



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Take it or leave it?

En tematisk analys om upplevelsen av att erfara sexuella
biverkningar i samband med antidepressiv
läkemedelsbehandling

Rasmus Andersson & Emma Eklund

Psykologexamensuppsats. 2022

Handledare: Ingela Steij Stålbrand
Examinator: Eva Hoff

Abstract

The aim of this study was to examine the experience of sexual side effects during antidepressant medical treatment and which strategies people use to cope with them. The study also aimed to explore how sexual scripts and norms are described as affecting the experience of coping with sexual side effects, and how health care can further support this group of patients. Data was collected through semi-structured interviews and eleven people between the ages of 20 and 52 were interviewed. The interviews were transcribed and thereafter analysed using a critical-realistic and reflexive thematic analysis. Four main themes were identified. The first theme “To share the difficulties with others” highlights the function of talking, both with regard to seeking support and finding strategies. It also describes the lack of information and support from the health care system. The second theme “Needs and preferences” emphasises the exploration and awareness of sexual and relational needs. The third theme “The relational burden” describes worry about how the partner is affected and other relational consequences. The fourth theme “The inner dialogue” illustrates how self-esteem has been negatively affected and how participants have weighed pros and cons against each other. The themes describe feelings of shame, frustration and feeling dejected. Coping strategies such as finding acceptance are highlighted and interventions are suggested and discussed. The study is of value to people who are working within health care and are meeting patients being treated with antidepressant medication. Suggestions for further studies and the study’s limitations are discussed.

Keywords: antidepressant medical treatment, sexual side effects, SSRI, coping strategies

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling samt vilka strategier personer använder sig av för att hantera dem. Studien syftade även att undersöka hur sexuella skript och normer beskrivs inverka på upplevelsen av att hantera sexuella biverkningar, samt hur vården kan hjälpa denna patientgrupp ytterligare. Data insamlades genom semistrukturerade intervjuer och elva personer mellan 20 och 52 år intervjuades. Intervjuerna transkriberades och analyserades därefter med en kritisk-realistisk och reflexiv tematisk analys. Fyra huvudteman identifierades. Det första temat "Att dela besvären med andra" belyser samtalets funktion både vad gäller att söka stöd och hitta strategier. Det beskriver även vårdens brist på information och samtal. Det andra temat "Behov och preferenser" betonar utforskande och medvetenhet kring sexuella och relationella behov. Det tredje temat "Den relationella bördan" beskriver oro över hur partnern påverkas samt andra relationella konsekvenser. Det fjärde temat "Den inre dialogen" illustrerar hur självkänslan påverkats negativt samt hur deltagarna vägt för- och nackdelar mot varandra. I dessa teman beskrivs deltagarnas upplevelser, såsom känslor av skam, frustration och uppgivenhet. Copingstrategier såsom att finna acceptans lyfts fram och förslag på interventioner diskuteras. Studien är av värde för vårdpersonal som träffar patienter som behandlas med antidepressiva läkemedel. I diskussionen beskrivs studiens begränsningar samt förslag för framtida forskning.

Nyckelord: antidepressiv läkemedelsbehandling, sexuella biverkningar, SSRI, copingstrategier

Tack!

Vi vill först och främst tacka våra deltagare för att ni delat med er av era intima erfarenheter och upplevelser till oss. Utan er hade studien inte varit möjlig att genomföra. Stort tack till er! Vi vill också tacka vår handledare Ingela som har trott på vår idé från första början, stöttat oss under hela processen samt varit mån om vårt psykiska välmående såväl som uppsatsens kvalitet. Vi vill även tacka Tove som hjälpt oss med delar i processen. Vi vill också tacka våra nära och kära som gett oss stöd inte bara under uppsatsen utan under hela utbildningen. Slutligen vill vi tacka varandra!

Innehållsförteckning

Take it or leave it? En tematisk analys om upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling	1
Sexuell dysfunktion	2
Sexuell dysfunktion hos kvinnor	2
Sexuell dysfunktion hos män.....	2
Sexuell dysfunktion oberoende kön	3
The Dual Control Model of Sexual Response	3
Upphov till och behandling av sexuell dysfunktion	3
Att söka hjälp för sexuella besvär.....	4
Antidepressiv läkemedelsbehandling och sexuella biverkningar.....	5
Olika typer av antidepressiva läkemedel och hur de fungerar.....	5
Vanliga biverkningar till följd av antidepressiva läkemedel	6
Strategier för att minska sexuella biverkningar.....	6
Teori för copingstrategier	6
Medicinska strategier.....	7
Psykologiska strategier	7
Sexuella skript och normer	9
Syfte och frågeställningar.....	10
Metod.....	11
Design.....	12
Teoretisk ansats	12
Reflexivitet	13
Innan intervjuer.....	13
Efter intervjuer.....	14
Urval och deltagare	14
Procedur.....	15
Dataanalys	16
Etiska överväganden.....	18

Resultat	20
Att dela besvären med andra	21
Öppna upp sig inför partner	21
Prata med vänner och familj	23
Vårdens brist på samtal.....	25
Behov och preferenser	27
Självets inre behov.....	27
Behov från partnern	29
Den relationella bördan	30
Oro för hur partnern påverkas	30
Relationella konsekvenser	32
Den inre dialogen	33
Inverkan på självkänslan	33
Det ofrånkomliga vågspelet.....	34
Tankarnas tyngd	36
Diskussion	37
Upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar	37
Hur hanteras sexuella biverkningar?	39
Sexuella skript och normer	41
Vad kan vården bidra med?.....	42
Studiens styrkor och svagheter	45
Förslag på framtida forskning	47
Slutsats.....	48
Referenser	50
Bilaga A	60
Bilaga B	62
Bilaga C	63
Bilaga D	66
Bilaga E	67

Take it or leave it? En tematisk analys om upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling

Socialstyrelsen (2022) rapporterar att förskrivning av antidepressiva läkemedel har ökat de senaste åren. Antidepressiva läkemedel rekommenderas i behandling av flera olika psykiatriska tillstånd, däribland depression och ångest (Socialstyrelsen, 2021b). Dessvärre kan antidepressiva läkemedel också leda till sexuella biverkningar (Schweitzer et al., 2009). Det råder emellertid en brist på forskning inom svensk kontext där upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling undersöks. Eftersom den sexuella hälsan och tillfredsställelsen är en bidragande faktor till individens subjektiva upplevelse av välbefinnande finns det ett behov av att fylla detta tomrum inom forskningen vilket är föreliggande studiens ansats.

Sexualiteten är en fundamental del av människans identitet och funktion. Sexuell hälsa innebär emellertid inte endast en avsaknad av sexuell dysfunktion eller andra problem relaterade till sex och intimitet utan är ett större begrepp som berör både medicinska, sociala och psykologiska aspekter. Folkhälsomyndigheten (2022b) applicerar en definition för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) som bland annat innefattar kroppslig integritet, självbestämmande och sexuella upplevelser som inte enbart är sunda utan också njutbara. För en god sexuell hälsa behöver således individen ha rätt till att själv välja när och med vem hen önskar söka sexuella relationer. Detta innebär att individens kroppsliga integritet inte bara måste respekteras av den sexuella partnern och hens sociala kretsar, men även värnas om av samhällets lagar och institutioner, inte minst inom hälso- och sjukvården.

Utöver den grundläggande tryggheten och autonomin finns det personliga aspekter hos varje individ som kan förändra upplevelsen av sexuellt umgänge. Människor kan ha olika lätt eller svårt för att uppnå orgasm, att slappna av eller att initiera sex med en partner. Sexdrift kan variera från allt mellan asexualitet till hypersexualitet. Vem eller vad man attraheras av finns det inte heller några begränsningar för. Sexuell hälsa kan således se väldigt olika ut beroende på vem man är och för somliga är det viktigare att sexuella aspekter uppfylls än vad det är för andra.

Att lida av sexuell dysfunktion kan emellertid påverka den sexuella tillfredsställelsen både hos individen såväl som dennes partner (Wei et al., 2021). Flera studier tyder också på att sexuell dysfunktion har ett samband med lägre livskvalité (Aydin & Onger, 2022; Mallis et al., 2006; Penubarthi et al., 2022; Thakurta et al., 2012). Likväl finns det forskning som tyder på

att sexuell dysfunktion är en riskfaktor för depression (Atlantis & Sullivan, 2012). Således är den sexuella funktionen av stor betydelse när det rör människans subjektiva välmående. Som ovan nämnt kan sexuella svårigheter uppstå till följd av antidepressiva läkemedel (Schweitzer et al., 2009). I föreliggande studie undersöks upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling såväl som hur biverkningarna hanteras. Studien syftar även att undersöka hur sexuella skript och normer beskrivs inverka på upplevelsen, samt vilka insatser den svenska vården kan bidra med ytterligare för att stötta de som erfar sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling. Nedan presenteras teori och forskning rörande sexuell dysfunktion och antidepressiva läkemedel. Därefter presenteras forskning och teori avseende copingstrategier samt sexuella skript och normer.

Sexuell dysfunktion

Sexuell dysfunktion, eller sexuell funktionsstörning enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), innebär att man har svårigheter med den sexuella funktionen. Det finns flera olika varianter av sexuell dysfunktion och i DSM-5 kategoriseras flera av dessa upp mellan kvinnor och män. Vi författare till föreliggande studie är medvetna om att det finns personer som identifierar sig som varken kvinna eller man. Likväl är vi medvetna om att det finns personer vars könsidentitet inte överensstämmer med deras biologiska kön. Vi har dock valt att beskriva sexuell dysfunktion utifrån det normativa perspektivet i DSM-5. För information angående sexuella dysfunktioner hos transpersoner och hur de kan hanteras hänvisar vi till Norwald (2020).

Sexuell dysfunktion hos kvinnor

Sexuella dysfunktioner som förekommer hos kvinnor är orgasmstörning, nedsatt förmåga till sexuell upphetsning och dyspareuni (American Psychiatric Association, 2014). Orgasmstörning kan innebära fördröjd orgasm, att orgasmen har en låg intensitet eller att orgasm sker sällan eller aldrig. Nedsatt förmåga till sexuell upphetsning kan innebära nedsatt eller avsaknad av sexuell lust, samt avsaknad av eller nedsatt förekomst av erotiska fantasier. Dyspareuni kan innebära att smärta upplevs vid vaginal penetration, att rädsla upplevs inför vaginal penetration samt att rädsla upplevs inför att uppleva vulvovaginal smärta.

Sexuell dysfunktion hos män

Sexuella dysfunktioner som förekommer hos män är erektil dysfunktion, fördröjd ejakulation, prematur ejakulation och nedsatt förmåga till sexuell upphetsning (American

Psychiatric Association, 2014). Erekttil dysfunktion innebär att ha svårt att få erektion och/eller bibehålla erektion under sexuell aktivitet. Fördröjd ejakulation innebär att sällan eller aldrig få utlösning. Prematur ejakulation innebär att få utlösning inom en minut vid sexuell aktivitet med andra, samt att utlösningen sker innan individen själv önskar det. Nedsatt förmåga till sexuell upphetsning innebär att individen upplever frånvaro av önskan om sexuell aktivitet samt brist på erotiska fantasier.

Sexuell dysfunktion oberoende kön

Substans-/läkemedelsbetingad sexuell funktionsstörning kan drabba individen oberoende av kön. De sexuella svårigheterna uppstår efter intag av substans eller läkemedel (American Psychiatric Association, 2013). Exempel på läkemedel som kan påverka den sexuella funktionen är antidepressiva läkemedel (Schweitzer et al., 2009) och p-piller (Wood et al., 2020). Exempel på substanser som kan påverka den sexuella funktionen är alkohol (Siembida et al., 2018) och kokain (Sánchez-Hervás, 2018). Andra förklaringar till svårigheterna ska ha uteslutits för att säkerställa en diagnos (American Psychiatric Association, 2013).

I föreliggande studie undersöks upplevelsen av att erfara att den sexuella funktionen har försämrats av antidepressiva läkemedel. Den sexuella dysfunktionen är således en upplevd biverkan av den antidepressiva läkemedelsbehandlingen. Således benämns den försämrade sexuella funktionen som sexuella biverkningar och/eller sexuella svårigheter i föreliggande studie.

The Dual Control Model of Sexual Response

The Dual Control Model of Sexual Response är en teori som syftar att skapa förståelse kring vad som kan försämra eller förbättra den sexuella funktionen hos individer (Bancroft & Janssen, 2000; Velten, 2017). Teorin tar hänsyn till att det kan finnas yttre faktorer som påverkar den sexuella funktionen positivt såväl som negativt. Detsamma gäller faktorer som kommer inifrån individen själv, såsom tankar och känslor. Modellen är aktuell inom sexuell forskning och den innehåller faktorerna sexuell gas och sexuell broms som menas påverka den sexuella lusten. Med sexuell gas åsyftas sådant som får lusten att öka hos individen, medan sexuell broms syftar på faktorer som får lusten att minska.

Upphov till och behandling av sexuell dysfunktion

Utöver de som erfar sexuella svårigheter i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling är sexuell dysfunktion bland annat vanligt förekommande hos personer

som överlevt gynekologisk cancer (Lin et al., 2022), har diabetes (Buskhoven et al., 2022) upplever kronisk smärta (Kwan et al., 2005), samt hos personer som har Parkinsons sjukdom (Urso et al., 2022). Det är vanligt förekommande hos de som lider av depression (Atlantis & Sullivan., 2012; Baldwin et al., 2015; Eissa et al., 2022) och McCabe (2005) har pekat ut prestationsångest som en prediktor för sexuell dysfunktion. Sexuell problematik finns således representerat inom flera olika grupper i samhället och svårigheterna kan uppstå av en rad olika orsaker, både av psykologiskt och medicinskt slag.

Forskningen är bristande avseende psykologiska interventioner som behandlar sexuell dysfunktion som uppstått i samband med antidepressiv medicinering. En del sexuella svårigheter till följd av andra orsaker kan emellertid behandlas med psykologisk behandling. Erektill dysfunktion som orsakats av ångest och oro kan behandlas med kognitiv beteendeterapi (KBT) där interventioner som exponering, beteendexperiment och psykoedukation kan ge god effekt (Ekdahl, 2017). Mindfulnessbaserade terapier har visat förbättra den sexuella funktionen hos kvinnor som fått sexuella svårigheter till följd av gynekologisk cancer (Brotto et al., 2012). Både KBT och mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT) minskar stress hos kvinnor som lider av sexuella svårigheter på grund av vestibulit (Brotto et al., 2020). Huruvida dessa interventioner är verksamma för de vars sexuella problem uppstått i samband med antidepressiva läkemedel finns det dock ingen forskning om.

Att söka hjälp för sexuella besvär

Det är många som undviker att söka sig till vården för att få hjälp med sexuella svårigheter. Moreira et al. (2005) fann i en global studie att endast 18 % av de som upplevt sexuella svårigheter sökt sig till vården. Det var betydligt vanligare att prata med sin partner om de sexuella svårigheterna (38,5%). Thomtén (2014) fann i en svensk studie att cirka hälften av de som upplever vulvovaginal smärta undviker att kontakta vården för att få hjälp. Gore-Gorszewska (2020) har även funnit att äldre undviker att söka hjälp för sexuella svårigheter och en av anledningarna till det är en rädsla för att vården ska avvisa svårigheterna som triviala. Det kan tänkas att även de som erfar sexuella biverkningar till följd av antidepressiva läkemedel undviker att söka vård av liknande anledningar. I föreliggande studie syftas det att undersöka vad patienter som erfar sexuella biverkningar önskar att den svenska vården skulle bidra med ytterligare.

Moreira et al. (2005) fann därtill att endast 9 % har fått frågor av vården som rör den sexuella hälsan. Sex är ett tabubelagt ämne som kan generera skam hos både patient och

behandlare, vilket kan förklara varför ämnet undviks av båda parter. Detta är något psykologen Ekdahl (2017) diskuterar i sin bok där hen uppmanar behandlare till att vara observanta på både den verbala och ickeverbala kommunikationen från patienten. Behandlare har också ett ansvar att i sin roll ha en medvetenhet kring sina egna sexuella antaganden och fördomar, samt sina egna rädslor och känslor av skam.

Antidepressiv läkemedelsbehandling och sexuella biverkningar

Förskrivning av antidepressiva läkemedel har ökat de senaste åren och var under 2021 en av de vanligaste grupperna av läkemedel som skrevs ut i Sverige (Socialstyrelsen, 2022). Enligt nationella riktlinjer framtagna av Socialstyrelsen (2021b) rekommenderas antidepressiva läkemedel vid flera olika psykiatriska syndrom. Det rekommenderas i behandling för depression, generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Forskning lyfter även fram antidepressiva läkemedel som behandlingsalternativ för premenstruellt syndrom (PMS) och premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS) där det rekommenderas att läkemedlet intas cyklist (Reilly et al., (2022).

Socialstyrelsen (2021b) rekommenderar utöver antidepressiva läkemedel även KBT, psykodynamisk korttidsterapi och interpersonell terapi (IPT) vid behandling av ovan nämnda tillstånd. Det är dock inte alla patienter som blir hjälpta av psykologiska interventioner och då kan psykofarmaka vara ett alternativ eller supplement till den givna behandlingen.

Olika typer av antidepressiva läkemedel och hur de fungerar

Eftersom föreliggande studie handlar om antidepressiva läkemedel och deras verkan följer här en kort beskrivning av de vanligaste preparaten. De vanligaste antidepressiva läkemedel i Sverige är selektiva serotoninåterupptagningshämmare (SSRI) som har funktionen att hämma återupptaget av serotonin i hjärnan. Fluoxetin, sertralin, paroxetin, escitalopram, citalopram och fluvoxamin är exempel på SSRI (Lundberg, 2010). Enligt Socialstyrelsen (2021b) är serotonin- och noradrenalin återupptagningshämmare (SNRI) såväl som tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA) också förekommande i Sverige. Exempel på SNRI är venlafaxin och duloxetin. Exempel på TCA är klomipramin, amitriptylin och nortriptylin. Både SNRI och TCA har funktionen att de hämmar återupptaget av signalsubstanserna serotonin och noradrenalin i hjärnan. Övriga antidepressiva läkemedel är till exempel bupropion, mirtazapin och vortioexin.

Vanliga biverkningar till följd av antidepressiva läkemedel

Även om antidepressiva läkemedel för mycket gott med sig kan de dessvärre också leda till en rad olika biverkningar. Sexuella biverkningar är vanligt förekommande såsom oförmåga eller nedsatt förmåga att få orgasm, nedsatt sexlust, erektil dysfunktion och fördröjd ejakulation (Schweitzer et al., 2009). Det finns studier som tyder på att sexuella biverkningar kan kvarstå efter avslutad antidepressiv läkemedelsbehandling (Csoka & Shipko, 2006; Csoka et al., 2008; Healy, 2019; Studt et al., 2021). Att erfara post-SSRI sexuell dysfunktion (PSSD) kan ha en negativ inverkan på livskvalitén (Studt et al., 2021) och även om kunskapsläget idag är bristande avseende PSSD är det av vikt att personer som drabbas av detta får hjälp att hantera sina svårigheter. Det finns idag ingen forskning utförd i svensk kontext som undersöker upplevelsen av att erfara PSSD.

Forskningen är inte entydig gällande förekomsten av sexuella biverkningar vid antidepressiv medicinering. När flera studier jämförs skiljer sig uppskattningarna mellan 54-65% (Montejo-Gonzalez et al., 1997), 18-60% (Lee et al., 2010) och 16-50% (Grover et al., 2012). Andra vanligt förekommande biverkningar till följd av antidepressiva läkemedel som rapporterats är bland annat muntorrhet, viktuppgång och svettningar (Wang et al., 2018).

Strategier för att minska sexuella biverkningar

I nuläget är kunskapsläget inom forskningen bristande vad gäller strategier att rekommendera för de som upplever sexuella biverkningar av antidepressiva läkemedel. Som tidigare nämnts finns det behandlingsmetoder som är verksamma när sexuell dysfunktion beror på psykologiska faktorer. När den sexuella dysfunktionen beror på medicinska orsaker, såsom vid antidepressiv läkemedelsbehandling, råder det oklarhet huruvida psykologiska insatser ger effekt vad gäller reducering av symtom. Nedan presenteras teori och det aktuella kunskapsläget avseende copingstrategier.

Teori för copingstrategier

Det finns flera olika teorier om vilka strategier individer tillämpar när de utsätts för en stressor. En av dessa är Lazarus och Folkmans (1984) teori om copingstrategier vid stress. Enligt dem är emotionsfokuserade strategier de handlingar där individen anstränger sig för att hantera den emotionella stressen. Det kan bland annat innebära selektiv uppmärksamhet på det positiva och att distansera sig från problemet såsom att bejaka det höjda stämningsläget vid antidepressiv behandling.

Problemfokuserade strategier kan liknas vid problemlösning. De innehåller inte sällan steg som att identifiera problemet, överväga möjliga lösningar, väga för- och nackdelar för att därefter välja ett lösningsalternativ. Problemfokuserade strategier har ett beteendefokus som innebär att aktivt försöka göra saker för att hantera problemet. Exempelvis skulle en problemfokuserad strategi vara att kontakta vården för att diskutera byte av antidepressivt läkemedel.

Medicinska strategier

Det finns ett antal medicinska strategier för att hantera sexuella biverkningar. En metod är drug holidays (Montejo et al., 2019; Rothmore, 2020) som innebär att patienten tar ett kort uppehåll från läkemedelsbehandlingen innan sexuell aktivitet. En annan metod är byte av läkemedel (Montejo et al., 2019; Rothmore, 2020). Bupropion har indikerats ha mindre påverkan på den sexuella funktionen i jämförelse med SSRI (Croft et al., 1999). För en mer omfattande jämförelse av olika preparat hänvisar vi till Taylor et al. (2005).

Att minska dos av läkemedel är också ett alternativ som nämns inom forskningen (Montejo-González et al., 1997). För de personer som lider av erektil dysfunktion till följd av antidepressiv läkemedelsbehandling finns det studier som tyder på att läkemedel som sildenafil (Nurnberg et al., 2001) och tadalafil (Segraves et al., 2007) kan vara effektiva supplement. Sildenafil indikeras även vara effektivt för kvinnor som lider av sexuella biverkningar till följd av antidepressiva läkemedel (Nurnberg et al., 2008). Det finns forskning som föreslår örtmedicin som ett alternativ för att minska de sexuella biverkningarna, såsom roten maca (Dording et al., 2015) och saffran (Modabbernia et al., 2012; Kashani et al., 2013). Ordinerande läkare bör alltid konsulteras vid justeringar av den förskrivna medicineringsen.

Psykologiska strategier

Trots dessa medicinska strategier, som säkerligen är hjälpsamma för flertalet individer, finns det dessvärre de som inte har möjlighet att göra några förändringar i sin läkemedelsbehandling. Få studier har undersökt vilka strategier som kan vara hjälpsamma för denna grupp människor. I en japansk studie som behandlar detta ämne framkom det att personer tenderar att tillämpa strategier såsom att inte forcera samlag, att avstå från sexuell aktivitet utan att ge partnern förklaring till varför, att samarbeta med partnern samt diskutera biverkningarna med partnern (Kikuchi et al., 2012). Det noterades även att det är få personer som kontaktar sin läkare för att få hjälp med de sexuella biverkningarna. Som tidigare nämnt är det generellt få personer som söker hjälp för att hantera sexuella besvär. Forskning tyder även på att vårdens

bemötande påverkar hur de sexuella biverkningarna upplevs. O'Mullan et al. (2015b) har noterat att personer som blir informerade av behandlare om eventuella sexuella biverkningar upplever att de har god förmåga att sedan hantera dessa aversiva effekter.

Ett flertal studier indikerar att en effektiv strategi kan vara att vänta på att de sexuella biverkningarna spontant försvinner (Lorenz et al., 2016; Montejo et al., 2019; Rothmore, 2020). Det poängteras dock att denna metod antagligen endast är hjälpsam för de som upplever milda symtom. Fysisk aktivitet har också presenterats som en strategi avseende att reducera sexuella biverkningar som följer av antidepressiv läkemedelsbehandling (Lorenz & Meston, 2014). Fysisk aktivitet är också fördelaktigt avseende andra svårigheter och används som behandlingsmetod för bland annat depression (Cooney et al., 2013) och olika ångestsyndrom såsom generaliserat ångestsyndrom (GAD) och social ångest (Camilleri, 2022). Inom svensk vård kan fysisk aktivitet på recept (FaR) ordinerats till patienter av behandlare, till exempel till patienter med depressionssyndrom eller sömnproblem (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Enligt forskning förefaller det dock att fysisk aktivitet inte ger lika stor effekt vad gäller reduktion av symtom som psykofarmaka eller psykoterapi för depressions- och ångestsyndrom (Camilleri, 2022; Cooney et al., 2013).

I Australien har en kvalitativ studie genomförts med syftet att undersöka hur heterosexuella kvinnor har hanterat sexuella biverkningar till följd av SSRI-behandling för depression (O'Mullan et al., 2014). Fynden visar att både emotionsfokuserade- samt problemfokuserade copingstrategier är förekommande, vilket överensstämmer med Lazarus och Folkmans teori (1984). De strategier som identifierats var bland annat att kommunicera med sin partner, att söka efter information, att förändra sina föreställningar om hur sex ska vara, att undvika sexuella möten samt att acceptera sin situation (O'Mullan et al., 2014). Att acceptera situationen är överensstämmande med Metz och McCarthys (2007) biopsykosociala modell 'Good Enough Sex Model'. Denna modell uppmuntrar till positiva och realistiska förväntningar gällande sex och kan bidra till ökad sexuell tillfredsställelse. Modellen betonar faktumet att förutsättningarna för sex förändras under livet och att strävan efter perfektion kan leda till missnöje. Stor vikt läggs på emotionell intimitet i stället för prestation och modellen används bland annat inom parterapi (Drevstam., 2020). Modellen tar hänsyn till biologiska aspekter såsom biverkningar av medicinering samt sociala aspekter såsom parets syn på sig själv och hur de hanterar konflikter. Även psykologiska aspekter beaktas såsom attityder, beteenden och känslor och hur dessa är integrerade med intimitet och erotik.

Det finns i nuläget ingen forskning där det undersökts huruvida acceptansbaserade terapier är hjälpsamma för personer som erfara sexuella biverkningar till följd av antidepressiv läkemedelsbehandling. Det finns likaså ingen svensk forskning angående upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling eller vilka copingstrategier som denna grupp tillämpar. Trots att Australien och Sverige hör till en västerländsk kontext är det möjligt att de olika länderna har skiljaktigheter vad gäller samhällets sexuella skript och normer. Således är det tänkbart att upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar skiljer sig åt hos personer beroende på vilket lands kontext de befinner sig i.

Sexuella skript och normer

Sexuella normer och skript kan tänkas ha en inverkan på hur sexuella svårigheter upplevs. Sexuella skript är ett samlingsbegrepp för sexuella normer och värderingar. Begreppet introducerades av Simon och Gagnon (1984) och teorin används ofta inom sexuell forskning. Sexuella skript rör sig om sexuella beteenden, vad som anses acceptabelt i sexuella situationer och hur individer själva tolkar sexuella beteenden och situationer. Hur dessa sexuella skript ser ut kan variera beroende på bland annat ålder och könstillhörighet. Det finns normer om att äldre personer inte har sex. Detta är något som inte stämmer även om åldern förvisso kan bidra till ökad förekomst av sexuella svårigheter (Ni Lochlainn & Kenny, 2013). Det finns även normer kring att män har högre sexlust än kvinnor, samt att män har lättare att få orgasm i jämförelse med kvinnor. Likväl finns det normer och värderingar kring sexuella läggningar och relationer. Heterosexualitet och monogami är sedan länge det normativa i det svenska samhället. Att inte tillhöra den heteronormativa populationen innebär ökad risk för psykisk ohälsa eftersom det inte sällan innebär att man utsätts för mikroaggressioner vilket kan leda till minoritetsstress (Wurm & Hanner., 2017). Likväl kan det vara skadligt att följa normer om en gör det mot sin vilja. Faustino och Gavey (2022) fann i sin studie att flera heterosexuella kvinnor numera upplever att analsex förväntas som en del av sexakten i deras sexuella relationer. Denna norm skulle kunna bidra till att individer utför en typ av sexakt på grund av att det förväntas snarare än att de har lust för det.

Huruvida sexuella skript och normer följs skiljer sig dock åt mellan personer. I USA har man exempelvis funnit att yngre heterosexuella personer inte alltid rättar sig efter de sexuella skript som existerar i deras samhälle (Masters et al., 2013). Detta kan dock vara beroende på vilka normer och värderingar det syftas på. Enligt teorin om sexuella skript påverkar bland annat åldern vilka sexuella normer och värderingar individen anpassar sig efter (Simon &

Gagnon, 1984). Det finns studier som indikerar att när stereotyper uppmuntras, såsom föreställningen att män har högre sexlust än kvinnor, inverkar det negativt på den faktiska lusten kvinnor upplever (Rubin et al., 2019). Det finns även stereotyper såsom att kvinnor ska vara omhändertagande, intima och känslamma som även kan appliceras till den roll som den heterosexuella kvinnan förväntas ta under en sexuell akt (Wood et al., 1997).

Sammantaget tyder forskning på att sexuella skript och normer har en inverkan på oss alla, oavsett om man följer det normativa eller inte. Detta är av relevans för vår studie eftersom det är sannolikt att det även har en inverkan på upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar av antidepressiv läkemedelsbehandling.

Syfte och frågeställningar

Utifrån den teori och forskning som beskrivits ovan är det påtagligt att det finns en kunskapsbrist vad gäller personers upplevelse av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling. Det tycks även finnas en brist på kunskap avseende hur de sexuella biverkningarna hanteras, hur sexuella skript och normer beskrivs inverka på upplevelsen samt vilka insatser vården kan bidra med ytterligare. Det finns mycket forskning som tyder på att det är många som upplever sexuella biverkningar, men att de inte alltid får någon hjälp från vården med att hantera sina svårigheter. Vi har funnit forskning inom en australiensisk kontext (O'Mullan et al., 2014; O'Mullan et al., 2015a; O'Mullan et al., 2015b) där det undersökts vilka hanteringsstrategier som är vanligt förekommande hos kvinnor som upplever sexuella biverkningar av antidepressiv läkemedelsbehandling. Utifrån vår vetenskap har inga studier avseende detta utförts i Sverige. Syftet med denna studie är således att undersöka upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband antidepressiv läkemedelsbehandling inom ett svenskt sampel där vi inkluderar både personer som identifierar sig som kvinnor och personer som identifierar sig som män. Ämnet är ytterst aktuellt eftersom allt fler personer i Sverige förskrivs antidepressiva läkemedel och det kan därmed antas att allt fler i den svenska populationen erfar sexuella biverkningar av sin behandling. Inom vården kommer behandlare såsom psykologer, kuratorer, läkare och sjuksköterskor att möta patienter som genomgår en antidepressiv läkemedelsbehandling. Således är denna fråga aktuell för flera olika professioner. Vår förhoppning är att studien ska bidra med ytterligare kunskap om hur vi som behandlare kan underlätta hanteringen av de sexuella svårigheterna som dessa personer erfar.

Studien har följande frågeställningar: 1) Hur beskrivs upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling? 2) Hur hanteras de sexuella

biverkningarna? 3) Hur beskrivs sexuella skript och normer inverka på upplevelsen av att erfar sexuella biverkningar? 4) Vilka insatser kan vården bidra med för att ytterligare hjälpa de som erfar sexuella biverkningar av antidepressiva läkemedel?

Metod

Utförandet av denna examensuppsats har gjorts som en del av forskningsprojektet “Faktorer som påverkar den sexuella tillfredsställelsen: En explorativ och tvärkulturell undersökning av sexuella och estetiska ideal, självmedkänsla och kroppsmedvetenhet”. Ansvarig forskare för projektet är Ingela Steij Stålbrand som även är handledare för denna examensuppsats. Forskningsprojektet genomförs vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet under hösten 2022 och våren 2023. Denna examensuppsats har genomförts under hösten 2022. Etikprövningsmyndigheten har godkänt forskningsprojektet som har diarienummer 2022-03724-01. För en mer djupgående diskussion angående etiska aspekter se underrubrik Etiska överväganden.

Vi som är författare till denna studie har ansvarat för insamling av data, studiens frågeställning samt studiens design. Vi har ansvarat för bearbetning av den data vi samlat in och studiens slutsats. Vi har även tagit ansvar över att rapportera resultat och slutsatser i den aktuella examensuppsatsen. Intervjuguiden (se bilaga A) har vi konstruerat tillsammans med docent Tove Lundberg som är medverkande forskare till projektet. Vi som är författare till denna examensuppsats har designat ett första och andra utkast av intervjuguiden. Vi inspirerades av intervjuguiden som O’Mullan (2015) använde i sin uppsats. Tove Lundberg har därefter omarbetat våra utkast och designat den slutgiltiga versionen av intervjuguiden som användes i föreliggande studie.

Den sista delen av intervjuguiden innehåller frågor som härstammar från formuläret The New Sexual Satisfaction Scale Short (NSSS-S) som syftar att mäta sexuell tillfredsställelse (Štulhofer et al., 2013). Detta formulär har ursprungligen bestått av 20 frågor (Štulhofer et al., 2010) men har därefter kortats ner till 12 frågor. I föreliggande studie har Tove Lundberg ansvarat för översättningen av det engelska formuläret till svenska. Formuläret har därefter översätts tillbaka till engelska för kvalitetssäkring. Den svenska översättningen har efter viss anpassning till intervjuformat snarare än enkätformat blivit en del av vår intervjuguide. Frågorna inkluderades i intervjuerna i syftet att samla in kvalitativa data avseende NSSS-S till forskningsprojektet uppsatsen skrivs inom. Syftet var att undersöka huruvida frågorna ansågs lämpliga för att undersöka sexuell tillfredsställelse. Sexuell tillfredsställelse har således inte

undersökts i föreliggande studie. Data som samlades in utifrån dessa frågor har inte analyserats och kodats såvida det inte varit av relevans för föreliggande studies syfte.

Design

Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av att ha erfårit sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling. Studien syftade även att undersöka vilka strategier personer använt sig av för att hantera dessa sexuella biverkningar, hur sexuella skript och normer beskrivs inverka på upplevelsen, samt vad personer önskar att vården skulle kunna bidra med ytterligare. Utifrån studiens syfte ansågs det mest lämpligt att genomföra en kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer är ett vanligt sätt att inhämta data inom kvalitativ forskning och metoden är vanligt förekommande när syftet är att undersöka upplevelser och erfarenheter (Willig, 2022). Det bedömdes att vi genom semistrukturerade intervjuer och kvalitativ metod på bästa sätt skulle få möjlighet att fånga informanternas egna beskrivningar och berättelser kring sina svårigheter.

Teoretisk ansats

I dataanalysen har tematisk analysmetod använts. Denna metod är flexibel i sitt utförande och är en metod för att synliggöra gemensamma teman och mönster i den data som analyserats. Tematisk analys är emellertid endast en analysmetod vilket innebär att den saknar både epistemologisk och ontologisk ansats (Braun & Clarke, 2006). Således var det upp till oss författare att besluta om vilken teoretisk ansats som skulle användas under dataanalysen. En kritisk realistisk ansats valdes.

Med en kritisk realistisk syn på kunskap är utgången att det inte finns en sann verklighet som enbart kan förstås objektivt (Willig, 2022). Kunskap inom forskning kan endast nås av att även ha ett subjektivt förhållningssätt och ha en medvetenhet kring att det finns yttre sociala och språkliga konstruktioner som människan påverkas av (Willig, 2022). I föreliggande studie är ett exempel på en social konstruktion de normer kring sex som finns i samhället. Som kritiska realister har vi insikten att vår förståelse av informanternas berättelser färgas av dessa normer, samt att dessa normer även påverkar hur studiens deltagare känner och tänker kring sina svårigheter. Ett exempel på hur språkliga konstruktioner har inflytande är att våra deltagare sannolikt förhållit sig till det språk som vi intervjuedare använt oss av under intervjuerna. Vår förståelse och kunskap om ämnet vi undersöker begränsas om inte hänsyn tas till betydelsen av språkliga såväl som sociala konstruktioner.

Enligt kritisk realism måste data tolkas av forskaren för att möjliggöra en ökad förståelse och kunskap om fenomenet som undersöks (Willig, 2022). Detta har för oss inneburit att vi har försökt förstå våra deltagares inre psykologiska processer. Vi har sökt förståelse och mening bortom det som uttryckligen sagts vilket är ett tillvägagångssätt som vi naturligt har med oss som blivande psykologer. Med hänsyn till studiens syfte att undersöka upplevelser av att erfara sexuella biverkningar av antidepressiva läkemedel bedömdes det att kunskap om ämnet lämpligast kunde fås utifrån att anamma en kritisk realistisk kunskapssyn.

Reflexivitet

Reflexivitet innebär att forskaren är medveten om hur den själv påverkar och har inflytande på forskningen (Willig, 2022). I denna uppsats har vi varit angelägna om att ha ett reflexivt förhållningssätt. Detta har för oss inneburit att vi har reflekterat över vår personliga reflexivitet (Willig, 2022). En diskussion har förts kring egna erfarenheter, intressen och värderingar avseende det ämne som syftas undersökas. Ingen av oss har personlig erfarenhet av sexuella biverkningar från antidepressiv läkemedelsbehandling. Dock har en av författarna erfarenhet av sexuella biverkningar orsakat av ett annat typ av läkemedel. Denna av oss fick först detta återkallat i medvetandet under en av intervjuerna den höll. Detta diskuterades då tillsammans med den andra författaren.

Utöver detta har ingen av oss erfarenhet av sexuella svårigheter som av oss har upplevts som ett faktiskt problem. Båda författare har erfårit svårigheter med exempelvis orgasm, men svårigheterna har varit vid enskilda tillfällen och inte under en lång sammanhållen period. Att vi båda är psykologstudenter medför att vi i över fyra år byggt en bred kunskap om människans psyke. En av författarna har dessutom ett intresse i sexuell hälsa. Den kunskap vi besitter kan ha färgat tolkningen av vår data. Hos oss finns en medvetenhet att vi har vissa antaganden om det material vi samlat in. Tid har således tillbringats med att diskutera detta tillsammans dels innan intervjuerna samt efter dem.

Innan intervjuer

Innan intervjuerna påbörjades fördes en diskussion om hur vi påverkas av våra olika könstillhörigheter. Vi diskuterade att en av oss som kvinna har erfarenhet som den andra av oss som är man inte har, exempelvis eftersom vi inte har samma biologiska kön och därav påverkas av olika normer. Vi reflekterade tillsammans kring vilka svårigheter studiens deltagare kommer nämna utifrån litteratur som vi läst och huruvida det kommer överensstämma med den som insamlas. Likväl diskuterades huruvida hanteringsstrategier kommer vara liknande, exempelvis

i form av acceptans som O'Mullan et al. (2014; 2015a) funnit. Det fördes även en diskussion kring olika könsidentiteter. Diskussionen innehöll ett samtal kring att alla kvinnor inte nödvändigtvis har ett kvinnligt könsorgan och att alla män inte nödvändigtvis har ett manligt könsorgan.

Efter intervjuer

Vi har efter intervjuerna reflekterat enskilt och skrivit ner våra tankar och känslor. Detta har vi sedan diskuterat och reflekterat över tillsammans. Vi har gjort ett försök att särskilja på informationen vi mottagit från våra deltagare och information som snarare kommit från våra egna intressen, erfarenheter och antaganden. Vi har till exempel diskuterat vilka egna erfarenheter vi har av det som deltagarna delat med sig av, såsom svårigheter med sexuell lust. Vi har även diskuterat vilka erfarenheter vi gått in med avseende vilka sexuella läggningar vi har, vilka normer som vi påverkas mest av och hur det påverkat vår förståelse av våra deltagares berättelser. Diskussionen kring våra erfarenheter och förförståelse har varit pågående under hela analysprocessen av vår insamlade data.

Urval och deltagare

Rekrytering av deltagare gjordes genom att vi författare publicerade en annons (se bilaga E) på sociala medier, däribland i olika grupper på Facebook. Vi bad även personer i våra kontaktnät att dela annonsen. Annonsen skickades ut till administratörer på olika universitet och högskolor inom Sverige. Vi bad administratörerna dela annonsen med studenter på deras utbildningar. Annonsen sattes även upp på olika fakulteter och bibliotek vid Lunds universitet.

Inklusionskriterier för deltagande i studien var att ha erfarenhet av att ha upplevt sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling samt att vara minst 18 år. Studien hade inga andra inklusions- eller exklusionskriterier. Studien hade inga kriterier eller en definition på vad sexuella biverkningar innebär. Det var i stället upp till varje deltagare att själv definiera och beskriva vad sexuella biverkningar innebar för dem. De sexuella biverkningar som deltagarna beskrev var nedsatt förmåga och/eller oförmåga till orgasm, erektil dysfunktion, fördröjd ejakulation, nedsatt förmåga till lubrikation, nedsatt känsel på och kring könsorganet, nedsatt sexlust och nedsatt förmåga till upphetsning. En deltagare beskrev även smärta vid vulvovaginalt sex men beskrev inte detta som en biverkning av läkemedelsbehandlingen.

Totalt rekryterades elva personer till studien. Deltagarnas ålder var mellan 20 och 52 år (M=29). Åtta personer identifierade sig som kvinnor och tre personer identifierade sig som män.

Ingen av deltagarna identifierade sig som icke-binär eller annan könsidentitet. Samtliga deltagare identifierade sig med sitt biologiska kön. Av deltagarna var det sju personer som hade en heterosexuell läggning, två personer hade en homosexuell läggning och två personer hade en bisexuell läggning. Samtliga deltagare hade en utbildningsnivå som var på minst gymnasial nivå. Tio deltagare hade under intervjuernas tidpunkt en relation som var romantiskt och/eller sexuell med en annan person. En deltagare hade ingen relation som var romantiskt och/eller sexuell med en annan person. Ingen av deltagarna hade under intervjuens tidpunkt romantiska och/eller sexuella relationer med flera andra. Samtliga deltagare behärskade det svenska språket.

Samtliga deltagare har behandlats med antidepressiva läkemedel. De har behandlats för tillstånd såsom depression, ångest, oro, ängslighet, panikångest, tvångstankar, sömnsvårigheter, utbrändhet, social fobi, bipolär sjukdom och PMDS. Behandlingsperioden har varierat mellan ett år och över 20 år. Dessutom har flertalet deltagare haft uppehåll i sin medicinering under perioder. De läkemedel som deltagarna har behandlats med var SSRI-preparat såsom Citalopram (Escitalopram), Cipralex, Sertralin, Fluoxetin och/eller SNRI-preparat såsom Venlafaxin. Samtliga deltagare har haft erfarenhet av sexuella biverkningar i samband med sin antidepressiva läkemedelsbehandling. Vi kontrollerade inte huruvida deltagarna hade testat andra metoder för att behandla sina initiala svårigheter. Vid tidpunkten för intervjuerna skiljde det sig mellan deltagarna huruvida de: 1) fortfarande tog antidepressiva läkemedel och upplevde sexuella biverkningar, 2) inte längre tog antidepressiva läkemedel men fortfarande upplevde sexuella biverkningar och 3) inte längre tog antidepressiva läkemedel och inte längre upplevde sexuella biverkningar. För att minimera risken att kunna identifiera deltagarna i studien valde vi att inte beskriva dem ytterligare, samt att inte beskriva dem var för sig.

Procedur

Insamling av data gjordes genom semistrukturerade intervjuer som spelades in med diktafon. Deltagarna fick möjlighet att innan intervjun meddela huruvida de önskade bli intervjuade av en kvinna eller man, samt om de önskade att intervjun hölls fysiskt (inom Skåne) eller via en digital plattform. Utifrån den informationen delades intervjuerna upp mellan oss för att få ett likvärdigt antal intervjuer att leda och närvara vid. Sex av deltagarna intervjuades av en kvinna och fem intervjuades av en man. Sju av intervjuerna hölls på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet, tre hölls via den digitala plattformen Zoom och en hölls i en av intervjuarens hem. Ingen av oss författare kände någon av deltagarna sedan tidigare. Innan

genomförandet av intervjun inhämtades både skriftligt och muntligt samtycke. Det samlades även in demografisk information såsom ålder och könsidentitet innan inspelningen av intervjuerna påbörjades (se bilaga B). Deltagarna påminnes om deras rätt att när som helst avbryta intervjun utan att behöva ge förklaring, samt rätt till att pausa inspelningen samt att de när som helst utan förklaring kunde välja att inte svara på frågor.

Under intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga A). I majoriteten av intervjuerna ställdes frågorna i den kronologiska ordning som de är presenterade. Vi var angelägna att vara följsamma till intervjuguiden, samtidigt som vi ställde fördjupande frågor och bad våra deltagare att utveckla sina svar vilket hör till den semistrukturerade intervjuens natur. Vi var flexibla med strukturen av intervjun och vid några intervjuer ändrades ordningen av frågorna i syfte att vara följsam till det deltagaren berättade. Eftersom intervjuerna var semistrukturerade och innehöll olika många och olika slags följdfrågor innebar det att intervjuernas längd och struktur skilde sig åt. Intervjuerna längd varierade mellan 33 och 87 minuter (M=63).

Efter avslutad intervju frågade vi om deltagarna fortfarande gav samtycke. Det påminnes även om att de hade möjlighet att återta sitt deltagande inom en vecka. Vi frågade även hur det kändes efter intervjun samt om de hade några frågor kring intervjun. För en mer djupgående diskussion se rubrik Etiska överväganden.

Samtliga intervjuer transkriberades manuellt och vi transkriberade de intervjuer vi själva närvarat vid. Transkriberingarna gjordes ordagrant. Dock exkluderades ljud såsom när någon hostar, skrattar eller säger "hmm", "ehm" eller "mm" såvida det inte bedömdes att det var relevant och enligt vår enskilda uppfattning bidrog till ytterligare förståelse av deltagarens upplevelse. I vissa fall var det omöjligt att identifiera vad intervjuaren eller intervjudeltagaren sade. Detta markerades med [ohörbart]. Transkriberingarna påbörjades innan alla intervjuer var genomförda.

Efter att samtliga intervjuer transkriberats läste vi igenom våra egna samt varandras transkriberingar. Vi valde att inte lyssna igenom varandras intervjuer eftersom vi bedömde att det var tillräckligt att läsa igenom transkriberingarna för att bekanta oss med all data.

Dataanalys

Vid analysen av studiens data följde vi den modell och de riktlinjer för tematisk analys som presenteras av Braun och Clarke (2006). Modellen argumenteras av dem vara lämplig vid

kvalitativ psykologisk forskning (Braun & Clarke, 2006). Analysmetoden användes för att urskilja teman i den data som inhämtats.

I tematisk analys kan man ha ett induktivt eller deduktivt tillvägagångssätt. Vi har varit induktiva (bottom-up) när vi kodat och tolkat vår data, samt i processen där vi identifierade teman. Vi har dock inte kunnat bortse från att vi besitter kunskap om ämnet samt har liknande egna erfarenheter av sexuella biverkningar och således även varit deduktiva (top-down). Vi har dessutom frågeställningar som vi utgått ifrån, såsom att vi syftat att undersöka strategier. Vi har därmed sökt efter strategier under kodningsprocessen och således varit deduktiva i vårt utförande. Att ha ett tillvägagångssätt som är både induktivt och deduktivt är inte ovanligt när tematiska analyser genomförs eftersom forskning sällan kan göras utan att forskaren har någon förförståelse alls av det som undersöks (Braun & Clarke, 2006).

Analysen genomfördes på en semantisk språklig nivå (Braun & Clarke, 2006). Detta innebär att vi har analyserat det inhämtade materialet explicit, det vill säga att vi har analyserat det som deltagarna uttryckligen beskrivit under intervjuerna. Vi har således inte sökt efter latent betydelse i våra deltagares berättelser, vi har inte gjort tolkningar eller försökt identifiera underliggande meningar vid kodningen.

Den metod av tematisk analys som Braun och Clarke (2006) presenterar innehåller sex olika faser som ofta sker parallellt med varandra och inte uteslutande stegvis. Steg ett innebär att bekanta sig med insamlad data, vilket vi gjorde genom att transkribera vår data, samt läsa alla transkriberingar ett flertal gånger. Vi har även haft en forskningsdagbok där tankar och idéer om eventuella mönster och teman har dokumenterats. Detta gjordes dels under processen av att transkribera dels även vid genomläsning av samtliga transkriberingar. I enlighet med steg två började vi därefter att koda vår data. Programmet NVivo användes under kodningsprocessen. Vi kodade först en intervju var för sig och gick sedan igenom dessa koder tillsammans. Detta för att få en gemensam förståelse av studiens data. Vi kodade därefter en halv intervju tillsammans för att ytterligare kontrollera att vi hade gemensam syn på hur texten skulle kodas. Dessa kodningar var preliminära och användes i lärande syfte. Vi började därefter med den kodning som använts i analysen av vår data. Vi kodade intervjuerna enskilt och vi kodade fem respektive sex intervjuer vardera. Under denna process hade vi en kontinuerlig kontakt med varandra. Efter att samtliga intervjuer hade kodats slog vi ihop våra två datafiler. Vi granskade kodlistan och gjorde korrigeringar, såsom att koder med samma betydelse men olika formuleringar slogs ihop.

I steg tre av analysen samlade vi alla koder och började söka efter och skapa preliminära gemensamma mönster. Vi använde oss av listor och tankekartor för att försöka generera olika preliminära teman. Denna process gjorde vi först enskilt och vi gick därefter igenom våra enskilda material tillsammans. Därefter återvände vi till koderna och skapade nya tankekartor tillsammans. Detta resulterade i tre preliminära huvudteman med tre preliminära underteman vardera.

I de följande stegen började vi beskriva våra teman samtidigt som vi under den processen kontinuerligt granskade dem. Återigen kontrollerades det att koderna och transkriptionerna överensstämde med tematiseringen, vilket gjordes i enlighet med steg fyra. I denna process insåg vi att en del information upprepades i flera underteman. En av författarna skapade således en ny tankekarta vilket resulterade i fyra huvudteman och tio underteman, vilka är de slutgiltiga teman som presenteras i resultatet. Dessa teman kontrollerades och granskades sedan av oss båda. I enlighet med steg fem namngav vi våra teman. Namn valdes utefter hur väl vi ansåg att de fångade essensen i våra teman och informanternas berättelser. Det sjätte steget innebär att välja ut citat samt att producera den skriftliga rapporten. Detta gjordes parallellt med de föregående stegen.

Under resultat presenteras citat för att illustrera de huvudteman och underteman som identifierats. Justeringar av citaten har gjorts såsom att utfyllnadsord exkluderats, exempelvis ord som “liksom” och “alltså”. Även ofullständiga meningar har exkluderats. I de citat där både deltagare och intervjuare citeras har vi markerat D för deltagare och I för intervjuare. En del av citaten har gjorts könsneutrala, såsom att “min flickvän” ersatts med “min partner”. Detta har markerats med hakparentes []. I en del citat har vi lagt till ord för att öka läsbarheten. Dessa tilläggsord har också markerats med hakparentes []. Identifierande information har markerats med [*] eller neutraliserats och markerats med hakparentes []. I vissa fall har information exkluderats som inte bedömts relevant för att illustrera respektive tema. Detta har markerats med ellips inom en rundparentes (...).

Etiska överväganden

Forskningsprojektet som studien ingår i har godkänts av Etikprövningsmyndigheten. Projektet godkändes den 28-08-2022 och har diarienummer 2022-03724-01. Projektansvarig Ingela Steij Stålbrand och medverkande forskare Tove Lundberg stod för ansökan. Etikprövning krävdes då forskningen berör sexualitet vilket klassas som ett känsligt ämne. Vi

har följt riktlinjer som är i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013), till exempel avseende informerat samtycke.

De personer som anmälde intresse till studien fick ett informationsblad skickat till sig (se bilaga C). Detta dokument innehåller information om forskningsprojektet, syftet med studien, risker med att delta, deltagarnas rättigheter och hur insamlad data lagras. Vi har hanterat och lagrat all insamlad data i enlighet med den information som finns i denna bilaga. Informationsbladet innehåller även kontaktuppgifter till oss författare samt forskningsansvarig.

I samband med att vi skickade ut informationsbladet skickade vi även ut en samtyckesblankett (se bilaga D). Vi bad våra intressenter att läsa igenom informationsbladet och om de därefter var fortsatt intresserade av att delta att återkomma med underskriven samtyckesblankett. De deltagare som återkom bokades in för intervju. Som tidigare nämnts fick deltagarna möjlighet att önska plats för intervjun samt preferens gällande intervjuarens kön. Detta för att kunna erbjuda mer trygghet för deltagarna. Då det inte fanns någon annan lokal tillgänglig utfördes en av intervjuerna hemma hos en av författarna till denna studie.

De deltagare som inte hade möjlighet att skicka samtyckesblankett digitalt och önskade att intervjun hölls fysiskt, fick möjlighet att skriva under samtyckesblankett innan intervju påbörjades. Innan intervjuerna påbörjades frågade vi även muntligt om samtycke. Vi påminde om deras rättigheter att när som helst avbryta eller pausa intervjun utan förklaring samt att de kunde välja att inte svara på frågor utan att uppge något skäl till detta. Vi frågade även om samtycke efter avslutad intervju. Deltagarna fick påminnelse om deras rätt till att återta sitt deltagande inom en vecka efter avslutad intervju, information som de fått i informationsbladet. I de fall deltagare har velat återta delar av information som de delgett under intervjuerna har de först fått berätta vilken typ av information de önskat återta. Intervjuaren har sedan transkriberat intervjun och markerat [*] där information är borttagen. Deltagare har därefter erbjudits möjlighet att läsa igenom transkriberingen och själva markera sådan information de önskat utesluta ur analysen. Av de som deltog i studien var det en som önskade att korrigera informationen efter avslutad intervju.

Vi har efter att vi avslutat intervjuerna och avbrutit inspelningen frågat våra deltagare om hur de känner. Detta eftersom sexualitet är ett känsligt ämne som många inte är vana vid att prata om, i synnerhet inte med en person de inte känner under samtidig inspelning. Att prata om sex, som är ett tabubelagt ämne, kan väcka många känslor och tankar hos den enskilde individen. Dessa känslor och tankar kan vara både positiva och negativa. Vi har därför varit

måna om att fånga upp eventuella känslor och tankar efter avslutad intervju och erbjudit möjlighet att prata om det.

Vi har tillsammans med vår handledare bedömt att den nytta studien skulle kunna göra väger tyngre än de eventuella risker som vi lyckats identifiera. Som psykologstudenter är vi medvetna om att det alltid finns en risk av att må sämre till följd av att dela med sig av sina inre tankar och känslor. Samtidigt ser vi också att det kan kännas positivt och befriande att få prata om sina sexuella besvär och sätta ord på dem. Risken att deltagarna skulle ta skada av att delta i studien har vi således bedömt som minimal. Utöver att vi erbjudit att samtala om eventuella negativa känslor och tankar efter avslutad intervju har deltagarna fått kontaktuppgifter till en legitimerad psykolog i informationsbladet (se bilaga C). Detta ifall de upplevt obehag eller behov av att prata med någon som är utomstående till forskningsprojektet. Deltagarna har även fått kontaktuppgifter till oss som intervjuat, samt ansvarig forskare för projektet.

Vi avidentifierade vår data när transkriberingarna gjordes. Identifierande information om deltagarna togs bort såsom deras ålder, var de bor, deras sysselsättning eller andra faktorer som bedömdes vara identifierande. Denna information markerades med [*] i transkriberingarna. Vi läste även igenom varandras transkriberingar för att säkerställa att ingen identifierande information var tillgänglig. Vi bestämde att benämna våra informanter som deltagare (D) 1 till 11. De olika siffrorna har syftet att kunna särskilja dem från varandra. I uppsatsen presenteras deltagarna som D1-D11.

Resultat

Dataanalysen har genererat fyra teman och tio underteman (se Tabell 1) som belyser de fynd som varit mest framträdande i deltagarnas berättelser. Trots den indelning som presenteras är det mycket av materialet som överlappar både på huvud- och undertemanivå. Citat presenteras i respektive undertema för att illustrera deras innehåll. När det refereras till partner kan det innebära partner i ett varaktigt förhållande eller partner i ett tillfälligt förhållande. Teman kommer att diskuteras utifrån studiens frågeställningar i diskussionen.

Tabell 1

Tematisk karta över studiens fyra huvudteman och tio underteman

<i>Huvudtema</i>	<i>Undertema</i>
Att dela besvären med andra	Öppna upp sig inför partner Prata med vänner och familj Vårdens brist på samtal
Behov och preferenser	Självetns inre behov Behov från partnern
Den relationella bördan	Oro för hur partnern påverkas Relationella konsekvenser
Den inre dialogen	Inverkan på självkänslan Det ofrånkomliga vågspelet Tankarnas tyngd

Att dela besvären med andra

Det första huvudtemat belyser vikten av kommunikation och att samtala med andra. Att prata med andra är en av de strategier som har varit mest framträdande under intervjuerna. Deltagare beskriver att det har varit ett sätt att hantera de sexuella biverkningarna samt ett sätt att få stöd, tips och råd från andra. I detta huvudtema identifierades tre underteman i) öppna upp sig inför partner, ii) prata med vänner och familj samt iii) vårdens brist på samtal.

Öppna upp sig inför partner

Att samtala med partnern har lyfts fram som en av de främsta strategier som deltagarna använt sig av. Att kunna dela med sig av svårigheterna har flertalet betonat som viktigt. D9 beskrev: "Jag pratade med min dåvarande [partner] om det, det var så jag kom runt problemet (...) kommunicera hur jag kände och prata om det".

Flera beskrev att de upplevt det som jobbigt att ha sexuella biverkningar, såsom nedsatt sexlust eller orgasmsvårigheter. Det har varit viktigt att kommunicera till partnern att de sannolikt inte kan uppnå orgasm under sexakten eller att det kan ta lång tid. För en del har det bidragit till att förväntningarna sänkts. D2 beskrev: "Vi har pratat om det. Om att jag tar de här

nu. Och om man under själva akten märker att det går lite segt (...) kan jag bara säga 'aja jag har pillren just nu.' Och då vet [hen] varför". Även D11 beskrev att hen har upplevt att förväntningarna minskat: "Ja sa det till [hen] också. Det var skönt att [hen] visste det tror jag. Då blev det lite mindre förväntningar".

Flera beskrev att de genom samtal tillsammans med sin partner har försökt utforska vad de tycker är njutningsfullt under sex.

Jag har en väldigt bra partner som lyssnar. Så [hen] vet ju om det här problemet och gör vad [hen] kan för att ändå hitta nya sätt att upphetsa och hålla spänningen i sovrummet. Och [hen] tar det ju inte till sig. Utan tvärtom ser [hen] det som en liten utmaning att fortsätta hitta mer saker som funkar. (D5)

Även D3 beskrev att hen tillsammans med sin partner utforskat vad som fungerar. D3 sade: "Vi väldigt metodiskt verkligen hittar sätt för att försöka få det att fungera ändå eller att man 'okej men vad exakt är det du tycker är skönt?' Alltså att man går in på djupet på ett annat sätt". D3 berättade även: "Det känns som att [hen] är så himla lösningsfokuserad och att vi hela tiden pratar om det. Och bara 'men vad skulle vi göra för att det kändes bättre?'" Även D2 beskrev en liknande erfarenhet: "Vi kan också kommunicera om det är något annat jag skulle behöva. På något annat ställe, eller hårdare eller såhär. Det är väl att man fått anpassa vad man gör." Samtidigt är det också flera som beskrev frustration över att den sexuella funktionen är nedsatt.

För en del har det varit lätt att prata om svårigheterna och de har inte påverkats av att sex anses vara ett tabubelagt ämne. D3 berättade: "Jag tycker inte att det är konstigt att prata om grejer. Jag har nog bara sagt att 'ja, jag har ganska svårt att komma bara så du vet. Det är förmodligen inte ditt fel.'" För andra har det varit svårt att prata om. D4 beskrev: "Vi är inte jättebekväma i att prata om det. (...) Nu är det väl lättare, men ganska länge var det inte det". Hos vissa upplevs en skyldighet i att berätta om de sexuella besvären. D1 beskrev: "För att det blir inte bättre stämning av att man bara håller tyst när det så uppenbarligen är något problem." D1 sade även: "Jag pratade inte med [hen] om det (...) Även om jag inte har skyldigheter att göra det på ett vis så hade det ju kunnat göra det enklare för oss båda, om det fanns redan uttalat." D1 beskrev en medvetenhet kring att hen inte har skyldighet att berätta, samtidigt tycks det finnas ett skuldbeläggande mot sig själv i att inte ha anförtrott sig. Flera har bett om ursäkt för sina svårigheter. Detta exempelvis när de inte känt sexuell lust trots att deras partner gjort

sexuella närmanden som vanligtvis ökat sexlusten. Det kan också vara i situationer när deltagare har haft svårt att få orgasm trots att deras partner försökt tillfredsställa dem.

Det har aldrig hänt att någon bara, “ja gud vad lång tid du tog på dig”. Eller det kanske visst har hänt att någon har “nu är jag trött” och man bara “okej, det är okej”. Men ofta när man säger “gud förlåt att det tar sådan lång tid” så är de såhär “men herregud tänk inte på det.” (D3)

De flesta beskrev att de mottagit ett gott bemötande när de pratat med partnern. D8 beskrev: “Vi pratade väl om det och [hen] visste att det här det går inte. ‘Det är okej’ sa [hen]”. I vissa fall har partnern berättat att den haft liknande svårigheter. D1 berättade: “Jag har pratat med [hen] om att jag har svårt att komma. (...) då berättade [hen] att [hen] också har svårt med det och sa exakt så som jag känner. Att vi behöver inte komma”. Här illustreras hur förväntningarna på sexuell prestation sänks genom att kommunicera med partnern.

Deltagare beskrev emellertid att sex ändå förväntas i relationen trots samtal med partnern och att partnern uttryckt förståelse för svårigheterna. Många beskrev att de själva vill ha sex med sina partners men att det blivit svårare sedan lusten minskat.

Sammanfattningsvis har samtal med partnern varit ett av de mest framträdande tillvägagångssätten för att hantera sexuella biverkningar. Deltagarna har genom samtal med partners fått stöd och förståelse.

Prata med vänner och familj

Att prata med vänner och familj om svårigheterna har lyfts som ytterligare ett sätt att hantera de sexuella biverkningarna. En del beskrev att de har ett socialt nätverk där det är tillåtande och välkommet att prata om sex. D1 beskrev: “Sen har jag också pratat mycket med mina vänner om det. Jag har vänner som tack och lov är väldigt frispråkiga när det kommer till sex och deras sexliv”. D1 beskrev även att hen pratat med vännerna innan hen berättat det för en partner.

Att ha tillgång till sammanhang där sex inte är tabubelagt har för vissa medfört att de fått tips och råd om vad som skulle kunna vara hjälpsamt, såsom att testa sexleksaker.

Jag köpte efter råd från en väninna en sån här Satisfyer for women. Det skulle ju va liksom räddningen på alla problem. Och det är det ju typ. Alltså vid tillfället så äter jag ju inga mediciner och har inte gjort på ganska länge. Jag

skulle säga att den hjälpte ganska mycket i början. Att bara kunna få orgasm, i min egen ensamhet men också tillsammans med partner. (D6)

Att samtala med vänner har för en del inneburit att de fått reda på att det är fler i deras närhet som upplever liknande svårigheter. D11 berättade: “När jag fyllde tjugo fick jag en liten vibrator av mina kompisar. Det kan vara relaterat till att jag har sagt någonting (...) jag kommer ihåg att (...) den här kompisen också åt [antidepressiva] och att [hen] också upplevde liknande problem”. Det finns deltagare som inte nämnde huruvida de berättat om svårigheterna för vänner. Några beskrev att det är ett fåtal de valt att prata med, men att de inte fått användbar hjälp utifrån det. D5 beskrev: “Jag pratade med en kompis om det, men [hen] kunde bara säga ‘ja, det var därför jag slutade med [medicinen]’”. Flera deltagare beskrev att avsluta sin medicinering inte varit ett alternativ för dem.

Att dela med sig av sina svårigheter till vänner har även i vissa fall bidragit till att deltagare har börjat reflektera över hur deras sexliv ser ut i jämförelse med sina vänner. De har bland annat märkt att de inte är lika sexuellt aktiva som andra i deras vänskapskrets och inte följer det som anses normativt i samhället. Många beskrev att de accepterar att deras sexliv inte ser ut som andras och att de har andra förutsättningar nu. En deltagare beskrev följande:

Jag jämför mig kanske med mina [kompisar] och deras [partners]. Typ hur ofta de har sex. Och då kanske man inte känner sig lika passionerad som dem. Detta är känslor man har, sen så rent kognitivt så fattar man att okej, det ska man inte bry sig om, men man gör ju det ändå. (...) Då är det som att som de gör är rätt och som jag gör är kanske inte helt rätt. Eller att jag borde eftersträva som de har det. (D2)

Ett fåtal deltagare beskrev att de berättat om sina svårigheter för andra familjemedlemmar än partnern. En deltagare beskrev att den fått nya insikter efter ett sådant samtal. D7 beskrev: “Jag tog faktiskt upp det med min pappa en gång också. (...) Jag har aldrig pratat med min pappa om sex. (...) Det var någonting som verkligen öppnade mina ögon, att det här är kanske inte så himla ovanligt, det förekommer.” De flesta deltagare nämnde inte familjen under intervjuerna. En deltagare beskrev att det inte skulle förekomma att hen pratade med sin familj om sex. D5 sade: “Nu kommer jag från en väldigt pryd familj. (...) det som händer i sovrummet händer i sovrummet. Och resten av livet finns utanför. (...) Där har det blivit lite den här känslan av att det är förbjudet att prata om sex”.

Sammanfattningsvis är det flera som sökt stöd från sina nära och kära. De har genom samtal fått reda på att andra lider av liknande svårigheter. De har också fått tips om strategier.

Vårdens brist på samtal

Flera deltagare betonade att vården har varit bristfällig vad gäller samtal. Återkommande berättade deltagare att personal inom vården inte ställt frågor om sexuella biverkningar eller att detta inte har prioriterats. D7 sade: "Ingen har någonsin frågat mig om jag har fått några sexuella biverkningar". Deltagare beskrev att de upplevt att vårdpersonal snarare har frågat om andra biverkningar såsom svettningar och muntorrhet.

När man kommer till läkaren och säger att "vad har du för biverkningar, vad tycker du om ditt läkemedel" så bara "jo jag svettas jättemycket, min sexdrift är ganska låg, och jag har ont i huvudet och jag är svettig" och då bara: "Svetten! Vi löser den!" (D1)

Bristen på samtal har för flera upplevts som frustrerande. En del beskrev att de blivit ifrågasatta och förminskade i sina upplevelser och fått information om att deras sexuella biverkningar snarare beror på något annat. D3 berättade följande: "Hon sa 'nej, men nej, jag tror inte du har problem, jag tror inte ditt problem sitter i kroppen, jag tror det sitter i huvudet'". En annan deltagare beskrev att hen inte fått information om att man kan få sexuella biverkningar av behandlingen. D10 beskrev: "När jag började på antidepressiva så pratade vi inte om det. Vi pratade knappt om biverkningar alls." Flertalet berättade att de själva behövt läsa sig till informationen och först då insett att deras svårigheter sannolikt beror på deras läkemedel. D5 beskrev: "Det inser jag först, det var bara till jag läste bipacksedeln då jag insåg att, jaha, där finns det att man har problem med orgasm." Många beskrev att de sökt på nätet för att hitta information om sexuella biverkningar. I sökandet har de fått reda på att de inte är ensamma om att uppleva sexuella biverkningar. D4 beskrev: "Sen har jag väl (...) försökt läsa på om det. (...) Söka på nätet. (...) försöka hitta andras upplevelser av det. (...) Det är inte bara min kropp som är fel utan det här är en grej som händer andra människor också".

Två av deltagarna berättade att de sexuella biverkningarna inte har försvunnit trots att de avslutat sin antidepressiva läkemedelsbehandling. D10 beskrev: "Jag hade ändå en normal lust innan och sen efter antidepressiva och under antidepressiva så blev det väldigt sällan som jag kände lust." Även D8 beskrev att hen upplevt att de sexuella biverkningarna är kvarstående.

Att detta kan ske är något som vården inte har informerat om. D8 beskrev även att hen fått olika information och sa i samband med det: “Det känns lite osäkert”.

Flera deltagare lyfter att de har en önskan att få samtala med vårdpersonal om sina svårigheter. D10 sade: “Sen tycker jag att de kan erbjuda samtal (...) det är inte kul att känna sig annorlunda eller ha dåligt självförtroende. (...) Samtal om dels vad som är jobbigt men också strategier för att hitta lust i sex igen.” Många beskrev en förståelse kring att det råder resursbrist inom vården, men flera beskrev i likhet med D10 att de har ett behov av att samtala med en professionell. Flera föreslår psykolog eller sexolog. Det betonades att samtal med nära och kära varit hjälpsamt men att det behövs hjälp från någon med specialkompetens på ämnet.

Flera rekommenderar andra att våga berätta om de sexuella biverkningarna för vården. D7 beskrev: “Har man några problem så våga prata. Det är mitt råd”. Det finns deltagare som beskrev att de upplevt att de själva har en skyldighet att berätta för vården om sina sexuella biverkningar och att de skuldbelagt sig själv över att de inte berättat. D5 sade: “Prata med sin läkare. Berätta om sina biverkningar. Det gjorde inte jag. (...) Troligtvis hade jag kunnat byta till nån annan [medicin] som funkade lika bra. Och sen hade kanske sexlusten kommit tillbaka, innan jag fick den här mentala spärren.” En del beskriver dock att de sällan fått hjälp när de kontaktat vården. Få har blivit bemötta med den nyfikenhet och viljan att hjälpa som förväntas. De har snarare fått information om att det inte går att göra något åt de sexuella biverkningarna.

Det är ganska mycket “ja men så här är det.” Det är väldigt sällan det försöks bemötas med alternativ. “Ska vi försöka prova ett annat läkemedel? Vad händer om vi gör såhär?” Eller bara frågan “hur påverkar det dig?” Utan det är bara, “ja men det här är en vanlig biverkning.” Då är det, ja men take it or leave it ungefär. (D6)

En del har dock blivit tagna på allvar när de berättat för vårdpersonal om sina sexuella biverkningar. De finns de som har fått hjälp från vården med att prova olika läkemedelsstrategier. Detta kan till exempel vara att minska dos av läkemedel, byta läkemedel eller att lägga till ett läkemedel såsom tadalafil. För en del har dessa strategier fungerat medan det för andra inte har det. D2 beskrev: “Min läkare sa till mig, ‘ja men börja med tio, sen kan du själv testa fem eller tio, vad du själv tycker känns bäst’. Så nu testade jag att minska, och det hjälpte.” En del beskrev dock att läkemedelsstrategier inte har varit ett alternativ för dem. D4 berättade: “För att det är ju ändå så att jag nu provat att trappa ut medicinen och sluta med den,

och det är inte ett alternativ för mig. Jag mår för dåligt.” Vissa beskrev även att de har avbrutit läkemedelsbehandlingen spontant utan att ha kontaktat vården. D6 sade: “Då har jag bara slutat med medicinen av ren frustration. Jag har aldrig slutat med dem för att en läkare har tyckt att det har varit lämpligt. Utan ibland har det ju handlat om den sexuella frustrationen.” En av deltagarna uppmuntrade andra med liknande svårigheter att hitta alternativ till medicineringen om möjlighet finns. D8 sade: “Kan man hitta alternativ, typ FaR, fysisk aktivitet på recept, att man kan träna, [det ger] också väldigt stor effekt på ett bra mående.” D8 beskrev också förståelse kring att andra alternativ än medicinering inte är möjliga: “Någonstans måste man kanske ha hjälp med en medicinering för att ens liv är fullständigt upp och ner.”

Sammanfattningsvis beskrev flera att vården är bristande angående att fråga, informera om och hjälpa till att hantera sexuella biverkningar. Flera beskrev att de önskar mer information och råd kring vad som kan förbättra deras sexuella symtom.

Behov och preferenser

Det andra huvudtemat beskrivs vikten av att vara medveten om egna behov och sexuella preferenser. I detta huvudtema identifierades två underteman i) självets inre behov och ii) behov från partnern.

Självets inre behov

Flera deltagare berättade att de reflekterat kring sina egna behov och preferenser i sexuella situationer. Aspekter som beskrevs var att förmå sig att vara sann mot sig själv och lyssna till sina behov. Behov som nämnts har exempelvis varit att ha förspel för att få igång den sexuella lusten samt stimulans på klitoris för att kunna få orgasm. D10 beskrev: “En strategi som också hjälpte till var förspel. Förspel är väldigt viktigt för mig för att komma i rätt stämning”. Att vara medveten om behov och preferenser har för flera förbättrat den sexuella funktionen. När deltagarna haft förmågan att identifiera sina behov samt förmedlat dem till partner har det för flera varit en positiv upplevelse. D6 beskrev: “Också skönt att själv kunna säga att ‘du det där var inte så himla skönt så att det kanske vi inte behöver testa igen’”. Att ta sig själv på större allvar och prioritera egna behov har upplevts som stärkande.

Då gjorde jag en självisk, som i bra självisk, grej för mig själv. Och bara nej, jag vill ha detta, så jag ska ta det. Och [hen] vill ju detta för mig egentligen också. Annars skulle [hen] inte varit här. Så nu var det en stund där jag bara äntligen gav vad jag behövde till mig själv. Och jag kom. Och det är första

gången på kanske ett år eller någonting som jag har kommit med en annan människa. (D1)

En del beskrev att de ännu inte vet vad de har för preferenser under sex. D2 sade: "Jag kanske inte är helt säker på exakt vad under akten som jag vill att det ska göras". D3 beskrev att hen tenderar att utforska vad hen tycker om tillsammans med sin partner, men sade också: "Sen kan det bli en prestationsgrej också, att man bara 'men jag vet inte ens vad som är skönt.'" Flera beskrev dock en nyfikenhet och vilja att fortsätta utforska sina sexuella preferenser.

Det är ett äventyr. Jag tycker om variation. Jag tycker om att testa nya saker. Nya ställningar till exempel. (...) När vi var nykära då kunde vi ta en tur ner till [sexaffären] och se om vi kunde hitta någonting. För vi har en kista under sängen. Den finns där. Den har lite smått och gott. (D5)

Många beskrev att det är lättare för dem att få orgasm när de onanerar än när de har sex med en annan person. D3 beskrev: "Det är lättare då." Även D4 sade detta: "Det är väl lättare", likväl D1: "Det är lättare när jag är själv." En medvetenhet kring att andra faktorer kan påverka och försämra de sexuella symtomen uttrycks av flera. Vid onani har de inte känt pressen att tillfredsställa någon annan än sig själv och de har kunnat vara mer målmedvetna. Hur deltagarna ser på onani har varierat. En del beskrev det ur ett positivt sken och som njutning de vill ge sig själva. Andra beskrev att onani är förbjudet i romantiska relationer och förenat med känslor såsom skam och äckel. D3 berättade: "Det är som att det nästan känns sunkigt." D5 sade: "Det hade blivit lite av en smutsig hemlighet. Att när [hen] inte är hemma så passar jag på att onanera. Så det blir nästan förbjudet."

Flera av deltagarna beskrev att de försökt använda olika strategier som de vet vanligtvis brukar fungera för dem. Detta har exempelvis varit att använda sexleksaker där lufttyckvibratorer ofta nämns. Andra har provat knipövningar, glidmedel, krämer, konsumerat porr, fantiserat om sex, sökt sexterapi, onanerat eller avstått från att onanera. Alla dessa har varit försök till att förbättra den sexuella funktionen. D6 sade: "Jag har varit på en sexterapi med en partner. Hjälpte inte. Det är svårt att bota ett fysiskt problem med samtal." Strategierna har inte varit något de kunnat förlita sig på eftersom de inte alltid fungerat. För vissa har brist på strategier lett till att de valt att byta läkemedel.

Det blev starten på att jag försökte klura ut vad sjutton jag skulle göra åt det här. Och jag sökte information överallt och provade massa grejer och sexleksaker och grejer för att få det att fungera bättre, men jag var inte bekväm i det ändå. Vi fick inte det till att funka riktigt bra ändå utan det funkade fortfarande väldigt dåligt. Och då valde jag att byta medicin. (D7)

Att olika hjälpmedel och verktyg inte fungerar beskrevs av flera som en orsak till frustration, besvikelse och uppgivenhet. Flera av deltagarna beskrev att de trots sina svårigheter försöker att få orgasm och kan ibland vara väldigt nära. D11 beskrev "Provade med vibrator och som normalt har kunnat gå bra innan. Sen försökte jag, koncentrerade mig på det men det gick inte". Två deltagare beskrev känslor av obehag av att inte ha känsel i sitt könsorgan. D7 sade: "Jag hade ingen känsel, det var som jag använde ett finger i stället. Mitt könsorgan var som ett finger, alltså en kroppsdel. Det var inget konstigare än att stryka huden på handen och det var väldigt otäck". D4 berättade: "Det är lite såhär att känsligheten ibland känns som att den inte riktigt finns där. Då kan jag nästan tycka att det känns lite obehagligt."

En del beskrev att de har svårt att bortse från föreställningar om hur sex ska se ut. D1 berättade: "Jag kan inte få tag i den. Och någonstans kan jag inte låta bli att på något vis jaga den också. Jag känner att jag programmerat in i mitt huvud att ett lyckat sex innebär en orgasm." Samtidigt beskrev D1 att hen har insett att orgasmen är viktig för hen. D1 beskrev: "Någonting som jag känner nu på senare tid har blivit mer och mer viktigt för mig att uppnå."

Några beskrev dock att deras tillfredsställelse inte ligger i den sexuella funktionen. D6 sade: "Tillfredsställelsen ligger i att inte känna press eller tvång. Att inte lägga mitt värde i hur mycket eller lite [hen] vill, utan ha en förståelse för att båda kan säga nej." D4 berättade att hen har mer behov av närhet än av sex: "Jag har en ganska låg sexlust generellt. (...) Jag har inte så stort behov av den biten. Jag har ju behov av närhet och intimitet."

Sammanfattningsvis beskrev flera deltagare att det varit hjälpsamt för dem att vara medveten om och följsam med sina sexuella behov och preferenser.

Behov från partnern

Flera deltagare lyfte att sex är en viktig del i deras relationer. En del beskrev dock att det finns andra aspekter som är av betydelse. Flera har nämnt att de har andra behov såsom att få uppmärksamhet, bekräftelse och att känna sig åtråvärd av partnern. Att få detta behov uppfyllt från partnern har bidragit till känslor av kärlek, värme och trygghet. D2 beskrev: "Det som är viktigt är nog att jag känner mig åtråvärd. Att den andra har lust att vara med mig och

att det visar sig.” Det har även varit viktigt att ses som en sexuell varelse trots att den sexuella funktionen är nedsatt.

Att man får känna att man är attraktiv i nån, att man får den bekräftelsen. Som inte bara har att göra vem man är som människa, såhär personlighet, utan också som sexuell varelse. (...) Alltså någon slags bekräftelse på att man är åtråvärd och att det finns en attraktion. (D4)

Att deltagarnas partners har visat förståelse för de sexuella biverkningarna har varit viktigt för många. När en partner har visat förståelse har det för flera deltagare känts lättare med de sexuella besvären. D10 beskrev: “Det var väldigt hjälpsamt att ha en förstående [partner] så att vi kunde ha mindre sex och mer på mina villkor.” D2 beskrev: “Har man mycket lust någon gång så är det bra, har man inte det så är det också bra.” Flera deltagare beskrev att de uppskattar att vara intima med sina partners på andra sätt än sexuellt. Det är dock flera som upplever en uppgivenhet i att deras sexuella funktion inte är som den en gång var.

Flera beskrev att de upplevt lägre förväntningar på att prestera när de upplevt att partnern har visat förståelse för de sexuella biverkningarna. Samtidigt beskrev några att det kan vara svårt att bortse från de sexuella normer som finns. De med heterosexuell läggning beskrev högre förväntningar att anpassa sig till normerna än de med andra sexuella läggningar. Deltagare med andra sexuella läggningar beskrev att det inte finns ett schema för hur sex ska se ut och att de inte upplevt press till att ha en viss typ av sex.

Sammanfattningsvis beskrev många av deltagarna att deras upplevelse har påverkats av hur förstående deras partners är. Flera har noterat att de har behov av att känna sig åtråvärda av sina partners.

Den relationella bördan

Det tredje huvudtemat illustrerar hur de sexuella biverkningarna påverkar andra än individen själv. Vikten av relationer har lyfts fram i flera av deltagarnas berättelser. I detta huvudtema identifierades två underteman: i) oro för hur partnern påverkas ii) relationella konsekvenser.

Oro för hur partnern påverkas

Flera deltagare beskrev oro över hur partnern upplever de sexuella biverkningarna. För många har det varit viktigt att deras partner inte tror att den nedsatta funktionen beror på dem. Flera har genom samtal förmedlat att svårigheterna snarare beror på antidepressiva läkemedel.

D4 beskrev: "Jag har försökt att prata med min partner så att [hen] är medveten, så [hen] vet vad det handlar om." Många beskrev en oro och rädsla att deras partners ska uppleva negativa känslor eller tro att de inte har förmågan att tillfredsställa dem sexuellt. D1 beskrev hur hen hade tänkt i samma situation: "Jag vet själv att om den jag ligger med inte får orgasm så upplever jag att 'gud har jag gjort något dåligt? Är jag inte tillräcklig? Hade jag kunnat gjort någonting annorlunda?'" Liknande tankar beskrevs av D3: "Att få någon annan att komma kan ju kännas som ett kvitto på att man har lyckats och då känns det taskigt att inte ge sin partner det." Flera beskrev denna rädsla för att partnern inte ska känna sig tillräcklig.

Nej men framför allt är det väl den här känslan över att jag inte vill att min partner ska känna sig otillräcklig. Det finns ändå lite stolthet i att känna att man har hjälpt sin partner att få en orgasm. Och det är ju ingenting [hen] har fått uppleva. (D5)

En del har reflekterat kring lösningar på hur de kan tillfredsställa sina partners sexuellt, såsom att föreslå att ha ett öppet förhållande. D10 berättade: "Jag (...) började tänka på om vi skulle ha ett öppet förhållande bara för att jag ville att [hen] skulle vara lycklig även om jag inte kunde tillfredsställa [hen]". En del deltagare beskrev att de haft sex trots att de inte känt lust. Det är emellertid ingen av deltagarna som beskrev att de uttryckligen haft sex mot sin vilja. Flera deltagare berättade att de saknar att känna den sexlust som de haft tidigare och att sex är en viktig del i deras relationer. Det tycks finnas en sorg i att den nedsatta sexuella funktionen även ibland påverkar partners sexuella tillfredsställelse.

Vi pratade ju om det och [hen] var väldigt väl medveten om att det berodde på tablettarna men [hen] ville ju fortfarande ha sex. (...) När man har en partner och har sex med sin partner så känner man mer samhörighet med den personen. Man kommer varandra närmare och man delar någonting som ingen annan delar med den. Det försvann ju lite vilket var väldigt jobbigt och även om [hen] förstod tyckte [hen] också det var jobbigt att jag sade nej typ hela tiden. Men vi hade ju sex ibland iallafall, men det var inte alls som innan. (D10)

Flera deltagare beskrev likväl som D10 en oro över att deras partners inte är sexuellt tillfredsställda. Det tycks finnas en rädsla att partners ska tolka nedsatt sexlust som ett bevis på att personen inte längre är sexuellt attraherad eller intresserad av dem. D4 beskrev: "Då sänder

man kanske ut signaler som man inte ens tänker på, att man inte är så sugen och då kanske det gör att den andra blir osäker”.

Trots viljan att kunna tillfredsställa sin partner har det i några fall framkommit att känslor såsom avundsjuka och orättvisa uppstått. Exempelvis i situationer när personens partner fått orgasm men inte personen själv. Att partnern inte visat förståelse kring svårigheterna och personens upplevelse av att ha sexuella svårigheter har bidragit till negativa känslor. D3 beskrev: “Vi pratade om det, att [hen] bara ‘men ja det är inte så himla viktigt att komma, det är ju inte det det handlar om’. Och man bara ‘nej det är klart att det inte är det det handlar om’ men det är också tråkigt att [hen] kommer varje gång.”

Sammanfattningsvis är det flera som delat en oro över hur de sexuella biverkningarna påverkar deras partners sexuella tillfredsställelse.

Relationella konsekvenser

Att de sexuella biverkningarna leder till konsekvenser i relationer är en aspekt som poängterades av flera deltagare. De beskrev en oro inför sin egen och sina romantiska relationers framtid. En deltagare beskrev att hen ibland kan ifrågasätta sina känslor för sin partner när den upplever nedsatt sexlust. D2 beskrev: “Det är också jobbigt att inte känna lust. För då börjar man ifrågasätta en massa. Man får hjärnspöken. Typ ‘varför känner jag ingen lust?’” En deltagare berättade att den nedsatta sexlusten bidragit till att hen inte dejtade och på så vis undvikt dysfunctionella relationer. Detta beskrevs av deltagaren som något positivt.

Hur upplevelsen kring konsekvenser har varit påverkas dels av livsomständigheter såsom var i livet man befinner sig. Två deltagare berättade att de är i en fas i livet där de börjat tänka på eller redan försöker skaffa barn. De sexuella besvären beskrevs ha blivit mer påtagliga under denna fas av livet. D7 sade: “Vi kanske ska skaffa barn en dag, då är det en förutsättning, att jag kan komma. Och det blev jättetungt.”

Känslor av skam har även varit involverade när deltagare upplevt att de inte kunnat prestera sexuellt. D8 berättade: “Jag känner mig nog rätt så... mesig.” D7 beskrev: “Jag började associera den sexualitet jag hade med min sambo med den här frustrationen, ångesten och skammen som kom”. En uppgivenhet och sorg beskrevs över att sexet numera ser annorlunda ut. D8 sade: “Sen rent sexuellt, man får försöka hitta andra sätt att tillfredsställa sin partner på om det inte kan gå via ett samlag. Men det är klart att det är ingen kul grej.” Att ha lägre libido än partnern upplevdes av flera som jobbigt.

Det var jobbigt att vara i en relation där det var olika sexuella drifter och att jag funderade på 'jag tror inte att jag vill ha sex alls.' Ungefär på den nivån och det kändes ju väldigt jobbigt. Att det går så snabbt och att den förändras så. (D9)

Hos vissa beskrevs även en uppgivenhet i att den sexuella frekvensen har minskat på grund av de sexuella biverkningarna. D8 beskrev: "Det var mycket bättre sex förut. För sexet dog ju ut lite också. (...) Det är ju också tråkigt om det ska påverkas av det här, att det blir sämre. Sex är väl rätt viktig del i ett förhållande". Andra beskrev att de inte upplevt lika mycket negativa känslor till följd av detta. D4 sade: "Vi båda tror jag, vi har en nivå som funkar bra för oss båda."

Sammanfattningsvis finns det en oro hos många att de sexuella biverkningarna ska leda till relationella konsekvenser. Hos flera har de sexuella biverkningarna inneburit att de upplevt mer oro inför framtiden.

Den inre dialogen

Det fjärde huvudtemat illustrerar de olika typer av dialoger som deltagarna förde med sig själva. Dialogen kunde vara av både emotionell och kognitiv karaktär, samt antingen ha en positiv eller negativ prägel. Dialogen kunde vara ett sätt att utvärdera sig själv eller begripliggöra och hantera de sexuella besvären. Tre underteman identifierades: i) inverkan på självkänslan, ii) det ofrånkomliga vågspelet och iii) tankarnas tyngd

Inverkan på självkänslan

De flesta deltagare vittnade om att de gått igenom en eller flera episoder då de skuldbelagt sig själva och haft nedvärderande tankar om den egna personen till följd av sina besvär. Biverkningarna har också fört med sig påfrestande känslor av hopplöshet och sorg. D10 berättade: "Jag kände en stor sorg för att det var en del utav mig som jag förlorade." D10 beskrev vidare att hen tänkte: "Mycket negativa tankar om mig själv, att det var mig det var fel på". Detta skuldbeläggande förstärktes i situationer då de sexuella biverkningarna verkade på sexlivet. D5 förklarade: "Otillräcklighet hos mig. Att jag inte räcker till. Att någonting är fel på min kropp som gör att jag inte gör det som förväntas av min kropp." Den negativa utvärderingen av sig själv och sin egen sexuella förmåga upplevdes ha en negativ inverkan på deras självförtroende och självkänsla.

Mindervärdig. Man får mindervärdeskomplex. Man vill ju, ja jag vet inte om det är manligt eller inte. Men om det hände någon gång, det gör väl ingenting. Men om det är ett återkommande problem då får man ju, det blir lite mindervärdeskomplex. (...) Att det påverkar ens självkänsla och självförtroende. Det gör det ju. (D8)

Majoriteten av deltagarna ansåg att skuldbeläggandet inte hade varit dem till gagn och belyste vikten av att vara mer förstående gentemot sig själv. D7 beskrev: "En strategi som inte har fungerat det är det här att jag skäms när [hen] måste anstränga sig. Det har inte fungerat för att det blir det bara värre av." En del deltagare uppmanade andra att försöka känna självmedkänsla. D4 sade: "Försöka vara öppen och snäll mot sig själv". D6 beskrev likaså att hen uppmanar andra till självmedkänsla: "Värdet ligger i att respektera sig själv och att inte göra någonting som man själv inte vill. Att kärleken till sig själv måste komma från sig själv."

För några av deltagarna kunde en orgasm inge hopp för framtiden och en lycka över att inte helt ha förlorat den delen av sin sexualitet. D1 beskrev: "Det bara var så himla härligt. Och bara yes. Jag är inte helt bortkopplad från min orgasm." En del beskrev att det hade en positiv effekt på självkänslan när de lyckats få orgasm. D7 sade: "Resten av kvällen och kommande dagar är jag på väldigt gott humör, när det väl har funkade. För då känner jag att det är inget fel på mig utan det kan funka." Att få orgasm kunde dock också innebära en osäkerhet kring huruvida det endast var en engångsföreteelse eller om det skulle vara möjligt även framöver.

Sammanfattningsvis framkom det att deltagarna både plågas av negativa tankar gällande sina sexuella biverkningar men också förstår och reflekterar över att dessa tankemönster inte är gynnsamma för dem.

Det ofrånkomliga vågspelet

Flera deltagare beskrev att de övervägt för- och nackdelar med den antidepressiva läkemedelsbehandlingen. D7 sade: "Det är pest eller kolera." Detta har varit ett sätt att hantera situationen samt ta beslut om huruvida de ska fortsätta med behandlingen. En del beskrev att de var säkra på att deras antidepressiva läkemedel är orsaken till de sexuella biverkningarna. D10 beskrev: "Under antidepressiva såg jag en negativ påverkan. Från att innan jag började på antidepressiva till att jag gick på antidepressiva. (...) det var väldigt tydlig negativ påverkan." Andra beskrev en osäkerhet kring huruvida det endast är de antidepressiva, men även om de inte kunde peka på ett direkt kausalt samband kände de att medicinen hade haft någon form av inverkan. Flera beskrev en medvetenhet om andra faktorerers inverkan. Det kunde dock vara svårt

att skilja på om det var en del av den depressiva symtombilden, att relationen till sin sexpartner påverkade eller ifall p-piller och andra läkemedel var det som påverkade. Det skulle också kunna vara en effekt av vanligt åldrande eller något så basalt som dagsformen. Några deltagare hade varit medicinerade sedan tonåren och kunde inte vara helt säkra på hur medicinen påverkat dem eftersom deras sexuella utforskande skett samtidigt. D10 beskrev: "Jag har inte kunnat få orgasm som jag har gjort innan antidepressiva och alla mina [andra] tabletter som jag har tagit. Sen slutade jag på p-piller och då har jag börjat känna att jag kan ha mer intensiva orgasmer."

Trots de sexuella biverkningarna har det för många varit viktigare att fortsätta med medicineringen. Detta eftersom den hade en påtagligt upplyftande inverkan på deras mående och allmänna funktion. D6 beskrev följande:

D: Det som påverkar är inte avsaknaden av att kunna komma, utan det som påverkar är att jag slutar med medicinen och då börjar resan i måendet neråt. Så i vissa fall har det påverkat jättemycket, när man får tillbaka alla negativa symtom som försvinner med medicinen.

I: Vad är det som har hänt, om du kan beskriva mer konkret?

D: När jag slutade med medicinen? Jag blev mer irriterad. Jag har kortare tålamod (...). En stor del till varför jag har haft antidepressiva har ju varit [problematik] som blir mycket värre utan medicinen. (D6)

En del beskrev att de vägt olika typer av sexuella biverkningar mot varandra och fann att vissa besvär var enklare att leva med. D4 beskrev: "Jag kan tänka mig hade det varit att sexlusten var helt död då hade det nog kanske varit värre". D7 berättade: "Med de första antidepressiva jag fick (...) Svårt att säga om det var det eller om det var bara slumpen, men det blev lite svårare att få orgasm. Inga större problem. Sen när jag bytte (...) blev det i princip omöjligt." D7 beskrev ytterligare: "När jag bytte till den andra medicinen (...) blev det betydligt bättre. Nu har lusten i stället påverkats." D7 berättade även att hen inte längre kan avgöra vad en normal sexuell funktion innebär: "Jag vet inte vad som är normalt. Det är också någonting man ställer sig frågan. 'Hur ofta är normalt?'"

Sammanfattningsvis beskrev flera av deltagarna att de prioriterar sitt psykiska välmående framför sin sexuella funktion. De delade också en förståelse för att det är ett multifaktoriellt problem som kan uppstå såväl som förvärras av andra faktorer i livet.

Tankarnas tyngd

Deltagarna berättade om återkommande negativa tankar de haft gällande sitt sexliv. Dessa kunde till exempel handla om hur sex skulle genomföras eller hur ofta de borde ha sex. Under själva sexakten kunde de känna sig manade att gå vidare till nästa "del" av akten, nämligen att följa de skript och föreställningar de har om hur sex ska se ut. D2 beskrev: "Då tänker jag 'nu borde vi gå vidare.' Alltså göra något annat. Alltså att 'nu borde vi'. Borde-tankar kommer ofta." Även andra tankar kunde sippra in, såsom att de aldrig kommer få orgasm hur länge de än försöker.

Att förlora sig själv i tankar på annat och inte kunna vara närvarande i stunden upplevdes som störande och något som även kunde leda till att biverkningarna blev besvärligare att hantera. Flera beskrev att tankar på vardagsbestyr ofta kommer i vägen. D6 berättade: "När man har legat i en timme och man börjar tänka på att man måste tvätta, imorgon ska jag gå till frisören med barnen. Då ger man upp, det blir inte roligt längre." För att stävja tankarna på annat och förmå sig själv att vara mer närvarande i stunden menade flera deltagare att en form av mindfulness-metod som kunde hjälpa. Detta för att öka fokuset på kroppsliga förnimmelser och omdirigera uppmärksamheten på det som sker i stunden. Flera beskrev att den sexuella funktionen är bättre när de är närvarande. D4 sade: "Vara i nuet och att vara fokuserad på det som händer". D2 beskrev: "Att man är här och nu och inte för mycket i sina tankar och tänker på jobb". D1 sade: "Att vara närvarande" och D3 beskrev följande:

Det är inte nödvändigtvis att något annat tar fokus, men jag märker att man svävar iväg lite. Och sen känns det som att jag kan medvetet verkligen, som en liten mindfulness, komma tillbaka till det. Att jag verkligen försöker aktivt att tänka på, alltså verkligen bara kroppsliga förnimmelser. Sådär 'vad är det som pågår nu? Var har jag mina händer?' (...) Det är också, ibland avbryter vi, verkligen. För att såhär 'oj nu blev det konstigt, nu känns det inte bra, nu tar vi en paus.' (D3)

Efter en tids medicinering upplevde flera av deltagarna att de trots att det kunde vara svårt hade kommit att förlika sig med tanken på att leva med sina biverkningar. D9 berättade: "Att acceptera något är jobbigt och är väl något som kanske ofta kommer av tvång eller för att det inte riktigt kanske finns något man kan göra och då är ofta det bästa att bara 'ja så är det.'" Några deltagare upplevde att det inte spelar stor roll att deras sexuella funktion inte alltid är där,

som D2 vittnar om: "Inte så starka känslor. Mest typ, 'jaha, det funkade inte den här gången'. Det är inte så big deal." Flera deltagare har lyckats acceptera sina omständigheter och ser sina besvär som något de delar med många andra människor. Att få insikt om att andra delar deras lidande har bidragit till att de accepterat svårigheterna. D4 beskrev: "Det är ändå inte helt ovanligt tror jag. Att sexlusten påverkas negativt. Det har väl varit ett sätt för mig såhär bara ja acceptera hur det är." En del deltagare beskriver mer känslor av hopplöshet och att de inte upplever att sexuella biverkningar prioriteras. D6 sade: "Man har frågat sig i väldigt många år varför de kan skicka folk till månen men inte bara fixa en tablett som funkar." Flera deltagare nämnde under intervjuerna att de hoppas på att deras deltagande kan bidra till ytterligare kunskap.

Sammanfattningsvis pekar deltagarnas berättelser på att intrusiva negativa tankar kan ha en negativ inverkan på deras sexuella upplevelse och funktion. De beskriver inte att de känner sig tvingade att följa den normativa sexuella akten men berättar samtidigt att tankar gällande att prestera på ett visst sätt påverkar dem. Flera av dem vittnar om att de kommit att acceptera sina omständigheter, antingen för att de på olika vis normaliserar besvären eller för att de upplever att de inte har något annat val.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie är att undersöka upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling. Studien syftar även till att undersöka hur personer hanterar dessa sexuella biverkningar, hur sexuella skript och normer beskrivs inverka på upplevelsen, samt att undersöka hur vården kan bidra med ytterligare hjälp och stöd. Totalt identifierades fyra huvudteman med totalt tio underteman. En del teman överlappar varandra och beskriver upplevelser såväl som copingstrategier. Således följer diskussionen i en uppdelning utifrån de fyra olika frågeställningarna där även befintlig teori och forskning presenteras. Därefter diskuteras förslag på framtida forskning och studiens begränsningar.

Upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar

Studiens första frågeställning avser att undersöka upplevelsen av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling. Samtliga ovan presenterade teman skildrar en rad olika känslor som deltagarna upplevt. I temat "Inverkan på självkänslan" beskrivs hur deltagarnas självkänsla och självförtroende påverkas negativt ut av att erfara sexuella biverkningar. Ett skuldbeläggande mot självet beskrivs samt upplevelsen att det är

något som är fel på dem. Flera beskriver att de känner sig otillräckliga i sina förhållanden avseende att inte kunna prestera sexuellt. En del ifrågasätter också varför de inte känner lust och huruvida det kan bero på andra relationella faktorer, vilket beskrivs i “Relationella konsekvenser”. Flera beskriver också en oro kring huruvida deras partner känner sig otillräckliga vilket illustreras i “Oro för hur partnern påverkas”. Detta är förståeligt eftersom sexuell dysfunktion kan påverka den sexuella tillfredsställelsen hos partnern såväl som hos individen själv (Wei et al., 2021).

I “Självets inre behov” beskrivs en frustration över att inte kunna få orgasm trots att det vanligtvis brukar gå lätt. Frustration beskrivs även i “Relationella konsekvenser” där det också tycks finnas en sorg i att den sexuella funktionen ser annorlunda ut än tidigare. Samtidigt är det flera som beskriver att de hellre lever med dessa sexuella biverkningar än att avsluta medicineringen, vilket illustreras i temat “Det ofrånkomliga vågspelet”. Det tycks att flera av deltagarna har reflekterat kring för- och nackdelar med behandlingen. Många har kommit till insikten att de i nuläget får ett mer meningsfullt liv och högre livskvalité av att fortsätta läkemedelsbehandlingen. Det är dock svårt att avgöra huruvida det är acceptans av biverkningarna det rör sig om eller om det snarare är tolerans. Flera beskriver nämligen att de i nuläget inte har andra alternativ än att fortsätta med antidepressiva läkemedel, vilket framkommer både i “Det ofrånkomliga vågspelet” och “Vårdens brist på samtal”. Det tycks även finnas både en hopplöshet och hoppfullhet inför att nya läkemedel som inte ger sexuella biverkningar ska forskas fram. Flera beskriver att denna fråga inte tycks prioriteras inom forskningen, samtidigt som många beskriver att de önskar att deltagande i denna studie ska bidra till ny kunskap vilket skildras i “Tankarnas tyngd”.

I temat “Det ofrånkomliga vågspelet” noteras också en osäkerhet kring huruvida det endast är antidepressiva läkemedel som orsakat de sexuella biverkningarna. Flera av deltagarna reflekterar kring att de inte med säkerhet kan säga att det endast är deras antidepressiva läkemedel som har påverkat den sexuella funktionen. En deltagare nämner sin ålder och att det skulle kunna ha en inverkan på den sexuella funktionen. Åldern har bevisligen en påverkan på den sexuella funktionen (Ni Lochlainn & Kenny, 2013) vilket gör det begripligt varför denna deltagare reflekterar kring detta. Andra reflekterar kring att andra läkemedel påverkar, såsom p-piller vilket det likaså finns studier som konstaterar (Wood et al., 2020). Denna osäkerhet tycks finnas hos flera, vilket kan tänkas påverka huruvida de söker hjälp för svårigheterna eller inte. I temat “Tankarnas tyngd” beskriver flera att de inte sällan hamnar i en spiral av negativa

tankar i sexuella situationer. De sexuella biverkningarna tycks göra det svårt för flera att fokusera på kroppsliga förnimmelser och vara i nuet.

I denna studie undersöktes det inte huruvida deltagarna provat andra behandlingar för sina initiala svårigheter. Det går således inte att göra antaganden om att andra former av behandlingar är att rekommendera denna grupp i stället för antidepressiva läkemedel. Det finns dock andra behandlingsalternativ för depressions- och ångestsyndrom såsom KBT, PDT, IPT (Socialstyrelsen, 2021b) och fysisk aktivitet (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Det finns även psykologiska interventioner som visats vara hjälpsamma för sexuella besvär med andra orsaksfaktorer än antidepressiva läkemedel, såsom KBT (Ekdahl, 2017) och mindfulnessbaserade terapier (Brotto et al., 2012; Brotto et al., 2020). Då flera beskriver relationell oro samt känslor av skuld och skam skulle detta förslagsvis kunna arbetas med i parterapi eller individuell terapi, exempelvis PDT som har ett relationellt fokus.

Hur hanteras sexuella biverkningar?

Studiens andra frågeställning syftar att undersöka vilka copingstrategier som används för att hantera sexuella biverkningar. I samtliga huvudteman illustreras olika typer av strategier som deltagarna använder sig av. En del av strategierna har varit hjälpsamma, andra inte. Enligt teorin om copingstrategier (Lazarus & Folkman, 1984) använder människan sig av strategier som är emotionsfokuserade och problemfokuserade när den upplever stress. De strategier som deltagarna i föreliggande studie använder sig av kan argumenteras passa in i denna modell. Detta noterades även O'Mullan et al. (2014). Den mest framträdande strategin är att söka stöd och hjälp från andra, framför allt partnern. Detta skildras i "Öppna upp sig inför partner" och "Prata med vänner och familj". Att söka stöd hos partnern och andra har även noterats i tidigare studier (Kikuchi et al., 2012; Moreira et al., 2005; O'Mullan et al., 2014). Att relationer och samtal med andra är viktigt är ingenting nytt utan lyfts fram inom flera terapibehandlingar. I föreliggande studie lyfts partnerns förståelse fram som särskilt viktigt, vilket illustreras i "Behov från partnern". Även att ha självmedkänsla rekommenderas som en strategi inom temat "Inverkan på självkänslan".

De copingstrategier som beskrivs i föreliggande studie är i stor mån liknande de som O'Mullan et al. (2014) har noterat. Exempel på dessa utöver att söka stöd och hjälp från andra är att testa olika hjälpmedel såsom sexleksaker och glidmedel. Detta beskrivs i temat "Självet inre behov". I detta tema såväl som "Öppna upp sig inför partner" beskrivs även att deltagare utforskar nya sätt att ha sex på och utforskar vad de tycker om inom sex. Dessa strategier

förespråkas inom 'Good Enough Sex Model' (Metz & McCarthy, 2007) och The Dual Control Model of Sexual Response (Bancroft & Janssen, 2000; Velten, 2017). I "Det ofrånkomliga vågspelet" beskriver även deltagare att de vägt för- och nackdelar med läkemedelsbehandlingen. De beskriver att de sökt validering, svar och information om sina svårigheter vilket illustreras i "Vårdens brist på samtal". I detta tema beskrivs även att en del har sökt sig till vården för hjälp, andra beskriver att de inte berättat för någon inom vården om sina problem. En deltagare lyfter fysisk aktivitet som alternativ till medicinering i "Vårdens brist på samtal". Fysisk aktivitet kan förbättra sexuell funktion hos de som fått sexuella biverkningar av antidepressiva läkemedel (Lorenz & Meston, 2014) och kan även vara till hjälp vid depression (Cooney et al., 2013) och ångest (Camilleri, 2022). Emellertid är det inte alla som har möjlighet till alternativa behandlingar. Fysisk aktivitet ger inte heller lika stor effekt som psykofarmaka eller psykoterapi vad gäller behandling för depression och ångest (Camilleri, 2022; Cooney et al., 2013). Dock skulle det kunna vara ett komplement och bedöms av oss innebära låg risk för ytterligare skada eller lidande.

Det finns till synes inga stora skillnader mellan hur personer i Sverige och Australien (O'Mullan et al., 2014) hanterar de sexuella biverkningarna. Det som skiljer är att O'Mullan et al. (2014) noterat att vissa personer undviker att berätta om exempelvis sin nedsatta sexlust i hopp om att partnern inte ska få reda på det och därmed inte tro att besvären beror på dem. Detta framkom inte i föreliggande studie. Snarare beskriver deltagarna att de i stor mån har berättat för sina partners om de sexuella besvären och orsaken till dem. Detta har varit ett sätt att skydda partners föreställningar om att den nedsatta sexuella funktionen beror på dem. Denna skillnad skulle kunna förstås utifrån att sex och samlevnad i viss mån är normaliserat i Sverige. Det kan dock även bero på individuella egenskaper då deltagarna i vår studie likt O'Mullan et al. (2014) utgår från ett litet sampel

En annan skillnad som noterats är att acceptans också kan röra sig om en form av tolerans. I temat "Tankarnas tyngd" tycks det i vissa fall inte som att deltagarna har haft något val gällande sin situation och att det snarare rör sig om en påtvingad acceptans. De initiala besvären deltagarna har lidit av har möjligen inte kunnat behandlas med några andra alternativ som finns tillgängliga. Därmed har individen behövt finna acceptans kring sin situation, i likhet med de som upplever kronisk smärta (Pietilä Holmner et al., 2018).

Utifrån de strategier som framkommit förefaller det att samtal är viktigt, samt upplevelsen att känna sig förstörd och att man har stöd från andra. Det tycks även vara viktigt

att arbeta med självkänslan och att ha självmedkänsla. Det tycks även bland deltagarna finnas en förståelse kring att de för att minska sitt lidande kan komma att behöva acceptera att sexuella biverkningar är något som följer av läkemedelsbehandlingen.

Sexuella skript och normer

Den tredje frågeställningen avser att undersöka hur sexuella skript och normer beskrivs inverka på upplevelsen av att erfara och hantera sexuella biverkningar. Under intervjuerna tillfrågades deltagarna huruvida de upplever förväntningar på att följa de normer som finns i samhället. De vittnar om denna inverkan i flera av de teman som identifierats. I både temat "Öppna upp sig för partner" och "Behov från partnern" berättar några att de upplever lägre förväntningar på att prestera sexuellt när deras partners visat förståelse men att det samtidigt är svårt att bortse från normerna. I "Oro för hur partnern påverkas" beskrivs viljan att ge partnern tillfredsställelsen av att ge dem en orgasm, övervägandet att ha ett öppet förhållande för att deras partner ska må bra samt att de haft sex trots att de inte själv haft lust till det. Samtliga av dessa beskrivelser tycks tyda på att sexuella normer har en inverkan på upplevelsen och val av strategi.

Flera deltagare beskriver att de är medvetna om flera normer men att de inte upplever att de behöver anpassa sig efter dem. Det noteras att de med heterosexuell läggning beskriver att de upplever högre förväntningar på att följa normerna än de med homosexuell- eller bisexuell läggning gör vilket framkommer under temat "Behov från partnern". Detta kan förstås utifrån teorin om sexuella skript (Simon & Gagnon, 1984) där det poängteras att sexuella skript och normer ser olika ut beroende på vilken grupp man identifierar sig med. Huruvida en följer normer kan bero på individuella faktorer vilket noteras av Masters et al. (2013). Det finns emellertid de som beskriver att de upplever att en sexuell akt ska följa ett visst mönster, något som visar sig i temat "Tankarnas tyngd" där deltagarna vittnar om att sådana tankar ibland dyker upp vid samlag. Det som syns i föreliggande studie är att det penetrativa sexet förväntas vid heterosexuellt samlag. En deltagare beskriver att penetrativt sex ibland gör ont och att det sällan känns skönt. Trots detta uttrycker hen ändå en vilja försöka och hen beskriver att hen önskar att hen kunde uppskatta den typen av sex. En annan person beskriver känslan av mindervärdeskomplex när hen inte kan prestera enligt de förväntningar som finns både inifrån hen själv och utifrån samhällets normer. I detta tycks det finnas känslor av skam och skuld. Under temat "Självetts inre behov" uppger flera att det finns en förväntan på att samlag ska kulminera i en orgasm och att det leder till att de jagar orgasmen, men också att onani är

skamligt och förbjudet i en romantisk relation. Detta kan förstås utifrån att man enligt sexuella normer endast bör ingå sexuell aktivitet med partnern om man har ett romantiskt monogamt förhållande.

Några av deltagarna beskriver att de försöker hitta nya sätt att ha sex på eftersom de har andra förutsättningar nu än tidigare. De har exempelvis noterat att det kan krävas mer stimulans för att få orgasm än vad de tidigare behövt. Dock är det också flera som beskriver att de fortfarande upplever att det finns förväntningar på att de ska prestera på samma nivå som de tidigare gjort. Att ändra sin syn på hur sex ska se ut kan vara svårt. Att arbeta enligt 'Good Enough Sex Model' (Metz & McCarthy, 2007) skulle således kunna vara ett alternativ för dessa individer. Modellen syftar till att motivera till att förväntningarna på hur sex ska se ut och genomföras är realistiska utifrån individens förutsättningar. Enligt Drevstam (2020) är modellen vanligt förekommande under parterapi vilket skulle exkludera de utan partners. Frågan är huruvida den även skulle vara applicerbar under individualterapi. Det skulle kunna tänkas att även personer utan partners kan hjälpas av att utmana sina föreställningar. Samtliga deltagare har också beskrivit att de pratat med andra om sina sexuella biverkningar vilket återges under temat "Prata med vänner och familj". För somliga har det varit stärkande att ha vänner som är tillåtande och öppna att prata om sådana ämnen medan andra kommit att jämföra sig själv med hur ofta vännerna har sex. Att prata om besvären med andra skulle kunna bidra till en normalisering av svårigheterna samt en känsla av att inte vara ensam om att uppleva dem. En normalisering av sexuella biverkningar skulle kunna bidra till att personer upplever mindre skuld och skam på grund av sina svårigheter.

Vad kan vården bidra med?

Den fjärde frågeställningen har syftet att undersöka vilka insatser vården kan bidra med för att hjälpa de individer som erfar sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling. I temat "Vårdens brist på samtal" framkommer det att några deltagare inte har pratat om sina sexuella biverkningar med vården. De har snarare sökt stöd hos sin partner vilket överensstämmer med tidigare forskning (Moreira et al., 2005). I temat tycks även ett skuldbeläggande mot självet beskrivas i att inte ha nämnt svårigheterna för vården. Eftersom vårdpersonal är de som har kunskap om att biverkningar av sexuellt slag kan förekomma vid antidepressiv läkemedelsbehandling bör ansvaret inte ligga på individen att besitta eller själv finna denna information. Som utbildade representanter för vårdapparaten är det vårdpersonalens skyldighet att patienter får vara delaktiga i och göra välinformerade beslut

gällande sin behandling. Dessa fynd går i linje med tidigare forskning som indikerar att personer sällan söker hjälp för sexuella besvär (Gore-Gorszewska, 2020; Moreira et al., 2005; Thomtén, 2014).

Både de som nämnt sina svårigheter och de som inte gjort det uppmanar andra till att prata med vården för att få hjälp. Detta illustreras i "Vårdens brist på samtal" där det också framkommer att flera deltagare är av uppfattningen att de inte kommer få hjälp. Att personer backar från att berätta om sina svårigheter trots att de önskar få hjälp är ett sorgligt kvitto på att vården har misslyckats med sitt uppdrag. Att vårdpersonal frågar om andra biverkningar men inte de sexuella skulle kunna bero på skam som väcks inom vårdutövaren (Ekdahl, 2017). I enlighet med Ekdahl (2017) uppmanar vi vårdpersonal att fråga om sexuella biverkningar. Detta är inte endast riktat till läkare som förskriver läkemedel utan även annan personal som har vetskap patientens läkemedelsbehandling. Patienters oro och önskemål måste prioriteras utifrån det hen själv efterfrågar och inte utifrån de antaganden eller föreställningar som vårdgivaren besitter. Utifrån det som beskrivs i "Vårdens brist på samtal" tycks det att sexuella biverkningar nedprioriteras av vårdpersonal trots att patienter söker hjälp för dem. I "Vårdens brist på samtal" beskrivs att deltagare inte fått någon information om att deras läkemedelsbehandling kan leda till sexuella svårigheter. Därmed argumenterar vi för att vårdpersonal alltid informerar om det. Enligt O'Mullan et al. (2015b) har de som fått information om biverkningar lättare att hantera sina svårigheter. Att informera om biverkningar kan också bidra till att stärka patientens autonomi då hen får välja vad som är viktigast för hen. Det noteras i "Vårdens brist på samtal" att det är deltagare som försökt sluta sin medicinska behandling, ibland på grund av de sexuella besvären, men valt att fortsätta behandlingen då deras initiala besvär upplevts som värre än de sexuella besvären.

Flera av deltagarna beskriver att de testat olika typer av antidepressiva läkemedel efter konsultation med läkare. En sådan diskussion uppmuntras läkarkåren att fortsätta erbjuda. Det finns flera läkemedelsstrategier som kan vara hjälpsamma (Montejo et al., 2019; Montejó-González et al., 1997; Rothmore, 2020; Se graves et al., 2007) och det framkommer även i föreliggande studie att det har varit till hjälp för några deltagare. Minst en av deltagarna har valt att avsluta läkemedelsbehandlingen på grund av de sexuella biverkningarna. Detta har noterats i tidigare forskning (Burra et al., 2007) och beskrivs i föreliggande studie ha varit negativt eftersom de initiala symtomen kommit tillbaka, vilket illustreras i "Det ofrånkomliga vågspelet".

Det finns i nuläget inga studier på vad som är verksamt för denna patientgrupp. Det tycks dock utifrån flera av deltagarnas beskrivningar inte finnas förväntningar på att vården ska komma med lösningar. Dock önskas det att personal öppnar upp för att samtala om svårigheterna. Det är möjligt att vi inte kan finna en lösning som passar alla utan i stället behöver anamma ett bättre individfokus. En del skulle möjligen vara hjälpta av att erbjudas ytterligare samtal eller övningar i mindfulness. Flera av deltagarna beskriver i temat "Tankarnas tyngd" att deras sexuella funktion är bättre när de har förmågan att vara här och nu i den sexuella situationen. Att vara närvarande i nuet är en teknik som ingår i mindfulnessbaserade terapier. Genom mindfulnessövningar skulle personer kunna förbättra sina färdigheter i selektiv uppmärksamhet. Att utöva mindfulness har också ett samband med sexuell tillfredsställelse (Sánchez-Sánchez et al., 2021). Således är det tänkbart att mindfulnessövningar skulle kunna hjälpa denna grupp individer avseende att förbättra den sexuella tillfredsställelsen. Mindfulness har även konstaterats vara hjälpsamt för kvinnor med sexuell dysfunktion (Alahverdi et al., 2022).

Utöver interventioner i mindfulness skulle en del möjligtvis behöva hänvisas vidare till vårdpersonal som har mer kunskap gällande sexologi och sexuella besvär. Här skulle både psykologer och sexologer kunna vara behjälpliga. En deltagare beskriver att hen är medveten om att det är svårt att behandla den nedsatta sexuella lusten med terapi när symtomen beror på medicinska orsaker. Då kan det snarare handla om att stödja personer att finna sig i den situation de är i. En möjlig behandlingsmetod för detta är Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som syftar att förbättra psykologisk flexibilitet (Hayes et al., 2006; Hayes, 2012). Där ingår att finna acceptans över situationer som inte går att förändra och metoden har exempelvis visat god behandlingseffekt hos de med kronisk smärta (Craner et al., 2020; van de Graaf et al., 2021). O'Mullan et al., (2015) resonerar att acceptansbaserade metoder kan tänkas lämpliga att erbjuda till personer som lider av sexuella biverkningar till följd av antidepressiva läkemedel eftersom ett sådant tillvägagångssätt inte syftar att reducera symtomen. O'Mullan et al. (2015) argumenterar att detta kan vara ett alternativ tills dess att bättre interventioner forskats fram, vilket vi instämmer med. Det kan också vara ett möjligt alternativ för de som inte har möjlighet att använda sig av läkemedelsstrategier och för de som själva önskar utforska ifall denna typ av intervention kan vara verksamt för dem. Att arbeta med acceptans kan bidra till att patienter får verktyg att reglera sina emotioner och hantera en situation som är utanför deras kontroll.

Flera deltagare beskriver i temat "Inverkan på självkänslan" att de sexuella biverkningarna har påverkat deras självkänsla negativt och att de som strategi försöker ha självmedkänsla inför sina besvär. Att ha självmedkänsla är även något som deltagare uppmanar andra med liknande besvär till. Compassion Focused Therapy (CFT) är en behandlingsmetod där man arbetar med självmedkänsla (Gilbert, 2009; Gilbert, 2014). Metoden har konstaterats förbättra självkänslan hos individer (Thomason & Moghaddam, 2021) och Vosper et al. (2021) argumenterar även att CFT kan vara användbar inom psykosexuell terapi. Att hänvisa patienter till någon av ovan nämnda terapiformer skulle således vara en möjlig behandlingsväg.

I temat "Självetns inre behov" illustreras att flera har testat olika strategier själva, såsom sexleksaker och konsumtion av porr. En del har utforskat sexuella preferenser. Vården skulle kunna hjälpa personer med detta sexuella utforskande. The Dual Control Model of Sexual Response (Bancroft & Janssen, 2000; Velten, 2017) skulle kunna vara användbar i utforskandet av sexuella preferenser. Flera deltagare beskriver i "Tankarnas tyngd" att de är medvetna om att vissa yttre faktorer såsom jobbstress påverkar den sexuella funktionen negativt. Att medvetandegöra individers sexuella gaser och bromsar skulle kunna skapa bättre förutsättningar för denna grupp personer. Om vården har kunskap om denna modell skulle även andra personer med sexuella svårigheter kunna hjälpas. Vården skulle även kunna bidra med psykoedukation som är ett vanligt inslag inom KBT (Ekdahl, 2017). Som en deltagare beskriver i "Vårdens brist på samtal" skulle vården också kunna uppmantra till fysisk aktivitet och skriva ut FaR (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Fysisk aktivitet kan bidra till att den sexuella funktionen förbättras hos de som behandlas med antidepressiv medicin och lider av sexuella biverkningar (Lorenz & Meston, 2014).

I föreliggande studie framkommer det också att två av deltagarna har kvarstående besvär efter de avslutat läkemedelsbehandlingen. Detta har även noterats i annan forskning (Csoka & Shipko, 2006; Csoka et al., 2008; Healy, 2019; Studt et al., 2021). Det råder oklarhet huruvida vårdpersonal har kunskap om att detta förekommer. Här hoppas vi att vår studie kan belysa fenomenet ytterligare och bidra till att vidare forskning avseende detta genomförs.

Studiens styrkor och svagheter

Ett flertal styrkor och svagheter har noterats i föreliggande studie. Vi har valt att lyfta både studiens styrkor och svagheter utifrån kvalitetskriterium som Elliot et al. (1999) redogör för och som är avsedda att tillämpas vid kvalitativ forskning.

Urvalet av deltagare var med avsikt inkluderande eftersom det generellt saknas kunskap inom en svensk kontext avseende de upplevelser och copingstrategier som avsetts undersökas. Deltagare av olika könsidentitet, ålder, sexuell läggning, övriga sjukdomar och diagnoser har inkluderats med undantaget de individer som är under 18 år gamla. Trots att vår beskrivning av deltagarna främst är på gruppnivå anser vi att eftersom kunskapsläget är bristande är detta tillräckligt för att uppfylla det kvalitetskriterium som föreslås av Elliott et al. (1999) i relation till att beskriva deltagarna. Vi har med avsikt varit inkluderande på grund av att det inte finns mycket kunskap att tillgå och lite är känt om den här patientgruppens upplevelser. Genom denna studie bidrar vi med ny kunskap som den svenska vården kan ha nytta av vilket är en styrka.

Intervjufrågorna som ställdes till forskningspersonerna utformades på ett sätt som hade för avsikt att besvara frågorna gällande deras upplevelse och copingstrategier. Det uppkom dock diskussioner under arbetets gång att frågorna ibland inte alltid genererade svar med den typ av personliga prägel och information som författarna ämnat generera. Följdfrågor och uppmuntran till att ge konkreta exempel hade inte alltid den verkan vi avsett. En förklaring till detta kan vara ämnets natur som är tabubelagt och inte en oproblematisk sak att diskutera med en intervjuare. Det kan också bero på att intervjuer genomförts digitalt och att det försvårat skapandet av en trygg kontext. Det finns även ett element av störande ljud att ta i beaktning då intervjuerna utförts på Institutionen för psykologi, samt att det är många människor i rörelse utanför platsen där intervjuerna ägt rum. Vi har dock resonerat att vi trots allt hade försökt omformulera intervjufrågorna för att få en mer personlig inriktning. Trots detta är en av föreliggande studies styrkor just de målande exempel som genererats av intervjumaterialet. Detta i enlighet med Elliott et al. (1999) kriterium där det föreslås att både den analytiska processen och de teman som genereras skall utgå från tydliga och specifika exempel, samt att det ska vara enkelt att förstå hur författarna dragit sina slutsatser. Presentationen av resultatet är koherent presenterat på ett vis som gör att teman och underteman följer varandra på ett sätt som är begripligt, även detta i enlighet med vad Elliott et al. (1999) förespråkar.

Vi har försökt vara tydliga med vår process samt tydliggöra vilken inriktning och förkunskap vi haft när vi åtagit oss detta arbete, för att kunna äga vårt perspektiv, vilket Elliot et al. (1999) lyfter fram som ett kriterium för kvalitativa studier. Genom hela arbetets gång har vi testat vår data och de slutsatser vi dragit genom diskussioner med varandra samt regelbunden handledning. Dessa trovärdighetskontroller är av stor vikt för att undvika bias eller att orimliga slutsatser dras från det genererade materialet (Elliott et al., 1999).

Förslag på framtida forskning

Trots vår breda ansats har vi noterat att det fortfarande finns brister i det nuvarande kunskapsläget. Vi har således diskuterat vilken kunskap som vi anser saknas samt diskuterat förslag på framtida forskning. Det hade varit av intresse att på ett systematiskt vis undersöka om olika gruppers upplevelser skiljer sig åt när det gäller sexuella biverkningar till följd av antidepressiv läkemedelsbehandling. Exempelvis skulle en jämförelse mellan gruppen kvinnor och män kunna belysa hur de två grupperna skiljer sig åt avseende upplevelsen av att inte kunna få orgasm, eftersom stereotypen för dessa båda grupper är olika. Män förväntas att med enkelhet nå orgasm medan det för kvinnor vanligtvis anses vara svårare. Enligt vår vetenskap finns i nuläget ingen studie som enbart undersöker mäns upplevelser av att erfara sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling. I föreliggande studie är endast tre av deltagarna män vilket innebär att resultatet inte är representativt för män som grupp. Föreliggande studie har även noterat skillnader i förhållningssätt till sexuella skript utifrån sexuella läggningar. Hur sexuella biverkningar hanteras skulle kunna skilja sig åt beroende på sexuell läggning vilket det i nuläget inte finns forskning kring. Huruvida åldern är en bidragande faktor skulle också kunna bidra till ytterligare kunskap.

Flera deltagare i denna studie har behandlats med antidepressiv medicinering sedan tonåren. De kunde således ha svårt att skilja på vilken inverkan detta haft på deras sexuella funktion eftersom de varit medicinerade under en stor del av sin sexuella och psykosociala utveckling. Enligt Socialstyrelsen (2021a) medicineras allt fler unga med antidepressiva läkemedel och det har även skett en generell ökning i förskrivning av antidepressiva läkemedel i Sverige. Det är tänkbart att allt fler kan komma att drabbas av sexuella biverkningar likt de deltagarna i föreliggande studie beskriver. Således efterfrågar vi mer longitudinell forskning som undersöker om och hur antidepressiva läkemedel påverkar denna utveckling.

Deltagarna berättar i intervjuerna att de nått en slags acceptans och anammat en mer tillåtande, omtänksam och förstående inställning till sig själva och de besvär de upplever. Detta sätt att resonera stämmer väl överens med olika interventioner som används för att behandla diverse tillstånd, exempelvis kronisk smärta med ACT (Craner et al., 2020; van de Graaf et al., 2021) och låg självkänsla med CFT (Thomason & Moghaddam, 2021). Mindfulnessbaserade terapier har även konstaterats hjälpsamma i behandling för sexuella besvär som är till följd av andra svårigheter (Brotto et al., 2012; Brotto et al., 2020). Det hade varit önskvärt att framtida

forskning undersöker huruvida dessa interventioner är verkningsamma för personer som lider av sexuella biverkningar.

Trots att det är många som upplever sexuella biverkningar under medicinering med antidepressiva är det en mindre andel som får kvarstående besvär efter avslutad behandling. Det är inte svårt att föreställa sig att dessa personer upplever en ökad psykologisk påfrestning eftersom de i stället för ett tillfälligt besvär står inför ett eventuellt livslångt sådant. Liknande fenomen har konstaterats i andra studier (Csoka & Shipko, 2006; Csoka et al., 2008; Healy, 2019; Studt et al., 2021). Det är således av stor betydelse att i framtida studier undersöka prevalens och möjliga behandlingsmetoder för denna patientgrupp med både medicinska och psykologiska insatser.

Föreliggande studie har inte undersökt huruvida personer som erfar sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling är sexuellt tillfredsställda. Det tycks utifrån deltagarnas berättelser att det finns ett lidande hos dem och att de sexuella besvären påverkar andra livsområden. Det hade således varit önskvärt att undersöka hur både den sexuella tillfredsställelsen samt livskvalitén är hos de som erfar sexuella biverkningar. Detta skulle exempelvis kunna undersökas kvantitativt när den svenska översättningen av NSSS-formuläret (Štulhofer et al., 2013) har kontrollerats och säkrats vad gäller validitet och reliabilitet.

Slutsats

Sammanfattningsvis tyder föreliggande studie på att de som drabbas av sexuella biverkningar kämpar med känslor av frustration, uppgivenhet, sorg och hopplöshet. För de flesta verkar biverkningarna ha någon form av negativ inverkan på det psykologiska välbefinnandet och självkänslan. I föreliggande studie förefaller det att personer hanterar de sexuella svårigheterna främst genom att samtala med andra. Flertalet beskriver även att de försöker acceptera sina nya sexuella förutsättningar och den situation de numera befinner sig i. Normer inverkar på upplevelsen och hanterandet av biverkningarna till viss del. En del beskriver att de inte upplever att de förväntas anpassa sig efter samhällets sexuella normer och skript, medan andra beskriver att det är svårt att bortse från dem. I studien framkommer det att vården är bristande både i information och i att ge stöd. Det noteras dock att denna patientgrupp har ett behov av att få ytterligare stöd från vården eftersom det finns ett lidande som flera beskriver de önskar få hjälp med. Således uppmuntrar vi vårdpersonal till att fråga patienter om sexuella biverkningar och erbjuda rådgivning. Föreliggande studie är av värde eftersom den

belyser faktorer där vården brister samt ger förslag på förbättringar inom svensk vård. Sett till studiens begränsade omfång och ansats tycks ovanstående slutsatser rimliga men vi ser behovet av mer omfattande och även kvantitativ kunskap för att belysa och förstå den undersökta problematiken.

Referenser

- Alahverdi, F., Shahbaztabari, N., Nayeri, R. D., & Nayeri, S. D. (2022). Effect of mindfulness-based intervention on the treatment of women's sexual dysfunction: A literature scoping review. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 16(6), 1–6.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.7860/JCDR/2022/54896.16463>
- American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497–1507.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x>
- Aydm, T., & Onger, M. E. (2022). Depression, sexual dysfunction, life satisfaction and marriage satisfaction in women with multiple sclerosis. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry & Neurosurgery*, 58(1), 1–7.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s41983-022-00501-w>
- Baldwin, D. S., Manson, C., & Nowak, M. (2015). Impact of antidepressant drugs on sexual function and satisfaction. *CNS Drugs*, 29(11), 905–913.
<https://doi.org/10.1007/s40263-015-0294-3>
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(5), 571–579.
[https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0149-7634\(00\)00024-5](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0149-7634(00)00024-5)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brotto, L. A., Bergeron, S., Zdaniuk, B., & Basson, R. (2020). Mindfulness and cognitive behavior therapy for provoked vestibulodynia: Mediators of treatment outcome and long-term effects. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 88(1), 48–64.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/ccp0000473>
- Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., Kwon, J., McAlpine, J., Stuart, G., Thomson, S., & Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control

- in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125(2), 320–325.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ygyno.2012.01.035>
- Burra, T. A., Chen, E., McIntyre, R. S., Grace, S. L., Blackmore, E. R., & Stewart, D. E. (2007). Predictors of self-reported antidepressant adherence. *Behavioral Medicine*, 32(4), 127–134. <https://doi.org/10.3200/BMED.32.4.127-134>
- Buskoven, M. E. H., Kjørholt, E. K. H., Strandberg, R. B., Sjøfteland, E., & Haugstvedt, A. (2022). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes in Norway: A qualitative study of women’s experiences. *Diabetic Medicine*, 39(7), 1–8.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/dme.14856>
- Camilleri, N. (2022). An evaluation of the evidence of physical activity as a treatment for anxiety. *Malta Medical Journal*, 34(1), 87-93–93.
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., & Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD004366.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/14651858.CD004366.pub6>
- Craner, J. R., Lake, E. S., Bancroft, K. A., & George, L. L. (2020). Treatment outcomes and mechanisms for an ACT-based 10-week interdisciplinary chronic pain rehabilitation program. *Pain Practice*, 20(1), 44–54.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/papr.12824>
- Croft, H., Settle, J. E., Houser, T., Batey, S. R., Donahue, R. M. J., & Ascher, J. A. (1999). A placebo-controlled comparison of the antidepressant efficacy and effects on sexual functioning of sustained-release bupropion and sertraline. *Clinical Therapeutics*, 21(4), 643–658. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0149-2918\(00\)88317-4](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0149-2918(00)88317-4)
- Csoka, A., Bahrack, A., & Mehtonen, O.-P. (2008). Persistent sexual dysfunction after discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(1), 227–233.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1743-6109.2007.00630.x>
- Csoka, A. B., & Shipko, S. (2006). Persistent sexual side effects after SSRI discontinuation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(3), 187–188.
- Dording, C. M., Schettler, P. J., Dalton, E. D., Parkin, S. R., Walker, R. S. W., Fehling, K. B., Fava, M., & Mischoulon, D. (2015). A double-blind placebo-controlled trial of maca root as treatment for antidepressant-induced sexual dysfunction in women. *Evidence-*

- Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM)*, 2015, 1–9. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1155/2015/949036>
- Drevstam, M. (2020). Sexologiskt inriktad parterapi. I L. Lindberg. *Sexologi för psykologer och psykoterapeuter* (1. uppl.). (s. 283-284). Studentlitteratur.
- Ekdahl, J. (2017). *Sexualitet och sexuella problem: bedömning och behandling enligt kognitiv beteendeterapi* (1. uppl.). Studentlitteratur.
- Eissa., M. F., Missiry, M. A., Kamel, K. F. W., & Mahmoud, D. A. M. (2022). Sexual dysfunction and quality of life in female patients with major depression disorder. *Middle East Current Psychiatry*, 29(1), 1–11. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s43045-022-00206-z>
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229-229. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1348/014466599162782>
- Faustino, M. J. & Gavey, N. (2022). “You feel like normal sex is not enough anymore” : Women’s experiences of coercive and unwanted anal sex with men. *Violence Against Women*, 28(11), 2624–2648. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/10778012211045716>
- Folkhälsomyndigheten. (2022a). *Fysisk aktivitet på recept (FaR)*. Hämtad 21 november, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/fysisk-aktivitet-pa-recept-far/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022b). *Sexuell reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. Hämtad 11 september, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208–208. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/bjc.12043>

- Gore-Gorszewska, G. (2020). “Why not ask the doctor?” Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland. *International Journal of Public Health*, 65(8), 1507–1515. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s00038-020-01472-6>
- Grover, S., Shah, R., Dutt, A., & Avasthi, A. (2012). Prevalence and pattern of sexual dysfunction in married females receiving antidepressants: An exploratory study. *Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics*, 3(3), 259–265. <https://doi.org/10.4103/0976-500X.99430>
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – republished article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869–885. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Healy, D. (2019). Post-SSRI sexual dysfunction & other enduring sexual dysfunctions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e55. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000519>
- Kashani, L., Raisi, F., Saroukhani, S., Sohrabi, H., Modabbernia, A., Nasehi, A., Jamshidi, A., Ashrafi, M., Mansouri, P., Ghaeli, P., & Akhondzadeh, S. (2013). Saffron for treatment of fluoxetine-induced sexual dysfunction in women: randomized double-blind placebo-controlled study. *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*, 28(1), 54–60. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/hup.2282>
- Kikuchi, T., Suzuki, T., Uchida, H., Watanabe, K., & Mimura, M. (2012). Coping strategies for antidepressant side effects: An internet survey. *Journal of Affective Disorders*, 143(1–3), 89–94. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jad.2012.04.039>
- Kwan, K. S. H., Roberts, L. J., & Swalm, D. M. (2005). Sexual dysfunction and chronic pain: the role of psychological variables and impact on quality of life. *European Journal of Pain*, 9(6), 643–652. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ejpain.2004.12.008>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, K.-U., Lee, Y. M., Nam, J.-M., Lee, H.-K., Kweon, Y.-S., Lee, C. T., & Jun, T.-Y. (2010). Antidepressant-induced sexual dysfunction among newer antidepressants in a

- naturalistic setting. *Psychiatry Investigation*, 7(1), 55–59.
<https://doi.org/10.4306/pi.2010.7.1.55>
- Lin, H., Fu, H.-C., Wu, C.-H., Tsai, Y.-J., Chou, Y.-J., Shih, C.-M., & Ou, Y.-C. (2022). Evaluation of sexual dysfunction in gynecologic cancer survivors using DSM-5 diagnostic criteria. *BMC Women's Health*, 22(1), 1–7.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12905-021-01559-z>
- Lorenz, T. A., & Meston, C. M. (2014). Exercise improves sexual function in women taking antidepressants: results from a randomized crossover trial. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 31(3), 188–195. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/da.22208>
- Lorenz, T., Rullo, J., & Faubion, S. (2016). Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(9), 1280–1286.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.mayocp.2016.04.033>
- Lundberg, P.O. (2010). Läkemedel och sexualitet. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtensson (Red.), *Sexologi* (3. uppl.). (s. 302-303). Liber.
- Mallis, D., Moisisidis, K., Kirana, P.-S., Papaharitou, S., Simos, G., & Hatzichristou, D. (2006). Moderate and severe erectile dysfunction equally affects life satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 3(3), 442–449.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1743-6109.2005.00173.x>
- Masters, N. T., Casey, E., Wells, E., & Morrison, D. (2013). Sexual scripts among young heterosexually active men and women: Continuity and change. *Journal of Sex Research*, 50(5), 409–420.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/00224499.2012.661102>
- McCabe, M. P. (1, 2). (2005). The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *International Journal of Stress Management*, 12(4), 379-388–388. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.4.379>
- Metz, M., & McCarthy, B. (2007). The “good-enough sex” model for couple sexual satisfaction. *Sexual & Relationship Therapy*, 22(3), 351–362.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/14681990601013492>
- Modabbernia, A., Sohrabi, H., Nasehi, A.-A., Raisi, F., Saroukhani, S., Jamshidi, A., Tabrizi, M., Ashrafi, M., & Akhondzadeh, S. (2012). Effect of saffron on fluoxetine-induced sexual impairment in men: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Psychopharmacology*, 223(4), 381–388.

- <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s00213-012-2729-6>
- Montejo, A. L., Prieto, N., de Alarcon, R., Casado-Espada, N., de la Iglesia, J., & Montejo, L. (2019). Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction: A clinical approach. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1640.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3390/jcm8101640>
- Montejo-González, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., Ledesma, A., Bousoño, M., Calcedo, A., Carrasco, J. L., Ciudad, J., Daniel, E., De la Gandara, J., Derecho, J., Franco, M., Gomez, M. J., Macias, J. A., Martin, T., Perez, V., Sanchez, J. M., Sanchez, S., & Vicens, E. (1997). SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23(3), 176–194.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/00926239708403923>
- Moreira, E. D., Brock, G., Glasser, D. B., Nicolosi, A., Laumann, E. O., Paik, A., Wang, T. & Gingell, C., (2005). Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Clinical Practice*, 59(1), 6–16.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1742-1241.2005.00382.x>
- Ni Lochlainn, M., & Kenny, R. A. (2013). Sexual activity and aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 565–572.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jamda.2013.01.022>
- Norwald, K. (2020.) Sexuella funktionsproblem hos transpersoner. I L. Lindberg. *Sexologi för psykologer och psykoterapeuter* (1. uppl.). (s. 329-342). Studentlitteratur.
- Nurnberg, H. G., Gelenberg, A., Hargreave, T. B., Harrison, W. M., Siegel, R. L., & Smith, M. D. (2001). Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1926–1928. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1176/appi.ajp.158.11.1926>
- Nurnberg, H. G., Hensley, P. L., Heiman, J. R., Croft, H. A., DeBattista, C., & Paine, S. (2008). Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 300(4), 395–404. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1001/jama.300.4.395>
- O’Mullan., C. (2015). *Coping with sexual difficulties: The lived experience of women taking selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) medication*. [Doctoral thesis, School of Public Health in Curtin University]. <https://core.ac.uk/download/pdf/195631947.pdf>

- O'Mullan, C., Doherty, M., Coates, R., & Tilley, P. J. M. (2014). Women's experiences of coping with the sexual side effects of antidepressant medication. *Psychology & Health, 29*(12), 1388–1406.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/08870446.2014.940951>
- O'Mullan, C., Doherty, M., Coates, R., & Tilley, P. J. M. (2015a). 'Accepting what is': an approach for managing the long-term sexual side effects of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in women. *Sexual & Relationship Therapy, 30*(3), 325–337. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/14681994.2015.1032236>
- O'Mullan, C., Doherty, M., Coates, R., & Tilley, P. J. M. (2015b). Searching for answers and validation: Australian women's experiences of coping with the adverse sexual effects of antidepressants. *Australian Journal of Primary Health, 21*(3), 305–309.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1071/PY13172>
- Penubarthi, S., Kailash, S.Z., Sureshkumar, K., & Rajalakshmi, A.K.. (2022). Sexual dysfunction in remitted female patients with depression on SSRIs: Associated factors and relation to marital satisfaction and quality of life. *Indian Journal of Psychological Medicine, 44*.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/02537176221111954>
- Pietilä Holmner, E., Stålnacke, B.-M., Enthoven, P. 1955, & Stenberg, G. (2018). "The acceptance" of living with chronic pain – an ongoing process: A qualitative study of patient experiences of multimodal rehabilitation in primary care. *Journal of Rehabilitation Medicine, 50*(1), 73–79. <https://doi.org/10.2340/16501977-2286>
- Reilly, T. J., Wallman, P., Clark, I., Knox, C.-L., Craig, M. C., & Taylor, D. (2022). Intermittent selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndromes: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Journal of Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1177/02698811221099645>
- Rothmore, J. (2020). Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Medical Journal of Australia, 212*(7), 329–334. <https://doi.org/10.5694/mja2.50522>
- Rubin, J. D., Conley, T. D., Klein, V., Liu, J., Lehane, C. M., & Dammeyer, J. (2019). A cross-national examination of sexual desire: The roles of 'gendered cultural scripts' and 'sexual pleasure' in predicting heterosexual women's desire for sex. *Personality and Individual Differences, 151*.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.paid.2019.07.012>

- Sánchez-Hervás, E. (2018). Cocaine and sexual Dysfunction. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 62(2), 7–12.
- Sánchez-Sánchez, L. C., Rodríguez, M. F. V., García-Montes, J. M., Petisco-Rodríguez, C., & Fernández-García, R. (2021). Mindfulness in sexual activity, sexual satisfaction and erotic fantasies in a non-clinical sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph18031161>
- Schweitzer, I., Maguire, K., & Ng, C. (2009). Sexual side-effects of contemporary antidepressants: review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 795–808. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/00048670903107575>
- Segraves, R. T., Lee, J., Stevenson, R., Walker, D. J., Wang, W. C., & Dickson, R. A. (2007). Tadalafil for treatment of erectile dysfunction in men on antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 62–66. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1097/jcp.0b013e31802e2d60>
- Siembida, J., Frończuk, P., Moryłowska-Topolska, J., Siek, A., & Karakuła-Juchnowicz, H. (2018). An overlooked issue: sexual dysfunctions in men addicted to alcohol. *Current Problems of Psychiatry*, 19(2), 112–124. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.2478/cpp-2018-0010>
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1984). Sexual scripts. *Society*, 22(1), 53–60. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/BF02701260>
- Socialstyrelsen. (2021a). *Aspekter av antidepressiv läkemedelsbehandling av barn och unga vuxna*. Hämtad 7 december, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7301.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021b). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad 7 september, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Socialstyrelsen. (2022). *Statistik om läkemedel 2021*. Hämtad 7 september, 2022, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-4-7842.pdf>
- Studt, A., Gannon, M., Orzel, J., Vaughan, A., & Pearlman, A. M. (2021). Characterizing post-SSRI sexual dysfunction and its impact on quality of life through an international

- online survey. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 32(4), 321–329.
<https://doi.org/10.3233/JRS-210039>
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *The Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/00224490903100561>
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2013). The new sexual satisfaction scale and its short form. *Taylor and Francis*.
- 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*, 88(3), 241–254.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jad.2005.07.006>
- Thakurta, R. G., Singh, O. P., Bhattacharya, A., Mallick, A. K., Ray, P., Sen, S., & Das, R. (2012). Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 365–370. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.4103/0253-7176.108222>
- Thomason, S., & Moghaddam, N. (2021). Compassion-focused therapies for self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 94(3), 737–759. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/papt.12319>
- Thomén, J. (2014). Living with genital pain: Sexual function, satisfaction, and help-seeking among women living in Sweden. *Scandinavian Journal of Pain*, 5(1), 19–25.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.sjpain.2013.10.002>
- Urso, D., Leta, V., & Rukavina, K. (2022). Management strategies of sexual dysfunctions in Parkinson's disease. *International Review of Neurobiology*, 162, 97–116.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/bs.irn.2021.12.004>
- van de Graaf, D. L., Trompetter, H. R., Smeets, T., & Mols, F. (2021). Online acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for chronic pain: A systematic literature review. *Internet Interventions*, 26.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.invent.2021.100465>
- Velten, J. (2017). The dual control model of sexual response: Relevance of sexual excitation and sexual inhibition for sexual function. *Current Sexual Health Reports*, 9(2), 90–97.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s11930-017-0108-3>

- Vosper, J., Irons, C., Mackenzie-White, K., Saunders, F., Lewis, R., & Gibson, S. (2021). Introducing compassion focused psychosexual therapy. *Sexual and Relationship Therapy*. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/14681994.2021.1902495>
- Wang, S.-M., Han, C., Bahk, W.-M., Lee, S.-J., Patkar, A. A., Masand, P. S., & Pae, C.-U. (2018). Addressing the side effects of contemporary antidepressant drugs: A comprehensive review. *Chonnam Medical Journal*, 54(2), 101–112. <https://doi.org/10.4068/cmj.2018.54.2.101>
- Wei, Q., Zhang, H., Fan, S., & Yip, P. (2021). Dyadic association between sexual dysfunction and sexual satisfaction: A cross-sectional survey of heterosexual couples in Hong Kong. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(4), 341–352. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/0092623X.2021.1877859>
- Willig, C. (2022). *Introducing qualitative research in psychology*. (4th ed.). McGraw-Hill Education.
- Wood, S. N., Karp, C., & Zimmerman, L. (2020). Women’s sexual experiences as a side effect of contraception in low-and middle-income countries : evidence from a systematic scoping review. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 196–214.
- Wood, W., Christensen, P. N., Hebl, M. R., & Rothgerber, H. (1997). Conformity to sex-typed norms, affect, and the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 523–535. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0022-3514.73.3.523>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 11 november, 2022, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wurm, M. & Hanner, H. (2017). Att möte samhället som hbtq+. I Lundberg., T., Malmquist, A. & Wurm, M. *HBTQ+ : psykologiska perspektiv och bemötande* (1. uppl.). (s. 156-158). Natur & kultur.

Bilaga A

Intervjuguide för semistrukturerad intervju

Del 1: Introduktion

Innan vi sätter igång, skulle du vilja börja med att berätta lite om dig själv?

Hur kommer det sig att du ville vara med i den här studien?

Om jag säger ordet sexualitet, vad tänker du om då?

Vad tänker du själv är viktigt kopplat till din sexualitet?

Del 2: Upplevelser av sexuell funktion

En del av sexualiteten handlar om den sexuella funktionen. När jag säger "sexuell funktion", vad tänker du på då?

Hur skulle du beskriva din sexuella funktion? Beskriv aspekter som inte fungerar. Beskriv aspekter som fungerar.

- Kan du berätta om en situation/senast när det inte fungerade? Vad hände, vad kände och tänkte du, vad gjorde du?
- Kan du berätta om en situation/senast när det fungerade? Vad hände, vad kände och tänkte du, vad gjorde du?
- Hur skulle du beskriva att din sexuella funktion har förändrats sedan du påbörjade medicinsk antidepressiv behandling?

Hur har du hanterat de sexuella biverkningar/svårigheter du upplevt? Har du några strategier som varit hjälpsamma? Har du några strategier som inte varit hjälpsamma?

- Fråga om konkret exempel

Hur har du upplevt att din sexuella funktion med dig själv (t.ex. onani) har förändrats? Vilka svårigheter har uppstått? Vad har varit svårast? Vilka, om några, aspekter har fungerat bra? Hur har det påverkat ditt liv?

- Fråga om konkret exempel

Hur har du upplevt att din sexuella funktion tillsammans med andra (t.ex. en sexuell partner) förändrats? Vilka svårigheter har uppstått? Vad har varit svårast? Vilka, om några, aspekter har fungerat bra? Hur har det påverkat ditt liv?

- Fråga om konkret exempel

Del 3: Fråga avseende sexuella ideal

Upplever du att det finns förväntningar på dig avseende att följa de sexuella normer/script som finns i samhället? Har du några exempel på hur det kan se ut för dig? (*Exempel: hur ofta man bör ha sex, hur man bör ha sex, när man bör ha sex, med vem/vilka man bör ha sex, varför man bör ha sex*)

Del 4: Avrundande frågor

Utifrån din erfarenhet av att ha fått sexuella biverkningar av medicinsk antidepressiv behandling, vad skulle du rekommendera till andra med liknande svårigheter? Be om konkreta exempel.

Vad önskar du vården skulle bidra mer med avseende att hantera sexuella biverkningar?

Är det någonting annat du tänker som är viktigt som du vill dela med dig av?

Del 5: Utforska NSSS-frågornas lämplighet

Innan vi avslutar skulle vi vilja fråga dig några frågor som kommer från ett frågeformulär. Vi vill gärna att du svarar på dem och också ger oss återkoppling på om du tycker de är lämpliga för att fånga sexuell tillfredsställelse.

Hur skulle du beskriva kvaliteten på dina orgasmer?

Hur gör du för att ”släppa taget” och hänge dig till sexuell njutning?

Hur är din sinnesstämning efter sexuell aktivitet?

Är du nöjd med njutningen som du ger din partner?

Har du/ni en bra balans mellan vad du ger och tar vid sex?

Hur nöjd är du med hur din partner känslomässigt öppnar upp sig vid sex?

Hur nöjd är du med din partners förmåga att få orgasm?

Hur nöjd är du med din partners sexuella kreativitet?

Hur nöjd är du med variationen av dina sexuella aktiviteter?

Hur nöjd är du med frekvensen av sexuell aktivitet?

Bilaga B

Demografiska frågor

- Ålder
- Könsidentitet och biologiskt kön
- Utbildningsnivå
- Sexuell läggning
- Nuvarande romantisk och/eller sexuell relation med en annan/flera andra
- Antidepressivt läkemedel
 - Vilket?
 - Tagit sedan när?
 - Tar fortfarande?
 - I behandling för vad?



LUNDS
UNIVERSITET

Bilaga C

Vill du delta i studien "*Faktorer som påverkar den sexuella tillfredsställelsen: En explorativ och tvärkulturell undersökning av sexuella och estetiska ideal, självmedkänsla och kroppsmedvetenhet*"?

Du har fått denna information eftersom du har visat intresse för projektet. Projektet genomförs under hösten 2022 och våren 2023.

I projektet kommer det ingå olika studier varav några är examensuppsatser. Den studie du har visat intresse för är en examensuppsats på Lunds universitets psykologprogram. Syftet med studien är att undersöka sexuell tillfredsställelse hos de som upplever eller har upplevt sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling. Studien kommer genomföras under hösten 2022.

Du som är över 18 år kan delta i den här studien.

Bakgrund och syfte

Sexuell tillfredsställelse definieras i forskning som en känslomässig respons som beror på en persons egen bedömning av ens sexualitet. Ett tillfredsställande sexliv är något som exempelvis Världshälsoorganisationen lyfter som viktigt för hälsa. På så vis kan en bättre förståelse av sexuell tillfredsställelse också bidra till att förstå hur vi kan främja hälsa i befolkningen i stort. Forskning visar att den sexuella tillfredsställelsen kan påverkas av en rad olika faktorer som både handlar om den enskilda individen och den samhälleliga kontexten. Mer forskning behövs dock för att vi ska förstå vad som främjar och vad som hindrar sexuell tillfredsställelse.

Syftet med denna specifika studie är att utforska vad personer själva tänker spelar roll för deras sexuell tillfredsställelse, inklusive deras sexuella funktion. För att få en så omfattande bild som möjligt vill vi intervjua personer med olika erfarenheter. Därför välkomnar vi både personer som upplever sig tillfreds med sin sexualitet och sin kropp och de som inte gör det. Vi välkomnar personer som upplever eller har upplevt sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling.

Information om projektet

Deltagandet i studien innebär att delta i en intervju som sker genom ett personligt möte, på en plats du väljer (inom Skåne), eller via en digital plattform. Intervjun kommer att ta cirka 60 minuter.

Datahantering och sekretess

Vi kommer att samla in dina kontaktuppgifter för att kunna hålla kontakt med dig under projektets gång. Dessa kommer att raderas efter genomförd intervju, efter det att du fått möjlighet att ta del av intervjumaterialet. Den enda ytterligare informationen som vi samlar in från dig är vad du delger under intervjun. Samtliga uppgifter samlas endast in för forskningsändamål.

Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ut ord för ord. Transkriptionerna är det som används för att analysera materialet, och de kommer att avidentifieras så att inga potentiellt identifierade uppgifter finns kvar. Det innebär att information som någon annan skulle kunna identifiera dig utefter kommer att helt plockas bort ur materialet, inklusive sådant som namn på personer och orter, men även exempelvis detaljerad information om dina relationer eller livsomständigheter. Resultaten kommer också rapporteras på ett sådant sätt att enskilda individer inte går att identifiera.

Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Inspelningarna och transkriptionerna kommer att förvaras inlåsta när de inte används, separat från varandra.

Dina personuppgifter behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, GDPR. Ansvarig för dina personuppgifter är Lunds universitet. Allt insamlat material lagras i tio år i Lunds Universitets skyddade digitala arkiv. Enligt dataskyddsförordningen har du rätt att när som helst kostnadsfritt få ta del av all information som lagras om dig, få eventuella fel rättade eller begära att informationen raderas. Du kan också begära att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Allt det här gör du genom att kontakta universitetet, via kontaktperson Ingela Steij Stålbrand som är ansvarig forskare för projektet (se kontaktuppgifter nedan). Har du frågor om hur Lunds Universitet hanterar personuppgifter, hör av dig till universitetets dataskyddsombud via e-post till dataskyddsbud@lu.se. Om du har klagomål på hur dina personuppgifter behandlas kan du vända dig till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

Finns det risker med att delta?

Identifierade risker med deltagande i intervjuer är generellt få. Eftersom sexualitet kan vara ett känsligt ämne, skulle det dock kunna väcka visst obehag eller negativa känslor att delta i intervjun. Intervjun kommer att göras på ett sådant sätt att du som deltar har möjlighet att styra riktningen. Det är helt upp till dig vilka frågor du vill svara på eller inte, du kan välja att prata mer eller mindre om olika ämnen, och du kommer att få möjlighet att prata fritt om sådant som känns relevant för dig.

Om du har funderingar efter intervjun är du välkommen att prata om detta med intervjuaren eller forskningsansvarig (se kontaktuppgifter nedan). Om du upplever att du mår dåligt eller behöver någon utomstående att prata med efter intervjun kan du kontakta Anna Pardo (anna.pardo@lundspanykologihus.se, 0738-397108), som har stor kompetens och vana att arbeta med sexualitetsfrågor och är helt fristående från projektet. Läs mer om Anna Pardos kompetens och kontaktuppgifter här: <https://www.lundspanykologihus.se/personal.html>

Finns det fördelar med att delta?

Många upplever att det känns positivt att dela med sig av sina erfarenheter och få tänka kring dem tillsammans med någon. Det kan även kännas meningsfullt att bidra till ökad kunskap om sexuell tillfredsställelse i Sverige idag.

Information om resultat

Som deltagare ges du möjlighet att läsa igenom en utskrift av intervjumaterialet och eventuellt komma med synpunkter, om du så önskar. Du kommer också att kunna läsa om de aidentifierade resultaten av hela studien i de texter som projektet resulterar i. Kontakta medarbetarna så får du tillgång till dessa.

Ersättning

Du kommer inte att få någon ersättning för att delta i studien.

Frivillighet

Deltagande i studien är helt frivilligt. Du väljer själv om du vill medverka, och du kan när som helst dra tillbaka ditt samtycke, utan att behöva ge någon förklaring. Du kan också välja att inte svara på vissa frågor, om det är något speciellt i intervjun som du inte vill prata om. Om du deltar i intervjun och i efterhand känner att du inte vill vara en del av studien, kan du be om att få ditt material borttaget från studien upp till en vecka efter att intervjun har ägt rum. Kontakta medarbetarna i projektet om du inte vill att materialet ska användas i studien (se kontaktuppgifter nedan).

Kontaktinformation till ansvariga forskare

Forskningshuvudman är Lunds universitet. Projektet görs vid Institutionen för psykologi. Projektledare Ingela Steij Stålbrand har tidigare erfarenheter av arbete med forskning som rör sexualitet.

Om du har frågor, synpunkter eller vill ha mer information är du välkommen att kontakta:

Emma Eklund, psykologstudent vid Lunds universitet: em1326ek-s@student.lu.se

Rasmus Andersson, psykologstudent vid Lunds universitet: ra1456an-s@student.lu.se

Projektledare och handledare är Ingela Steij Stålbrand, Fil. Dr. och universitetslektor i psykologi; ingela.stejj_stalbrand@psy.lu.se

Bilaga D

BLANKETT FÖR SAMTYCKE

**Titel på projektet: *Faktorer som påverkar den sexuella tillfredsställelsen:
En explorativ och tvärkulturell undersökning av sexuella och estetiska ideal,
självmedkänsla och kroppsmedvetenhet***

Forskningsledare: Ingela Steij Stålbrand

Författare till studien: Emma Eklund och Rasmus Andersson

Jag bekräftar härmed att jag har tagit del av och förstått informationen om intervjustudien och att jag har fått möjlighet att ställa frågor.

Jag bekräftar härmed att jag har haft tillräckligt med tid för att bestämma mig för huruvida jag vill vara med i studien eller inte.

Jag förstår att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att ange något som helst skäl.

Jag samtycker härmed till deltagande i studien

Deltagares namn (textas) och datum

Underskrift

Kommentarer eller frågor kopplat till forskningen

Om du har några som helst frågor eller kommentarer kan du ta upp dem med forskaren eller maila: Ingela Steij Stålbrand, Fil. Dr. och universitetslektor i psykologi;

ingela.stejj_stalbrand@psy.lu.se

Bilaga E

Har du fått sexuella biverkningar av att ta antidepressiva läkemedel?

Då söker vi dig!

Vi är två psykologstudenter från Lunds Universitet som söker intervjudeltagare till vår examensuppsats som ingår i ett forskningsprojekt avseende sexuell tillfredsställelse. Vår uppsats syftar att undersöka sexuell tillfredsställelse hos de som har upplevt eller upplever sexuella biverkningar i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling.

För att delta i studien behöver du vara minst 18 år. Intervjun tar ca 1-1,5 h och sker antingen på valfri plats inom Skåne eller digitalt via Zoom.

För intresseanmälan scanna **QR-koden**

eller maila:

em1326ek-s@student.lu.se (Emma Eklund, psykologstudent)

ra1456an-s@student.lu.se (Rasmus Andersson, psykologstudent)

Du kan även kontakta oss på ovan mailadresser om du har frågor eller vill veta mer om studien.

Handledare och ansvarig forskare för studien är **Ingela Steij Stålbrand**, universitetslektor vid Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.



LUNDS
UNIVERSITET