

JUNI 2016

Vårdprogram 2016  
**Sexologiska  
mottagningen**

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen



LANDSTINGET BLEKINGE

Upplaga : 1a upplagan / juni 2016  
Författare : Barbara Sedvallson, Göran Sedvallson, Torvald Höjerback,  
Agnes Lindeberg, Frida Björklund, Dennis Nilsson,  
Madelene Olsson Skutsjö, Anna Wideskär-Benoni  
Grafisk form : Text & Bild / [www.text-o-bild.com](http://www.text-o-bild.com)  
Tryck : Landstinget Blekinge, Karlskrona / juni 2016

<b>Inledning</b>	<b>5</b>
• Verksamhetsområden - Historik	5
• Samsjuklighet	6
<i>Neurologiska sjukdomar och sexuell dysfunktion</i>	6
<i>Psykiska störningar och sexuell dysfunktion</i>	6
• Kartläggning och medicinsk behandling	7
<i>Erektionsstörning</i>	7
<i>Sexuell smärta hos kvinnor</i>	7
<i>Symptomatisk behandling</i>	7
• Somatisk sjukdom och hjälpmedel	8
• Behandlingsmetoder	8
<b>Generell sexuell problematik</b>	<b>10</b>
• Bristande sexuell lust hos kvinnor	10
<i>Behandling av bristande sexuell lust hos kvinnor</i>	10
• Vulvasmärta	10
<i>Provocerad vestibulodyni</i>	11
<i>Vaginism</i>	11
<i>Behandling av vulvasmärta</i>	11
• Bristande sexuell lust hos män och erektila funktionsproblem	11
<i>Behandling av bristande sexuell lust och erektila problem hos män</i>	12
• Hypersexualitet	12
<i>Behandling av hypersexualitet</i>	13
<b>Störd sexuell lust efter sexuella övergrepp</b>	<b>14</b>
• Behandling av trauma och sexterapi för ökad lust	14
<b>Oönskad sexualitet</b>	<b>15</b>
• Parafilier	15
• Sexuellt våld och sexualbrottsförövare	15
<i>Behandling av oönskad sexualitet</i>	16

<b>Könsdysfori</b>	<b>17</b>
• Utredning av könsdysfori	17
• Utredning av könsdysfori hos barn och ungdomar	18
• Behandling	18
• Stödjande samtal och psykoterapi	19
• Behandling ökar välbefinnande	20
• Könsidentitetsstörning	20
<b>Referenser</b>	<b>21</b>



## Inledning

Sexualiteten uppfattas inte bara ha ett stort egenvärde i människors liv och i nära relationer, utan flera undersökningar har också visat på sexualitetens betydelse för människans hälsa och välbefinnande. Världshälsoorganisationen (WHO) definierar 2002 sexuell hälsa som:

*Ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten; det är inte bara avsaknad av sjukdom och skada. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfylld inställning till sexualiteten och sexuella förhållanden, såväl som möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld (Socialstyrelsens översättning, Sverige. Socialstyrelsen, 2005).*

Ett, för allmänheten, mer öppet förhållningssätt kring att tala om sexualitet upplevs idag vara framträdande, likväl visar det sig att många människor har svårt för att söka hjälp för olika typer av sexuella funktionsnedsättningar. Samtidigt tenderar det att finnas brister bland sjukvårdspersonal vilka sällan tycks lyfta fram frågor kring sexualitet och sexuella funktionshinder. Detta blir problematiskt då många patienter som söker sig till vårdcentraler inte själva väljer att lyfta fram sina angelägenheter till personalen.

Det finns samband mellan tillfredsställande sexuella relationer och god livskvalitet, vilket också korrelerar med psykosocialt och fysiskt välbefinnande (Statens folkhälsoinstitut, 2012). För att öka möjligheten för människor att få hjälp med olika sexuella problem krävs sålunda att olika yrkesgrupper inom primärvård, psykiatri och övrig sjukvård blir mera öppna i sitt bemötande av patienten och också behärskar ställa frågor kring sex, samlevnad och sexuella funktionshinder.

*Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) Lag (1997:142).*

Det bör sålunda ses som nödvändigt att en sexologisk verksamhet med specialistkompetens fungerar konsultativt mot övrig personal inom sjukvården för att tillgodose det salutogena perspektiv som regleras enligt lag. Erfarenhetsmässigt visar den sexologiska verksamheten att om sjukvårdspersonal "vågar fråga" kring samlivet, blir patienterna ofta mycket tacksamma och visar sig beredda att kommunicera sina sexuella besvär. Professionellt bemötande av patientens skildrade problembild blir här väsentligt, på samma sätt som remittering eller intervention kring råd eller handledning. Den sexologiska mottagningen kan bistå med kunskap kring sexuella biverkningar som ett resultat av antidepressiva mediciner, sömnmedel och blodtrycksmediciner men också av handledning kring frågeställningar inom området sexualitet.

Uppfattningen är att sexualiteten generellt spelar en viktig roll i människors liv genom hela livscykel. Studier visar dock att många erfar att inte vara tillfreds med sitt eget sexualliv och att de upplever det som ett betydande problem. Den sexuella aktiviteten och välmående bland äldre har ökat sedan 1970-talet. Individer upp till 75 år visar ett allt större sexuellt intresse och upplever att nedsatt sexuell förmåga påverkar livskvaliteten negativt. Det är således en betydligt större andel från unga vuxna till äldre som anser att sexuallivet är viktigt och en integrerad del i välmående och ett gott åldrande (Sverige. Socialstyrelsen, 2009).

### • Verksamhetsområden - Historik

1984 togs initiativ av företrädare för gynekologi, urologi och psykiatri i landstinget Blekinge till att starta en sexologisk verksamhet. Denna blev 1987 permanent, är tvärprofessionell och har medarbetare från psykiatri, primärvård, urologi och gynekologi. Verksamhetens innehåll strävar efter att kunna erbjuda bedömningar och rådgivning för allehanda sexologiska problem och i många fall också erbjuda behandling. Sexologiska enheten i Blekinge är referensmottagning för den södra

regionen för de människor som vänder sig till den nationella hjälplinjen och behöver behandling i Landstinget Blekinge. Sexologiska mottagningen inom landstinget Blekinge består idag av psykologer, psykiatriker, barnmorska och kurator och företräder somatisk, psykiatrisk och terapeutisk kompetens. Sedan våren 2007 erbjuder den sexologiska verksamheten i Blekinge könsbytesutredning och behandling genom en specialkunnig konsultläkare som samarbetar med de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna. Psykologutredningen genomförs genom Läns gemensam psykiatri. Den endokrinologiska behandlingen sker i samarbete med specialkunniga endokrinologer.

Patienter kommer i kontakt med sexologiska enheten via remisser från barnmorskor, distriktsläkare, ungdomsmottagning, gynekologi och urologi. Majoriteten av de sökande ringer dock själva till telefonmottagningen och anmäler sitt intresse.

Den största delen av verksamheten tar emot patienter som söker för:

- Störningar i den sexuella lusten
- Erektionsproblem
- För tidig utlösning
- Orgasmproblem
- Smärtor vid samlag
- Vaginism
- Lustproblem efter sexuella övergrepp
- Oönskad sexualitet
- Transsexualism

## • Samsjuklighet

Det finns en hög samsjuklighet mellan sexuella problem och somatisk och psykisk ohälsa, vilket ytterligare visar på vikten av att behandla sexuella problem. Sexuell funktion inkluderar fungerande blodkärl och nerver som förbinder genitala och erogena zoner, en relativt intakt anatomi, passande hormonbalanser och en medvetenhet om sexuella tankar och fantasier. Medicinska, kirurgiska och psykologiska problem kan potentiellt påverka dessa funktioner, vilket kan resultera i sexuella dysfunktioner.

**Neurologiska sjukdomar och sexuell dysfunktion:** Neurologiska sjukdomar påverkar sexuell funktion och kan orsakas av att nerver skadats vid t ex bäckenkirurgi, skador på ryggmärgen, hjärnskador, Parkinsons sjukdom och MS. De sexuella svårigheterna tar olika uttryck som bristande sexuell lust, erektions- och lubrikationsproblem. Personer med hjärtsjukdomar upphör ofta med sexuell aktivitet av rädsla för hjärtattacker. Diabetespatienten kan uppleva problem med erektil dysfunktion hos män och minskad lubrikation hos kvinnor. Prevalensen av cancerpatienter och sexuell dysfunktion är ofta hög. Svårigheterna påverkas av tumörer eller metastasers placering, men också intensiteten, varaktigheter och behandling med kirurgi, strålning och/eller kemoterapi.

**Psykiska störningar och sexuell dysfunktion:** Det finns en komorbiditet inom de sexuella diagnoserna, där patienter med uteblivet genitalt gensvar ofta upplever prematur ejakulation eller erektil dysfunktion. Kvinnor som har svårighet att uppnå orgasm lever ofta upp till diagnoskriterier för uteblivet genitalt gensvar. Vulvasmärta kan både orsakas av eller bidra till relationsproblem i parförhållandet. Gemensamt för de sexuella störningarna är en samsjuklighet med ångest- och depressionssjukdomar, och det finns uppskattningsvis obehandlade depressioner bakom 40-50% av de personer som upplever bristande sexuell lust (American Psychiatric Association, 2013; Stevenson & Elliot, 2007). Det finns också ett starkt samband mellan prematur ejakulation och social fobi hos män. Personer med personlighetsstörningar har ofta svårigheter med närhet och distans, vilket resulterar i svårigheter från hypersexualitet till sexuellt undvikande. Bipolär sjukdom kan i perioder av hypomani ingå i ett impulsivt sexuellt beteende som står i konflikt med personens personliga, kulturella och religiösa

ståndpunkter, vilket kan skapa efterföljande skamkänslor och konflikter i relationer. Vid hypersexuell störning, vanligare känt som sexmissbruk, har flertalet komorbida tillstånd konstaterats som egentlig depression, ångeststörningar, missbruk och dystymi. Utöver dessa tillstånd uppges ADHD, impulskontrollstörningar och sexuella dysfunktioner vara vanligt förekommande inom gruppen med omåttliga sexuella beteenden. Även hög förekomst av personlighetsstörningar rapporteras bland sexuellt tvångsmässiga framför allt paranoid- narcissistisk- undvikande- histrionisk- och tvångsmässig personlighetsstörning. Som psykisk störning kan hypersexuell störning uppkomma i reaktion på stress, irritation, uttråkning och nedstämdhet. Hypersexualitet kan också ha sitt ursprung i bekräftelsebehov och bli ett symptom på ett bakomliggande grundproblem (Kafka, 2007). Missbruk av alkohol eller andra substanser påverkar också sexualiteten. Personer med långvarigt missbruk kan ofta behöva vägledning att hitta tillbaka till en mer normal sexualitet efter avslutat missbruk (Stevenson & Elliot, 2007). Att ha varit utsatt för sexuella kränkningar eller övergrepp är också något som påverkar den sexuella lusten och som man trots eventuell traumabehandling kan behöva hjälp och stöd för att arbeta med tillit och sexuell lust.

Beskrivna patientgrupper är välkomna till sexologiska mottagningen. Detta gäller också när kompetensen saknas eller inte är tillräcklig inom pågående somatisk eller psykiatrisk behandling.

### • Kartläggning och medicinsk behandling

Initialt i kontakten med sexologiska mottagningen görs en bredare kartläggning av den beskrivna problematiken med hjälp av intervju, självskattningsscheman och ibland remiss till somatisk utredning. Detta då sexuella problem ofta är en kombination av somatiska, sociala och psykologiska faktorer. Det betyder således att sexuella problem med en somatisk primär orsak också kommer att ha psykologiska och sociala komponenter, och vice versa. Initialt försöker vi dock att fastställa eller utesluta fysiologiska faktorer som påverkar sexuella problem, vilket kan vara medfödda avvikelser, somatiska förändringar i livscykel och biverkningar av medicin. Det är vanligt vid förekomst av kroppslig sjukdom och mediciner att det uppkommer sexuella biverkningar, till exempel vid vissa blodtrycksmediciner och vissa psykofarmaka. Biverkningar som bristande sexuell lust, fördröjd ejakulation och orgasmstörning är särskilt förekommande vid så kallade SSRI-preparat som ges mot depression och ångest.

**Erektionsstörning:** Hos patienter med erektil dysfunktion tas anamnes med fokus på sexualliv och relation till eventuell partner, läkemedel, alkohol och rökning samt morgonerektion. Det är också viktigt att undersöka B-Glukos och göra hjärtutredning då bristande erektion kan vara ett första tecken på både diabetes och hjärtsjukdom. S-Testosteron bör också tas för komplett kartläggning. Patienterna ombeds här ofta ifylla Internation Index of Erectil function (IIEF). Det är särskilt viktigt att i anamnes försöka förstå om problemet kan förklaras somatiskt, psykologiskt eller som en kombination av dessa (Internetmedicin, 2010). Vid prematur ejakulation tas också anamnes som kartlägger om tillståndet är livslångt eller förvärvat samt hur lång tid det pågått och eventuella skillnad mellan olika sexuella aktiviteter. Vid utredning kan också remiss till kroppslig undersökning av genitalier ingå (Internetmedicin, 2009).

**Sexuell smärta hos kvinnor:** Sexuella smärtillstånd eller vaginism hos kvinnor kan ofta ha förorsakats av upprepad behandling av svampinfektioner, p-piller och muskelspänningar i samspel med psykosociala faktorer. Tillståndet fastställs genom gynekologisk undersökning. Lust kan också påverkas av hormonella preventivmedel, naturliga hormonförändringar under livet eller diabetes. Ett blodprov kan ge viktig information i kartläggningen också av kvinnors sexualitet, trots att kvinnors sexualitet inte är lika väl studerad som manlig sexualitet.

**Symptomatisk behandling:** Vid erektionsstörning finns flera möjligheter som kan användas som komplement till rådgivning efter medicinsk bedömning/ utredning.

Det finns två slag av receptbelagda läkemedel. Det första slaget är PDE5-hämmare, som används som tabletter. Mest använt är Sildenafil, som numera finns som generika (likamedel) och därmed blivit väsentligt billigare än patentmedicinen Viagra. Verkningstiden är 5-6 timmar, ibland längre. Vanli-

gaste dosen är 100 mg, som också är den högsta rekommenderade dosen. Levitra är väsentligen likvärdigt med Sildenafil. Ett tredje preparat är Cialis, som har längre verkningsstid på 1-2 dygn, ibland ännu längre och kan användas antingen som engångsdos, vanligen på 20 mg som är högsta rekommenderade dos, eller som underhållsdos med 5 mg dagligen. Alla medel av detta första slag förstärker de sexuella signaler som åtföljer sexuell och sensuell stimulering, men har ingen egen effekt på erektionen till skillnad från det andra slaget av läkemedel som alltså ger erektion på rent farmakologisk väg med konsekvensen att erektionen består även efter ejakulationen. Det vanligaste medlet av detta slag är alprostadil, som används i form av injektion direkt i svällkropparna eller som uretralstift som i dessa former bör sättas in av specialist, vanligen urolog. En tredje form av alprostadil har nyligen introducerats i form av en gel, Vitaros, som skall appliceras på ollonet vid uretramynningen. Den kliniska erfarenheten är ännu begränsad, men man kan hoppas att det blir ett preparat som i likhet med PDE5-hämmarna kan användas av alla läkare. Det finns hjälpmedel mot erektionsstörning. Vibratorer (se nedan) ökar den sensuella stimuleringen av såväl könsorganen som andra erogena zoner. Vakuumpumpar i kombination med tillfällig avstängning av avflödet ger en blodfyllnad av svällkropparna på mekanisk väg. Nackdelar är en relativt kall penis och viss instabilitet vid penisroten, men metoden föredras av många användare. Män som initialt får god erektion, men som försvagas eller försvinner vid eller efter penetration, kan använda så kallad pubisring, som finns i flera varianter. Slutligen finns möjlighet att operera in penisimplantat direkt i svällkropparna när ingen annan metod hjälper.

Vid för tidig utlösning kan man behandla med SSRI-läkemedel som hämmar ejakulationen. Medicinen kan användas tillfälligt, t ex med en dos på morgonen före sexuell aktivitet på kvällen, eller med en daglig dos. Effekten av de olika medlen synes vara ungefär densamma.

Kvinnor med torra slemhinnor bör rådgöra med gynekolog, allmänläkare eller barnmorska med kunskaper på området. Vid sidan av vanliga glidmedel finns receptfria östrogenpreparat för lokal användning (Internetmedicin, 2009; Internetmedicin, 2010).

### • Somatisk sjukdom och hjälpmedel

Personer med funktionsnedsättningar, såväl medfödda som förvärvade, behöver ofta både samtalsstöd och tekniska hjälpmedel för att få ett fungerande sexualliv (Almås & Pirelli Benestad, 2006).

Funktionsnedsättningar kan skapa problem i relation till sexuell aktivitet och sexualitet i parförhållande. Det är vid dessa tillfällen viktigt att informera om tekniska hjälpmedel som kan förbättra sexuallivet. Det finns ett stort sortiment att tillgå på marknaden, men patienter kan i vissa fall få särskilda hjälpmedel ordinerade eller utprovade av sjukvården. För ryggmärgsskadade män med ejakulationssvårigheter finns t ex möjlighet att få en särskild vibrator, så kallad Ferti-Care, ordinerad från Rehabkliniken. Användningen av en sådan kan ge förutsättningar för ökat sexuellt välbefinnande och ejakulation. Det kan också finnas andra effekter med användningen av en Ferti-Care som t ex minskad spasticitet och förebyggande av urinvägsinfektioner (Olsson Skutsjö, 2011). Mottagningen har också ett urval av sexhjälpmedel att demonstrera för patienter utifrån olika problematiker och ge information om var produkterna kan köpas.

### • Behandlingsmetoder

På mottagningen behandlas patienterna med individuell terapi och parterapi. Patienter som behandlas individuellt är personer som inte lever i en parrelation eller personer som bör arbeta med sin egen sexualitet utanför parrelationen. Det kan också vara en person där somatiska svårigheter orsakat den sexuella dysfunktionen och det därför är mer lämpligt att personen behandlas individuellt utifrån den egna problematiken. I vissa fall är partnern inte intresserad av att delta i behandling. I parterapi läggs fokus på paret och den sexuella problematiken, oavsett om dysfunktionen kan lokaliseras till den ena parten eller båda, om dysfunktionen existerat innan paret träffades eller om det uppstått under förhållandet. Samlivsterapi har inspiration av Master och Johnsons beteendeterapeutiska behandlingsprogram med fokus på kommunikation och samspel mellan paret. Det ingår övningar som



sensualitetsträning som används för att öka graden av trygghet och intimitet samt att framkalla eventuellt motstånd som ger material till förståelse av problematiken. På mottagningen utgör Helen Singer Kaplans (1981) psykodynamiska sexterapi en gemensam grund. Kaplans sexterapi, som är en vidareutveckling av Master och Johnsons modell, utgår från att integrera psykodynamiska interventioner och konkreta samlivsövningar. Behandlare på mottagningen har olika terapeutiska bakgrunder som integreras i behandlingen och kliniken som helhet arbetar utifrån ett eklektiskt grundlag.

På mottagningen förstår vi parets problem utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv och behandlaren utformar samlivsterapin så att den stämmer överens med problemställningen. De senaste åren har fler än tidigare kontaktat kliniken med nedsatt eller avsaknad lust, vilket är ett problem såväl på individnivå som i parrelationen. Detta är ett västerländskt fenomen som i sexologilitteraturen förklaras genom att kommersiella krafter har bidragit till en sexualisering av det offentliga rummet, som medverkat till att människor inte kan leva upp till de nya sexuella normerna och känt sig otillräckliga (Tiefer, 2004; Jutel, 2010). Leiblum (2010) påstår att ett tillfredställande sexliv sammankopplas med emotionell och fysisk hälsa. Många personer som inte känner att deras lust lever upp till detta får en känsla av att vara otillräckliga, misslyckade och dysfunktionella. Det är viktigt att utforska på vilket sätt den bristande sexuella lusten skapar problem för personen eller paret, då det ibland kan avhjälpas med att normalisera att den sexuella lusten varierar i livscykeln. I parrelationer handlar ofta bristande sexuell lust om en skillnad i sexuell lust, där det är viktigt att utforska båda parternas sexualitet då det i vissa fall kan handla om att ena parten har en överdriven sexuell lust. I behandling vid bristande sexuell lust används sensualitetsträning för att väcka den sexuella lusten eller det motstånd som blockerar lusten. Sexuell lust behöver inte föranledas av spontan lust, utan de senaste åren har man börjat prata om en receptiv lust. Det betyder att även om man inte upplever en spontan lust kan lusten väckas genom erotik, fantasier och sexuell stimulering (Basson et al, 2004).



## Generell sexuell problematik

Nedan kommer bristande sexuell lust hos kvinnor respektive män presenteras. Här presenteras också vulvasmärta för kvinnor samt problem med erektilfunktion för män.

### • Bristande sexuell lust hos kvinnor

Kvinnlig sexuell dysfunktion är ett problem där fysiska och/eller psykologiska faktorer i huvudsak är de bakomliggande orsakerna. Inte sällan används kvinnlig sexuell dysfunktion som ett samlingsbegrepp där symptomen inkluderar:

- Låg sexlust
- Oförmåga till upphetsning eller framkallande av klimax under sexuellt umgänge.
- Vaginal torrhet

I internationella undersökningar varierar uppkomsten av lustproblem hos kvinnan. Även om det saknas relevant forskning på kvinnlig olust i Sverige så uppskattas drygt fyra av tio kvinnor uppleva tillståndet. Det har inte ansetts föreligga någon åldersbundenhet bland yngre kvinnor kring denna dysfunktion. Däremot uppger uppemot hälften av svenska kvinnor över 50-65 års ålder ett nedsatt sexuell intresse. Lägre sexuell tillfredsställelse uppgavs av de kvinnor som skattade sitt sexuella intresse som lågt jämfört med dem utan dysfunktion. Sett ur ett åldersperspektiv pekar resultaten i allmänhet på en lägre lust som ofta förekommande efter 50-60 års ålder och ytterligare lägre lust hos kvinnor äldre än 65 år. Även fram till omkring 50 års ålder är låg sexuell lust långt ifrån ovanligt (Wincze & Carey, 2001). Bristande kvinnlig lust kan orsakas av somatisk sjukdom, känslomässiga problem eller en kombination av dessa.

Att vilja ha sex är en känsla och en fysisk reaktion på ett erotiskt stimuli. Det betyder att om kvinnan blir sexuellt stimulerad så följer oftast en fysisk reaktion och en emotionell känsla av att kvinnan vill ha sex. Den vanligaste orsaken till bristande sexuell lust hos kvinnor är relaterad till partnern. För att bedöma om det kan finnas andra orsaker bör man därför fråga om sexuella fantasier. Om sådana också har försvunnit kan orsaken vara exempelvis depression, dålig självkänsla, känslor av skam eller skuld i samband med sex, rädsla att bli gravid, stress eller trötthet. Kvinnor i klimakteriet drabbas tidvis av nedsatt sexuell lust. Tidigare sexuella övergrepp eller våld i hemmet kan också framkalla känslor av skuld och ängslighet och kan därför innebära ett hinder för sexuell aktivitet tillsammans med en ny partner (Wincze & Carey, 2001).

**Behandling av bristande sexuell lust hos kvinnor:** Arbetssättet är att terapeuten, eller terapeuterna, träffar kvinnan individuellt eller med sin partner efter önskemål. Terapeuten använder sig av en strukturerad samtalsmodell för upprättande av en sexualanamnes för att på så sätt kartlägga kvinnans olust. När problemet skildrats kan man bedöma huruvida kvinnan har lustproblem eller inte. Det är viktigt att man tittar på relationen när kvinnan känner minskad sexuell lust. Det är avgörande att man vid kvinnlig olust ser på svårigheterna från både ett psykologiskt och ett socialt perspektiv. Ibland påverkas lusten till sex av att kvinnan känner sig stressad eller nedstämd. Sociala faktorer som kan ligga bakom minskad sexlust kan till exempel vara kommunikationsproblem i en relation. Stress i arbetslivet kan också vara en anledning till att sexlusten minskar. Efter några bedömningsamtal när problemet skildrats och kartlagts erbjuds en behandlingsmodell som kvinnan individuellt eller tillsammans med sin partner kan ta ställning till och behandlingen kan därefter initieras. I behandlingsarsenalen ingår sensualitetsträning, smekövningar, ökad kroppskänedom och förbättrad kommunikation mellan part. Vid misstankar om fysiska problem vid kvinnlig olust remitteras kvinnan ibland till gynekolog för utredning (jämför Kaplans (1981).

### • Vulvasmärta

Långvarig dyspareuni (smärta vid samlag) erfars av en av fem unga kvinnor, varav de flesta urskiljer det som en ytlig penetrationssmärta. Orsakerna till samlagssmärta varierar. Infektioner, allergier,

somatisk sjukdom, psykiska orsaker, relationsproblem och åldersvariationer kan ha betydelse liksom bristande sexuell lust och kroppsligt gensvar. Man skiljer på ytlig och djup smärta. Vanligen orsakas ytlig samlagssmärta/penetrationssmärta av provocerad vestibulodini och/eller vaginism. Djup samlagssmärta kan orsakas av endometriosis, cystor eller tumör (Elmerstig, 2012).

**Provocerad vestibulodini:** Provocerad vestibulodini, tidigare vestibulit, är ett smärttillstånd vars orsak är okänd och troligen multifaktoriell. Teorier är att mekanismen bakom sjukdomen är en ond spiral som inleds med att slemhinnan av någon anledning, till exempel en svampinfektion (Wikipedia, 2015), är skör och skadas vilket i sin tur leder till ökad känslighet och obehagskänslor, som leder till ökad anspänning i slidans muskulatur, ökad smärtekänslighet, och så vidare. Det är viktigt att söka hjälp tidigt för att försöka undvika att en ond cirkel med ett påtagligt smärttillstånd etableras. Oavsett genes leder tillståndet till att symptomen förstärks tills penetration är omöjlig att genomföra.

Undersökningar visar att kvinnor med provocerad vestibulodini också kan ha andra långvariga smärtsymtom.

Diagnosen ställs av läkare efter undersökning, gärna gynekolog i samarbete med dermatolog. Provocerad vestibulodini innebär att flera diagnoskriterier är uppfyllda:

- Ytlig smärta vid penetration
- Positiv pinntest
- Rodnad i bakre vestibulum
- Duration mer än sex månader

Vid såväl provocerad vestibulodini som vid annan penetrationssmärta, kan partiell vaginism utvecklas sekundärt (Hellström, 2010; Ehrström et al, 2008).

**Vaginism:** Vaginism eller slidkramp är ett tillstånd då bäckenbottenmuskulaturen ofrivilligt dras ihop, vilket orsakar obehag och smärta. Vaginism kan ses som en försvarsreaktion mot smärta och/eller penetration. Vaginism kan vara primär eller sekundär samt variera i besvärsgrad (Elmerstig, 2012).

**Behandling av vulvasmärta:** Inledningsvis syftar behandlingen till att bryta den onda cirkeln samt ge hopp. Samlagsvila och undvikande av penetration förordas till förmån för närhetsövningar och annat sex. Fast partner bör involveras i behandlingen via parsamtal.

Vid den sexologiska mottagningen i Blekinge behandlas vulvasmärta enligt stavträningsprogram i kombination med exempelvis kognitiv beteendeterapi som samtalsbehandling där bland annat avspänningsträning införlivas. Annan behandling kan ske med hjälp av akupunktur (Wikipedia, 2015). Om patienten uppmanas att sluta med p-piller bör annan preventivmetod föreslås. När sjukdomen väl etablerat sig kan den bli långvarig, vilket understryker vikten av behandling (jämför Elmerstig, 2009; Hellström, 2010). Kvinnor som upplever en djupsamlagssmärta behandlas primärt inom kvinnokliniker inom landstinget.

På senare år har den s.k. Huddingemodellen rönt framgång vid landets Ungdomsmottagningar. Behandlingen innebär att kurator eller psykolog har samtal med kvinnan eller paret parallellt med att barnmorska tränar och undersöker kvinnan gynekologiskt för att identifiera smärtpunkter och registrera förbättring.

Behandlingstiden varierar beroende på problematiken, men kan vara upp till ett år eller mer. Det är viktigt att informera patienten om att det tar tid och motivera till tålamod (Svenska barnmorskeförbundet, 2012).

## • Bristande sexuell lust hos män och erektila funktionsproblem

Bristande sexuell lust hos män kan ha flera orsaker. Det kan uppkomma i anslutning till flera "misslyckade" sexuella erfarenheter på grund av erektil dysfunktion och för tidig utlösning. Innan

Viagra användes sökte många män för erektil dysfunktion men dessa söker numera mer sällan för denna problematik då de vanligtvis behandlas inom primärvården. En ökande andel män söker där-  
emot för bristande lust, som sannolikt även funnits tidigare, men då uppfattades erektionsproblemet  
som dominerande. Då mannen nu kan behandlas med potensstimulerande medel framträder således  
istället olusten. Allt fler yngre par söker för bristande lust. Vid närmare inventering av problematiken  
visar det sig att de inte har tid eller ork för ett sexliv då andra områden istället prioriteras (Wincze &  
Carey, 2001).

**Behandling av bristande sexuell lust och erektila problem hos män:** Behandling sker vanligtvis  
med ett par som söker men också individuellt om ingen partner finns tillgänglig eller om bedömning  
görs att behandling sker med en i paret. Man börjar med noggrann anamnesupptagning, som initialt  
handlar om det problem som patienten eller paret söker för och utvidgas så till livshistorien och den  
sexuella utvecklingen under livet. När man kommer fram till att sexologisk behandling kan vara indi-  
cerad presenterar terapeuten eller terapeutparet ett behandlingsförslag för patienten eller patientparet  
som erbjuds en återbesökstid för att gå hem och fundera och diskutera (Wincze & Carey, 2001).

Behandlingen inleds ofta med så kallad sensualitetsträning som består i smekningsövningar, som  
syftar till en ökad kännedom om den egna kroppen, men innebär också en kommunikationsövning.  
Övningarna anpassas efter beskriven lust, orgasm eller erektionsproblematik. Paret erbjuds regelbund-  
na tider för uppföljning och redovisning av hur övningarna fortskrider och hur de upplevs av paret.  
Sedan fortsätter behandlingen med nya instruktioner och uppföljningar.

För tidig utlösning kan behandlas med Semans så kallade start-stopptechnik, där partnern stimulerar  
penis i olika steg så att mannen ”lär styrning av utlösningen”. Olustproblematik hos mannen kan  
sammanhånga med dålig relation till partnern, ökad stress i en viss fas i livet, yrkesmässigt, barn och  
många åtaganden som behandlas med individuell terapi eller parterapi (jämför Kaplan, 1981).

## • Hypersexualitet

Under de senaste tre decennierna har forskare, vårdpersonal och allmänheten i ökad utsträckning  
intresserat sig för tillstånd som karakteriseras av okontrollerad och överdriven sexuell aktivitet. Vårdgi-  
vare som arbetar med sexuella problem/störningar har uppmärksammat ett ökat antal patienter som  
beskriver svårigheter med att hantera och kontrollera sitt sexuella beteende, tankar och fantasier.

Hypersexuell störning eller överdriven sexualdrift är en sexuell dysfunktion som räknas till de psy-  
kiska störningarna. Sexmissbruk och sexuellt beroende är talspråkliga beteckningar för samma  
tillstånd. De yttrar sig i en okontrollerad överdriven sexualdrift, en sexualdrift som inverkar negativt  
på personens liv och vardag. Båda könen kan drabbas av hypersexuell störning. Handlingarna kan ta  
sig uttryck i impuls kontrollstörningar, ovanligt frekvent förekommande eller lätt uppkommen upp-  
hetsning. Till sådana handlingar kan olika nivåer av; tvångsmässig onani, stor konsumtion av porno-  
grafi, prostitution eller tillfälliga sexuella kontakter av ömsesidig frivillig natur höra (Kafka, 2007).

Tecken på hypersexuell störning kan vara att den sexuella lusten uppfyller tankarna en stor del av  
tiden och påverkar således personens vardag. Personen känner lust att utföra sexuella aktiviteter när  
personen är stressad, spänd eller deprimerad. Dessa sexuella vanor för med sig stora problem. Det kan  
vara problem i relationer eller i arbetslivet, sjukdomar eller andra hälsoproblem, kriminella handlingar  
eller att personen utsätter sig själv eller andra för stora risker. Sådana aktiviteter räknas som en stör-  
ning om de utgör ett problem för personen, till exempel att personen missköter sitt arbete, förlorar  
vänner och familj eller ruinas ekonomiskt. Det blir först en störning när personen försökt kontrol-  
lera sexualiteten men misslyckats. De drabbade har oftast sexuella högriskbeteenden vilka ökar risken  
för könssjukdomar och oönskade graviditeter. De som lider av hypersexualitet brukar beskriva det  
som att ”hela huvudet är fullt av sex”. Sexuella behov och hur vi tillfredsställer dem varierar från  
person till person, därför kan det vara svårt att dra gränser för vad som är sexmissbruk. Den som har  
en hypersexuell störning söker dock snabbt tillfredsställelse eller ”kicker” i olika situationer eller bete-  
ende och utvecklar en ohälsosam relation till sexuella aktiviteter den ägnar sig åt. För en del personer  
med hypersexuell problematik blir det sexuella beteendet en flykt från verkligheten som för en kort

stund dämpar oro och ångest men som snabbt ersätts av skam och tomhetskänslor. Precis som när det gäller andra typer av missbruk finns faktorer som stark lust eller tvång, förlorad kontroll och problem att sluta med i bilden. Beroendet trappas också upp med tiden. En annan likhet är att man fortsätter med sitt beteende trots att det får negativa konsekvenser (Kafka, 2007).

I nuläget finns ingen specifik diagnos, i DSM-IV-TR eller ICD-10, som på ett tillfredsställande sätt sammanfattar tillståndet. I ICD-10 finns dock diagnosen överdriven sexualdrift men beskrivna kriterier saknas. En vedertagen term eller en tydlig definition av fenomenet saknas och osäkerhet råder kring tillståndets etiologi samt bedömning och behandling av det. En rad olika termer har använts för att beskriva omätlig sexualitet men gemensamt för dessa har varit att de har beskrivit sexuella beteenden som individen har förlorat kontrollen över och som har lett till negativa konsekvenser och funktionsnedsättningar. Det sexuella beteendet i sig har inte betraktats som indikation på att problem föreligger utan det är snarare svårigheter att kontrollera eller minska frekvensen av det sexuella beteendet som har betraktats som det egentliga problemet. Enligt APA (American psychiatric association) är tillståndet, med tanke på de negativa konsekvenserna det innebär i form av folkhälsorisk och samhällskostnader, en av de mera allvarliga men fortfarande försummade nutida psykiatriska störningarna. För att möta de kliniska och forskningsmässiga behoven som finns föreslås därför en ny diagnostisk kategori inom gruppen sexuella störningar, nämligen hypersexuell störning.

**Behandling av hypersexualitet:** Hypersexualitet behandlas i individuell samtalsterapi. Under behandlingen kartläggs sexuella tankar och fantasier samt mönster i det sexuella beteendet och man ökar därmed förståelsen för orsakerna bakom. Målet är att stärka den friska sexualiteten hos personen och att personen bättre ska kunna kontrollera sina skadliga sexuella beteenden. Hypersexuella personer tenderar till att förneka eller bagatellisera handlingar. De tenderar ofta att ha en yttre snarare än en inre motivation till förändring. I behandlingen ingår psykoedukation om hypersexualitetens etiologi, motivations- och ändringsprocesser, psykologiska försvarsmekanismer samt fortgående motivationsarbete utifrån ”motiverande samtal” (Miller & Rollnicks, 1991).



## Störd sexuell lust efter sexuella övergrepp

Mottagningen erbjuder behandling till patienter som varit föremål för sexuella övergrepp som i många fall kan påverka deras sexuella funktion. Arbetssättet är att terapeuter som ibland arbetar i par och ibland individuellt träffar patienten, vanligtvis tillsammans med sin partner men också individuellt. Terapeuten använder sig av en strukturerad samtalsmodell för upprättande av sexualanamnes för att kunna kartlägga paret eller patientens problematik. När problemet skildrats erbjuds en behandlingsmodell som patienten tar ställning till och behandlingen initieras.

### • **Behandling av trauma och sexterapi för ökad lust**

Att ha varit utsatt för sexuella övergrepp kan påverka psyket i varierad utsträckning, beroende på övergreppets grad samt de psykologiska förutsättningarna till bearbetning. I kartläggningen tar terapeuten ställning till var patienten är i processen. I vissa fall kan traumat vara obearbetat och då blir det viktigt att påbörja en PTSD-lik trefasbehandling. Den första fasen består av stabilisering, där man arbetar med att skapa trygghet i terapirummet och i alliansen mellan terapeut och klient. Det är en förutsättning att det finns en viss grundstruktur och trygghet i patientens liv. I andra fasen av den psykoterapeutiska behandlingen berättar klienten om vad som har hänt, samt om innebörden av detta. Den traumatiska erfarenheten diskuteras, och steg för steg kommer de känslor som är förknippade med händelsen fram. Traumat återupplevs, men denna gång i en trygg miljö där terapeuten är med och lyssnar och kan ge stöd. I den tredje fasen har patienten fått ett nytt sätt att förhålla sig till övergreppen som kan användas i samtal om hur sexualiteten påverkas (jämför Frueh, 2012).

När patienten bearbetat sitt trauma, antingen genom behandling på mottagningen eller innan kontakten tagits, kan en partner bjudas in i behandlingen och arbeta med att skapa trygghet, tillit och lust ifrån Kaplans sexterapi, där psykoterapeutisk behandling som berör övergreppet integreras i de sexuella övningarna. För patienter som inte lever i en relation anpassas behandlingen utifrån de livsvillkor personen lever under.





## Oönskad sexualitet

Vissa personer har utvecklat en sexualitet som upplevs oönskad av personen själv eller av omgivningen då den riskerar att skapa lidande för andra personer som utsätts för den. Inom denna grupp innefattar sexologiska mottagningen personer med sexuella avvikelser, så kallade parafilier, samt personer vars handlingar gör att de utsätter andra personer för sexuellt våld.

För att nå ut till denna målgrupp samverkar sexologiska mottagningen med Preventell, som är en nationell anonym telefonrådgivning för oönskad sexualitet. Sexologiska mottagningen ansvarar för att information om telefonlinjen sprids inom landstinget Blekinge och Preventell rekommenderar personer boende i Blekinge att söka kontakt med sexologiska mottagningen. Mottagningen rekommenderar även polismyndigheten i Blekinge att informera personer med misstanke om sexualbrott om att söka behandling på mottagningen.

Personer, vars sexualitet riskerar att skada andra om den levs ut, informeras initialt i kontakten om anmälningsplikt enligt socialtjänstlagen om barn riskerar att fara illa samt situationer när sekretessen kan brytas om patienten begått ett brott som riskerar att ge mer än ett års fängelse. I kartläggningen av problematiken ingår en riskbedömning där man ser till personens risk- och skyddsfaktorer i relation till att utsätta andra för sexuellt våld. Det gör ofta en suicidbedömning då det inte är ovanligt att självmordstankar kommer upp i samtal om oönskad sexualitet.

### • Parafilier

Sexologiska mottagningen erbjuder behandling till personer som har problem med avvikande sexuell aktivitet under förutsättning att det skapar psykiskt lidande hos personerna själv eller personer som utsätts för det sexuella beteendet.

Parafili är ett nyare ord för perversion, som innebär sexuell intresse/tändning på andra objekt än bröst och könsorgan hos en tänkt eller verklig partner oberoende av kön. Tändningen ligger alltså på ett fantasiplan även om den kan förstärkas av en sensuell stimulering av den egna kroppen. Det finns ett stort antal former, varav de vanligaste är voyeurism, exhibitionism, fetischism och pedofili. Olika former av BDSM (bondage, dominans, sadism, masochism) kan, under förutsättning att det skapar ett personligt signifikant lidande och svårigheter i mellanmänskliga relationer, definieras som parafili. Den gemensamma bakgrunden är att någon form av infantil sexualitet stannat kvar från den psyko-sexuella utveckling i barndomen som alla går igenom. I de mest uttalade fallen är parafilin fixerad och har förhindrat utveckling av en normal sexualitet i förhållande till en partner, verklig eller fantiserad. I andra fall tar parafilin över som dominerande form för sexuell tändning under kortare eller längre perioder av kris eller annan psykisk reaktion eller sjukdom. En tredje nivå är att utnyttja den rest av infantil sexualitet som många, kanske de flesta, människor har för att stimulera den sexuella tändningen vid egensex (vilket är lättast) eller partnersex (vilket kan vara svårt att få att fungera, svårare ju närmare den känslomässiga relationen är till partnern) eller vid hypersexualitet (sexuellt beroende, ”sexmissbruk”) (Långström, 2010a).

Att ha en parafili upplevs av de flesta som skamfyllt och den sociala skammen underhålls av omgivningens reaktioner i form av fördömande, avsky, skräck, förlöjligande och lagstiftning. Det finns dock också sociala rörelser för acceptans när beteendet är frivilligt, sker med samtycke och förstahandsmålet är sexuellt och ömsesidigt, utan något ensidigt eller otillbörligt utnyttjande av partnern (Långström, 2010a).

### • Sexuellt våld och sexualbrottsförövare

Att begå sexuellt våld är en handling som inte per automatik betecknas parafili då sexualdriften inte nödvändigtvis är drivkraften till sexuellt våld. Att söka frivillig kontakt på sexologiska mottagningen för ett sexuellt beteende visar dock på en motivation och vilja till att få hjälp att ändra sina handlings-sätt.

Sexuella övergrepp och våldtäkt måste förstås både på individuell nivå och på kulturell nivå. Det är en hög majoritet män som utför sexuellt våld, vilket på gruppnivå måste förstås utifrån patriarkala maktstrukturer. Nicolas Groth (1979, i Månsson, 2010) skiljer mellan tre typer av våldtäkt: våldtäkt i vredesmod, våldtäkt som maktdemonstration och sadistiskt våldtäkt. Något som är gemensamt för dessa handlingar är att de är ett uttryck för fientlighet, vrede och vilja att behärska och endast till skenet sexuell. Groth menar att sexuellt våld används för att kompensera för känslor av otillräcklighet och vanmakt. Psykoanalytikern Robert Stoller (1986, i Månsson, 2010) förklarar sexuella avvikelser som ett försök att hantera hot mot den egna könsidentiteten. Män som begår sexuellt våld antas ha blivit kränkta i sin manlighet. Genom sina egna övergrepp på andra hämnas förövaren de egna upplevelserna av kränkningar och tillkortakommande genom att utöva makt och kontroll över andra.

Sexuellt våld måste alltså förstås utifrån både individperspektiv och samhällsperspektiv. Patriarkala strukturer bidrar till att majoriteten av övergrepp begås av män. Det finns begränsad forskning omkring kvinnor som utför sexuellt våld.

Niklas Långström (2010b) beskriver att parafilier är överrepresenterade inom gruppen sexualbrottsförövare och att det sannolikt är det psykiatriska tillstånd med störst risk att begå övergrepp. Inom gruppen sexualbrottsförövaren finns en överrepresentation av personlighetsstörningar, missbruk, psykos, intellektuell funktionsnedsättning, ångest och depression. De riskfaktorer som bedöms ge måttlig risk för återfall i sexualbrott bedöms vara parafilier, sexuell upptagenhet, antisocial attityd och livsstil samt impulsivitet.

**Behandling av oönskad sexualitet:** I behandling av oönskad sexualitet är det kliniska problemen i huvudsak av två slag; att fungera sexuellt i ett vanligt förhållande och att kontrollera sina beteenden inom lagens ramar och utan att skada någon.

Det första gäller de svårigheter att fungera sexuellt i ett vanligt förhållande. Vid en sexuell avvikelse kan den parafila fantasin sägas fungera som en genväg till den sexuella tändningen genom att gå förbi intimiteten. Att fungera med vanligt partnersex kan underlättas dels genom sexuell rådgivning med fokusering på sensualitet och intimitet, dels med farmaka som Viagra och Cialis.

Den andra typen av problem gäller de risker och skador, främst psykiska, som en partner kan bli utsatt för genom sexuellt utnyttjande och övergrepp. Särskilt gäller detta när det sexuella objektet är barn och unga och kallas för infanofili när det gäller barn som inte kan tala, pedofili för barn som kan tala, men före puberteten samt hebefili när objekten är barn och unga i eller efter puberteten. I dessa fall omfattar rådgivningen information om de av lagstiftningen angivna gränserna, stöd att hålla sig inom de tillåtna gränserna samt att uppmuntra till sensuell stimulering istället för sexuella fantasier och till gensex istället för partnersex (Långström, 2010b).

På sexologiska mottagningen praktiseras både psykodynamisk och kognitiv beteendeterapi i behandlingen av oönskad sexualitet. Det ges utrymme att skapa förståelse för problematiken i syfte att skapa beteendeförändringar som lindrar det psykiska lidandet för patienten samtidigt som risken att omgivningen far illa minskas. Där psykopedagogiska metoder är otillräckliga, kan farmakaterapi bli aktuell. För att hämma en stark sexualdrift behandlas kvinnor med SSRI-preparat och män med testosteronhämmare.





## Könsdysfori

Det tvärfackliga vårdområde som sysslar med könsbyte eller könskorrektio n kallas numera könsdysfori. I Blekinge handläggs dessa ärenden av den sexologiska mottagningen i samarbete med såväl den övriga psykiatrin som andra verksamhetsområden i Blekinge, Skåne och Linköping. I Sverige använder vi ICD-10 och huvuddiagnosen blir då transsexualism, medan det i den amerikanska DSM-V har återgått till termen gender dysphoria, på svenska vanligen könsdysfori, men en riktigare översättning vore genusdysfori. Enligt den lagändring gällande lag om fastställande av könstillhörighet som trädde i kraft 2013 skedde en modernisering på väsentliga punkter. Som en anpassning till den ändrade äktenskapslagstiftningen krävs inte längre att man ska vara ogift. Inte heller krävs svenskt medborgarskap, utan det är tillräckligt att vara bosatt i Sverige. För det tredje har kravet på sterilisering avskaffats. Fortfarande krävs dock att den sökande ska uppleva tillhörighet till annat kön än det som framgår av folkbokföringen och att man sedan en tid uppträder i enlighet med denna könsidentitet samt har för avseende att leva i denna könsidentitet även i framtiden (Lag 1972:119).

En följd av lagändringen är att allt fler ansökande kommer till våra psykiatriska mottagningar med önskan av könsbyte och får där remiss till de högspecialiserade mottagningar som finns (Socialstyrelsen, 2014). Det är viktigt med psykiatrisk kompetens eftersom det finns en betydande komorbiditet, som i en ny svensk undersökning uppgår till 60 % för annan psykiatrisk diagnos. Vanligast är neuropsykiatrisk diagnos, särskilt av autistisk natur, ångestsjukdomar, depressioner och missbruk. Därför behöver minst var tredje sökande också vanlig psykiatrisk vård, som bäst fås i den psykiatriska öppenvården, vilket kräver ett samarbete med den sexologiska enheten som tar hand om könsbytesprocessen.

Sexologiska mottagningen i Blekinge följer Socialstyrelsens (2014) rekommendationer som är baserade på beprövad erfarenhet, ”Standards of Care” som utvecklats av den internationella professionsförbundet The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) samt svensk lagstiftning. Behandlingsprocessen innebär tre faser i behandlingen: en diagnostisk fas, en period med hormonbehandling/mastektomi, och sist en period där de genitala operationerna utförs. I Sverige tar utrednings- och behandlingstiden ca två år (Dhejne, Öberg & Arver, 2011).

### • Utredning av könsdysfori

Vid de första besöken vid en sexologisk mottagning eller könsidentitetsmottagning är det första målet att bilda sig en uppfattning om det finns tillräckliga skäl att inleda en könsbytesutredning och hjälpa patienten att gå in i eller fortsätta med sin könsbytesprocess. Det finns två huvudtyper av transsexuella, som på siktone blivit lika vanliga därför att antalet som söker könsbyte från kvinna till man, främst unga personer (tjej till kille) ökat så påtagligt att de blivit lika många som de som nu söker könsbyte från man till kvinna (kille till tjej). Psykiatriska kontraindikationer förekommer, i så fall psykotiska tillstånd, pågående missbruk och svårare fall av Aspergers syndrom och psykisk utvecklingsstörning. Däremot synes varken ålder eller sexuell orientering spela någon roll för utfallet av könsbytesprocessen. Den typiska patienten med transsexualism presenterar inte bara det lidande som krävs för att ställa diagnosen, utan önskar och kräver också åtgärder, i första hand från sjukvården, men också ändrat kön i folkbokföringen och ändrade förnamn (i allmänhet kan man lägga till ett förnamn typiskt för det önskade könet genom att vända sig till Skatteverket).

Om behandlarna bedömer att det finns skäl att påbörja en könsbytesutredning börjar man vanligen med psykologiska undersökningar. Den psykologiska utredningen syftar till att tillsammans med patienten undersöka kognitiva, emotionella och personlighetsmässiga aspekter som kan underlätta eller försvåra för individen att genomföra den könskorrigering behandlingen eller påverka trivsel i den framtida könsidentiteten. Psykologen och psykiatern fastställer också differentialdiagnoser huvudsakligen för att utesluta att patienten lider av något annat tillstånd än könsdysfori och att de könsdysforiska symtomen inte är sekundära eller bättre fångade av andra diagnoser. Behandlarna ansvarar också för att inringa psykosociala dimensioner av intresse för patientens nuvarande och framtida livs-

situation som exempelvis ekonomi, boende, sysselsättning, relationer, barn och framtidsplanering. Utredningen bör även inkludera möten med närstående (Socialstyrelsen, 2014).

Parallellt med den psykologiska utredningen påbörjas endokrinologisk utredning och därefter remiss till specialkunnig logoped. Samtidig skickas vid önskemål också remiss till Reproduktionsmedicinskt Centrum, Malmö, för äggplockning och nedfrysning av sperma. Efter en observationstid med regelbundna besök, minst var tredje månad under ett år, kan det vara skäl att ställa slutgiltig diagnos och ge klartecken till endokrinolog att påbörja hormonbehandlingen. Det lagliga kravet att man över längre tid avses uppträda i den önskade könsrollen gör det viktigt att inleda en könsbytesprocess, genom att uppmana patienten att gå in konsekvent i önskad könsroll och successivt låta anhöriga, vänner och arbetskamrater få veta vilken avsikt man har. Det kan då vara lämpligt att byta förnamn och skaffa ny legitimation med det nya förnamnet. Att en sådan psykosocial process pågår anses vanligen vara en förutsättning för att inleda hormonbehandling (Socialstyrelsen, 2014).

### • Utredning av könsdysfori hos barn och ungdomar

Sexologiska mottagningen har möjlighet att ta emot patienter under 18 år i samarbete med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och ungdomsmottagningen i Blekinge. Tiden fram till 18 årsdagen fungerar Sexologiska mottagningen som konsult till BUP och ungdomsmottagningen, och representerar den diagnostiska fasen. Utrednings- och behandlingsförlopp anpassas utifrån patientens och familjens behov. Det är viktigt att utesluta, diagnostisera och behandla psykiatrisk samsjuklighet samt att arbeta med familjen så att de kan fungera som stöd i så stor utsträckning som möjligt. Det är också viktigt att ungdomen får stöd i att leva i den önskade könsrollen och i att förbereda så att behandlingen blir så bra som möjligt. Om patienten kontaktar mottagningen innan puberteten kommit igång tas ställning till insättning av hormon som stoppar puberteten. Det är dock viktigt att ta i beaktning att forskning visar att en del barn och ungdomar som identifierar sig som transsexuella under tonåren, senare ändrar identitet (Carroll, 2007). Detta måste dock vägas mot den smärta som genuint transsexuella personer upplever under tonåren och att resultatet av könskorrigeringen förbättras om sekundära könskaraktäristika inte utvecklas i icke önskvärd riktning. De kroppsliga förändringar som puberteten innebär bidrar till att förstärka känslan av att vara född i fel kropp.

Det finns inget legalt hinder för att barn och ungdomar som fått diagnosen könsdysfori får påbörja behandling med hormoner samt genomgå vissa kirurgiska ingrepp. Vanligen använder man då stopphormoner så att utvecklingen hejdas och avvaktar med att ta ställning till könskonträra hormoner. Genitala ingrepp får först genomföras efter 18 års ålder och godkännande av Socialstyrelsens rättsliga råd. Enligt Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd (2015) ska diagnosen könsdysfori hos barn ställas av barn- och ungdomspsykiatri för att utesluta att könsdysforin huvudsakligen är sekundär till psykisk ohälsa eller komplikationer förbundna med psykologisk utveckling. Dessa vårdgivare ska också ha god kännedom om könsdysfori. I landstinget Blekinge remitteras dessa patienter till utredningsteam för barn och ungdomar som motsvarar dessa krav om kompetensen skulle saknas inom det egna landstinget.

### • Behandling

När patientens psykosociala process är igång och utfaller positivt påbörjas den hormonella behandlingen. Här skickas också remiss för borttagning av skäggväxt samt till kirurg för operation av bröst och konsultation om operation av könsorganen. Efter ett positivt besked får patienten göra ansökan om könsbyte till Socialstyrelsens Rättsliga råd, som fattar beslut om byte av förnamn, om detta inte redan skett, fastställelse av önskad könstillhörighet samt ger tillstånd till operation av könsorganen (Socialstyrelsen, 2014).

En transsexuell man till kvinna vill ändra sin kropp från manlig till kvinnlig så långt det är möjligt genom operationer, skäggborttagning och hormonbehandling. Personen kan lida av att ha manliga könsorgan som personen vill bli av med och ersätta med kvinnliga, något som brukar lyckas väl både när det gäller utseende och funktioner. Skäggborttagning sker enklast med laser eller annan

Ljusbehandling med gott resultat om skäggstråna är pigmenterade, annars kan diatermi bli nödvändig. Hormonbehandling ger brösttillväxt, men om den inte blir tillfredsställande ett år efter operationen av könsorganen kan bröstimplantat övervägas. Det blir en ändrad fettfördelning i kvinnlig riktning som ofta blir synlig i ansiktet. Den manliga kroppsbehåringen minskar successivt, dock inte skäggväxten, och utveckling av skallighet avstannar. Rösläget påverkas inte av hormonbehandlingen, så träning hos logoped behövs i regel, och patienten får då hjälp att ändra såväl röst som tal och psykomotorik i kvinnlig riktning. Om adamsäpplet är framträdande kan det förminska genom operation, medan operation på stämbanden för att sänka rösläget sällan blir aktuellt. Vanligen kombineras östrogen med testosteronhämmare med gestageneffekt (Socialstyrelsen, 2014).

En kvinna till man transsexuell lider av allt som tyder på att personen är kvinna, både vad gäller egen kroppsbyggnad och vad personen visar utåt. Hos många är bröstet det som vållar mest lidande, så personen försöker dölja bröstet genom kroppshållning, klädsel och genom att linda bröstet om de är normalstora eller stora. Det finns en stark önskan att bli befriad från bröstet genom operation, som i så fall utförs vid plastikkirurgisk klinik för bästa kosmetiska resultat. Det finns vanligen en önskan att slippa de inre kvinnliga könsorganen, vilket kirurgiskt sett är en rutinoperation. Vill man också sluta slidan, krävs att det finns en operatör med speciell kompetens.

Det stora problemet är att bygga upp manliga könsorgan med acceptabelt utseende och om möjligt funktion, vilket får betraktas som ett kirurgiskt utvecklingsområde. I Sverige erbjuds två metoder, dels med ljumsklambå som ger tillfredsställande storlek men ingen funktion, dels så kallad metapenis, en förstoringsoperation av klitoris, som ger viss sexuell funktion. I båda fallen kan man göra en operation av de stora blygdläpparna och lägga in plastkulor på testiklarnas plats. Å andra sidan ger hormonbehandling av en kvinna till man med testosteron, numera genom långverkande injektioner, effekter som är mycket påtagliga både för patienten och för omgivningen. Stämbanden blir grövre, patienten kommer i målbrottet och får mörkare röst. Rösläget mäts både före och tre månader efter insättning av testosteronbehandling och logopedisk behandling erbjuds. Menstruationerna avtar och försvinner. Muskelmassan ökar lika mycket som om patienten skulle styrketräna effektivt och tillväxten blir den dubbla om personen börjar styrketräna samtidigt med att personen får hormonbehandling, vilket också påverkar kroppshållningen och motoriken. Klitoris växer och sexlusten ökar. Att utveckla skäggväxt tar ett par år liksom för pojkar efter puberteten (Socialstyrelsen, 2014).

Utvecklingen på området fortsätter att gå framåt. I Sverige har man ännu inte tagit i bruk de kirurgiska metoder som finns för att ändra ansiktsskelettet hos en man till kvinna. Arbete med att utveckla bättre metoder för att konstruera manliga könsorgan fortsätter på många håll i världen (Socialstyrelsen, 2014).

## • Stödjande samtal och psykoterapi

Terapeutisk behandling och stödsamtal är inget krav under behandlingstiden, men något som patienter erbjuds på mottagningen under behandlingsprocessen. Det finns personer med ett stödande nätverk omkring sig som inte upplever sig behöva ytterligare stöd. Transsexuella är dock en utsatt grupp dels på grund av komorbiditet med andra psykiatriska tillstånd samt ökad risk att utsättas för diskriminering, trakasserier och våld vilket kan bidra till psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2014). De övergripande målen för psykoterapi under utredning och behandlingsprocess är att hjälpa patienten att göra val i behandlingsprocessen utifrån tillgängliga behandlingsmöjligheter, men framför allt att hjälpa patienten till ett mer tillfredsställande liv.

Det är viktigt att terapin syftar till att patienter förstår sig själva och sin livssituation samt får en djupgående förståelse av personlighet, sexualitet och relationer (Carroll, 2007). Det är viktigt att prata om att varken kirurgi eller hormonbehandling tar bort individens tidigare livserfarenheter och ursprungliga kropp. De är också viktigt att samtala med personer, vars kroppsliga förutsättningar gör att de inte kommer att passera som det önskade könet, om de är redo att påbörja behandling trots att de av omgivningen kommer uppfattas som transsexuella eller transgender (Socialstyrelsen, 2014).

## • **Behandling ökar välbefinnande**

Det finns åtskilliga studier av förloppet efter genomfört könsbyte, både på kortare och längre sikt. Det lidande som benämns könsdysfori eller genusdysfori lättar så gott som alltid och det är mycket få som ångrar sitt könsbyte. Huvudsyftet blir nästan alltid uppfyllt. När det gäller hur nöjd man blir med olika dimensioner av könsbytet och den psykosociala anpassningen varierar resultatet med en rad faktorer. Av betydelse är att man fått det stöd man behövt av anhöriga och vänner samt där man har sin utbildning eller sitt arbete. Ett gott resultat av operationer, logopedisk behandling och hormonbehandling spelar också stor roll. Det finns inga säkra belegg för att självmord skulle vara vanligt som ibland påstås. Snarare är det mycket troligt att många fler skulle ha suiciderat om de inte fått genomgå könsbyte (Socialstyrelsen, 2014).

## • **Könsidentitetsstörning**

Personer som upplever svårigheter omkring könsidentitet, men inte lever upp till diagnoskriterier för transsexualism kan också erbjudas behandling. Ibland kan det vara personer som nyligen börjat fundera över att de inte trivs i sitt biologiska kön eller personer som lever upp till alla kriterier utom kriteriet om varaktighet (APA, 2013). Det kan också handla om transvestism med personer som till exempel klätt sig och uppträtt i det motsatta könets kläder och attribut då och då i yngre år, men med åren allt oftare, och kan behöva samtal för att reda ut om det handlar om transvestism eller är på väg över i transsexualism. Önskan om könsbyte kan väckas hos en man med transvestism som råkar i kris av annan anledning eller utvecklar en depression och då är det viktigt att hjälpa en sådan patient ur krisen eller depressionen och vänta med att ta ställning till att inleda någon könsbytesprocess. Det finns både män och kvinnor som uppträder i det andra könet men inte vill ändra kroppen. Det finns människor av båda könen som varken vill vara man eller kvinna och det finns de som vill vara både man och kvinna. Dessa grupper kan dock uppleva ett psykiatriskt lidande och kan behöva samtalsbehandling och rådgivning för att utforska könsidentiteter och hantera påfrestningar i den sociala kontexten utifrån samhällets normerande syn på binära könsroller (jmf Socialstyrelsen, 2014).

Det diskuteras om personer med könsidentitetsstörning i framtiden ska kunna erbjudas kirurgiska ingrepp som att ta bort bröst (mastektomi) och skapande av manlig bröstkorg samt avlägsna livmoder (hysterektomi), äggstockar (ooforektomi) och testiklar (orkidektomi) (Socialstyrelsen, 2014).



## Referenser

- Almås, E. & Benestad, E.E.P. (2006). *Sexologi i praksis*. (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Basson, R., Leiblum, S. Brotto, L. et al. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of sexual medicine*, 40 (1), 40-48.
- Carroll, R. A. (2007). Gender Dysphoria. I S. R. Leiblum *Principles and practice of sex therapy* (s 477- 508). The Guildford press: New York.
- Dhejne, C., Öberg, K. & Arver, S. (2011). Transsexualism – diagnostik och behandling med särskild tonvikt på hormonbehandling. I P. O. Lundberg och L. Löfgren-Mortenson i *Sexologi* (tredje upplagan)(s. 214-227). Liber: Stockholm.
- Ehrström, S., Kornfeld, D., Rylander, E & Bohm-Stark, N. (2009). Chronic stress in women with localised provoked vulvodinia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 73-79.
- Elmerstig, E. (2012). Sexuella problem och sexuella dysfunktioner. I L. Plantin & S. Månsson (Red.), *Sexualitetsstudier* (1. uppl.)(s.235-253). Stockholm: Liber.
- Elmerstig, E. (2009). *Painful Ideals: Young Swedish women s ideal sexual situations and experiences of pain during vaginal intercourse*. Avhandling.  
Hämtad från <http://www.avhandlingar.se/avhandling/7b72f88b37/>
- Frueh, B.C. (2012). *Assessment and treatment planning for PTSD*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Hellström, L. (2010). Gynekologiska tillstånd och sexuell funktion. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (Red.)(3. Uppl.), *Sexologi* (s. 328-3433). Stockholm: Liber.
- Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 Lag (1997:142). Hämtat från Riksdagen  
[https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)
- Internetmedicin (2009). Prematur ejakulation.  
Hämtat 15 januari 2015 från: <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2902>
- Internetmedicin (2010). Erektill dysfunktion.  
Hämtat 9 januari 2015 från: <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=215>
- Jutel, A (2010). Framing disease: The example of female hypoactive sexual desire disorder. *Social Science & Medicine*, 70, 1084-1090.
- Kaplan, H.S. (1981). *The illustrated manual of sex therapy*. London: Granada.
- Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (1972:119).  
Hämtat 4 januari, 2015 från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19720119.htm>
- Leiblum, S. R. (2010). Introduction and overview – Clinical perspectives on and treatment for sexual desire disorders. S. R. Leiblum *Treating sexual desire disorders – A clinical casebook* (s.1-22). New York: Guildford Press.
- Långström, N. (2010a). Sexuella avvikelser eller parafilier. I P. O. Lundberg och L. Löfgren-Mortenson i *Sexologi* (tredje upplagan)(s. 228-238). Liber: Stockholm.



- Långström, N. (2010b). Sexualbrottsförövare – brottsåterfall och psykiatriska överväganden. I P. O. Lundberg och L. Löfgren-Mortenson i *Sexologi* (tredje upplagan)(s. 251-261). Liver: Stockholm.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Månsson, S.-A. (2010). Att förstå det sexualiserade våldet – olika förklaringsmodeller. I P. O. Lundberg och L. Löfgren-Mortenson i *Sexologi* (tredje upplagan)(s. 239-245). Liver: Stockholm.
- Olsson Skutsjö, M. (2011). *Sexuella funktioner hos män med förvärvad ryggmärgsskada. En studie baserad på The Nordic Spinal Cord Injury Registry under åren 2005-2010*. Master uppsats. Malmö Högskola. Hämtad från:  
<http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/12871/M.Olsson.Skutsj%C3%B6.2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Socialstyrelsen (2014). *Nationellt kunskapsstöd för vård och behandling av personer med könsdysföri: vägledning och rekommendationer: stöd för styrning och ledning : preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens folkhälsoinstitut (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Svenska barnmorskeförbundet (2012). Huddingemodellen – teambehandling för unga kvinnor med samlagssmärta. *Jordemodern* 6, 20-23.
- Sverige. Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport. 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sverige. Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens folkhälsoinstitut (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. 7th version. Hämtat från: [http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/IJT%20SOC,%20V7.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/IJT%20SOC,%20V7.pdf)
- Tiefer, L. (2004). *Sex s not a natural act & other essays* (2. uppl.). Colorado: Westview.
- Wikipedia (2015). *Akupunktur*. Hämtad 2015-12-17, från <https://sv.wikipedia.org/wiki/Akupunktur>
- Wikipedia (2015). *Svampinfektion*. Hämtad 2015-12-17, från <https://sv.wikipedia.org/wiki/Svampinfektion>
- Wincze, J. P. & M. P. Carey, (2001). *Sexual Dysfunction: A guide for assessment and treatment* (2 uppl.). New York: Guilford Press.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.







## LANDSTINGET BLEKINGE

PSYKIATRI- OCH HABILITERINGSFÖRVALTNINGEN

371 81 KARLSKRONA • TEL 0455 - 73 10 00  
FAX 0455 - 802 50 • E-POST [landstinget.blekinge@ltblekinge.se](mailto:landstinget.blekinge@ltblekinge.se)