

*Aurora Brännström*

# **Sex och psyk**

## En kunskapsöversikt

FoU-enheten

Psykiatri Södra Stockholm

2014

2014

FoU-enheten  
Psykiatri Södra Stockholm  
Stockholms Läns Sjukvårdsområde  
Box 5040  
12105 Johanneshov

# Sammanfattning

Sexualiteten är en naturlig del av vårt mänskliga beteende och en stark drivkraft som finns hos varje människa i större eller mindre utsträckning. Sexualiteten är någonting som påverkar både självförtroende, kropps- och självbild. Att sexualiteten är en så pass stark drivkraft är både på gott och på ont. Sexualiteten är förknippad med kultur och tradition och det är inom ramarna för rådande kultur och tradition som sexualiteten kan ta sig individuella uttryck.

Mänskligt sexuellt beteende har omskrivits många gånger i böcker och i forskning, dock inte när det gäller människor med psykiska problem.

Den här rapporten är baserad på en kunskapssökning. Den är ett försök till att öppna upp för vidare diskussion kring sex och sexualitet i relation till psykiatri och till personer med psykiska problem. Syftet är att presentera en översiktlig bild av forskningen kring ämnet sex och psyk.

Sexualiteten tar plats inom psykiatriens fält ur flera olika perspektiv. Det handlar om:

- Sexualiteten som varje människa berörs av i sitt eget dagliga liv i större eller mindre utsträckning och om hur detta tas emot av psykiatri.
- Hur ramarna är satta, det vill säga vilka sexuella beteenden eller preferenser som klassas som normala eller avvikande i samhället, och om hur detta tas emot av psykiatri.
- Vad både tidigare upplevda trauman och nuvarande psykiatriska diagnoser kan göra med sexualiteten för den enskilde individen och vidare om hur detta tas emot av psykiatri.
- Behandling och medicinering och vad det spelar för roll för personer med psykiska problem i relation till den egna sexualiteten och det egna psykiska välbefinnandet.

Rapporten behandlar följande ämnen: sexuella problem i relation till psykiska problem och läkemedel, sexuella övergrepp i relation till psykiska problem, hbtq-personer med psykiska problem samt olika typer av behandling för sexuella problem.

Viktiga slutsatser som går att dra av den här rapporten är:

- Det är vanligt att människor lider av fysiska och/eller psykiska sexuella problem. Både människor med och utan psykiska problem drabbas.
- Människor med psykiska problem får sällan prata om sina sexuella problem med behandlingspersonal, trots att biverkningar i form av sexuella problem inte är ovanliga vid läkemedelsbehandling.
- Hbtq-personer som grupp uppskattas ha en sämre psykisk hälsa jämfört med heterosexuella personer och hbtq-personer uppger dessutom att de får begränsat stöd och hjälp från psykiatri samt att de blivit bemötta av homofobi och fördomar.

- Begreppet sexuella dysfunktioner är problematiskt bland annat eftersom det exkluderar hbtq-personer och personer som vill ha eller har sex på andra sätt än genom heterosexuella penetrerande/omslutande samlag.

## **Tack!**

Tack till alla trevliga kollegor som arbetar på Psykiatri Södras administration i Stockholm. Ni har alla bidragit till att jag har kunnat arbeta metodiskt och fokuserat med min rapport. Särskilt tack till Alain Topor och Anne Denhov på FoU-enheten som stöttat mig i min arbetsgång och kommit med bra och kloka synpunkter till rapporten.

Tack till Inga Tidefors på psykologiska institutionen på Göteborgs universitet för hjälp med litteratursökning och positiv respons.

## Innehåll

|  |          |
|--|----------|
| <b>Inledning</b>                           | <b>5</b> |
| <i>Den mänskliga sexualiteten</i>          | 5        |
| <i>Sex och psyk</i>                        | 6        |
| <b>Syfte</b>                               | <b>8</b> |
| <b>Metod</b>                               | <b>8</b> |
| <b>Förklaring av vissa använda begrepp</b> | <b>9</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Sex och psyk - En kunskapsöversikt</b>                             | <b>11</b> |
| <i>Sexuella problem</i>   | <b>11</b> |
| <i>Sexuella problem och psykiska problem</i>                          | 11        |
| <i>Sexuella problem och läkemedel</i>                                 | 12        |
| <i>Sexuella problem, psykiska problem och läkemedel</i>               | 15        |
| <i>Sexuella problem – sammanfattning</i>                              | 15        |
| <b>Sexuella övergrepp</b>   | <b>16</b> |
| <b>Hbtq – homo, bi, trans och queer inom psykiatri</b>                | <b>18</b> |
| <i>Berättelsen om hur homosexualitet upphörde att vara en diagnos</i> | 20        |
| <b>Prata sex som behandling?</b>                                      | <b>21</b> |
| <i>Prata sex ur behandlares perspektiv</i>                            | 24        |
| <i>Prata sex ur brukares perspektiv</i>                               | 26        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Diskussion</b>  | <b>29</b> |
| <i>Sex i relation till psykiatrin och till personer med psykiska problem</i> | 29        |
| <i>Sexuella dysfunktioner och marginaliserade grupper</i>                    | 32        |
| <i>Till sist</i>   | 33        |
| <br>   |           |
| <b>Referenser</b>  | <b>36</b> |

## *Den mänskliga sexualiteten*

Sexualiteten är komplex och dynamisk och svår att enkelt definiera (Cort, Attenborough & Watson 2001). Sexualiteten består bland annat av biologiska, psykologiska, socioekonomiska, kulturella, religiösa och andliga faktorer och är således en kärndimension i människans natur (Landeen & Volman 2007). Sexualiteten speglar oss som människor genom att den påverkar hälsan, livskvaliteten och det psykiska välbefinnandet generellt. Sexualiteten påverkar både hur vi relaterar till oss själva och hur vi relaterar till andra människor – såväl sexuella partners, nära vänner och till i stort sett alla människor i vår närhet (Quinn & Browne 2009, Quinn, Browne & Happell 2011). Ur ett evolutionsbiologiskt perspektiv är sexualiteten nödvändig för reproduktion och överlevnad, men för varje enskild individ är sexualiteten också en källa till lust och glädje och den drivkraft som hjälper människor att skapa utvecklande intima relationer (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke, 2010). Sexualitet är starkt förknippat med kultur och tradition och det är inom ramarna för rådande kultur och tradition som sexualiteten kan ta sig individuella uttryck. Dessa uttryck kan vara mer eller mindre socialt accepterade (Quinn, Browne & Happell 2011).

Att sexualiteten är en så pass stark drivkraft är både på gott och på ont. Det har i alla samhällen och tider funnits vissa kulturellt bestämda normer kring vilken sexuell orientering och vilka sexuella uttrycksformer som varit acceptabla respektive mindre accepterade eller till och med förbjudna. Sexualiteten kan mot bakgrund av detta, samt av andra orsaker, även skapa känslor av saknad, otillfredsställd längtan och konflikt (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke, 2010). Sexualiteten kan också användas i syften att manifesteras makt, att uttrycka fientlighet och/eller hat (Cort, Attenborough & Watson 2001).

Närliggande människans behov av att få den egna sexualiteten tillfredsställd finns behovet av att få sin längtan efter kärlek och närhet tillfredsställd. Kärlek är ett behov som de flesta människor har och som, likt sexualiteten, tar sig uttryck på många olika sätt - från att handla om kärlek mellan familjemedlemmar, kärlek mellan vänner, andlig kärlek till den erotiska kärleken och allt där emellan (McCarthy-Jones & Davidsson 2013). Sexualiteten kan vara en del av kärleksspektra på samma sätt som kärlek kan vara en del av sexualitetsspektra. Flera forskare hävdar att kärlek är ”hela existensen hjärta” (ibid) och att det således inte är förvånande om avsaknad av kärlek i någon eller alla dess former kan leda till både sorg och psykiska problem. Kärlek är en central aspekt för människor när det kommer till återhämtning från psykiska problem (McCarthy-Jones & Davidsson 2013). Kärlek och sex är två mycket centrala och viktiga behov hos människan som när de på olika sätt inte blir uppfyllda kan orsaka en person stort lidande. Att inte få sina behov – så som sexualitet och kärlek eller närhet – tillfredsställda kan bidra till stigmatisering, social isolering eller diskriminering på

olika sätt, vilket i förlängningen kan bidra till att avsaknad av känslor som kärlek och tillhörighet ersätts av känslor av hat och förakt (ibid).

Här ska dock nämnas att människor är olika och att alla människor har sina egna förutsättningar, känslor och behov. Sex och/eller kärlek kan vara väldigt viktigt för en människa men mindre viktigt för en annan. Vad som är ett sexuellt behov för en människa behöver inte vara det för en annan och ingen känsla eller något behov är mer rätt än någonting annat. Dock får ingens rätt att känna någonting och ingens rätt till ett visst sexuellt behov gå ut över någon annans fria vilja och/eller lagliga rättigheter.

Sexualiteten är en naturlig del av vårt mänskliga beteende och mänskligt sexuellt beteende har också omskrivits många gånger i böcker och i forskning – när det gäller människor utan psykiska problem (Conley & Kelly 2004). Däremot är sexualitet mer sällan omskrivet i forskning när det kommer till personer med psykiska problem (Azzoni & Raja 2003, Quinn & Browne 2009, Conley & Kelly 2004, Landeen & Volman 2007, McCann 2003).

### ***Sex och psyk***

Psykiatri, eller den psykiatriska hälso- och sjukvården, har idéhistoriskt och ur ett sociologiskt perspektiv fungerat och arbetat dels för att ge vård och dels för att värna den rådande normaliteten. Psykiatri påverkas av samhällets normer och kultur och således förändras typ av klienter och typ av behandling i takt med att samhället förändras (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke 2010).

DSM-5 (APA 2013) och ICD-10 (WHO 2010) är två olika manualer som används för att fastställa diagnoser. Manualerna innehåller beskrivningar av de symptom som kan kopplas till de psykiatriska diagnoser som i dagsläget finns bestämda. Diagnoskategoriseringarna är en skapelse som är föränderlig över tid (Kirk & Kutchins 1997). DSM och ICD är i ständig omvandling och utveckling för att samstämma med samtidens strömningar och ideal (ibid). I nuläget finns ett antal diagnoser som berör sexualitet definierade i DSM-5 och ICD-10. Här kan nämnas sexuella dysfunktioner så som långvariga problem med att få eller upprätthålla erektion, för tidig eller utebliven utlösning, avsaknad av orgasm och/eller avsaknad av lubrikation (det sekret som bildas inuti slidan vid sexuell upphetsning). Vissa sexuella preferenser finns representerade och definierade som diagnoser, däribland fetischism, sadomasochism och transvestism – sexuella preferenser som klassificeras under samma rubrik som pedofili (APA 2013, WHO 2010). Det kan dock se annorlunda ut på nationell nivå. I den svenska versionen av ICD-10 reviderades avsnittet med sexuella preferenser år 2009 och diagnoserna fetischism, fetischistisk transvestism, sadomasochism och multipla störningar av sexuell preferens finns inte längre listade i manualen (Socialstyrelsen 2011). I den tidigare svenska utgåvan, samt fortfarande i den internationella utgåvan, av ICD-10 återfinns nyss nämnda sexuella preferenser angivna under *F65 störningar av sexuell preferens* (Socialstyrelsen 1997).



Föreställningar om vad som är normalt respektive avvikande är tidsbundna och konstruerade av sociala krafter, av kultur och av historiska förlopp (Sandström 2005). Så sent som för bara några år sedan har man börjat betrakta människor som lider av allvarliga psykiska problem som personer med en egen sexuell identitet (Cort, Attenborough & Watson 2001). Historiskt sett har människor med psykiska problem och som varit i kontakt med psykiatrin ofta avsexualiserats (ibid). Fortfarande finns dock inte särskilt mycket skrivet på området och av det som ändå finns att läsa ligger fokus till stor del på hur de läkemedel som flertalet personer med allvarliga psykiska problem använder påverkar dem. Väldigt lite finns beskrivet kring människor med psykiska problem och deras sexualitet ur ett mänskligt, vardagligt och socialt perspektiv och den tillgängliga litteraturen beskriver inte tydligt vilken plats sexualiteten har i deras dagliga liv (Landeén & Volman, 2007). Genom vad som i nuläget finns skrivet i litteraturen blir det tydligt att sexualitet både är ett viktigt och försummat område då det kommer till personer med psykiska problem i kontakt med psykiatrin (Quinn, Browne & Happell 2011).

Det finns också skillnader mellan att vara kvinna eller man i relation till psykiatrin. Sandström (2005) menar t.ex. att kvinnors reproduktiva förmåga historiskt sett ofta har satts i samband med olika psykiatriska diagnoser. Klimakteriebesvär, premenstruellt syndrom, pseudograviditet och postpartumpsykos är några av de problem som kopplats ihop med kvinnor med psykiska problem. När det kommer till män ser det annorlunda ut. Mäns reproduktiva förmåga har historiskt sett sällan satts i samband med psykiatriska diagnoser. Föreställningarna kring kvinnligt och manligt är tidsbundna och föränderliga men generellt kan sägas att det inom psykiatrin finns ett antal vanligt förekommande påståenden som berör kön och genus. I psykiatrisk litteratur beskrivs t.ex. kvinnor oftare än män som benägna att söka och få hjälp för psykiska problem. Kvinnor svälter sig, blir deprimerade, har sömnproblem och medicinerar med antidepressiva läkemedel i högre grad än män. Kvinnor är också oftare än män drabbade av sexuellt våld eller våldtäkt och av andra påfrestningar utifrån sitt kön. Män å andra sidan återfinns oftare än kvinnor inom den slutna psykiatriska vården samt är överrepresenterade när det gäller alkoholrelaterade problem och så kallade krigsneuroser. Den bild som generellt ges av kvinnor och män inom psykiatrin är att kvinnor är hjälpsökande och svaga medan män är våldsamma och starka. Bilden som målas upp i flera läroböcker kring skillnaden mellan män och kvinnor inom psykiatrin är inte helt missvisande. I Sverige är det en större andel kvinnor än män som söker hjälp för relationsrelaterade problem som handlar om att komma tillrätta med känslan av att vara uppslukad av andras behov, och en större andel män än kvinnor som söker hjälp i krissituationer för att återvinna sin känsla av kontroll och överläge (Sandström 2005).

Då sexualiteten är universell och viktig för alla människor och då personer med psykiska problem genom historien blivit behandlade som om de inte ägde en egen sexualitet ska vi i den här texten titta på vad som i dagsläget finns skrivet i ämnet sex och psyk.

## **Syfte**

Syftet med den här texten är att presentera en översiktlig bild av forskningen kring ämnet sex och psyk.

## Metod

Denna text är baserad på en kunskapssökning.

Artiklarna i den här texten har hittats främst genom Google Scholar, ProQuest och PsykInfo.

Sökord som använts är: *sex, sexuality, psychiatry mental illness, schizophrenia, therapy, trauma, sexual abuse, sexualitet, psykiatri, psykisk sjukdom, schizofreni, terapi, sexuella övergrepp*.

Sökningarna har begränsats till att omfatta artiklar som publicerats mellan åren 2000 – 2013 med undantag för ett par artiklar som jag valt att ta med eftersom de tillför något väsentligt till texten, trots att de publicerats innan år 2000.

Vidare har jag systematiskt gått igenom referenslistorna i de artiklar jag funnit och på så vis kunnat hitta ytterligare artiklar som överensstämmer med den här textens syfte.

Dessutom har jag fått hjälp med att hitta övrig litteratur och fler relevanta artiklar av Alain Topor och Anne Denhov på Psykiatri Södra Stockholms FoU-enhet och av Inga Tidefors på psykologiska institutionen på Göteborgs universitet.

## Förklaring av vissa använda begrepp

Jag har valt att rubricera texten som *sex och psyk*, vilket varit ett medvetet val för att bredda begreppen. Ordet *psyk* innefattar exempelvis både orden *psykiatri* och *psykiska problem* samt att begreppet *sex* är mer öppet och komplext i motsats till om jag exempelvis hade formulerat det som *sexualitet*.

Begreppet *sexuella dysfunktioner* används i den här texten för att beskriva någon form av kroppslig funktion som av någon anledning inte fungerar enligt vad en person skulle uppleva vara en viktig funktionell komponent för att kunna genomföra samlag. Dessa dysfunktioner kan exempelvis vara svårigheter att få eller upprätthålla erektion, avsaknad av lubrikation eller svårigheter att få orgasm och/eller utlösning. Sexuella dysfunktioner av det slag som beskrivits här kan både syfta på problem som är inom ramen för en diagnos och de som inte är det. Begreppet är snävt tilltaget med tanke på att det finns många fler sätt att ha sex på som inte innefattar samlag, men eftersom begreppet används på liknande sätt i flertalet av de artiklar jag funnit inom ramen för ämnet *sex och psyk* väljer jag att använda det på samma sätt i den här texten. Begreppets komplexitet kräver dock en diskussion, vilket följer under avsnittet *diskussion*.

Jag har valt att prata om *återhämtning* som ett allmängiltigt sätt att benämna det arbete människor med psykiska problem utför inom och utanför psykiatrin med sig själva och tillsammans med sina respektive läkare och/eller behandlare för att återta makt över sitt eget liv (Sundström & Topor 2007). Detta trots att flertalet artiklar jag läst och citerat i den här texten är skrivna ur ett medicinskt och sjukdomsfokuserat perspektiv.

Då jag pratar om personer med psykiska problem som på ett eller annat sätt står i kontakt med psykiatrin benämner jag dem just så – snarare än kategoriserar dem till att vara *patienter*, *klienter* eller *brukare*. Jag vill poängtera att alla är människor med samma önskningar och behov i grunden och att om man hamnar inom psykiatrin av olika anledningar, därför inte med enkelhet kan reduceras till ett allomfattande begrepp likt *klient*, *patient* eller *brukare*. Detta har dock krävt en del omskrivningar från min sida då flertalet av de artiklar jag läst och citerat i den här texten använt sig av begreppen *patients* och *clients* i många fall. I något fall har det till och med varit så svårt att jag ändå valt att behålla begreppet *patient* eftersom det i det fallet har handlat om att den text jag då citerat varit uttryckligen inriktad på en sjukhussituation. Vid något tillfälle har jag även valt att tala om *klient-/läkarrelationen*.

# Sex och psyk - En kunskapsöversikt

## *Sexuella problem*

Att lida av sexuella problem eller av så kallade *sexuella dysfunktioner* är vanligt förekommande bland människor (Bobes et al. 2010, Croft, Dunn & Hackett 1998).

I amerikanska undersökningar varierar förekomsten av sexuella dysfunktioner mellan 20 och 63 % bland kvinnor och hamnar på ungefär 40 % bland män (Ottosson 1999). Men även om sexuella dysfunktioner är vanligt förekommande bland befolkningen över lag visar olika undersökningar olika resultat beroende på population och design, menar Werneke, Northey & Bhugra (2006). Det är enligt Croft, Dunn & Hackett (1998) tydligt att sexuella dysfunktioner är ett relativt vanligt problem för många människor och även tydligt att dessa problem är någonting som påverkar människor negativt och således är någonting som människor med sexuella dysfunktioner vill få hjälp att bli av med eller lära sig att hantera (ibid).

## *Sexuella problem och psykiska problem*

Psykiska problem kan vara en bidragande orsak till att sexuella dysfunktioner uppstår (van Bruggen et al. 2009, Eklund & Östman 2009, Higgins 2007, Schweitzer, Maguire & Ng 2009). Psykiska problem kan orsaka negativa effekter för intima relationer och sexuell tillfredsställelse - både för de som lider av någon form av psykiskt problem och för deras partners. Psykiska problem kan leda till sexuella dysfunktioner som dels kan påverka reproduktiviteten och den fysiska kroppen, men som även berör det psykiska och sociala välbefinnandet och påverkar sådant som självbild, erotisk lust samt känslomässig och sexuell intimitet mellan partners (Quinn & Browne 2009).

Relationen mellan minskad sexuell lust och depression är komplex (Baldwin, Moreno & Briley 2008). Många personer med depression lider bland annat av sexuella problem relaterat till både sexuell intresse, sexuell lust och fysiska sexuella dysfunktioner (Werneke, Northey & Bhugra 2006, Philipp, Tiller, Baier & Kohlen 2000). Andra symptom relaterat till depression, så som trötthet, låg energinivå och nedstämdhet, kan i sig självt ge negativa effekter för sexualiteten och leda till sexuella problem. Omvänt kan sexuella problem på sikt leda till nedstämdhet och depression, vilket innebär att det kan vara svårt att svara för vad som är orsaken till vad (Baldwin, Moreno & Briley 2008, Werneke, Northey & Bhugra 2006, Philipp, Tiller, Baier & Kohlen 2000).

Azzoni & Raja (2003) drar slutsatsen av sin studie att personer med diagnos schizofreni, schizoaffektiv eller bipolär diagnos har en hög frekvens av sexuella dysfunktioner, vilket kan leda till minskat intresse till sexuell aktivitet och/eller ett minskat antal sexuella partners (ibid).

Sex är en viktig aspekt av livet och de fysiska förutsättningarna för att kunna ha ett fungerande sexliv kan ofta vara försämrade hos personer med psykiska problem (Dossenbach et al. 2006). Det finns forskning som visar att personer med någon form av psykiatrisk diagnos ofta har lägre nivåer av vissa hormoner som reglerar ämnesomsättning och vikt, sexuell lust och reproduktivitet jämfört med kontrollgrupper med människor som inte lider av psykiska problem (Conley & Kelly 2004). Genom den studie som Conley & Kelly (2004) utfört visar det sig t.ex. att personer med diagnosen schizofreni har lägre nivåer av östrogen bland kvinnor, lägre nivåer av testosteron bland män och att nivåerna av serotonin och prolaktin ofta är låga hos båda könen (ibid). Låga nivåer av prolaktin kan ha samband med sexuella dysfunktioner så som minskad lust och förmåga till upphetsning och njutning, samt till impotens och problem med att få orgasm (Dossenbach et al. 2006).

### *Sexuella problem och läkemedel*

Läkemedel förekommer ofta som en del i behandlingsplanen och återhämtningsarbetet för personer som lider av någon form av psykiska problem (Higgins 2007). Både neuroleptika och antidepressiva mediciner kan ge sidoeffekter så som olika former av sexuella dysfunktioner. Användande av såväl neuroleptika som antidepressiva mediciner kan därför leda till att personer med psykiska problem blir dubbelt riskutsatta för såväl fysiska som psykiska sexuella problem, då de psykiska problemen i sig kan generera sexuella problem. (Chisea & Serretti 2010, Conley & Kelly 2004, Landeen & Volman 2007, van Bruggen et al. 2009, Schweitzer, Maguire & Ng 2009, Werneke, Northey & Bhugara 2006).

De flesta vanligt förekommande läkemedel som används för att lindra psykiska problem kan orsaka sexuella dysfunktioner, menar Higgins (2007) och sexuella dysfunktioner relaterat till medicinering av psykiska problem är ett vanligt förekommande och allvarligt problem, menar Cutler (2003). Vad flertalet olika typer av neuroleptika och antidepressiva mediciner gör är att de påverkar hormonnivåerna i kroppen (Schweitzer, Maguire & Ng 2009). Olika typer av neuroleptika är exempelvis förknippade med förhöjda prolaktinnivåer, vilket på samma sätt som låga prolaktinnivåer, kan påverka sexualiteten negativt (Cutler 2003). Läkemedel mot psykiska problem påverkar dock människor individuellt olika och ger således individuellt olika biverkningar (Philipp, Tiller, Baier & Kohlen 2000). Beroende på vilken typ av läkemedel det handlar om kan biverkningarna se lite olika ut. Dessutom kan biverkningarna skilja sig åt mellan män och kvinnor (van Bruggen et al. 2009).

Biverkningar i form av sexuella dysfunktioner orsakade av medicinering mot psykiska problem kan vara svåra att leva med, då de påverkar livsstilen på flera sätt (Taylor, Rudkin & Hawton 2005). Många personer som tar antidepressiva mediciner avbryter sin medicinering – med eller utan sin läkares vetskap – på grund av negativa biverkningar på sexuell lust (Schweitzer, Maguire & Ng 2009). Vanligtvis dyker dessa biverkningar upp relativt tidigt under medicineringen men är något som de personer som tar dessa läkemedel blir varse eller förstår vidden av först något senare (ibid.) Många läkemedel som skrivs ut till personer med olika typer av psykiatriska diagnoser ger biverkningar så som sexuella dysfunktioner av olika slag, men dessa biverkningar står ofta listade långt ner i biverkningsmanualen, efter sådana

biverkningar som trötthet, skakningar och viktökning. Flertalet personer som tar dessa läkemedel upplever dock att de biverkningar som påverkar de sexuella funktionerna och den sexuella lusten negativt är de svåraste biverkningarna att leva med (Higgins et al. 2005). Conley & Kelly (2004) menar att behandlingspersonal behöver vara beredda på att alla sexuella dysfunktioner dock inte självklart är kopplade till läkemedel. Flertalet läkemedel påverkar både det perifera och det centrala nervsystemet och det kan därför vara svårt att veta vilka biverkningar som är orsakade av vilken medicinsk substans samt vilka dysfunktioner som inte har med läkemedel, utan snarare med de psykiska problemen i sig, att göra (Higgins 2007).

Exempel på vad som kan bli negativa biverkningar för människor som medicinerar med någon form av neuroleptika är: reducerad lust och sämre sexuell funktion, viktförändringar, dysfunktion kring orgasm, hormonella rubbningar, erektionsproblem och lubrikationsproblem (Chisea & Serretti 2010, Conley & Kelly 2004, Cutler 2003, Landeen & Volman 2007, van Bruggen et al. 2009).

Personer med diagnos schizofreni är ofta, på samma sätt som människor i allmänhet, sexuellt aktiva både vad gäller onani och samlag. Dock visar sig personer med diagnos schizofreni som medicinerar med neuroleptika ha en lägre grad av tillfredsställelse med sin sexualitet än vad kontrollgrupper av människor utan diagnos har (van Bruggen et al. 2009). Sexualiteten finns där men påverkas av medicinering. Landeen & Volman (2007) fann i sin studie att personer med diagnos schizofreni visserligen både var påverkade av sin diagnos och av de läkemedel de använde, men att detta inte verkade ha förstört varken deras sexuella identitet, deras sexuella aktiviteter eller deras förmåga att behålla meningsfulla relationer eller att leva meningsfulla liv i symbios med sin sexualitet (ibid).

Att läkemedel mot psykiska problem kan medföra sexuella dysfunktioner är känt och Quinn & Browne (2009) menar att det är vanligt förekommande att personer med psykiska problem låter bli att ta sina läkemedel med anledning av de negativa biverkningar på sexualiteten som flertalet läkemedel medför. Detta bekräftas av Schweitzer, Maguire & Ng (2009) samt av McCann (2003). Sökandet att finna fungerande behandlingsmetoder för att mildra dessa biverkningar har dock påbörjats (Higgins 2007). De behandlingsmetoder som hittills rapporterats handlar om att minska doseringen av viss medicinering och sedan ”vänta och se” vad som händer. Ett alternativ till att minska doseringen av ett visst läkemedel är att istället göra kortare uppehåll i medicineringen, att ordinera så kallade ”läkemedels-semester” om 1-3 dagar eller längre. Dessa behandlingsmetoder är väldigt nya (Higgins 2007) och att sluta med, eller pausa från, ett läkemedel som man tagit en tid kan även det ge negativa biverkningar (Taylor, Rudkin, Hawton 2005), men oftast förbättras de sexuella funktionerna vid upphörande av medicinering (McCann 2003).

### *Sexuella problem, psykiska problem och läkemedel*

Sexuella dysfunktioner är vanligt förekommande hos såväl kvinnor som män och hos såväl personer med som utan psykiska problem (Higgins 2007). Sexuella dysfunktioner kan bero på psykiska problem, andra fysiska problem eller vara resultatet av en dåligt fungerande relation med en partner och Higgins (2007) påpekar vidare att vetskapen om dessa variationer i orsak är viktig. Olika forskning visar dock olika resultat och forskare är idag inte överrens om vilka komponenter som är tydliga riskfaktorer för att utveckla sexuella dysfunktioner. Eklund & Östman (2009) menar exempelvis att sexuella dysfunktioner är mer vanligt förekommande bland personer med psykiska problem än bland personer utan psykiska problem samt även mer vanligt förekommande bland personer med psykiska problem än vad som är orsakat av medicinering av neuroleptika (ibid). Bobes et al. (2010) menar att en hög andel av de personer som är diagnostiserade med schizofreni och som medicinerar med neuroleptika lider av någon typ av sexuella dysfunktioner, så många som mellan 25 % och 60 % (ibid). Schweitzer, Maguire & Ng (2009) menar att alla psykiska problem kan orsaka sexuella dysfunktioner, men att både medicinering och användning av alkohol och droger kan bidra till negativa effekter på sexlust och fysiska funktioner kopplat till sexuell aktivitet (ibid).

### *Sexuella problem - sammanfattning*

Det står efter ovan redovisade genomgång av information klart att sexuella dysfunktioner finns representerade hos såväl personer med som utan psykiska problem samt bland personer som medicinerar med neuroleptika och/eller antidepressiv medicin och bland de som inte gör det (Croft, Dunn & Hackett 1998, Eklund & Östman 2009, Ottosson 1999, Schweitzer, Maguire & Ng 2009). All denna kunskap ger en mångfacetterad men samtidigt relativt motstridig bild av hur det är att leva med psykiska problem i relation till att vara en sexuell varelse med lust och behov. Det är svårt att säga vad som är orsakat av vad, om sexuella dysfunktioner gör människor deprimerade, om psykiska problem orsakar sexuella dysfunktioner eller om de sexuella dysfunktionerna orsakas av läkemedel (Taylor, Rudkin & Hawton 2005). Det går heller inte att utesluta att sexuella dysfunktioner kan vara orsakade av någonting helt annat.

Slutligen ska sägas att det är svårt att säga exakt hur många människor – med eller utan psykiska problem – som lider av någon form av sexuella dysfunktioner eftersom flertalet personer inte berättar om sina sexrelaterade problem för sina läkare/psykologer/psykiater/behandlare spontant men då människor blir tillfrågade visar det sig ofta att dessa problem finns i en relativt hög utsträckning bland människor i allmänhet (Conley & Kelly 2004). Antalet personer som lider av sexuella dysfunktioner av något slag är förmodligen fler än man tror, eftersom flertalet personer som lider av denna typ av problem inte berättar om dem spontant och de således aldrig kommer fram i statistiken (Taylor, Rudkin, Hawton 2005).

## *Sexuella övergrepp*

Sexuella övergrepp som sker antingen under barndomen eller i vuxen ålder är händelser som kan ge negativa konsekvenser på sikt (Cook 2000, McCann 2003). Även om dessa erfarenheter inte alltid leder till utvecklande av allvarliga psykiska problem (så som hörselhallucinationer eller psykos, vilket kommer beskrivas mer ingående nedan) senare i livet så kan minnet av övergreppen påverka sexualiteten och hämma personer som har erfarenhet av att ha blivit utsatta för sexuella övergrepp från att uttrycka sin egen sexualitet (Cook 2000). Särskilt kvinnor riskerar ett försämrat psykiskt välbefinnande i relation till sin sexualitet av den anledningen att de varit utsatta för sexuella övergrepp, menar Cook (2000). Men då forskningen till stor del fokuserat på just kvinnor när det kommer till att undersöka sexuella övergrepp i barndomen kan man inte säga säkert att den här typen av trauma inte skadar män i lika stor utsträckning (Spataro, Moss & Wells 2001).

Att lida av hörselhallucinationer, eller att "höra röster" är något som förr enbart var ett av flera symptom på diagnos schizofreni (APA 2013), men som numera snarare kan frikopplas från diagnos och betraktas i sig självt (Brännström 2013). Nya forskningsresultat pekar på ett samband mellan traumatiska upplevelser och utvecklande av hörselhallucinationer (ibid). Man har i forskningsstudier kommit fram till att flertalet personer som besväras av hörselhallucinationer har varit med om någon form av trauma i livet (Brännström 2013, Karlsson 2007, Perona-Garcelán et al. 2012, Romme & Escher 2003, Steel et al. 2011) och bland de olika trauman som i forskningsstudier finns representerade bland personer som hör röster är erfarenheten av sexuella övergrepp i barndomen vanligt förekommande (Andrew et al. 2008, Barkus, Bentall & Varese 2012, Honig 1998).

Flera forskare (Andrew, Gray & Snowden 2008, Barkus, Bentall & Varese 2012, Perona-Garcelán et al. 2012, Read et al. 2003, 2004 & 2005) har alltså på senare tid kunnat se ett tydligt samband mellan erfarenheten hos personer med allvarliga psykiska problem av att ha varit utsatt för sexuella övergrepp och utvecklandet av hörselhallucinationer. Sambandet är synligt både hos personer som upplevt sexuella övergrepp i barndomen och hos personer som upplevt sexuella övergrepp i vuxen ålder, men sexuella övergrepp under barndomen visar sig ha den mest tydliga kopplingen till utvecklande av hörselhallucinationer senare i livet (ibid). Viktigt att nämna är dock att även om sambandet många gånger är tydligt mellan erfarenheten av att ha blivit utsatt för sexuella övergrepp i barndomen och utvecklandet av hörselhallucinationer i vuxen ålder är det inte frågan om en kausal relation. Sexuella övergrepp leder alltså inte automatiskt till hörselhallucinationer (McCarthy-Jones 2011). Det är dock vanligt förekommande att personer som upplever hörselhallucinationer och som har erfarenhet av sexuella övergrepp hör röster av mer negativ och maktutövande karaktär än de som upplever hörselhallucinationer men som inte har erfarenhet av sexuella övergrepp (Andrew, Gray & Snowden 2008). Det är tänkbart att erfarenheten av att ha blivit utsatt för sexuella övergrepp i barndomen spelar en betydande roll för utvecklande och upprätthållande av hörselhallucinationer senare i livet, menar Andrew, Gray & Snowden (2008).

Det finns också ett samband mellan sexuella övergrepp i barndomen och utvecklande av psykos senare i livet (Bebbington et al. 2011, Kilcommomns, Morrison & Lobban 2007) och



då särskilt i de fall då det rör sig om övergrepp som innefattat samlag (Bebbington et al. 2011). Det är dock inte vanligt att symptom på psykos visar sig i direkt tidsmässigt samband med övergreppet, utan vanligtvis vid något senare tillfälle eller vid något senare skede i livet. Sambandet mellan sexuella övergrepp i barndomen och utvecklandet av psykos senare i livet har visat sig vara större vad gäller kvinnor än män (ibid). Perona-Garcelán et al (2012) menar att sambandet mellan trauma och psykos å ena sidan handlar om negativa föreställningar om jaget och världen, och å andra sidan om dissociation. De menar vidare att hörselhallucinationer som dyker upp hos en person som varit med om ett trauma så som sexuella övergrepp kan utvecklas hos personen som en sorts bearbetningsstrategi för att distansera smärtan från minnet av övergreppet och på så vis bli en slags skyddsmekanism för personen (ibid).

Alla (sexuella) övergrepp som sker i barndomen är dock inte traumatiska på så vis att de ger den typen av symptom som kan klassas till någon diagnos (Read et al. 2005). Det finns i dagsläget evidens för att sexuella övergrepp i barndomen är relaterat till psykiska problem så som diagnos schizofreni och psykos, men alla forskare är inte övertygade om sambanden (McCann 2003). När vi pratar om sexuella övergrepp bör dessutom en brasklapp införas gällande själva begreppet, menar Bebbington et al.(2008). Samlag utan samtycke är exempelvis ett övergrepp som kan anses vara tydligt medan sådana saker som att som ung eller barn ha blivit tvingad till att titta på porr är ett övergrepp som kan tyckas vara mindre tydligt. Personer som deltar i studier som undersöker sådant som förekomsten av sexuella övergrepp i barndomen kan svara olika på frågan huruvida de varit med om något som skulle kunna beskrivas som ett övergrepp eller ej beroende på hur de minns sin egen barndom samt beroende på vad de själva tror att begreppet ”sexuella övergrepp” betyder, menar Bebbington et al. (2008).

### ***Hbtq – homo, bi, trans och queer inom psykiatrin***

Som tidigare nämnts kan konflikter mellan kulturella normer och de personliga önskningarna och behoven bidra till att sexualiteten förknippas med lidande i form av otillfredsställd längtan (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke, 2010). För många människor kan både inre och yttre konflikter relaterat till könsidentitet, biologiskt kön och sexuell orientering vara en anledning till att de mår dåligt och söker sig till, eller hamnar inom, psykiatrin.

Det är viktigt att hålla isär begreppen. *Könsidentitet* handlar om hur man upplever och känner sig som människa – om man identifierar sig som kvinna eller man eller som något däremellan. *Biologiskt kön* handlar om vad som är synligt utanpå, inuti och genom könshormon i kroppen och *sexuell orientering* handlar om vilket kön man känner attraktion till (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke, 2010). Beroende på vilken del av den egna sexualiteten som upplevs vara den problematiska för den som söker hjälp kan kontakten med psykiatrin se olika ut och få olika fokus. Sexuell orientering (heterosexualitet, homosexualitet och bisexualitet) är inte längre någon diagnos men könsidentitet och problem relaterat till det biologiska könet går fortfarande idag att diagnostisera både i DSM-5 och ICD-10. Både problem som rör det som idag går att diagnostisera och problem som idag inte går att diagnostisera kan bidra till inre

konflikter och nedstämdhet samt behov av att uppsöka psykiatrisk hjälp. Som psykiater eller läkare finns stor sannolikhet att man kommer att komma i kontakt med personer som lider av inre sexuella konflikter, något man bör vara förberedd på menar Jan-Otto Ottosson (1999).

Sedan lång tid tillbaka utgår vi människor från något som den amerikanska queerteoretikern och feministen Judith Butler valt att kalla "den heterosexuella matrisen", vilket betyder att vi utgår från att det endast finns två kön: män och kvinnor. I den ordningen – män är överordnade kvinnor. Enligt den heterosexuella matrisen är män och kvinnor varandras raka motsatser och varandras naturliga komplement och tanken är att man enbart attraheras av det motsatta könet (Karlsson & Piuva 2012). Att ha en annan upplevelse av sig själv än den att man till 100 % känner sig som det biologiska kön man fötts till, att attraheras av personer av samma kön som en själv eller av personer av båda könen bryter fortfarande med den normerande heterosexuella matrisen, vilket kan påverka det psykiska välbefinnandet och leda till inre konflikter. Hos hbtq-personer som grupp uppskattas den psykiska ohälsan som relativt hög och i jämförelse med heterosexuella personer som grupp söker dessutom hbtq-personer professionell hjälp i högre utsträckning (Boström, Nykvist & Roth 2006). Relativt lite uppmärksamhet har riktats mot personer med allvarliga psykiska problem och deras sexualitet och än mindre uppmärksamhet har riktats mot hbtq-personer och deras sexualitet (Kidd et al. 2011). Flera hbtq-personer berättar att de i vissa fall kommit i kontakt med homofobi och fördomar då de sökt hjälp på psykiatriska verksamheter (Cook 2000, Daley, 2010, Eady et al. 2010, Rödahl, 2009). Detta bekräftas av McCann (2003) som visar att flertalet sjuksköterskor har fördomar mot relationer mellan personer av samma kön (ibid). Av den anledningen är det vanligt att hbtq-personer som grupp väljer att inte berätta om sina sexrelaterade problem för sina läkare (Cook 2000), något som kan försämra deras chanser till återhämtning (Daley, 2010, Eady et al. 2010, Rödahl, 2009). Lesbiska, bisexuella personer och transpersoner upplever att de får begränsat stöd och förståelse i kontakt med behandlingspersonal, menar Cook (2000).

Fortfarande idag är HIV-positiva personer en utsatt grupp människor som kan vara i behov av stöd och hjälp när det kommer till att hantera sexrelaterade problem samt känslor, tankar och funderingar kring sex. Personer som lever med HIV idag kan uppleva ett dubbelt stigma i kontakt med sjukvården då det både finns fördomar kopplat till själva viruset men också till vilka personer som främst drabbas av viruset. Homofobi spelar en roll även här som någonting som kan försämra dessa personers chanser att våga prata om sin sexualitet i kontakt med sjukvården (Cook 2000).

Sexuell orientering (heterosexualitet, homosexualitet och bisexualitet) är, som tidigare nämnts, inte längre någon diagnos (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke, 2010), något som eventuellt kan tyckas vara självklart i den svenska kontexten. Det har dock föregåtts av en lång och utdragen process. Faktum är att homosexualitet inte raderats till fullo från DSM förrän i den senaste utgåvan (DSM-5) som kom ut i juli 2013. Detta beskrivs mer i detalj under nästa rubrik.

*Berättelsen om hur homosexualitet upphörde att vara en diagnos*

Av flera anledningar är det intressant och viktigt att titta på hur den sexuella orienteringen homosexualitet omformulerats, flyttats och slutligen försvunnit ur DSM. En av anledningarna är att debatten involverade så väldigt många människor – både de homosexuella själva och deras anhöriga men även en hel del andra människor som engagerade sig i frågan.

Gayaktivister startade en stor debatt som ledde till att allmänheten fick en unik inblick i hur The American Psychiatric Association (APA) arbetade (Kirk & Kutchins 1997). En annan av anledningarna är att hela debatten och processen tydligt visar att det är psykiaters erfarenheter och åsikter som styr vad som kommer att betraktas som en psykisk diagnos eller inte och processen visar också att beslutet inte togs utifrån vetenskapliga grunder utan just från erfarenheter och åsikter och därför blev ett slags ”milstolpe” i hela DSM:s vidare utvecklingshistoria. Debatten visade hur arbetet med att omformulera eller utesluta diagnoser kan gå till (ibid).

Första utgåvan av DSM publicerades år 1952 och var influerad av Sigmund Freuds tankar. I den reviderade utgåvan från 1968 (DSM-2) fanns ett avsnitt som behandlade homosexualitet som en av tio sexuella avvikelser och en person kunde då diagnostiseras med psykisk sjukdom om den kände attraktion till någon av samma kön som en själv (Kirk & Kutchins 1997). Genom påtryckningar från gayaktivister mot slutet av 1960-talet blev det med tiden nödvändigt att revidera den här delen av DSM ännu en gång. Vad som då hände var att ett antal ledande psykiatrer ur The American Psychiatric Association (APA) arbetade fram en omformulering av diagnosen homosexualitet så att den inte längre hamnade under kategorin *sexuella avvikelser* utan istället benämndes *ego dystonic homosexuality* och blev någonting en person kunde diagnostiseras för vid de tillfällen då homosexualitet var oönskat och orsakade personen i fråga lidande. Den här diagnosen präglades fortfarande av heteronormerande ideal och reviderades ännu en gång år 1987 (ibid). Intressant här är således att då beskrivningen av vad som menas med att vara homosexuell (att vara attraherad av någon av samma kön som en själv) och av vad som är problematiskt med detta (det går inte i linje med rådande socialt accepterade normer samt att det därför kan orsaka personen i fråga lidande) egentligen aldrig plockades bort ur diagnosmanualen under de påtryckningar som gayaktivister utförde, utan i praktiken kunde diagnosen faktiskt leva vidare inuti DSM så länge som till och med den förra utgåvan, DSM-4. Visserligen var beskrivningen nu hårt reviderad och tolkningsutrymmet stort, men faktum är att man ända tills i juli 2013 har kunnat diagnostisera personer som *sexual disorders not otherwise specified* om de upplevt att den sexuella orienteringen varit orsaken till lidande. Det säger något om hur komplicerat och tidskrävande det kan vara att ändra på rådande normer och ideal.

### ***Prata sex som behandling?***

Det är inte länge sedan som det ansågs opassande att diskutera sexualitet eller problem relaterat till sexuell hälsa med t.ex. schizofrenidiagnostiserade personer (Conley & Kelly 2004). Detta skulle kunna härstamma från en gammal föreställning om att schizofrenidiagnostiserade personer inte har något aktivt sexliv att ta hänsyn till (Bobes et al. 2010). Fortfarande idag får personer med olika typer av psykiska problem sällan delge och

prata om sina tankar och känslor kring den egna sexualiteten menar Conley & Kelly (2004). Sexualitet kopplad till hur den påverkar människor i deras dagliga liv är någonting som sällan uppmärksammas när det gäller människor som lider av allvarliga psykiska problem. Förr fanns tankar om att en sådan diskussion skulle kunna försämra det psykiska välbefinnandet (Conley & Kelly 2004). Dessutom har det funnits en tanke om att sexuell aktivitet bland schizofrenidiagnostiserade personer skulle fördröja återhämtningsprocessen, ett antagande som man nu har börjat revidera till förmån för en tanke om att sexualiteten är en viktig aspekt av varje människas varande och således att sex och sexualitet är någonting man tvärtom bör lyfta upp och försöka samtala med (schizofrenidiagnostiserade) personer om (ibid).

Inre konflikter mellan kulturella normer och personliga önskningar och behov kan skapa känslor av skuld och skam eller utvecklas till psykiska problem. Men inre sexuella konflikter betraktas inte som tecken på psykisk ohälsa, så även om många som söker psykiatrisk behandling lider av inre sexuella konflikter så behandlas det sällan eller aldrig (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke, 2010). Sexualitet inom psykiatrin är ett tabubelagt fält som både för de personer som lider av någon form av psykiska problem, deras anhöriga och för läkare kan generera känslor av skuld och skam (Jensen 2006, Quinn, Browne & Happell 2011). Sexuellt missbruk, incest och våldtäkt är dock erkända som traumatiserande faktorer i en människas liv, framförallt då erfarenheterna inte blir bearbetade (Jensen 2006). Schweitzer, Maguire & Ng (2009) menar att gamla tabun kring sexualitet fortfarande lever kvar och att många personer med psykiska problem därför väljer att inte berätta om sina sexrelaterade problem för sina läkare. Detta är ofta fallet när klient och läkare är av olika kön och/eller har olika kulturella bakgrunder (Quinn, Browne & Happell 2011, Schweitzer, Maguire & Ng 2009). Kön och genus är betydelsefullt när det kommer till behandlingen av personer med psykiska problem inom psykiatrin och deras sexualitet (Quinn, Browne & Happell 2011). Behandlares attityder till de personer de behandlar och till sin egen sexualitet är viktigare komponenter än den utbildning de har på området, menar Cort, Attenborough & Watson (2001). Eftersom sex är ett ämne som kan bli väldigt privat och känsligt att prata om och klient-/läkarrelationen kan vara ojämn maktmässigt kan personer med psykiska problem känna sig utsatta och sårbara i samtal om sex. Kvinnor föredrar i stor utsträckning att prata med kvinnliga läkare och män föredrar i stor utsträckning att prata med manliga läkare (ibid).

Människor med allvarliga psykiska problem betraktas ofta som asexuella, menar Kidd et al. (2011) trots att tre fjärdedelar av dessa personer uppskattas vara sexuellt aktiva (ibid). Personer med psykiska problem som står i kontakt med psykiatrin pratar sällan spontant om sin egen sexualitet, men en förståelse för de här personernas sexliv och sexrelaterade problem kan vara viktig av flera orsaker. Eftersom sexuell aktivitet reflekterar en människas förmåga att klara av intima relationer och på så vis blir en avgörande faktor för hur en person interagerar med sina medmänniskor, att sex och den egna sexualiteten spelar en väsentlig roll för en människas livskvalitet och att både diagnos och medicinering spelar in som viktiga komponenter för en människa med psykiska problems sexliv (Azzoni och Raja 2003, Quinn & Browne 2009, Quinn, Browne & Happell 2011), så kan man tänka sig att personer med psykiska problem skulle må bra av att få tillfällen att prata om sin egen sexualitet och sina tankar kring den i återhämtningssyfte för att ha en möjlighet att må bättre i framtiden. Azzoni

& Raja (2003) diskuterar i sin studie kring behovet som personer med psykiska problem i kontakt med psykiatrin har av att få prata om sin sexualitet med någon som är trygg och kunnig på området. De förordar så kallad sexuell counselling för personer med sexuellt högriskbeteende inom psykiatrin (ibid), något som även Higgins et al. (2005) förordar. Conley & Kelly (2004) menar att sexuell counselling för klienter inom psykiatrin skulle underlätta återhämtningsarbetet för dem. Ordentlig sexualundervisning och så kallad counselling bör integreras i behandlingsarbetet med personer som fått diagnos schizofreni, menar Conley & Kelly vidare (ibid). Vid de tillfällen då personer med psykiska problem som står i kontakt med psykiatrin har fått en möjlighet att prata om sina sexuella problem samtidigt som de arbetat med sin övriga psykiska problematik har det framkommit att de både återfunnit sin självkänsla generellt och sin självkänsla gällande sexualiteten (Landeen & Volman 2007). McCann (2003) menar dock att det inte är säkert att alla personer som lider av sexuella dysfunktioner vill ha terapi för detta, men att ett visat stöd för deras funderingar och känslor i det läget kan vara hjälpsamt nog (ibid).

Några studier har visat att personer med allvarliga psykiska problem kan vara risktagande i sin sexualitet och många av dessa personer visar sig också ha en benägenhet att drabbas i hög grad av oönskade graviditeter och/eller av sexuellt överförbara sjukdomar – något som konkret visar att dessa personer kan vara i behov av att få prata om och kring sin sexualitet i behandling (Azzoni och Raja 2003, Quinn & Browne 2009, Quinn, Browne & Happell 2011). Quinn, Browne & Happell (2011) menar att personer med psykiska problem kan vara mer sårbara i sexuella situationer då många kan vara risktagande i sin sexualitet och kan vara benägna att försätta sig själva i situationer där de gör saker som i normala fall skulle komma i konflikt med den egna kulturella eller religiösa bakgrunden eller vara sådant som de ångrar när de återhämtar sig från de psykiska problemen och reflekterar över sitt beteende (ibid). Ett sexuellt risktagande beteende kan påverka självkänslan negativt (Cook 2000, Quinn, Browne & Happell 2011). Särskilt kvinnor är sårbara i det här avseendet, menar Quinn, Browne & Happell (2011). Vad det beror på kan diskuteras men det finns och har funnits tankar i litteraturen om att kvinnors sexualitet är mer förknippad med oro kring sådant som åtrå, längtan och njutning jämfört med manlig sexualitet. Kvinnor har även tenderat att beskrivas som promiskuösa på ett sätt som försätter dem i riskfyllda situationer jämfört med män. Den här typen av beskrivningar är något som genom historien fått konsekvenser för bemötande och behandling (ibid).

Sexualiteten finns hos varje människa i större eller mindre utsträckning och påverkar både självförtroende, kropps- och självbild. En sexualitet som undertrycks eller ignoreras kan i förlängningen få till följd att återhämtningstiden för exempelvis upplevt trauma relaterat till allvarliga psykiska problem påverkas negativt menar Landeen & Volman (2007). Detta skulle kunna tolkas som att en människas sexualitet bör inkluderas och tas hänsyn till i återhämtningsarbetet då sexuella dysfunktioner av olika slag hos människor med allvarliga psykiska problem har visat sig försvåra återhämtningsarbete samt minska livskvalitet (Chiesa & Serretti 2010).

### *Prata sex ur behandlares perspektiv*

Personer med psykiska problem får enligt de artiklar jag funnit sällan prata om sina känslor kring den egna sexualiteten och man kan fråga sig varför det är så. Quinn och Browne (2009) diskuterar en del möjliga förklaringar utifrån behandlares perspektiv. I deras artikel framkommer att flertalet personal som arbetar med personer som lider av psykiska problem undviker att prata med dessa personer om sex och sexualitet med anledning av att de tycker att det är svårt att prata om sex, eller att de upplever att de har för dåliga kunskaper och att de inte fått tillräcklig utbildning på området, att de har för lite tid eller att de anser att det inte ingår i deras yrkesroll samt att de känner sig obekväma när de pratar om sex med de personer de ska behandla (ibid). Detta bekräftas av Higgins et al. (2005) och av McCann (2009) som menar att sjuksköterskor väldigt sällan frågar sina patienter om deras sexuella och/eller relationella bekymmer (ibid). Det kan handla om okunskap och ovana således (ibid.), eller handla om att behandlare inte vet hur de ska ställa sig till de svar de får då de frågar (McCann 2003). Det kan också handla om att läkare och behandlare tar maktobalansen läkare och patient emellan i beaktning och att de undviker att prata om sex med sina patienter med anledning av att de tänker att det av patienterna skulle kunna upplevas som kränkande (Quinn, Browne & Happell 2011).

Read, King & Watson (1997) menar att läkare måste vara uppmärksamma i sina möten med personer med psykiska problem och våga fråga dem om sexuella biverkningar av läkemedel. Att göra det ger inte bara en bra överblick över förekomsten av sexuella problem utan kan även vara ett enkelt sätt att börja diskutera sexualitet med personer med psykiska problem på (ibid). Läkare och sjuksköterskor behöver även informera om biverkningar i form av olika sexuella dysfunktioner vid utskrivning av läkemedel, menar Higgins et al. (2005). Detta kan enkelt göras genom att säga ungefär ”Jag ska berätta lite för dig om biverkningarna av den här medicinen och den eventuella risken att ditt läkemedel kommer att ge dig negativa biverkningar på din sexualitet” (ibid. s.443). Det är viktigt att läkare och behandlare vågar fråga de personer med psykiska problem som de behandlar om deras erfarenheter av att ha upplevt sexuella övergrepp – även om ämnet är förknippat med tabu och kan vara svårt att hantera (Rahm, Renck & Risberg 2013) - men att fråga personer med psykiska problem om tidigare erfarenheter av sexuella övergrepp bör göras med stor respekt mot personen och göras försiktigt, menar McCann (2003). Sexuella övergrepp är ofta förknippade med känslor av skuld och skam - känslor som kan försvåra återhämtningsprocessen (Rahm, Renck & Risberg 2013). Ett bra sätt att fråga personer med psykiska problem om de upplevt sexuella övergrepp kan vara att fråga ungefär ”Jag kommer nu att fråga dig om någonting obehagligt som hände i din barndom” och eventuellt lägga till att ”det är okej om du väljer att inte svara”. Eftersom vissa personer som har den här typen av negativa upplevelser av sex inte refererar sina upplevelser till explicita övergrepp kan det alltså vara kontraproduktivt att ställa frågan ”var du sexuellt utnyttjad som barn” (McCann 2003, s.106). Om läkare och behandlare ska uppfylla sin roll till fullo så är det viktigt att även samtal om sexrelaterade problem samt tankar och känslor kring sex blir en naturlig del i kontakten med de människor de möter och behandlar i sitt arbete, menar Quinn, Browne & Happell (2011). Detta bekräftas av McCann (2003) som menar att det är viktigt att behandlare pratar med de personer de behandlar om

deras sexuella problem och tankar kring sexualiteten. Denna redan marginaliserade och lidande grupp människor behöver bli tagna på allvar i sina funderingar och känslor kring den egna sexualiteten (ibid). Cort, Attenborough & Watson (2001) räknar upp ett antal aspekter som de menar är viktiga att få med för behandlare och läkare i sitt klientbaserade arbete i relation till sex: vägledning, undervisning, counselling, remittering vidare till relevant läkare eller terapi. De menar att människor med psykiska problem ibland har dålig kunskap kring sex och att detta därför är mycket viktigt (ibid).

Aidsepidemin under 1980-talet bidrog till att behandlingspersonal blev tvungna att börja prata om sexrelaterade problem med klienter och patienter i större utsträckning (Ottosson 1999). Men i takt med bromsmedicinernas utveckling och framfart samt i takt med att skrällen för sjukdomen lagt sig kan det eventuellt vara så att även intentionerna att prata om dessa saker med klienter och patienter minskat.

Människor med psykiska problem kan ha behov av att få prata om sin sexualitet och om sex eftersom det kan vara en bidragande orsak till de psykiska problemen, men psykologer och terapeuter är ofta dåligt förberedda på den här typen av samtal. Sexologi finns ofta inte som ämne i de svenska psykologiutbildningarna och det blir således upp till psykologerna och terapeuterna själva att välja om de vill fördjupa sig i frågor som rör sex och att hantera hur man samtalar med personer som har psykiska problem kring sex när de tar sig ut i yrkeslivet (Jägerfeld, J. 2013, s.35-41). Vad som också ska nämnas är att när sex trots allt diskuteras med personer med psykiska problem som står i kontakt med psykiatrin sker det oftast endast med de personer som läkare och behandlare vet eller tror sig veta är sexuellt aktiva. Äldre personer riskerar till exempel att förbigås när det gäller att samtala om sexuella problem samt känslor och tankar kring sex (Quinn, Browne & Happell 2011).

Även om många personer med psykiska problem är sexuellt aktiva och har behov av att få fortsätta att vara det och ser sex som någonting som är centralt för sitt psykiska välbefinnande och självbestämmande, kan personer med psykiska problem ha svårt att uttrycka och få utlopp för sin sexualitet. På flertalet behandlingshem är ju det privata utrymmet begränsat och regler om att inte ha sex med varandra på behandlingshemmet kan finnas (Cook 2000). Men, menar McCann (2003), att vara stöttande som behandlare kring människors behov av att få ha ett fungerande sexliv eller en accepterad sexualitet definieras inte av att man tillåter samlag mellan de boende på behandlingshemmen, utan definieras kanske snarare av ett förhållningssätt emot de personer som bor där då man svarar på deras frågor och funderingar, samt där man tillåter dem en privat sfär och andra möjligheter till sexuell intimitet (ibid).

### *Prata sex ur brukares perspektiv*

Jan-Otto Ottosson (1999) ställer några frågor i sin bok om patient- läkarrelationen: "Hur ställer sig läkare till att tala med patienter om sexuella frågor? Önskar patienter i Sverige i samma höga grad som i USA att tala om sexuella frågor med sin läkare? Vill de själva ta upp frågorna eller önskar de att läkaren gör det?" (ibid. S, 238).

Landeem & Volman (2007) menar att personer med allvarliga psykiska problem ofta vill och behöver prata om sex med sina läkare och behandlare, men endast diskuterar sin egen sexualitet vid de tillfällen då de blir direkt tillfrågade (ibid). Likväl som läkare och behandlare kan ha svårt att fråga personer med psykiska problem om eventuella sexuella dysfunktioner kan personer med psykiska problem ha svårt att berätta om eller fråga om sina tankar på och känslor kring sex för läkare och behandlare (Higgins 2007). Personer som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen berättar exempelvis sällan om detta utom vid de tillfällen de blir direkt tillfrågade, menar McCann (2003). Både upplevda trauman, så som sexuella övergrepp, och sexuella problem i nuet är områden som personer med psykiska problem ofta inte får något tillfälle att prata om och av den anledningen kan det vara svårt för läkare och behandlare att föra det på tal om ingen gör det på ett rättfram och direkt sätt. Ottosson (1999) menar att många personer gärna vill prata med sin husläkare om sina sexuella problem men att de ofta inte gör detta självmant utan förväntar sig att husläkaren ska ta upp ämnet som en naturlig del i samtalet. Ottosson (1999) menar vidare att det kan vara skillnad på äldre och yngre läkare i det här fallet och att yngre läkare kan ha lättare att ta upp frågor kring sex i samtal med de personer de behandlar (ibid). Många personer med psykiska problem som står i kontakt med psykiatrin upplever att de allt för sällan har fått prata om sex och sin sexualitet med behandlingspersonal. Detta är någonting som både de personer som lider av psykiska problem själva och deras partners upplever som ett svek (Eklund & Östman 2009). Men det kan vara svårt att prata om de känslor man har eller de problem man upplever sig ha. Personer som har psykiska problem och som dessutom lider av sexuella dysfunktioner av något slag kan tveka att berätta om dessa problem spontant (Philipp, Tiller, Baier & Kohlen 2000).

Det finns också studier som visar att schizofrenidiagnostiserade personer har färre vänner utanför den biologiska familjen jämfört med personer utan psykiska problem (Davidson, Harding & Spaniol 2005). Personer som blivit diagnostiserade med schizofreni känner sig ofta ensamma och annorlunda eller missförstådda av andra människor (McCann 2003). Människor med psykiska problem mår inte bättre av att vara socialt isolerade, menar Joseph Marrone och Ed Golowka (Davidson, Harding & Spaniol 2005), snarare sämre. Marrone och Golowka förordar att personer med allvarliga psykiska diagnoser kommer ut i arbetslivet i större utsträckning så att de genom sina arbeten kan få en möjlighet att utöka sitt sociala nätverk (ibid.). Sociala kontakter genom exempelvis ett arbete kan vara första steget till att våga närma sig närmre och intimare relationer med andra människor (Eklund & Östman 2009). Hela den processen är viktig för återhämtning. Intima, sociala och sexuella relationer är fundamentalt viktiga i de flesta människors liv, också för människor som lider av psykiska problem (ibid).





## Diskussion

Genom min genomgång av den aktuella forskningslitteraturen har jag funnit att sexualiteten tar plats inom psykiatrins fält ur flera olika perspektiv. Det handlar om:

- Sexualiteten som varje människa berörs av i sitt eget dagliga liv i större eller mindre utsträckning och om hur detta tas emot av psykiatrin.
- Hur ramarna är satta, det vill säga vilka sexuella beteenden eller preferenser som klassas som normala eller avvikande i samhället, och om hur detta tas emot av psykiatrin.
- Vad både tidigare upplevda trauman och nuvarande psykiatriska diagnoser kan göra med sexualiteten för den enskilde individen och vidare om hur detta tas emot av psykiatrin.
- Behandling och medicinering och vad det spelar för roll för personer med psykiska problem i relation till den egna sexualiteten och det egna psykiska välbefinnandet.

Alla komponenter är viktiga för helheten och ger en bild av hur komplext området sex och psyk är.

### *Sex i relation till psykiatrin och till personer med psykiska problem*

Sex i relation till psykiatrin och till personer med psykiska problem är ett komplext fält som inte enkelt kan greppas på några få sidor i en rapport. Jag har dock gjort ett försök till att öppna upp för vidare diskussion och till att bredda perspektiven. Flera forskare menar att det i nuläget inte finns särskilt mycket skrivet kring sexualitet när det berör personer med psykiska problem (Azzoni & Raja 2003, Quinn & Browne 2009, Conley & Kelly 2004, Landeen & Volman 2007, McCann 2003) men efter genomförd kunskapssökning kan jag konstatera att det glädjande nog ändå finns ganska mycket skrivet kring ämnet sexuella dysfunktioner kopplat till psykiska problem, kopplingen mellan upplevt trauma så som sexuella övergrepp och utvecklandet av psykiska problem samt kring medicinering och dess konsekvenser för människors sexuella förmåga och lust. Det finns inte lika mycket skrivet kring kopplingarna däremellan, det vill säga kring vad som kan bli konsekvenser av att ha blivit utsatt för sexuella övergrepp, att ha psykiska problem och få en diagnos samt att medicinera med neuroleptiska och/eller antidepressiva läkemedel och vad hela det händelseförloppet gör med den sexuella förmågan, lusten och med måendet i stort. Däremot fann jag visst resonemang kring vad som kan bli konsekvenserna av att som person med psykiska problem i kontakt med psykiatrin inte få en möjlighet att prata om den egna sexualiteten och tankar och känslor relaterat till den. Jag har funnit att flera forskare (Cort, Attenborough & Watson 2001, Eklund & Östman 2009, Higgins 2007, Landeen & Volman 2007, McCann 2003 & 2009, Ottosson 1999, Quinn & Browne 2009, Quinn, Browne & Happell 2011) har tittat på och resonerat kring huruvida

personer med psykiska problem som står i kontakt med psykiatrin får eller inte får en möjlighet att prata om sin sexualitet och vad det kan bero på att de ofta inte får göra det.

Som jag redovisat finns forskning som visar att upplevt trauma, särskilt då det handlar om sexuella övergrepp under barndomen, kan bidra till allvarlig psykisk ohälsa (Andrew, Gray & Snowden 2008, Barkus, Bentall & Varese 2012, Perona-Garcélan et al. 2012, Read et al. 2003, 2004 & 2005). Dessutom finns forskning som visar att obearbetat trauma (främst då det handlar om traumatiserande upplevelser som varit orsakade av andra människor, vi bör här skilja på trauma som orsakats av människor och trauma som orsakats av olyckshändelse) kan få konsekvenser så som allvarliga psykiska problem (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke, 2010). Psykiska problem behandlas idag ofta med hjälp av läkemedel (Haugsgjerd, Skåderud & Stänicke, 2010) som bland annat kan påverka de sexuella funktionerna och den sexuella lusten negativt (Chisea & Serretti 2010, Conley & Kelly 2004, Landeen & Volman 2007, van Bruggen et al. 2009, Schweitzer, Maguire & Ng 2009). Här finns nu anledning att fördjupa resonemangen: Trauma så som sexuella övergrepp under barndomen kan leda till psykiska problem (exempelvis hörselhallucinationer och psykos), vilka behandlas med mediciner som i sin tur kan ge negativa biverkningar på de sexuella funktionerna och den sexuella lusten. Sexualiteten är en av människans viktigaste och starkaste drivkrafter. Psykiska problem är någonting som i sig hämmar positiva drivkrafter och viktiga glädjämnen i livet. Om vi antar att allt detta hänger ihop och att man inom psykiatrin strävar efter att personer med psykiska problem ska återhämta sig från dessa och må bättre så finns kanske inga svar, men gott och väl en grund för en diskussion kring sexualitet, traumatiska erfarenheter, medicinering och kring huruvida personer med psykiska problem får eller inte får en möjlighet att prata om sina tankar och känslor kring den egna sexualiteten i kontakt med psykiatrin. Trots att forskning på senare år har kunnat påvisa en koppling mellan erfarenheten av sexuella övergrepp i barndomen och utvecklande av t.ex. hörselhallucinationer tycks resonemangen stanna just där. Få forskare har behandlat den känslomässiga aspekten. Det finns dock några som tagit upp samtal kring sex mellan personer med psykiska problem och läkare/behandlare. Higgins et al. (2005) ger t.ex. en del konkreta råd kring hur läkare och behandlare kan formulera sig i samtal med personer med psykiska problem kring mediciner och biverkningar på sexuell förmåga och lust. Och McCann (2003) ger i sin rapport en del konkreta tips till läkare och behandlare kring hur de kan prata med personer med psykiska problem om upplevelser av sexuella övergrepp i barndomen och menar vidare att detta är viktigt (ibid). Trots det får många personer med psykiska problem i kontakt med psykiatrin aldrig eller sällan prata om sina tankar och känslor kring den egna sexualiteten och det finns heller inte mycket skrivet om hur erfarenheter av dessa sexuella övergrepp i kombination med medicinering påverkar människor och deras sexualitet. Detta är allvarligt eftersom sexualiteten är en stark och fundamental kraft hos varje levande människa – såväl för personer med som utan psykiska problem.

Att uppleva sådant som hörselhallucinationer eller att utveckla psykos samt att drabbas av depression är någonting som anses vara allvarligt och som ofta behandlas med läkemedel.

I den här rapporten har vi framförallt tittat på biverkningar av neuroleptika och antidepressiv medicin och att medicinera med dessa läkemedel kan för många individer vara bra eftersom

medicinering kan bidra till dämpad ångest relaterad till de psykiska problemen (Higgins 2007). Medicinering med neuroleptika eller antidepressiva mediciner kan dock ge negativa biverkningar för den sexuella förmågan och lusten och skapar således problem för människor (Chisea & Serretti 2010, Conley & Kelly 2004, Cutler 2003, Higgins 2007, Landeen & Volman 2007, van Bruggen et al. 2009, Schweitzer, Maguire & Ng 2009). Sexuella övergrepp kan vara traumatiserande upplevelser som exempelvis kan leda till psykotiska tillstånd och utvecklandet av hörselhallucinationer. Om en person som tidigt i livet har varit med om sexuella övergrepp och utvecklar allvarlig psykisk problematik till följd av detta och sedan inte får en möjlighet att prata om det den varit med om, dvs. inte får en möjlighet att bearbeta detta trauma, utan istället får ordinerat läkemedel med hög risk för negativa biverkningar på den sexuella förmågan och lusten kan man fundera över om återhämtningen kommer att ske fullt så fort som man önskar.

Genom forskning och övrig litteratur har jag funnit att flera forskare poängterar vikten av sexualiteten och vikten av bibehållandet av sociala och intima relationer för personer med psykiska problem och att det är en strävan inom psykiatrin att personer med psykiska problem just bibehåller sociala och intima relationer. Det kan därför tyckas som att det skulle vara självklart att personer med psykiska problem som står i kontakt med psykiatrin, som ett led i deras återhämtningsarbete, rutinmässigt skulle tillfrågas om sitt sociala, relationella och sexuella liv. Jag har istället funnit att detta sällan sker. Behandlare och läkare känner sig helt enkelt inte tillräckligt kunniga och förberedda för att hantera ämnet (Higgins 2007, McCann 2009, Quinn & Browne 2009, Quinn, Browne & Happell 2011).

Att sex skulle vara svårt att prata om kan säkert stämma i många fall, men inte överallt och alltid. Att sex skulle vara förknippat med tabu kan säkert även det stämma i många fall, men inte överallt och alltid. Människor är olika och om vissa saker är svåra att prata om för någon är det kanske inte alls lika svårt för någon annan. Dessutom kan vi inte utifrån den här texten svara för om det alltid är en bra sak att prata om sex i behandlande syfte. Det är inte alltid det är så enkelt som att påstå att avsaknaden av samtal mellan personer med psykiska problem och behandlare kring sex skulle bero på den enes eller den andres ovilja eller okunskap om ämnet. Det kan vara andra faktorer i vägen för att samtalet ska bli av. Att ämnet sex inte kommer upp i samtal mellan personer med psykiska problem och behandlare kan exempelvis ha med deras relation till varandra att göra och då kan sådant som maktobalans i klient-/läkarrelationen eller sådant som vilket kön personen med psykiska problem och vilket kön behandlaren har samt olika kulturell bakgrund spela roll för hur detta samtal blir (Quinn, Browne & Happell 2011, Schweitzer, Maguire & Ng 2009).

### ***Sexuella dysfunktioner och marginaliserade grupper***

Då jag arbetat med den här rapporten har jag genom de artiklar jag funnit, läst och citerat, upprepade gånger stött på begreppet ”sexuella dysfunktioner”. Jag har förstått att sexuella dysfunktioner beskriver ”någon form av kroppslig funktion som av någon anledning inte fungerar enligt vad en person skulle uppleva vara en viktig funktionell komponent för att kunna genomföra samlag”, vilket jag även valt att använda som förklaring till begreppet under

rubriken *förklaring av vissa använda begrepp* i den här rapporten. Genom de artiklar jag funnit på ämnet *sex och psyk* beskrivs att sexuella dysfunktioner kan vara exempelvis: reducerad lust, dysfunktion kring orgasm, hormonella rubbningar, erektionsproblem och lubrikationsproblem (Chisea & Serretti 2010, Conley & Kelly 2004, Cutler 2003, Landeen & Volman 2007, van Bruggen et al. 2009). Sexuella dysfunktioner finns även med som diagnoser inom manualerna DSM-5 och ICD-10 och kan då handla om långvariga problem med att få eller upprätthålla erektion, för tidig eller utebliven utlösning, avsaknad av orgasm och/eller avsaknad av lubrikation (APA 2013, WHO 2010). Vidare har jag genom de artiklar jag läst förstått att sexuella dysfunktioner, likt de ovan uppräknade, är sådant som kan drabba såväl människor med som utan psykiska problem och som ibland förvärras av medicinering. Orsaken till varför sexuella dysfunktioner uppstår kan vara allt ifrån psykiska problem till medicinering till relationella problem och till helt utan förklaring normalt förekommande tillstånd. Ett enhetligt svar på vad som orsakar sexuella dysfunktioner får vi alltså inte fram i den här rapporten. För många personer är de här typerna av problem relaterat till sexualiteten svåra att leva med och svåra att hantera och många väljer att avbryta eller avsluta sin medicinering på grund av de negativa biverkningar de upplever att medicinerna skapar för den sexuella lusten och förmågan (Quinn & Browne 2009, Schweitzer, Maguire & Ng 2009). Att avsluta eller pausa medicinering för att återfå sexuell funktion och lust är metoder som dels är nya och inte helt okomplicerade, men som är kända och metoder som ibland rekommenderas (Higgins 2007, McCann 2003, Taylor, Rudkin & Hawton 2005).

Begreppet sexuella dysfunktioner är dock problematiskt då detta endast speglar ett heteronormativt samlagscentrerat sätt att se på sex. Då sexuella dysfunktioner diskuteras som problem görs detta endast utifrån en tanke om att alla människor är i behov av heterosexuella penetrerande/omslutande samlag och att allting där utöver skulle vara onormalt eller kanske inte ens kunna klassas som sex i sin rätta bemärkelse. Jag vill mena att många människor utesluts i dessa resonemang, exempelvis: personer som attraheras av personer av samma kön som en själv (homosexuella och bisexuella personer), personer med gränsöverskridande könstillhörighet (transpersoner) och personer som helt enkelt inte tycker om att ha penetrerande/omslutande sex utan väljer att ha sex på andra sätt.

Personer med annan sexuell orientering än den normativt heterosexuella upplever ofta att de blivit bemötta med homofobi inom psykiatrin (Cook 2000, Daley, 2010, Eady et al. 2010, McCann 2003, Rödahl, 2009) och den psykiska ohälsan hos hbtq-personer är också relativt hög (Boström, Nykvist & Roth 2006). Hbtq-personer benämns dessutom än mer sällan i relation till sin sexualitet inom psykiatrin (Kidd et al. 2011). Detta är ett resultat av min kunskapssökning som är viktigt att belysa. Sex är universellt och viktigt för alla människor och därför bör alla människor inkluderas i diskussionen – såväl homosexuella, bisexuella, heterosexuella personer som transpersoner och personer som inte intresserar sig för sex i någon större utsträckning.

***Till sist***

Eftersom jag inte har någon empiri i form av något intervjumaterial så går det trots allt inte att dra några slutsatser kring vad som vore en bra lösning på det som i den här texten skulle kunna uppfattas som ett problem, nämligen att klienters sexualitet lämnas utanför behandlingsplanen och således utanför återhämtningsarbetet. Genom de artiklar och böcker jag funnit på området sex och psyk blir det synligt att behoven inte alltid tillfredsställs. Här bör dock påpekas att dessa resultat är hämtade från ett antal publicerade artiklar som till stor del inte är skrivna i Sverige, av svenskar eller utifrån svenska förhållanden och att verkligheten såklart kan se annorlunda ut än den bild som till viss del målas upp här. Jag är medveten om att jag har tittat på det här utifrån en kunskapsöversikt och jag är också medveten om att det i nuläget finns ett antal studier på området som håller på att skrivas runt om i landet men som ännu inte är publicerade. Jag kan alltså inte med 100 % säkerhet konstatera att läget är så pass allvarligt som jag möjligtvis fått det att framstå. Men vi kan ändå öppna upp för en diskussion kring vad som skulle kunna vara en möjlig väg att gå.

Kanske finns det ett behov av att utreda saken närmare och jag hoppas att jag, eller någon annan, får möjlighet att utföra en studie i framtiden där personer med psykiska problem i kontakt med psykiatrin får en möjlighet att berätta om sina känslor och tankar kring den egna sexualiteten. Jag hoppas på att en studie med personer som blivit utsatta för sexuella övergrepp och som i nuläget medicinerar får berätta om sin verklighet på ett plan där förutsättningarna är sådana att det de säger tas på allvar. Jag tror att sexualiteten måste finnas med i beräkningen då man behandlar personer med psykiska problem inom psykiatrin och det bästa sättet att påbörja en sådan utveckling är att i en forskningsstudie fråga dem själva om saken. Kanske visar det sig att de verkligen vill prata om sex och sina tankar och känslor kring den egna sexualiteten, eller så visar det sig att de inte vill det. Kanske får vi veta något ytterligare om hur det kan vara att leva ett liv med en psykisk diagnos och läkemedel kopplat till den egna sexualiteten. Utöver detta vore det minst lika intressant att utföra en liknande studie med personal inom psykiatrin så att även de fick berätta hur de tänker kring sexualitet och medicinering och kring personer med psykiska problems erfarenheter av trauma och hur de tänker kring kopplingarna mellan detta och de här personernas sexualitet idag. Det finns många aspekter av området sexualitet och psykiatri som är intressanta att forska vidare på och i arbetet att göra detta behövs både personer med psykiska problem och personal göras hörda.

## Referenser

- Andrew, E.M., Gray, N.S. & Snowden, R.J. (2008) *The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers*. Psychological Medicine. Vol 38:10, pp 1409-1917
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* Washington: APA
- Azzoni, A. & Raja, M. (2003) *Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses*. European Psychiatry. Vol 18, pp 70-76
- Baldwin, D., Moreno, R. A. & Briley, M. (2008) *Resolution of sexual dysfunction during acute treatment of major depression with milnacipran*. Human Psychopharmacology. Vol 23, pp 527-532
- Barkus, E. & Bentall, R. P., Varese, F. (2012). *Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness*. Psychological Medicine. Vol 42, pp 1025-1036
- Bebbington, P., Brugha, T., Cooper, C., Jonas, S., Jenkins, R., King, M., Kuipers, E., McManus, S & Melzter, H. (2011) *Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England*. British Journal of Psychiatry. Vol 199, pp 29-37
- Bobes, J., Garc, A. P. M. P., Rejas, J., Hem Ndez, G., Garcia-Garcia, M., Rico-Villademoros, F. & Porras, A. (2003) *Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperdone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: the results of the EIRE study*. Journal of Sex and Marital Therapy. Vol 29, pp 125-147
- Boström, G., Nykvist, K., & Roth, N. (2006) *Hälsa på lika villkor?: Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
- Brännström, A. (2013) *Med rösthörarens ord – en text om rösthörarens upplevelser av att leva med hörselhallucinationer*. Stockholm: Psykiatri Södra, FoU-enheten
- Chisea, A. & Serretti, A. (2010) *A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics*. International Clinical Psychopharmacology. Vol 26, pp 130-140
- Conley, R.R. & Kelly, D.L. (2004) *Sexuality and Schizofrenia: A Review*. Schizophrenia Bulletin Vol 30:4, pp 767-779

- Cook, J. A. (2000) *Sexuality and People with Psychiatric Disabilities*. *Sexuality and Disability*. Vol 18:3, pp 195-206
- Cort, E. M., Attenborough, J. & Watson, J. P. (2001) *An initial exploration of community mental health nurses attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 8, pp 489-499
- Croft, P.R., Dunn, K.M., & Hackett, G.I. (1998) *Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population*. Oxford University Press. Vol 15:6, pp 519-524
- Cutler, A. J. (2003) *Sexual dysfunction and antipsychotic treatment*. *Psychoneuroendocrinology*. Vol 28, pp 69-82
- Daley, A. (2010) *Being recognized, accepted, and affirmed: self-disclosure of lesbian/queer sexuality within psychiatric and mental health service settings*. *Social Work in Mental Health*. Vol 8:4, pp 336-355
- Davidsson, L., Harding., C, & Spaniol, L. (2005) *Recovery from Severe Mental Illness: Research Evidence and Implications for Practice*. Boston University: Center for Psychiatric Rehabilitation
- Dossenbach, M., Dyachkova, Y., Pirildar, S., Anders, M., Khalill, A., Araszkiwicz, A., Shakhnovich, T., Akram, A., Pecenak, J., McBride, M. & Treuer, T. (2006) *Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patients with schizophrenia: 12-months results from the Intercontinental Schizophrenia Health Outcomes (IC-SOHO) study*. *European Psychiatry*. Vol 21, pp 251-258
- Eady, A. A., Dobinson, C. C., & Ross, L. E. (2010) *Bisexual People's Experiences with Mental Health Services: A Qualitative Investigation*. *Community Mental Health Journal*. Vol 47:4, pp 378-389
- Eklund, M. & Östman, M. (2009) *Belonging and Doing: Important Factors for Satisfaction With Sexual Relationships as Perceived By People With Persistent Mental Illness*. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol 56, pp 336
- Haugsgjerd, S., Skåderud, F. & Stänicke, E. (2010) *Psykiatri. Själ – kropp – samhälle*. Stockholm: Liber AB
- Higgins, A. (2003) *Impact of psychotropic medication on sexuality: literature review*. *British Journal of Nursing*. Vol 16:9, pp 545-550
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C. M. (2005) *Neuroleptic medication and sexuality: the forgotten aspect of education and care*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 12, pp 439-446
- Jensen, P. (2006) *En helt anden hjælp*. Köpenhamn: Akademisk Förlag



- Jägerfeld, J. (2013) *Modern Psykologi Sexsnack i terapin. Då rodnar psykologen*. Nr.3 april 2013, pp 35-41
- Karlsson, L-B. (2007) *More real than reality: a study of voice hearing*. *International Journal of Social Welfare*. Vol 17, pp 365-373
- Karlsson, L-B. & Piuva, K. (red) (2012) *Genusperspektiv i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur
- Kidd, S. A., Chan, K. J., Cohen, J. N., Gately, C., & Veltman, A. (2011) *Lesbian, Gay, and Transgender Persons with Severe Mental Illness: Negotiating Wellness in the Context of Multiple Sources of Stigma*. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol 14 pp 13-19
- Kilcommons, A. M., Morrison, A. P., Knight, A., & Lobban, F. (2008) *Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol 43, pp 602-611
- Kirk, S. A. & Kutchins, H. (1997) *Making us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. New York: Free Press
- Landeen, J. & Volman, L. (2007) *Uncovering the sexual self in people with schizophrenia*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 14:4, pp 411-417
- McCann, E. (2003) *Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis - a review of the literature*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 10, pp 640-649
- McCann, E. (2009) *The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 17:4, pp 295-303
- McCarthy-Jones, S. (2011) *Voices from the storm: A critical review of quantitative studies of auditory verbal hallucinations and childhood sexual abuse*. *Clinical Psychology Review*. Vol 31, pp 983-992
- McCarthy-Jones, S. & Davidsson, L. (2013) *When soft voices die: auditory verbal hallucinations and a four letter word (love)*, *Mental Health, Religion & Culture*. Vol 16:4, pp 367-383
- Ottosson, J-O. (red) (1999) *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur & Kultur
- Perona-Garcelán, S., Carrascoso-Lopez, F., Garcia-Montes, J.M., Jesus Ductor-Recuerda, M., Lopez Jimenez, A.M., Vallina-Fernandez, O., Perez-Alvarez, M. & Gomez-Gomez, M. T. (2012) *Dissociative Experiences as Mediators Between Childhood Trauma and Auditory Hallucinations*. *Journal of Traumatic Stress*. Vol 25, pp 323–329

- Philipp, M., Tiller, J. W. G., Baier, D., & Kohnen, R. (2000) *Comparison of moclobemide with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) on sexual function in depressed adults*. European Neuropsychopharmacology. Vol 10, pp 305-314
- Quinn, C. & Brownie, G. (2009) *Sexuality of people living with a mental illness: A collaborative challenge for mental health nurses*. International Journal of Mental Health Nursing. Vol 18:3, pp 195-203
- Quinn, C., Browne, G. & Happel, B. (2011) *Sexuality and Consumers of Mental Health Services: The Impact of Gender and Boundary Issues*. Issues in Mental Health Nursing. Vol 32, pp 170-176
- Rahm, G., Renck, B., & Ringsberg, K. C. (2012) *Psychological distress among women who were sexually abused as children*. International Journal of Social Welfare. Vol 22, pp 269-278
- Read, J., Aderhold, V., Agar, K. & Argyle, N. (2003) *Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thoughts disorder*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Vol 76, pp 1-22
- Read, J., Bentall, R.P. & Mosher, L.R. (eds) (2004) *Models of Madness – Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. New York: Routledge
- Read, S., King, M & Watson, J. (1997) *Sexual dysfunction in primary care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner*. Journal of Public Health Medicine. Vol 19:4, pp 387-391
- Read, J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005) *Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications*. Acta Psychiatrica Scandinavica. Vol 112, pp 330-350
- Romme, M. & Escher, S. (2003) *Förstå och hantera röster – en vägledning för dem som arbetar med rösthörare*. Stockholm: Psykiatri Södra FoU-enheten/RSMH
- Röndahl, G. (2009) *Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol 23:1, pp 146-152
- Sandström, B. (2005) *Genus i psykiatriska läroböcker* sid. 112-125 i Sundgren, M. & Topor, A. (red) *Social Psykiatri*. Malmö: Bonnier Utbildning
- Schweitzer, I., Maguire, K. & Ng, C. (2009) *Sexual side-effects of contemporary antidepressants: review*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Vol 43, pp 795-808
- Socialstyrelsen (1997) *Klassifikationer – Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, systematisk förteckning*. Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri

Socialstyrelsen (2011) *Ändringar i och tillägg till Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE) (ändringar 1997-2012) – tidigare Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) – systematisk förteckning Kumulativ lista 1997-2012*

Spataro, J., Moss, S. A. & Wells, D. L. (2001) *Child sexual abuse: a reality for both sexes*. Australian Psychologist. Vol 36:3, pp 177-183

Steel, C. PhD., Haddock, G. PhD., Tarrier, N. PhD., Picken, A. BSc & Barrowclough, C. PhD. (2011) *Auditory Hallucinations and Posttraumatic Stress Disorder Within Schizophrenia and Substance Abuse*. The Journal of Nervous & Mental Disease. Vol 199, pp 709-711

Sundström, K. & Topor, A. (2007) *Återhämtning – en introduktion. Återhämtning. Vad är det? Hur är den möjlig?* Psykiatri Södra Stockholm, SLSO. FoU-enheten.

Taylor, M. J., Rudkin, L. & Hawton, K. (2005) *Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: systematic review of randomised controlled trials*. Journal of Affective Disorders. Vol 88, pp 241-254

van Bruggen, M., (ca) van Amelsvoort, T., de Haan, L., Dingemans, P., Linszen, D. & Wouters, L. (2009) *Sexual dysfunction and hormonal changes in first episode psychosis patients on olanzopine or risperdone*. Psychoneuroendocrinology. Vol 34, pp 989-995.

Werneke, U., Northey, S. & Bhugra, D. (2006) *Antidepressants and sexual dysfunction*. Acta Psychiatrica Scandinavia. Vol 114, pp 384-397

World Health Organization (WHO) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*

