lankveld <sup>253</sup>	Lav metodisk kvalitet
Wang WF <sup>254</sup>	Irrelevant intervensjon
Weinrott <sup>255</sup>	Behandling av overgripere
Westbury <sup>256</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av Martsolf 2005 og Peleikis 2005
White <sup>257</sup>	Behandling av overgripere
Wylie KR <sup>258</sup>	Omfattet av inkludert SR (Melnik 2007)
Yeater EA <sup>259</sup>	Fulltekst ikke tilgjengelig
Yehua R <sup>260</sup>	Irrelevante utfallsmål (ikke sexologisk)
Zajecka J <sup>261</sup>	Lav metodisk kvalitet
Zeiss RA <sup>262</sup>	Omfattet av inkludert SR (Van Lankveld 1998)
Zlotnic <sup>263</sup>	Omhandler behandling av personer som er utsatt for overgrep. Inkludert i SR av Martsolf 2005 og Peleikis 2005

Vi ekskluderte også følgende sju systematiske oversikter fordi de ikke handlet om effekten av seksualterapeutiske intervensjoner. De handler om personer som har vært utsatt for overgrep (barn eller voksne) herunder posttraumatisk stress syndrom.

- Ramchandani P, Jones DPH. Treating psychological symptoms in sexually abused children: From research findings to service provision. *Br J Psychiatry* 2003;183:484-90.
- Tourigny M. Treatment outcome for sexually abused children: a review of studies. *Rev Can Psycho Educ* 1997;26(1):36-69.

- MacDonald GM, Higgins JP, Ramchandani P. Cognitive-behavioral interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Systematic reviews* 2006;(4): CD001930.
- Martsof DS, Draucker CB. Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative review of outcomes research. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26(8):801-25.
- Peleikis DE, Dahl AA. A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children. *Psychotherap Res* 2005;15(3): 304-15.
- Hetzel-Riggin MD, Brausch AM, Montgomery BS. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse Negl* 2007;(2):125-41.
- Chard KM. A meta-analysis of posttraumatic stress disorder treatment outcome studies of sexually victimized women. *Diss Abstr Int:B* 1995;55(10B):4589.

### **Referanseliste til vedlegg 10 (ekskluderte studier)**

- (1) Abdel-Hamid IA, El Naggar EA, El Gilany A-H. Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research* 2001;13(1):41-45.
- (2) Abel GG, Osborn CA, Anthony D, Gardos P. Current treatments of paraphiliacs. *Annual Review of Sex Research* 1992;3:-290.
- (3) Abel GG, Levis DJ, Clancy J. Aversion therapy applied to taped sequences of deviant behavior in exhibitionism and other sexual deviations: A preliminary report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1970;1:-66.
- (4) Aiosa-Karpas CJ, Karpas R, Pelcovitz D, Kaplan S. Gender identification and sex role attribution in sexually abused adolescent females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1991;30:-271.
- (5) Alder J, Besken KE, Armbruster U et al. Cognitive-behavioural group intervention for climacteric syndrome. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2006;75:298-303.
- (6) Alexander PC, Neimeyer RA, Follette VM, Moore MK, Harter S. A comparison of group treatments of women sexually abused as children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1989;57:479-83.
- (7) Alexander PC, Neimeyer RA, Follette VM. Group therapy for women sexually abused as children: A controlled study and investigation of individual differences. *Journal of Interpersonal Violence* 1991;6:-231.

- (8) Andersen BL. A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. [References]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981;49:-570.
- (9) Asirdas S, Beech HR. The behavioural treatment of sexual inadequacy. *Journal of Psychosomatic Research* 1991;345-353.
- (10) Atkins DC, Berns SB, George WH, Doss BD, Gattis K, Christensen A. Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2005;73(5):893-903.
- (11) Auerbach R, Kilmann PR. The effects of group systematic desensitization on secondary erectile failure. *Behavior Therapy* 1977;8:-339.
- (12) Bach Dilello AK. *The enhancing effects of manualized treatment for erectile dysfunction among men using sildenafil: A preliminary investigation* 2003. (Theses/dissertation)
- (13) Balmer DH, Gikundi E, Nasio J, Kihuho F, Plummer FA. A clinical trial of group counselling for changing high-risk sexual behaviour in men. *Counselling Psychology Quarterly* 1998;11(1):33-43.
- (14) Bancroft J, Dickerson M, Fairburn CG, Gray J. Sex therapy outcome research: A reappraisal of methodology: I. A treatment study of male sexual dysfunction. *Psychological Medicine* 1986;16:-863.
- (15) Banner LL. *The effects of collaborative care in the treatment of erectile dysfunction (ED): An integrative treatment protocol (ITP)* 2001. (Theses/dissertation)
- (16) Bartelmess BG. Gruppsykoterapi och kroppskänedom. Behandling av kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp som barn. *Psykisk Hälsa* 2006;47:29-38.
- (17) Basson R, Althof S, Davis S et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2004;1(1)24-34.
- (18) Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *J Sex Med* 2005;2(3):291-300.
- (19) Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *New England Journal of Medicine* 2006;354(14):1497-1506.
- (20) Baucom DH, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1998;66(1):53-88.
- (21) Baum N, Randrup E, Junot D, Hass S. Prostaglandin E1 versus sex therapy in the management of psychogenic erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 2000;12(3):191-4.
- (22) Becker JV, Skinner LJ, Abel GG, Cichon J. Time limited therapy with sexually dysfunctional sexually assaulted women. *Journal of Social Work & Human Sexuality* 1984;3:-115.

- (23) Bergeron S. *A biopsychosocial approach to vulvar vestibulitis syndrome: Diagnostic reliability and treatment outcome* 2000. (Theses/dissertation)
- (24) Bergeron S, Binik YM, Khalife S et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 2001;91(3):297-306.
- (25) Berman C, Rozensky RH. Sex education for the chronic psychiatric patient: The effects of a sexual-issues group on knowledge and attitudes. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1984;8:-34.
- (26) Berman LA, Berman JR, Bruck D, Pawar RV, Goldstein I. Pharmacotherapy or psychotherapy?: effective treatment for FSD related to unresolved childhood sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2001;27(5):421-5.
- (27) Bernard HS, Schwartz AJ. Impact of a human sexuality program on sex related knowledge, attitudes, behavior and guilt of college undergraduates. *Journal of the American College Health Association* 1977;25:-185.
- (28) Bettocchi C, Verze P, Palumbo F, Arcaniolo D, Mirone V. Ejaculatory disorders: Pathophysiology and management 143. *Nature Clinical Practice Urology* 2008;93-103.
- (29) Binik YM, Westbury CF, Servan-Schreiber D. Interaction with a 'sex-expert' system enhances attitudes towards computerized sex therapy. *Behav Res Ther* 1989;27(3):303-6.
- (30) Binik YM, Meana M, Sand N. Interaction with a sex-expert system changes attitudes and may modify sexual behavior. *Computers in Human Behavior* 1994;10:-410.
- (31) Bogat GA, Hamernik K, Brooks LA. The influence of self-efficacy expectations on the treatment of preorgasmic women. *J Sex Marital Ther* 1987;13:-136.
- (32) Bradley RG, Follingstad DR. Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress* 2003;16(4):337-40.
- (33) Branney P, Barkham M. Core outcomes in psychosexual therapy: A feasibility study of the CORE-OM. 118. *Sexual and Relationship Therapy* 2006;21:15-26.
- (34) Braukhaus C, Hahlweg K, Kroeger C, Groth T, Fehm-Wolfsdorf G. The effects of adding booster sessions to a prevention training program for committed couples. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2003;31:-336.
- (35) Breitenbecher KH, Scarce M. A longitudinal evaluation of the effectiveness of a sexual assault education program. *Journal of Interpersonal Violence* 1999;14:-478.
- (36) Briken P, Hill A, Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64(8):890-7.
- (37) Brooks-Gordon B, Bilby C, Wells H. A systematic review of psychological interventions for sexual offenders I: Randomised control trials. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2006;17(3):442-466.

- (38) Butler SF, Fontenelle SF. Cognitive-behavioral group therapy: Application with adolescents who are cognitively impaired and sexually act out. *Journal for Specialists in Group Work* 1995;20:-127.
- (39) Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer* 2005;104(12):2689-700.
- (40) Carney A, Bancroft J, Mathews A. Combination of hormonal and psychological treatment for female sexual unresponsiveness: A comparative study. *British Journal of Psychiatry* 1978;133:-346.
- (41) Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Chedraui P. Female sexual dysfunction in postmenopausal women 199. *Expert Opinion on Therapeutic Patents* 2007;639-647.
- (42) Cauley DR. *Facilitating moral development in convicted sexual offenders* 2002. (Thesis/Dissertation)
- (43) Celano M, Hazzard A, Webb C, McCall C. Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1996;24(1):1-17.
- (44) Celano M, Rothbaum BO. Psychotherapeutic approaches with survivors of childhood trauma. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2002;7(2):120-8.
- (45) Chambless DL. Effect of pubococcygeal exercise on coital orgasm in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984;52:-118.
- (46) Chard KM. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2005;73(5):965-71.
- (47) Christensen DN. Postmastectomy couple counseling: an outcome study of a structured treatment protocol. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1983;9(4):266-75.
- (48) Christopherson JM, Moore K, Foley FW, Warren KG. A comparison of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15(6):742-50.
- (49) Classen C, Koopman C, Nevill-Manning K, Spiegel D. A preliminary report comparing trauma-focused and present-focused group therapy against a wait-listed condition among childhood sexual abuse survivors with PTSD. *J Aggress Maltreat Trauma* 2001;4:265-288.
- (50) Cohen JA, Mannarino AP. A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(9):1228-35.
- (51) Cohen JA, Mannarino AP. Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children* 1998;3:-26.
- (52) Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl* 2000;24:-994.



- (53) Cohen JA. Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry* 2003;53:-833.
- (54) Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004;43(4):393-402.
- (55) Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings.[erratum appears in J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996 Jun;35(6):835]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1996;35(1):42-50.
- (56) Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect* 2005;29(2)135-45.
- (57) Cohen LR, Hien DA. Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatr Serv* 2006;57:-106.
- (58) Cooper A, Stoltenberg CD. Comparison of a sexual enhancement and a communication training program on sexual and marital satisfaction. *Journal of Counseling Psychology* 1987;34:-314.
- (59) Cooper AJ. Progestogens in the treatment of male sex offenders: a review. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 31(1):73-9, 1986.
- (60) Craig LA, Stringer I, Moss T. Treating Sexual Offenders With Learning Disabilities in the Community: A Critical Review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2006;50:369-390.
- (61) Crayton HJ, Rossman HS. Managing the symptoms of multiple sclerosis: A multimodal approach. *Clinical Therapeutics* 2006;28(4):445-460.
- (62) Crowe MJ, Gillan P, Golombok S. Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study. *Behaviour Research & Therapy* 1991;47-54.
- (63) Crowe MJ. Conjoint marital therapy: A controlled outcome study. *Psychological Medicine* 1978;8:-636.
- (64) Cyranowski JM, Frank E, Cherry C, Houck P, Kupfer DJ. Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research* 2004;38:-273.
- (65) Danielsson I, Torstensson T, Brodda-Jansen G, Bohm-Starke N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1360-1367.
- (66) Davis MK, Gidycz CA. Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *J Clin Child Psychol* 2000;29:257-265.
- (67) De Becker E. Sexual transgressions of mentally handicapped teenagers. 89. *Annales Medico-Psychologiques* 2006;164:557-sychologiques.

- (68) Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment* 2001;6(4):332-43.
- (69) Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect* 1999;23(12):1371-8.
- (70) Deforge D, Blackmer J, Garritty C et al. Male erectile dysfunction following spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord* 2006;44(8):465-73.
- (71) Dekker J, Everaerd W. A long-term follow-up study of couples treated for sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1983;9(9):99-113
- (72) Delehanty R. Changes in assertiveness and changes in orgasmic response occurring with sexual therapy for preorgasmic women. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1982;8(3):198-208.
- (73) Delgado M. *Attachment difficulties: A comparison study of incest survivors and depressed women* 1996. (Thesis/Dissertation)
- (74) Denton AS, Maher EJ. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD003750.
- (75) de Socarraz ML, Randolph DL. Responses given by A and B quasi-therapists to differing sexual roles in an intro-punitive-neurotic prototype: an analogue study. *Journal of Clinical Psychology* 1978;34(1):165-70.
- (76) de Tyche C. Motor handicap and sex-role identification: Differential approach. [French]. *Revue de Psychologie Appliquee* 1981;31:437-461.
- (77) Dilley JW, Woods WJ, Sabatino J et al. Changing sexual behavior among gay male repeat testers for HIV: a randomized, controlled trial of a single-session intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002;30(2):177-86.
- (78) Dodds AK. *A treatment outcome study assessing the effectiveness of trauma focused and effect focused group psychotherapy for women who were sexually abused as children* 1996. (Thesis/Dissertation)
- (79) Dominguez RZ. *Evaluation of cognitive-behavioral and supportive treatments for sexually abused children: Analyzing the process of change using individual growth curve analyses* 2002. (Thesis/Dissertation)
- (80) Donahey KM, Miller SD. Applying a common factors perspective to sex therapy. *Journal of Sex Education & Therapy* 2000;25(4):221-230.
- (81) Duterte E, Segraves T, Althof S. *Psychotherapy and pharmacotherapy for sexual dysfunctions*. 21. Oxford University Press, 2007.
- (82) Edgeworth J, Carr A. Child abuse. 2000.
- (83) Edmond TE. *Eye movement desensitization and reprocessing: Evaluating its effectiveness in reducing trauma symptoms in adult female survivors of childhood sexual abuse* 1998. (Thesis/Dissertation)

- (84) Edwards DW. Treatment of sexual dysfunction in male alcoholics: An experimental study. *Journal of Social Work & Human Sexuality* 1983;1:-81.
- (85) Eher R, Lackinger F, Fruhwald S, Frottier P. Interaction-based psychotherapy with released offenders and a group of sex-offenders--7 year follow-up. *Recht & Psychiatrie* 2006;24:83-90.
- (86) Enserink M. Let's talk about sex - And drugs. *Science* 2005;308(5728):1578-1580.
- (87) Ersner-Hershfield R, Kopel SA. Group treatment of preorgasmic women: Evaluation of partner involvement and spacing of sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979;47:-759.
- (88) Everaerd W, Dekker J. Treatment of male sexual dysfunction: sex therapy compared with systematic desensitization and rational emotive therapy. *Behav Res Ther* 1985;23(1):13-25.
- (89) Everaerd W, Dekker J. A comparison of sex therapy and communication therapy: couples complaining of orgasmic dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1981;7(4):278-89.
- (90) Faber B, Christensen HB, Björner JB. Premature ejaculation - results of treatment of men from 2 different cultural backgrounds. *Ugeskrift for Laeger* 1992;154:1638-1641.
- (91) Feeny NC, Zoellner LA, Foa EB. Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: a preliminary examination. *Journal of Personality Disorders* 2002;16(1):30-40.
- (92) Feil MG, Richter-Appelt H. Control beliefs and anxiety in heterosexual men with erectile disorder: An empirical study. *Zeitschrift fur Sexualforschung* 2002;15:-20.
- (93) Editorial. Female sexual dissatisfaction: Hormone therapy inappropriate. *Prescrire International* 2007;202-205.
- (94) Fichten CS, Libman E, Takefman J, Brender W. Self-monitoring and self-focus in erectile dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1988;14(2):120-8.
- (95) Fichten CS, Libman E, Brender W. Measurement of therapy outcome and maintenance of gains in the behavioral treatment of secondary orgasmic dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1986;9(3):191-202.
- (96) Fichten CS, Libman E, Brender W. Methodological issues in the study of sex therapy: effective components in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1983;9(3):191-202.
- (97) Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1995;34(11):1408-23.
- (98) Foley FW, LaRocca NG, Sanders AS, Zemon V. Rehabilitation of intimacy and sexual dysfunction in couples with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2001;7(6):417-421.
- (99) Foster AL. Changes in marital sexual relationships following treatment for sexual dysfunctioning. *J Sex Marital Ther* 1978;4:-197.

- (100) Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer A. Sexuality. Clinical sexology and rehabilitation. *Svensk rehabilitering* 1999;;10-13.
- (101) Giuliano F, Clement P. Serotonin and Premature Ejaculation: From Physiology to Patient Management. *Eur Urol* 2006;50(3):454-466.
- (102) Goldbeck L, Laib-Koehnemund A, Fegert JM. A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse Negl* 2007;31:919-933.
- (103) Golden JS, Price S, Heinrich AG, Lobitz WC. Group vs couple treatment of sexual dysfunctions. *Arch Sex Behav* 1978;7:-602.
- (104) Goldman A, Carroll JL. Educational intervention as an adjunct to treatment of erectile dysfunction in older couples. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1990;16(3):127-41.
- (105) Goldmeier D. 'Responsive' sexual desire in women - Managing the normal? *Sexual & Relationship Therapy* 2001;16(4):381-387.
- (106) Goldstein I, Moreland, Nehra. Female sexual arousal disorder: New insights. *International Journal of Impotence Research* 2000;12(Suppl.4):S152-S157.
- (107) Granot M, Zimmer EZ, Friedman M, Lowenstein L, Yarnitsky D. Association Between Quantitative Sensory Testing, Treatment Choice, and Subsequent Pain Reduction in Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Journal of Pain* 2004;5:-232.
- (108) Grenier G, Byers ES. Rapid ejaculation: A review of conceptual, etiological, and treatment issues. *Archives of Sexual Behavior* 1995;24(4):447-472.
- (109) Hafner RJ, Badenoch A, Fisher J, Swift H. Spouse-aided versus individual therapy in persisting psychiatric disorders: a systematic comparison. *Family Process* 1983;22(3):385-99.
- (110) Hains AA, Herrman LP, Baker KL, Graber S. The development of a psycho-educational group program for adolescent sex offenders. *Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation* 1986;11:-76.
- (111) Hammond PD, Oei TP. Social skills training and cognitive restructuring with sexual unassertiveness in women. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1982;8(4):297-304.
- (112) Hatch JP. Voluntary control of sexual responding in men and women: Implications for the etiology and treatment of sexual dysfunctions. *Biofeedback & Self Regulation* 1981;6:-205.
- (113) Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. *J Sex Med* 2004;1(1):49-56.
- (114) Hedelin H, Stroberg P. Treatment for erectile dysfunction based on patient-reported outcomes: To every man the PDE5 inhibitor that he finds superior. *Drugs* 2005; 65(16):2245-2251.
- (115) Hedlund E. Group therapy with sex-dependent men. How did it turn out? *Psykisk Hälsa* 2001;42:79-89.
- (116) Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Archives of Sexual Behavior* 2002;31(5):445-450.

- (117) Hellstrom WJG, Nehra A, Shigh R, Sharlip ID. Premature ejaculation: The most common male sexual dysfunction. *J Sex Med* 2006;1-3.
- (118) Hertoft P. [Psychotherapeutic treatment of sexual dysfunction--or from sex therapy to marital therapy]. *Ugeskr Laeger* 2002;164:4805-4808.
- (119) Kessler MRH, White MB, Nelson BS. Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse Negl* 2003;27:-1061.
- (120) Hirsch M, Donatucci C, Glina S, Montague D, Montorsi F, Wyllie M. Standards for clinical trials in male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and rapid ejaculation. *J Sex Med* 2004;1(1):87-91.
- (121) Hurlbert DF, White LC, Powell RD, Apt C. Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1993;24:-13.
- (122) Hurlbert DF, Apt C. The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1995.
- (123) Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Zand SO, Dolatabadi S. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2004;11(5):358-368.
- (124) Jeffries SA. *Sexuality and gynaecological cancer: A randomised control trial to evaluate the effectiveness of a group psychoeducational intervention in improving the sexual health of women with gynaecological cancer treated with radiotherapy* 2004. (Thesis/Dissertation)
- (125) Jeng CJ, Wang LR, Chou CS, Shen J, Tzeng CR. Management and Outcome of Primary Vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2006;32:379-387.
- (126) Jensen SB. Sexual function and dysfunction in younger married alcoholics: A comparative study. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:-549.
- (127) Kaiser A, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Groth T. The efficacy of a compact psychoeducational group training program for married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66:-760.
- (128) Keeling JA, Rose JL, Beech AR. An investigation into the effectiveness of a custody-based cognitive-behavioural treatment for special needs sexual offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2006;17:-392.
- (129) Keeling JA, Rose JL, Beech AR. Comparing sexual offender treatment efficacy: Mainstream sexual offenders and sexual offenders with special needs. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 2007;32:117-124.
- (130) Kilmann PR, Milan RJ, Jr., Boland JP et al. Group treatment of secondary erectile dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1987;13(3):168-82.
- (131) Kilmann PR, Mills KH, Caid C, Davidson E. Treatment of secondary orgasmic dysfunction: An outcome study. *Arch Sex Behav* 1986;15:-229.

- (132) Kilmann PR, Milan RJ, Jr., Boland JP et al. The treatment of secondary orgasmic dysfunction II. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1987;13(2):-93-105.
- (133) King NJ, Tonge BJ, Mullen P et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000;39(11):1347-55.
- (134) Kippax S, Stephenson N. Meaningful evaluation of sex and relationship education. *Sex Education* 2005;5:-373.
- (135) Kobus AM-RD. *The efficacy of group cognitive-behavioral therapy in the management of chronic vulvar pain* 2000. (Thesis/Dissertation)
- (136) Kockott G, Dittmar F, Nosselt L. Systematic desensitization of erectile impotence: A controlled study. *Arch Sex Behav* 1975;4:-500.
- (137) Kraft T, Kraft D. The place of hypnosis in psychiatry, part 2: Its application to the treatment of sexual disorders. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis* 2007;35:1-18.
- (138) Kreuter M, Siosteen A, Biering-Sorensen F. Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: A controlled study. *J Rehabil Med* 2008;61-69.
- (139) Kristensen E LM. Women with a history of childhood sexual abuse. Long-term social and psychiatric aspects. *Nord J Psychiatry* 2007;61:115-120.
- (140) Kroger C, Hahlweg K, Klann N. What effects does couples therapy have on sexuality and sexual satisfaction? *Zeitschrift fur Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis* 2007;36:121-127.
- (141) Krueger RB, Kaplan MS. Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice* 2002;8:-32.
- (142) Kuzmarov IW, Ross D, Skamene A, Spevack M. A sexual tune-up program as an adjunct to intracavernous pharmacotherapy. *Canadian Journal of Human Sexuality* 1993;2:-241.
- (143) Kwan M, VanMaasdam J, Davidson JM. Effects of estrogen treatment on sexual behavior in male-to-female transsexuals: experimental and clinical observations. *Archives of Sexual Behavior* 1985;14(1):29-40.
- (144) Laws DR, Marshall WL. Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behaviour Research & Therapy* 1991;13:-25.
- (145) Libman E, Fichten CS, Brender W, Burstein R, Cohen J, Binik YM. A comparison of three therapeutic formats in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1984;10(3):147-59.
- (146) LoPiccolo J, Heiman JR, Hogan DR, Roberts CW. Effectiveness of single therapists versus cotherapy teams in sex therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1985;53(3):287-94.
- (147) Lothstein LM. The postsurgical transsexual: Empirical and theoretical considerations. *Arch Sex Behav* 1980;9:-564.

- (148) Lue TF, Giuliano F, Montorsi F et al. Summary on the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2004;1(1):6-23.
- (149) Macphee DC. *The effect of marital therapy on inhibited sexual desire: An outcome study* 1996. (Thesis/Dissertation)
- (150) Maughan K, Clarke C. The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing* 2001;10:221-229.
- (151) McConaghy N. Methodological issues concerning evaluation of treatment for sexual offenders: randomization, treatment dropouts, untreated controls, and within-treatment studies. *Sex Abuse: Journal of Research & Treatment* 1999;11(3):189-93.
- (152) McConaghy N, Blaszczynski A, Armstrong MS, Kidson W. Resistance to treatment of adolescent sex offenders. *Archives of Sexual Behavior* 1989;18(2):97-107.
- (153) McCreight BH. *A comparative study of two types of group therapy for adult female survivors of childhood sexual abuse* 1996. (Thesis/Dissertation)
- (154) McDonagh A, Friedman M, McHugo G et al. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *SO: Journal of consulting and clinical psychology* 2005;73:515-524.
- (155) McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, Watson K. Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Nursing Research* 2006;55(1)52-61.
- (156) McGain B, McKinzey RK. The efficacy of group treatment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect* 1995;1157-1169.
- (157) Mehlman RI. *A clinical validation study of George Kelly's Personal Construct Theory in men with erectile dysfunction* 1999. (Thesis/Dissertation)
- (158) Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med* 2004;1(1):66-68.
- (159) Meston CM, Gorzalka BB, Wright JM. Inhibition of subjective and physiological sexual arousal in women by clonidine. *Psychosomatic Medicine* 1997;59(4):399-407.
- (160) Miller HB, Hunt JS. Female sexual dysfunction: Review of the disorder and evidence for available treatment alternatives. *Journal of Pharmacy Practice* 2003;16(3):200-208.
- (161) Mills KH, Kilmann PR. Group treatment of sexual dysfunctions: A methodological review of the outcome literature. *J Sex Marital Ther* 1982;8:-296.
- (162) Modelska K, Cummings S. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2003;188(1):289-93.
- (163) Modelska K, Milian ML. Treatment of female sexual dysfunction in postmenopausal women - What is the evidence? *Reviews in Gynaecological Practice* 2004;4(2):121-131.

- (164) Morgan T, Cummings AL. Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1999;67(1):28-36.
- (165) Morley JE, Kaiser FE. Female sexuality. *Medical Clinics of North America* 2003;87(5):1077-1090.
- (166) Mullen PD, Ramirez G, Strouse D, Hedges LV, Sogolow E. Meta-analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2002;30(Suppl.1):S94-S105.
- (167) Munjack DJ, Schlaks A, Sanchez VC, Usigli R, Zulueta A, Leonard M. Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure: an initial study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1984;10(3):170-5.
- (168) Nagayama Hall GC. Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1995;65(5):802-809.
- (169) Nappi R, Salonia A, Traish AM et al. Clinical biologic pathophysiologies of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005;2(1):4-25.
- (170) Nathan EP, Joanning HH. Enhancing marital sexuality: an evaluation of a program for the sexual enrichment of normal couples. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1985;11(3):157-64.
- (171) Nemetz GH, Craig KD, Reith G. Treatment of female sexual dysfunction through symbolic modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978;46:-73.
- (172) Nemetz GH. *Time-limited sex therapy for couples: A controlled evaluation of group and individual couple intervention* [ 1981.
- (173) Neri A, Aygen M, Zukerman Z, Bahary C. Subjective assessment of sexual dysfunction of patients on long-term administration of digoxin. *Archives of Sexual Behavior* 1980;9(4):343-7.
- (174) Nurcombe B, Wooding S, Marrington P, Bickman L, Roberts G. Child sexual abuse II: treatment. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34(1):92-7.
- (175) Oakley A, Fullerton D, Holland J et al. Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *BMJ* 1995;310:158-162.
- (176) Obler M. Multivariate approaches to psychotherapy with sexual dysfunctions. *Counseling Psychologist* 1975;5:-60.
- (177) Ochs EPP. *A sex-expert computer program in therapeutic dialogue with couples: An investigation of resultant attitudes, learning, and sexual behaviors* 2003. (Thesis/Dissertation)
- (178) Ochs EPP, Binik YM. A sex-expert computer system helps couples learn more about their sexual relationship. *Journal of Sex Education & Therapy* 1998;23:-155.
- (179) ODonohue W, Dopke CA, Swingen DN. Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review. *Clin Psychol Rev* 1997;17:537-566.



- (180) O'Farrell TJ, Kleinke CL, Cutter HS. Sexual adjustment of male alcoholics: changes from before to after receiving alcoholism counseling with and without marital therapy. *Addict Behav* 1998;23(3):419-25.
- (181) Optale G, Pastore M, Marin S, Bordin D, Nasta A, Pianon C. Male sexual dysfunctions: immersive virtual reality and multimedia therapy. *Studies in Health Technology & Informatics* 2004;99:165-78.
- (182) Pattison S, Harris B. Counselling children and young people: A review of the evidence for its effectiveness. *CPR* 2006;6:233-237.
- (183) Pauls RN, Kleeman SD, Karram MM. Female sexual dysfunction: Principles of diagnosis and therapy. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2005;60(3):196-205.
- (184) Penson DF. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR, Department of Behavioral Science, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX. *Urologic Oncology* 2006;458.
- (185) Perelman MA. A new combination treatment for premature ejaculation: A sex therapist's perspective. *J Sex Med* 2006;1004-1012.
- (186) Perris AR. "Porrsurfaren" Vålds-/förövarbeteenden och schematerapi. *Psykisk Hälsa* 2006;47:48-59.
- (187) Peters DH, Mirchandani GG, Hansen PM. Strategies for engaging the private sector in sexual and reproductive health: how effective are they? *Health Policy & Planning* 1991;i5-i21.
- (188) Phelps JS, Jain A, Monga M. The PsychoedPlusMed approach to erectile dysfunction treatment: the impact of combining a psychoeducational intervention with sildenafil. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2004;30(5):305-14.
- (189) Piliero CA. *Cognitive re-structuring and the mental states of adolescent sex offenders: A quasi-experimental study of the effects of three interventions* 1995. (Thesis/Dissertation)
- (190) Price SC. Group treatment of erectile dysfunction for men without partners: A controlled evaluation. *Arch Sex Behav* 1981;10:-268.
- (191) Price C. Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2005;11:46-57.
- (192) Price CJ. *Body-oriented therapy in sexual abuse recovery: A study of efficacy, dissociation, and process* 2004. (Thesis/Dissertation)
- (193) Price C. Body-oriented therapy in sexual abuse recovery: A pilot-test comparison. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 2006;10(1):58-64.
- (194) Price JL. *Evaluation of treatment outcome for adult survivors of childhood sexual abuse* [ 2003. (Thesis/Dissertation)
- (195) Price JL, Hilsenroth MJ, Petretic-Jackson PA, Bonge D. A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1095-1121.

- (196) Quadland MC. Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther* 1985;11:-132.
- (197) Ragucci KR, Culhane NS, Dalmady-Israel C, Demers D. Treatment of female sexual dysfunction. *Annals of Pharmacotherapy* 2003;37(4):546-555.
- (198) Rankin M, Borah G, Alvarez S. Resumption of sexual activity after plastic surgery: current practice and recommendations. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:1557-1563.
- (199) Redelman M. A general look at female orgasm and anorgasmia. *Sexual Health* 2006;3(3):143-153.
- (200) Reeker J, Ensing D, Elliott R. A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect* 1997;21(7):669-680.
- (201) Reid K, Surridge DH, Morales A et al. Double-blind trial of yohimbine in treatment of psychogenic impotence. *Lancet* 1987;2(8556):421-3.
- (202) Reissing ED, Binik YM, Khalife S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1999;187(5):261-74.
- (203) Rellini A, Meston C. The sensitivity of event logs, self-administered questionnaires and photoplethysmography to detect treatment-induced changes in female sexual arousal disorder (FSAD) diagnosis. *J Sex Med* 2006;3(2):283-91.
- (204) Richardson D, Goldmeier D. Recommendations for the management of retarded ejaculation: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *International Journal of STD & AIDS* 2006;17(1):7-13.
- (205) Richardson D, Green J, Ritcheson A, Goldmeier D, Harris JRW. A review of controlled trials in the pharmacological treatment of premature ejaculation. *International Journal of STD & AIDS* 2005;16:-658.
- (206) Rieckert J, Moller AT. Rational-emotive behavior therapy in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy* 2000;18:-102.
- (207) Robinson S. Effects of a sex education program on intellectually handicapped adults. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities* 1984;10:-26.
- (208) Robinson JW, Faris PD, Scott CB. Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 1999;44(3):497-506.
- (209) Rosenstock HA, Axelrad SD. Erectile dysfunction: on the efficacy of a phosphodiesterase inhibitor with concurrent sex therapy. *Asian Journal of Andrology* 1999;1(4):207-210.
- (210) Rothschild AJ. Sexual side effects of antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000;61(Suppl.11):28-36.
- (211) Rowland D, Burek M. Trends in research on premature ejaculation over the past 25 years. *J Sex Med* 2007;4:1454-1461.

- (212) Rowland DL, Heiman JR. Self-reported and genital arousal changes in sexually dysfunctional men following a sex therapy program. *J Psychosom Res* 1991;35:-619.
- (213) Rowland DL, Tai W. A review of plant-derived and herbal approaches to the treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003;29:-205.
- (214) Ryan PE. *A study of the effect of the transtheoretical approach upon sex offenders* 1998. (Thesis/Dissertation)
- (215) Sandfort TGM, Ehrhardt AA. Sexual Health: A useful public health paradigm or a moral imperative? *Arch Sex Behav* 2004;33:-187.
- (216) Sarrel P, Dobay B, Wiita B. Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapy. Sexual behavior and neuroendocrine responses. *Journal of Reproductive Medicine* 1998;43(10):847-56.
- (217) Sarrel PM, DeCherney AH. Psychotherapeutic intervention for treatment of couples with secondary infertility. *Fertility & Sterility* 1985;43(6):897-900.
- (218) Sarwer DB, Durlak JA. A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1997;23(2):87-97.
- (219) Schewe PA, O'Donohue W. Rape prevention with high-risk males: short-term outcome of two interventions. *Archives of Sexual Behavior* 1996;25(5):455-71.
- (220) Schnyder U, Schnyder-Luthi C, Ballinari P, Blaser A. Therapy for vaginismus: in vivo versus in vitro desensitization. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 1998;43(9):941-4.
- (221) Schaalma HP, Abraham C, Gillmore MR, Kok G. Sex education as health promotion: What does it take? *Arch Sex Behav* 2004;33:-269.
- (222) Scott JL, Halford WK, Ward BG. United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2004;72(6):1122-35.
- (223) Seedat S, Stein DJ, Carey PD. Post-Traumatic Stress Disorder in Women: Epidemiological and Treatment Issues. *CNS Drugs* 2005;19:-427.
- (224) Segenreich E, Israilov SR, Shmueli J, Servadio C. Vacuum therapy combined with psychotherapy for management of severe erectile dysfunction. *Eur Urol* 1995; 28(1):47-50.
- (225) Segenreich E, Israilov SR, Shmueli J, Raz D, Servadio C. [Psychotherapy combined with use of the vacuum constrictive device for erectile impotence]. [Hebrew]. *Harefuah* 1994; 126(11):633-6.
- (226) Segraves RT. Treatment of erectile dysfunction: A psychiatric perspective. *Primary Psychiatry* 2004;11(12):58-68.
- (227) Shell JA. Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: sexual dysfunction. *Oncology Nursing Forum* 2002;29(1):53-66.
- (228) Sipski ML, Behnegar A. Neurogenic female sexual dysfunction: A review. *Clinical Autonomic Research* 2001;11(5):279-283.

- (229) Somers KJ, Philbrick KL. Sexual dysfunction in the medically ill. *Curr Psychiatry Rep* 2007;247-254.
- (230) Sotile WM, Kolmann PR. Effects of group systematic desensitization on female orgasmic dysfunction. *Arch Sex Behav* 1978;7:-491.
- (231) Sotile WM, Kilmann PR. Treatments of psychogenic female sexual dysfunctions. *Psychological Bulletin* 1977;84:-633.
- (232) Spence SH. Group versus individual treatment of primary and secondary female orgasmic dysfunction. *Behaviour Research and Therapy* 1985;23:-548.
- (233) Steinke EE, Swan JH. Effectiveness of a videotape for sexual counseling after myocardial infarction. *Research in Nursing & Health* 2004;27(4):269-80.
- (234) Steinke EE. A videotape intervention for sexual counseling after myocardial infarction. *Heart & Lung* 2002;31(5):348-54.
- (235) Stimmel GL, Gutierrez MA. Pharmacologic treatment strategies for sexual dysfunction in patients with epilepsy and depression. *CNS Spectrums* 2006;11(Suppl.9):31-37.
- (236) Stovall-McClough C. Trauma focused cognitive behavioural therapy reduces PTSD more effectively than child centred therapy in children who have been sexually abused. *Evidence-Based Mental Health* 2004;7:113.
- (237) Sullivan PM, Scanlan JM, Brookhouser PE, Schulte LE, Knutson JF. The effects of psychotherapy on behavior problems of sexually abused deaf children. *Child Abuse & Neglect* 1992;16(2)297-307.
- (238) Talbot NL, Houghtalen RP, Duberstein PR, Cox C, Giles DE, Wynne LC. Effects of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse. *Psychiatric Services* 1999; 50:686-692.
- (239) Tanner BA. A comparison of automated aversive conditioning and a waiting list control in the modification of homosexual behavior in males. *Behavior Therapy* 1974;5:-32.
- (240) Ter Kuile MM, Weijnenborg PT. A cognitive-behavioral group program for women with vulvar vestibulitis syndrome (VVS): factors associated with treatment success. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2006;32(3).
- (241) Tiefer L. Sex therapy as a humanistic enterprise. *Sexual and Relationship Therapy* 2006;21:359-375.
- (242) Titta M, Tavolini IM, Moro FD, Cisternino A, Bassi P. Sexual counseling improved erectile rehabilitation after non-nerve-sparing radical retropubic prostatectomy or cystectomy--results of a randomized prospective study. *J Sex Med* 2006;3(2):267-73.
- (243) Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005;112(9):1249-1256.

- (244) Tourigny M, Guillon ML, Morissette P. Effectiveness of a group intervention for men sexually molested during childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science* 2005;37:-109.
- (245) Tourigny M, Hebert M, Daigneault I, Simoneau AC. Efficacy of a Group Therapy for Sexually Abused Adolescent Girls. *J Child Sex Abuse* 2005;14:-93.
- (246) Traeen B. Effect of an intervention to prevent unwanted pregnancy in adolescents. A randomized, prospective study from Nordland county, Norway, 1999-2001. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2003;13:-223.
- (247) Truax R, Tournay G. Male homosexuals in group psychotherapy: A controlled study. *Diseases of the Nervous System* 1971;32:-711.
- (248) Trudel G, Saint-Laurent S. A comparison between the effects of Kegel's exercises and a combination of sexual awareness relaxation and breathing on situational orgasmic dysfunction in women. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1983;9(3):204-9.
- (249) Trudel G, Laurin F. The effects of bibliotherapy on orgasmic dysfunction and couple interactions: An experimental study. *Sexual & Marital Therapy* 1988;3:-228.
- (250) Tuschen-Caffier B, Florin I, Krause W, Pook M. Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychotherapy & Psychosomatics* 1999;68(1):15-21.
- (251) van der WF, Dohle GR, van der TJ, Slob AK. Intracavernosal injection therapy with and without sexological counselling in men with erectile dysfunction. *BJU International* 2002;89(9):901-4.
- (252) Van Diest SL, Van Lankveld JJDM, Leusink PM, Slob AK, Gijs L. Sex Therapy through the Internet for Men with Sexual Dysfunctions: A Pilot Study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2007;33:115-133.
- (253) Van Lankveld JJDM, Everaerd W, Grotjohann Y. Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *Journal of Sex Research* 2001;38:-67.
- (254) Wang WF, Minhas S, Ralph DJ. Phosphodiesterase 5 inhibitors in the treatment of premature ejaculation. *International Journal of Andrology* 2006;29(5):503-509.
- (255) Weinrott MR, Riggan M, Frothingham S. Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. *Journal of Interpersonal Violence* 1997;12:-728.
- (256) Westbury E, Tutty LM. The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect* 1999;23(1):31-44.
- (257) White P, Bradley C, Ferriter M, Hatzipetrou L. Managements for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders. *The Cochrane Library* 2006; CD000251.
- (258) Wylie KR, Jones RH, Walters S. The potential benefit of vacuum devices augmenting psychosexual therapy for erectile dysfunction: A randomized controlled trial. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003;29(3):227-236.

- (259) Yeater EA, Naugle AE, O'Donohue W, Bradley AR. Sexual assault prevention with college-aged women: a bibliotherapy approach. *Violence & Victims* 2004;593-612.
- (260) Yehua R. Skills training plus exposure therapy may reduce post traumatic stress in women who experienced childhood abuse. *Evidence-Based Mental Health* 2006;6:50.
- (261) Zajecka J, Dunner DL, Gelenberg AJ et al. Sexual function and satisfaction in the treatment of chronic major depression with nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63(8):709-16.
- (262) Zeiss RA. Self-directed treatment for premature ejaculation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978;46:-1241.
- (263) Zlotnick C, Shea TM, Rosen K et al. An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress* 1997;10(3):425-36.

---

## Vedlegg 11 Oppdateringssøk januar 2011

---

Følgende studier fra oppdateringssøk januar 2011 er ikke innhentet i fulltekst eller vurdert i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier.

1. Abdel-Hamid IA, Jannini EA, Andersson K-E. Premature ejaculation: Focus on therapeutic targets. *Expert Opin Ther Targets* 2009;13(2):175-93.
2. Adeniyi AF, Adeleye JO, Adeniyi CY. Diabetes, sexual dysfunction and therapeutic exercise: A 20 year review. *Current Diabetes Reviews* 2010;6(4):201-6.
3. Al-Azzawi F, Bitzer J, Brandenburg U, Castelo-Branco C, Graziottin A, Kenemans P, et al. Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Climacteric* 2010;13(2):103-20.
4. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, et al. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. *J Sex Med* 2010;7(9):2947-69.
5. Amsterdam A, Krychman M. Sexual function in gynecologic cancer survivors. *Expert Review of Obstetrics and Gynecology* 2008;3(3):331-7.
6. Aubin S, Heiman JR, Berger RE, Murallo AV, Yung-Wen L. Comparing sildenafil alone vs. sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: A pilot study. *J Sex Marital Ther* 2009;35(2):122-43.
7. Basson R, Wierman ME, van LJ, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010;7(1 PART 2):314-26
8. Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. *J Sex Med* 2010;7(1 PART 2):374-88.
9. Bilby C, Ferriter M, Jones H, Huband N, Smailagic N. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4)
10. Bohus M, Priebe K, Dyer A, Steil R. Dialectical behavioral therapy for patients with borderline features and posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse (DBT-P). *European Psychiatry* 2009;Conference: 17th European Psychiatric Association, EPA Congress Lisbon Portugal. Conference Start: 20090124 Conference End: 20090128. Conference: 17th European Psychiatric Association, EPA Congress Lisbon Portugal. Conference Start: 20090124 Conference End: 20090128. Conference Publication:(var.pagings):S91.
11. Boonzaier A, Schubach K, Troup K, Pollard A, Aranda S, Schofield P. Development of a psychoeducational intervention for men with prostate cancer. *J Psychosoc Oncol* 2009;27(1):136-53.

12. Braun DJ. Sexual identity therapy: An outcome study. Dustin J.: Regent U., US: Braun; 2009.
13. Brock G, Carrier S, Alarie P, Pommerville P, Casey R, Harris S, et al. The effect of physician and patient education when combined with vardenafil treatment in Canadian males with erectile dysfunction: An open-label, factorial-designed, cluster-randomized clinical trial. *J Sex Med* 2008;5(3):705-15.
14. Brooks-Gordon B, Bilby C, Wells H. Psychological intervention for juvenile sexual offenders: a systematic review. NHS Research and Development Programme 2009;1.
15. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med* 2010;7(1 PART 2):586-614.
16. Carey MP, Senn TE, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Do STD clinic patients who consent to sexual health research differ from those who decline? Findings from a randomized controlled trial with implications for the generalization of research results. *Sex Transm Dis* 2008;35(1):73-7.
17. Chambers SK, Schover L, Halford K, Clutton S, Ferguson M, Gordon L, et al. ProsCan for Couples: randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer who receive radical prostatectomy. *BMC Cancer* 2008;8:226.
18. Chudakov B, Cohen H, Matar MA, Kaplan Z. A naturalistic prospective open study of the effects of adjunctive therapy of sexual dysfunction in chronic PTSD patients. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008;45(1):26-32.
19. Classen CC, Palesh OG, Cavanaugh C, Koopman C, Kaupp JW, Kraemer HC, et al. A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2010;
20. Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health* 2008;13(4):158-62.
21. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(7):811-9.
22. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression & Anxiety* 2011;28(1):67-75.
23. Duijts SFA, Oldenburg HSA, van Beurden M, Aaronson NK. Cognitive behavioral therapy and physical exercise for climacteric symptoms in breast cancer patients experiencing treatment-induced menopause: design of a multicenter trial. *BMC Womens Health* 2009;9:15.



24. Duijts S, Oldenburg H, Van BM, Aaronson N. Cognitive behavioral therapy and physical exercise for climacteric symptoms in breast cancer patients experiencing treatment induced menopause: First results of a multicenter trial. *Psychooncology* 2010;Conference: IPOS 12th World Congress of Psycho-Oncology Quebec City, QC Canada. Conference Start: 20100525 Conference End: 20100529. Conference Publication:(var.pagings):S58-S59.
25. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Maiorino MI, Autorino R, De Sio M, et al. Effects of intensive lifestyle changes on erectile dysfunction in men. *J Sex Med* 2009;6(1):243-50.
26. Farkas L. The effects of Motivation-Adaptive Skills-Trauma Resolution (MASTR) - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on traumatized adolescents with conduct problems. Leechen: Universite de Montreal, Canada: Farkas; 2010.
27. Feiring C, Simon VA, Cleland CM. Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol 77(1), Feb 2009, pp 127-137 2009;(1):Feb-137.
28. Flynn P, Kew F, Kisely SR. Interventions for psychosexual dysfunction in women treated for gynaecological malignancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD004708.
29. Galbraith ME, Crighton F. Alterations of sexual function in men with cancer. *Semin Oncol Nurs* 2008;24(2):102-14.
30. Ganz PA. Psychological and social aspects of breast cancer. *ONCOLOGY* 2008;22(6):642-50.
31. Ginzburg K, Butler LD, Giese-Davis J, Cavanaugh CE, Neri E, Koopman C, et al. Shame, guilt, and posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood sexual abuse at risk for human immunodeficiency virus: outcomes of a randomized clinical trial of group psychotherapy treatment. *The Journal of nervous and mental disease* 2009;197(7):536-42.
32. Golboni F, Veije M, Pakgohar M. The effect of infertility counseling on the quality of marital relationship in infertile couples. *Journal fur Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2010;Conference: 20th World Congress on Fertility and Sterility, IFFS 2010 Munich Germany. Conference Start: 20100912 Conference End: 20100916. Conference: 20th World Congress on Fertility and Sterility, IFFS 2010 Munich Germany. Conference Start: 20100912 Conference End: 20100916. Conference Publication:(var.pagings):241.
33. Goldbeck L, Laib-Koehnemund A, Fegert JM. A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse Negl* 2007;31(9):919-33.
34. Grauvogl A, Evers SM, Hoek K, Veen E, Franke A, van Lankveld JJ. Research into the efficacy and cost-effectiveness of brief, free of charge and anonymous sex counselling to improve (mental) health in youth: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2009;9:459.

35. Grubin D. Medical models and interventions in sexual deviance. Laws, D Richard (Ed); O'Donohue, William T (Ed) (2008) *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (2nd ed ) (pp 594-610) xiii, 642 pp New York, NY, US: Guilford Press 2008;(Ed):William-610.
36. Gunzler C, Kriston L, Berner MM. Nosological and health care related perspectives of sexual dysfunction: An integrative overview from the literature. Carroll, Jayson M (Ed); Alena, Marta K (Ed) (2008) *Psychological sexual dysfunctions* (pp 187-207) xiii, 293 pp Hauppauge, NY, US: Nova Biomedical Books 2008;(Ed):Marta-207.
37. Gurkan L, Oommen M, Hellstrom WJG. Premature ejaculation: Current and future treatments. *Asian Journal of Andrology* 2008;10(1):102-9.
38. Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior* Vol 36(9), Sep 2009, pp 865-891 2009;(9):Sep-891.
39. Harkins L, Beech AR. Examining the impact of mixing child molesters and rapists in group-based cognitive-behavioral treatment for sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2008;52(1):31-45.
40. Harper K, Richter NL, Gorey KM. Group work with female survivors of childhood sexual abuse: Evidence of poorer outcomes among those with eating disorders. *Eating Behaviors* Vol 10(1), Jan 2009, pp 45-48 2009;(1):Jan-48.
41. Harvey ST, Taylor JE. A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2010;30(5):517-35.
42. Hasenburg A, Gabriel B, Einig E-M. Sexuality after ovarian cancer therapy. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2008;68(10):994-7.
43. Havig K. The health care experiences of adult survivors of child sexual abuse: a systematic review of evidence on sensitive practice. *TRAUMA VIOLENCE ABUSE REV J* 2008;9(1):19-33.
44. Henggeler SW, Letourneau EJ, Chapman JE, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR. Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(3):451-62
45. Hersch J, Juraskova I, Price M, Mullan B. Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology* 2009;18(8):795-810.
46. Hess R, Conroy MB, Ness R, Bryce CL, Dillon S, Chang C-C, et al. Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. *J Sex Med* 2009;6(5):1358-68.

47. Kao A, Binik YM, Kapuscinski A, Khalife S. Dyspareunia in postmenopausal women: A critical review. *Pain Research and Management* 2008;13(3):243-54.
48. Kautz D, Van Horn ER, Moore C. Sex after stroke: an integrative review and recommendations for clinical practice. *Critical Reviews in Physical & Rehabilitation Medicine* 2009;21(2):99-115.
49. Kessler TM, Fowler CJ, Panicker JN. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2009;9(3):341-50.
50. Kingsberg S, Althof SE. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 2009;20(SUPPL. 1):S33-S43.
51. Klein R, Bar-on E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(5):672-8.
52. Kreuter M, Siosteen A, Biering-Sorensen F. Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: a controlled study. *J Rehabil Med* 2008;40(1):61-9.
53. Lahaie M-A, Boyer SC, Amsel R, Khalife S, Binik YM. Vaginismus: A review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health* 2010;6(5):705-19.
54. Landry T, Bergeron S, Dupuis M-J, Desrochers G. The treatment of provoked vestibulodynia: A critical review. *Clin J Pain* 2008;24(2):155-71.
55. Lau M, Kristensen E. "Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: A randomized controlled study": Erratum. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol 117(2), Feb 2008, pp 158 2008;(2):Feb.
56. Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE, et al. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 2009;23(1):89-102.
57. Letourneau EJ, Borduin CM. The effective treatment of juveniles who sexually offend: An ethical imperative. *Ethics & Behavior* Vol 18(2-3), Apr-Sep 2008, pp 286-306 2008;(2-3):Apr-Sep.
58. Letourneau EJ, Chapman JE, Schoenwald SK. Treatment outcome and criminal offending by youth with sexual behavior problems. *Child Maltreat* 2008;13(2):133-44.
59. Lindsay WR, Steptoe L, Beech AT. The Ward and Hudson pathways model of the sexual offense process applied to offenders with intellectual disability. *Sex Abuse* 2008;20(4):379-92.

60. Lombardi G, Del Popolo G, Macchiarella A, Mencarini M, Celso M. Sexual rehabilitation in women with spinal cord injury: a critical review of the literature. *Spinal Cord* 2010;48(12):842-9.
61. Lowenstein L, Pierce K, Pauls R. Urogynecology and sexual function research. *J Sex Med* 2009;6(1):199-204.
62. Marcus AC, Garrett KM, Cella D, Wenzel L, Brady MJ, Fairclough D, et al. Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors? *Psychooncology* 2010;19(9):923-32.
63. Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, O'Brien MD. Sexual offender treatment: A positive approach. *Psychiatric Clinics of North America* Vol 31(4), Dec 2008, pp 681-696 2008;(4):Dec-696.
64. Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain* 2009;141(1-2):31-40.
65. McCabe M, Price E. Internet-based psychological and oral medical treatment compared to psychological treatment alone for ED. *J Sex Med* 2008;5(10):2338-46.
66. McGrath RJ, Cumming GF, Hoke SE, Bonn-Miller MO. Outcomes in a community sex offender treatment program: a comparison between polygraphed and matched non-polygraphed offenders. *Sex Abuse* 2007;19(4):381-93.
67. Melnik T, Soares BGO, Nasello AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: Systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *J Sex Med* 2008;5(11):2562-74.
68. Melnik T, Glina S, Rodrigues OM, Jr. Psychological intervention for premature ejaculation. *Nature Reviews Urology* 2009;6(9):501-8.
69. Minstrell M, Winzenberg T, Rankin N, Hughes C, Walker J. Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: Changing needs over time. *Psycho-Oncology* Vol 17(1), Jan 2008, pp 58-65 2008;(1):Jan-65.
70. Molton IR, Siegel SD, Penedo FJ, Dahn JR, Kinsinger D, Traeger LN, et al. Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: The role of interpersonal sensitivity. *J Psychosom Res* 2008;64(5):527-36.
71. Murphy G, Powell S, Guzman AM, Hays SJ. Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behaviour: a pilot study. *J Intellect Disabil Res* 2007;51(Pt 11):902-12.
72. Murphy GH, Sinclair N, Hays SJ, Heaton K, Powell S, Langdon P, et al. Effectiveness of group cognitive-behavioural treatment for men with

intellectual disabilities at risk of sexual offending. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2010;23(6):537-51.

73. Narvaez A, Rubinos C, Cortes-Funes F, Gomez R, Garcia A. Evaluation of effectiveness of a group cognitive-behavioral therapy on body image, self-esteem, sexuality and distress in breast cancer patients. *Psicooncologia* 2008;5(1):93-102.
74. Nelson CJ. The role of psychological treatment strategies in ejaculatory dysfunction. *Current Sexual Health Reports* 2008;5(2):90-4.
75. O'Reilly G, Carr A, Murphy P, Cotter A. A controlled evaluation of a prison-based sexual offender intervention program. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment* 2010;22(1):95-111.
76. Paduch DA. Evaluation and treatment of male pelvic pain syndromes and sexual dysfunction. *Current Prostate Reports* 2008;6(3):131-8.
77. Parker B, Turner W. Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD008162.
78. Passarella CDM, Mendes DD, De Jesus MJ. A systematic review to study the efficacy of cognitive behavioral therapy for sexually abused children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria Clinica* 2010;37(2):63-73.
79. Penedo FJ, Traeger L, Dahn J, Molton I, Gonzalez JS, Schneiderman N, et al. Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. *Int J Behav Med* 2007;14(3):164-72.
80. Plaks M, Argaman R, Stawski M, Qwiat T, Polak D, Gothelf D. Social-sexual education in adolescents with behavioral neurogenetic syndromes. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences* 2010;47(2):118-24.
81. Pitum SV, Konrad N. [Sexual offending in schizophrenia - a comparative trial]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008;76(11):655-61.
82. Poobalan AS, Pitchforth E, Imamura M, Tucker JS, Philip K, Spratt J, et al. Characteristics of effective interventions in improving young people's sexual health: A review of reviews. *Sex Education* 2009;9(3):319-36.
83. Quinn C, Browne G. Sexuality of people living with a mental illness: a collaborative challenge for mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs* 2009;18(3):195-203.
84. Raffin AL, Ferrao YA, De Souza FP, Cordioli AV. Outcome predictor factors in the treatment of obsessive-compulsive disorder using behavior and cognitive-behavior therapies: A systematic review. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2008;30(1 SUPPL.)

85. Redondo Illescas S, Garrido Genoves V. Efficacy of a psychological treatment for sex offenders. *Psicothema* 2008;20(1):4-9.
86. Rellini A. Review of the empirical evidence for a theoretical model to understand the sexual problems of women with a history of CSA. *J Sex Med* 2008;5(1):31-46.
87. Resnick H, Acierno R, Waldrop AE, King L, King D, Danielson C, et al. Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behav Res Ther* 2007;45(10):2432-47.
88. Revenson TA, Temple LK, McClelland SI. Improving sexual function in female cancer survivors: A systematic review of psychosocial interventions. *J Clin Oncol* 2010;Conference: 2010 Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology, ASCO Chicago, IL United States. Conference Start: 20100604 Conference End: 20100608. Conference Publication:(var.pagings)
89. Rizvi SL, Vogt DS, Resick PA. Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2009;47(9):737-43.
90. Rose KS. Navigator's group: Group therapy for sexually reactive children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2009 Vol 69 (12-B) pp 7824
91. Schmucker M, Losel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008;20(1):10-9.
92. Scott JL, Kayser K. A review of couple-based interventions for enhancing women's sexual adjustment and body image after cancer. *Cancer J* 2009;15(1):48-56.
93. Serovich JM, Craft SM, Tovissimi P, Gangamma R, McDowell T, Graftsky EL. A systematic review of the research base on sexual reorientation therapies. *J Marital Fam Ther* 2008;34(2):227-38.
94. Seto MC. Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology* 2009;5:391-407.
95. Shao X, Li J. Clinical study on treatment of premature ejaculation with Paroxetine and behavior-therapy. *Chinese Journal of Andrology* 2008;22(1):18-20.
96. St Amand A, Bard DE, Silovsky JF. Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: practice elements and outcomes. *Child Maltreat* 2008;13(2):145-66.
97. Steggall MJ, Fowler CG, Pryce A. Combination therapy for premature ejaculation: Results of a small-scale study. *Sexual and Relationship Therapy* Vol 23(4), Nov 2008, pp 365-376 2008;(4):Nov-376.
98. Taylor JE, Harvey ST. Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior* 2009;14(5):273-85.

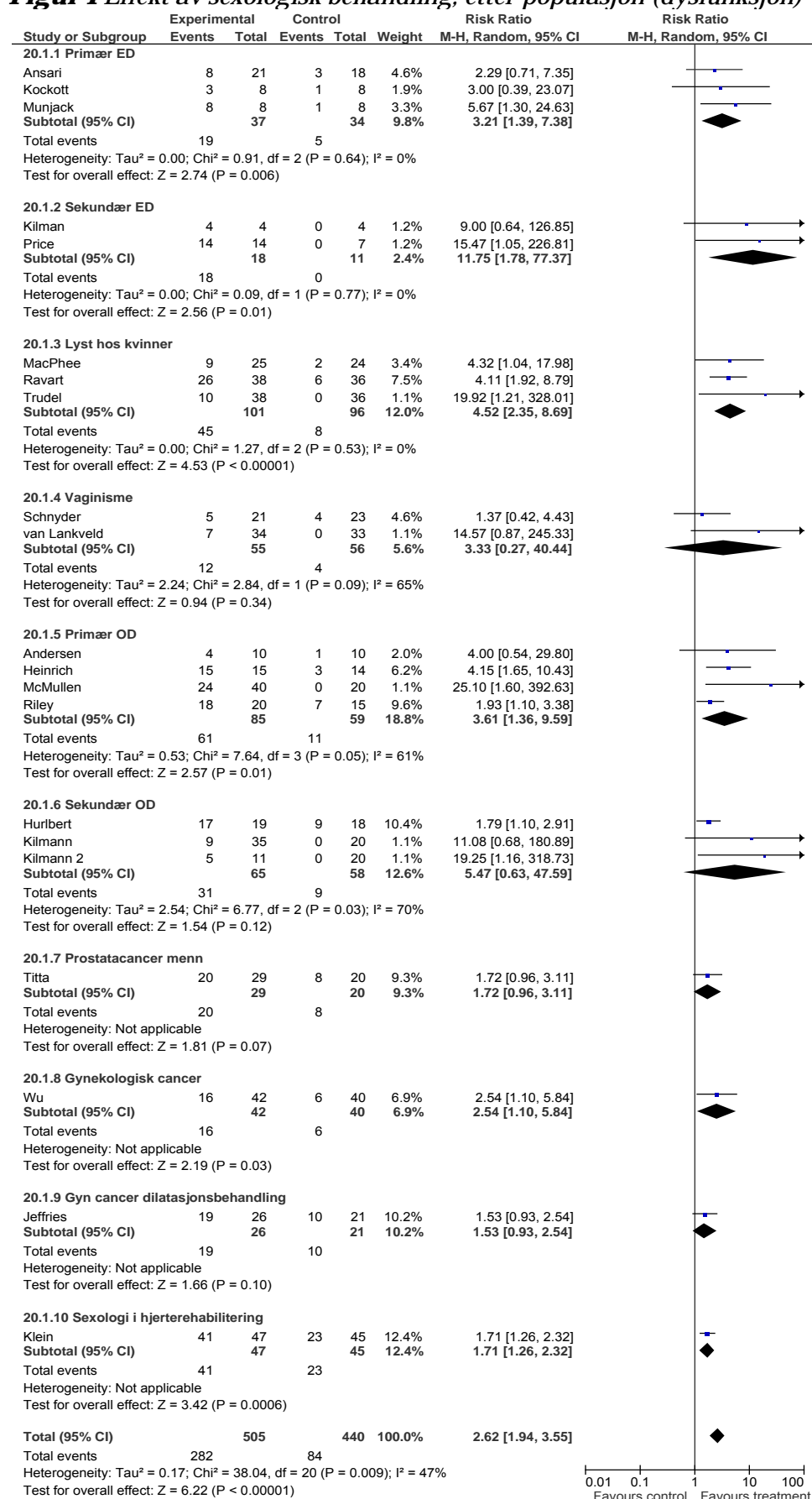
99. Taylor JE, Harvey ST. A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clin Psychol Rev* 2010;30(6):749-67.
100. Ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJDM. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America* 2010;33(3):595-610.
101. Trudel G, Boyer R, Villeneuve V, Anderson A, Pilon G, Bounader J. The Marital Life and Aging Well Program: effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. *Sexual & Relationship Therapy* 2008;23(1):5-23.
102. Udina M, Foulon H, Corcoles D, Rodriguez L, Battacharyya S, Martn-Santos R. Dhat syndrome: A systematic review. *European Psychiatry* 2009;Conference: 17th European Psychiatric Association, EPA Congress Lisbon Portugal. Conference Start: 20090124 Conference End: 20090128. Conference Publication:(var.pagings):S990.
103. Van Der Aa MNM, Bekker MD, Van Der Kwast TH, Essink-Bot M-L, Steyerberg EW, Zwarthoff EC, et al. Sexual function of patients under surveillance for bladder cancer. *BJU Int* 2009;104(1):35-40.
104. van Lankveld JJDM, Leusink P, van Diest S, Gijs L, Slob AK. Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: A randomized controlled pilot trial. *J Sex Med* 2009;6(8):2224-36.
105. van Lankveld JJDM, Granot M, Weijmar Schultz WC, Binik YM, Wesselmann U, Pukall CF, et al. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med* 2010;7(1 PART 2):615-31.
106. Kun Protokoll Vecchio M, Navaneethan SD, Strippoli Giovanni FM. Interventions for treating sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD007747.
107. Ventegodt S, Merrick J. Meta-analysis of positive effects, side effects and adverse events of holistic mind-body medicine (clinical holistic medicine): Experience from Denmark, Sweden, United Kingdom and Germany. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2009;21(4):441-56.
108. Wacker J, Macy R, Barger E, Parish S. Sexual assault prevention for women with intellectual disabilities: a critical review of the evidence. (Erratum appears in *Intellect Dev Disabil.* 2009 Oct;47(5):ii}. *Intellectual & Developmental Disabilities* 2009;47(4):249-62.
109. Wannakosit S, Phupong V. Sexual behavior in pregnancy: Comparing between sexual education group and nonsexual education group. *J Sex Med* 2010;7(10):3434-8.
110. Wehbe SA, Fariello JY, Whitmore K. Minimally invasive therapies for chronic pelvic pain syndrome. *Current Urology Reports* 2010;11(4):276-85

111. Wehbe SA, Kellogg S, Whitmore K. Urogenital Complaints and Female Sexual Dysfunction (Part 2) (CME). *J Sex Med* 2010;7(7):2305-17.
112. Wootten A, Siddons H, Costello A. Below the belt: Talking about life after prostate cancer. Results of a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2010;Conference: IPOS 12th World Congress of Psycho-Oncology Quebec City, QC Canada. Conference Start: 20100525 Conference End: 20100529. Conference Publication:(var.pagings):S63.
113. Yasan A, Akdeniz N. Treatment of lifelong vaginismus in traditional Islamic couples: A prospective study. *J Sex Med* 2009;6(4):1054-61.
114. Yi JC, Syrjala KL. Sexuality after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer J* 2009;15(1):54-64.

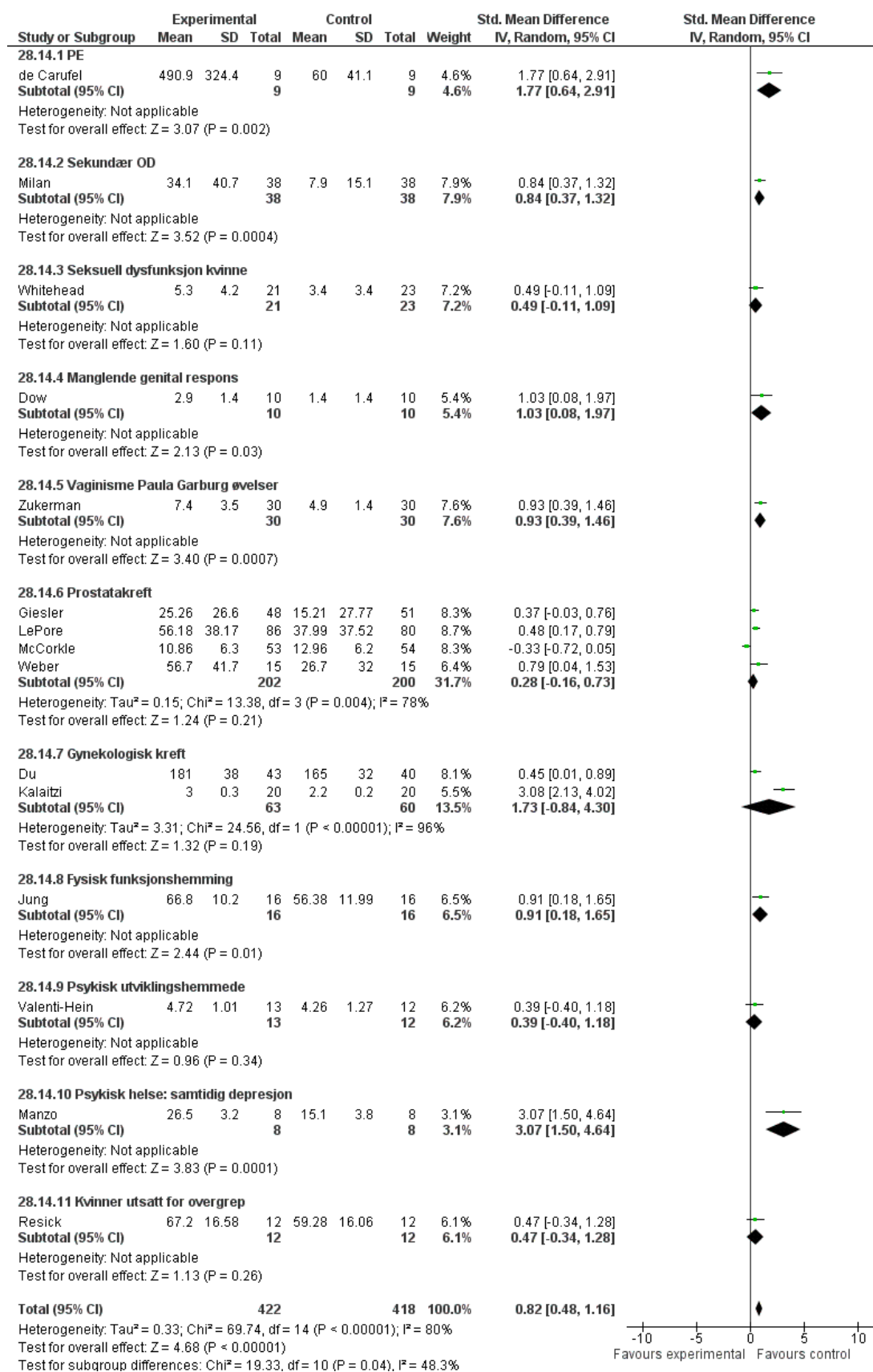


## Vedlegg 12 Metaanalyse

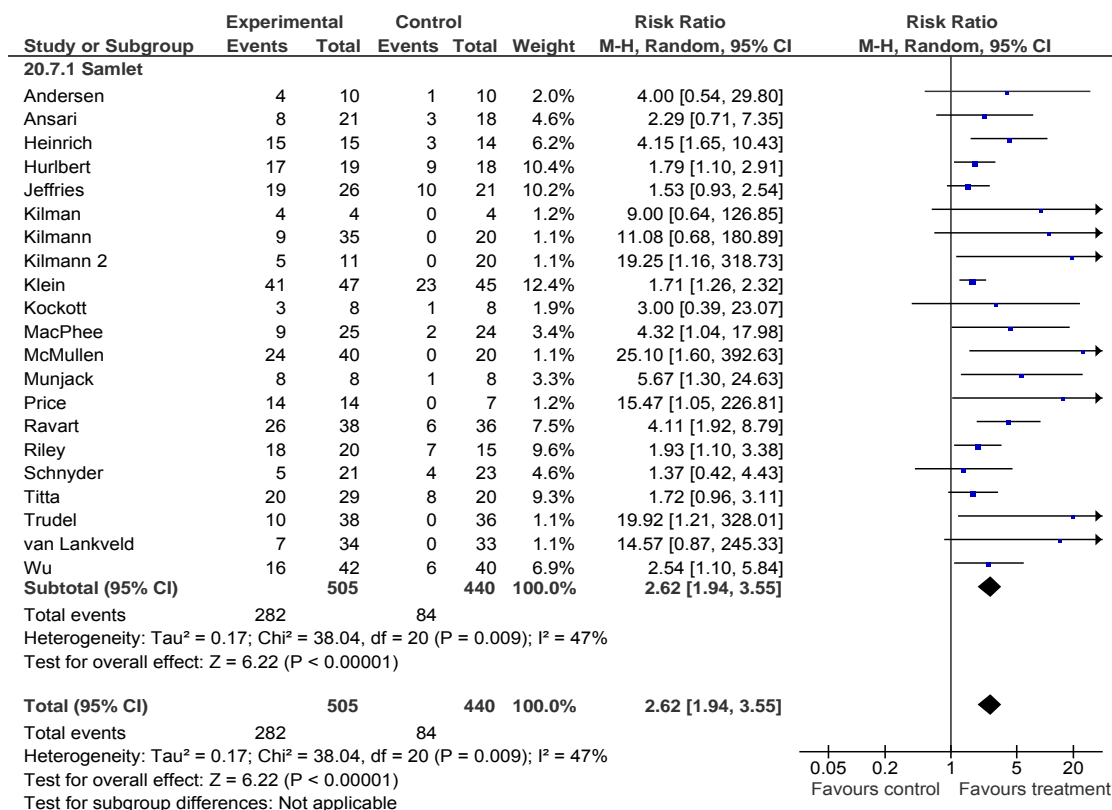
**Figur 1** Effekt av sexologisk behandling, etter populasjon (dysfunksjon)



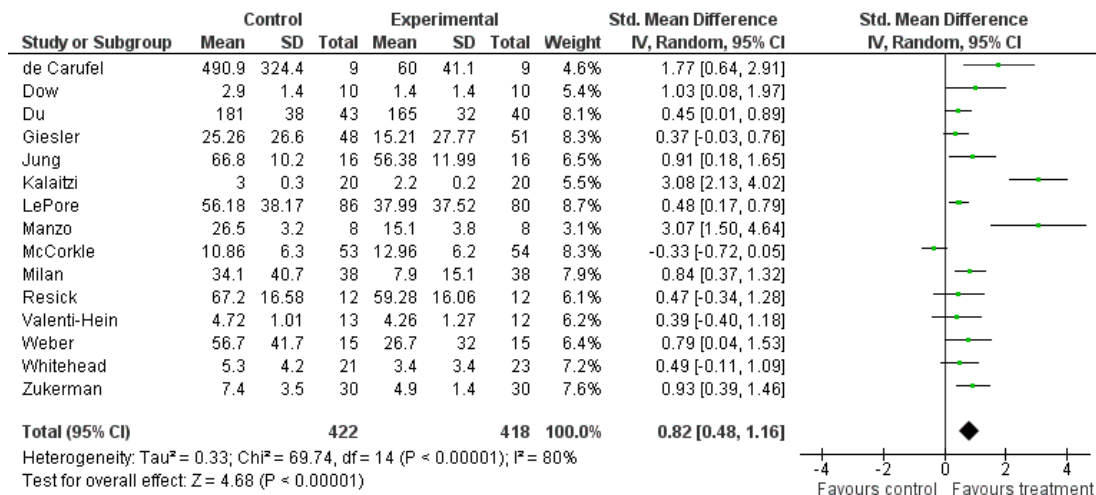
**Figur II** Effekt av sexologisk behandling, etter populasjon (dysfunksjon)



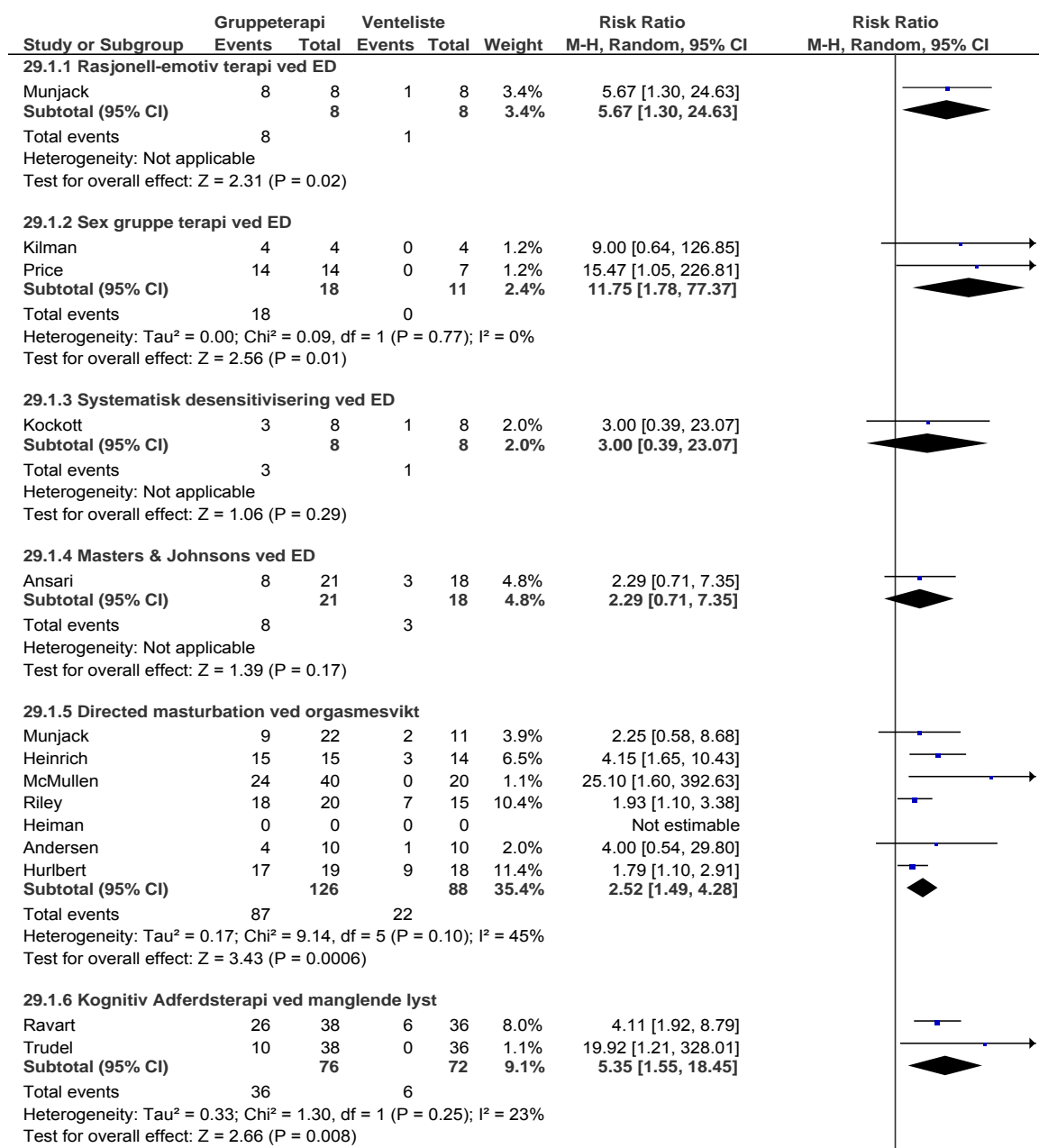
**Figur III** Effekt av sexologisk behandling – alle populasjoner



**Figur IV** Effekt av sexologisk behandling – alle populasjoner (SMD)



**Figur V** Effekt av sexologisk behandling, etter intervensjon (behandlingsform)



### 29.1.7 Kognitiv adferdsterapi ved vaginisme

van Lankveld	7	34	0	33	1.1%	14.57 [0.87, 245.33]
<b>Subtotal (95% CI)</b>		34		33	<b>1.1%</b>	<b>14.57 [0.87, 245.33]</b>
Total events	7		0			

Heterogeneity: Not applicable  
Test for overall effect:  $Z = 1.86$  ( $P = 0.06$ )

### 29.1.8 Sexologisk behandling med kommunikasjonstrening

Kilmann	9	35	0	20	1.1%	11.08 [0.68, 180.89]
<b>Subtotal (95% CI)</b>		35		20	<b>1.1%</b>	<b>11.08 [0.68, 180.89]</b>
Total events	9		0			

Heterogeneity: Not applicable  
Test for overall effect:  $Z = 1.69$  ( $P = 0.09$ )

### 29.1.10 Emosjons-fokusert terapi ved manglende lyst

MacPhee	9	25	2	24	3.6%	4.32 [1.04, 17.98]
<b>Subtotal (95% CI)</b>		25		24	<b>3.6%</b>	<b>4.32 [1.04, 17.98]</b>
Total events	9		2			

Heterogeneity: Not applicable  
Test for overall effect:  $Z = 2.01$  ( $P = 0.04$ )

### 29.1.11 Systematisk desensitivisering ved vaginisme

Schnyder	5	21	4	23	4.8%	1.37 [0.42, 4.43]
<b>Subtotal (95% CI)</b>		21		23	<b>4.8%</b>	<b>1.37 [0.42, 4.43]</b>
Total events	5		4			

Heterogeneity: Not applicable  
Test for overall effect:  $Z = 0.52$  ( $P = 0.60$ )

### 29.1.14 Sexologisk rådgivning ved somatisk sykdom

Titta	20	29	8	20	10.1%	1.72 [0.96, 3.11]
Wu	16	42	6	40	7.3%	2.54 [1.10, 5.84]
Klein	41	47	23	45	13.9%	1.71 [1.26, 2.32]
<b>Subtotal (95% CI)</b>		118		105	<b>31.3%</b>	<b>1.78 [1.37, 2.30]</b>
Total events	77		37			

Heterogeneity:  $\text{Tau}^2 = 0.00$ ;  $\text{Chi}^2 = 0.86$ ,  $df = 2$  ( $P = 0.65$ );  $I^2 = 0\%$   
Test for overall effect:  $Z = 4.36$  ( $P < 0.0001$ )

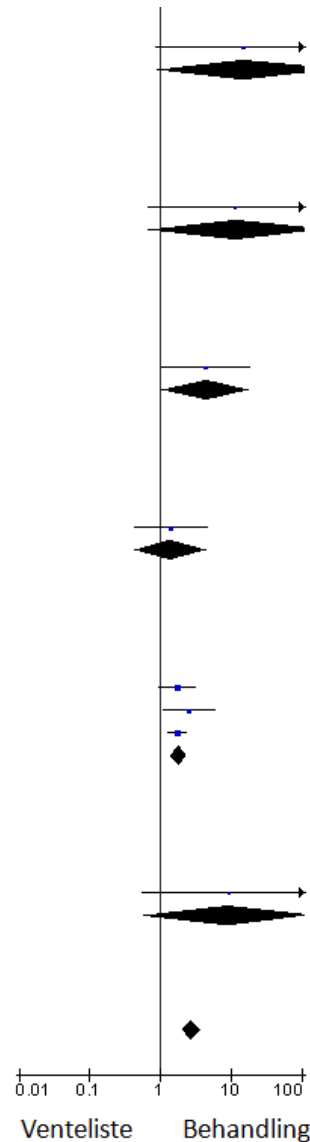
### 29.1.15 Psykologisk behandling etter voldtekt

Resick	4	12	0	12	1.1%	9.00 [0.54, 150.81]
<b>Subtotal (95% CI)</b>		12		12	<b>1.1%</b>	<b>9.00 [0.54, 150.81]</b>
Total events	4		0			

Heterogeneity: Not applicable  
Test for overall effect:  $Z = 1.53$  ( $P = 0.13$ )

<b>Total (95% CI)</b>		502		422	<b>100.0%</b>	<b>2.70 [1.99, 3.67]</b>
Total events	271		76			

Heterogeneity:  $\text{Tau}^2 = 0.15$ ;  $\text{Chi}^2 = 34.02$ ,  $df = 20$  ( $P = 0.03$ );  $I^2 = 41\%$   
Test for overall effect:  $Z = 6.39$  ( $P < 0.00001$ )



**Figur VI Effekt av sexologisk behandling, etter intervensjon (behandlingsform)**

