

Seksuelle dysfunksjoner

Risa Lonnée-Hoffmann, St Olavs hospital (risa.lonnee-hoffmann@stolav.no)

Hanne Sether Lilleberg, Akershus Universitetssykehus (hanne.sether.lilleberg@ahus.no)

Marie Abel, Stavanger Universitetssykehus (marie.abel@sus.no)

Sidsel Louise Schaller, Psykologisk institutt, UiO (sidsel.schaller@psykologi.uio.no)

Anbefalinger

- Det *foreslås* at leger som behandler kvinner med risikofaktorer for seksuelle dysfunksjoner bør undersøke disse og tilstrebe å gi enkle råd
- Det *anbefales* å ta en medisinsk, seksuell og psykososial anamnese for å stille diagnosen seksuell dysfunksjon (1)
- Det *foreslås* at hvis behandling overstiger egen kompetanse, bør pasienten henvises videre til spesialist med kompetanse innen klinisk sexologi, fortrinnsvis med en mistenkt diagnose. Eventuell også til psykolog, psykiater eller fysioterapeut.

ICD-10

F52.0 Tap av/hemmet seksuell lyst

F52.1 Seksuell aversjon og manglende seksuell glede

F52.2 Manglende seksuell respons

F52.3 Orgastisk dysfunksjon

F52.5 Ikke organisk vaginisme

F52.6 Ikke organisk dyspareuni

F52.7 Forsterket kjønnsdrift

F52.9 Uspesifisert seksuell dysfunksjon som ikke skyldes organisk lidelse, evt PGAD

N94.1 Dyspareuni (organisk)

N94.2 Vaginisme (organisk)

Z70.9 Uspesifisert rådgivning i seksuelle spørsmål

Z63.0 Relasjonsproblemer

R10.3 Smerter lokalisert i andre deler av nedre abdomen, evt PGAD

Søkestrategi

Pyramidesøk: female sexual dysfunksjon

UpToDate

BMJ

Best Practice

The European Society for Sexual Medicine Syllabus of Sexual Medicine 2012

Consensus statement from the fourth International consultation on SexualMedicine 2015

Danish guidelines

Cochrane Library

Søkeord: female sexual dysfunction, sexology, sexual problems, orgasmic dysfunction, libido, sexual desire, sexual response

Det er lagt ved lenker i teksten til mer detaljerte og oppdaterte oversiktsartikler til utvalgte, relevante tema. Generelt er evidensnivå av studier lav (III-IV).

Definisjon

Seksuelle problemer er svært vanlige og nesten halvparten av alle kvinner rapporterer på et tidspunkt problemer med libido, seksuell respons, orgasme eller smerter under samleie (West, D'Aloisio et al. 2008, Christensen, Gronbaek et al. 2011). For å motvirke “over-medikalisering”, er det viktig å skille mellom problemer og dysfunksjoner. For å kunne klassifiseres som seksuell dysfunksjon, må problemet forårsake personlig eller interpersonell belastning («distress»), ha vart i minst tre måneder (for dyspareuni en måned) og oppstå i > 75% av alle seksuelle hendelser (Association 2013, Latif and Diamond 2013, McCabe, Sharlip et al. 2016). Seksuelle dysfunksjoner forekommer blant 10-15% av kvinner, med overlappende biologisk, psykologisk og interpersonal etiologi (Oberg and Sjogren Fugl-Meyer 2005, Christensen, Gronbaek et al. 2011, Giraldi, Rellini et al. 2013, Latif and Diamond 2013).

Seksuelle dysfunksjoner kan være livslange eller ervervede, situasjonsbetingede eller generaliserte (Association 2013).

Definisjonen på seksuell dysfunksjon er basert på “consensus statement” fra den fjerde Internasjonale Konsultasjonen om Seksuell Medisin, som har som målsetning å være mest mulig evidensbasert (McCabe, Sharlip et al. 2016)

Kvinnelig libidolidelse/ mangel på seksuell interesse eller lyst

Vedvarende eller tilbakevendende mangel på seksuelle eller erotiske tanker og fantasier, og lyst på seksuell aktivitet (McCabe, Sharlip et al. 2016). Det kan være vanskelig å skille mellom manglende sexlyst og respons lidelse, derfor har det i DSM-5 blitt slått sammen til “sexuell interest and arousal disorder (SIAD).

Kvinnelig seksuell respons lidelse

Vedvarende eller tilbakevendende vansker med å oppnå eller opprettholde seksuell respons til fullført seksuell aktivitet . Se også under “kvinnelig libidolidelse”.

Orgasmelidelse (female orgasmic disorder, FOD)

Betydelig forsinket, sjelden eller manglende orgasme, og/eller betydelig nedsatt styrke av orgasmeopplevelsen.

Smerte i bekken og kjønnsorganer ved samleie (kvinnelig genitopelvic pain disorder, GPPD)

Persisterende eller tilbakevendende problemer med minst ett av disse:

(i) vaginal penetrasjon ved samleie; (ii) betydelige smerter i vulva, vagina eller bekkenet under seksuell kontakt; (iii) betydelig angst for smerter i vulva, vagina eller bekkenet i påvente av, under eller etter genital kontakt; eller (iv) betydelig hyperton bekkenbunnsmuskulatur med eller uten genital kontakt (vaginisme).

Vulvodyni og vaginisme blir omtalt i detalj i kapittelet om vulvasmerter.

Persisterende genital respons (persistent genital arousal disorder, PGAD). Spontan uønsket genital opphisselse uten seksuell lyst, som kan være ubehagelig og ikke reduseres etter minst én orgasme, samt at følelsen av opphisselse kan vedvare timer eller dager (<https://academic.oup.com/jsm/article/18/4/665/6956138?login=true>) (Goldstein, Komisaruk et al. 2021)

Postcoital syndrom

Negative følelser og/eller fysiske symptomer som hodepine, sykdomsfølelse, utmattelse etter seksuell aktivitet.

Hypohedonisk orgasme

Lite seksuell nytelse ved orgasme.

Smertefull orgasme

Smerter i genitalia eller bekkenet under eller kort tid etter orgasme.

Epidemiologi

Omtrent 40% av alle kvinner på verdensbasis rapporterer om seksuelle problemer (Shifren, Monz et al. 2008). Få studier har sett på sammenhengen mellom seksuelle problemer og personlig belastning som er nødvendig for å stille diagnosen seksuell dysfunksjon. I en amerikansk studie fant man at lav lyst var det vanligste seksuelle problemet, og var forbundet med personlig belastning i 10-14% av tilfellene (Shifren, Monz et al. 2008). Lav opphisselse og orgasmevansker var noe mindre utbredt (21%), og var forbundet med belastning hos 5% av kvinnene (Shifren, Monz et al. 2008). Smertelidelser er mest utbredt blant kvinner under 30 år (Christensen, Gronbaek et al. 2011, Fugl-Meyer, Bohm-Starke et al. 2013). Seksuell aktivitet, libido og respons avtar med økende alder, spesielt rundt menopause (Shifren, Monz et al. 2008, West, D'Aloisio et al. 2008, Christensen, Gronbaek et al. 2011, Giraldi, Rellini et al. 2013, Latif and Diamond 2013). For kvinner som er seksuelt aktive i sen menopause, øker ikke forekomsten av seksuell dysfunksjon (Lonnee-Hoffmann, Dennerstein et al. 2014). Imidlertid synker frekvensen av seksuell aktivitet, og problemer hos partner øker (Lonnee-Hoffmann, Dennerstein et al. 2014).

Etiologi og risikofaktorer (West, Vinikoor et al. 2004, Oberg and Sjogren Fugl-Meyer 2005, Handa, Cundiff et al. 2008, Christensen, Gronbaek et al. 2011, Kolotkin, Zunker et al. 2012, Fugl-Meyer, Bohm-Starke et al. 2013, Giraldi, Rellini et al. 2013, Latif and Diamond 2013, The 2020)

Seksuell dysfunksjon hos kvinner er sterkest knyttet til dårlig fysisk og mental helse, partners seksuelle problemer, samlivsproblemer, andre genitale- og urinveisproblemer, kvinnelig genital mutilering og seksuelle overgrep.

Flere faktorer er vanligvis involvert, derfor anbefales en bio-psyko-sosial tilnærming.

Risikofaktorer

- *Psykologisk* (depresjon og angst, stemningslidelser, dårlig kroppsbilde pga dysmorf, utlagte tarm etc., stress, tretthet, infertilitet, røyking, alkohol, post-traumatisk (tidligere fysiske eller seksuelle overgrep, vanskelig barndom)

- *Relasjonell* (samlivsproblemer, vold, kulturelle begrensninger)
- *Farmakologisk* (de fleste antidepressiva (spesielt SSRI), antipsykotika, benzodiazepiner, betablokkere, kombinasjons-p-piller, aromatasehemmere)
- *Kreft og behandling for kreft* (spesielt bryst- og annen gynekologisk kreft, ikke-nervesparende kirurgi, hysterektomi)
- *Gynekologisk* (graviditet, postpartum, amming, genital descens, urininkontinens, infertilitet, endometriose, prematur ovarialsvikt, PCOS, myoma uteri, genitourinary syndrome (GSM))
- *Nevrologisk* (ryggmargsskade, øvre motornevronskade, MS, perifer nevropati, parkinsons)
- *Endokrinologisk* (hyperprolaktinemi, dysfunksjon i hypothalamus-hypofyse-gonadal-aksen, lav androgen aktivitet, diabetes mellitus, hyper-og hypothyroidisme)
- *Vaskulær* (arteriosklerose, traume, nyresvikt)
- *Anatomisk* (status etter genital mutilering, traume)
- *Funksjonell* (urininkontinens under samleie, smerter, bekkenbunnsdysfunksjon, LUTS (lower urinary tract symptoms))
- *Dermatoser* (Lichen sclerosus, Lichen ruber, eksem)
- *Kroniske smertetilstander* (endometriose, irritabel blære og andre smertetilstander i blære, vulvodyni, bekkenbunnsdysfunksjon, vaginisme, postoperative smerter, fibromyalgi, reumatoid artritt)
- *Overvekt*
- *Sosioøkonomisk status* (avhengig av alder og problem kan både lav og høy utdanning være en risikofaktor. Dårlig økonomi er en uavhengig risikofaktor)
- *Seksuell dysfunksjon hos partner*

Diagnostikk (Hatzichristou, Kirana et al. 2016, Lonnee-Hoffmann 2022)

De aller fleste kvinner godtar eller ønsker at gynekologen etterlyser generelle og mer spesifikke spørsmål om seksualfunksjonen. To spørsmål kan enkelt brukes: “Er du seksuelt aktiv?” og “Har du problemer med sexulivet ditt, du ønsker å ta opp?”, eller “Denne plagen har kanskje en betydning for samlivet med din partner?”.

En fokusert medisinsk, seksuell og helst psykososial anamnese bør identifisere problemet, medvirkende faktorer inkludert partner- og medikamentelle faktorer, samt spesielle sårbarheter og alvorlighetsgraden av plagene.

En gynekologisk inspeksjon bør alltid gjennomføres med fokus på dermatoser, atrofi og behåring (binyreproblemer). Ved smerter i skjedeinngangen, eller overfladisk dyspareuni, se kapitlet om vulvodyni. En bimanuell undersøkelse er indisert ved smertetilstander. Galactoré må utelukkes. Vi anbefaler tilstedeværelse av et ekstra helsepersonell under hele den gynekologiske undersøkelsen.

Kloke valg: Serumanalyser er kun indisert ved mistanke om en konkret tilstand (f.eks hypothyreose).

Ved alvorlig og residiverende (post-)coital hodepine, bør man overveie cerebral CT angiografi for å utelukke potensielt livstruende tilstand (Martinez Arellano, Lu et al. 2024).

For å spare tid, eller i forskningssammenheng, kan spørreskjema brukes i forkant av undersøkelsen. Disse erstatter ikke klinisk anamnese og undersøkelse.

For norske versjoner av internasjonalt validerte skåringsverktøy, se:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/her-finner-du-skaringsverktoy-for-seksualfunksjon>

Behandling

Samtale

Det er ikke nødvendig med spesifikk terapi utdannelse, men et inkluderende og utvidet syn på seksualitet og øve på å bli komfortabel med å gjøre seksualitet til en del av samtalen (Cruz, Greenwald et al. 2017)

Kartlegge problemet, pasientens oppfatninger og kunnskaper om helse, anatomi, normalitet og akseptabel praksis. Pasienten definerer selv, om/i hvor stor grad evt. redusert funksjon er et problem og hvilket mål for behandling hun har. Vurder og diskuter om/evt. når partner bør være med på samtale/informasjon.

PLISSIT modellen anbefales som beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle pasientens seksuelle problemer (III-IV):

- *Permission (P)* Pasienten inviteres eller oppfordres til å snakke om sin seksualitet og eventuelle problemer. Indirekte tilleggstiltak; ha bøker eller plakaer om seksualitet på kontoret.
- *Limited Information (LI)* Informasjon om fysiologi, anatomi og om forskjellen mellom spontan og responsiv lyst og tenning, og orgasme. (se Basson's sirkulære modell (Basson 2000). Enkle råd som f.eks å sørge for ro, uforstyrrethet og å ta den tiden som trengs for å kunne respondere på stimuli.
- *Specific Suggestions (SS)* Mer rådgivning etter erfaring og kompetanse. Inkluderer hvis mulig partner. Kan f.eks. innebære forslag om enkle hjelpemidler og/eller masturbasjon for behandling av respons- og orgasmelidelse. Enkel versjon av sensualitetstrening inkludert "samleieforbud" i en periode, blant annet under behandling for vulvodyni.
- *Intensive Therapy (IT)* Krever mer kompetanse – for eksempel *spesialister med kompetanse i klinisk sexologi*. Det kan omfatte psykoseksuell behandling, som inkluderer men ikke er begrenset til sensualitetstrening (sensate focus), mindfulness, kognitiv atferdsterapi, systematisk desensibiliseringstrening, traumeterapi eller emosjonsfokuset terapi e.l., medikamentell behandling, psykiatrisk behandling.

Psykoseksuell behandling (Meston, Hull et al. 2004, Basson, Wierman et al. 2010, Giraldi, Rellini et al. 2013)

Sexologisk behandling og evt bruk av seksualtekniske hjelpemidler kan anbefales ved libido-, respons- og orgasmelidelser (III-IV). Vurder samarbeid med sexologiske rådgivere som kan følge opp øvelser i behandlingsforløp, også som hjelp til å finne seg tilrette med endret seksualitet etter kirurgisk behandling.

Kognitiv terapi og mindfulness med fokus på seksualitet har vist god effekt på problemer innen libido-, respons- og orgasmelidelser (II-III)(Brotto and Basson 2014, Lafortune, Girard et al. 2022).

Pasienter med depresjon og angst, seksuelle overgrep eller vanskelige forhold i barndommen trenger ofte behandling hos psykolog/psykiater med kompetanse innen seksualitet.

Behandling av somatiske tilstander (Basson, Wierman et al. 2010)

- Kirurgisk behandling av stressinkontinens og genital descens, samt hysterektomi på benign indikasjon forbedrer i gjennomsnitt den seksuelle funksjonen, (III); (Jha, Ammenbal et al. 2012, Danesh, Hamzehgardeshi et al. 2015, Jha and Gray 2015).
- Ved fedme har vektnedgang vist å ha positiv effekt på seksualfunksjonen (Kolotkin, Zunker et al. 2012).
- Vaginale plager etter lokal stråleterapi kan behandles med lokale østrogener (I) eller lokal benzydamine (uregistrert i Norge, men kan skaffes fra Sverige via reseptfritak)(I). Dilatatorer eller vaginalt samleie er viktig for å motvirke sammenvoksninger (II). Hyperbar oksygenterapi og kirurgisk rekonstruksjon har usikker effekt (III) (Denton and Maher 2003).
- Stønad til sexhjelpemidler kan søkes om på vegne av pasienten ved redusert eller ingen seksuell funksjonsevne når medisinsk behandling ikke har effekt. Problemet må forventes å vare i over 2 år. Bestillingsskjema finnes på NAV sine hjemmesider, se: <https://www.nav.no/fyllut/nav100606>, fylles ut og sendes til leverandør.

Medisiner som kan gi seksuelle bivirkninger hos kvinner

Det er viktig å understreke at de fleste som bruker følgende medisiner, tåler dem godt og ikke opplever seksuelle bivirkninger. Alle endringer i medisinerings bør diskuteres med legen. Ved enkelte helsetilstander vil endring eller seponering i medisineringsen føre til betydelig forverring av hovedsykdommen og bør derfor unngås eller gjøres etter nøye overveielser i samarbeid med legen.

- SSRI, SNRI, antipsykotika, benzodiazepiner
Ved antidepressiva-indusert seksuell dysfunksjon, har studier vist effekt av å legge til Bupropion i høyere doser (Taylor, Rudkin et al. 2013)NEW. Bytte fra et klassisk antipsykotikum til Olanzapine kan forbedre seksualfunksjonen hos kvinner, men studien hadde enkelte svakheter, og anbefales kun etter diskusjon med behandlende lege (Schmidt, Hagen et al. 2012).
- Antiepileptika

- Antihistaminika
- Beta-blokkere
- Hormonelle prevensjonsmidler, særlig kombinerte kontraseptiver, GnRH-analoger
- Aromatase inhibitorer (letrozol, anastrozol)

Medikamentell behandling (Basson, Wierman et al. 2010)

MANGLENDE SEXLYST / SIAD

Bupropion (off label, men noen autorer foreslår dette både under og utenom SSRI-behandling) (Segraves, Clayton et al. 2004).

Flibanserin og bremelanotid er FDA godkjent, men ikke registrert i Europa (Joffe, Chang et al. 2016).

Peri/postmenopause (inkl tidlig- eller iatrogen menopause)

Systemisk MHT - transdermal behandling framfor peroral (peroral MHT øker SHBG og minsker testosteronnivå) (Meziou, Scholfield et al. 2023).

Tibolone - mixed data (Meziou, Scholfield et al. 2023).

Testosteron se Menopausekapittelet for detaljer og femgangsmåte (Shifren and Davis 2017)

Testosteronbehandling (I-III)

Testosteronbehandling kan være aktuelt for postmenopausale kvinner med problemer med manglende sexlyst. Se Testosteronbehandling i Menopausekapittel.

Smerter ved samleie / dyspareuni (Bergeron, Reed et al. 2020)

For smerter i skjedeåpning, provosert vestibulodyspareuni vises det til vulvodynikapittel.

Glidemidler (vann-, silikon- eller oljebaserte). Obs silikonbaserte glidemidler kan skade silikon leketøy, og oljebaserte glidemidler kan skade latex kondomer.

Vaginale fuktighetskremer (hormonfrie) kan være nyttig hvis østrogen er kontraindisert eller uønsket, oppfordre kvinne å etterlyse på apoteke.

Ved lav østrogen kan man forsøke lokale østrogener eller lokal DHEA (Prasteron).

Lidokain - 5% salve (reseptfri) eller 2% gel (reseptplikt) - kan brukes for midlertidig symptomlindring i skjedeåpning før eller etter samleie.

Botulinumtoxin injeksjoner, vaginale/rektale benzodiazepiner og medikamenter mot muskelspasmer kan være aktuelle ved alvorlig bekkenbunnsdysfunksjon i kombinasjon med fysioterapi

Ved hyppige vulvovaginale soppinfeksjoner eller hyppige genital herpesresidiver kan supresjonsbehandling være aktuelt for å nedregulere betennelse og hypersensitivitet i vulva.

FOD / anorgasmia

Det finnes ikke medisiner indisert for kvinnelig orgasmelidelse.

PGAD (Goldstein, Komisaruk et al. 2021)

Behandling er avhengig av nivå av lesjon og kan kreve tverrfaglig tilnærming. Ved synekier i klitorisforhud (klitoris fimose) kan adhesiolyse hjelpe. I tilfelle pudendalnevropati kan fysioterapi, blokkader med lokalanestetika og/eller steroider og/eller botulinumtoxin være aktuelt. Ved patologi ved nivået av nerveroter, cauda equina eller ryggmarg kan fysioterapi, nervemodulering eller kirurgi

vurderes. Symptomatisk behandling av PGAD kan inkludere medikamenter mot nevroatiske smerter, f.eks amitriptyllin, nortriptyllin, gabapentin, pregabalin, duloxetin osv. Kombinasjon med fysioterapi og psykologisk behandling er ofte aktuell.

Behandling som har ikke påvist effekt

Laserbehandling

Kosttilskudd

Fysikalsk behandling

Fysioterapi har vist seg å være gunstig for å øke libido, forbedre orgasme, redusere smerter og generelt øke tilfredsheten med sex. Behandlingen kan inkludere ulike metoder som biofeedback, bekkenbunnstrening, elektrostimulering og avslapningsøvelser (III-IV).

Forslag på fysioterapeuter finnes her: <https://quintet.no/finn-naermeste-behandler/>

Biblioterapi (noen forslag, IV)

- Alex Comfort - "*Kjærlighetens gleder*" ("Joy of Sex")
- Emily Nagoski - "*Kom som du er*" ("Come as you are")
- Esther Perel - "*Erotisk intelligens*" ("Mating in Captivity")
- Julia Heiman og Joseph LoPiccolo - *Becoming Orgasmic: A Sexual and Personal Growth Program for Women*
- David Schnarch - *Passionate Marriage: Keeping Love and Intimacy Alive in Committed Relationships*
- Karen Gurney - "Mind the Gap"
- Emily Nagoski - "Come Together"
- Lauren Fogel Mersy, Jennifer A. Vencill - "Desire"
- Cyndi Darnell - "Sex When You Don't Feel Like It"
- Goldstein et al - "When Sex Hurts"
- Lisa & Mark Carter - "Completely Overcome Vaginismus"
- Marty Klein - "Sexual Intelligence"
- Laurie Mintz - "Becoming Cliterate"
- Lori Brotto - "Better Sex Through Mindfulness"
- <https://start.omgyes.com>
(Forskningsbasert nettside om kvinners forhold til eget kjønn. Informativt for kvinner i alle aldre og deres partnere)

Referanser

<http://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-management>
http://www.dsog.dk/hindsgavl/Guideline%20sexologi_gyn170809.pdf

- Association, A. P. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Basson, R. (2000). "The female sexual response: a different model." J Sex Marital Ther **26**(1): 51-65.
- Basson, R., M. E. Wierman, J. van Lankveld and L. Brotto (2010). "Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women." J Sex Med **7**(1 Pt 2): 314-326.
- Bergeron, S., B. D. Reed, U. Wesselmann and N. Bohm-Starke (2020). "Vulvodynia." Nat Rev Dis Primers **6**(1): 36.
- Brotto, L. A. and R. Basson (2014). "Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women." Behav Res Ther **57**: 43-54.
- Christensen, B. S., M. Gronbaek, M. Osler, B. V. Pedersen, C. Graugaard and M. Frisch (2011). "Sexual dysfunctions and difficulties in denmark: prevalence and associated sociodemographic factors." Arch Sex Behav **40**(1): 121-132.
- Cruz, C., E. Greenwald and R. Sandil (2017). "Let's Talk About Sex: Integrating Sex Positivity in Counseling Psychology Practice." The Counseling Psychologist **45**(4): 547-569.
- Danesh, M., Z. Hamzehgardeshi, M. Moosazadeh and F. Shabani-Asrami (2015). "The Effect of Hysterectomy on Women's Sexual Function: a Narrative Review." Med Arch **69**(6): 387-392.
- Denton, A. S. and E. J. Maher (2003). "Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy." Cochrane Database Syst Rev(1): CD003750.
- Fugl-Meyer, K. S., N. Bohm-Starke, C. Damsted Petersen, A. Fugl-Meyer, S. Parish and A. Giraldi (2013). "Standard operating procedures for female genital sexual pain." J Sex Med **10**(1): 83-93.
- Giraldi, A., A. H. Rellini, J. Pfaus and E. Laan (2013). "Female sexual arousal disorders." J Sex Med **10**(1): 58-73.
- Goldstein, I., B. R. Komisaruk, C. F. Pukall, N. N. Kim, A. T. Goldstein, S. W. Goldstein, R. Hartzell-Cushmanick, S. Kellogg-Spadt, C. W. Kim, R. A. Jackowich, S. J. Parish, A. Patterson, K. M. Peters and J. G. Pfaus (2021). "International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Review of Epidemiology and Pathophysiology, and a Consensus Nomenclature and Process of Care for the Management of Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia (PGAD/GPD)." The Journal of Sexual Medicine **18**(4): 665-697.
- Handa, V. L., G. Cundiff, H. H. Chang and K. J. Helzlsouer (2008). "Female sexual function and pelvic floor disorders." Obstet Gynecol **111**(5): 1045-1052.
- Hatzichristou, D., P. S. Kirana, L. Banner, S. E. Althof, R. A. Lonnee-Hoffmann, L. Dennerstein and R. C. Rosen (2016). "Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women: Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires." J Sex Med **13**(8): 1166-1182.
- Jha, S., M. Ammenbal and M. Metwally (2012). "Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis." J Sex Med **9**(1): 34-43.
- Jha, S. and T. Gray (2015). "A systematic review and meta-analysis of the impact of native tissue repair for pelvic organ prolapse on sexual function." Int Urogynecol J **26**(3): 321-327.
- Joffe, H. V., C. Chang, C. Sewell, O. Easley, C. Nguyen, S. Dunn, K. Lehrfeld, L. Lee, M. J. Kim, A. F. Slagle and J. Beitz (2016). "FDA Approval of Flibanserin--Treating Hypoactive Sexual Desire Disorder." N Engl J Med **374**(2): 101-104.
- Kolotkin, R. L., C. Zunker and T. Ostbye (2012). "Sexual functioning and obesity: a review." Obesity (Silver Spring) **20**(12): 2325-2333.
- Lafortune, D., M. Girard, R. Bolduc, M. A. Boislard and N. Godbout (2022). "Insecure Attachment and Sexual Satisfaction: A Path Analysis Model Integrating Sexual Mindfulness, Sexual Anxiety, and Sexual Self-Esteem." J Sex Marital Ther **48**(6): 535-551.
- Latif, E. Z. and M. P. Diamond (2013). "Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction." Fertil Steril **100**(4): 898-904.
- Lonnee-Hoffmann, R. A., L. Dennerstein, P. Leherter and C. Szoek (2014). "Sexual function in the late postmenopause: a decade of follow-up in a population-based cohort of Australian women." J Sex Med **11**(8): 2029-2038.
- Lonnee-Hoffmann, R. A. C., S.; Hageman, C (2022). "How do women want their gynecologist to address sexual function? A cross- sectional survey among outpatients." Reproductive, Female and Child Health: 11-17.

- Martinez Arellano, E. L., H. Lu, G. Ishac, H. Shaltoni and R. Sun (2024). "Recurrent, Severe Coital Headaches Associated With Bilateral Carotid Artery Aneurysms and the Effect of Endovascular Treatment." Cureus **16**(4): e59289.
- McCabe, M. P., I. D. Sharlip, E. Atalla, R. Balon, A. D. Fisher, E. Laumann, S. W. Lee, R. Lewis and R. T. Segraves (2016). "Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015." J Sex Med **13**(2): 135-143.
- Meston, C. M., E. Hull, R. J. Levin and M. Sipski (2004). "Disorders of orgasm in women." J Sex Med **1**(1): 66-68.
- Meziou, N., C. Scholfield, C. A. Taylor and H. L. Armstrong (2023). "Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis update." Menopause **30**(6): 659-671.
- Oberg, K. and K. Sjogren Fugl-Meyer (2005). "On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction." J Sex Med **2**(2): 169-180.
- Schmidt, H. M., M. Hagen, L. Kriston, K. Soares-Weiser, N. Maayan and M. M. Berner (2012). "Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy." Cochrane Database Syst Rev **11**: CD003546.
- Segraves, R. T., A. Clayton, H. Croft, A. Wolf and J. Warnock (2004). "Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women." J Clin Psychopharmacol **24**(3): 339-342.
- Shifren, J. L. and S. R. Davis (2017). "Androgens in postmenopausal women: a review." Menopause **24**(8): 970-979.
- Shifren, J. L., B. U. Monz, P. A. Russo, A. Segreti and C. B. Johannes (2008). "Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates." Obstet Gynecol **112**(5): 970-978.
- Taylor, M. J., L. Rudkin, P. Bullemor-Day, J. Lubin, C. Chukwujekwu and K. Hawton (2013). "Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication." Cochrane Database Syst Rev(5): CD003382.
- The, N. G. S. M. P. S. E. P. (2020). "The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society." Menopause **27**(9): 976-992.
- West, S. L., A. A. D'Aloisio, R. P. Agans, W. D. Kalsbeek, N. N. Borisov and J. M. Thorp (2008). "Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women." Arch Intern Med **168**(13): 1441-1449.
- West, S. L., L. C. Vinikoor and D. Zolnoun (2004). "A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors." Annu Rev Sex Res **15**: 40-172.