



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Attention Deficit Hyper(sexual?) Disorder

**En kvantitativ studie om hur medicin och samsjuklighet
påverkar hypersexuella tendenser hos kvinnor med ADHD**

Elin Ejerblad och Daniel Serrano

Kandidatuppsats (SOPB 63)

Vårterminen 2023

Handledare: Malin Nilsson

Abstract

Authors: Elin Ejerblad and Daniel Serrano

Title: Attention Deficit Hyper(sexual?) Disorder - A quantitative study about the effect of medication and comorbidity on hypersexual tendencies among women with ADHD

Supervisor: Malin Nilsson

Assessor: Staffan Blomberg

The purpose of this study was to investigate whether there are differences in hypersexual tendencies when comparing women with ADHD who are taking medication for their ADHD with women with ADHD who are not taking any medication. Knowledge on how a condition like ADHD can affect sexuality is of relevance to social work since this is a target group for a lot of organizations employing social workers. The questions this study aimed to answer was: Is there a difference in the levels of hypersexual tendencies between women with ADHD who take medication and those who don't? Does comorbidity affect the level of hypersexuality in women with ADHD? How can we understand hypersexuality in combination with ADHD from a perspective about having sex as a person with a disability? To answer these questions, a web based survey was constructed using questions from the Hypersexual Behaviour Inventory. No diagnostic tools were used in the study to establish a diagnosis; instead the respondents were asked if they had received a diagnosis from a medical professional. The questionnaire was posted in two Swedish Facebook groups, one specifically aimed at women with ADHD and one without a gender specific target group. A total of 22 responses were collected, one of which was excluded as an outlier due to extreme values. Out of the 21 valid responses, there was only one case where the respondent had *not* received a diagnosis from a medical professional and 13 women reported that they were currently taking medication. On average, the women using medication scored lower on the questions regarding hypersexuality compared to the women not using medication. Surprisingly, however, according to the analysis, comorbidity seemed to have a larger impact on hypersexuality than usage of central stimulating medication. To investigate this result, further analysis was made using dummy variables to analyze the differences between groups with both medication and comorbidity, only comorbidity, only medication and neither medication or comorbidity. The result remained and comorbidity still had a larger impact on hypersexuality scores.

Keywords: ADHD, hypersexuality, women, sex, sexuality, medication, comorbidity

Innehållsförteckning

1 Problemformulering	4
1.1 Syfte och frågeställningar	6
2 Kunskapsläge och tidigare forskning	6
2.1 ADHD - diagnostisering, symtom och konsekvenser	6
2.2 Vad är sex?	8
2.3 Hypersexualitet	9
2.3.1 ADHD och hypersexualitet	9
2.3.2 Medicin och hypersexualitet	11
3 Teoretiskt ramverk	12
3.1 Bahner - Funktionsvariationer, tillgång och hinder	12
3.2 Toft - Funktionsvariationer och sexualitet	14
3.3 Becker - Avvikelse hos individ och samhälle	15
4 Metod	16
4.1 Metodologiska överväganden	16
4.1.1 Metodval	16
4.1.2 Begreppsdefinitioner	17
4.1.3 Urval	18
4.1.4 Förförståelse och hypoteser	19
4.2 Datainsamling och målgruppsanpassning	20
4.3 Statistisk analys	22
4.4 Tillförlitlighet	22
4.5 Arbetsfördelning	24
4.6 Etiska överväganden	24
5 Resultat	25
5.1 Resultat av frekvensanalyser	25
5.2 Medicin och hypersexualitet	28
5.3 Samsjuklighet och hypersexualitet	31
6 Diskussion	33
6.1 Medicin och hypersexualitet	33
6.2 Sexualitet och funktionsvariationer	34
6.3 Begränsningar och framtida forskning	36
Referenslista	38
Bilagor	42
Bilaga 1. Enkät	42

1 Problemformulering

På uppdrag av regeringen gjorde Socialstyrelsen år 2019 en sammanställning av konsekvenser som diagnosen ADHD har för de vuxna som lever med den. Enligt Socialstyrelsen beräknas knappt 3% av vuxna och 5-7% av barn i Sverige ha diagnosen ADHD (Socialstyrelsen, 2019, s. 11). ADHD är en neuropsykiatrisk funktionsvariation (NPF) som innebär olika utmaningar för olika individer. För vuxna består besvären ofta av svårigheter med emotionell reglering, impuls kontroll och de exekutiva funktionerna - att planera sin tid eller att påbörja och avsluta uppgifter. En av de konsekvenser som beskrivs av Socialstyrelsen (2019, s. 16) rör risken för sexuella övergrepp, där det finns en mycket stor skillnad mellan kvinnor med ADHD och kvinnor utan diagnosen. Det visar sig att kvinnor med ADHD i åldersgruppen 18-24 år löper cirka sex gånger större risk att bli utsatta för sexuella övergrepp än kontrollgruppen; för kvinnor över 30 år ökar risken och är nästan elva gånger större. Bland män i samma ålder återfinns däremot inte en ökad risk för de personer som har diagnosen ADHD. Värt att notera är dock att det bland män är "få inrapporterade fall av sexuella övergrepp" (Socialstyrelsen, 2019, s. 16). Tidigare studier har även visat att personer med ADHD skattar högre på index för hypersexualitet och oftare utsätter sig för sexuella risker som att bruka alkohol eller droger i samband med sex eller ha oskyddat sex (Hertz et al., 2022, s. 10). Utöver detta är det vanligare att unga personer med ADHD blir föräldrar redan som tonåringar, jämfört med jämnåriga utan ADHD (Østergaard et al., 2017, s. 580)

Hypersexualitet kan beskrivas som en tendens att genom sexuellt beteende hantera negativa emotioner eller att ha svårt att kontrollera sexuella impulser. Hypersexualitet finns inte med som en diagnos i DSM-5 men inkluderas däremot i ICD-11 under namnet compulsive sexual behaviour disorder (CSBD), där det beskrivs som en impuls kontrollstörning. DSM-5 och ICD-11 är manualer för klassificering av mentala diagnoser respektive sjukdomar överlag och är internationell standard. Den förstnämnda ges ut av American Psychiatric Association, medan den sistnämnda ges ut av Världshälsoorganisationen, WHO. Det har visat sig att det bland personer med sexuella störningar också är vanligt att det förekommer kognitiva diagnoser, exempelvis ångest, depression, psykos eller ätstörningar (Soldati et al., 2021, s. 1-2).

Även om det har konstaterats en hög samsjuklighet mellan hypersexualitet och ADHD har få studier undersökt sambandet mellan ADHD och hypersexualitet.

Ännu färre har undersökt hur det kommer sig att personer med ADHD utvecklar hypersexuella drag i större utsträckning än den övriga populationen (Korchia et al., 2022, s. 1414-1415).

Den här studien ämnar därför att undersöka sambandet mellan ADHD och sexuella praktiker för att kunna bidra med information om vad som påverkar vad. För att ha ett empiriskt material att undersöka har vi gjort en enkätstudie för att ha en möjlighet att titta just på samband. Begreppen vi har arbetat med i både vår studie och vår uppsats är: *kvinnor, sex, ADHD* eller *misstänkt ADHD, mediciner och hypersexualitet* (vidare beskrivning återfinns i avsnitt 4.1.2 Begreppsdefinitioner). De verktyg vi använde för att analysera vårt material består av teoribildningar av Julia Bahner (2021) och Alex Toft (2023) kring hur det är att ha en sexualitet när man dessutom har en funktionsvariation, samt Howard Beckers (Lalander, 2022) teori om avvikelser i en samhällskontext. Redan innan vi samlade in vår empiri hade vi en tes om att ADHD-medicin skulle kunna påverka hypersexualitet utifrån att hypersexualitet beror på svårigheter att kontrollera impulser (ICD-11), vilket är det centralstimulerande mediciner avser att minska. Eftersom våra studieresultat visade på ett oönskat samband mellan samsjuklighet och hypersexualitet valde vi även att analysera de resultaten utifrån vårt teoretiska ramverk.

Inom socialt arbete möter man personer som på ett eller annat sätt är utsatta eller har en social problematik. Det kan till exempel vara socialsekreterare som möter klienter som utsatts för sexuella övergrepp eller skolkuratorer som möter barn med en ADHD-diagnos som gör skolan utmanande för dem. Som socionom och socialarbetare är det svårt att hitta ett yrke där man *inte* möter personer med olika typer av neuropsykiatriska diagnoser, vare sig man arbetar inom skola, myndighet eller sjukvård. Det är därför högst relevant att socionomer besitter kunskaper om hur ADHD fungerar, de svårigheter och risker som finns inom gruppen såväl som vilken hjälp som ger önskad effekt. Socionomer har i flera olika yrken en roll som innebär möjlighet att erbjuda olika former av stöd; därför är kunskaper om en diagnos som ADHD och dess potentiella konsekvenser relevant för att kunna bemöta och stötta klienter på bästa möjliga sätt.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka om och hur medicin och samsjuklighet påverkar hypersexualitet hos kvinnor med ADHD. Frågeställningarna som vi ämnar besvara med vår studie är därmed:

- Finns det en skillnad i nivå av hypersexuella tendenser mellan de kvinnor med ADHD som tar medicin och de som inte tar medicin?
- Påverkar samsjuklighet graden av hypersexualitet hos kvinnor med ADHD?
- Hur kan vi förstå hypersexualitet i kombination med ADHD ur ett perspektiv om att ha sex som en person med funktionsvariation?

2 Kunskapsläge och tidigare forskning

I följande kapitel presenteras relevant forskning rörande ADHD, sex och hypersexualitet; kapitlet syftar till att ge en introduktion till och förförståelse för diagnoserna. Sökningen av information har skett med hjälp av sökmotorn LUBSearch. Sökord som använts har varit ADHD, attention deficit/hyperactivity disorder, women, sexuality, hypersexuality, comorbidity, medicine, adult, effect, dopamine, central stimulants. Sökningar har gjorts på både svenska och engelska. Samtlig forskning som presenteras har genomgått en peer review-process.

2.1 ADHD - diagnostisering, symtom och konsekvenser

Det finns beskrivningar om tillstånd som liknar vår moderna definition av ADHD som dateras till så tidigt som 1775 och den första som ska ha beskrivit ADHD-liknande symtom är en tysk läkare som heter Melchior Adam Weikard (Faraone et al., 2021; Krishnadas, Jubrail & Chetcuti, 2022). I en artikel som heter *Assessment and treatment of ADHD in adults* beskriver författarna Krishnadas, Jubrail och Chetcuti (2022, s. 11) hur ADHD länge sågs som ett tillstånd som bara barn hade. Studier visar dock att i 60% av fallen fortsätter ett barn med ADHD att ha problem som kräver vård och medicin även som vuxen. Det finns olika typer av ADHD specificerade i DSM-5: huvudsakligen ouppmärksam, huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv samt en kombinerad typ. Skillnaden mellan de olika typerna rör vilka symtom en person uppvisar (DSM-5, s.59-66).

Diagnosen innebär svårigheter att behålla fokus och/eller hyperaktivitet och impulsivt agerande. Svårigheterna att fokusera handlar inte om att personen inte förstår en uppgift utan att de blir distraherade, gör annat och/eller är ostrukturerade ändå. Hyperaktivitet kan till exempel innebära att barn är uppe och springer när det inte är lämpligt eller inte klarar av att sitta still i situationer där det förväntas, som i skolan. Hyperaktivitet kan också innebära andra saker, som att man pratar extremt mycket eller att man rastlöst pillar med saker. Det tredje kriteriet för diagnosen, impulsivitet, kan ta sig uttryck genom oaktsamt beteende som att inte se sig för i trafiken men också som att man har svårt med turtagning i ett samtal och därför lätt avbryter andra. En del av de kroppsliga eller motoriska kännetecknen avtar i takt med att barn med ADHD blir äldre, medan symtom som svårigheter att planera eller att vara lätt distraherad i regel kvarstår även i vuxen ålder (DSM-5, s.59-66).

Krishnadas, Jubrail och Chetcuti beskriver att konsekvenserna av att ha ADHD är stora och berör dels områden som utbildning, arbete och ekonomi, tillika relationssvårigheter och somatisk samsjuklighet (2022, s. 12). Gener har en avgörande effekt på hur troligt det är att en person kommer utveckla ADHD, men det finns ingen enskild gen som ensam orsakar ADHD utan det är en kombination av flera genvariationer. Vissa miljömässiga faktorer som substansmissbruk av alkohol, tobak eller droger under graviditeten, för tidig födsel och låg födelsevikt samt uppväxtförhållanden som fattigdom, undernäring eller övergrepp och försummelse kan också påverka utvecklingen av ADHD. Personer som har ADHD kanske delar vissa genetiska och neurologiska variationer jämfört med övrig population, men inom gruppen finns skillnader i nivå av IQ, arbetsminne, impuls kontroll och förmåga att fatta beslut, organisera sin tid och lösa problem (ibid.).

Forskare har länge studerat ADHD för att ta reda på dels vad som orsakar den neuropsykiatriska diagnosen och dels vilka biologiska och sociala effekter den orsakar för personerna som har den. Det var syftet när organisationen World Federation of ADHD och 80 experter från 27 länder valde att tillsammans gå igenom vetenskapliga studier från de senaste 20 åren (Faraone et al., 2021). De sammanställde sedan ett konsensusuttalande som består av 208 stycken uttalanden om ADHD skapade utifrån den vetenskapliga grund som de sammanlagda studierna består av. Ytterligare 356 internationella experter stödjer konsensusuttalandet.

I uttalandet beskrivs bland annat hur studier av hjärnan med hjälp av hjärnabbildning har visat att personer med ADHD har både en mindre volym av grå substans och en underaktivering i delar av hjärnan som styr impuls kontroll, som högra nedre prefrontala kortex, samt dopaminproduktion och känsloreglering, som de basala ganglierna (Faraone et al., 2021, s. 797).

Diagnosen ADHD är såklart någonting som kan påverka alla aspekter av livet, däribland sexuella vanor, sexuell hälsa och sexualitet. Effekten kan ses på flera olika sätt. Jämfört med kvinnor utan har kvinnor med ADHD generellt sett fler sexuella partners, söker oftare vård för sexuellt överförbara sjukdomar och löper, som tidigare nämnt, större risk att utsättas för sexuella övergrepp (Socialstyrelsen, 2019, s. 16; Young et al., 2020, s. 6). Diagnosen påverkar också mer vardagliga aspekter av sexualitet som inte nödvändigtvis innebär riskfyllt beteende. Kvinnor med ADHD beskriver att det till exempel kan vara svårt att behålla fokus även i sexuella situationer, vare sig det är med sig själva, en stadigvarande partner eller en ny partner (Wallin et al., 2022, s. 6).

2.2 Vad är sex?

I vår studie är vi också intresserade av ämnet sex - hur människan upplever sex, vad som händer i kroppen vid sex och om det kan skilja sig åt mellan någon som har ADHD och någon som inte har det. Att sex är en stor del av det som driver en människa är det ingen som ifrågasätter, det är genom sex som vi förökar oss och kan garantera överlevnaden av vår art (Georgiadis & Kringelbach, 2012, 50).

Det finns likheter mellan människors sexuella beteende och hur vi beter oss kring exempelvis mat. Georgiadis och Kringelbach (2012, s. 50) beskriver båda beteendena som cykliska, att beroende på var vi är i "njutningscykeln" anpassas vårt beteende därefter. Den sexuella cykeln kan förenklas genom att beskriva beståndsdelarna som *förväntan*, *fullbordande* och *mättnad* och cykeln kan vara i alltifrån minuter till timmar. I det första stadiet väcks lusten att utföra en sexuell aktivitet, varefter fysisk stimulans under fullbordandefasen leder till högre upphetsning för att sedan kulminera i ejakulation och/eller orgasm. Efter det uppnås mättnad och sexuell lust avstannar ett tag innan cykeln kan påbörjas igen (ibid., s. 50).

Det är i det första förväntansstadiet som hjärnan utsöndrar dopamin. Självklart är det här en väldigt enkel och abstrakt beskrivning av ett komplext fenomen; det finns stora individuella skillnader i hur de olika faserna ser ut och tar sig uttryck, särskilt män och kvinnor emellan. Men denna förenkling gör det tydligt på vilket sätt den sexuella cykeln kan liknas vid den vi upplever när vi äter. När vi äter går vi också igenom faser där vi först motiveras att börja äta av att vi känner hungerskänslor, därefter fullbordar vi födointagscykeln genom att äta för att därefter landa i en mättnadskänsla (Georgiadis & Kringelbach, 2012, s. 52).

De biologiska drivkrafterna för att ha sex kan emellertid inte regera fritt. På grund av att människor lever i sociala konstellationer tillsammans med andra människor och våra högre hjärnfunktioner utvecklades som de gjorde under evolutionen finns även sociala, kulturella och moraliska aspekter av sex att förhålla sig till (ibid., 53). Människan har inte längre sex bara för att föröka sig. Kopplingen mellan de fysiska och sociala aspekterna av sex orsakar komplikationer för de som har normavvikande preferenser eller drifter då de kan skapa skam och skuld för individer (ibid., s. 53).

2.3 Hypersexualitet

Som tidigare nämnts, finns det idag inte en entydig definition av hypersexualitet bland forskare, utan man använder sig av olika begrepp som skiljer sig i synen på hypersexuellt beteende. Hypersexualitet, sexberoende eller tvångsmässigt sexuellt beteende används ibland omväxlande och för att beskriva samma fenomen (Soldati et al., 2021, s. 2). De två förstnämnda definitionerna av hypersexualitet beskriver det som ett beroende eller missbruk, men detta är inte ett perspektiv som accepterats som grund för inkludering i DSM-5. Däremot klassas hypersexualitet i ICD-11 som tvångsmässig sexuell beteendestörning; hypersexualitet är med den synen eller konceptualiseringen en störning eller ett tillstånd som påverkar impuls kontroll.

2.3.1 ADHD och hypersexualitet

Det är vanligt att hypersexuella personer har olika former av mental samsjuklighet, men det är också vanligt med personlighetsdrag som impulsivitet eller dålig självkänsla (Walton et al., 2017, s. 2240).

När det gäller just samband mellan ADHD och hypersexualitet har studier visat att det är vanligt att hypersexuella personer har ADHD, och då oftast av typen huvudsakligen ouppmärksam. Detta kan verka motsägelsefullt sett till de fördomar som finns om impulsiva eller hyperaktiva personer med ADHD (Hertz et al., 2022, s. 7; Soldati et al., 2021, s. 7). Något som är värt att poängtera är att ADHD-diagnosen delar symtom och karaktärsdrag med hypersexualitet, oavsett om man ser till huvudsakligen ouppmärksam ADHD eller huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv (Korchia et al., 2022, s. 1413-1414).

Dålig självkänsla är, som tidigare nämnt, vanligt hos hypersexuella personer men likaså hos personer med ADHD. Problem med dålig självkänsla är något som i sin tur kan påverka graden av hypersexuellt beteende. En förklaring till detta skulle kunna vara att hypersexuellt beteende är ett sätt att hantera dålig självkänsla genom sexuell aktivitet (Soldati et al., 2021, s. 8; Young et al., 2020, s. 15). Även om personer med ADHD kan använda sig av sexuella aktiviteter som ett sätt att känsloreglera eller hantera stress, och därför har en ökad frekvens onani eller högre sexlust, finns det ändå viktiga skillnader jämfört med hypersexuella personer. För en person med ADHD är sexuella aktiviteter något positivt, medan de för en hypersexuell person har inslag av tvångsmässighet som orsakar negativ stress och sociala hinder (Soldati et al., 2021, s. 2).

Tidigare studier som har undersökt samband mellan ADHD och hypersexualitet har gjort detta på olika sätt och nått fram till olika resultat (Soldati et al., 2021, s. 8; Korchia et al., 2022, s. 1418). Man har sett att ADHD är vanligt förekommande bland hypersexuella personer, men har däremot inte hittat någon signifikant skillnad i förekomsten av hypersexualitet bland personer med ADHD jämfört med personer utan diagnosen. Någonting som kan bidragit till att man hittat olika resultat är att forskare utgår från olika definitioner av hypersexualitet och därmed också använt sig av olika mätninginstrument, både validerade och icke validerade (Soldati et al., 2022, s. 3-7).

En del studier utgår från synen att hypersexualitet är en beroendeproblematik medan andra studier behandlar hypersexualitet som ett tvångsmässigt beteende eller till och med som ett symtom på andra diagnoser, snarare än ett eget tillstånd.

Synen på hypersexualitet påverkar självfallet valet av metod och därigenom troligtvis resultaten också. Soldati et al. (2021, s. 8) lyfter också det faktum att det i vissa studier kan finnas en skev representation bland deltagarna beroende på hur dessa har rekryterats till studier. Författarna menar att personer med ADHD kan vara överrepresenterade i studier där deltagarna rekryterats genom vården, eftersom de med ADHD oftare har kontakt med vården jämfört med befolkningen i stort.

Karaca et al. (2016, s. 702) har publicerat en systematisk översiktsstudie som visade på att det finns en hög grad av samsjuklighet mellan olika typer av beroende och ADHD, oavsett om det är substansmissbruk eller andra typer av missbruk. I studien kom de fram till att personer med ADHD har en högre tendens att utsätta sig för sexuella risker - som oönskade graviditeter, sexuellt överförbara sjukdomar och tidigare sexuell debut. Studien kom också fram till att det finns ett samband mellan sexberoende och ADHD (Karaca et al., 2016, s. 709). Sambandet mellan hypersexualitet och ADHD kan bero på ett flertal faktorer. En sambandsförklaring kan vara att man som barn blivit utsatt för sexuella övergrepp, vilket i vuxen ålder kan orsaka ADHD-liknande symtom och riskfyllt sexuellt beteende. En annan förklaring kan vara att man har en viss variant av dopaminreceptorgenen DRD4 som kan kopplas till både adhd och promiskuitet (Karaca et al., 2016, s. 710).

2.3.2 Medicin och hypersexualitet

Vilken effekt ADHD-mediciner har på hypersexualitet är inte klargjort i tidigare forskning, utan de flesta studier pekar på behovet av ytterligare forskning (Soldati et al., 2021, s. 8; Korchia et al., 2022, s. 1418).

Både Soldati et al. (2021, s. 8) och Korchia et al. (2022, s. 1418) menar på att det behövs vidare forskning för att säkerställa effekterna som mediciner har på hypersexualitet, då särskilt centralstimulerande läkemedel kan ha en effekt på sexuell funktion och resultat från tidigare studier motsäger varandra. Flory et al. (2006, s. 575) menar att medicinerna själva sannolikt inte har någon effekt för utövandet av säkert sex, utan att den förändringen sker i kombination med andra insatser som samtal eller terapi.

Även om det finns tidigare forskning gjord på ADHD-mediciner och vilken effekt dessa har för hypersexuellt beteende, kan man hitta stöd både för att medicinerna minskar hypersexualitet och för att den inte har någon effekt (Soldati et al., 2021, s. 8). Inom detta område finns alltså en kunskapslucka om just kopplingen mellan ADHD-medicinering och hypersexualitet. Utifrån den forskning som finns går ändå att konstatera att för personer som får centralstimulerande mediciner bör hypersexuella tendenser inte öka, utan minska eller inte påverkas alls.

3 Teoretiskt ramverk

I följande kapitel presenteras det som utgör vårt teoretiska ramverk och som i analysen kommer användas för att tolka och diskutera resultaten av studien. De teorier som presenteras är valda utifrån en idé om att med hjälp av tidigare kunskaper om olika områden skapa ett teoretiskt ramverk. Genom att använda teorier kring teman kopplade till funktionsvariationer och hypersexualitet, skapas en teoretisk grund för att förstå hypersexualitet hos kvinnor med ADHD. Bahners (2021) teori berör definitionen av funktionsvariation, tillgång till sexualitet samt möjliga hinder som kan uppstå. Tofts (2023) teori berör funktionsvariationer och hur dessa förhåller sig till eller interagerar med sexualitet. Beckers (Lalander, 2022) teori avser avvikande personer överlag och appliceras i diskussionen på personer som har normbrytande funktion.

3.1 Bahner - Funktionsvariationer, tillgång och hinder

Vad menas då med begreppet funktionsvariation? Och vilka kan man tänka sig att det inkluderar? Julia Bahner (2021, s. 124) beskriver i sitt kapitel *Access to sexuality - disabled people's experiences of multiple barriers* en definition av funktionsvariation som frångår en strikt medicinsk definition av funktionsvariation. Bahner (2021, s. 124) menar att den medicinska definitionen främst är fäst vid somatiska problem och att det finns en nedsättning i funktion som kräver någon form av vård. Istället argumenterar Bahner (2021, s. 124) för en definition som dessutom tar hänsyn till sociala aspekter, eftersom till exempel kronisk smärta kan innebära problem och hinder, trots att man får vård för sina kroppsliga besvär eller har tillgång till ett stöttande nätverk.

En funktionsvariation blir därmed någonting som uppstår då en individ interagerar med sin omgivning och med andra människor; den är inte endast begränsad till somatiska sjukdomar (Bahner, 2021, s. 124). Precis som Bahner (ibid.) argumenterar för en bredare syn på vad en funktionsvariation kan innebära, lyfter hon även att man i relation till detta i regel haft en snäv syn på vad det innebär att ge personer med funktionsvariationer tillgång till olika typer av arenor. Tillgång har, enligt Bahner (2021, s. 124), främst handlat om fysisk tillgång till geografiska platser, kopplat till en fysisk funktionsvariation. Därmed missar man att överväga hur människor med funktionsvariationer har möjlighet att till exempel uttrycka sin sexualitet eller forma relationer.

Bahner (2021, s. 128-131) lyfter fram olika typer av barriärer som personer med funktionsvariationer kan stöta på när det kommer till att uttrycka och utforska sin sexualitet eller bygga relationer. Den psyko-emotionella barriären uppstår som en effekt av hur det är att leva med en funktionsvariation i en kontext där det är normbrytande att fungera annorlunda. Barriären förstärks ytterligare av att det dessutom förekommer att människor diskrimineras på grund av sin normbrytande funktion. Bahner (2021, s. 128) poängterar att erfarenheter av diskriminering och mobbning påverkar den mentala hälsan och utgör en risk för dålig självkänsla. Det i sin tur är faktorer som ökar risken att bli utsatt för övergrepp i olika situationer som till exempel när man dejtjar. Relationsbarriären utgörs av hinder som uppstår när man som person med en funktionsvariation försöker bygga relationer (Bahner, 2021, s. 130). I mötet med omgivningen blir det tydligt att det finns normer kring vad som är attraktivt, vad som är socialt accepterade sexuella vanor och vilka som fritt kan uttrycka sin sexualitet. Bahner (2021, s. 130) lyfter olika berättelser där personer med olika typer av funktionsvariationer beskriver de hinder de stöter på. För personer med en synlig funktionsvariation kan det handla om vad som är ett attraktivt utseende. Men för personer som har en osynlig funktionsvariation, som ADHD, kan det exempelvis istället innebära att personer i omgivningen inte accepterar att man uttrycker sin sexualitet på det vis man själv önskar (Bahner, 2021, s. 130).

3.2 Toft - Funktionsvariationer och sexualitet

Toft (2023, s. 104-105) beskriver en tendens att i tidigare forskning se personer med funktionsvariationer som asexuella, vilket inte stämmer överens med hur dessa personer själva beskriver sina liv. Utifrån sina tidigare studier beskriver Toft (2023, s. 106) att en diagnos som autism snarare kan ses som en lins genom vilken omvärlden tolkas. Därmed påverkar den självfallet också hur en person ser på kön, relationer, normer och liknande sociala konstruktioner. En grund till misstolkningar och missuppfattningar, menar Toft (2023, s. 104-105), är att forskare inom området 'funktionsvariation' historiskt sett tyvärr inte involverat personer som har funktionsvariationer i forskningen och att deras bästa har inte nödvändigtvis stått i fokus. Detta är någonting som har blivit bättre i takt med att nya strömningar och idéer fått stort inflytande och sociala modeller har arbetat för inkluderingen av funktionsvarierade människor. Toft (2023, s. 104-105) lyfter att dessa misstolkningar av personer med funktionsvariationer som icke-sexuella varelser har förstärkts ytterligare av att vissa forskare försökt hitta samband mellan exempelvis autism och asexualitet.

Det finns också enligt Toft (2023, s. 104-105) skepsis kring hurvida det är accepterat för personer med NPF att identifiera sig som HBTQ+. Istället har man en tendens att hänföra det som är normbrytande till diagnosen snarare än en identitet. Utöver detta finns det även en generell tendens att beskriva icke-heterosexuella läggningar som "en fas" och därmed någonting som inte är en persons uttryck för sin identitet, utan snarare någonting som går över med tiden (Toft, 2023, s.106-107). Det finns därmed en överlappande utmaning för de som tillhör grupper med en normbrytande funktion och sexuell läggning; nämligen den att personer som är normbrytande måste bevisa sin sexualitet eller sin funktionsvariation, särskilt i de fall då funktionsvariationen inte är synlig. Personen i fråga måste då argumentera för sina svårigheter eller sin funktionsvariation för att den ska uppfattas som legitim. När det gäller sexualitet kan det till exempel krävas att den levs ut i form av partnerrelationer för att en avvikande sexualitet ska accepteras; för att ses som homosexuell måste du vara del av en samkönad relation och för att ses som bisexuell måste du vara del av relationer med partners med olika kön (Toft, 2023, s. 105). Det kan ofta finnas en brist på förståelse för funktionsvarierade personers sexualitet från deras omgivning.

Ett konkret exempel på det Toft (2023) beskriver om bristande förståelse återfinns i studien av Wallin et al. (2022, s. 5). I den artikeln beskriver kvinnor med ADHD en rädsla för att vara sig själva eller leva ut sin sexualitet på det sätt de hade velat, eftersom det resulterar i dömande åsikter och kommentarer från omgivningen; man uppfattas som "slampig" eller "lätt" och väljer att istället anpassa sig för att bättre passa in i de normer som finns (Wallin et al., 2022, s. 5).

3.3 Becker - Avvikelse hos individ och samhälle

Det är i mötet med andra som det blir tydligt att man som funktionsvarierad avviker från normen. Just avvikelser är något som sociologen Howard Becker skrev mycket om. Hans mest inflytelserika bok, *Utanför: avvikandets sociologi*, har hög relevans för socialt arbete särskilt i dagens samhälle (Lalander, 2022, s. 45). Beckers grundläggande idé är att avvikelse inte skapas av individen, som med sina tankar och beteenden bryter mot oskrivna regler. Istället är det samhället som skapar avvikande individer genom den regelskapandeprocess som vi alla är en del av, vare sig vi vill eller inte. Människor i grupp har en tendens att skapa sociala regler tillsammans, regler som avgör hur man ska bete sig i olika situationer. Personer som bryter mot dessa, mer eller mindre uttalade, regler behandlas som opålitliga eftersom de inte följer "överenskomna" normer (Lalander, 2022, s. 47). En förutsättning för att bli behandlad som avvikande är dock att andra vet om att man bryter mot reglerna. Om man förblir oupptäckt slipper man stämpas som avvikande (ibid.). Becker för ett resonemang kring hur det kommer sig att "konventionella" personer inte följer impulserna som uppmuntrar till avvikande beteende, och kommer fram till att det är för att människor är medvetna om reglerna som finns och konsekvenserna om man bryter mot dem (Lalander, 2022, s. 47).

En av konsekvenserna som följer av att bli upptäckt med ett avvikande beteende är vilken identitet andra tillskriver en. Becker lånar Hughes begrepp *överordnad* och *underordnad status* för att beskriva hur ens sociala identitet kan förändras av att bryta mot normer och bli påkommen (Lalander, 2022, s. 48). En person kan ha ett flertal statusar - adjektiv som används om oss för att beskriva vilka vi är som personer - men de har en inbördes ordning där vissa epitet trumfar andra.

För att ge ett tydligt och offentligt exempel, när Göran Lindberg blev påkommen blev hans tidigare överordnade status som “polischef” underordnad hans nya överordnade status som “pedofil” och “sexköpare”. I det exemplet blev konsekvenserna rättsliga i form av fängelsestraff, eftersom regeln han bröt emot inte bara var en norm utan en lag. Men även de som bryter mot sociala normer och andra oskrivna regler blir straffade, genom sociala sanktioner som utebliven gemenskap eller erkännande. Det kan dessutom räcka med att det går rykten om att en person varit avvikande för att hens status ska skifta (Lalander, 2022, s. 48).

4 Metod

I detta kapitel presenteras diskussioner kring de val som gjorts gällande metod och datainsamling för denna studies empiri. I de inledande delarna berörs övergripande metodologiska tillvägagångssätt och metodval. Kapitlets senare delar behandlar statistisk analys, studiens tillförlitlighet samt etiska överväganden.

4.1 Metodologiska överväganden

Utifrån studiens frågeställningar valde vi att göra en kvantitativ studie med en tvärsnittsdesign. Eftersom våra frågeställningar avser att ta reda på dels andel och dels ett eventuellt samband är en kvantitativ ansats att föredra (Bryman, 2018, s. 61). Den kvantitativa metodens huvudsakliga styrka ligger i att undersöka samband mellan olika variabler och på så vis kunna dra slutsatser om generella mönster över en större grupp. Det blir därför det lämpliga alternativet för att undersöka samband mellan ADHD-mediciner eller samsjuklighet och hypersexuella tendenser.

4.1.1 Metodval

Valet av tvärsnittsdesign föll sig naturligt eftersom alternativa forskningsdesigner inte är möjliga att genomföra på den begränsade tid vi har eller inte går att använda för att besvara våra frågeställningar. I kvantitativa studier är de vanligaste datainsamlingsmetoderna strukturerade intervjuer eller en enkät. Eftersom vi varken har den tid eller de resurser som

krävs för att genomföra strukturerade intervjuer (Bryman, 2018, s. 286) valde vi att utforma en enkät.

Andra anledningar till att vi valde att göra en enkät istället för strukturerade intervjuer är att på grund av uppsatsämnets känsliga karaktär är det bättre med en enkät där respondenterna kan besvara frågorna ensamma och utan intervjuareffekt (Bryman, 2018, s. 287). Det finns dock nackdelar med att göra enkäter. Exempelvis kan respondenterna inte fråga oss direkt om det är något de inte förstår eller att vi inte kan garantera att personen som svarar på enkäten uppfyller våra inkluderingskriterier. Vi gjorde dock avvägningen att fördelarna med att göra en enkät övervägde nackdelarna. På grund av tids- och resursmässiga begränsningar valde vi att utforma en webbsurvey eftersom det innebär att svarsdatan automatiskt organiseras vilket sparar tid jämfört med manuell kodning av svaren såväl som att det minskar risken för att bearbetningen av datan ska bli felaktig (Bryman, 2018, s. 298). Andra fördelar med en webbsurvey är också att det är möjligt för respondenterna att kunna titta igenom hela enkäten innan de svarar, vilket just för vår målgrupp är bra eftersom de då får en uppfattning om tidsåtgången.

4.1.2 Begreppsdefinitioner

Detta arbete syftar till att undersöka gruppen kvinnor med ADHD och aspekter av sex eller sexualitet samt undersöka eventuella skillnader beroende på om personer tar mediciner eller inte. Även om detta kan vara avgränsningar eller begrepp som till synes verkar självklara i sin innebörd, kan det ändå vara värt att definiera vad som menas med “sex” eller “misstänkt ADHD” för att förtydliga uppsatsens avgränsningar och intressen.

Med *kvinnor* avses personer som identifierar sig som kvinnor, oavsett biologiskt eller juridiskt kön. En del av de gemenskaper där enkäten publicerats är också öppna för de som definierar sig som icke-binära. Detta är inte någonting som vi har valt att ställa frågor om och att identifiera sig som kvinna är inte heller ett krav. Personer som är icke-binära har därför själva möjligheten att ta ställning till huruvida enkäten gäller för dem och har i sådana fall möjlighet att delta i undersökningen. *Sex* kan betyda många olika saker för olika personer. I det här arbetet definierar vi begreppet ‘sex’ som alla sexuella aktiviteter, med eller utan partner, som personer gör för att uppnå sexuell upphetsning och/eller njutning.

Att ha diagnosen ADHD innebär att man genomgått en utredning och fått diagnos av läkare och psykolog, men med *misstänkt ADHD* menar vi personer som antingen väntar på utredning eller just nu har en pågående utredning, alternativt personer som själva misstänker att de har ADHD. En ADHD-diagnos är ingenting som mäts i vår studie, utan är istället självrapporterat av respondenterna. Valet att inkludera dem utan en påbörjad eller avslutad ADHD-utredning baseras på att det finns individer som lever med ADHD-liknande symtom utan att för den sakens skull besväras så pass att de behöver extern hjälp i form av medicin eller annan behandling. Eftersom vi inte har gjort en medicinsk studie, där det är relevant att fastställa att individen har en viss diagnos, har vi valt att erbjuda även de utan diagnos möjligheten att besvara vår enkät. Med begreppet *mediciner* menas i den här uppsatsen centralstimulerande läkemedel som används i behandling för ADHD. Detta kan vara exempelvis metylfenidat eller lisdexamfetamin, men inkluderar inte aktiva substanser som atomoxetin som inte är centralstimulerande. I vår studie har vi inte gjort en särskiljning mellan olika typer av centralstimulerande ADHD-mediciner. Eftersom vi inte gör en medicinsk studie anser vi inte att det är relevant vilken medicin och mängd respondenterna tar, utan bara *om* de tar medicin eller inte. *Hypersexualitet* saknar en entydig definition, utan istället talar forskare om hypersexualitet, sexuellt beroende eller tvångsmässigt sexuellt beteende. I denna uppsats definieras hypersexualitet eller hypersexuella tendenser som en stark sexuell drift, en tendens att använda sexuella aktiviteter för att hantera negativa emotioner och/eller att sexuella tankar, fantasier eller aktiviteter påverkar andra delar av livet, så som arbete, studier eller socialt umgänge. Hypersexualitet mäts i denna undersökning med hjälp av vår indexfråga, som beskrivs i avsnittet om datainsamlingsmetod.

4.1.3 Urval

Populationen vi vill undersöka i vår studie är kvinnor i Sverige som har ADHD. Det är en väldigt stor population och svår, för att inte säga omöjlig, att nå i sin helhet. Vi har heller inte tillgång till något register med kontaktuppgifter för att kunna göra ett obundet slumpmässigt urval, vilket är den mest grundläggande metoden för att göra slumpmässiga urval (Bryman, 2018, s. 184-188). I avsaknaden på listor eller register över kvinnor med ADHD blir det inte heller möjligt att göra ett systematiskt eller stratifierat slumpmässigt urval.

Vi har därför valt - utifrån de förutsättningar vi har - att göra en form av bekvämlighetsurval genom att publicera enkäten i facebookgrupper där medlemmar själva får ta ställning till huruvida de vill delta eller ej (Bryman 2018, s. 194-196). Bekvämlighetsurval är acceptabelt att göra i vissa situationer, men man bör vara medveten om att detta innebär att det blir väldigt svårt, om inte omöjligt, att generalisera resultaten. Urvalskriterierna vi har är att respondenten ska definiera sig som kvinna och ha fått en ADHD-diagnos, vara på väg att påbörja en utredning alternativt misstänka att hon har ADHD.

4.1.4 Förförståelse och hypoteser

Att leva med ADHD är inte alltid lätt, särskilt inte som kvinna. En av uppsatsförfattarna har förstahandserfarenheter av det i egenskap av att vara just kvinna med ADHD. Det är de upplevelserna och förförståelsen som skapade idén till den här uppsatsen. I ett onlineforum om stöd för kvinnor med ADHD finns ett ämne som regelbundet återkommer - hur ADHD påverkar upplevelsen av sex. Utifrån diskussionerna kring det uppstod ett intresse av att på ett mer strukturerat sätt samla information om hur kvinnor med ADHD upplever sin relation till sex och hur medicin, något som också frekvent diskuteras, kan tänkas påverka sexuella upplevelser och beteenden. I och med vår förförståelse kring studieämnet påverkas både utformningen av studien och tolkningen av resultatet. Ett sätt våra förhandskunskaper har påverkat är i framtagandet av hypoteserna. Redan innan vi hittade stöd i litteraturen diskuterade vi sannolikheten för ett samband mellan dopamin, sex och ADHD-medicin. Vår diskussion handlade om att om en person med ADHD har försämrade dopaminreceptorer och en försämrad dopaminproduktion är det inte konstigt att aktiviteter som utlöser mycket dopamin, som sex, lockar mycket. Utifrån ett antagande om att medicinen hjälper hjärnan med dopaminregleringen formulerade vi vår hypotes utifrån att kvinnor som tar medicin borde uppvisa färre hypersexuella tendenser, eftersom dopaminbehovet då tillgodoses av medicinen snarare än sexuella aktiviteter. Efter att ha sett resultaten av våra analyser kunde vi konstatera att det fanns ett samband mellan samsjuklighet och hypersexualitet som vi inte utgick ifrån när vi påbörjade uppsatsarbetet. Därför har vi heller inte formulerat hypoteser kring det sambandet eftersom det inte går att pröva hypoteser framtagna efter resultatet.

De hypoteser vi formulerade i början av studieprocessen var därför följande:

- Nollhypotes: Det finns ingen variation i hypersexuella tendenser mellan kvinnor med ADHD som väljer att ta mediciner jämfört med de som inte gör det.
- Alternativ hypotes: Det finns variation i hypersexuella tendenser som förklaras av att vissa kvinnor väljer att ta medicin.
- Riktad hypotes: De kvinnor som väljer att ta medicin får ett lägre medelvärde av indexpoängen om hypersexualitet än de som inte tar medicin.

4.2 Datainsamling och målgruppsanpassning

Vi valde att samla ihop vår empiri genom att göra en enkätundersökning. Inför vår enkätstudie valde vi även att genomföra en pilotundersökning för att se om våra frågor fungerade som vi tänkt oss, vilket är extra viktigt just vid enkätundersökningar (Bryman, 2018, s. 332). Tyvärr hann studiens inriktning förändras under tiden pilotstudien var aktiv vilket ledde till att den slutgiltiga enkäten inte liknade den som pilotstudiens respondenter besvarade. Den konstruktiva kritik vi fick genom pilotstudien som var dock fortfarande applicerbar på den slutgiltiga enkäten använde vi oss av. Feedback från pilotstudien som vi använde oss av i den slutgiltiga enkäten var exempelvis att vi tydligare definierade vad vi menade med 'sex', lade till instruktioner om att skriva en uppskattad siffra om man inte kom ihåg hur många man haft sex med eller att öppna frågan om civilstånd för de som har fler än en partner. Enkäten var anonym att besvara och lades ut i två svenska grupper med fokus på ADHD på sociala medieplattformen Facebook. I en av grupperna är ett av gruppkriterierna att man definierar sig som kvinna medan en av grupperna är öppen för alla könstillhörigheter. Grupperna heter 'ADHD Sverige' som har 19 200 medlemmar och 'ADHDsystem & Tjejer ADD/ADHD' med 4000 medlemmar. Enkäten låg ute mellan 26/4 och 1/5. Från början var planen att lägga ut en engelsk version av enkäten i en internationell grupp på Facebook med ca 56 000 medlemmar, men när vi efter upprepade försök fick tag på gruppens administratörer fick vi besked om att sådana inlägg inte godkändes. Vi fick därför snabbt skifta riktning på vår datainsamling, därför är antalet grupper som enkäten lades ut i inte särskilt stort. Om vi hade lagt mer tid på att hitta fler grupper hade eventuellt antalet respondenter i vår studie varit större, men på grund av tidsbrist fick vi acceptera att de förutsättningar vi hade inte var optimala.

Den första delen av enkäten består av frågor som mer syftar till att ta reda på information om våra respondenter: ålder, familjesammansättning, sexuell läggning, civilstånd (se bilaga 1). De viktigaste frågorna i vår enkät, de variabler vi är intresserade av att undersöka, är huruvida de tar ADHD-medicin och deras svar på vår indexfråga. Indexfrågan består av elva påståenden som respondenterna får ta ställning till (se bilaga 1). Påståendena är hämtade från en befintlig skala med tillhörande frågeformulär som heter Hypersexual Behaviour Inventory (HBI). HBI utformades av Rory Reid, Sheila Garos och Bruce Carpenter (2011) i ett försök att skapa ett mätredskap som mäter Kafkas (2010) kriterier för hypersexualitet. Skalan anses vara den som bäst mäter graden av hypersexualitet (Böthe et al., 2018) och består från början av 19 påståenden. Vi valde att utesluta en del påståenden som vi ansåg vara för känsliga att fråga om och dessutom inte är relevanta för vår studie. Exempel på påståenden vi valde bort var påståenden om sexuella vanor som; går emot respondenternas egna värderingar; är oansvariga eller vårdslösa; kontrollerar respondenternas liv; upplevs som tvångsmässiga (Reid et al., 2011, s. 36). De påståenden vi valde ut översattes till svenska av oss, eftersom översättningsfunktioner som Google Translate ofta lämnar övrigt att önska. Svarsformuleringarna är utformade som en likertskala med två positiva, ett neutralt och två negativa svarsalternativ. Bland svarsalternativen återfinns också svarsalternativet 'Vet ej/Vill inte svara'. Det går att diskutera kring att ha ett 'vet ej'-alternativ - de som inte är intresserade av ämnet ifråga har en tendens att svara vet ej om de är osäkra på sitt svar (Hagevi, 2017, s. 105) - men vi gjorde bedömningen att eftersom den som svarar på enkäten har valt att delta finns det ändå ett intresse att svara.

Eftersom respondenterna i vårt urval har eller misstänker att de har ADHD har vi i utformningen av vår enkät försökt ta hänsyn till den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen. Vi valde att använda enkätprogrammet Google Forms för att det fanns en möjlighet att ändra färgtemat och för att den är webbanpassad. Vi ville ha en färg i enkäten dels för att det kan öka svarsandelen (Hagevi, 2017, s. 151) och dessutom eftersom personer med ADHD har svårare att fokusera på saker de upplever som tråkiga. En annan målgruppsanpassning vi diskuterade var valet av typsnitt i enkäten, vissa typsnitt påstås vara enklare att läsa om man har ADHD eller dyslexi, tyvärr kunde vi inte välja typsnitt i Google Forms.

4.3 Statistisk analys

Resultaten från enkätundersökningen har använts för ett flertal olika analyser. Inledningsvis undersöktes svarsfrekvenser på fråga två, tre, fem, sex, sju och åtta i vår enkät för att få en bild av vilka våra respondenter är (se bilaga 1). För att kunna vidare analysera hypersexuella tendenser beräknades ett medelvärde av indexpoängen från fråga elva i enkäten - på så vis kan också de svar där det finns interna bortfall användas. Poängfördelningen bland svaren är följande: Aldrig - 1 poäng, Sällan - 2 poäng, Ibland - 3 poäng, Ofta - 4 poäng, samt Våldigt ofta - 5 poäng. Det lägsta medelvärdet som gick att ha var 1,0 och det högsta var 5,0. Under analysprocessen upptäckte vi att vi fick ett extremvärde där en person fick 5,0 och att just denna respondentens svar påverkade inte bara den oberoende variabelns påverkan, utan dessutom signifikansen så pass mycket att vi valde att exkludera respondentens svar. Med hjälp av medelvärdet för indexfrågan gjordes också bi- och multivariata analyser i form av jämförelser av medelvärden och linjära regressionsanalyser. I arbetet med att analysera samband mellan kvantitativa variabler är regressionsanalyser ett vanligt verktyg att använda (Barmark & Djurfeldt, 2020, s. 154-158). Med hjälp av denna typ av analys får man ett så kallat R²-värde som beskriver vilken andel av den beroende variabelns värde som kan förklaras av en given oberoende variabeln. Regressionsanalyser ger också en ostandardiserad B-koefficient som beskriver den oberoende variabelns absoluta påverkan på den beroende variabeln, d.v.s. hur många fler indexpoäng man får i det här fallet. Regressionsanalyserna gjordes för att undersöka effekten av de oberoende variablerna 'medicin' och 'samsjuklighet' på vår beroende variabel, 'medelvärde av indexpoäng'. I de linjära regressionsanalyserna visade resultaten på att det skulle kunna finnas en interaktion mellan mediciner och samsjuklighet och därför gjordes också multivariat analys med dummy-variabler för att undersöka hur medelvärdet av indexpoängen ser ut i grupper med och utan samsjuklighet som tar eller inte tar mediciner. Utöver dessa analyser av olika variabler, gjordes också t-test samt test av Cronbachs alfa för att undersöka signifikans respektive intern validitet.

4.4 Tillförlitlighet

I forskningsstudier ingår att pröva tillförlitligheten i ens studie, för att se till att den mäter det den ska, går att använda i ett större sammanhang och baserar sina resultat på vetenskapliga grunder.

Således har även vi försökt mäta tillförlitligheten genom att pröva reliabiliteten och validiteten i vår studie. Reliabiliteten i vår studie har vi försökt att pröva på olika sätt. Det går inte att mäta stabiliteten hos det vi har mätt eftersom vi inte har möjlighet att be samma respondenter svara på vår enkät vid ett ytterligare tillfälle. Stabilitet är just det reliabilitetsmåttet som inte prövas i så många studier på grund av svårigheterna att mäta den (Bryman, 2018, s. 208). Vår interna reliabilitet är däremot bättre, vårt frågebatteri som består av elva frågor fick värdet 0,95 på Cronbachs alfa, vilket är en stark indikation på att våra frågor mäter samma sak. Eftersom vi är endast två uppsatsförfattare och vår studie inte innehåller några subjektiva bedömningar håller vår studie ett högt mått av interbedömarreliabilitet.

Den interna validiteten i vår studie har vi testat genom att pröva resultatet av våra bivariata linjära regressionsanalyser gentemot kontrollvariabler för att se om det kan vara så att sambandet som finns istället beror på en annan bakomliggande variabel (Bryman, 2018, s. 421). Vi kunde inte hitta att det fanns några skensamband utan att effekten som den oberoende variabeln hade på den beroende variabeln kvarstod även efter analyser med kontrollvariabler. Generaliserbarheten i vår studie är inte så hög. Vår externa validitet påverkas av att enkäten lades upp i grupper på internet vilket gör att det inte går att garantera att samtliga respondenter definierar sig som kvinnor, även om en av facebookgrupperna kräver att man definierar sig som kvinna eller icke-binär, vissa respondenter kanske därför inte ingår i våra inkluderingskriterier. Det, tillsammans med bekvämlighetsurvalet, påverkar studiens generaliserbarhet och gör att den inte blir representativ för vår population.

Det går att diskutera kring hållbarheten i vår begreppsvaliditet - mäter våra begrepp det vi avser att de ska mäta? Hypersexualitet är ett begrepp med ett flertal definitioner beroende på vilken forskare man frågar. För att se till att våra frågor om hypersexualitet faktiskt mäter hypersexualitet valde vi att använda oss av enkätfrågor från ett befintligt frågeformulär om hypersexualitet som tagits fram, undersökts och sedan använts i publicerade vetenskapliga forskningsstudier (Bóthe et al., 2019; Reid et al., 2011). Vår enkätstudie resulterade i ett lågt antal svar, vilket påverkar resultaten och de slutsatser som man kan dra.

Det låga antalet svar påverkar signifikansen i resultaten och innebär att de inte är signifikanta i 95%-intervallet. Därmed kan man inte heller påstå att resultaten är representativa för den större populationen som undersökningen ämnade att säga någonting om.

4.5 Arbetsfördelning

Under arbetet med denna uppsats har vi gemensamt haft ansvar för stora delar av arbetet. Informationssökning för tidigare forskning, analysarbete samt uppsatsens diskussionskapitel har arbetats fram under gemensamt ansvar. Ejerblad har haft huvudansvar för informationssökning gällande kapitel 3.3 om Beckers teorier, medan Serrano haft huvudansvaret för kapitel 3.1 om Bahner och kapitel 3.2 om Toft.

4.6 Etiska överväganden

I vår studie har vi sett till att tillämpa de forskningsetiska principerna: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. För att tillgodose kraven om information, samtycke och nyttjande började vi vår enkät med ett följebrev där vi presenterade oss själva och syftet med studien; beskrev att deltagandet är helt anonymt, frivilligt och när som helst utan sanktioner kan avbrytas; var tydliga med att ändamålet med den insamlade datan endast är för uppsatsens skull och att allt material kommer att raderas så fort uppsatsen är avslutad. Eftersom frågorna i enkäten inte medför att någon enskild respondent går att identifiera kan vi garantera deras anonymitet och därigenom följa kravet på konfidentialitet (Eldén, 2020, s. 30-31).

Sex kan för många uppfattas som ett känsligt ämne (Eldén, 2020, s. 34), särskilt när man skriver om hypersexualitet. Under diskussionerna som vi fört kring vårt uppsatsämne kom vi fram till att vi behövde göra en avvägning mellan kravet på information och risken att "skrämna bort" potentiella respondenter. Det går att argumentera för att informationskravet innebär att vi i enkäten skulle skriva klart och tydligt att det är hypersexualitet vi vill studera. När vi valde bland frågorna i Hypersexual Behaviour Inventory valde vi aktivt att utelämna de frågorna som vi uppfattade som mest känsliga, frågor som handlade om att personen sexuellt agerar på ett sätt som går emot hens egna värderingar, eller att sexuella aktiviteter får personen att må dåligt.

Istället valde vi ut de frågor som fokuserar på användandet av sexuella aktiviteter för att hantera känslor eller tristess. Dessa val gjordes just utifrån att det är ett känsligt ämne. I och med vårt noggranna urval av enkätfrågor anser vi att vår enkät, trots att den behandlar hypersexualitet, ändå går under paraplybegreppet 'sex' och att vi därför uppfyllt informationskravet. Vi valde att utelämna begreppet hypersexualitet i enkäten för att inte missa de respondenter som eventuellt hade blivit avskräckta av det ordet. Man bör däremot överväga hur man hanterat ett scenario där de respondenter som besvarat enkäten får reda på att ämnet vi studerar är hypersexualitet. Om en respondent skulle höra av sig kring sin medverkan skulle vårt svar bli att eftersom respondenternas svar är anonymiserade går det inte att koppla enskilda individer till våra resultat. Inte ens respondenterna själva kan ta reda på exakt vilken poäng de fick på vår indexfråga om hypersexualitet. Även om någon skulle bli orolig kring att de eventuellt fått en hög poäng på vår indexfråga så går det inte att fastställa en problematik kopplat till hypersexualitet utifrån svaren på vår enkät.

5 Resultat

I följande kapitel presenteras resultat av den genomförda enkätundersökningen samt resultatet av de analyser som gjorts. I kapitlets inledande del presenteras data gällande de som valt att besvara enkäten samt fördelningen mellan de som kan beskrivas ha hypersexuella tendenser och de som inte har det. I den senare delen av kapitlet presenteras resultaten av regressionsanalyser som kontrollerar effekten av mediciner respektive samsjuklighet på hypersexualitet.

5.1 Resultat av frekvensanalyser

Resultatet av studien blev svar från 22 respondenter som var mellan åldrarna 19-45, medelåldern var 34 år. Av de tolv enkätfrågorna var det ett internt bortfall på sex av frågorna. Fråga ett och fem saknade ett svar. På fråga två hade en person svarat både att hon inte hade barn och att hon hade barn som flyttat hemifrån, ett motsägelsefullt svar som vi valde att se som ett bortfall. På fråga tio hade en person svarat 'Vill inte uppge' och på fråga tolv hade en person svarat 'Vet ej'. I indexfrågan hade en person på vardera påstående h, i, j och k svarat 'Vet ej/vill inte svara'.

På grund av att ett svar utgjorde ett extremvärde som påverkade resultaten markant exkluderades det och vi har gjort våra analyser med 21 svar (läs mer i avsnittet om våra statistiska analyser). Resultatet av reliabilitetstestet Cronbach's Alpha på vår indexfråga blev 0,948 vilket indikerar på en hög reliabilitet i indexfrågan (se fråga 11, bilaga 1), värdena för påverkan av varje enskild fråga varierade knappt.

Tabell 1. Svarsfrekvenser för bakgrundsinformation (n=21)

Variabel	Antal	Andel (giltig procent)
Heterosexuell	14 st	66,7 %
Bisexuell	6 st	28,6 %
Annat	1 st	4,8 %
Singel	5 st	23,8 %
Partner, bor inte ihop	6 st	28,6 %
Partner, bor ihop	10 st	47,6 %
Har barn	12 st	60 %
Har inte barn	8 st	40 %
ADHD-diagnos	20 st	95,2 %
Inte ADHD-diagnos	1 st	4,8 %
Tar medicin	13 st	61,9 %
Tar inte medicin	8 st	38,1 %
Har andra diagnoser	10 st	47,6 %
Har inte andra diagnoser	11 st	52,4 %

Bland respondenterna som svarat att de hade barn fanns en spridning i barnens åldrar. De flesta hade barn i åldrarna 11-18 och den näst största gruppen barn var i åldrarna 6-10 år. Utöver detta förekom det även att respondenter hade barn i åldern 0-5 år eller hade vuxna barn som flyttat ut. Av de 13 respondenter som svarat att de tar centralstimulerande läkemedel för ADHD, har nio respondenter använt medicinen i mer än sex månader.

Bland de respondenter som svarat att de har någon form av samsjuklighet som påverkar deras sexliv, var det vanligaste att man hade endast en annan psykisk diagnos och därefter endast en fysisk diagnos.

Tabell 2. Fördelning av respondenter med hypersexuella tendenser (n=21)

	Antal	Andel (%)
Medelvärde som är lika med eller över 2,8	6	28,6%
Medelvärde som är under 2,8	15	71,4%

Vi räknade ut vad våra respondenter fick för medelvärde på vår indexfråga. Det lägsta värdet som gick att få var 1,0 och det högsta värdet var 5,0. Genomsnittspoängen i hela respondentgruppen blev 2,3, med en standardavvikelse på 1,05. För att kunna besvara hur stor andel av våra respondenter som hade drag av hypersexualitet använde vi samma avgränsning som Bóthe et al. (2018, s. 182). De drog gränsen vid 53 eller fler poäng av 95 möjliga poäng med innebörden att de respondenter som får ett 53 poäng eller högre klassas som hypersexuella. Den gränsen motsvarar i vår undersökning ett medelvärde på 2,8 av indexpoängen. De av våra respondenter som får ett högre medelvärde än 2,8 kan alltså klassas som hypersexuella.

5.2 Medicin och hypersexualitet

För att analysera variablerna *medelvärde av indexpoäng* och *medicin* gjordes en jämförelse av medelvärdet. Medelvärde av indexpoäng betecknas MIP och är beräknat som ett snitt av de svar som varje respondent lämnat på fråga 11 (se bilaga 1). Resultatet redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Jämförelse av medelvärde av 'medelvärde för indexpoäng' för de som tar/inte tar medicin (n=21)

Om man tar medicin	Medelvärde av MIP	Antal	Standardavvikelse
Ja	1,97	13	0,83
Nej	2,45	8	0,91
Totalt	2,15	21	0,87

Av tabellen kan man utläsa att de som svarat att de inte tar medicin har ett högre medelvärde än de som tar medicin, det vill säga har större hypersexuella drag än de med ett lägre medelvärde. När vi gjorde ett T-test för att kontrollera signifikansen i vår jämförelse fick vi resultatet $p = 0,669$. Det innebär att skillnaden i vårt sample med 33,1% säkerhet går att se i den större populationen. Skillnaden är alltså inte statistiskt signifikant.

Tabell 4. Resultat av regressionsanalys, ostandardiserade B-koefficienter, p-värde inom parenteser (n=21)

(beroende variabel: Medelvärde av index)	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Medicin	-0,481 (0,229)		-0,617 (0,093)
Samsjuklighet		0,740 (0,050)	0,835 (0,024)
Intercept	2,931 (<0,001)	1,060 (0,069)	1,919 (0,015)
Justerat R2	0,026	0,145	0,232

För att undersöka vilken effekt medicin har på medelvärdet av indexpoängen genomförde vi även bivariata linjära regressionsanalyser (tabell 4). Intercept är det medelvärde som övriga respondenter har - det vill säga de som inte svarat jakande på om de tar medicin eller har samsjuklighet. De ostandardiserade B-koefficienterna är en siffra som beskriver styrkan och riktningen på den oberoende variabelns effekt på den beroende variabeln. I modell tre ser vi hur de oberoende variablerna påverkar den beroende variabeln jämfört med intercepten. Resultatet visar att för de personer som tar medicin minskas medelvärdet med 0,617 jämfört med de som inte tar medicin och inte har någon samsjuklighet. Så om en person med ADHD som inte tar medicin och inte har någon samsjuklighet börjar ta medicin så sjunker deras medelvärde med lite mer än en halv poäng. Detta innebär att de kvinnor med ADHD som tar mediciner i snitt hade något lägre värde på index för hypersexualitet och därmed hade mindre hypersexuella tendenser. På samma sätt kan vi se att de personer som inte tar någon medicin men däremot har någon form av samsjuklighet har ett indexvärde som är cirka 0,8 poäng högre än de som inte har någon samsjuklighet och inte tar mediciner.

Väldigt få av våra analyser var statistiskt signifikanta på 95%-nivån, men det är inte så konstigt med tanke på storleken av vårt urval. När vi kontrollerade vår bivariata regressionsanalys med samsjuklighet som kontrollvariabel såg vi att riktningen på effekten kvarstod, men effekten blev starkare och att signifikansen ökade - men vi upptäckte också att samsjuklighet hade större effekt på medelvärdet än vad vi hade trott. De justerade R²-värdena är ett mått på hur stor del av variationen i den beroende variabeln som kan förklaras av den oberoende variabeln. Det sista justerade R²-värdet visar att 23.2% av variationen i medelvärdet av indexpoängen förklaras av variablerna medicin och samsjuklighet tillsammans.

Tabell 5. Resultat av regressionsanalys, ostandardiserade B-koefficienter, p-värde inom parenteser (n=21)

(beroende variabel: Medelvärde av index)	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
<u>Oberoende variabel</u>				
Medicin, inte samsjuklighet	-0,867 (0,036)	-0,824 (0,087)	-0,782 (0,061)	-0,587 (0,245)
<u>Kontrollvariabel</u>				
Medicin och samsjuklighet		0,080 (0,851)		0,317 (0,499)
<u>Kontrollvariabel</u>				
Inte medicin, samsjuklighet			0,635 (0,306)	0,830 (0,235)
Intercept	2,400 (<0,001)	2,357 (<0,001)	2,315 (<0,001)	2,120 (<0,001)
Justerat R2	0,170	0,125	0,174	0,150

Vi bestämde oss därför för att göra dummyvariabler av de som tog medicin och de som hade någon samsjuklighet. Dummyvariabler är ett verktyg för att kunna göra vissa statistiska analyser. De görs genom att kategorisera om en tidigare variabel till nya variabler med endast två värden. Vi gjorde dessutom dummyvariabler för att mäta interaktion mellan två tidigare variabler. De nya variablerna blev: de som inte tar medicin och inte har någon samsjuklighet; de som tar medicin och inte har någon samsjuklighet; de som inte tar medicin men har någon samsjuklighet; samt de som tar medicin och har någon samsjuklighet.

Sedan gjorde vi bivariata regressionsanalyser för att kontrollera effekten av de oberoende variablerna 'tar medicin och har ingen samsjuklighet' respektive 'har någon samsjuklighet och tar inte medicin' för att kontrollera deras effekt på medelvärdet. Vi kontrollerade också resultaten med kontrollvariabler för att se hur resultatet förändrades. Som vi kan se i tabell 5 minskar medelvärdet för de som tar medicin och inte har någon samsjuklighet. Riktningen på effekten, att medelvärdet sjunker om en person väljer att ta medicin, kvarstod efter analys med kontrollvariabler men styrkan varierade en del. Det justerade R2-värdet är inte särskilt högt, med samtliga variabler kan endast 15% av variationen i medelvärdet av indexpoängen kan förklaras av våra oberoende variabler.

5.3 Samsjuklighet och hypersexualitet

Efter att ha insett att samsjukligheten påverkar hypersexualiteten mer än vi hade förutsett valde vi att göra en jämförelse av medelvärde även för variablerna 'samsjuklighet' och 'medelvärde av indexpoäng'.

Tabell 6. Jämförelse av medelvärde av 'medelvärde för indexpoäng' för de som har/inte har samsjuklighet (n=21)

Om man har samsjuklighet	Medelvärde av MIP	Antal	Standardavvikelse
Ja	2,54	11	0,91
Nej	1,80	10	0,68
Totalt	2,15	21	0,87

Resultatet (tabell 6) visade att de som har någon form av samsjuklighet hade ett högre medelvärde, och därmed större hypersexuella tendenser, än de som inte har någon samsjuklighet. Resultatet var inte statistiskt signifikant ($p = 0,340$).

Tabell 7. Resultat av regressionsanalys, ostandardiserade B-koefficienter, p-värde inom parenteser (n=21)

(beroende variabel: Medelvärde av index)	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
<u>Oberoende variabel</u>				
Inte medicin, samsjuklighet	0,882 (0,181)	1,150 (0,083)	0,635 (0,306)	0,830 (0,235)
<u>Kontrollvariabel</u>				
Medicin och samsjuklighet		0,638 (0,110)		0,318 (0,499)
<u>Kontrollvariabel</u>				
Medicin, inte samsjuklighet			-0,782 (0,061)	-0,587 (0,245)
Intercept	2,068 (<0,001)	1,800 (<0,001)	2,315 (<0,001)	2,120 (<0,001)
Justerat R2	0,044	0,128	0,174	0,150

Vi ville göra samma regressionsanalyser som tidigare men med *inte medicin, samsjuklighet* som den oberoende variabeln, och övriga dummy-variabler som kontrollvariabler (tabell 7). Vid analys av hur samsjuklighet påverkar medelvärdet av indexpoängen fick vi resultatet att medelvärdet ökar om man har någon form av samsjuklighet, även här kvarstod riktningen av effekten efter analys med kontrollvariabler fast styrkan varierade något. Detta betyder alltså att personer med någon form av samsjuklighet har större hypersexuella tendenser än de som inte har någon annan diagnos än ADHD. Vi kan också se att det justerade R2-värdet förändras mycket efter att vi kontrollerade mot variabeln 'medicin och samsjuklighet', det vill säga att en större andel av variationen i den beroende variabeln kan förklaras av en kombination av medicin och samsjuklighet snarare än bara samsjuklighet. Innan vi exkluderade extremvärdet var det justerade R2-värdet i den första modellen 0,240, vilket är en stor skillnad som bidrog till vårt beslut om att exkludera den respondenten.

6 Diskussion

Om vi ser tillbaka till de frågeställningar vi i början av uppsatsen avsåg att besvara kan vi konstatera att trots att vi lyckats besvara frågorna när det gäller just vår grupp av respondenter, så uppstod det ännu fler frågor än vad vi började med. Detta kapitel inleds med en diskussion om våra resultat kopplade till medicin och hypersexualitet. Därefter följer ett avsnitt där vi diskuterar våra resultat utifrån det teoretiska ramverk som vi beskrev i kapitel 3. Avslutningsvis beskriver vi vår studies begränsningar och upplägg för framtida forskning.

6.1 Medicin och hypersexualitet

Frågeställningen gällande skillnaderna i grad av hypersexualitet hos kvinnor med ADHD som tar medicin och de som inte tar medicin har vi fått svar på. Resultatet av vår studie pekar mot att vår hypotes stämmer - de som tar medicin har ett lägre medelvärde av indexpoängen än de som inte tar medicin och därmed mindre hypersexuella tendenser. Så vad kan det bero på? Utifrån Faraone et al. (2021, s. 797) kan vi konstatera att personer med ADHD producerar mindre dopamin och har sämre dopaminreceptorer än neurotypiska personer, alltså blir det svårare för en person med ADHD att få samma mängd dopamin av en viss aktivitet. Olika aktiviteter utlöser olika mängder av dopamin. Vissa aktiviteter, såsom sex eller mat, utlöser högre mängder dopamin (Georgiadis & Kringelbach, 2012, s. 50). Eftersom personer med ADHD har problem med dopamin leder det ofta till att de "jagar" dopamin genom aktiviteter som just utlöser mer dopamin. Så personer med ADHD har en större tendens att ha mycket sex med fler sexpartners, liksom en större tendens att äta mer onyttig mat, missbruka substanser eller spela om pengar, på grund av att deras hjärnor har en försämrad dopaminproduktion (Faraone et al., 2021, s. 797). Det är där medicin kommer in i bilden. Det medicinerna gör i hjärnan är att de ökar mängden av signalsubstanserna dopamin och noradrenalin i striatum, som är den största delen av de basala ganglierna, och prefrontala cortex (Krishnadas, Jubrail & Chetcuti, 2022, s. 16). Eftersom att mängden signalsubstanser ökar innebär det att symptomen för ADHD minskar. Om det är den här neurokemiska mekaniken som är den bakomliggande orsaken till att just våra respondenter som tar medicin har ett lägre medelvärde av indexpoängen för hypersexualitet kan vi bara spekulera i, eftersom vi inte har mätt deras dopaminnivåer. Men det är nödvändigtvis inte relevant för vårt syfte.

Eftersom vi ville ta reda på i vilken utsträckning kvinnor med ADHD uppvisar hypersexuella drag utifrån hur man som socionom ska bemöta klienter blir inte det viktiga vad som händer i kroppen, även om det kan vara en fördel att förstå. Det viktiga blir istället kunskapen om *att* medicin kan ha en effekt på just hypersexualitet och i vilken riktning det sambandet verkar, för att kunna hjälpa de personer vi möter. Sex är en stor del av mänsklig samvaro och om en person upplever att deras sexualitet är dysfunktionell, oavsett om det handlar om hyper- eller hyposexualitet, och söker hjälp för sin sexualitet är det av vikt att känna till vilka olika faktorer som kan påverka. I våra studieresultat såg vi dessutom att samsjuklighet i olika former också påverkar vilken grad av hypersexuella tendenser våra respondenter uppvisar. Att ha ADHD är en funktionsvariation i sig, men det är också väldigt vanligt med komorbiditet mellan ADHD och olika både fysiska och psykiska diagnoser och sjukdomstillstånd (Faraone et al., 2021, s. 794, 798-799).

Vi har i analysen också kunnat konstatera att 28,6% av våra respondenter hade tillräckligt höga medelvärden av indexpoängen för att komma över gränsen för hypersexualitet. Det är ett väldigt högt resultat jämfört med tidigare studier som kommit fram till att förekomsten av hypersexualitet bland människor med ADHD ligger på ungefär 4%, vilket motsvarar förekomstfrekvensen i den allmänna populationen (Soldati et al., 2021, s. 7). Orsakerna till varför just vår studie har en så hög andel respondenter med hypersexualitet går endast att spekulera kring - det kan vara ren slump, eller så kan det beror på att det är personer med ett stort intresse för sex som väljer att besvara en enkät om just sex.

6.2 Sexualitet och funktionsvariationer

De respondenter som fick ett högre medelvärde än 2,8 har därmed både en funktionsvariation i form av ADHD och en avvikande sexualitet. Det kan vara utmanande i sig att ha sexuell avvikelse eftersom det ofta orsakar skam hos de som har den (Georgiadis & Kringelbach, 2012, s. 53) men avvikande beteenden kan också skapa en fascination som lockar många (Lalander, 2022, s. 47). Trots att många personer kan känna impulser till och fantisera om avvikande beteenden kan de flesta kontrollera de impulserna för att undvika att bli påkomna som avvikande. För de som vill göra verklighet av sina fantasier beskriver Becker hur det finns vissa förutsättningar för att utveckla ett avvikande handlingsmönster.

Dels att individen väljer att söka sig till sociala sammanhang där det avvikande är det centrala, att de som deltar i det avvikande beteendet har ett utrymme där de kan aktiviteten kan ske utan att de blir upptäckta av fördömande personer, samt att individen blir mer insatt i och lär sig mer om det avvikande beteendet (Lalander, 2022, s. 48-49). Det finns alltså en möjlighet för de med exempelvis en avvikande sexualitet att få utforska och leva ut den, men kravet är att söka upp de förutsättningar som krävs för att kunna göra det utan att bli stämplade som avvikande. Men hur påverkas den här processen av att redan vara avvikande?

Våra hypersexuella respondenter avviker redan i och med deras funktionsvariation. Eftersom dålig impuls kontroll är en del av symtomen för ADHD har de med diagnosen svårare än andra att hålla tillbaka beteenden för att undvika att bli upptäckta som avvikande. Att då ha ytterligare avvikande handlingsmönster i form av en hög sexdrift eller avvikande sexuella intressen innebär en utökad risk att bli upptäckt som avvikande. Det går att diskutera kring om det innebär att personer med funktionsvariationer, som dessutom är hypersexuella, är mer eller mindre benägna att försöka undvika att bli stämplade som avvikande. Utifrån Becker borde det troligaste vara att funktionsvarierade kämpar hårdare för att passa in i normen, för att slippa riskera sociala sanktioner (Lalander, 2022, s. 47). Det resonemanget stöds av Wallin et al. (2022, s. 6) där deras intervjupersoner uppger att de anpassar sitt beteende för att passa in. Samtidigt beskriver Becker hur personer med avvikande handlingsmönster söker upp sociala sammanhang där de kan umgås med och lära sig av likasinnade (Lalander, 2022, s. 49). Utifrån den synvinkeln är det inte otänkbart att individer som redan är avvikande i form av en funktionsvariation skulle finna en viss respit i att få utlopp för en del av sina avvikande beteenden i ett sammanhang där de inte fördöms för det. Vi kan även förstå utmaningarna det kan innebära att ha en kombination av avvikande sexualitet och avvikande funktion utifrån Tofts teori (2023, s. 105-106). Toft beskriver en ifrågasättande inställning gentemot funktionsvarierade personer som identifierar sig med en normbrytande sexualitet, vilket hypersexualitet också är, där man till exempel avfärdar det som "en tillfällig fas". Detta skulle kunna innebära att våra respondenter kan stöta på motstånd från sin omgivning om de skulle vilja leva ut en avvikande sexualitet som de känner att de tillhör.

En annan aspekt av att både ha ADHD och vara hypersexuell är utmaningarna med att leva ut sin sexualitet som funktionsvarierad. Utifrån Bahnners (2023, s 128-131) teorier om barriärer innebär en funktionsvariation vissa hinder just när det kommer till att ge uttryck för och utforska sin sexualitet. Barriärerna som Bahner (2023, s. 128-131) beskriver påverkar alla med funktionsvariationer, men som hypersexuell finns det ett större behov av att få leva ut sin sexualitet än vad exempelvis en asexuell person skulle ha. Dessa barriärer kan därför uppfattas som ännu mer begränsade och påfrestande av hypersexuella funktionsvarierade. För våra respondenter innebär det att de som är hypersexuella har en större utmaning i att få utlopp för sin sexualitet än en funktionsvarierad person utan hypersexualitet hade haft.

Utifrån Beckers (Lalander, 2022, s. 48) teori om status är både *hypersexuell* och *funktionsvarierad* avvikelser som skulle kunna överskugga en individs underordnade status. Vad som händer om en och samma person har båda avvikelser och vilken som skulle överordnas den andra ger Beckers teori inga direkta svar kring. ADHD är dock en relativt vanlig diagnos som förekommer både hos barn och vuxna och som det idag finns relativt god kännedom kring hos allmänheten. I takt med att diagnosen blivit mer uppmärksammas har det idag också skapats en större acceptans och personer med ADHD ses inte som fullt så avvikande som de gjort längre tillbaka i tiden. Detsamma går dock inte att säga för hypersexuella personer. Därmed är det tänkbart att en hypersexuell person som har ADHD i första hand ses som avvikande för sin hypersexualitet och i andra hand som avvikande för sin ADHD.

6.3 Begränsningar och framtida forskning

Som med alla studier, har även denna sina begränsningar. Den tydligaste svagheten med vår studie är storleken på vårt sample. Med bara 21 respondenter är det svårt att dra slutsatser som skulle kunna gälla hela populationen. Vi har i vår studie inte undersökt om det finns skillnader mellan de som tar centralstimulerande medicin av typen metylfenidat och lisdexamfetamin, vi har heller inte undersökt om det finns ett samband med icke-centralstimulerande ADHD-medicin och hypersexualitet. Under studiens gång upptäckte vi dessutom att frågan i vår enkät om samsjuklighet, då tänkt som en fråga om bakgrundsinformation, visade sig ha betydligt större vikt än vi hade räknat med.

Så som vi formulerade frågan förhindrades vidare analyser av sambandet mellan hypersexualitet och samsjuklighet, eftersom vi inte fick någon ytterligare information om vilken typ av samsjuklighet det rörde sig om utöver om den var fysisk, psykisk eller både och. Formuleringen av frågan, 'Har du några andra diagnoser eller sjukdomar som kan påverka ditt sexliv?' (se bilaga 1), innebär dessutom att respondenterna redan när de läser frågan påverkas i riktningen mot att bara ta ställning till det som påverkar just deras sexliv när de svarar. Respondenterna kan ha haft annan samsjuklighet som inte framgår av våra svar eftersom de inte anser att det påverkar deras sexliv, vilket gör att vi inte definitivt kan fastslå ett samband mellan samsjuklighet och hypersexualitet, utan bara peka på att det är ett område där mer forskning kan bedrivas i framtiden.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att vi, utifrån den genomförda studien, har kunnat besvara våra frågeställningar. De personer med ADHD som tar centralstimulerande ADHD-mediciner uppvisar mindre hypersexuella tendenser än de som inte tar medicin - vi kan alltså förkasta nollhypotesen. Utöver detta indikerar dessutom resultaten att respondenter med någon form av samsjuklighet i snitt skattar högre på skalan för hypersexualitet jämfört med personer med ADHD som inte har någon annan fysisk eller psykisk diagnos. Utifrån den presenterade teorin kan vi se att den funktionsvariation som diagnosen ADHD innebär skulle kunna utgöra vissa hinder för våra respondenter då de försöker att leva ut sin sexualitet. Detta kan ta sig uttryck i form av psykisk ohälsa till följd av funktionsdiskriminering eller en oförstående omgivning som ifrågasätter deras egen syn på sig själva.

Referenslista

Bahner, Julia (2021) Access to sexuality - Disabled people's experiences of multiple barriers.

I: Egard, Hanna, Kristofer Hansson & David Westerfors (red.) *Accessibility Denied - Understanding Inaccessibility and Everyday Resistance to Inclusion for Persons with Disabilities*. London: Routledge.

Barmark, Mimmi & Göran Djurfeldt (2020) *Statistisk verktygslåda - att förstå och förändra världen med siffror*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.

Bóthe, Beáta, Márton Kovács, István Tóth-Király, Rory C. Reid, Mark D. Griffiths, Gábor Orosz, & Zsolt Demetrovics. (2019). The Psychometric Properties of the Hypersexual Behavior Inventory Using a Large-Scale Nonclinical Sample. *Journal of Sex Research*, 56(2): 180–190.

Faraone, V. Stephen, Tobias Banaschewski, David Coghill, Yi Zheng, Joseph Biederman, Mark A. Bellgrove, Jeffrey H. Newcorn, Martin Gignac, Nouf M. Al Saud, Iris Manor, Luis Augusto Rohde, Li Yang, Samuele Cortese, Doron Almagor, Mark A. Stein, Turki H. Albatti, Haya F. Aljoudi, Mohammed M. J. Alqahtani, Philip Asherson, Lukoye Atwoli, Sven Bölte, Jan K. Buitelaar, Cleo L. Crunelle, David Daley, Søren Dalsgaard, Manfred Döpfner, Stacey Espinet (on behalf of CADDRA), Michael Fitzgerald, Barbara Franke, Manfred Gerlach, Jan Haavik, Catharina A. Hartman, Cynthia M. Hartung, Stephen P. Hinshaw, Pieter J. Hoekstra, Chris Hollis, Scott H. Kollins, J. J. Sandra Kooij, Jonna Kuntsi, Henrik Larsson, Tingyu Li, Jing Liu, Eugene Merzon, Gregory Mattingly, Paulo Mattos, Suzanne McCarthy, Amori Yee Mikami, Brooke S. G. Molina, Joel T. Nigg, Diane Purper-Ouakil, Olayinka O. Omigbodun, Guilherme V. Polanczyk, Yehuda Pollak, Alison S. Poulton, Ravi Philip Rajkumar, Andrew Reding, Andreas Reif, Katya Rubia, Julia Rucklidge, Marcel Romanos, J. Antoni Ramos-Quiroga, Arnt Schellekens, Anouk Scheres, Renata Schoeman, Julie B. Schweitzer, Henal Shah, Mary V. Solanto, Edmund Sonuga-Barke, César Soutullo, Hans-Christoph Steinhausen, James M. Swanson, Anita Thapar, Gail Tripp, Geurt van de Glind, Wim van den Brink,

Saskia Van der Oord, Andre Venter, Benedetto Vitiello, Susanne Walitza & Yufeng Wang. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128: 789–818.

Flory, Kate, Brooke S. G. Molina, William E. Pelham Jr., Elizabeth Gnagy & Bradley Smith (2006). Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(4): 571–577.

Georgiadis, Janniko R. & Morten L. Kringelbach. (2012). The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *PROGRESS IN NEUROBIOLOGY*, 98(1): 49–81.

Hagevi, Magnus (2017) *Enkäter*. Stockholm: Studentlitteratur.

Hertz, Priscilla Gregório, Daniel Turner, Laura Biedermann, Wolfgang Retz, Steffen Barra, Petra Retz-Junginger, & Daniel Schöttle (2022). Sexuality in Adults With ADHD: Results of an Online Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 13.

Kafka, Martin P. (2010) Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior: The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, 39(2): 377–400.

Karaca, Servet, Ayman Saleh, Fatih Canan, & Marc N. Potenza. (2017). Comorbidity between Behavioral Addictions and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: a Systematic Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(3): 701–724.

Korchia, Théo, Laurent Boyer, Manon Deneuve, Damien Etchecopar-Etchart, Christophe Lancon & Guillaume Fond (2022). ADHD prevalence in patients with hypersexuality and paraphilic disorders: a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(8): 1413-1420.

Krishnadas, Rajeev, Jalileh Jubrail & Ben Chetcuti (2022). Assessment and treatment of ADHD in adults. *Prescriber*, 33(3): 11–19.

Lalander, Philip (2022) Howard S. Becker: Görandets och avvikandets sociologi. I: Tina Mattsson & Em Andersson (red.) *Teorier för socialt arbete - Del 2: Normalitet, förkroppsligad erfarenhet och motstånd*. Malmö: Gleerups.

Reid, Rory C., Sheila Garos & Bruce Carpenter (2011) Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(1): 30–51.

Socialstyrelsen (2019) *Konsekvenser för vuxna med diagnosen ADHD - kartläggning och analys*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Soldati, Lorenzo, Francesco Bianchi-Demicheli, Pauline Schockaert, John Köhl, Mylène Bolmont, Roland Hasler & Nader Perroud (2021) Association of ADHD and hypersexuality and paraphilias. *Psychiatry Research*, 295(X): 1-11.

Toft, Alex (2023) Telling Disabled and Autistic Sexuality Stories: Reflecting upon the Current Research Landscape and Possible Future Developments. *Sexes*, 4(10), 102–117.

Wallin, Karin, Inger Wallin Lundell, Lena Hanberger, Siw Alehagen & Sally Hultsjö (2022) Self-experienced sexual and reproductive health in young women with Attention Deficit Hyperactivity Disorder a qualitative interview study. *BMC Women's Health*, 22(1), 1–11.

Walton, Michael T., James M. Cantor, Navjot Bhullar & Amy D. Lykins (2017) Hypersexuality: A Critical Review and Introduction to the “Sexhavior Cycle.” *Archives of Sexual Behavior: The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, 46(8), 2231–2251.

Young, Susan, Nicoletta Adamo, Bryndis Björk Ásgeirsdóttir, Polly Branney, Michelle Beckett, William Colley, Sally Cubbin, Quinton Deeley, Emad Farrag, Gisli Gudjonsson, Peter Hill, Jack Hollingdale, Ozge Kilic, Tony Lloyd, Peter Mason, Eleni Paliokosta, Sri Perecherla, Jane Sedgwick, Caroline Skirrow, Kevin Tierny, Kobus van Rensburg & Emma Woodhouse (2020) Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20(404): 1-27.

Østergaard, Søren, Stephen V. Faraone, Søren Dalsgaard, Trine Munk-Olsen & Thomas M. Laursen (2017) Teenage parenthood and birth rates for individuals with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A nationwide cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7): 578–584.

Bilagor

Bilaga 1. Enkät

Att ha sex som kvinna med ADHD

Hej! Vi heter Daniel Serrano och Elin Ejerblad och är två studenter från Lunds universitet. Vi läser sjätte terminen på Socionomprogrammet och skriver just nu vår kandidatuppsats. Vår uppsats handlar om hur kvinnor med ADHD upplever sex och om medicin kan utgöra en skillnad.

Sex kan betyda många olika saker för olika personer. I den här enkäten definierar vi begreppet 'sex' som alla sexuella aktiviteter, med eller utan partner, som man gör för att uppnå sexuell upphetsning och/eller njutning.

Alla svaren är helt anonyma och deltagandet är helt frivilligt - du kan välja att inte svara på frågor du inte känner dig bekväm med eller att avsluta enkäten helt. Det finns två frågor som är markerade som obligatoriska att svara på, men där går det att välja "Vet ej/Vill inte svara".

Det tar ungefär 5-10 minuter att besvara enkäten. Materialet vi samlar in kommer endast användas i forskningssammanhang för den här studien och efter den är klar kommer allt material att raderas.

Tack för ditt deltagande!

Om du har några frågor om enkäten eller studien, kontakta oss på:
daniel97serrano@gmail.com eller elin.ejerblad@gmail.com

1. Hur gammal är du?

2. Om du har barn, hur gamla är de? Det går att markera mer än ett alternativ.

- Jag har inte barn
- Mellan 0-5 år
- Mellan 6-10 år
- Mellan 11-18 år
- Över 18 år
- Jag har barn som flyttat hemifrån

3. Har du fått en ADHD-diagnos av läkare?
- Ja
 - Utredds nu/Väntar på utredning
 - Nej
4. Tar du någon centralstimulerande medicin för din ADHD? Ex. medicin med aktiva substanser som metylfenidat, lisdexamfetamin eller dexamfetamin
- Ja
 - Nej
 - Vill inte svara
5. Hur länge har du tagit ADHD-medicin?
- Mindre än 3 månader
 - 3-6 månader
 - 7-12 månader
 - Mer än 12 månader
 - Jag har inte tagit medicin
6. Har du några andra diagnoser eller sjukdomar som kan påverka ditt sexliv?
- Ja, fysiska
 - Ja, psykiska
 - Ja, både fysiska och psykiska
 - Nej
7. Jag ser mig själv som...
- Heterosexuell eller straight (attraherad av män)
 - Homosexuell eller lesbisk (attraherad av kvinnor)
 - Bisexuell (attraherad av både män och kvinnor)
 - Något annat
 - Inte säker
 - Vill inte svara

8. Har du en partner?

- Nej
- Ja men vi bor inte tillsammans
- Ja, vi bor tillsammans

9. Hur många sexpartners har du haft de senaste 12 månaderna? Om du inte vet, gör en uppskattning

10. Hur många sexpartners har du haft totalt? Om du inte vet, gör en uppskattning.

11. Följande påståenden handlar om tankar, känslor och beteenden kopplat till sex. Välj de alternativ som bäst beskriver dig. (Alternativ: Aldrig - Sällan - Ibland - Ofta - Våldigt ofta - vill inte svara).

- a. Jag använder sex för att distrahera mig från vardagsproblem
- b. Att göra något sexuellt hjälper mig att känna mig mindre ensam
- c. Jag deltar i sexuella aktiviteter som jag vet att jag senare kommer ångra
- d. Jag använder sexuella aktiviteter för att hantera negativa känslor, som frustration, ilska eller ledsamhet
- e. När jag är rastlös eller uttråkad använder jag sex för att distrahera mig själv
- f. Mina sexuella tankar och fantasier får mig att bortprioritera viktiga åtaganden
- g. Mina sexuella begär känns starkare än min självdisciplin
- h. Mina försök att ändra mina sexuella beteende misslyckas
- i. Jag använder sex för att hjälpa mig själv hantera mina problem
- j. Att göra någonting sexuellt hjälper mig hantera stress
- k. Mitt sexliv stör andra delar av mitt liv, såsom arbete eller studier

12. Hur är din sexlust jämfört med din/dina nuvarande eller tidigare partner/partners?

- Högre
- Samma
- Lägre
- Vet ej

13. Om du har någon feedback kring den här enkäten tar vi gärna emot dina åsikter!