

SEXUEL SYMPTOMDANNELSE I ET PSYKOSOMATISK PERSPEKTIV

Bo Møhl

(Cand. mag. et psych., Sexologisk Klinik, Rigshospitalet)

Artiklen betragter seksuelle dysfunktioner som en psykosomatisk reaktionsform. Efter et hastigt overblik over psykodynamiske teorier om psykosomatiske reaktioner, hvor især teorierne om "resomatisering" og præverbal symbolisme fremhæves som relevante for den kliniske sexologi, beskrives sexuel symptomdannelse. Fokus lægges på udviklingen af seksuelle dysfunktioner og der skelnes imellem forskellige niveauer af årsager. Grundtanken er, at seksuelle dysfunktioner opstår, når det psykiske beredskab ikke er i stand til at bearbejde den underliggende konflikt. Således får symptomet en defensiv funktion: Det beskytter individet imod angstprovokerende indsigt.

Indledning

I den del af den kliniske sexologi, som beskæftiger sig med seksuelle dysfunktioner, er det fysiske/somatiske reaktionsformer, der står i fokus. Det er det, fordi *symptomet* udtrykker sig på den måde. Når han for eksempel klager over erektil dysfunktion, eller når hun klager over vaginisme eller smerter ved samleje, er det udtryk for, at kroppen – her kønsorganerne – ikke vil, som hans eller hendes bevidste jeg ønsker det. Heraf opstår et problem.

Af og til kommer patienten med den forhåndsopfattelse, at det "drejer sig om noget fysisk" – at erektionsforstyrrelsen eller smerter ved samleje skyldes organiske forstyrrelser –, og ofte ledsages denne forhåndsopfattelse af forventninger om fysiske behandlingsmetoder (kirurgiske eller farmakologiske). Patientens opfattelse behøver ikke at være forkert – der er hyppigt en vaskulær, hormonel eller en neurologisk forstyrrelse bag en erektil dysfunktion – men er det når problemet er af psykogen natur. I givet fald er det andre behandlingsmetoder, som kommer på tale, nemlig psykoterapi. Også det kan være et problem, fordi patientens forventninger om en "rigtig behandling" da grunder sig på et andet videnskabeligt paradigme – et naturvidenskabeligt –, hvor behandleren "svarer" med et hermeneutisk/psykodynamisk. På den måde kan den indledende kontakt og forsøget på at etablere en behandlingsalliance problematiseres af forskellige forhåndsindstillinger og -forventninger.

Det er imidlertid ikke kun patienter, der kan være i vildrede. Også behandlere kan være i tvivl, når han/hun præsenteres for klagen. Er det en

somatisk eller en psykogen forestyrrelse? Symptomet er det samme, men behandlingen naturligvis forskellig. For eksempel blev en yngre mand henvist på grund af voldsomme smerter i glans penis i forbindelse med ejakulation. Han var blevet forsøgt behandlet på neurologisk, urologisk og dermatologisk afdeling, men uden effekt. Han var efterhånden blevet deprimeret, troede, at han led af en farlig sygdom, og var i det hele taget svært psykisk påvirket. Imidlertid viste det sig, at det ikke var noget fysisk i traditionel forstand, idet hans smerter hidrørte fra en overspændt musculus bulbo cavernosus (muskul sidende mellem anus og scrotum). Under ejakulationen aktiveres denne muskel, og sker der en overspænding, stråler smerterne ud i glans penis, hvilket er et kendt symptom i sexologien. Han blev behandlet med psykoterapi og afspændingsøvelser.

Ofte kan psykosomatiske tilstande imidlertid kompliceres ved, at patienten har været forsøgt behandlet somatisk med det resultat, at patienten er blevet påført iatrogen lidelse. Mange gynækologiske patienter har for eksempel været igennem gentagne operationer for lidelser, hvis natur er psykogen. De kan da have fået for eksempel operationsar, der i sig selv er smertevoldende ved samleje.

Netop for at undgå såvel somatisk over- som underbehandling er omhyggelig udredning af patienter i lyset af en bio-psyko-social helhedsforståelse altid indiceret i den kliniske sexologi. For at kunne diagnosticere korrekt og give en sufficient behandling, er det i praksis nødvendigt at have et tværfagligt kendskab (viden om psykologi/psykiatri, hormonelle, vaskulære og neurologiske forhold).

Jeg skal i nærværende artikel opholde mig ved psykogene seksuelle dysfunktioner, symptomdannelse og behandling ud fra en psykodynamisk referenceramme. Jeg vil belyse med kasuistisk materiale, der illustrerer grænsefladen mellem psyke og soma på det seksuelle område.

Psykodynamiske teorier om psykosomatiske reaktioner – et overblik

Inden for psykoanalysen er der en lang tradition for teoridannelse omkring psykosomatik. Freud startede sit arbejde med udforskningen af de hysteriske lidelser, og efter hans opfattelse var hysteriens somatiske symptomer betinget af en "konversionsproces" forårsaget af "uforligelige forestillinger". Pointen er, at det hysteriske symptom skal forstås som et ubevidst forsøg på at skabe eller bevare psykisk ligevægt, mestre uudholdelige konflikter og beskytte individet imod angst. Symptomet udgør et kompromis mellem uacceptable (aggressive eller libidinøse) tilskyndelser og individets forsvar. Samtidig udgør symptomet en erstatningstilfredsstillelse, idet symptomet symbolsk henviser til den oprindelige (infantile) konflikt. Ifølge Freud knytter de hysteriske symptomer sig til *forestillingen* om det afficerede organ. I forlængelse af denne klassiske opfattelse kan man sige, at seksuelle forstyrrelser meget ofte fungerer som en beskyttelse imod en angst, der er for-

bundet med seksualitet. Angsten kan relatere sig til såvel intra- som interpsykiske forhold (jvf. nedenfor) – der kan være tale om driftsangst, relationsangst eller angst i forbindelse med en usikker kønsidentifikation, der stammer fra arkaiske erfaringer. Angsten bliver ved hjælp af ”funktionsforstyrrelsen” afværget, og symptomet har en stabiliserende virkning på den intrapsyriske balance.

Freud opfattede således den psykosomatiske symptomdannelse på linie med neurotiske, og han mener i sidste instans, at ”evnen til konversion” eller den ”somatiske føjelighed”, som han udtrykker sig, er konstitutionelt betinget.

I 20’erne og 30’erne tog flere af Freuds kolleger udgangspunkt i hans tanker om konversionsprocessen (for eksempel Ferenczi, Groddeck og Deutsch). Freud anvendte aldrig selv ordet ”psykosomatik”, det gjorde imidlertid Felix Deutsch, der har interesseret sig for ”psykosomatisk medicin”. Han taler om, at der til stadighed finder en konversionsproces – eller en konversionsstrøm – sted i form af udladning af opdæmmede libido. Konversionsstrømmen er efter hans opfattelse nødvendig for opretholdelse af den psykiske sundhed, idet den forhindrer en libidinøs opstasning i det ubevidste. Deutsch taler generelt om, at psykiske konflikter skaber en ændring i kropssproget. Det psykosomatiske symptom opstår, hvis der sker en besættelse af et specielt ”føjeligt” organ, som netop er blevet vulnerabelt på grund af en tidlig somatisk beskadigelse. Således mener Deutsch, at der ofte kan ligge en *somatisk* disposition bag et psykosomatisk symptom – en teoridannelse, der for eksempel kan belyse tilstedeværelsen af recidiverende eller kroniske vaginitter eller andre infektionstilstande (Deutsch 1959).

I løbet af 30’erne og 40’erne arbejdede flere ud fra en ”specificitets hypotese”. Det mest fremtrædende navn er Franz Alexanders, der indførte en skelnen mellem de hysteriske konversionssymptomer, der afficerer organer, der er underlagt det vilkårlige nervesystem, og psykosomatiske symptomer, der afficerer organer, der styres af det autonome nervesystem. De sidste benævnte han vegetative neuroser. Pointen i Alexanders teori er, at der til en specifik sygdom knytter sig en specifik ubevidst konflikt (Alexander 1950).

Andre forskere, for eksempel Max Schur, ser psykosomatiske symptomer som en regression. Efter hans antagelse afløses det lille barns udifferentierede, psykosomatiske udladningsreaktioner efterhånden af tænkning og andre sekundære processer, hvilket muliggøres af egoets rådighed over neutraliseret driftsenergi. En regression med en svækkelse af egoets styrke bevirker en tilbagevenden til psykosomatiske reaktioner, hvilket han kalder ”resomatisering” (Schur 1955).

I forlængelse af denne opfattelse anfører Mitscherlich, at psykosomatiske reaktioner opstår, når det psykiske forsvar ikke længere er tilstrækkeligt til at bevare den psykiske ligevægt (Mitscherlich 1968).

Både Schurs og Mitscherlichs teorier udgør udmærkede refleksioner over seksuelle dysfunktioner. Når det psykiske forsvar af en eller anden

grund ikke er i stand til at bearbejde de psykiske konflikter "taler kroppen", og symptomet beskytter individet imod indsigt/konfrontation.

I forlængelse af ovenstående skal Joyce McDougalls indsats nævnes. Hun har arbejdet en del med psykosomatik, og hun nævner blandt andet, at man kan forstå det som en form for præverbal symbolik – det vil sige en symbolik, der ikke kan verbaliseres. Hun mener således, at den psykosomatiske reaktion i grunden er en arkaisk form for hysteri (McDougall 1986).

Endelig skal nævnes Sifneos og hans alexitymibegreb (mangel på ord for følelser). Efter Sifneos m.fl.'s opfattelse er der en række særlige træk hos psykosomatisk syge, der kort fortalt reagerer med kroppen frem for emotionelt i traditionel forstand. Sifneos finder, at patienterne blandt andet er karakteriseret ved operativ tænkning (et fattigt fantasiliv, en tendens til at beskrive ydre frem for indre forhold, osv.) (Sifneos 1974). Disse karakteristika er også beskrevet af Michel de M'Uzan m.fl. ("Pariser-gruppen").

De ovennævnte teorier beskæftiger sig primært med kroniske, mere personlighedsintegrerede psykosomatiske reaktioner og er ikke specielt rettet mod forståelsen af seksuelle dysfunktioner. Nogle af de fundamentale antagelser, især som de er formuleret af Schur, Mitscherlich og McDougall omkring "resomatisering" og præverbal symbolik kan imidlertid udmærket belyse dynamikken i udviklingen af visse seksuelle dysfunktioner.

Sexuel symptomdannelse belyst ved eksempler

Med udgangspunkt i den antagelse, at seksuelle symptomer ætiologisk kan relateres til en nonverbal konfliktbearbejdning – det seksuelle symptom beskytter mod angst, men også mod ubærlig skyld eller skam – kan man opstille et hierarki af årsager. Det er min erfaring, at man i klinisk praksis pragmatisk kan skelne mellem 1) Umiddelbare årsager, 2) Intrapsykiske årsager og 3) Interpsykiske årsager (jvf. Hertoft 1987, Kaplan 1974), skønt der sjældent er "vandtætte"skel.

Umiddelbare årsager

Det er en almindelig common sense-opfattelse, at enkeltstående traumer i sig selv kan betinge en sexuel dysfunktion. Dette er utvivlsomt rigtigt, hvis oplevelsen er af tilstrækkelig stor betydning, men sædvanligvis får oplevelsen sin store vægt set i lyset af individets livshistorie. Mange mænd har for eksempel oplevet insufficiensfølelser i forbindelse med samlejeforsøg, men ikke alle reagerer ved at udvikle en erektil dysfunktion – det vil sige der sker ikke automatisk en "indlæring" i adfærdsterapeutisk forstand. De mænd, der udvikler en erektil dysfunktion gør det, fordi traumet – det mislykkede samlejeforsøg – rammer ind på i forvejen vulnerable områder (en usikker kønsidentitet, ødipale konflikter, angst for afvisning etc. etc.).

For at forstå traumets betydning må det analyseres i forhold til individets livshistorie og personlighedsforvaltning.

Følgende eksempel er meget dramatisk, men i behandlingsforløbet blev det klart, at oplevelsen først fik sin fulde betydning i lyset af et problematisk forhold til patientens far:

Det drejer sig om en mand i begyndelsen af 40'erne, der blev henvist af egen læge. Han havde aldrig været i stand til at gennemføre samleje på grund af utilstrækkelig erektion. I løbet af samtalerne viste det sig, at hans første seksuelle erfaringer foregik sammen med en gift kvinde. Første gang de skulle have samleje blev det afbrudt af hendes mand, der truede patienten med et jagtgevær, således at patienten over hals og hoved måtte løbe fra stedet med sit tøj under armene. Første efter at have gennemarbejdet hans angst for en gentagelse af situationen, samt hans ødipalt betingede voldsomme angst for voksne mænd, blev han seksuelt velfungerende.

Pointen i eksemplet er at påpege, at det på ingen måde er tilfældigt, at netop han reagerede sådan, men ikke alle ville have udviklet en sexuel dysfunktion. Han havde en speciel baggrund for dette, nemlig ødipale konflikter i forhold til sin dominerende far.

Andre umiddelbart udløsende oplevelser kan være seksuelle overgreb incestuøse oplevelser og lignende. Der er imidlertid altid en dynamisk konflikt bag et symptom, og det er vigtigt at få en fornemmelse af, hvad der udløser og vedligeholder symptomet. Symptomet er altid overdetermineret – det vil sige under påvirkning af en lang række forhold i personens fortid og nutid, som han/hun sjældent er sig bevidst.

Intrapsyriske årsager

Det enkelte individs reaktionsberedskab betinges af vedkommendes psykiske grundkonflikt. Ingen ville formentlig benægte, at det er angstprovokerende at blive truet af en jaloux ægtemand med et jagtgevær, men den egentlige, personlige betydning af oplevelsen kan kun forstås i lyset af individets totale personlighed og den resonans, oplevelsen skaber. Er der som i ovennævnte tilfælde tale om reaktivering af en ødipalkonflikt? Eller reaktiverer scenen en præødipal angst for at blive udslettet/opløst?

Når vi møder seksuelt dysfunktionelle patienter med angst for hengivelse, nærhed eller præstation, får symptomet sin betydning på baggrund af den totale personlighedsforvaltning.

Følgende er et eksempel på en reaktiveret ødipalkonflikt:

Det drejer sig om et par i begyndelsen af 30'erne henvist af egen læge på grund af manglende lyst hos den mandlige patient. Han opfatter samlejet som en "sur pligt", gør "alt" for at undgå nær intim kontakt til hendes store fortrydelse og forbitrelse. Jo mere han undrager sig det seksuelle samliv, desto mere sur og forbitret bliver hun på ham. – I løbet af samtalerne kom det med al tydelighed frem, at han på flere områder opfattede hende som sin mor. Denne mor-overføring reaktiverer ødipale konflikter, som han forsøgte at forsvare sig imod ved symptomet: Manglende sexuel lyst.

Hos patienter med præødipale grundkonflikter kan symptomet umiddelbart være det samme som på et ødipalt niveau (erektiv dysfunktion, vaginisme, manglende lyst etc.), men betinget af en anden intrapsykisk dynamik. (For en udførlig analyse af dynamikken bag udviklingen af seksuelle dysfunktioner på baggrund af præødipale konflikter, jvf. Møhl 1983).

Nedenstående er et eksempel på, hvorledes en præødipal angst for selvtab skaber konflikter:

Et par, hvor hun er i begyndelsen af 20'erne og han i begyndelsen af 30'erne, henvises af egen læge på grund af manglende orgasme hos hende. Såvel i samvær med ham som ved masturbation, er hun i stand til at blive stærkt ophidset, men pludseligt mister hun lysten og overvældes af en diffus angst. Dynamikken bag symptomet viste sig at være angst for hengivelse og nydelse betinget af angst for "selvtab" og -fragmentering. I løbet af den seksuelle ophidselse sker der en driftsspænding/-ophobning, der truer med at oversvømme hendes svage jeg, som derfor reagerer med angst.

Interpsykiske årsager

Selv om de seksuelle problemer viser sig i soveværelset, så starter de ikke altid der. Jeg har ovenfor peget på, at enkeltstående oplevelser kan være *udløsende* årsager, men at seksuelle dysfunktioner sædvanligvis først lader sig forstå i lyset af individets personlighedsstruktur. Sexuel symptomdannelse handler imidlertid ikke kun om én person, men ofte om to. Hendes vaginisme eller hans ejaculatio praecox berører også partneren. Derfor er det vigtigt at reflektere over symptomdannelsen i lyset af parforholdets dynamik.

Den tyske psykoanalytiker Jürg Willi har beskæftiget sig med de specifikke mønstre som karakteriserer såvel fungerende som dysfunktionelle par. Han anfører, at mange par har valgt hinanden, fordi de sammen kan etablere et forsvar imod ubearbejdede og ubevidste konflikter. Han taler da om kollusion (det vil sige "hemmelig forståelse") og definerer det som "et ubevidst neurotisk samspil mellem to parter baseret på ensartede, uløste, centrale konflikter, som udageres i polariserede roller". Der er således tale om, at to fastholder hinanden i bestemte roller, fordi det er forbundet med angst at ændre på det komplementære mønster. På den måde kan der opstå en "rollefordeling" i forholdet, således at én er den stærke, den anden er den svage, én har behov for nærhed, den anden for distance, én har behov for afhængighed og den anden for autonomi osv. Denne "rollefordeling" kan findes på forskellige psykoseksuelle niveauer, hvilke Jürg Willi udførligt har beskrevet (jvf. desuden Jakobsen og Visholm 1987).

I lyset af parforholdets dynamik kan man se par, hvor den ene *delegerer* sine problemer over til den anden, således at den anden bliver symptombærer. Man kan også se par, hvor den seksuelle forstyrrelse er et stiltiende, ubevidst *arrangement* mellem parterne, eller hvor forstyrrelsen ligefrem er en måde at bearbejde *konflikterne* i parforholdet.

Det er ikke usædvanligt at møde mænd med vaginistiske partnere som i årevis lever godt sammen uden at være i stand til at gennemføre et egentligt

samleje. Ofte finder man, at begge parter er seksuelt relativt uerfarne og i og med, at de danner par, har de fundet en partner med en konflikt, der beskytter dem imod at blive konfronteret med de angstfølelser, som for dem er forbundet med seksualiteten. Da begge parter befrier den anden for angsten for det seksuelle, kan forholdet som antydnet bestå i årevis; de føler sig hævet over det seksuelle problem, og ofte søger de først behandling, når der er et påtrængende ønske om at få børn.

Følgende er et eksempel på, hvorledes han delegerer det seksuelle problem til hende – det vil sige er interesseret i at fastholde *hende* som symptombærer, fordi det fritager ham for at blive konfronteret med sit problem:

Et par i modten af 30'erne henvises fra gynækologisk afdeling på grund af smerter ved samleje hos hende. I løbet af de indledende samtaler fremgår det desuden, at hun ikke er i stand til at få orgasme samt generelt mangler den seksuelle lyst. Som behandlingen skrider frem, bliver hans modstand stadig mere massiv. Han har ikke lyst, når de skal lave nogle hjemmeøvelser (jvf. nedenfor), han bliver i "dårligt humør", når de diskuterer deres parforhold, og han melder afbud gentagne gange til samtalerne. Hans modstand påpeges, og vi forsøger at gennearbejde den – men umiddelbart uden det store held. Helt tydeligt bliver det, at han har voldsomme konflikter omkring det seksuelle, da hun genvinder sin lyst, bliver sine smerter ved samlejet kvit og ret pludseligt i en 14 dages periode har voldsom lyst til at være sammen med ham. Her sker det, at han dels mister sin lyst, dels bliver "deprimeret" og dels har tilfælde af erektionssvigt.

Hans ubevidste forsøg på at fastholde hende som symptombærer befrier ham fra konfrontationen med sin egen seksualangst. I og med at hun fastholdes som symptombæreren – "den der har problemet" – får han "patent" på den seksuelle lyst, der sættes ikke spørgsmålstejn ved hans maskulinitet, lidenskab og potens. Først når hendes lyst vækkes til live, konfronteres han med sine vanskeligheder: Han reagerer med erektionssvigt, manglende lyst og "depressioner". Det fremgår, hvorledes symptomet har en dynamisk funktion i parforholdet – det er med til at regulere intimitetsafstanden og fastholde den på et niveau som begge kan klare. Først efter et langvarigt forløb, hvor terapiens fokus flyttes, bliver han kapabel til at bære intimiteten og nærheden i forbindelse med det seksuelle samliv.

Psykoterapi ved psykogene seksuelle dysfunktioner

Den foretrukne behandlingsform ved psykogene seksuelle dysfunktioner er parterapi med konflikt- og modstandsbearbejdning samt instruktion i hjemmeøvelser (sensualitetstræning, stop-start-øvelser, "knibeøvelser", etc., etc.). Her i landet er der tradition for at kalde denne form for parterapi med fokus på de seksuelle funktioner for samlivsterapi.

Parterapi og samlivsterapi er et relativt nyt fænomen. En af de første, der var opmærksomme på partnerens indflydelse på patienten/symptombæreren var Freud, men han drog ikke videre konsekvenser af dette i sit arbejde. I 1948 begyndte den amerikanske psykoanalytiker Bela Mittelman at analy-

sere ægtefæller hver for sig. Først i løbet af 50'erne med den store interesse for skizofrenogene familier begyndte man at behandle familier og par sammen. Samlivsterapi med fokus på seksuelle dysfunktioner blev udformet af Masters & Johnson, modificeret af Kaplan og i begyndelsen af 70'erne begyndte Preben Hertoft og medarbejdere på Rigshospitalet at arbejde ud fra disse modeller.

Samlivsterapiens mål er sædvanligvis at fjerne eller minimere seksuelle dysfunktioner. Man må stræbe efter at få bearbejdet de underliggende konflikter, som forhindrer parret i at fungere "orgastisk potent". Det er umuligt at fjerne alle konflikter i parrets liv, men det må være en målsætning at sætte dem i stand til at forholde sig mere konstruktivt til dem. Dette betyder, at de efterhånden frigøres fra en irrationel tvang og bibringes flere valgmuligheder og "frihedsgrader", som Thorkil Sørensen kalder det (Sørensen 1986).

Det terapeutiske forløb i en samlivsterapi ligner det, der normalt foregår i en psykodynamisk orienteret psykoterapi. Indledningsvist er der en *assessmentsfase* med etablering af behandlingsalliance, hvor terapiens mål skitseres. Senere kommer forløbet med konflikt og modstandsbearbejdning, hvor de terapeutiske midler er konfrontation, klarifikation, fortolkning og gen-nemarbejdning. Endelig er der en *afslutningsfase*.

Det, der adskiller samlivsterapi fra sædvanlig parterapi, er primært anvendelsen af sensualitetstræningen. Parret instrueres i at kærtegne hinanden på en bestemt måde startende på et non-genitalt og senere i forløbet på et genitalt niveau. Hensigten er ikke at lære dem at udveksle kærtegn, men i bredere betydning at forbedre kommunikationen, skabe kropsbevidsthed og selvtillid. Der er naturligvis også et indlæringsaspekt, idet mange par aldrig rigtigt har undersøgt hinanden. Meget ofte bringes der en masse nyt materiale frem i løbet af sensualitetstræningen. Sensualitetstræning kan opfattes som en "sonde ned i katatyme områder", som Preben Hertoft har udtrykt sig, idet det kropslige samvær reaktiverer tidligere erindringer og oplevelser, som i samtalens form kan gøres til genstand for bearbejdning.

Der har været en tendens til at opfatte anvendelsen af sensualitetstræning som udelukkende et adfærdsterapeutisk redskab. Dette er imidlertid ikke tilfældet, sådan som redskabet håndteres, for eksempel på Rigshospitalets Sexologiske Klinik.

Afslutning

Jeg har ovenfor især interesseret mig for symptomdannelsen og ætiologien bag psykogene seksuelle dysfunktioner. Jeg har advokeret for nødvendigheden af at se symptomet som et tegn eller et symbol pegende på underliggende psykiske konflikter. Grundtanken er, at at "kroppen reagerer med symptomdannelse", når den psykiske bearbejdning ikke slår til. Skønt symptomet sædvanligvis er ubehageligt, så beskytter det patienten imod noget endnu

værre, nemlig konfrontationen med en angstprovokerende indsigt.

Det er et relativt nyt fænomen at angribe seksuelle symptomer så direkte som tilfældet er i dag. Både for behandlere og patient skaber det en helt speciel situation.

Det stiller store krav til patienten at turde søge hjælp. Patienten skal dele sit intime rum med en fremmed, vise åbenhed, ærlighed og vilje til forandring og således åbne ind til sit liv, der i sin privathed ellers er afskærmet fra omverdenens blikke. Fra almindelig psykoterapi kender vi til de vanskeligheder, patienter har med at dele deres intime fantasier, men her er der tale om, at parret/patienten minuttiøst skal analysere den faktiske seksualadfærd. For mange er det så pinefuldt, at de afslår fra at søge hjælp. De vælger at leve med problemerne eller skilles. De der kommer i behandling søger os ofte blufærdige, usikre og sårbare efter lang tids betænkning – og ser det ofte som en sidste chance.

For at kunne hjælpe må behandleren naturligvis have viden og kunnen – han må have nogle teorier om parforholdets dynamik, forståelse for individuel psykopatologi, viden om gynækologiske, urologiske, hormonelle forhold etc. Som al anden psykoterapi stiller det også krav til behandlerens personlighed. Han skal bevæge sig ind over nogle grænser, trods tabuførestillinger og eksponere sig for de mest intime detaljer i parrets samliv, og dette skal gøres med varme, indlevelse og autenticitet, som er de træk, der ifølge en lang række undersøgelser karakteriserer den gode psykoterapeut. Dette rejser spørgsmålet om både motiver til at beskæftige sig med sexologi og karakteren af de modoverføringer, terapeuten møder med, hvilket jeg ikke skal uddybe yderligere her (jvf. Buus Jensen & Møhl 1987).

REFERENCER

- ALEXANDER, F.: *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application*. NY: Norton, 1950.
- BUUS JENSEN, S. & MØHL, B.: "Angst og usikkerhed hos parbehandlere. Vi er ikke af træ". I: Buus Jensen, S. & Loye Hejl, B. (ed.): *Par i behandling. Om parstamtaler og parterapi*. København: Munksgaard, 1977.
- DEUTSCH, F.: *On the Mysterious Leap from the Mind to the Body*. NY: Int. Uni. Press, 1959.
- HERTOFT, P.: *Klinisk Sexologi*. København: Munksgaard, 1987.
- JAKOBSEN, P. & VISHOLM, S.: *Parforholdet*. København: Politisk Revy, 1987.
- McDOUGALL, J.: *Theatres of the Mind*. London: Free Association Books, 1986.
- MITCHERLICH, A.: "The Mechanism of Biphasic Defense in Psychosomatic Deceases" *Int. J. Psychoanalysis* 49: 236-40, 1968.
- MØHL, B.: "Sexualitet og narcissisme" *Nordisk Sexologi* 1: 178-90, 1983.
- SCHUR, M.: "Comments on the Metapsychology of Somatization" *The Psychoanalytic Study of the Child* 10: 119-64, 1955.
- SIFNEOS, P.: "A Reconsideration of Psychodynamic Mechanisms in Psychosomatic Symptom Formation in view of recent clinical observation" *Psychotherapy and Psychosomatics* 24: 151-55, 1974.
- SØRENSEN, P.: "Psychotherapeutiske aspekter ved sexologisk behandling" *Nordisk Sexologi* 4 (3): 98-109. 1986.