

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V10200769

# Hyperseksualitet

Katja Wium Geiker<sup>1</sup>, Annamaria Giraldi<sup>1</sup>, Karl Sebastian Johansson<sup>2</sup> & Susanne Bengtson<sup>1</sup>

1) Sexologisk Klinik, Københavns Universitetshospital – Psykiatrisk Center København, 2) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg Hospital

Ugeskr Læger 2021;183:V10200769

### HOVEDBUDSKABER

- Hyperseksualitet karakteriseres af manglende regulering af intense, gentagne seksuelle impulser.
- Tilstanden kan fremstå som primær lidelse, men kan også være sekundær til organisk eller psykiatrisk lidelse eller af behandlingen af denne.
- Behandlingen består af psykoterapi og evt. medicinsk behandling.

Over de sidste mange år er der kommet mere fokus på hyperseksualitet (HS), men på trods af dette er der fortsat ikke enighed om årsagen til HS og behandlingen af tilstanden. I denne artikel præsenteres evidensbaseret viden om baggrunden, diagnostikken og behandlingen af HS. Seksualitet er en naturlig del af livet, og mange mennesker nyder at have multiple seksuelle partnere eller udforske forskellige seksuelle oplevelser. Hos personer med HS kan adfærden dog blive excessiv og følgelig problematisk, da den kan forårsage lidelse og/eller give anledning til situationer, der kan være skadelige for dem selv eller andre [1]. Personer med HS henvender sig oftest i sundhedssektoren, når adfærden bliver opdaget af en partner, forårsager relationelle problemer eller på andre måder påvirker personen eller dennes omgivelser negativt. Det kan f.eks. være, at adfærden giver problemer med at passe arbejde, studie, familiære forpligtelser eller medfører, at personen begynder at begå seksualkriminalitet [2].

### DIAGNOSE

Symptombilledet er heterogent og er karakteriseret af mangelfuld regulering af intense, gentagne seksuelle impulser eller trang, som for de fleste vil medføre nedsat funktionsniveau på en lang række områder (emotionelt, adfærdsmæssigt, relationelt, socialt, fysisk og erhvervsmæssigt) samt en subjektiv følelse af kontroltab [1, 3, 4]. Det varierende symptombillede giver sig bl.a. udtryk i f.eks. hyppig masturbation, udtalt brug af pornografi, ekshibitionisme, multiple partnere eller prostitution i uønsket omfang [5, 6]. En del patienter med HS vil have andre seksuelle problemstillinger, f.eks. erektil dysfunktion og anorgasme [7].

Gennem tiderne har der eksisteret en række termer, der refererer til en lidelse, hvor personer ikke er i stand til at regulere deres seksuelle adfærd, herunder hypersexual disorder [8], compulsive sexual behavior [5], sex addiction [6] m.fl. I International Classification of Diseases (ICD)-10 diagnosticeres lidelsen som en seksuel afhængighedstilstand under non-organiske seksuelle funktionsforstyrrelser (F52.7 – Øget seksualdrift) [9]. I ICD-11 har man ændret klassifikationen til tvangsmæssig seksuel adfærdsforstyrrelse (6C72 – Compulsive sexual behaviour disorder) (Figur 1). Hypersexual disorder blev foreslået som diagnose til DSM-V, men blev afslået pga. manglende evidens [6] og i stedet kan diagnosen »andre specificerede seksuelle dysfunktioner« (302.79 Other.

Speci&ed Sexual Dysfunction) bruges.

## **FIGUR 1** Definition af tvangsmæssig seksuel adfærdsforstyrrelse ifølge ICD-11 [10].

En tvangsmæssig seksuel adfærdsforstyrrelse er karakteriseret ved et vedvarende mønster af manglende evne til at kontrollere intense og gentagne seksuelle impulser eller behov, som resulterer i repetitiv seksuel adfærd. Symptomer kan omfatte repetitive seksuelle aktiviteter, der bliver en central del af personens liv i en sådan grad, at vedkommende forsømmer sin sundhed og personlige omsorg eller andre interesser, aktiviteter og ansvar; at personen har gjort adskillige mislykkede forsøg på at reducere den repetitive seksuelle adfærd; og at personen fortsat har repetitiv seksuel adfærd på trods af de negative konsekvenser eller på trods af, at vedkommende kun får lidt eller slet ingen tilfredshed ud af den. Mønsteret med fejlslagen kontrol over stærke seksuelle impulser eller behov og den deraf følgende repetitive seksuelle adfærd skal komme til udtryk gennem en længere periode (dvs. mindst seks måneder) og forårsager markant mistrivsel eller væsentlig svækkelse af personlige, familiemæssige, sociale, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige eller andre vigtige funktionsområder. Mistrivsel, som udelukkende skyldes moralsk fordømmelse og mishag vedrørende seksuelle impulser, behov og adfærdsformer, er ikke tilstrækkeligt til at møde disse kriterier.

### ÆTIOLOGI

Ætiologien varierer i lige så høj grad som symptom billedet, og man må betragte HS som en multikausal lidelse [6, 11]. De respektive betegnelser for HS reflekterer således forskellige teoretiske forklaringsmodeller til lidelsens ætiologi. Det kan være svært at afgrænse, hvad HS er, da HS kan være påvirket af, hvad der opfattes som normalt og acceptabelt i en given kultur og kontekst. HS kan dels optræde som selvstændig lidelse, dels som sekundær adfærd ved somatiske sygdomme såsom demens, Tourettes syndrom, mental retardering, temporallapepilepsi, hjerneskade, psykiske sygdomme (f.eks. obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) og affektiv lidelse) samt som bivirkning til medicinsk behandling (med f.eks. antiparkinsonmidler) [6]. Hvorfor nogle personer udvikler den selvstændige lidelse, er ofte uklart. Hos nogle personer er HS en følge af en selvstændig impulsforstyrrelse, mens det hos andre vil være en følge af høj seksualdrift i kombination med manglende impulsforstyrrelse, eller en måde hvorpå stress, angst, dysfori, tilknytningsproblemer og barndomstraumer håndteres [6]. I mange tilfælde finder man psykiske komorbiditeter såsom angst, affektiv

lidelse, alkohol- og stofafhængighed (især kokain og amfetamin), personlighedsforstyrrelser, ADHD, OCD og parafili [12]. Navnlig har hypotesen om en sammenhæng med depression været fremherskende pga. højere forekomst af depression blandt personer med HS [13]. Hypotesen er, at HS kan anvendes som copingmekanisme ved depression, men omvendt kan HS føre til, at patienten udvikler depressive symptomer [13].

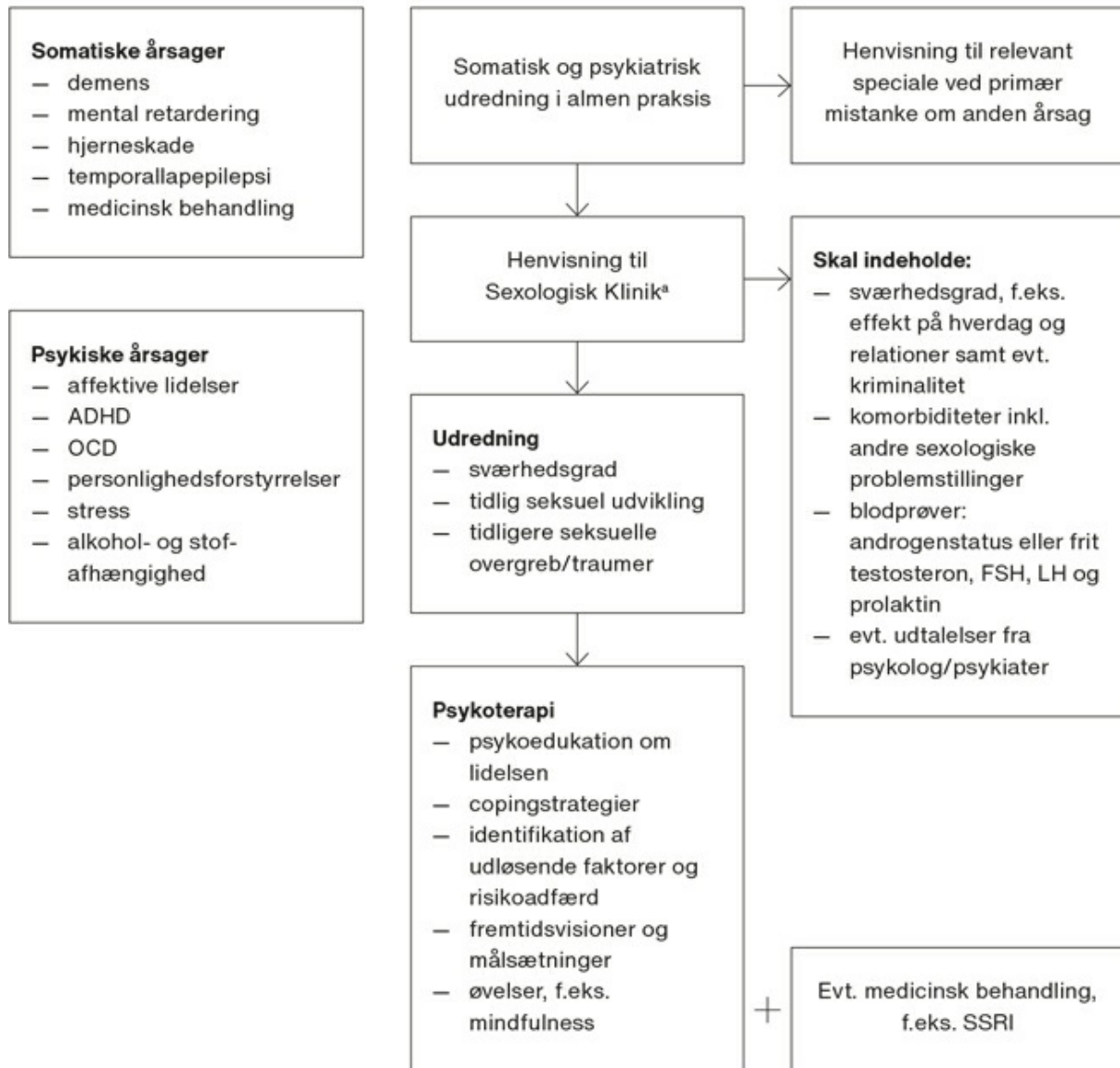
## PRÆVALENS

Internationalt angives prævalensen for HS til 2-6% [6, 11, 14]. I den danske befolkningsundersøgelse Projekt SEXUS fra 2019 fandt man, at 3,1% af den danske befolkning havde oplevet at være plaget af ikke at kunne kontrollere sine seksuelle aktiviteter inden for det seneste år [15]. Forekomsten af HS var markant større blandt mænd end blandt kvinder (5,0% vs. 1,3%), og kønsforskellen sås i alle aldersgrupper med størst andel blandt 15-24-årige (8,7% vs. 3,4%) [15]. Undersøgelsen viste yderligere en signifikant øget forekomst af tvangspræget seksualitet hos singler (oddsratio (OR) = 1,6), ugifte (OR 1,3), homoseksuelle mænd (OR = 1,7), biseksuelle mænd (OR = 2,2) og nonbinære personer (OR: 3-5, hhv. personer tildelt mandligt og kvindeligt køn ved fødslen) [15]. Samme tendens, med øget forekomst af HS hos mænd, homoseksuelle og sædelighedskriminelle, rapporteres i udenlandske undersøgelser [6, 11]. Litteraturen er belastet af, at diagnosen er stillet ved brug af forskellige selvrapporteringsskemaer, og at kohorterne i overvejende grad har bestået af mænd og dømte personer.

## UDREDNING

Inden henvisning til sexologisk behandling skal somatisk årsag være udelukket (**Figur 2**). Inden behandling iværksættes, skal det klarlægges, om tilstanden er HS, evt. høj seksuel lyst inden for normalområdet eller en diskrepans i seksuelle behov mellem partnerne [2]. Ved det sidstnævnte bør det udelukkes, om patienten i virkeligheden er »symptombærer« i en konfliktfyldt parrelation. Yderligere klarlægges symptomatologi, patientens motivation for behandling, den sociale belastning, vurdering af, om adfærden udgør risiko for patienten eller andre samt evt. bagvedliggende årsager [2]. De vigtigste indikatorer for, om HS skal behandles, er: 1) graden af gene og forpintet, 2) ukontrollabel seksuel trang eller adfærd, 3) indvirkningen på patientens hverdag, sociale relationer og arbejdsforhold og 4) repetitiv seksuel adfærd, der fører til negative konsekvenser og personens lidelse [2, 5]. Der er udviklet flere redskaber til udredning af HS, dog mangler der konsensus om, hvilke redskaber der er mest valide [11].

FIGUR 2 Flow chart over behandlingsforløb.



a) Kun patienter uden: aktivt stof- eller alkoholmisbrug, andet psykoterapeutisk forløb og ustabil psykisk sygdom.

FSH = follikelstimulerende hormon; LH = luteiniserende hormon; OCD = obsessiv-kompulsiv lidelse; SSRI = selektive serotoningoptagelseshæmmere.

## BEHANDLING

Der har i de seneste år været markant øget forskning på området, men evidensen for valg af behandling er forsat svag, hvorfor der endnu ikke findes en standardiseret, alment anerkendt behandlingsform [16]. Årsagen er især små forsøgspopulationer og fraværet af randomiserede/kontrollerede studier. Generelt behandles HS vha. psykoterapi med eller uden supplerende lægemidler [16]. Pga. det heterogene symptombillede advares der mod en »one size fits all«-tilgang til behandling; behandlingen bør tilpasses symptombilledet [6]. I Figur 2 gives et overblik over udredning og behandling. Behandling af HS betragtes som en specialistopgave.

### Psykoterapeutisk behandling

Flere forskellige terapiformer er afprøvet. Der er fundet størst evidens for kognitiv adfærdsterapi (KAT), acceptance and commitment therapy (ACT) og parterapi [17]. Flere studier har vist, at gruppeterapi med KAT kan give et signifikant fald i symptomer på HS [18-20]. Et studie viste også, at gruppebehandling med KAT gav et signifikant fald i oplevet dysfunktion mht. erhvervsevne, økonomi, relationer og fysisk helbred efter behandling [20]. I et randomiseret kontrolleret studie med overkrydsningsdesign, hvor kontrolgruppen først var på venteliste og dernæst fik den samme behandling som interventionsgruppen, fandt man, at ACT signifikant reducerede tiden brugt på pornografi sammenlignet med kontrolgruppen (93% vs. 21% reduktion) [21]. Et ukontrolleret, ikke-randomiseret interventionsstudie viste 85% reduktion i tid brugt på pornografi samt en øget livskvalitet efter behandling med ACT [22].

I to review har man fundet, at der ved anvendelse af mindfulness er mindre tilbøjelighed til at udvise HS-adfærd [14, 23]. Andre terapiformer, der kan afprøves, trods mangelfuld evidens, er f.eks. 12-trinsbehandling og psykodynamisk psykoterapi [12].

Hvis HS forårsager relationelle problemer, bør der tilbydes parterapi [12].

### Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling af HS er en mulighed, dog mangler der kliniske behandlingsvejledninger, og evidensen på området er sparsom og baseret på ukontrollerede studier, kasuistikker og sygdomme med lignende træk [7]. Præparaterne gives som supplement til psykoterapi, og der kan til tider gives mere end ét præparat [17]. Valget af lægemiddel skal tage udgangspunkt i patientens øvrige komorbiditeter, psykiatriske profil og ønsker.

Behandling med antidepressiva, selektive serotoningenoptagelseshæmmere (SSRI)/serotonin-noradrenalin-genoptagelseshæmmere (f.eks. sertralin eller citalopram) vil ofte være førstevalg [7, 17]. Ligeledes vil tricykliske antidepressiva kunne anvendes [24]. Ved behandlingen udnytter man de seksuelle bivirkninger præparaterne har. Den øgede koncentration af serotonin fører til nedsat lyst samt nedsat evne til orgasme og erektion [1, 7, 25]. Et randomiseret dobbeltblindet studie, hvor 28 mænd blev behandlet med citalopram eller placebo viste signifikant reduktion af seksuel lyst, hyppighed af masturbation og brug af pornografi samt forlænget tid til ejakulation ved brug af citalopram (20-60 mg/dag) [25].

For behandling af andre seksuelle problemstillinger, der påvirker forholdet til en fast partner, f.eks. erektil dysfunktion og anorgasme, kan det være indiceret med behandling med erektionsfremmende midler (f.eks. tadalafil eller sildenafil) [7].

Hos patienter, der opfylder kriterier for hyperkinetiske forstyrrelser (f.eks. patienter, der har ADHD), vil kombinationsbehandling med centralstimulerende midler (f.eks. methylphenidat eller dexamfetamin) og SSRI være en mulighed [26]. Dog skal man være opmærksom på en mulig risiko for accentuering af misbrug og sexlyst ved behandling med disse stoffer.

Opioidantagonister (f.eks. naltrexon) er effektive i behandling af andet misbrug, f.eks. ludo- og kleptomani, og har kasuistisk også vist effekt hos patienter med HS [27]. I et feasibility-studie med 20 mænd fandt man, at naltrexon kan reducere symptomer på HS [28].

Ved hyperseksuel adfærd, der optræder i relation til mani, kan stemningsstabiliserende lægemidler (f.eks. lithium, valproat, carbamazepin og lamotrigin) anvendes [7].

Antipsykotika (f.eks. quetiapin) vil være at foretrække hos patienter med vrangforestillinger, men kan også fungere angstdæpende [29]. Man bør udvise forsigtighed med stærkt vanedannende angstdæpende lægemidler såsom benzodiazepiner, da der ofte ses et overlap mellem HS og andre misbrugsformer [7].



Selvom der ikke foreligger evidens for, at testosteronniveauet er forhøjet hos personer med HS, har anvendelse af den gonadotropinfrisættende hormon-agonist triptorelin vist reduktion af seksuelle fantasier, lyst, abnormal seksuel adfærd og frekvensen af samleje [12]. Behandlingen består i medicinsk kastration og har derfor et meget snævert indikationsområde.

## KONKLUSION

HS kan ses som både en lidelse og en adfærd, der forårsager lidelse hos personen selv eller omgivelserne. HS kan være en selvstændig lidelse, som kan være forårsaget af somatisk sygdom eller psykiatrisk lidelse samt af medicinsk behandling. Blandt de væsentligste forklaringsmodeller for udvikling af HS er manglende impuls kontrol, forhøjet seksuelt driftspres eller følge af emotionel dysregulering af angst, dysfori/depression eller relationelle konflikter.

Der findes størst evidens for behandling med psykoterapiformerne KAT og ACT, enten individuelt eller i gruppe. Farmakologisk supplement vil oftest bestå i SSRI-præparater. Forskningen på området er dog forsat yderst mangelfuld, navnlig efterlyses randomiserede kontrollerede studier. Skal forskningen kunne bidrage til reliabel og valid diagnosticering samt effektiv behandling, forudsætter det imidlertid, at der opnås konsensus om terminologi og diagnostiske kriterier for lidelsen.

**Korrespondance.** *Katja Wium Geiker.* E-mail: [katjageiker@gmail.com](mailto:katjageiker@gmail.com)

Antaget 2. marts 2021

Publiceret på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk) 19. april 2021

**Interessekonflikter** ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

**Referencer** findes i artiklen publiceret på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2021;183:V10200769

## SUMMARY

### Hypersexuality

Katja Wium Geiker, Annamaria Giraldi, Karl Sebastian Johansson & Susanne Bengtson

Ugeskr Læger 2021;183:V10200769

Sexual behaviour is a normal and healthy part of life. However, some individuals report excessive sexual appetite and/or an inability to control sexual behaviour. The literature has conceptualised this behaviour as hypersexuality (HS). The aim of this review is to address the challenges associated with diagnosing HS reliably and the lack of empirical evidence on treatment of HS. Further research is required in order to define when or if excessive sexual behaviour is a clinical disorder or symptomatic of either a medical or psychiatric disorder and how this condition should be treated effectively.

## REFERENCER

1. Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 2010;39:377-400.
2. Lew-Starowicz M, Gola M. Compulsive- and other out-of-control sexual behaviors. I: Lew-Starowicz M, Giraldi A, Krüger THC, red. *Psychiatry and Sexual Medicine*. Springer International Publishing, 2021:457-69.
3. Kraus SW, Krueger RB, Briken P et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD&;11. *World Psychiatry* 2018;17:109-

110.

4. ICD-11 - Mortality and morbidity statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1630268048> (12. sep 2020).
5. Kraus SW, Voon V, Potenza MN. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction* 2016;111:2097-106.
6. Walton MT, Cantor JM, Bhullar N et al. Hypersexuality: a critical review and introduction to the "sexhavior cycle." *Arch Sex Behav* 2017;46:2231-51.
7. Rosenberg KP, Carnes P, O'Connor S. Evaluation and treatment of sex addiction. *J Sex Marital Ther* 2014;40:77-91.
8. Krueger RB, Kaplan MS. The paraphilic and hypersexual disorders: an overview. *J Psychiatr Pract* 2001;7:391-403.
9. ICD-10 Version: 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en/F52.7> (12. sep 2020).
10. Hald GM. Seksuelle afhængighedstilstande. I: Graugaard C, Møhl B, Giraldi A. *Sexologi*. Munksgaard, 2019:935-47.
11. Sassover E, Weinstein A. Should compulsive sexual behavior (CSB) be considered as a behavioral addiction? *J Behav Addict* (online 29. sep 2020).
12. Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res* 2010;47:181-98.
13. Schultz K, Hook JN, Davis DE et al. Nonparaphilic hypersexual behavior and depressive symptoms: a meta-analytic review of the literature. *J Sex Marital Ther* 2014;40:477-87.
14. Kowalewska E, Gola M, Kraus SW et al. Spotlight on compulsive sexual behavior disorder: a systematic review of research on women. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020;16:2025-43.
15. Projekt SEXUS. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018 <https://www.projektsexus.dk/> (14. sep 2020).
16. Hook JN, Reid RC, Penberthy JK et al. Methodological review of treatments for nonparaphilic hypersexual behavior. *J Sex Marital Ther* 2014;40:294-308.
17. Leppink EW, Grant JE. Behavioral and pharmacological treatment of compulsive sexual behavior/problematic hypersexuality. *Curr Addict Rep* 2016;3:406-13.
18. Hallberg J, Kaldo V, Arver S et al. A cognitive-behavioral therapy group intervention for hypersexual disorder: a feasibility study. *J Sex Med* 2017;14:950-8.
19. Hallberg J, Kaldo V, Arver S et al. A randomized controlled study of group-administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder in men. *J Sex Med* 2019;16:733-45.
20. Sadiza J, Varma R, Jena SPK et al. Group cognitive behaviour therapy in the management of compulsive behaviour. *Int J Crim Justice Sci* 2011;6:309-25.
21. Crosby JM, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: a randomized trial. *Behav Ther* 2016;47:355-66.
22. Twohig MP, Crosby JM. Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behav Ther* 2010;41:285-95.
23. Blycker GR, Potenza MN. A mindful model of sexual health: a review and implications of the model for the treatment of individuals with compulsive sexual behavior disorder. *J Behav Addict* 2018;7:917-29.
24. Kafka MP. Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry* 1991;52:60-5.
25. Wainberg ML, Muench F, Morgenstern J et al. A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1968-73.
26. Kafka MP, Hennen J. Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: a case series. *J Clin Psychiatry* 2000;61:664-70.
27. Verholleman A, Victorri-Vigneau C, Laforgue E et al. Naltrexone use in treating hypersexuality induced by dopamine replacement therapy: impact of oprm1 a/g polymorphism on its effectiveness. *Int J Mol Sci* 2020;21:3002.
28. Savard J, Öberg KG, Chatzittofis A et al. Naltrexone in compulsive sexual behavior disorder: a feasibility study of twenty men. *J Sex Med* 2020;17:1544-52.
29. Chae B-J, Kang B-J. Quetiapine for hypersexuality and delusional jealousy after stroke. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26:331-2.