

# Seksualitet som et dobbelt tabu i relationen mellem sundhedspersonale og patienter

I EN AF OS ønsker vi at sætte fokus på aspekter ved at leve med psykisk sygdom, som har tendens til at blive glemt eller negligeret. Seksualitet peger vi på som ét af de områder, der let kan blive tilsidesat eller nedprioriteret i behandlingen af psykiske lidelser. Samtidig ved vi, at mennesker med psykisk sygdom oplever langt flere problemer i forhold til intimitet og seksualitet end befolkningen generelt.

I 2018 gennemførte EN AF OS en panelundersøgelse, hvor 500 respondenter som har/har haft en psykisk lidelse besvarede et spørgeskema om seksualitet. De havde også mulighed for at skrive kommentarer til hvert spørgsmål. EN AF OS ønskede at undersøge seksualitetens betydning hos folk med egen erfaring med psykisk sygdom samt erfaringer med eventuel begrænset opmærksomhed i behandlingsmæssig sammenhæng.

## Seksualitet er vigtig

Vi har bedt professor i klinisk sexologi ved Københavns Universitet og overlæge ved Sexologisk Klinik på Psykiatrisk Center København, Annamaria Giraldi, om at kommentere på resultaterne af vores undersøgelse. Hun udtaler:

*Sex er jo stadigvæk et tabu. Jeg tror, vi bilder os selv ind, at det ikke er. Det er svært at*

*tale om, og så bliver det så privat. I jeres undersøgelse fortæller en stor del, at sex er vigtigt eller meget vigtigt. Hvis vi gerne vil hjælpe vores patienter med psykiske udfordringer, er det derfor væsentligt, at vi som behandlere lærer at snakke om det. For det er jo også en del af livet.*

Kun ganske få respondenter svarer, at de *ikke* har oplevet seksuelle ændringer i forbindelse med deres psykiske sygdom, hvilket understreger nødvendigheden af at tage emnet op til debat.

Annamaria Giraldi har forsket i seksualitet i forhold til alt fra testikelkræft, diabetes II, søvnapnø og hjertesygdom til PTSD, bipolar lidelse, multipel sclerose og epilepsi. Hun understreger behovet for at stille skarpt på psykiske lidelser og seksualitet:

*Der har været mere fokus på at snakke seksualitet i forhold til visse somatiske lidelser,*

## EN AF OS' seksualitetsundersøgelse fra 2018

82% er kvinder.

Gennemsnitsalderen er 35 år.

Flest har diagnoserne angst og/eller depression.

85 % tager eller har taget medicin for deres psykiske lidelse, de fleste mere end 5 år.

For 64 % er seksualitet "vigtig" eller "meget vigtig".

Kun 10 % har *ikke* oplevet, at deres psykiske lidelse påvirker deres seksualitet.

45 % har oplevet at behandlere ikke har spurgt til sex (25 % at de har spurgt én enkelt gang).

50 % har ikke selv taget initiativ til at spørge (og 20 % har kun spurgt én gang).

60 % har haft behov for at snakke med en behandler om det enten én el. flere gange, men har ikke gjort det.

Se undersøgelsen [her](#).

især cancer. Med f.eks. brystkræft og prostatakræft er det jo oplagt, at folk får seksuelle problemer. Alligevel har det taget nogle år at komme til at snakke om det. Det næste skridt er, at vi også får mere fokus på det i psykiatrien.

### Psykisk lidelse påvirker seksualitet og relationer

For Annamaria Giraldi er det slående, hvordan næsten 2 ud af 3 svarer, at de har mistet lysten til sex og nærhed på grund af træthed eller ændringer i kroppen. Dette ser hun også hos egne patienter, og det er der mange forskellige grunde til.

Det kræver f.eks. overskud at have lyst.

Mange svarer også, at de har uforløste seksuelle behov f.eks. mangel på social kontakt, samt at de ikke føler sig attraktive grundet deres livssituation. Giraldi mener, at det er noget, vi rigtig tit glemmer:

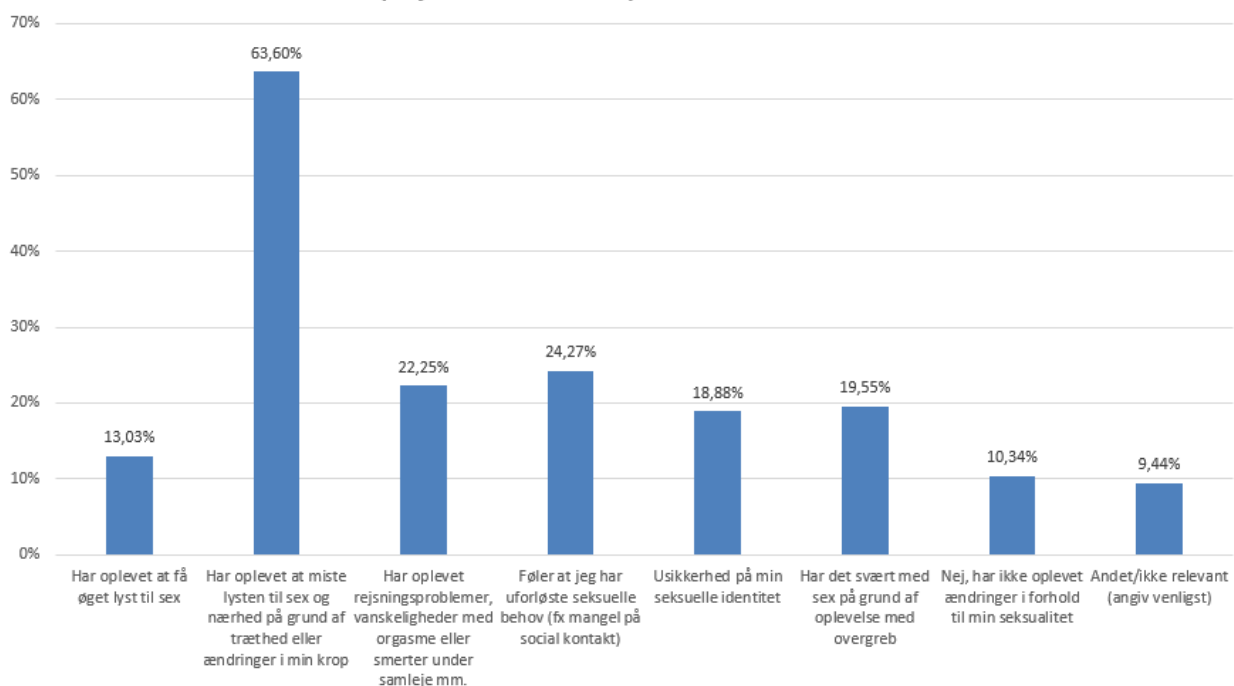
*At det at have en psykisk lidelse kan gøre, at man bliver isoleret, eller det kan være svært at finde en partner. Man er mere sårbar. Det kan være svært at synes, at man kan "sælge sig selv", eller at man har noget at tilbyde i et forhold. Man kan også føle, at man ikke er særlig attraktiv, hvis man f.eks. har taget på. Så det er både fysisk og*

*psykisk. Hvis sexlivet ikke fungerer, kan man føle sig anderledes, så hvis man kan hjælpe folk til at få en bedre seksualitet, kan de måske føle sig mindre udenfor og mere raske.*

Af dem der er eller har været i parforhold svarer flere, at ændringerne har betydet, at de er gået fra deres partner, eller at de er kede af eller bekymrede for den indflydelse, det har på deres parforhold. Til det nævner Annamaria Giraldi:

*Problemer med seksualiteten er mere omsiggribende, end man umiddelbart kan tro. Det er vigtigt at snakke om, hvordan det har konsekvenser for både personen selv, men*

## Har din psykiske lidelse påvirket din seksualitet?



Spørgsmål 10 fra seksualitetsundersøgelse af EN AF OS 2018

også for partneren, for parforholdet, og for børnene, hvis der bliver brudte parforhold. Seksualitet kan have en stor betydning for livskvaliteten, og det er ikke kun én selv, men også andre mennesker, det påvirker.

### Medicin og bivirkninger

28 % mener, at den medicin, de får for deres psykiske lidelse, er med til at skabe problemer. Det nikker Annamaria Giraldi genkendende til:

*Rigtig mange antidepressiva giver f.eks. meget ofte problemer med lysten og med rejsningen, ligesom det kan være svært at få orgasme. Antipsykotika giver også problemer, særligt med lysten. Så der er virkelig mange, der oplever seksuelle bivirkninger. Det er altid en afvejning af, at man jo skal have sin medicin, hvis man har brug for den, men derfor er det samtidig også vigtigt at snakke om, at det kan give seksuelle bivirkninger. Man kan også overveje noget andet medicin, der har færre seksuelle bivirkninger.*

Giraldi fremhæver også, hvordan knap halvdelen oplever ubehag og mindre selvtillid på grund af ændringer i kroppen, så som vægtøgning på grund af medicinen. Hun fortæller,

hvordan netop vægtøgning er en kendt bivirkning ved meget psykofarmaka og et stort problem også i forhold til seksualiteten, både grundet de fysiske og psykiske belastninger, det kan forårsage.

I forhold til psykisk sygdom og seksuelle problemer er der således mange faktorer i spil, og det kan være vanskeligt at se, hvor og hvordan man skal påbegynde den nødvendige dialog. Et første skridt kan være i mødet mellem behandler og patient.

### Dobbelt tabu

Knap halvdelen er aldrig blevet spurgt ind til seksualitet af en behandler og 25 % kun én gang. Flere respondenter har følt, at behandlerne er berøringsangste eller klodsede i forhold til at tale om seksualitet. Annamaria Giraldi synes, det er påfaldende, at man i et fag som psykiatrien, hvor man beskæftiger sig meget med hele mennesket, og hvordan man fungerer i verden, overser seksualitet som en del af det. Hun ser det som behandlerens ansvar:

*Der findes et dobbelt tabu: behandleren kan synes, det er mærkeligt at spørge ind, og patienten kan føle, at det er pinligt at sige noget. Jeg*

*mener, at det er behandlernes opgave at give muligheden for at tale om det. Det er også dem, der har overskuddet. Det er dem, der har noget viden. Og det er dem, der har ansvaret for, at vi snakker om de ting, der kan betyde noget for patienterne. Alt muligt andet snakker man jo om, som også er privat, f.eks. afføring og opkast.*

Giraldi fortæller, hvordan behandler og patient ofte kan komme til at gå på listefødder omkring emnet for ikke at støde hinanden:

*Der kommer en slags dobbelt hensyn også: behandleren tror, at patienten bliver utilpas, og patienten tror, at behandleren bliver utilpas. Man kan jo også – især hvis man har en psykisk lidelse – nogle gange føle, at der er noget helt galt med én, eller man synes, at man har nogle mærkelige tanker, som kan være svære at dele, fordi man er bange for, hvad behandleren vil tænke om én.*

### ”Synes hun, jeg er en gammel gris?”

Ifølge Annamaria Giraldi kan behandleren blive bekymret for, hvordan patienten vil modtage spørgsmål om seksualitet, og hvilket lys det vil sætte behandleren i:

*De kan blive nervøse: "Hvad tænker patienten nu om mig, hvis jeg begynder at snakke om det? Her sidder jeg: en ældre, mandlig behandler, og så er det en ung kvinde. Hvad tænker hun om mig? Synes hun, jeg er en gammel gris?"*

Nogle af respondenterne skriver samtidig, at de er bange for, om der bliver skabt en seksuel stemning under en konsultation. Det er derfor ifølge Giraldi vigtigt, at behandleren er professionel og ikke bringer sin egen seksualitet ind eller reagerer på en uhensigtsmæssig måde:

*Det er virkelig vigtigt, at den professionelle holder en distance, så der ikke bliver en seksuel stemning. Patienten kan blive bange for, hvad behandleren vil tænke om vedkommende: at man er "ude på noget", fordi man bringer sex på bane. Der ligger bolden hos den professionelle, som skal sørge for, at der ikke kan opstå nogen misforståelser.*

Det er derfor af stor betydning, at relationen til behandleren føles tryk. Giraldi påpeger, at det er forskelligt, hvad der kan være med til at fremme en følelse af tryk hos patienter:

*Det er individuelt fra patient til patient, fordi det er forskellige ting, der gør os trygge. Nogle bliver trygge*

*ved, at det er én, der har meget autoritet. Andre ved, at det er én, man har kendt længe. Men noget, der overordnet set kan gøre patienterne trygge, er, at det virker som om, der er tid, og at behandleren er rummelig.*

### **Hvorfor spørger behandleren ikke?**

Giraldi understreger, at alle har deres egen individuelle opfattelse af seksualitet, hvilket også gælder behandlerne. De kan derfor tænke, at patienterne slet ikke har overskud og er så deprimerede, at de overhovedet ikke tænker på det med seksualiteten. Man kan på den måde let lægge nogle værdier ind i patienterne, som man ikke har noget belæg for. Hun tror også, at behandlerne kan være bange for, hvad de får af svar:

*For hvad nu hvis patienten siger, at vedkommende har helt vildt mange problemer? Så kan det være, at behandlerne synes, at de faktisk ikke ved, hvad de skal foreslå eller hjælpe med. Og nogle gange kan det simpelthen være noget med, hvad for et sprog man skal bruge, når man sidder over for henholdsvis meget unge eller meget gamle patienter.*

Man ser ifølge Annamaria Giraldi også ofte, at behandlere ikke synes, at de har tid. De kan tænke, at der er så meget andet, de skal nå at tale om, og de kan have en forestilling om, at emnet kræver en hel del tid, hvilket også kan være tilfældet. Giraldi advarer dog imod, at det ikke skal blive en dårlig undskyldning fra hverken behandlerens eller patientens side at sige, at der alligevel ikke er tid nok til at snakke om det:

*Hvis patienten bringer emnet på bane, kan behandleren svare: "Ved du hvad, vi har ikke så meget tid i dag, men vi tager det op næste gang". Så man ikke afviser det, men alligevel anerkender, at det kan kræve lidt mere tid.*

### **Hvorfor spørger patienten ikke?**

På den anden side af bordet oplever patienterne, at de undgår at spørge, når de sidder over for en behandler. Annamaria Giraldi mener, at én af grundene skyldes emnets tyngde kombineret med overnævnte mangel på tid. Derudover tror en fjerdedel af respondenterne alligevel ikke, at der kan gøres noget ved problemerne. En del har forsøgt at spørge, men fik ikke noget ud af det eller

oplevede, at behandlerne ikke vidste, hvad de skulle svare.

Giraldi bemærker:

*Og så bringer man det jo i hvert fald ikke op igen. Dét er endnu et problem: At så synes man ikke, man får hjælp, og så sidder man der med røde ører og synes, at det var lidt flovt, at man spurgte om dét. Det bliver man så bestyrket i. Vi tror ikke, at sex er et tabu længere, men for de fleste er det faktisk ret svært at tale om, og der skal meget til, før man gør det.*

Nogle respondenter er også bekymrede for, om

behandleren vil have tilstrækkelig åbenhed over for deres seksuelle orientering. Eller om de seksuelle udfordringer blot vil blive set som et somatisk problem uden hensyn til de psykiske og relationelle aspekter, og om man derfor vil blive spist af med en pille. Giraldi bider også mærke i, at de kan være nervøse for, om deres spørgsmål vil blive taget alvorligt:

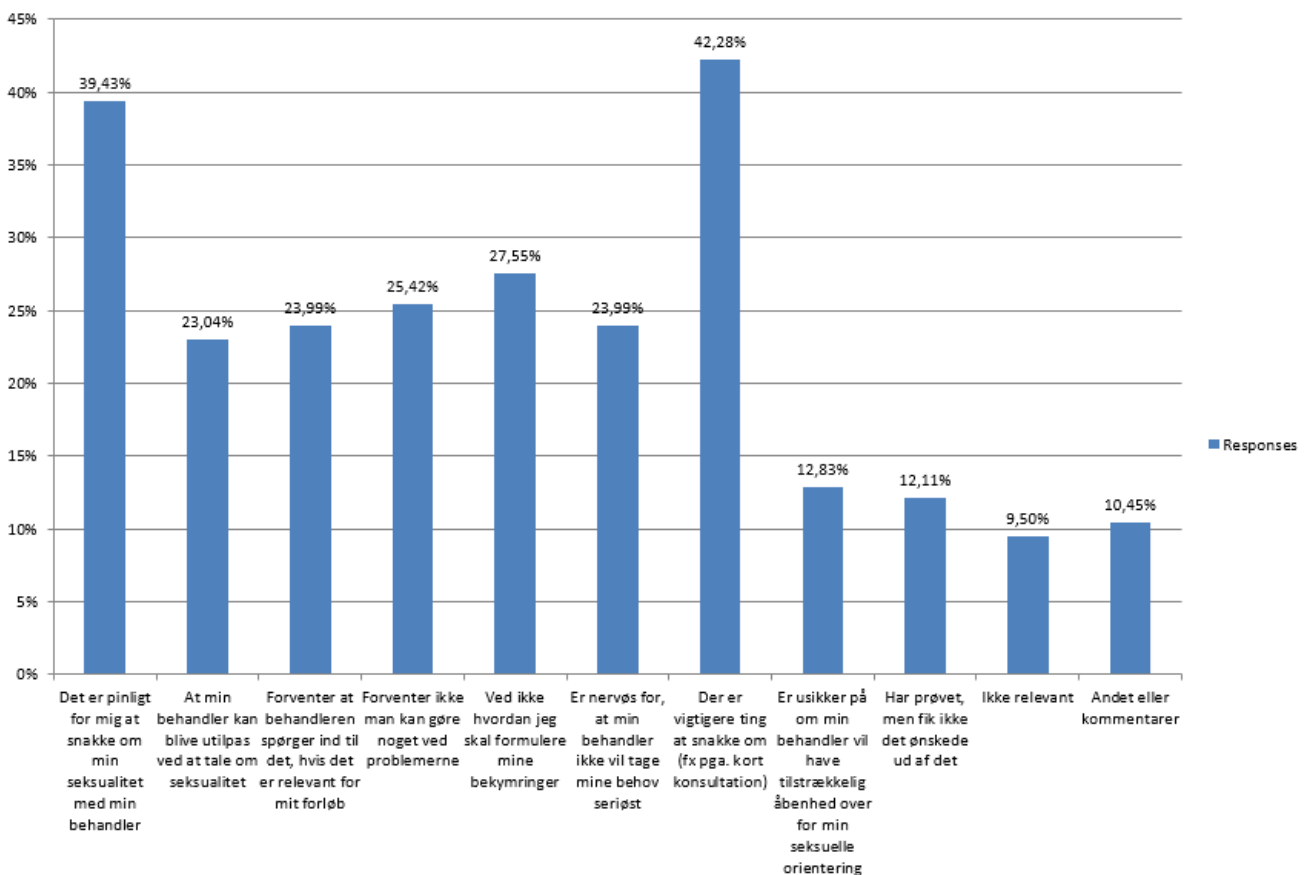
*Hvis man ikke tager det alvorligt, når folk endelig får bragt det på bane, så bliver det jo næsten værre. For så bliver man som patient*

*bekræftet i, "Det her, det er noget forkert, det skulle jeg slet ikke have gjort, det skulle jeg ikke have snakket om". Den ligger på behandlerens skulder at tage folk seriøst, og hvis man ikke ved noget om det, kan man så henvise til en anden.*

### Seksuelt misbrug

Kan det være for voldsomt at tale med en behandler om seksualitet, hvis man har været udsat for seksuelt misbrug? Annamaria Giraldi svarer:

Hvad vil afholde dig fra at snakke med din behandler?



Spørgsmål 16 fra seksualitetsundersøgelse af EN AF OS 2018

*Ja, men det er jo også vigtigt at få frem. Vi ved, at der er flere mennesker med psykisk lidelse, der er udsat for seksuelt misbrug end folk, der ikke har psykisk lidelse, så det er vigtigt, at man på en omsorgsfuld måde får spurgt folk, om de har været udsat for nogen overgreb, som de har brug for hjælp til. Det kan ofte være svært at få fortalt om, men det er vigtigt at få åbnet og sagt, at man har været udsat for noget. For der findes jo helt specielle behandlingsmuligheder for det, som man eventuelt kan blive henvist til.*

Et par af respondenterne svarede, at de kun kunne klare at tale om seksualitet på centre for seksuelt misbrugte. Giraldi kommenterer:

*Man skal også passe på, om man skal snakke om overgrebene med alle i detaljer, fordi man risikerer at blive lidt retraumatiseret hver gang eller få dårlige råd, hvis det er nogen, der ikke ved så meget om det. Selvom andre selvfølgelig også kan være empatiske og tale om det, er det en ret specialiseret opgave at behandle folk, der har været udsat for misbrug. Men hvis man får italesat det hos en behandler, er der muligheder for at blive henvist videre til højt specialiserede*

*steder, hvor man kan åbne mere op.*

### **Gode råd til behandleren**

Ifølge Annamaria Giraldi er det første, vigtige skridt for en behandler i forhold til at få taget hul på en samtale om seksualitet med en patient blankt at erkende, at der er en blufærdighed omkring emnet, og at det kan være en af grundene til, at man ikke spørger:

*Behandleren kan bilde sig selv ind, at det ikke er vigtigt for patienten, men i virkeligheden er det fordi, man selv er blufærdig. Man skal ikke gøre vold på sig selv, men min påstand er, at hvis man først har prøvet det et par gange, så er man ikke så blufærdig mere. Ligesom med så mange andre ting er det derfor et spørgsmål om at øve sig.*

Derudover mener Giraldi, at det er essentielt for behandlerne at skabe et rum, hvor patienterne er trygge nok til, at de føler, de kan blive mødt. De skal mærke, at der er tid, og at de bliver taget alvorligt og accepteret. At behandleren signalerer, at det ikke er noget, man behøver at tale om, men noget man kan tale om. Så patienten selv kan tage valget, men at behandleren udstråler, at man godt kan rumme, hvad man får fortalt.

Det er ifølge Annamaria Giraldi yderst vigtigt, at man prøver at forstå den patient, man sidder med. Og er ærlig, hvis man ikke har så meget viden på området: at man indrømmer det samt giver udtryk for, at man stadig ønsker at hjælpe. Samtidig mener hun, at det er væsentligt som behandler at gøre det klart for patienten, at der findes mange med samme type udfordringer:

*Jeg tror, at det allervigtigste er, at man også generaliserer og gør det alment og siger, at der jo er rigtig mange, der oplever problemer. Sådan at den enkelte ikke sidder og tænker, at man er helt vildt mærkelig eller "Er det kun mig, der oplever det her?". For de fleste mennesker hjælper det at få at vide, at man ikke er den eneste.*

### **Mere viden**

Annamaria Giraldi opfordrer behandlere til at ringe til Sexologisk Klinik, hvis de er i tvivl om, hvordan de skal gribe seksualitets-snakken an. Hun fortæller, at de på klinikken har et team, der specielt rådgiver omkring psykisk sygdom og seksualitet med hvem, man kan drøfte patienter, eller patienterne kan henvises til klinikken. De

har derudover meget undervisning ud af huset, der netop stiller skarpt på, hvordan man spørger ind. Giraldi har også et samarbejde med Skolen for Recovery, Psykiatrisk Center Ballerup, der handler om psykisk sygdom og seksualitet: Det er for brugere, behandlere og pårørende.

På spørgsmålet om, hvad hun mener kunne gøre det nemmere at skabe dialog om seksuelle problemer i kontakt med sundhedsvæsnet, svarer Giraldi:

*Jeg er så naiv at tro, at viden vil ændre det. For jeg tror faktisk, at det rigtig tit er dér, at behandlere er usikre. Så det er en god idé at tage det ind allerede tidligt i uddannelsen for forskellige sundhedsfaglige personer for at fastslå, at seksualitet også er vigtigt. Og EN AF OS kommer med andre rigtig gode forslag: at skrive i fagblade, oplyse om bivirkninger af medicin og undervise på arbejdspladserne.*

Næste skridt for Annamaria Giraldi på vejen mod at synliggøre problemstillinger omkring seksualitet og psykisk sygdom er som en del af en forskningsgruppe på Psykiatrisk Center København, Sexologisk Klinik, der er i gang med at lave et projekt om seksualitet hos mennesker

med bipolar lidelse i samarbejde med forskningsenheden på Psykiatrisk Center Nordsjælland, Hillerød, og Syddansk universitet.

*Artiklen er skrevet af Lisette Jakobsen, Det nationale sekretariat for Landsindsatsen EN AF OS.*

## **Annamaria Giraldis forslag til åbningsreplikker for behandlere:**

*"Jeg plejer altid at snakke seksualitet med mine patienter, fordi jeg ved, det er en vigtig del af de fleste menneskers liv. Er det noget du gerne vil snakke om?"*

*"Jeg ved, at der er mange mennesker, der har problemer med bivirkninger eller med seksualiteten, når de har en psykisk lidelse eller får medicin. Er det noget, du oplever og gerne vil tale om?"*

*"Jeg ved, at der er mange, der får problemer med seksualiteten med denne her medicin, så jeg vil lige fortælle dig lidt om det"*

*"Og hvis du har noget, du gerne vil tale om, så kan du altid komme til mig"*