

# Den seksuelle trivsel hos unge psykisk sårbare

Skrevet af:	Anne Marie Jessen
Studie nr.:	20131887
Vejleder:	Birgitte Schantz Laursen
Antal enheder	115.287 inkl. mellemrum



# Indholdsfortegnelse

---

<b>i.</b>	<b>Resumé.....</b>	<b>i</b>
<b>ii.</b>	<b>Abstract.....</b>	<b>ii</b>
<b>1</b>	<b>Introduktion.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Seksualitet og seksuel trivsel.....</b>	<b>2</b>
2.1	WHO definition af seksuel sundhed.....	2
2.2	Den danske sundhedslov.....	2
2.3	Seksualitetens seks R'er.....	3
2.4	Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv.....	4
2.4.1	Sundhedens positive indvirkning på seksualiteten.....	4
2.4.2	Sundhedens negative indvirkning på seksualiteten.....	4
2.4.3	Seksualitetens positive indflydelse på sundhed.....	5
2.4.4	Seksualitetens negative indflydelse på sundheden.....	5
<b>3</b>	<b>Raske unge og deres seksualitet i det moderne samfund.....</b>	<b>6</b>
3.1	Puberteten.....	9
3.2	Adolescens.....	10
3.3	Unge danskeres seksualitet iflg. CEFU rapport 2010.....	10
<b>4</b>	<b>At være ung og psykisk sårbar.....</b>	<b>11</b>
4.1	Tilknytningsteori og mønstre.....	12
4.2	Relationelle forstyrrelser.....	13
4.3	Selvværd.....	13
4.4	Affektive lidelser.....	14
4.5	Personlighedsforstyrrelse.....	14
4.6	Medicinske bivirkninger.....	15
<b>5</b>	<b>Seksualiteten når man er ung og psykisk sårbar.....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>Problemformulering.....</b>	<b>16</b>
<b>7</b>	<b>Metode.....</b>	<b>16</b>
7.1	Litteratursøgning.....	17
7.2	Formål med forskningen.....	18
7.3	Kvalitativ forskning.....	19
7.4	Teoretiske tilgang til interviewet.....	19
7.5	Den fænomenologiske videnskabsteori.....	19
7.6	Den hermeneutiske videnskabsteori.....	19
7.7	Den semistrukturerede interviewguide.....	20
7.8	Rekruttering af informanter.....	20
7.9	Interviews.....	21
7.10	Etiske overvejelser.....	21
7.11	Transskription.....	22
<b>8</b>	<b>Analysens fremkomst.....</b>	<b>23</b>
8.1	Analyseprocessen.....	23
8.2	Analysens struktur.....	23
<b>9</b>	<b>Præsentation af informanter.....</b>	<b>23</b>

<b>10</b>	<b>Præsentation af fund, analyse og diskussion .....</b>	<b>25</b>
10.1	At føle sig anderledes og udenfor .....	25
10.1.1	Familiebaggrund/tilknytningsmønstre .....	26
10.1.2	Mobning .....	26
10.1.3	Ensomhed .....	27
10.1.4	Selvværd .....	29
10.1.5	Selvskadende adfærd og selvmordstanker .....	30
10.2	Den seksuelle lyst .....	31
10.2.1	Kroppen som affektiv regulator .....	34
10.2.2	Medicinske bivirkninger .....	36
10.3	Usikkerhed på seksuelle identitet .....	38
10.4	Italesættelse af seksuel trivsel i den unges behandling i psykiatrien .....	42
<b>11</b>	<b>Konklusion .....</b>	<b>49</b>
<b>12</b>	<b>perspektivering .....</b>	<b>49</b>
<b>I.</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>I</b>

## i. Resumé

### **Introduktion:**

Der foreligger begrænset viden om den seksuelle trivsel hos unge psykisk sårbare og de sundhedsprofessionelle er tilbageholdende med at italesætte seksualitet i behandlingen af de unge. De unge psykisk sårbare i denne undersøgelse har emotionelle lidelser og forstyrrelse i deres personlighed.

**Mål:** Dette studies formål er, at undersøge den seksuelle trivsel hos unge psykisk sårbare og om sundhedspersonalet taler med de unge om seksualitet.

**Metode:** Et kvalitativt forskningsprojekt i form af et semistruktureret interview. Der blev foretaget et interview pr. informant. Spørgsmålene omhandlede de unge's psykosociale baggrund, deres seksualitet, samt om de sundhedsprofessionelle taler med de unge om seksualitet i behandlingen. Der deltog fem unge patienter i alderen 22-24 år i projektet. Heraf fire kvinder og en mand. Interviewet foregik i et dansk psykiatriske ambulatorium.

**Konklusion:** De unge psykisk sårbare har problemer med deres seksualitet. De er usikre på deres seksuelle identitet og er i psykosocial og seksuel mistrivsel. Fire ud af fem identificerer sig som mulig biseksuel eller ikke heteroseksuel. Der er en øget forekomst af seksuelle medicinske bivirkninger med nedsat lyst, rejsningsbesvær, nedsat lubrikation, samt hæmmet orgasme. De unge vil gerne tale om seksualitet og forventer at de sundhedsprofessionelle tager initiativet til samtale og information. Det er vigtigt at de sundhedsprofessionelle får fokus på seksuel sundhed og trivsel og implementerer dette i behandlingen.

**Nøgleord:** seksualitet, seksuel trivsel, seksuel sundhed, unge psykisk syge, unge psykisk sårbare, interviews.

## ii. Abstract

### **Introduction:**

There is limited knowledge about the sexual well-being of psychological vulnerable young adults and the mental health professionals are hesitant regarding talking about sexuality during treatment of young adults. In this survey the psychological vulnerable young adults are suffering emotional distress and personality disorders.

**Objective:** The purpose of this study is to investigate the sexual well-being of psychological vulnerable young adults and to determine whether the mental health professionals speak with them about sexuality.

**Method:** A qualitative research project in the form of a semi-structured interview. One interview was conducted per informant. The questions deal with the psychosocial background of the young adults, their sexuality and whether their respective mental health professional discusses their sexuality with them during their treatment. 5 young patients, 1 man and 4 women, ages 22 to 24 participated in the project.

The interview was conducted in a Danish psychiatric clinic.

**Conclusion:** psychological vulnerable young adults are experiencing problems with their sexuality. They are insecure about their sexual identity, and are in a state of psychosocial and sexual distress. Four out of five identifies as non-heterosexual. There is an increased occurrence of sexual medicinal side effect in the form of reduced sexual desire, erectile dysfunction, reduced lubrication and impaired orgasm. The young adults are interested in discussing their sexuality and they expect the mental health professionals to open the discussion. It is crucial that mental health professionals are focused on sexual health and implement this in their treatment.

**Keywords:** Sexuality, sexual well-being, sexual health, youths with mental disorders, young psychological vulnerable, interviews

## 1 Introduktion

Min motivation for at beskæftige mig med den seksuelle trivsel hos unge psykisk sårbare stammer fra mit arbejdsliv som psykiatrisk sygeplejerske i et ungdomspsykiatrisk ambulatorium med affektive lidelser (angst, depression, personlighedsforstyrrelser). Her tales der meget lidt om seksuel trivsel. At være psykisk sårbar er ikke ensbetydende med at man er asexuel, men seksualiteten bliver berørt, når man er syg. De unge, jeg møder, er i mistrivsel dels pga. deres psykiske sårbarhed men også ofte mistrivsel af bio-psyko-social karakter. Deres liv har ofte været præget af mistrivsel som mobning, ensomhed og isolation fra den normale hverdag og de har svært ved at håndtere hverdagens udfordringer i vores senmoderne samfund.

Som sundhedsprofessionelle behandler vi deres psykiske sårbarhed og tager hånd om KRAM-faktorerne; kost, røg, alkohol og motion. Alle vigtige sundhedsparametre. Vi spørger ikke ind til deres seksuelle trivsel, men informerer om medicinske seksuelle bivirkninger. Jeg oplever, at der er en blufærdighed blandt sundhedsprofessionelle vedrørende italesættelse af intimitet og den seksuelle trivsel. De unge bringer heller ikke deres seksuelle trivsel på banen, måske fordi de fornemmer, at det kan der ikke tales om. Der er således tale om et "tovejstabu". Det er tankevækkende, når det er i ungdomsårene at den seksuelle identitet udvikles og folder sig ud. Seksualiteten udvikles i dagligdagen og handler om venskaber, relationer, grænser, identitet, følelser og om at skabe fællesskaber, hvor der er plads til mangfoldighed og anerkendelse i forhold til krop, køn og seksualitet. Disse faktorer har stor betydning for den unges sundhed og trivsel. Jeg oplever at psykisk sårbare kan have vanskeligheder med nærvær og intimitet.

Jeg ser det derfor som en vigtig og naturlig del af min faglighed at bidrage til at seksualitet og intimitet for unge psykisk sårbare kan italesættes i deres behandling mhp. at støtte dem i deres seksuelle trivsel.

Aktiv inddragelse af seksuelle aspekter i det kliniske arbejde kan medvirke til at styrke de unges sygdomsmestring, behandlingsmotivation og livsmod. Jeg må møde de unge, der hvor de er i deres liv, støtte dem i at blive aktører i deres eget liv, ved at tilbyde at gå i dialog med dem og afdække deres behov. Som sundhedsprofessionelle har vi et ansvar for at bryde dette "tovejstabu" og integrere seksualitet i rehabiliteringsarbejdet.

På den baggrund har jeg valgt at arbejde med min problemformulering, som fremgår på side 16 afsnit 6.

## 2 Seksualitet og seksuel trivsel

Jeg vil i afsnit 2 give en generel beskrivelse af begreberne ”seksualitet” og ”seksuel trivsel”, efterfulgt i afsnit 3 af et indblik i raske unges seksualitet i vores senmoderne ungdomskultur, samt i afsnit 4 de udfordringer det kan give at være ung og psykisk sårbar.

Menneskelig seksualitet består af et netværk af følelser, som er unikt for det enkelte menneske og beror på individuelle erfaringer og iboende egenskaber. Seksuelle følelser er også den energi der motiverer os til at søge kærlighed, kontakt, varme og intimitet. Seksualiteten udtrykker sig i hvordan vi føler, bevæger os, berører og bliver berørt (1). Seksuel sundhed handler om livskvalitet og om forebyggelse af mistrivsel, der kan påvirke den seksuelle trivsel (2).

### 2.1 WHO definition af seksuel sundhed

World Health Organisation (WHO) definerer seksuel sundhed i et bio-psyko-socialt perspektiv:

*”Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold såvel som muligheden for at have lyst og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes” (2,3).*

### 2.2 Den danske sundhedslov

I den danske sundhedslov er begrebet seksuel sundhed fraværende (30). Her fokuseres kun på seksualiteten, når der er tale om risici eller sygdom. Denne diskurs ligger langt fra WHO.

Dog har Socialstyrelsen i Danmark forholdt sig til seksualiteten hos voksne med funktionsnedsættelse og giver følgende definition på seksuel trivsel og sundhed:

*”Seksualitet er en integreret del af et hvert menneskes personlighed. Seksualitet er et basalt behov og et aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Det handler heller ikke om, hvorvidt vi opnår orgasme, og endelig er det ikke summen af et erotisk liv. Det kan være en del af vores seksualitet, men behøver ikke at være det. Seksualitet er så meget mere. Det er, hvad der driver os til at søge efter kærlighed, varme og intimitet. Det udtrykkes i den måde, vi føler, bevæger os på, rører ved og bliver rørt ved. Det er lige så meget dette at være sensuel som at være seksuel. Seksualitet har indflydelse på vore tanker,*

*følelser, handlinger og samvær og derved på vore mentale og fysiske helser. Da helser er en fundamental menneskeret, så må også seksuel helser være en basal menneskeret” (4).*

Det er tankevækkende, at den danske sundhedslov ikke forholder sig til seksuel sundhed og trivsel. Det er måske netop derfor at seksuel sundhed fortsat er belagt med tabu i det danske sundhedsvæsen. Socialstyrelsen forholder sig til seksuel sundhed, når man har en funktionsnedsættelse og på lige fod med WHO folder de seksualiteten ud som også omhandlende intimiteten med nærhed, ømhed, fortrolighed og bekræftelse. Seksualitet handler om andet end samleje.

### **2.3 Seksualitetens seks R'er**

Et velfungerende seksualliv spiller en stor rolle for de fleste menneskers oplevelse af livskvalitet og handler om meget mere end forplantning. Seksualitet har ingen alder og indgår på forskellig måde i vores livsverden fra vi fødes og til vi dør (5). Knap ni ud af 10 danskere finder det væsentligt at have et velfungerende sexliv og omtrent en tredjedel af danske 15 årige har haft deres seksuelle debut (2). I engelsksproget faglitteratur om seksualitet kan man læse om ”seksualitetens seks R'er, der omhandler de funktioner som seksualiteten kan have (6):

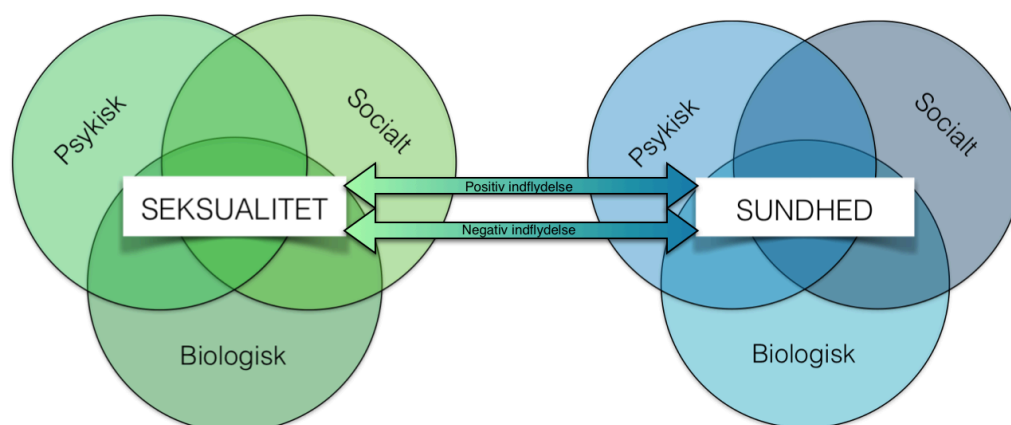
1. Reproduktion,(sex som forplantningsakt),
2. Relation, (sex som forhold mellem mennesker),
3. Respekt, (sex som udforskning af egne og andres grænser),
4. Rekreation, (sex som kilde til velvære, glæde og leg),
5. Rehabilitering,(sex som samlivsmæssig konfliktløsning),
6. Relaksation, ( sex som kilde til fysisk og psykisk afspænding).

For mange mennesker er det intimitet og sanselighed, der giver seksualiteten dybde og glød. Man kan tillige sige at seksualiteten fungerer som en ”ventil” til samlivsmæssig konfliktløsning (7).



## 2.4 Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv

Sundhedstilstanden kan have en styrkende og eller forstyrrende effekt på seksualiteten, og omvendt kan seksualiteten både have en positiv eller en negativ indflydelse på sundheden. Ligeledes kan et utilfredsstillende seksualliv medføre forringet livskvalitet og sundhed, mens et velfungerende seksualliv kan øge trivsel og velvære og tilmed bidrage positivt til mestring af livskriser og sygdom. Dette belyses med nedenstående figur 1 - Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv:



figur 1 - Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv Kilde: gengivet af Graugaard C.

### 2.4.1 Sundhedens positive indvirkning på seksualiteten

Det er veldokumenteret, at efterlevelse af de officielle KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) er forbundet med længere levetid uden sygdom (2). Der er stor forebyggende effekt på somatiske sygdomme som f.eks. karsygdomme. Forkalkning i de små blodkar kan give rejsningsproblemer hos mændene, pga. nedsat blodgennemstrømning til de glatte muskelceller i peniskarrene. Motion og vægttab kan forbedre blodkarrenes evne til at udvide sig, hvorved blodets strømning gennem karrene, også karrene til kønsorganerne, bedres. Sund livsstil har således god biologisk indflydelse på den seksuelle trivsel, lige så vel som på det psykosociale område, samt øget selvtillid og god kropsfornemmelse (2).

### 2.4.2 Sundhedens negative indvirkning på seksualiteten

Somatiske og psykiske sygdomme kan have negativ indflydelse på lysten og evnen til sex og intimitet. Somatiske sygdomme som f.eks. diabetes, hjertelungesygdomme, kræftsygdomme og gynækologiske lidelser kan påvirke sexlivet i negativ retning. Ved diabetes er der massiv risiko for rejsnings- og ejakulationsproblemer hos mændene, og hos kvinderne hyppigt nedsat seksuel lyst, hæmmet orgasme og samlejesmerter. Psykiske sygdomme som f.eks. affektive lidelser og

antidepressiv behandling giver seksuelle problemer. Det drejer sig om nedsat lyst, men også rejsnings- og orgasmeforstyrrelser er almindeligt forekommende. I en stor amerikansk undersøgelse tilkendegav 85 % af depressionspatienter, at de fandt sexlivet vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt (2). Dette tyder således ikke på, at behovet for sex og intimitet er fraværende hos mennesker med psykisk lidelse. Lægemedelbehandling kan i sig selv skabe en seksuel dysfunktion. Usund fysisk og mental livsstil påvirker ligeledes seksualiteten negativt. Seksuelle problemer af biologisk årsag har oftest en psykologisk og social overbygning, som må medtænkes i behandlingen (2).

### **2.4.3 Seksualitetens positive indflydelse på sundhed**

90 % af den voksne danske befolkning mener, at et tilfredsstillende sexliv er af væsentlig betydning. Et velfungerende sexliv kan fungere som kilde til livsmod, en slags "helle", og give de fornødne ressourcer til at mestre en kronisk og/livstruende sygdom og kan således forbedre behandlingsmotivationen (2). Seksualiteten er en central sundhedsvariabel, der systematisk bør medtænkes i rehabilitering og trivselsfremme hos mennesket, der har en somatisk eller psykisk sygdom (7).

### **2.4.4 Seksualitetens negative indflydelse på sundheden**

Den negative indflydelse foreligger der en del empiri om. Hos ofre for seksuelle overgreb er der en betydelig overhyppighed af somatisk og mental sygelighed, risikoadfærd og nedsat livskvalitet. Omskæring, sexsygdomme, hiv/aids, kronisk syge, torturofre (ofre for seksuel tortur) er alle faktorer der har påvirket seksualiteten og givet tab af livskvalitet og sundhed (2). I en spørgeskemaundersøgelse (8), offentliggjort feb. 2015 fremgår det, at hver femte homo- eller biseksuelle kvinde har overvejet selvmord inden for det seneste år. Hver ottende har forsøgt at begå selvmord. Rapporten viser, at knap hver fjerde homo- eller biseksuelle mand anser sit seksualliv som dårligt eller meget dårligt. Det samme gælder knap hver ottende heteroseksuelle mand. Mennesker med seksuel præference til LGBT (landsforeningen for lesbiske, bøsser, biseksuelle og transseksuelle), rapporterer om forringet livskvalitet og sundhed, og de kan derfor have særlige udfordringer og behov i vores sundhedssystem (8).

Seksualitetens negative effekt på den psykosociale trivsel blandt unge belyses i rapporten fra Center for Ungdomsforskning, CEFU (9): "Når det er svært at være ung i Danmark" 2010. Hverdagslivet har en afsmittende effekt på det seksuelle, og det seksuelle på hverdagslivet. Når de unge har en positiv oplevelse af sex, giver det dem lyst og energi. Har de unge en negativ oplevelse af sex, fortryder de og der sætter sig efterfølgende spor. Lidt over en tredjedel af de unge har på et

tidspunkt fortrudt, at de har haft sex. Rapporten belyser, at det at have et dårligt helbred også kommer til udtryk hos dem der føler, at de har været presset til noget, de ikke havde lyst til. CEFU undersøgelsen konkluderer, at 3,4 pct. af unge vurderer at have et dårligt eller meget dårligt liv. CEFU vurderer, at det eneste der ser ud til at forbedre unges evne til at håndtere hverdagen, er at undgå erfaringer med seksuelle risici og negative seksuelle oplevelser. De heteroseksuelle unge, er mere tilbøjelige til at betragte deres liv som godt eller meget godt, end dem der er LGBT- seksuelle (9).

### **3 Raske unge og deres seksualitet i det moderne samfund**

Ungdom er den livsfase, der skyder sig ind mellem barndommen og voksenlivet (10). Her modnes den unge biologisk, psykologisk og socialt som et selvstændigt menneske (11). Et moderne ungdomsliv, er på mange måder en dobbelttydig affære med stærke modsætninger. På den ene side forbundet med håb, drømme, frihed og lykke, og på den anden side usikkerhed, skuffelse og problemer (10). Ungdomstiden i dag er knyttet til en personlig dannelsesproces i et tæt sammenspil med samfundets herskende opfattelser af, hvad det vil sige at være ung. Ungdom betragtes som betydningsfuldt vigtigt, noget som samfundet og vi alle beskæftiger os meget med. En verden åbner sig, og der skal tages vigtige skæbnesvangre valg. Valg af uddannelse, perspektiver for fremtiden, samt livsperspektiver som valg af partner/ikke partner, den unge skal finde sin seksualitet, omgangskreds, bosted, sine interesser og sin politiske orientering. Der skal i stort og småt findes og udformes en livsstil og en identitet. At finde ud af hvem man vil være. Den unge skal kunne redegøre og argumentere for sine valg, og skal først og fremmest være en succes. Vores grundlæggende forandringsprocesser i dagens samfund "individualiseringen" bevirker, at den unge oplever et øget ansvar for at skabe sig selv som person. Der er ikke nogle faste identitetsmodeller at læne sig op ad. Det kan være svært at sige "sådan er jeg bare" og "det kan der ikke laves om på". Der er i stedet et vedvarende krav om at justere fejl og mangler og at udvikle sig. Kroppen er blevet en vigtig del af denne selvkonstruktion (12). Identitetsdannelsen og forståelsen af, hvem den unge er, foregår i en dobbelt bevægelse af at blive positioneret og selv at indtage positioner(10). Identitet og køn er ikke absolut et naturligt eller en iboende egenskab, men derimod socialt konstruerede og forhandlede forhold. I den senmoderne tid er der stor frihed til gengæld for lille tryk. Alt er til forhandling, intet er givet på forhånd (13).

Den seksuelle lyst starter, når puberteten sætter ind og kønshormonerne blomstrer. De unge oplever en krop og en verden med vokseværk. Ungdomsårene er kendetegnet af voldsom vækst og modning ved pubertet og adolescens. Vilkaerne for deres seksuelle relationer og identitetsdannelse foregår i senmodernitetens udfordringer (12).

Den britiske sociolog Anthony Giddens taler om den refleksive proces som foregår i nutidens menneske. Der er en evne til at producere og oplagre store mængder af information og viden. Denne viden, anvendes uafbrudt som et element i dannelsen og omformningen af vores sociale praksis. Således også seksuelt (14). Ifølge Giddens har vi opdyrket de ”rene forhold”, hvor forholdet bygger på seksuel og følelsesmæssig ligestilling. Tillige et seksuelt fænomen som han kalder for ”plastisk seksualitet”, som betyder, at seksualiteten er decentreret, befriet for forplantningens krav. Giddens redegør for, at der indenfor det sidste halve århundrede, er foregået ”en seksuel revolution” med et kønsneutralt fremskridt med hensyn til seksuel valgfrihed. Der er en kvindelig seksuel autonomi og en blomstrende homoseksualitet (15). Tillige andre seksualiteter som bi- og transseksualitet. Disse er nu samlet i den fælles organisation, LGBT. Foreningen arbejder for politisk, social og arbejdsmæssig ligestilling på alle niveauer i samfundet. Giddens vurderer, at seksualiteten og kønnet ikke længere er skæbnebestemte konstanter, men derimod fænomenologiske råstoffer, som kan raffineres på et utal af forskellige måder (12).

Den danske professor i sexologi Christian Graugaard skriver, at seksualiteten i dag er i stadig bevægelse og fremhæver især fem ”adskillelsetendenser” som danner basis for senmoderne vesteuropæers seksuelle liv. Disse tendenser udgør nogle væsentlige pejlemærker, som de unge tager til sig eller lægger afstand til (12):

1. Adskillelse af lyst og forplantning (at man kan dyrke sex uden at få børn og få børn uden at dyrke sex)
2. Adskillelse af lyst og kærlighed (at man kan dyrke sex uden at elske hinanden og elske hinanden uden at dyrke sex)
3. Adskillelse af lyst og intimsfære (at seksuelle billeder i stigende omfang finder vej fra det private til det offentlige rum)
4. Adskillelse af lyst og kategori (at seksualiteten kan udfolde sig på tværs af traditionelle kategorier)
5. Adskillelsen af fantasi, adfærd og identitet (at der ikke nødvendigvis er varig overensstemmelse mellem det man tænker, gør og er)

I dag er seksualiteten en almindelig accepteret del af ungdomslivet, og det er internationalt anerkendt, at også unge har basale seksuelle rettigheder. Disse rettigheder er formuleret af den internationale organisation International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2009:

*“Young people's rights and sexuality. :“Sexual rights are human rights that relate to sexuality. What makes young people's sexual rights unique is the need to strike a balance between protection and autonomy. Each young person develops at his or her own pace and has a unique set of life circumstances. So there is no universal age at which certain rights and protections gain or lose importance. All young people are sexual beings — whether or not they are sexually active. Sexuality is about a lot more than having sex. It is about each young person's growing awareness, experience and expression of eroticism, sexual pleasure, intimacy, sexual orientation and gender identity (...)” (16).*

Seksualundervisning i folkeskolen har været obligatorisk siden 1970 og i dag er faget officielt benævnt ”Sundhed- og seksualundervisning og familiekundskab” (17). Den har i dag status som et fast, men timeløst, studie element i 0.-9. klasse. Den private organisation “Sex & Samfund”, kæmper for det enkelte menneskes seksuelle rettigheder og alles ret til at få oplysninger og sundhedsydelse i relation til seksualitet, graviditet og fødsel. De samarbejder med folkeskolen og videregående uddannelsesinstitutioner om oplysning og anonym rådgivning om seksuel sundhed til de unge.

Der eksisterer en generel ungdomskultur og mange subkulturer, hvor de unge kan identificere sig, for en periode(10). Endvidere er de unge født ind i det digitaliserede informationsamfund, hvor de manøvrerer rundt som eksperter. På andre områder, som med seksualiteten, er de nybegyndere(13). Det fremgår i rapporten Ung 99, Rasmussen B. (12), at to tredjedele af både drenge og piger taler om seksuelle emner med vennerne, samt indhenter megen viden via medierne. Det er ifølge Graugaard et al. (18) velkendt, at de unge er storforbrugere af både “hard core” og “soft” porno produkter, idet at pornografisk materiale er vidt udbredt og let tilgængeligt i det senmoderne samfund. De unge har udviklet en form for dobbeltsyn, Sørensen A. et al. (19) i forhold til pornografiske billeder, og er skarpe i deres skelnen mellem pornografiske fremstillinger og virkeligheden. Det vurderes vigtigt, at de unge støttes i at være nysgerrige og kritisk forholdende (18). De unge bruger pornografi af flere forskellige grunde, som f.eks. af nysgerrighed, til underholdning, tidsfordriv, videns oplysning, samt til masturbation (18). I et nordisk studie blandt

unge, svarede 72 % at de opfattede pornografi som behageligt, og næsten halvdelen (45 %) anførte at porno kunne være med til at forbedre folks seksualliv (19). Såvel drenge som piger tilkendegiver glæde og inspiration ved at se porno, og halvdelen af de nordiske unge referenter fandt pornografi seksuelt ophidsende, eller følte sig inspireret til at eksperimentere seksuelt (19). De nordiske unge anser pornografi som en integreret del af deres hverdagsliv, og en betydelig gruppe opfatter porno som en gyldig kilde til glæde samt seksuel udvikling. Kun en lille gruppe efterlyste forebyggende foranstaltninger, to tredjedele fandt det ønskeligt med en vis grad af regulering, og de yngste efterlyste mere kommunikation med voksne (18). På internettet er der kommet nye seksuelle offentligheder på nettet, som er andet og mere end blot pornohjemmesider. Internettet kan også bruges til aktivt at deltage i communities, chatfora osv., hvor de unge selv bidrager med det seksuelle indhold. De kan udveksle seksuelle billeder, film og tekst med andre i et net fællesskab, der fokuserer på en bestemt seksuel aktivitet. Den svenske professor Sven-Axel Månsson kalder det for "seksuelt aktørskab" (20). Månsson påpeger en række dilemmaer i forhold til de unge refleksive. De har en enorm viden om seksualitet via nettet, samt viden om, hvordan lysten og det seksuelle fungerer. De kan risikere at blive for fokuserede på egne præstationer, og kræve næsten det umulige af dem selv (20). De unge er i vid udstrækning overladt til dem selv, når det gælder om at håndtere den seksuelle frihed, og finde deres egen vej ind i seksualiteten. Det er en usikker og sårbar proces. De unge, der klarer det bedst, er typisk dem der har et godt forhold til forældrene, gode sociale relationer og i det hele taget lever et trygt liv. Nyere befolkningsstudier har godtgjort, at hen ved 90 % af 16-95 årige danskere finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (2).

### 3.1 Puberteten

Puberteten er det tidsrum hvor kønsmodningen og evnen til formering udvikles. Kønshormonerne blomstrer. Fra hypothalamus udgår hormonelle signaler til hypofysens forlap. Hypofysen stimuleres til øget produktion af gonadotropinerne FSH (follikelstimulerende hormon) og LH (luteiniserende hormon). Disse hormoner fremkalder vækst af gonaderne (æggestokke og testikler) og stimulerer deres produktion af kønshormoner. Hos pigerne stimulerer FSH modningen af æggestokkens ægceller, efterfulgt af dannelse af østrogen(er) (østradiol, østriol). mens LH bevirker ægløsning efterfulgt af dannelse af progesteron. Hos drengene stimulerer FSH til sædproduktion og testiklernes vækst, mens LH stimulerer dannelsen af androgenerne (testosteron). Piger har også en vis produktion af androgener. Østrogen(er) og androgener fremkalder udviklingen af de sekundære

kønsskarakterer, dvs. de kønsspecifikke forskelle i legemsudviklingen. De styres af hypofysens overordnede kønshormoner. Prolaktin er et hormon fra hypothalamus og stimulerer til brystudviklingen, mælkeproduktion og har desuden en hæmmende effekt på kønshormonerne. Det er forklaringen på, at der under amning sjældent kommer ægløsning. Væksthormonet, somatotropin fremmer højdevæksten, og i puberteten igangsætter det sammen med kønshormonerne en vækstspurt (21).

Hos drenge er de første ydre tegn på pubertet, vækst af testikler, vækst af penis og behåring omkring kønsorganer og i armhuler, samt skægvekst og ejakulation af befrugtningdygtig sæd. Muskelmassen øges, strubehovedet vokser, stemmelæbernes længde øges, stemmen bliver markant dybere, stemmen kan knække over.

Hos piger er de første ydre tegn på puberteten vækst af brystkirtler og begyndende breddeøgning af bækkenet, fulgt af behåring af kønsorganer og armhuler, mængden af fedtvæv i underhuden øges og den første menstruation markerer at kønsmodenhed er opnået. De første pubertetstegn hos danske piger er med en gennemsnitsalder på 10,3 år, hos drenge 11,8 år. Gennemsnitsalder for første menstruation er 13,5 år (21).

### **3.2 Adolescens**

Adolescens betegner den komplekse psykologiske udviklingsproces som puberteten aktiverer. Adolescens er den psykosociale udvikling hvori selvstændiggørelse, identitet (også seksuelle) og løsrivelse fra forældrerepræsentationer indgår. Peter Blos (22), psykoanalytisk ungdomspsykolog, med stor interesse for adolescensperioden, beskriver den psykologiske udviklingsproces som den anden separation-individuationsfase, hvor den unge gradvist giver slip på barndommens identifikationer for at erstatte dem med nye og mere modne identifikationer. Der bliver eksperimenteret med forskellige roller og identiteter, også seksuelle identiteter. Samtidig sker der en gradvis frigørelse fra forældrene. Parallelt med separationen udvikler den unge sin identitet og træder i karakter som et selvstændigt individ (individuationsfasen), som sætter den unge i stand til at udfolde sig seksuelt og tage ansvar for sig selv.

### **3.3 Unge danskeres seksualitet iflg. CEFU rapport 2010**

Den gennemsnitlige seksuelle debutalder er 15,6 år og har ligget stabilt igennem de sidste 30 år (9). Det gode ungdomsliv defineres ved et aktivt og spændende sexliv. Trods massemediernes massive fokus på seksualitet og seksuelle præstationer, er nutidens unge kritiske og reflekterende. Den

seksuelle afklaringsproces er en del af ungdomsårene, og den udgør en central del af identitetsdannelsen. Majoriteten af unge er heteroseksuelle svarende til 94,5 pct., 2,7 pct. er biseksuelle og 0,6 pct. homoseksuelle. Seksualpartnere kan være kærester, venner eller noget helt andet. CEFU rapporten dokumenterer, at 93,6 pct. af de unge har haft sex med en kæreste, hvilket gør kæresten til den mest udbredte sex partner hos begge køn. Nutidens unge synes, at sex bør finde sted i en relation med to mennesker, der er forelsket i hinanden. Samtidig viser rapporten, at kæresten langt fra er den eneste seksualpartner, da 30,2 pct. af mænd og 44 pct. af kvinder, kun har haft sex med kæresten. En tredjedel af unge har haft anonym sex. Over to tredjedele af de unge har haft ubeskyttet samleje, lidt flere mænd end kvinder. Ca. en femte del af de unge kvinder og ca. en ottende del af de unge mænd har haft en kønssygdom. 4 pct. har fået en abort. Hverdagslivet har en afsmittende effekt på det seksuelle, og det seksuelle på hverdagslivet. Når de unge har en positiv oplevelse af sex, giver det dem lyst og energi.

#### **4 At være ung og psykisk sårbar**

At være ung og psykisk sårbar vil i denne opgave være en generel betegnelse for unge med en psykisk lidelse, der kommer til udredning og behandling i et psykiatrisk ambulatorium. Det drejer sig om unge med emotionelle lidelser eller en personlighedsforstyrrelse. Et fællestræk er en uhensigtsmæssig tænkning og hvor mere eller mindre dysfunktionelle følelsesmæssige relationer bliver dominerende. Psykisk sårbarhed er en smerte som kan vanskeliggøre evnen til at omgås andre, således at det går ud over den unges relationelle formåen (23). Ofte er der tale om komorbiditet, altså flere lidelser på en gang, som f.eks. personlighedsforstyrrelse og depression (6). Når man er ung og psykisk sårbar rammes man på sin trivsel i et bio-psyko-socialt perspektiv. Den unge er mere eller mindre isoleret for hverdagen og den intense fase i ungdomsårene, hvor netop relationerne til venner og kæreste er vigtige elementer for den unges identitetsudvikling såvel psykosocialt som seksuelt (23). Dette medfører også, at den naturlige adskilleelsesproces fra forældrene besværliggøres, da den unge psykisk sårbare fortsat har brug for deres støtte. Biologisk set kan der forekomme nedsat lyst, træthed, søvnforstyrrelse, vægtændringer og mulige medicinske bivirkninger. Den unge kan føle sig forsinket og bagefter i sin udvikling, såvel psykosocialt som seksuelt (5). Det kan være en dobbeltkrise i ungdomsfasen, hvor den unge skal forholde sig til at være psykisk sårbar samtidig med de udfordringer og krav, der naturligt hører til ungdommen i det moderne samfund. Nogle af de unge vi møder i psykiatrien kan ikke udholde at være alene, og andre må trække sig fra nærvær med andre, hvilket kan medføre isolation og ensomhed (24).



Den unge kan have psykiske symptomer, der optræder sammen med længerevarende og alvorlige vanskeligheder i forhold til at magte dagligdagens almindelige udfordringer (25). Det kan være arvelige faktorer med en genetisk betinget øget risiko for psykisk sygdom, eller miljøbetinget. Unge af forældre med kronisk angst eller depression har en op til firedobbelt risiko for udvikling af emotionelle lidelser (25). Ustabile og usikre opvækstvilkår med ustabile voksenrelationer spiller formentlig også en rolle i udviklingen af en psykisk lidelse (6). Den unge er udsat for flere belastninger end psyken kan klare og reagerer med psykiske symptomer (26). Alt sammen faktorer der påvirker deres tilknytning og relation til andre. Der vil i det følgende komme en beskrivelse af tilknytningsmønstre, relationelle forstyrrelser, selvværd, psykiske lidelser og medicin.

#### **4.1 Tilknytningsteori og mønstre**

Den emotionelle tilknytning er af betydning for et menneskes personlighedsudvikling. Ifølge den engelske psykiater John Bowlby's tilknytningsteori, handler tilknytning om de nære emotionelle bånd der dannes mellem spædbarnet og forældrene (27). Tilknytningsbånd som ventes at ville beskytte, trøste og støtte. Til at begynde med foregår kommunikationen mellem spædbarn og moder udelukkende gennem emotionelle udtryk og ledsagende adfærd. Senere suppleres denne emotionelle kommunikation med tale og bliver et af de væsentligste træk ved nære forhold hele livet igennem. Evnen til at skabe nære emotionelle bånd til andre individer er et af de væsentlige træk ved effektiv personlighedsfunktion og psykisk sundhed. Individet kan være omsorgssøgende eller omsorgsgivende. Barnet som er omsorgssøgende er i tæt kontakt med omsorgsgiveren, oftest forældrene. I tilknytningsteorien er der særlig opmærksomhed på den rolle, som forældrene har i forhold til udvikling af et tilknytningsmønster. Det tilknytningsmønster som et individ udvikler i sine umodne år, spædbarnsalderen, barndom og ungdom er dybtgående påvirket af, hvorledes dets forældre(eller andre forældrefigurer) behandler det. Om barnet opfatter sig som værdifuldt og værd at elske eller det modsatte. Det bliver også bestemmende for opfattelsen af forholdet til andre mennesker (27).

Psykologen M. Ainsworth har ud fra Bowlby's tilknytningsteori, beskrevet fire tilknytningsmønstre hos børn (13):

1. Børn med sikker tilknytning.
2. Børn med en ængstelig afvisende tilknytning.
3. Børn med en ængstelig, ambivalent tilknytning.
4. Børn med en ængstelig desorganiseret tilknytning.

Ad.1. Har større selvtillid, jegstyrke. De er mere åbne og tillidsfulde i en kontakt og har haft gode rollemodeller.

Ad.2. Har lavt selvværd og er mere tilbøjelige til at afvise andre. De har større risiko for senere i livet at blive følelsesmæssigt isolerede, fjendtlige og opmærksomhedskrævende. Undlader at søge hjælp.

Ad.3. Er præget af anspændthed, impulsivitet samt let frustrerbare, samtidig med en udpræget passivitet og hjælpeløshed.

Ad.4. Er de psykisk mest sårbare og udsatte for at udvikle psykiske lidelser. Hos voksne ses denne tilknytning hos personer med svære personlighedsforstyrrelser.

Den tidlige tilknytning er den egenskab, der er nødvendig for udvikling af de psykosociale egenskaber. En positiv indsats over for utryk tilknytning kan have betydelig effekt (6).

## 4.2 Relationelle forstyrrelser

En relation er en bestemmelse af noget i forhold til noget andet. Mellemmenneskelige relationer er af afgørende betydning for udviklingen af vores selv (28). De relationer barnet indgår i med forældrene får afgørende betydning for barnets fremtidige relationer med venner, partner etc. En sikker og tryk tilknytning bidrager til en positiv udvikling for parterne i en relation. Voksne der har en tryk tilknytning til egne forældre, skaber tryk tilknytning til deres egne børn. Undersøgelser af børn med tryk tilknytning viser, at de stoler på at andre kan hjælpe dem med vanskelige følelser, og de får dermed mere kontrol over deres oplevelser. Utryk tilknytning bidrager til sårbarhed over for psykopatologi. Mangelfuld omsorg på et tidligt stadie er associeret med udsathed for psykisk sårbarhed (28). Utryk tilknytning fører til forstyrrelser i kontakten med og kontrollen over egne følelser, manglende tro på at andre kan hjælpe, og en manglende forståelse af hvad andre oplever, og hvad der motiverer dem.

## 4.3 Selvværd

Tilknytning og relation har stor betydning for udviklingen af selvværd. Selvværd er menneskets oplevelse af at have værdi i sig selv, en sikker forvisning om at være accepteret i verden (27). Emotionel tilgængelighed og omsorg er vigtige faktorer for barnet trykke selvudvikling. I samspil med omsorgspersonen hvor barnets behov imødekommes fremmes følelsen af tryk og selvværd. Et barn der føler at forældrene synes at det har værdi, vil komme til at betragte sig selv som en

værdifuld person der fortjener omsorg, opmærksomhed og støtte. Selvværd skaber modvægt til angst. Utryk tilknytning påvirker barnets selvværd og kan skabe en høj grad af ængstelighed og angst.

#### 4.4 Affektive lidelser

Psykisk sårbarhed i diagnostisk forstand ang. affektive lidelser ses af nedenstående figur 2 – affektive lidelser fra rapport fra ”Vidensråd for forebyggelse”, omhandlende ”Børn og unges mentale helbred”:

Symptomer på angst:	Symptomer på depression:	Symptomer på OCD:
<p><b>Fysiske og kropslige symptomer:</b> Hjerterbanken, sveden, rysten, mundtørhed, vejrtrækningsbesvær, hovedpine, mavepine, kvalme og nedsat appetit.</p> <p><b>Psykiske symptomer:</b> Svimmelhed, uvirkelighedsfølelse og dødsangst.</p> <p><b>Uspecifikke symptomer:</b> Irritabilitet, søvnbesvær og koncentrationsbesvær.</p>	<p><b>Kernesymptomer:</b> Nedtrykthed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi eller øget træthed.</p> <p><b>Ledsagesymptomer:</b> Nedsat selvtillid eller skyldfølelse, selvbeprejdelse, tanker om død eller selvmord, tænke- eller koncentrationsbesvær, motorisk uro eller anspændthed, søvnforstyrrelser.</p>	<p><b>Tvangstanker:</b> Uønskede ideer eller tankebilleder der erkendes som overdrevne eller urimelige, som er tilbagevendende og generende og uhyre svære at modarbejde. Social isolation.</p> <p><b>Tvangshandlinger:</b> Gentagne og tilbagevendende handlinger eller ritualer for at dulme tvangstanker.</p> <p>Handlingerne er meget tidskrævende og udføres ofte med det formål at undgå, at noget frygtelig skal ske.</p>

figur 2 – affektive lidelser

Kilde: (25)

#### 4.5 Personlighedsforstyrrelse

Personligheden forbindes med et individs centrale karakteristika, en indre kerne. Personligheden har afgørende betydning for individets tænkning, opfattelse af sig selv og andre, adfærd og sociale tilpasning (6). Personligheden er den måde der tænkes og føles på, såvel individuelt som i relation til andre (26). Personligheden har betydning for individets evne til at fastholde og etablere

dybtgående og modne relationer, og til at agere både stabilt og fleksibelt, autonomt og realitetstilpasset.

Sådan er det ikke for unge der har en personlighedsforstyrrelse. Ved en personlighedsforstyrrelse er der en grundlæggende tidlig udviklingsforstyrrelse i ens relation til andre og især til betydningsfulde andre som forældre og venner (24). Typisk har de nogle karaktertræk, som er til stede igennem flere år, og som er et problem for dem selv eller andre. De har ikke udviklet tilstrækkelige hensigtsmæssige strategier til at løse deres problemer, at være sammen med andre på og måden at tænke om sig selv på (26). Den unge vil fungere meget svingende og have en meget ustabil identitet, og forholdet til andre bliver nemt kaotisk, og det ødelægger muligheden for gode stabile forhold (24).

Nogle af de psykiske lidelser bliver behandlet med medicin, som har forskellige bivirkninger med indflydelse på den seksuelle lyst og trivsel.

#### **4.6 Medicinske bivirkninger**

Ang. antidepressiv medicin, er det de tricykliske præparater, SSRI og SNRI (selektive serotonin genoptagelseshæmmere) der har seksuelle bivirkninger som nedsat lyst, rejsningsbesvær, forsinket ejakulation, nedsat lubrikation, hæmmet orgasme (29,30). Der er i få tilfælde også berettet om øget sexlyst og priapisme hos såvel mænd som kvinder (5). Tillige samleje problemer i form af svie, smerte og anden ubehag.

Der er nogle få antipsykotiske præparater, der kan give et forhøjet indhold i blodet af mælkehormonet prolaktin og dermed give nedsat seksuel lyst, rejsningsproblemer, forsinket ejakulation, hæmmet orgasme, nedsat lubrikation (29,31).

Såvel antidepressiv som antipsykotisk medicin kan have den bivirkning at give vægtøgning. Det kan påvirke den unges selvværd, kropsopfattelse i en negativ retning og dermed også lysten til intimitet og seksuelt samvær. Den unge bliver påvirket på sit body image (5). Faktorer der omvendt også kan forstærke den psykiske lidelse.

Endelig kan lægemidler medføre en række uspecifikke bivirkninger som f.eks. træthed, kvalme, og ændrede kropsproportioner, som ligeledes kan påvirke lysten og evnen til sex (5)

## 5 Seksualiteten når man er ung og psykisk sårbar

Unge psykisk sårbare er påvirket i deres bio-psyko-sociale trivsel, og det må derfor antages at deres seksuelle trivsel er påvirket. Hittidige empiri viser, at psykisk sygdom berører seksualiteten. Nogle psykiske lidelser bevirker, at man mister lysten til intimitet og kærtegn, mens andre medfører en overdreven og forstyrret lyst til sex. Litteratursøgning efter international viden og forskning om seksuel trivsel hos unge psykisk sårbare, viser et begrænset materiale. Den eksisterende forskning fremhæver en øget sammenhæng imellem SRB (sexual risk behaviour/seksuel risikoadfærd), STI (sexually transmitted infections/seksuelt overførte sygdomme) og depression blandt unge. Ligeledes fremhæves det, at det er vigtigt at sundhedsprofessionelle får øget fokus på den seksuelle trivsel hos unge psykisk sårbare. Nære og tilfredsstillende relationer og følelsen af at høre til blandt andre, er fundamentalt for en god mental sundhed og trivsel, gennem ungdomsårene. Dette er også en forudsætning for at udvikle en tilfredsstillende seksuel trivsel og sundhed og jeg er nysgerrig på behovet for rådgivning om den seksuelle trivsel i den daglige praksis i psykiatrien. Da der mangler empiri herom, er det vigtigt at der rettes fokus på forskning vedrørende den seksuelle trivsel når man er ung og psykisk sårbar. Derfor er mit emne væsentligt og fører til følgende problemformulering i mit kvalitative forskningsprojekt:

## 6 Problemformulering

På baggrund af min viden og erfaring fra praksis har jeg følgende problemformulering:

Hvordan er den seksuelle trivsel hos unge psykisk sårbare i psykiatrien, set i et bio-psyko-socialt perspektiv?

Desuden har jeg følgende underspørgsmål:

- Har seksualiteten været italesat af sundhedspersonalet i den unges behandling i psykiatrien?

## 7 Metode

Jeg har valgt at lave et kvalitativt forskningsprojekt i form af et interview (37). Interview i form af direkte kontakt mellem forsker og informant. Dette med afsæt i min problemformulering og opmærksomheden på det "tovejstabu" der eksisterer i ungdomspsykiatrien.

Her præsenteres opgavens metodologiske overvejelser og valg i forbindelse med besvarelsen af problemformuleringen, samt en beskrivelse af, litteratursøgning, forskningsmetode,

forskningstilgang, samt forskningsperspektiv. Metodebeskrivelsen tager overvejende afsæt i Brinkmann og Tanggaard (37).

## 7.1 Litteratursøgning

Til afdækning af om der er en eksisterende evidensbaserede viden om seksuel trivsel hos unge sårbare i psykiatrisk behandling er der foretaget en litteratursøgning forud for forskning i form af et kvalitativt interview studie.

Litteratursøgning:

Problemformuleringen ønskes besvaret i et bio-psyko-socialt sundhedsperspektiv, og der er søgt i databasen, PubMed.

Følgende søgefraser er anvendt : interviews OR interviewing AND sexuality OR sexual health OR sexual behaviour OR "sexual well-being AND mental disorders OR cancer OR psychologically vulnerable AND infant OR child OR adolescent OR young adult. Søgehistorikken er vedlagt som bilag 1.

Inklusionskriterier: Der har været søgt på børn og unge i alderen 0-24 år. Der har ikke været nogen aldersbegrænsning på empiriens forekomst. Der blev søgt på viden fra unge med cancer, da der på dette område har været kvantitativ og kvalitativ forskning ang. seksuel trivsel og cancer.

Eksklusionskriterier i søgning på PubMed: Fra start er fravalgt Asien og Afrika.

Der er fremkommet 606 internationale hits. Ingen danske artikler.

Ved første gennemlæsning af abstracts fremkom følgende eksklusionskriterier: stofmisbrug, Hiv-smittede, Aids-patienter, nybagte mødre, barnløshed, hjerneskadede/mentalt retarderede, prostitution, vold, kriminalitet, psykoser, pædofili, incest, andre somatiske sygdomme. Der blev ekskluderet ud fra indhold i abstracts. Det bevirkede en reducere til 101 artikler.

En grundigere anden gennemlæsning, frembød de samme eksklusionskriterier, hvilket medførte en reducere til 31 hits.

Tredje gennemlæsning viste gentagelse af ovenstående eksklusionskriterier eller omhandlede ikke seksualitet, unge eller psykisk sårbare. Artiklerne var for fokuserede på et emne, f.eks. kønsidentitetsforvirring. Yderligere reducere til 16 hits.

Ved fjerde gennemlæsning af de 16 artikler fandt jeg 5 artikler med en vis relevans for opgaven.

Artikel 1, (32): det er velkendt at der generelt er en øget forekomst af SRB og STI hos unge i forhold til ældre aldersgrupper. Samtidig viser artiklen at der er en subgruppe med en yderligere øget risiko. Det var bl.a. gruppen af unge med depression eller depressive symptomer. Studiet viser at der er sammenhæng mellem depression og øget seksuel risikoadfærd. Der var tydelig sammenhæng mellem depression og SRB, hvor der ikke var brug af kondom eller anden prævention.

Artikel 2, (33): konkluderer at psykisk sårbarhed er forbundet med øget forekomst af SRB og STI. At der er øget forbrug af rusmidler og øget forekomst af uønsket graviditet.

Artikel 3, (34): er fra 2013 og er interviews. Det er interessant, at der refereres til ovenstående to artikler og at den understøtter empirien om, at der er en sammenhæng mellem SRB og STI og psykisk sårbarhed.

Artikel 4, (35): En analyse af et prospectivt cohort data studie, der ligeledes bekræfter øget risiko for SRB og STI når man er deprimeret.

Artikel 5, (36): En undersøgelse af den seksuelle adfærd hos indlagte psykiatriske patienter på en afdeling med korttidsindlagte patienter på et offentligt hospital i Bilbao, Spanien. Der konkluderes at psykiatriske patienter har seksuelle erfaringer tæt på den generelle befolkning, men forøget forekomst af STI og SRB.

Fokus for alle fem artikler har været på brugen af prævention og konsekvenser heraf. De viser alle en øget forekomst af SRB og STI hos unge med psykisk sårbarhed, f.eks. depressive symptomer. Samtlige artikler konkluderer, at der er et stort behov for at samfundet og de sundhedsprofessionelle retter deres opmærksomhed på seksuel sundhed og trivsel hos unge psykisk sårbare.

## 7.2 Formål med forskningen

En vigtig start på et forskningsprojekt er, at afklare formålet med forskningen. Hvad skal formidles, hvem skal formidlingen rettes til, hvorfor skal der formidles. I forskningen skal det undersøges hvordan den seksuelle trivsel er hos unge psykisk sårbare, samt hvordan seksualiteten kan italesættes imellem sundhedspersonalet og de unge i psykiatrien. Formidlingen skal rettes mod sundhedsprofessionelle i ungdomspsykiatrien, idet seksuel sundhed er en positiv sundhedsfaktor for de unge psykisk sårbare. Det er min intention at jeg kan formidle den nye viden til mine kolleger.



Det er vigtigt at forskeren er sig bevidst om fremstillingen af de kvalitative data der kommer frem, og sikrer at det er en fremstilling af det originale materiale, samt at forskeren ikke udelader materiale, ud fra at det fremstår mere eller mindre interessant (37).

### **7.3 Kvalitativ forskning**

Er en metode der interesserer sig for at undersøge hvordan noget gøres, siges, opleves, fremtræder eller udvikles. At beskrive udvalgte personers livsverden. Den kvalitative forskning er forpligtet på en menneskelig verden af mening og værdi og interesserer sig for menneskelige aktørers egne perspektiver på og beretninger om denne verden. Man tilstræber typisk at forstå og beskrive menneskelivet ”indefra” livet selv, hvor livet leves, snarere end ”udefra” og på afstand.

### **7.4 Teoretiske tilgang til interviewet**

Videnskabsteoriene er ud fra et fænomenologisk/hermeneutisk perspektiv. Selve interviewet indsamles i et traditionelt fænomenologisk perspektiv og den efterfølgende analyse har et hermeneutisk perspektiv.

### **7.5 Den fænomenologiske videnskabsteori**

Fænomenologi betyder videnskab om fænomenerne og er en filosofi, der er grundlagt af den tyske filosof E. Husserl i begyndelsen af 1900-tallet (38). Fænomenologi er læren om det, der kommer til syne eller fremtræder i vores bevidsthed. I fænomenologien bør man aldrig tage det for givet, at man ved, hvad en anden person føler, tænker eller ønsker, selv når det gælder vores nærmeste. Vi bliver nødt til at spørge og lytte omhyggeligt, hvilket indebærer, at vi for en tid ser bort fra de antagelser, teorier og refleksioner, vi almindeligvis har om emnet. Man undersøger, hvordan forskellige fænomener præsenterer sig for vores bevidsthed. Fænomenologiens ambition er at beskrive essenserne. Fænomenologien blev en grundlæggende filosofi for eksistentialismen og den humanistiske psykologi (37).

### **7.6 Den hermeneutiske videnskabsteori**

Hermeneutik betyder at forstå, at fortolke, at tyde. Den holdning, at menneske og samfundsliv skal forstås, ikke forklares. Hermeneutik er studiet af hvad forståelse er, og hvordan vi skal bære os ad med at opnå forståelse af et meningsfyldt materiale, hvordan vi skal fortolke og nå frem til fortolkning. En meningsfortolkning. Gennem fortolkning kan man opnå en ny erkendelse, en ny forståelse af fænomenet. F.eks. i interviewet, hvad betyder seksuel trivsel for informanten, og hvordan forstår informanten fænomenet. Via meningsfortolkning af teksten (transskriptionen) giver



det forskeren en ny forståelse af fænomenet. Der tales om den hermeneutiske cirkel som definerer, at en enkelt del af en tekst altid kun kan forstås ud fra sin helhed, den fulde tekst (37,39).

## 7.7 Den semistrukturerede interviewguide

Interviewguiden er vedlagt som bilag 2.

I det kvalitative interview er der tale om en semi-struktureret samtale, som har til formål at give plads til nuancerede beskrivelser af et givent emne. Det kvalitative interview består af åbne spørgsmål, der lukker op for længere og mere uddybende besvarelser. Samtalen er struktureret efter de emner, der ønskes afdækket. Og samtidig efterlader den plads til, at interviewerens kan forfølge nye spor i samtalen og dermed indhente viden om andet og mere end det, der var planlagt på forhånd. En dynamisk proces, hvis intention er at lade sig lede af informantens forståelse og associationer til seksualitet.

Interviewguiden har til formål at sikre, at interviewerens kommer hele vejen omkring formålet og forskningsspørgsmålene. Som det tilrådes er interviewguiden delt op mellem forsknings- og interviewspørgsmål, idet at forskningsspørgsmål søger forklaringer og interviewspørgsmålene typisk søger beskrivelser af disse. Jeg har to forskningsspørgsmål om seksualitet og mange interviewspørgsmål. Desuden har jeg prioriteret en grundig baggrundsbeskrivelse fra informanten vedr. opvækst og trivsel. Der foreligger ikke konkret beskrivelse af seksuel trivsel hos unge psykisk sårbare i ungdomspsykiatrien, men trivselsundersøgelser blandt unge viser en tendens til en vis sammenhæng mellem seksuel -og psykosocial mistrivsel. Spørgsmålene refererer generelt til nutid, fortid og fremtid.

## 7.8 Rekruttering af informanter

Jeg ønskede empiri fra egen praksisverden i ungdomspsykiatrien. Første led var at få min afdelingsledelse til at bakke op om projektet og give accept af, at jeg rettede forespørgsel til regionens øvrige afdelingsledelser. Af hensyn til anonymitet skulle informanterne rekrutteres uden for egen matrikel. Der var fuld opbakning til projektet og ligeledes fra resten af regionen. Der meldte sig tre overlæger til at formidle mit projekt. Der blev udarbejdet skriftlig information til informanterne, som er vedlagt som bilag 3.

Jeg har prioriteret at søge informanter med affektive lidelser og lettere personlighedsforstyrrelser. En mere homogen gruppe, og et strategisk valg ud fra min hverdagspraksis. I interviewet vil jeg primært opfatte informanten som et ungt psykisk sårbart menneske, som jeg møder i min daglige

profession. Samtidig var jeg indstillet på at lave mine interviews med de unge, der ville deltage. Jeg havde en forhåbning om at der ville være såvel unge kvinder som unge mænd. Primære fokus var at få samtaler med de unge om seksuel trivsel og italesættelse heraf i deres behandling i ungdomspsykiatrien.

Jeg fik ingen informanter henvist fra ungdomspsykiatrien, hvorfor jeg rettede henvendelse til voksenpsykiatrien, mhp. rekruttering af unge informanter. Jeg fik henvist fem unge mellem 20-25 år. Fire kvinder A, B, C og E, og en mand D. En psykiatrisk sygeplejerske var mig behjælpelig, dels med rekruttering, mundlig og skriftlig information til informanterne, samt aftaler om tidspunkt for interview. Ligeledes bookedede sygeplejersken samtalerum i ambulatoriet.

## 7.9 Interviews

Interviewene forgik over 14 dage. En af informanterne C mødte ikke op til første aftale. Hun blev kontaktet af kontaktsygeplejersken og mødte op til ny aftale. Ved et af interviewene mislykkedes lydoptagelsen. Informanten C var villig til at møde op til nyt interview. Jeg valgte at transskribere det jeg kunne huske og ved geninterview blev det læst op, godkendt og yderligere uddybet. C fortalte at det første interview efterfølgende havde sat gang i mange tanker ang. egen seksualitet, og hun fandt det meget nemmere ved geninterview at verbalisere seksualitet.

Hvert interview varede gennemsnitligt 60 min. Informanterne var meget positive og samarbejdsvillige. Interviewene foregik i ambulatoriet, hvor den unge var i behandling og således kendt med omgivelserne og personale. Et par af interviewene var efter ønske fra den unge lagt på samme dag som anden behandling, idet det så ikke gav ekstra transporttid og udgifter.

## 7.10 Ethiske overvejelser

Kvalitativ forskning arbejder direkte med private, subjektive og som i denne opgave med intime aspekter af menneskers liv. Derfor er kontinuerlige etiske refleksioner nødvendige. En del af de etiske hensyn har været at skabe nogle rammer, hvor informanterne vidste, at de hele tiden kunne sige fra uden at det ville påvirke deres videre behandling. Det blev der informeret om i rekrutteringssamtalen af informanterne, i den skriftlige information om interviewet samt i starten af interviewene og i samtykkeerklæringen. Samtykkeerklæringen er vedlagt som bilag 4. Det er ligeledes et etisk ansvar, at informanterne ikke efterlades med nogle følelser, som kan være svære for vedkommende at håndtere. I slutningen af interviewet blev der foretaget en afsluttende debriefing (37).

Et eksempel fra interview med C:

Spørgsmålet lyder ”Hvordan har det været for dig at sidde her og samtale om seksualitet og intimitet ?

*C: ” Jamen jeg synes jo at det er helt specielt at skulle være så ligefrem, øh, jeg har jo altid lært at pakke det hele ind, øh.. det har jeg jo lært hjemmefra at jeg skal pakke det hele ind og ikke sige tingene direkte, så jeg har lige skulle synke en ekstra gang da du spurgte ind til fugtighed i skeden. Jeg er blevet bedre til at være direkte. Jeg har fået rigtig mange refleksioner ud af vores samtale og det er jo godt.”*

Informanterne gav informeret samtykke via den mundtlige og skriftlige information og deres underskrift og fik en kopi af samtykkeerklæringen. Informanterne gav udtryk for stor interesse for seksuel sundhed og trivsel og ville gerne bidrage med viden, der fremadrettet kan gavne andre unge psykisk sårbare i psykiatrien. Deres anonymitet sikres ved at beskrive dem som unge i ambulans behandling i psykiatrien i Danmark.

Informanternes deltagelse i forskningen til dette projekt må ikke få u hensigtsmæssige konsekvenser, hvilket også betones i samtykkeerklæringen. Det er vigtigt at forskeren er sig bevidst om, at der ligger en grad af forførelse i interviewet idet, at den åbenhed og intimitet der opstår kan få informanten til at give oplysninger, som vedkommende senere vil fortryde (39).

## 7.11 Transskription

Transskription kan forstås som første skridt i analysen. Det at forskeren selv laver transskriptionen, giver flere erindringsdata omkring de emotionelle aspekter under interviewet og ubevidst er analysen gået i gang (39). Der er valgt en helt enkel transskriptionsstrategi og der blev transskriberet kort tid efter selve interviewet, så kontekst, stemning og eventuelt også kropssprog kunne huskes (37). En omfattende men nødvendig proces.

Angående kodning af sproget i transskriptionen er der valgt at reducere væsentligt i ”øh” og ”Åh”, samt så vidt mulig udeladelse af gentagelser.

En parentes ( ) giver plads til forskerens udsagn, typisk ja/nej.

Høj stemmeføring og følelsesudtryk fra informanten er skrevet med store bogstaver.

## 8 Analysens fremkomst

Der startes med at beskrive analyseprocessen, analysestrukturen og fremkomsten af kategorier til diskussion i forhold til seksuel trivsel og italesættelsen af seksuel trivsel i psykiatrien.

### 8.1 Analyseprocessen

At analysere betyder at adskille noget i dele eller elementer. Hvad fortæller interviewene om det der ønskes at undersøge (39). Analysen skal hjælpe til at give et overblik over det store tekstmateriale fra de 5 interviews. At analysere og syntetisere materialet, har det formål, at skabe overblik over materialet, og se nye sammenhænge som ikke var åbenbare fra begyndelsen (37). En hermeneutisk tilgang i analysen vil søge at integrere enkeltdele i materialet i større helheder.

Efter transskriptionen blev interviewene læst igennem ad flere gange, for at få et overblik over hvad teksten handler om. Først den naive læsning, den analytiske læsning og en kritisk fortolkning.

Herefter fremkom forskellige temaer som efter gentagne kodninger gav 4 overordnede kategorier til nærmere analyse, fortolkning og diskussion. Et uddrag af en transskription er vedlagt som bilag 5.

### 8.2 Analysens struktur

Hver enkel analyse er foretaget på tværs af de fem informanternes udsagn, indenfor hver af de fire nedenstående kategorier. I hver enkel kategori vil fortolkningen bringes til diskussion med udvalgt litteratur, og herved kan de fremkomne resultater underbygges, nuanceres eller modsiges. Der fremkom følgende fire kategorier som genstand for en nærmere analyse, fortolkning og diskussion.

1. At føle sig anderledes og udenfor.
2. Den seksuelle lyst.
3. Usikkerhed på seksuelle identitet.
4. Italesættelse af seksuel trivsel i den unges behandling i psykiatrien.

I det følgende præsenteres de fem informanter og efterfulgt af en præsentation af fund til analyse, fortolkning og diskussion.

## 9 Præsentation af informanter

De 5 informanter, beskrives A, B, C, D, E. Kønsfordelingen er 4 kvinder og en mand. D er manden. Alle er af dansk afstamning.

Om A: Hun er 23 år. Er uddannet social-og sundhedshjælper. Har været sygemeldt i halvandet år. Bor pt. hos sine forældre, da hun ikke kan være alene. Har en kæreste igennem to mdr. som hun primært opholder sig hos. A er i medicinsk behandling for depression, og er tillige diagnosticeret med en ængstelig, evasiv personlighedsforstyrrelse.

Om B: Hun er 24 år. Læser filosofi på et universitet. Bor sammen med sin kæreste. Er diagnosticeret med angst og emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, borderline.

Om C: Hun er 23 år. Er pædagogstuderende. Har været sygemeldt fra studie i et halvt år, men er nu i gang igen. Har en kæreste. De bor ikke sammen. Er diagnosticeret med en ængstelig, evasiv personlighedsforstyrrelse. Har haft en depression.

Om D: Han er 22 år. Er lige startet på et pædagogseminarium. Har tidligere læst historie på et universitet. Er i medicinsk behandling for depression og er tillige diagnosticeret med en ængstelig, evasiv personlighedsforstyrrelse.

Om E: Hun er 22 år. Er aktuel sygemeldt. Droppede ud af gymnasiet i 3.g, og har siden været på en produktionsskole indtil kærestebrud i 2014. Bor aktuelt hjemme hos forældre, efter kærestebrud i sept. 2014. Er i medicinsk behandling for angst og OCD.

## 10 Præsentation af fund, analyse og diskussion

I det følgende præsenteres og diskuteres de fire temaer som er fremkommet ved analyse af interviewene.

### Temaer:

10.1 At føle sig anderledes og udenfor.

10.2 Den seksuelle lyst.

10.3 Usikkerhed på seksuelle identitet.

10.4 Italesættelse af seksuel trivsel i den unges behandling i psykiatrien.

De vil blive analyseret og diskuteret med udvalgt litteratur og andre relevante undersøgelser.

### 10.1 At føle sig anderledes og udenfor

De unge har været underlagt en opvækst med vilkår som har haft betydning for deres grundlæggende tilknytningsmønstre, relationer, selvværd og følelse af tryghed. Af faktorer kan nævnes disposition til psykisk sårbarhed, omsorgssvigt, alkoholmisbrug, samt psykiske og fysiske krænkelser. Der findes mange fund der peger på mistriivsel igennem en stor del af deres opvækst. Mistriivselsfaktorer som ensomhed, mobning, følelsen af ikke at høre til, selvskade og selvmordstanker. Udløst heraf eller parallelt hermed har de en psykisk sårbarhed. Psykisk og social mistriivsel kan påvirke det mentale helbred og sundheden i en negativ retning og således også den seksuelle trivsel (2).

Psykisk sygdom i familien er noget de alle kender til. Eksempelvis udtrykker C:

*C: "Ja min far havde en depression da jeg var en 7-8 år. Det var en rigtig svær periode, han havde selvmordstanker og græd. Min morfar og farfar har også haft depressioner".*

Den familiære baggrund og tilknytning har lagt kimen til flere mistriivselsfaktorer hos de unge psykisk sårbare. Faktorer der påvirker udviklingen af personligheden, selvværd og selvtillid. De voksne er rollemodeller for dette (6). Der vil i det følgende gives eksempler på udvalgte mistriivselsfaktorer, der har påvirket de unge igennem deres opvækst. Faktorer der samlet har betydning for den unges sundhed, trivsel, samt udviklingen af den seksuelle trivsel og identitet. Det

er familiebaggrund/tilknytningsmønstre, mobning, ensomhed, selvværd, samt selvskade og selvmordstanker/forsøg.

### 10.1.1 Familiebaggrund/tilknytningsmønstre

Tilknytningsmønstrene og opvækst er af stor betydning for den personlighedsmæssige udvikling (6). Det har alle de unge mange eksempler på, som det her beskrives af C:

*C” Jeg har haft en noget belastende opvækst med bl.a. 8 forskellige skoler i folkeskolen. Mine forældre blev skilt, da jeg var et år og da jeg var toet halvt år gammel, fandt min mor hendes nuværende kæreste.” Min stedfar drikker en del alkohol, var ofte min mor utro og havde et noget voldsomt temperament over for mig og til tider også over for min mor”.*

Tilknytningen udvikles fra de emotionelle bånd der dannes mellem spædbarnet og forældrene (6). E beskriver det således:

*E:” Jeg er nemlig vokset op med at holde mine følelser inden i mig, fordi at da jeg var yngre, var det tit, at jeg var ked af det uden at vide hvorfor, så sagde min mor til mig, at jeg bare skulle holde op med at pylre. Så lærer man ligesom at lukke det inde i sig selv”.*

Dette suppleres med B's erfaringer:

*B:” min mor drikker for meget (ja). Det påvirker jo vores forhold, fordi så kan jeg jo ikke snakke med hende. Jeg har svært ved at være hjemme ved dem fordi, hvis jeg hører en flaske vin eller ser en øldåse eller et eller andet, så freaker jeg helt ud (ja). Hun har drukket så længe jeg kan huske”.*

Utryk tilknytning fører til forstyrrelser og usikkerhed i kontakten med egne følelser, samt en manglende tro på at andre kan hjælpe, og disponerer til psykisk sårbarhed (28).

### 10.1.2 Mobning

Mobning foregår mellem ligestillede, venner eller klassekammerater. Det kan resultere i, at den unge bliver udstødt blandt sine egne (40). Mobning foregår i det offentlige rum, typisk på steder man ikke lige kan trække sig fra, og det foregår systematisk. De fleste af de unge i undersøgelsen har været udsat for mobning, som f.eks. D:

*D: ”Det har n været i 4-5. klasse og så igen i 7-9. Klasse. Derefter videre til gymnasiet, hvor jeg ikke følte at jeg hørte til.*

Mobning giver problemer med selvfølelsen, og kan nedbryde følelsen af selvtillid og selvværd (40). Dette kommer også til udtryk hos C og E:

*C: ”Jeg er stort set blev mobbet igennem alle skoleårene. Det betyder at jeg lukker af over for mine følelser og ikke rigtig har tillid til nogen”.*

*E: ”I folkeskolen der var det bare sådan, at man altid kunne finde en undskyldning til at kalde mig noget grimt. Jeg tror at mobning og sådan noget startede omkring 3. klasse, men jeg kan huske, at jeg i alle tilfælde følte mig lukket ude. Min angst og hyperventilering startede allerede i 7. klasse, men da troede de bare, at der var noget fysisk galt med mig”.*

Mobning kan give angstsymptomer og der kan opstå et savn efter et tilhørsforhold (40). Mobning kan medføre psykosomatiske symptomer, og over år føre til en passiv resignation, samt fastholdelse i denne rolle.

I rapporten fra CEFU (9) fremhæves det, at der er en signifikant sammenhæng mellem det ofte at være blevet mobbet og det at have ubeskyttet samleje. Denne sammenhæng ses hos C:

*C: ”Jeg har ikke skænket kondomer ret mange tanker, fordi det var jo det der med, for mig har det nok handlet om, at jeg var bange for at kræve noget af andre (ja), så kondomer er ikke noget jeg har skænket ret mange tanker”.*

Den internationale forskning, f.eks. artikel (32), konkluderer, at der er evidens for forøget forekomst af SRB og STI hos unge psykisk sårbare.

I analysen fra Sex & Samfund, jan. mdr. 2015, oplyser 50 % af de unge at de nu eller tidligere har oplevet mobning (41).

Ensomhed kan også være en følgevirkning af mobning. Følelsen af ensomhed og længslen efter bekræftelse optræder hyppigt i interviewmaterialet.

### **10.1.3 Ensomhed**

Ensomhed er nok den mest usynlige form for mistrivsel. Hvis den unge permanent går og føler sig ensom og ikke har andre unge at spejle sig i, kan det være svært ved at få hverdagen til at fungere. Såvel C,E, D som A kender til ensomhed og D og A giver disse eksempler:



D: *"TAGER EN DYB INDÅNDING, ensom har jeg virkelig følt mig mange, mange gange, selv om jeg har været sammen med folk. Ensomhed, hvor der ikke var noget jeg kunne dele med andre"*.

A: *"Det kollapser nemt for mig, jeg bliver bange, kan ikke være alene, bliver ramt af ensomhed. Jeg føler, at selv om jeg er sammen med en hel masse mennesker, så føler jeg mig enormt alene (ja), ja enormt HØJ STEMMEFØRING ensom, og føler, at jeg bliver holdt udenfor, men nok selv om jeg ikke gør"*.

En undersøgelse af ensomhed på gymnasierne, Lasgaard M. (42), viser, at unge med en ustabil barndom og en usikker tilknytning til forældrene, var mere ensomme end andre unge. Det kunne tyde på, at B prøver at holde ensomheden væk med denne strategi:

B: *"Ja, jeg fik min første kæreste da jeg var 16 år, og så har jeg stort set været i et forhold lige siden. Jeg er ret dårlig til at være alene, så nogen gange har der ligesom været overlap, hvor jeg simpelthen har fundet en anden, mens jeg var i et forhold (ja). Jamen altså, når jeg ikke har en kæreste, bliver jeg forelsket fire gange om dagen. Det er virkelig hele tiden. GRINER LIDT HYSTERISK"*.

I rapporten fra CEFU (9) fremgår det, at negativ seksuel oplevelse kan medføre ensomhed, samt at der er signifikant forøgelse af ensomhed, når man har haft sex uden lyst.

A har været udsat for seksuel berøring fra en mandlig pædagog i fritidsordningen som barn:

A: *"I Skridtet, på brysterne, altså uden på tøjet TALER MED HØJ STEMME, men nok til at jeg godt har kunnet mærke at det ikke var rigtigt. Det har været rigtig ubehageligt at få overskredet min grænse, så det har fulgt mig enormt meget"*.

Her foregår der et overgreb, som kan have haft indflydelse på udviklingen af A's seksualitet. Ifølge Zeuthen (43), vil et barn aldrig kunne indgå ligeværdigt i en seksuel relation med en voksen. Hun taler om den perverse forførelse, som er et seksuelt overgreb, ifølge Laplanche (43). En pervers forførelse af barnets endnu ikke færdigudviklede psyke. På den måde får barnet overskredet nogle grænser, hvilket forstyrrer udviklingen af seksualiteten (43).

Selvværd er også en vigtig faktor i udviklingen af den seksuelle identitet i ungdomsårene:

#### 10.1.4 Selvværd

Gode mellemmenneskelige relationer og kontakter styrker selvværdet. Når man er psykisk sårbar, er man ofte påvirket på sin selvopfattelse og kontakt til omverdenen, og derfor vil seksualiteten også ofte være påvirket (44). C beskriver hvordan hun længtes efter omsorg og bekræftelse:

*C: "For mig, der handlede det mest om den der med at have en der gav udtryk for noget følelsesmæssigt, den der følelse af, at når de holdt i hånd eller kyssede mig, så var det jo fordi at de holdt af mig. Ja, at blive bekræftet i, at man var værd at blive holdt af og at jeg var god nok (ja)".*

Utryk tilknytning kan føre til forstyrrelser i kontakten med andre, en ambivalens imellem at lukke af for følelser samtidig med et udtalt behov for bekræftelse (28). Det kunne tyde på at det er denne ambivalens der udspiller sig i C. Barnets seksualitet udvikler sig i relationen mellem barn og voksen. Derfor afspejler deres seksuelle adfærd og viden disse relationer (45). Det kan også være det der afspejler sig i B's seksualitet:

*B: "Jeg har haft helt vild meget brug HØJ KRAFTIG STEMME for, at blive bekræftet gennem sex. Vi skulle helst have sex en gang om dagen, ellers gik jeg i panik og har tænkt at nu vil han ikke have mig længere og nu elsker han mig ikke mere".*

En utryk tilknytning påvirker et barns selvværd og kan skabe en høj grad af ængstelighed og angst (28). Netop angsten fylder meget hos E og bryder ofte ud i forbindelse med sex:

*E: "Det har egentlig også i nogle tilfælde været forhindrende i seksuelle sammenhænge, hvor jeg lige pludselig under et samleje har fået et angstanfald, så derved kan jeg let føle at jeg er en belastning for andre, fordi de skal passe sådan på mig. Så kan jeg risikere at miste dem i stedet".*

Et lavt selvværd kan også komme til udtryk i forhold til kropsopfattelsen. Mange unge har et øget fokus på deres kroppe, når de er usikre på deres selvværd og identitet (46). En negativ kropsopfattelse har fulgt D i mange år:

*D: "Jeg skulle være med på moden, på beatet hele tiden. Der sparker det rigtig ind psykisk, det er der, jeg skal være blandt de seje mennesker (ja). Jeg skal have det rigtige tøj, jeg skal se rigtig ud, jeg skal have muskler på kroppen, jeg skal score de lækreste piger, jeg skal være DYB INDÅNDING, et overmenneske. Jeg har ingen selvtillid".*

Det kan se ud som om, at D's indre kaos af følelser bliver kanaliseret over på en kontrol af kroppen. En form for "utilfredshedens logik", hvor den unge hele tiden lige kan gøre noget mere for at se pænere ud, spise bedre eller træne mere. Med kroppen kan den unge vise omverdenen at der tages ansvar (46).

De unge i denne rapport beskriver perioder i deres opvækst, hvor de har haft selvskadende adfærd, selvmordstanker-og forsøg.

### 10.1.5 Selvskadende adfærd og selvmordstanker

Selvskade og selvmordstanker er et synligt faresignal på mistriivsel. Selvskade er oftest en måde at regulere følelser på. Det kan være i form af cutting, spiseforstyrrelse eller misbrug (47).

Faresignaler som alle de unge i undersøgelsen har haft. Her bekræftes det med et eksempel fra C:

*C: "Ja da jeg var 9-10 år gammel, havde jeg en periode, hvor jeg skrabadet huden af armene, ikke i dybe lag, men nok til at det gjorde ondt. Det gjorde jeg både på over og indersiden af armen. Så begyndte på cutting da jeg var 12 år. Jeg kan stadig godt få trangen, når jeg har det rigtig dårligt, "*

Her ses tegn på en dysfunktionel regulering af følelserne, hvilket også bekræftes i litteraturen (48). Dette er ofte med baggrund i en vanskelig forældre/barn-relation. At praktisere selvskade, skal ses som et forsøg på at få kontrol over kroppen ved at påføre den smerte eller dulme en indre smerte.

Psykolog B. Møhl (47) taler om, at de unge har svært ved at mentalisere. Evnen til at mentalisere og drage omsorg for sig selv udvikles i et samspil med de primære omsorgspersoner, oftest forældrene. Hvis der i dette samspil har været et utilstrækkeligt empatisk sammenspil, kan cutting opfattes som tidlig skade. Selvskade kan også udtrykkes via et forstyrret spisemønster som det ses hos B:

*B: "Fra da jeg var 11 år og til jeg var 16 år gammel, da havde jeg det ikke særlig godt med min krop (nej), altså der var et års tid hvor jeg faktisk vil mene at jeg havde noget spiseforstyrrelsesagtigt, jeg tabte mig rigtig meget. Jeg havde det dårligt hver gang jeg havde spist og jeg prøvede på at kaste op".*

Det tyder på at kroppen allerede fra den tidlige ungdom er blevet genstand for en dysfunktionel følelsesregulering (48). Det ser ud til at være på spil hos D:

*D: "Jeg vil mene at alt det her med psykisk lidelse startede da jeg var 16 år gammel. Der begyndte jeg at gå meget op i hvordan jeg så ud, og der begyndte jeg at småsulte mig selv og blive tyndere.*

*Jeg har stadig nogle psykiske problemer med mad. Jeg ved aldrig nogen sinde, om jeg kommer over det”?*

Selvordstanker er et faresignal om mistriivsel, og når selvmordstanker konverteres til selvmordsforsøg, sker der det, at en diskret mistriivelsform konverteres til en meget synlig mistriivelsform. Selvmordsforsøget er en dramatisk måde at kropsliggøre mistriivsel på (49). Et så drastisk råb om hjælp er genkendeligt for de unge i denne undersøgelse, og A beskriver at et svigt fra kæresten udløste et selvmordsforsøg:

*A: ”Det var virkelig en ubehagelig oplevelse. Jeg kan nærmest mærke, hvordan det brændte i min hals. Det er jo ikke meningen, at man skal tage alle de piller (nej), men bare den følelse af at være så dybt ulykkelig og ked af det, var virkelig frygtelig”.*

Det kan undre at de unge ikke er blevet set med deres massive mistriivselssymptomer, som har fulgt dem igennem hele deres liv. Det har påvirket dem i deres personlighed med en grundlæggende følelse af at føle sig anderledes og udenfor. Seksualiteten udvikler sig i relationen mellem barn og voksen og derfor afspejler deres seksuelle adfærd og viden disse relationer (45).

## 10.2 Den seksuelle lyst

De unge der indgår i undersøgelsen er sårbare, og de oplever vanskeligheder i forhold til deres seksualitet. Seksualiteten har mange udfordringer og kan listes op som beskrevet med de 6 R'er, reproduktion, relation, respekt, rekreation, rehabilitering, relaksation (6). I forhold til de unge i undersøgelsen, skal de 6 R'er ses i deres udviklingspsykologiske perspektiv. De unge er psykisk sårbare og er dobbelt udfordret på deres seksualitet. Det drejer sig bl.a. om den psykiske sårbarhed, mistriivelsfaktorer, tilknytningsvanskeligheder, samt bivirkninger fra den medicinske behandling. Seksuelle fornemmelser, følelser og fantasier melder sig allerede tidligt i barnets liv, men udfoldes først i forhold til partner i ungdomsårene eller tidlige voksenliv. Før denne fase, er der masturbation til tilfredsstillelse (50). I ungdomsårene blomstrer kønshormonerne og seksualiteten udfolder sig i fællesskabet hvor det handler om venskaber, relationer, grænser, følelser, identitet og seksualitet. En naturlig udvikling når man er ung og velfungerende. Seksualitet er en kilde til lystfølelse og tjener til at udvikle nære relationer. Den psykisk sårbare kan have det svært med intimitet og nære relationer, og have en tendens til at isolere sig. Det påvirker den seksuelle lyst. Der ses oftest en nedsat lyst, men forøget lyst til sex kan også forekomme. E er påvirket af sin nedsatte lyst til sex:

E: ”Jeg tror virkelig, at det bare er der med, at jeg er virkelig nede og ikke rigtig har lyst til noget, PUSTER HØJLYDT, så kan man også godt sige, at når man er virkelig nede med angst og sådan, altså at sex det er jo meget intimt mellem to personer, så det kan jo også være lidt skræmmende hvis man har det skidt med at blive for intim. Jeg er lidt bange for at havne i den situation, hvor jeg kan se magtesløsheden i min partner. Det der er hårdest for mig, er at se magtesløsheden i en person tæt på mig, SNØFTER OG HAR BLANKE ØJNE. Det er måske mere sådan, at jeg begynder at få ondt af dem, at de ikke rigtig kan forstå, hvordan jeg har det og sådan noget, og at de så gerne vil hjælpe mig, men ikke ved hvad de skal gøre for at hjælpe mig SNØFTER og HAR BLANKE ØJNE”.

Det tyder på at angsten er styrende for E's seksuelle lyst, og kan dække over en skamfølelse. Skam kan optræde som en angstreaktion (51). Skamfølelse handler om ydmygelse, hvor man føler sig udstillet, misbrugt, fordømt eller forvist. Dette fører til tab af selvforståelse og selvrespekt. Typisk melder angst sig, når følelser er for smertelige eller bliver ubærlige. Det er sjældent at personen selv opfatter den sammenhæng. Det er en del af angstens skjulte natur, at angstanfald umiddelbart føles som noget, der kommer uden varsel og ude af sammenhæng med noget. Muligheden for relaxation bliver således forhindret af angsten, trods det at det virker angstdæmpende (6). I stedet kunne det være en hjælp, hvis E kunne forstå at seksualitet ikke kun handler om samleje og orgasme, men lige så ofte nærhed, ømhed og sanselighed. Skårderud skriver, at dilemmaet mellem længslen efter nærhed og ønsket om at beskytte andre mod at blive skadet af den unges længsel, er en del af en smertefuld ambivalens (48). Denne ambivalens synes ligeledes at være til stede hos A:

A: ” Det er sjovt nok, at tanken om, at lige så snart det kom til sex så afskrev, så ville jeg ikke. Jeg tror også at det er derfor at min første gang egentlig har været, der har ikke været noget i det, det var nemmere at det bare var sådan. Jeg har været sådan lidt forvirret i mit hoved omkring det. Ja jeg syntes at det til tider kan være svært i det intime, eller at være følelsesmæssig tæt på en anden. Jeg kan føle mig bange for ikke at være god nok og bange for at blive afvist”.

Ifølge E. Melchior (52), er intimitet en individuel følelse, der består af oplevelsen af tryghed, tæthed, nærvær og forståelse i relation til et andet menneske. Hun beskriver intimitet som en følelse, der dækker over et medfødt behov for tilknytning. Hvis intimiteten forsvinder, mærkes ensomhedsfølelsen, tomheden. Ensomhed kan være svært, men angsten for ikke at mestre nærheden kan være endnu værre. Relationen bliver her en udfordring, trods det at kærtegn kan styrke den (6). Det samme gør sig gældende for C:

C: ” Men når det kom til intimiteten, det seksuelle /samleje har jeg altid lukket af. Det har aldrig været af lyst eller på mit initiativ. Jeg har jo ikke kædet samleje sammen med noget behageligt, så der har jeg lukket, spændt mig sammen og strittet imod, garanteret. Jeg har jo været ærgerlig over at min seksuelle trivsel var sådan, altså uden lyst, (ja) og hvor jeg egentlig har tænkt at der var noget galt med mig ( ja) ”.

Her ser det ud til, at C også føler sig forkert. Forkerthed er en skamfølelse over ikke at føle sig elsket, ikke at kende kærligheden, ikke at føle sig hjemme i sin egen krop og i sit eget liv. Man føler sig forkert, når man er blevet mødt forkert. Skam fortæller om et uforløst, dybfølt ønske om nærhed og autencitet. Skam er et symptom på, at der ikke er taget hånd om noget mellem menneskeligt betydningsfuldt, i personen selv eller i vedkommendes relation til andre (51). Her bliver seksualiteten som en rekreativ og rehabiliterende funktion ikke mulig, trods det at den kunne give nydelse og behag, samt virke helende (6). Følelsen af skam og forkerthed er også genkendelig for D:

D: ” Altså jeg havde en pige, som jeg var meget glad for og var sammen med i et par måneder eller sådan noget. Jeg kom aldrig, det var bare, det var virkelig, hun troede at det var hende der var noget galt med, men det var det jo ikke. Ja det er det, at når man ikke kan, så mister man også lysten til at prøve. (ja) Det er også derfor, at jeg ikke har været sammen med nogen i et år, fordi jeg har simpelthen ikke kunnet magte det og sige, det er ikke dig, det er mig den er gal med, du ved ”.

Skam opstår når mennesket ikke bliver set og spejlet som dem, de er. Skam har en andel i alle psykiske lidelser (51). Skam vedrører den enkeltes selvforståelse, som er skabt i samspillet med forældre og omgivelserne. Den ubehagelige udgave af skam opstår, når man ikke bliver set som den man er, og når man bliver behandlet forkert og spejlet forkert tilbage. Skam er en stærk faktor til at få det svært i sit liv. Det er vigtigt i stedet at kigge på nærvær, tilknytning og relationer, frem for fejl (51). B er opmærksom på sit behov for bekræftelse:

B: ” Jamen, GRINER, jeg tror det har været overgangen mellem hele tiden at have lyst til sex. Sex, det skulle bekræfte mig og så blev jeg ligesom bevidst om, at jeg dyrker sex for at få bekræftelse og for at holde fast i kæresten også. Nu har jeg så givet mig selv lov til at mærke at nogen gange har jeg så ikke så meget lyst og det giver mig så lidt dårlig samvittighed, for det burde jeg jo. Jeg gør det meget sort / hvidt inde i mit hoved ”.

Det kunne tyde på at B øver sig i at være i det intime rum med sin kæreste. Giddens (14) definerer intimitet som et samspil og en knytning af personlige bånd mellem ligestillede. Intimitet er ikke at lade sig opsluge af den anden, men at kende hans eller hendes karakteregenskaber og gøre sine egne gældende.

Kroppen kan bruges til at signalere eller camouflere seksualitet og seksuel lyst. Det kan vise sig i form af et forstyrret spiseforstyrrelsesmønster, som udtryk for en indre psykisk smerte og kaotiske følelser.

### 10.2.1 Kroppen som affektiv regulator

I den vestlige kultur skelnes der mellem krop og sind. En dualisme. Kroppen er langt mere end fysiske egenskaber. Den symboliserer også et sprog om identitet, selvkontrol og selvkonstruktion. Den er et redskab til at kommunikere om kulturen selv, dens normer og grænser. Kroppen er vores første redskab til at erfare og forstå. Sanserfaring går forud for refleksion over erfaring. Forholdet til andre er også kropsligt. Vi bliver set og vurderet af andre og mentale erfaringer skabes i det kropslige møde med andre (48).

Hos personer med spiseforstyrrelse er der en påfaldende lighed mellem forholdet til seksualitet og forholdet til mad. Det seksuelle er noget af det mest intime og derfor bliver det vigtigt at sætte grænser (53). Det kunne være denne grænse som C markerer:

*C: " Man spiser fordi man har brug for noget andet at lave end at sidde og tænke på alle de dårlige ting, men også den der, at hvis man bliver for kraftig, så er der ikke den samme attraktivitet i en, som der ellers ville have været, hvis man var en flot tynd model. Jeg brugte det som en kappe af beskyttelse over for "de øjne" der, som de ellers ville have gjort. De ville have min krop".*

En spiseforstyrrelse kan give den enkelte en fornemmelse af at kunne trække grænser, som beskytter imod oplevelser af truende grænseløshed. Mange med en spiseforstyrrelse opfatter det som en "beskyttelse". Denne beskyttelse har til formål at slippe for ubehagelige følelser og tanker, samt oplevelser. Et ofte krævende projekt som bevirker, at den unge må trække sig fra vanskelige relationer og skræmmende intimitet. En slags "mestringsstrategi" med store omkostninger psykisk, somatisk og socialt. Denne adfærd kan betragtes som et forsøg på at være kompetent i sit eget liv, med kroppen som det symbolske medium i personens dialog med sig selv og omgivelserne (23).

Det kan D være et eksempel på:



D: ”Jeg spiser sundt (ja) øh, får ordentlig næring ind i kroppen, (ja) med proteiner og sådan noget (ja), øh, men stadig så, jeg synes virkelig at jeg er overvægtig (ja)”. ”Vi har et billede af at vi alle sammen skal være de lækreste mennesker i verden og det har påvirket mig på den måde at jeg selv synes at jeg skal være en af de lækreste mennesker i verden og det der med at jeg synes at jeg er tyk og sådan noget, det har helt sikkert påvirket mig” SMÅGRINER.

Overspiseren spiser sig til et kropsværn mod andre. Man lukker andre ude. Overvægten bliver en afgrænsning af kroppen og fungerer som et beskyttende lag mellem sig selv og verden. En afgrænsning som C kender til:

C: ”Faktisk tog jeg 30 kg på, efter at jeg havde været på efterskole. Jeg oplevede faktisk, at det var en beskyttelse imod at skulle være kropsligt, og seksuelt attraktiv”.

Psykisk smerte og kaotiske følelser dulmes med mad. Der skabes følelsesløshed(manglende seksuel lyst) og neddæmpning af egne følelser. Biologiske og psykologiske forstyrrelser påvirker sexdriften. Ubehag med kroppen lukker af for intimitet med en anden. Et forsvar der ofte er tilstede hvis man har været udsat for seksuelle krænkelser (53). Dette er tilfældet for C. D bruger også sin krop som affektiv regulator:

D: ”Morgenmad glem det, spiste det aldrig, jeg kunne leve på en banan om dagen, fordi (ja.) det var sådan lidt frustrerende (Ja)men det var fordi at jeg ville være tynd, men jeg var jo tynd, så jeg ved ikke rigtig hvor det kom fra ...(nej)”.

D er sig ikke bevidst at hans mangeårige spiseforstyrrelsessymptomer kan have noget at gøre med hans seksualitet. Det er forbundet med skam og skyld at have et forstyrret spisemønster. Et spiseforstyrret mønster er ofte et udtryk for alvorlige problemer vedrørende identitetsdannelse og seksualitet. Skårderud skriver (54), at disse konflikter er udtalte hos homoseksuelle mænd. D har vanskeligheder med sin identitet:

D: ”Der skete ikke sådan rigtig noget, jeg spiste bare mindre, jeg kunne ikke se at jeg tabte mig, men det gjorde jeg måske. For mig har jeg altid haft en mave, men det var der med at jeg kiggede mig meget i spejlet, jeg var meget fokuseret på hvordan jeg så ud.

Dette set ud fra hvordan de hurtige samfundsmæssige forandringer er med til at skabe uklare rammer for identitetsdannelse, samt drejningen i vores samfund mod den ”ydrestyrrede” kultur, hvor sammenligning med andre bliver vigtig. Kroppen får større betydning som udtryk for identitet



og personlighed (23). Et forstyrret spisemønster kan ses som en mangelfuld regulering af selvfølelsen. Der har været en mangelfuld følelsesafstemning imellem barnet og omsorgspersonerne. Skamfølelse henviser til aktivt negative selvbedømmelser, der genererer handlinger, hvorigennem en person kan forsøge at ændre sig, blive af med de selvoplevede negative egenskaber. F.eks. at ændre på kroppen. Symptomadfærd som udtryk for et problem samt et forsøg på at løse et emotionelt problem (53).

Medicin er også kendt for at påvirke den seksuelle lyst.

### 10.2.2 Medicinske bivirkninger

Den antidepressive medicin har seksuelle bivirkninger som nedsat seksuel lyst, rejsningsbesvær, nedsat lubrikation, samt hæmmet orgasme, som nævnt i afsnit 4.4. Bivirkninger som E kender til:

*E: ” Altså her i den sidste tid har jeg faktisk haft problemer med at jeg ikke bliver helt ordentlig våd, jeg tror, at det har noget at gøre med medicinen og min psyke. Det startede her med min sidste kæreste. Med ham begyndte det at blive en nødvendighed med glidecreme, for ellers ville jeg få slidesår. Nej jeg stimulerer heller ikke mig selv for tiden. Jeg vil så også sige, at for tiden har min medicin rigtig meget at skulle have sagt omkring min seksuelle lyst. Lige for tiden der er jeg næsten så godt som aseksuel”.*

Som E tydeligt pointerer det, har medicinen en kraftig indvirkning på hendes seksuelle lyst. Samtidig tror hun også at det handler om noget psykisk. Det tyder på en kompleks seksuel problemstilling. At have en seksuel dysfunktion kræver at hun selv tilkendegiver det, idet det beror på en subjektiv gene. Det understreger vigtigheden af et sexologisk helhedssyn (5). Det samme gør sig gældende hos D og A:

*D: ”Medicinen har virkelig påvirket mig , altså hør her HØJ STEMME, jeg har ikke været sammen med en pige, nu her i et år, TALER MED HØJ OG TYDELIG STEMME,(ja), for at være helt præcis, et år og en måned. GRINER, jeg har styr på det, det er lidt lang tid siden. Det var ikke den samme lyst til sex jeg havde, altså jeg kunne ikke få orgasme, hvis man kan sige det sådan. (ja) Jeg kunne ikke præstere på samme måde. ( nej) Ja, jeg kan sagtens onanere, det har jeg aldrig haft problemer med, det er kun når jeg har villet have sex med en partner. Pornofilm stimulerer mig”*

A: ” Ja, men jeg har svært ved at få orgasme, det står jo så også som en bivirkning ved medicinen, og jeg kan tydelig mærke at det er svært. Det ligger en enorm dæmper på lystfølelsen og det at få orgasme. Der går også længere tid nu, når jeg gør det selv, end der gjorde før, så det er svært ”.

Ofte vil det betyde, at der skal en kraftigere stimulering til for at opnå seksuel lyst og udløsning. Den biologiske påvirkning kan få en psykisk overbygning, som forstærker den manglende seksuelle lyst. Det omvendte kan også være tilfældet. Tilsyneladende kan der opnås seksuel tilfredsstillelse ved selvstimulering. Det kunne tyde på en vis seksuel lyst. Der skal også tages højde for uspecifikke bivirkninger som f.eks. træthed. Tillige faktorer omkring den psykiske sårbarhed.

Endnu en mulig bivirkning ved medicinen er, at den kan give vægtøgning. Dette er tilfældet for A og D:

A: ” Jeg har taget femten kilo på imens at jeg har været på medicin,. øh, ja men jeg er ikke tilfreds med min krop og jeg har det ikke særlig godt med min krop, og jeg bliver rigtig ked af det når jeg står og ser på min krop, også når jeg kigger på mine veninder og tænker, ja jeg var lige så tynd som du er, det er lidt hårdt”.

Det tyder på A føler sig yderligere stigmatiseret i forhold til veninderne og mediernes idealbillede af en smuk kvinde. Den øgede vægt påvirker hendes selvværd.

D: ” For tiden spiser jeg Mirtazepin, nogle piller som gør at jeg får en ekstra appetit, (ja) og jeg kan ikke holde det ud, jeg synes selv at jeg er overvægtig (okay..)”.

En kompleks udfordring for D, der samtidig har spiseforstyrrelsessymptomer og et forstyrret kropsbillede.

Manglende information om seksuelle bivirkninger kan føre til nedsat compliance, så den unge kan vælge at seponere medicinen. Manglende varetagelse af sexologiske problemer hos kronisk syge kan forværre sygdommen og i yderste konsekvens være livstruende (2). Det tyder ikke på at de unge i denne undersøgelse har oplevet de seksuelle funktioner som beskrevet med de 6 R'er (6). Faktorer der kunne fremme den unges sundhed og seksuelle trivsel (2).

### 10.3 Usikkerhed på seksuelle identitet

Den seksuelle identitet fylder meget hos de unge i undersøgelsen og de oplever problemer relateret dertil. Den psykoanalytiske ungdomspsykolog Peter Blos (22), beskriver adolescensperioden, som den anden separation-individuationsfase, hvor den unge gradvist skal give slip på barndommens identifikationer, for at erstatte dem med nye og mere modne identifikationer. Der bliver eksperimenteret med forskellige roller og identiteter, herunder også den seksuelle identitet. Parallelt med separationen udvikler den unge sin identitet og træder i karakter som et selvstændigt individ, der sætter den unge i stand til at udfolde sig seksuelt og tage et personligt ansvar (22). Denne fase, er en periode med forstærket selvoptagethed, splittelse og oprør. Det indebærer følelser af isolation, ensomhed og forvirring og kan være en brat afslutning på barndommen. Den unge står nu selv til ansvar for sine handlinger, og det kan skabe følelser af pres, frygt og panik (55). Ifølge J. Buttenschøn (56) dannes den seksuelle identitet igennem opvæksten og i et samspil med voksne omsorgspersoner, almindeligvis forældrene. Den seksuelle identitet er knyttet til den personlige selvopfattelse. At udforske sin seksuelle orientering er en vigtig del af den seksuelle rejse, som man begiver sig ud på i ungdomsårene. Det udgør en central dimension i de unges identitetsprocesser (9). De unge der indgår i denne undersøgelsen, har alle familiære relationer som på den ene eller anden måde er udfordret, hvorfor de på flere måder har oplevet denne proces meget udfordrende. D siger følgende om hans seksuelle identitet:

*D:” Altså ikke rigtig afklaret Jeg har haft hvad skal man sige, biseksuelle tanker, mange gange. Jeg betragter mig også til dels som biseksuel, jeg har kysset med fyre også. Altså de fleste har bare sagt ”bader” det er skide lige meget, men der er også nogen der har sagt, ”nå okay”, så tror de at jeg er homo”.*

D var berørt over at tale om sin biseksualitet og følelsen af manglende accept fra vennerne. I rapporten ”Ung 2006” fra Sundhedsstyrelsen (57) fremkommer det, at der er 53 % af unge mænd der er ”uenige” eller helt ”uenige” i, at sex mellem samme køn var ”okay”. Det kunne tyde på at det er socialt uacceptabelt blandt unge mænd. Den samme tendens viser sig i rapporten fra CEFU (9). Her definerer 2,7 % af de unge sig som biseksuelle. Rapporten konkluderer tillige, at identifikationen med biseksualitet eller homoseksualitet hos begge køn vokser med alderen, især blandt de unge mænd. C. Graugaard et al. skriver i Månedsskrift for almen praksis (58), at der tilbage i år 2009 anslås at være mellem 190.000 og 340.000 LGBT-personer i DK, tillige at mange

af dem skjuler deres seksuelle kønsidentitet for omverdenen. Dette kan skyldes en homofobisk holdning i vores kultur. Det er måske den holdning at D oplever blandt kammeraterne:

*D: ” Præcis, jeg tror at det forsvinder om en, to, tre, fire år eller sådan noget( Ja), altså det er sådan en ungdomsfølelse, jeg er ung, synes at sex er interessant og så har jeg bare været åben omkring det( ja ) ”*

Det tyder på at D har svært ved at identificere sig med sin seksuelle identitet og at han har et ønske om, at det forsvinder af sig selv med tiden. Det påvirker hans selvopfattelse. I ungdomsårene hvor den seksuelle identitet skal udfoldes, har den unge brug for at være i et samspil med kammeraterne for at prøve sig af med sine seksuelle lyster og holdninger (55). D har igennem sin opvækst været meget ensom og har forsøgt at leve op til andres forventninger, hvilket kan have påvirket hans identitetsudvikling. Der har været en forstyrrelse i hans separations- individuationsfaser, som Bloss omtaler. D's kropsovfattelse er tillige forstyrret, idet han siden starten af puberteten har haft spiseforstyrrelsessymptomer. Et spiseforstyrret mønster er ofte et udtryk for alvorlige problemer vedrørende følelsesforvaltning og identitetsdannelse (50). Dermed også den seksuelle identitet. Usikkerhed på sin seksuelle identitet viser sig også i interviewet med A:

*A: ”SMILER, GRINER LIDT FORLEGEN, ja, det har også været en af tingene som har været meget svært. Ja, jeg har aldrig seksuelt været sammen med en pige eller en kvinde, men jeg har haft mange tanker omkring det og har også oplevet at føle mig tiltrukket af kvinder. Jeg har været forelsket i en pige, men har haft rigtig mange tanker om det. Jeg har været rigtig meget forvirret omkring det, i alle tilfælde de seneste par år. Faktisk har jeg haft rigtig meget lyst til et eller andet sted, at eksperimentere med det. Jeg har egentlig også været inde på en datingside for piger, UHA , UHA, hvem er jeg ? Det er sådan lidt en identitetskrise for mig og lidt for farligt.*

Det hører med til ungdomsårene at være usikker på sin seksuelle identitet, og at der skal eksperimenteres med tanker, følelser og relationer (55). Når A udtrykker forvirring og en følelse af at være i en identitetskrise kunne det tyde på at noget er gået galt i den separations-individuationsfase som også finder sted i ungdomsårene (22). At det handler om en identitetsforvirring ud over den almindelige identitetskrise som ungdomsårene er (11). A og D har ikke haft betingelserne for at gennemarbejde de almindelige udviklingskriser. Som tidligere nævnt, antager Buttenschøn (56), at den seksuelle identitet dannes igennem opvæksten og i et samspil med voksne omsorgspersoner, almindeligvis forældrene. Hvis barnets seksuelle udvikling ikke

respekteres og støttes kan det give skamfølelse og usikkerhed hos den unge og give en usikker seksuel identitet (56). Dette illustrerer måske en kompleksitet i udviklingen af identitet og den seksuelle identitet, når man er psykisk sårbar. Det er kendetegnende for personer med en personlighedsforstyrrelse, at der er en grundlæggende tidlig udviklingsforstyrrelse i deres relationer og især til betydningsfulde andre som forældre, venner og kærester. Den unge fungerer følelsesmæssigt svingende og har en meget ustabil identitet (24). Det bekræftes også af det udsagn som E kommer med i forhold til sin relation til sine forældre:

*E: ”Jeg tror at jeg er biseksuel, men ud over det, så er det lidt mærkeligt at, ja, jeg synes, at det er fuldstændig forkert når mine forældre kommer med perverse jokes om det og sådan noget, det gør det rigtig svært.*

Det illustrerer måske at E ikke bliver accepteret på sin seksualitet af sine forældre. Det kan være krænkende og skamfyldt at blive mødt med perverse jokes. I bogen ”Skam” af L.J. Sørensen (51) beskrives det, at skamfølelse handler om ydmygelse, hvor man føler sig udstillet og at dette kan føre til tab af selvforståelse og selvrespekt. Det er vigtigt med forståelse, accept og støtte fra forældrene, for at udviklingen af den seksuelle modning bliver succesfuld (56). Den støtte tyder det ikke på at E har fået. Faktisk er hendes seksualitet nærmest ikke eksisterende:

*E : ”Lige for tiden der er jeg næsten så godt som aoseksuel. Sex har egentlig altid haft en meget lille betydning for mig. Altså jeg ville have det helt fint i et forhold helt uden sex, så det er ikke noget der er meget vigtigt for mig. Det er måske lidt bonus ved et forhold, måske. Det vigtigste er, at man har kærlighed til hinanden og at man føler at man passer sammen. Jeg har jo bare været så uheldig, at alle de piger jeg nogen sinde har forelsket mig i, de har været heteroseksuelle. GRINER HØJLYDT. Det kunne være meget fedt at prøve at have en kvindelig kæreste. Det at man er der for hinanden, støtter hinanden, og egentlig bare har det godt sammen, så kan jeg sådan set godt nøjes med at ligge på sofaen og se en film”.*

Ifølge E tyder det på at hun mere søger en ven end en kæreste. Det kan være udtryk for angsten for ikke at slå til i et seksuelt forhold. Hun kan have en følelse af at være forkert. Hun kan føle sig forkert, fordi hun igennem sin opvækst er blevet mødt forkert (51). Utryk tilknytning påvirker selvværdet og kan skabe en høj grad af ængstelighed og angst (27). Hendes seksualitet er forbundet med vanskeligheder. B udtrykker ligeledes stor usikkerhed på hendes seksualitet og føler sig forkert i forhold til hendes kæreste:

*B: "Altså jeg har kun haft mænd som kærester, men vil nok mene at jeg er biseksuel, det tror jeg. Jeg føler mig tiltrukket af kvinder, og jeg har kysset med mange piger, men ikke sådan taget det, der skridt videre endnu. Det føles forkert at jeg har seksuelle fantasier om at være sammen med en pige, når jeg har sex med min kæreste. For det er jo helt tydeligt ikke ham, jeg så fantaserer om, GRINER, det har jeg svært ved at acceptere. Det giver mig skyld".*

Ovenstående citater belyser at det er forbundet med usikkerhed, angst og forvirring, at acceptere og rumme sin seksuelle identitet. Tillige at det er forbundet med en vis ensomhed, ikke at kunne tale om det, hvilket også kan påvirke den seksuelle trivsel. Det stemmer overens med de fund der fremgår af artiklen af C. Graugaard et al. (58), omhandlende sundhed og trivsel blandt danske LGBT-personer. Den viser, at mange af dem er påvirket af forstyrrelser i deres psykosociale trivsel. Ifølge CEFU 2010, fremgår det, at selvidentificerede homo- og biseksuelle unge havde signifikant lavere selvværd end jævnaldrende heteroseksuelle (9). I Center for Alternativ Samfundsanalyse påviste man i 2009, at der blandt de 16-29 årige LGBT-personer var en øget forekomst af angst, uro og nervøsitet (58). Specielt blandt de biseksuelle deltagere. Tillige at gruppen af LGBT-personer repræsenterede en mere udsat baggrundsbefolkning med dårligere muligheder for social, praktisk og følelsesmæssig støtte (58). I en anden undersøgelse (8) fremgår det at hver femte homo- eller biseksuelle kvinde har overvejet selvmord inden for det seneste år. Hver ottende har forsøgt at begå selvmord. Knap hver fjerde homo- eller biseksuelle mand anser sit seksualliv som dårligt eller meget dårligt. Det samme gælder knap hver ottende heteroseksuelle mand. Det nye studie, bygger på en spørgeskemaundersøgelse fra år 2000 blandt 8.500 danskere. Ovenstående mistrivselssymptomer er kendetegnende for informanterne i min undersøgelse, hvor fire ud af fem identificerer sig som biseksuel. Dog kan det diskuteres, hvorvidt de unge reelt er biseksuelle, eller om det mere omhandler deres forstyrrede identitetsudvikling igennem hele deres opvækst med ustabile forældre rollemodeller, resulterende i en forstyrrelse af deres personlighed. På en måde kan man tale om en uafsluttet identitetsudvikling. K. Zeuthen (45) skriver at barnets seksuelle identitet grundlægges i de relationer mellem barn og forældre der etablerede barnets barndom og forførte det med en helt specifik form for omsorg. Forældrene var rollemodeller. Kærligheden mellem børn og voksne er også kropslig, og det er også et afsæt for udviklingen af seksualitet (45). Det tyder på, at der er en stor skævhed i sundhed og seksuel trivsel for såvel seksuelle minoritetsgrupper og psykisk sårbare.

#### 10.4 Italesættelse af seksuel trivsel i den unges behandling i psykiatrien

I Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" 2013 (59), står der at sygeplejersken har pligt til at beskrive *"hvorvidt patienten har potentielle og /eller aktuelle problemer, inden for problemområdet seksualitet."*

De unge der indgår i undersøgelsen, har ikke oplevet at personalet har spurgt ind til deres seksualitet, selvom det fylder meget for dem og de ønsker at blive spurgt:

C: *"Nej, seksuel trivsel, det synes jeg ikke at de har spurgt ind til"*

Det er vigtigt, at det er sygeplejersken der tager emnet op, da hun er fagpersonen, og har pligt til det. I en undersøgelse beskrevet i Sygeplejersken (60), fremgår det, at ca. 50 % af patienterne ikke tager emnet op, hvis sundhedspersonalet ikke nævner det. Under 1 % af sygeplejerskerne taler konsekvent med patienterne om seksualitet, men at op mod 80 % finder det relevant. Ligeledes melder undersøgelsen at ca. 50 % af patienterne ikke tager emnet op, hvis de sundhedsuddannede ikke nævner seksualitet. I en undersøgelse beskrevet i British Journal of Cancer (61) fandt man, at 98 % af lægerne og sygeplejerskerne på en hospitalsafdeling mente, at spørgsmål omkring seksualitet var vigtige at tage op med patienterne, men kun 21 % af dem gjorde dette. Alle sygdomme, også de psykiske, har indvirkning på vores livssituation og sygdom begrænser forholdet til egen krop, seksualitet og evt. partner og dermed livskvaliteten (62).

Viden om seksualitet er relevant i alle sundhedsuddannelser, hvis omdrejningspunkt er menneskelige relationer og omsorg. Aktuelt er seksualitet ikke et obligatorisk fag i sundhedsuddannelserne, hvorfor mange af de sundhedsuddannede ikke føler sig kompetente til at varetage denne omsorg (63). I dag bør samtalen om seksualitet høre til i sundhedsarbejdet, idet der ikke alene fokuseres på behandling af fysisk eller psykisk sygdom, men også på patientens sundhed og trivsel (64). Der er en form for "tovejstabu" omkring samtale om seksualitet (5). "Tovejstabet" betyder, at de sundhedsuddannede og patienterne gensidigt fastholder hinanden i en uhensigtsmæssig forestilling om, at den anden ikke vil tale om seksualitet (60). Det kan der være flere årsager til. Det kan dreje sig om frygten for at krænke patientens og egen blufærdighed, travlhed, manglende viden og færdigheder, at emnet er irrelevant og ikke mindst frygten for at overskride deres faglige kompetence (5). Blufærdigheden omkring seksualitet kan lige så vel være tilstede hos behandleren og dække over en bagvedliggende angst for skam ved at blotte sig, og dermed påvirke behandlingsrelationen (51).

Den israelske sociolog A. Antonovsky (2), repræsenterede en sundhedsopfattelse, der inddrager det enkelte menneskes mestringsevner og evne til at skabe eksistentiel mening på trods af modgang og belastninger. Han fokuserede på salutogenese, dvs. sunde tilstandes opståen og årsagsforhold, modsat patogenese (sygelige tilstandes opståen og årsagsforhold) (2). I dette lå også begrebet "sense of coherence", som består af tre delelementer: begribelighed (at verden er forståelig og forudsigelig), håndterbarhed (at man selv har mulighed for at forme sit liv) og meningsfuldhed (at verden er værd at engagere sig i) (2). En sundhedsopfattelse der giver mening i samtalen om seksuel sundhed og trivsel når man er psykisk sårbar. Jf. figur 1 - Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv, s. 4. Det er vigtigt at de unge får indsigt i sammenhængen mellem deres medicin og eventuelle seksuelle bivirkninger, for at de på den måde kan håndtere det. Når de ikke får orientering fra sygeplejerskerne om sammenhængen forsøger de selv at finde denne sammenhæng:

*A: "Men har læst indlægssedlen fra medicinen ret grundigt, simpelthen fordi jeg kan godt lide at være godt informeret. Det jeg ved i forhold til seksuelle bivirkninger ville jeg jo ikke vide hvis ikke jeg havde læst indlægssedlen".*

På en måde bekræfter A det eksisterende tovejstabu, at seksualitet det taler man ikke om. Det virker heller ikke som om at hun forventer en samtale om seksualitet. Det tyder på at E deler den samme opfattelse.

*E: "Nej, men det kan jeg jo så også læse mig frem til, jo og høre fra andre folk der er på antidepressiver og sådan noget".*

Det viser med al tydelighed, at det er sundhedspersonalet der skal tage det faglige ansvar og åbne op for samtale om seksualitet. Sygeplejersken har pligt til (59) at give information og rådgivning om seksuelle bivirkninger ved den medicinske behandling, samt depressionens indvirkning på den seksuelle lyst (59). Information om seksuelle bivirkninger er særdeles relevant, blandt andet for at sikre god compliance i forhold til behandlingen for f.eks. depression. De seksuelle bivirkninger kan føre til, at den unge selv seponerer medicinen eller må acceptere eventuelle seksuelle bivirkninger, med deraf følgende konsekvenser. Faktorer der påvirker patientens sundhed og seksuelle trivsel (2). C og D har heller ikke oplevet at der har været talt om seksuel trivsel og sundhed i deres behandling:



*D: "Nej. Der var lige den der med ikke at kunne få den op og stå, ellers har der ikke været nogen....  
Hmm, jeg har aldrig fortalt gruppen at jeg er biseksuel, (nej) fordi det har aldrig været noget vi  
har diskuteret, snakket om. Seksuel orientering har der ikke været nogen diskussioner om  
overhovedet. Sex generelt har ikke været en diskussion overhovedet, det tror jeg også at unge  
mennesker kan finde lidt pinligt, hi, ha, vi griner af det agtigt".*

Det tyder på at de unge tilpasser sig et behandlingssystem, hvor der ikke er tradition for at tale om seksualitet, hvilket igen kan skyldes det førnævnte "tovejstabu", som der ligger i vores behandlingsskiltur. Samtidig italesætter D at det måske ville være lidt pinligt at tale om.. Det kan handle om blufærdighed og skam (51). Skamfølelsen er beslægtet med generthed, forlegenhed og pinlighed. Blufærdighed kan være godt, fordi at den kan fungere som en grænse, hvilket kan virke bekræftende for selvfølelsen. En grænse over for angsten og skammen ved at blotte intime følelser, tanker og meninger (51). D og i øvrigt flere af informanterne har en historik med en mangeårig psykosocial mistriksel, hvilket kan betyde at de holder deres private tanker og følelser for dem selv.

Som det fremgår af ovenstående er det af stor betydning for de unge at få viden om deres seksualitet i sammenhæng med deres sygdom og medicin, hvilket A også understreger:

*A: "Det er vigtigt at i sygeplejersker er meget åbne og fortæller om seksuelle vanskeligheder/bivirkninger samt trivsel med eller uden kæreste. Også at snakke om hvordan man kan italesætte det over for en kæreste/kommende kæreste. Det vil kun være godt for et forhold. Det er godt at være åben, det gør det hele meget nemmere hvis der er en god relation. Så vigtigt at være åben". "Ja og så vil det også være vigtig at snakke om det vi lige har snakket om at man kan have manglende orgasme, det kan være svært og evt. tørhed i skeden. Jeg tænker at der er rigtig mange som kan have svært ved at spørge om det, så derfor vil det være godt at blive informeret om".*

Det fremgår tydeligt at A gerne vil have mulighed for at drøfte hendes seksuelle trivsel, bivirkningerne ved medicinen samt relationerne til kæresten. Ved at vejlede sygeplejersken i at benytte en åben og positiv tilgang til seksualitet og sundhed, kunne det give indsigt i seksualitetens betydning for et menneskes livskvalitet og trivsel (2). Netop det med livskvalitet får også stor betydning for E:

*E: "Altså det bare at kunne blive informeret om sygdom, behandling og seksuel trivsel, det synes jeg kunne være meget fedt. Så ville jeg jo så også i mit sidste forhold kunne have haft en bedre begrundelse for når jeg ikke havde lyst, så det synes jeg absolut ville være fedt". "Ja jeg følte jo at*

*der var noget galt med mig, så jeg følte at jeg ikke slog til i forhold til det seksuelle. Jeg følte mig nok skyldig, og havde dårlig samvittighed”.*

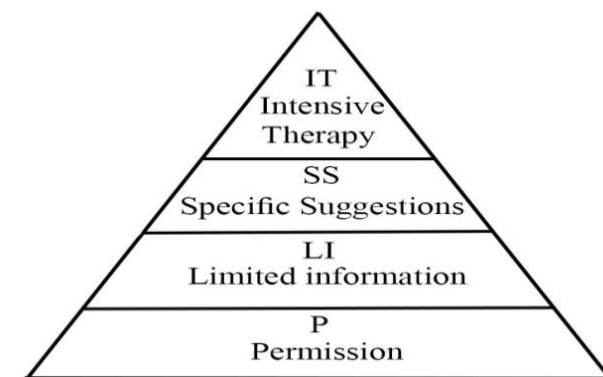
E får indirekte fortalt at hun er ked af at hun har mistet kæresten og at det er hendes egen skyld. På mange måder en bekræftelse af hendes seksuelle mistrivsel, samt en stigmatisering af hende selv som værende psykisk sårbar. Her har vi som sundhedspersonale et stort ansvar for at støtte op om sundhed og seksuel trivsel. Hertil kunne Antonovsky's sundhedsopfattelse understrege brugen af PLISSIT- modellen, som er et redskab til samtale om seksualitet. Denne er vist i figur 3 - PLISSIT- modellen, og er udviklet af psykologen Jack Annon i 1976, (5). Den beskriver følgende fire rådgivningsniveauer:

**P:** Permission= tilladelse. Dette indebærer at personalet skaber rum og tillader samtalen om seksualitet.

**LI:** Limited information= begrænset information. Her giver personalet en generel, men begrænset information om seksualitet.

**SS:** Specific Suggestions= specifikke forslag. Her bidrager personalet med specifikke løsningsforslag til håndtering af patientens seksuelle problemer.

**IT:** Intensive Therapy= intensiv terapi. Her gives intensiv og specifik terapi af alvorlige seksuelle problemer.



figur 3 - PLISSIT-modellen

Kilde: (5)

Det er vigtigt at sygeplejersken primært forholder sig til de to første trin i modellen og får signaleret at det er tilladt at tale om seksualitet, samt at informere om mulige seksuelle komplikationer i behandlingen. Blot det at være lyttende kan støtte den unge i fremadrettet at kunne klare de seksuelle problemstillinger. Det kommer også til udtryk hos B:

*B: ” Når man har en eller anden dårlig reaktionsmåde enten ved at være utro eller at dyrke sex uden beskyttelse øhh...eller hvad det nu kan være. Det kan påvirke en lige så meget som når man ryger eller spiser chips hele tiden GRINER;GRINER ” .” Ja men det er meget rart at når du siger at du gerne vil tale om det sådan åbent, så er det bare det vi gør.*

Det tyder på, at B anser seksuel trivsel som en vigtig sundhedsfaktor på lige fod med KRAM faktorerne.

*B: "man lægger sådan lidt på ryggen, det er jo sundhedspersonalet der sætter dagsordenen, man ved jo ikke helt hvad man kan bruge psykiatrien til, i kan jo bare udnytte det til hvad i vil, at inddrage alt det i synes er relevant".*

Her får B ligeledes fortalt at hun mangler information om, hvad psykiatrien egentlig kan bruges til. Det kunne f.eks. være at tale om sundhed og seksualitet. Det tyder det også på, at C savner:

*C: "når det handler om sådan noget som at kunne blive våd, så kan det være rigtig, rigtig svært, og komme og snakke med dem om, fordi man tror at det er noget fysisk og ikke psykisk. Jeg skammede mig jo over at jeg ikke havde seksuel lyst.. som er rigtig, rigtig svær at snakke om.. ( ja ) også fordi at det i forvejen er et noget tabubelagt emne.., og når man nu bemærker en fejl på sig selv, så er det ikke det man går hen og fortæller alle andre".*

Det ser ud til at C taler om angsten for at være forkert. Forkerthed kan være en skamfølelse over ikke at føle sig elsket, ikke at kende kærligheden, ikke at føle sig hjemme i sin egen krop og i sit eget liv. Man føler sig forkert når man er blevet mødt forkert (51,56). D har også gået med en følelse af at være forkert:

*D: "jeg kunne godt have brugt at der var nogen der fortalte mig at det er okay, at man ikke lige har den største sexdrive, når man er deprimeret og på medicin. Det kunne jeg godt have brugt noget information om. Jeg kunne godt have tænkt mig at vide at der kunne komme nedsat lyst og rejsningsbesvær. Netop fordi at sexlivet er en stor del af vores liv og trivsel."*

At have mistet en del af sit sexdrive forstærker følelsen af at være forkert og påvirker selvværdet og den seksuelle trivsel yderligere i negativ retning.

De unge har forskellige bud på, hvordan der kan komme mere fokus på seksualiteten i deres behandling:

*C: "ja en pjece kan man også godt bruge, altså hvis man sidder og læser, åh gud kan det virkelig påvirke og kunne det være derfor at jeg har det sådan, altså , men samtidig kunne man også , SYNKER SPYTTET, jeg tror at når man læser en pjece eller sidder til et foredrag så tænker man lidt anderledes over tingene, og det ville måske være det der gjorde at man gik hen og sagde til sin*

*læge, ved du hvad jeg har altså det her problem..” :” Jamen jeg synes jo at det er helt specielt at skulle være så ligefrem, øh, jeg har jo altid lært at pakke det hele ind og ikke sige tingene direkte, så jeg har lige skulle synke en ekstra gang da du spurgte ind til fugtighed i skeden”.*

Det tyder på at det er forbundet med en vis blufærdighed at tale for personligt om sin seksualitet, idet C foreslår at få information om seksuel sundhed og trivsel via en pjece.

D synes at en pjece er for kedelig og foretrækker kontakt med andre unge f.eks. via et foredrag:

*D: ”Foredrag kunne faktisk være et godt forslag, men jeg vil ikke mene at det skulle være et foredrag fra en professionel. Jeg vil hellere høre et foredrag fra folk der selv har været i behandling for depression ( ja) Det giver mere mening og man kan bedre relatere til sig selv, f.eks. med et ungt menneske der har haft de samme problemer( ja) ”.*

De unge forholder sig også til, om det kunne give mening at have sin kæreste med:

*E: ”Det kunne være rart at have kæresten med, så kunne vi have undgået mange konflikter i mit parforhold, pga. manglende lyst til sex. Så ville vi begge vide, at der kan være en årsag til den nedsatte lyst, og at man faktisk også kan gøre noget for at få lyst.*

En mulig samtale med den unge og kæresten kunne indeholde en snak om lystmodeller og kropsberøring. Her vises

Basson's lystmodel i figur 4 -

Basson's model of female

sexual response. Den

illustrerer det hun kalder

receptiv lyst, som betyder at

vejen til seksuel ophidselse og

lyst går via ønsket om nærvær og intimitet (65).

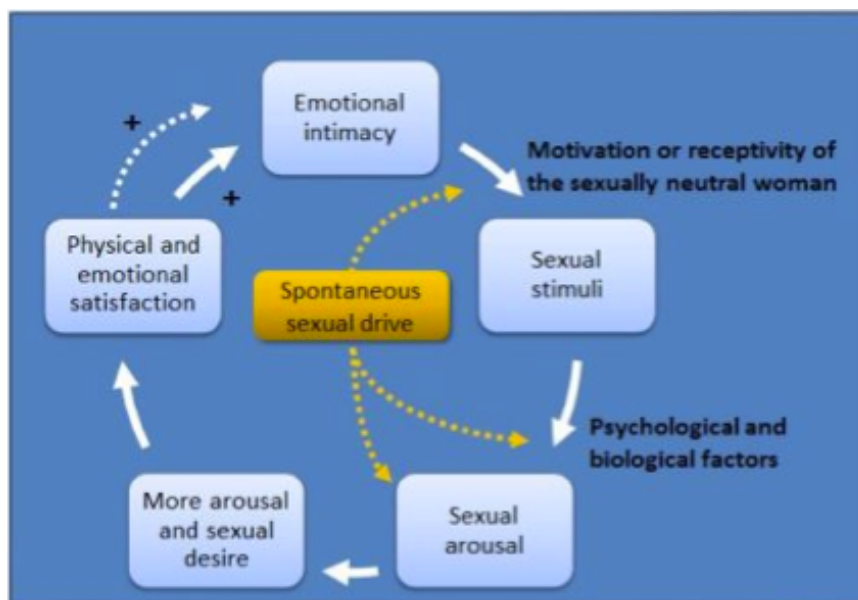
Kropsberøring kan være

massage af erogene og intime

kropsområder, som kan

stimulere den seksuelle ophidselse og lyst (66). Der kan også gives information om seksuelle

hjælpemidler, som f.eks. et massageapparat (5).



figur 4 - Basson's model of female sexual response

Kilde: (65)

E: *"Jeg synes, at man når diagnosen stilles, skal have al den information om hvordan det kan påvirke ens liv, og også hvordan det påvirker ens sexliv."*

Her understreger E vigtigheden i at se seksualiteten i det bio-psyko-sociale perspektiv, jvf. figur 1 - Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv.

A: *"Også at snakke om hvordan man kan italesætte det over for en kæreste. Fordi den støtte der er fra sin kæreste, det er jo noget helt særligt i forhold til ens forældre eller veninder, ik, det er bare noget andet"*

De unge fortæller at deres parforhold bliver påvirket af deres psykiske sygdom. Der kan være nedsat lyst til sex samt reelle medicinske bivirkninger der påvirker den seksuelle lyst. Der sker en påvirkning i deres relationer og roller (5). Det kan have ulykkelige konsekvenser, som det f.eks. skete for E. Manglende seksuel lyst hos E igennem et par år, bevirkede at parforholdet blev afsluttet. Et nederlag for de unge der i forvejen har det svært med tilknytning, selvværd og ensomhed. Omvendt kan seksualiteten også fungere som en "raskhedsfaktor", der kan give styrke og mod til at håndtere behandlingen. Her henvises igen til Antonovsky's "sense of coherence". D bekymrer sig også for seksualiteten i et parforhold:

D: *"Jeg ville gerne have kæresten med til samtale. Det ville være rigtig vigtig for min behandling tror jeg, for det er alligevel meget vigtigt i et kæresteforhold at man er attraktiv for hinanden og hvis du lige pludselig har nedsat lyst til sex, så kunne ens partner nem tro at det var pga. personen selv". "Altså få så gang i en snak om seksuel trivsel"*

I interviewene med informanterne er det tydeligt at der foregår en interaktion imellem dem og mig som forskeren. Informanterne var meget indstillet på at bidrage til at seksuel trivsel kunne komme på dagsordenen i psykiatrien. Der fremkommer en opblødning i blufærdigheden og en høj grad af åbenhed og intimitet. Tillige en refleksion over egen situation og en åbenhed over for at italesætte egne behov for seksuel rådgivning i deres behandling. Kvale (39) skriver, at det er forventeligt med denne udvikling igennem et interview. Spørgsmålet om hvorvidt forskeren har forført informanten må også vurderes. Der er ingen tvivl om, at interviewet udfordrede blufærdighedsgrænsen, legitimerede at samtale om seksualitet er vigtigt og en mulighed. Informanterne bidrog også til at hjælpe forskeren til at finde et fælles sprog.

## 11 Konklusion

Den seksuelle trivsel hos de unge psykisk sårbare i denne undersøgelse er dobbelt udfordret af deres livsomstændigheder med mistrivsel faktorer og en belastet opvækst. Faktorer der sammen med deres psykiske sårbarhed har påvirket dem i deres personlighed, selvopfattelse og selvværd. Deres mistrivsel og sårbarhed har påvirket deres mentale sundhed og har en negativ indflydelse på deres seksuelle trivsel, i et bio-psyko-socialt perspektiv. De har ikke udviklet deres seksualitet i fællesskaber, hvor der er plads til anerkendelse i forhold til psyke, krop, køn og seksualitet, som er naturligt for størstedelen af den danske ungdom. De er påvirket af en grundlæggende følelse af, at føle sig anderledes og udenfor. Den seksuelle lyst er påvirket af vanskeligheder med de intime relationer og en udtalt skamfølelse. Deres psykiske sårbarhed og medicinske behandling har også voldsom indvirkning på den seksuelle lyst. De unges seksuelle identitet er præget af usikkerhed og en følelse af at føle sig forkert. Fire ud af de fem informanter mente, at de var biseksuelle, og havde vanskeligheder ved at acceptere dette. Dette afspejler deres forstyrrelse i personligheden. De unge er samtidig usikre på deres egen identitet, hvis udvikling er præget af deres mentale mistrivsel igennem deres opvækst, med fravær af kompetente voksne rollemodeller. Faktorer der har påvirket deres tilknytningsmønster og relationer. Der kan ikke ud fra denne undersøgelse konkluderes at der er en overrepræsentation af LGBT-personer blandt psykisk syge, men i stedet kan det konkluderes at de har brug for støtte og rådgivning i forhold til udviklingen af deres seksuelle identitet. De unge efterlyser samtale og information om deres seksualitet i behandlingen af deres psykiske sårbarhed. Dette stiller krav til, at sundhedspersonalet sætter seksualiteten på dagsordenen på lige fod med KRAM-faktorerne og støtter de unge i deres seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv. Dermed kan seksualiteten få en positiv indvirkning på sundheden, og omvendt.

## 12 perspektivering

Mine fund om den seksuelle trivsel hos unge psykisk sårbare afspejler et stort behov for at få italesat seksualiteten i psykiatrien. Et fortsat tabu kan stigmatisere en forestilling om, at når man er psykisk sårbar er man asexuel. Ved at gå i dialog med de unge kan man imødekomme deres behov for samtale om seksualitet og sundhed og hjælpe dem til at få glæde af deres seksualitet, som beskrevet med de 6 R'er. Her må de sundhedsprofessionelle tænke seksualiteten ind i rehabiliteringen til fremme af den unges recovery-proces. Set i et samfundsmæssigt perspektiv vil det tillige gavne samfundsøkonomien, idet det vil have en sund påvirkning på sundhed og seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv. Det danske samfunds mange forebyggende indsatser til

at reducere årsager til mentale helbredssymptomer, skal også indeholde seksualiteten som sundhedsfaktor. Dette fordi seksualiteten er et basalt behov og et aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet. Seksualiteten udvikles fra fødslen af i det nære sammenspil med forældrene, hvorfor det også er vigtigt at de forebyggende indsatser har opmærksomheden rettet mod denne tidlige tilknytning. Det må derfor være en forudsætning at seksualiteten også kommer på dagsordenen i vores sundhedssystem, uddannelsessystemer og at der gives tilbud om kurser til relevante instanser. Seksualitet og sundhed skal følges ad og sprede sig som ringe i vandet.

## I. Litteraturliste

---

1. Almås E, Benestad Pirelli E. E: Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
2. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og sundhed. København Ø.: Vidensråd for forbyggelse; 2012.
3. WHO. Defining sexual health. Geneve: World Health Association, 2006.
4. Holmskov H., Skov A. Seksualitet på dagsordenen. København S.: Socialstyrelsen; 2012.
5. Graugaard C, Hertoft P, Møhl B.:Krop, sygdom & seksualitet. Kbh.: Hans Reitzel; 2006.
6. Møhl B. Seksuelle forstyrrelser. I: Simonsen E, Møhl B. Grundbog i psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. S.. 491-504.
7. Graugaard C. Intimitet. I: Johansen C. Kræft - senfølger og rehabilitering. Kbh.: Hans Reitzel; 2013. S.. 389-401.
8. Graugaard C, Giraldi A, Frisch M, Eplov LF, Davidsen M. Self-reported sexual and psychosocial health among non heterosexual Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*. November 2014; s.. 1-6.
9. Nielsen JC, Sørensen NU, Osmec NM. Unges seksualitet. I: Nielsen JC, Sørensen NU, Osmec NM. Når det er svært at være ung i Danmark- unges trivsel og mistrivsel i tal. København: CEFU; 2010. S. 145-69.
10. Illeris K, Katznelson N, Nielsen JC, Simonsen B, Sørnsen NU. Ungdomsliv. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2013.
11. Jørgensen S. P. Ungdom og identitet. I: Hauge L, Brørup M. Gyldendals psykologihåndbog. 3.udgave. Kbh.: Nordisk Forlag A/S; 2005. s.. 160-177.
12. Graugaard C. Vokseværker - et signalement af unge danskeres seksuelle liv. I: Redaktionen. Psyke & Logos. Kbh.: Dansk psykologisk forlag; 2010. S.. 232-256
13. Hertz S. Børne- og ungdomspsykiatri. København: Akademisk forlag; 2008. s.. 321-26
14. Giddens A. Intimitetens forandring. Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund. København: Hans Reitzels forlag; 1992. s.. 13-25
15. Giddens A. Intimitetens forandring. Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund. København: Hans Reitzels forlag; 1992. s.. 26-43
16. IS.F. Sexual rights: an IS.F declaration. London: IS.F; 2009



17. Undervisningsministeriet. Trinmål for emnet sundheds og seksual undervisning og familiekundskab efter 9. klassetrin (internet). Undervisningsministeriet. c2009; Lokaliseret d. 9/4-2014.  
<http://www.uvm.dk/Service/Publikationer/Publikationer/Folkeskolen/2009/Faelles-Maal-2009-Sundheds-og-seksualundervisning-og-familiekundskab/Trinmaal-for-emnet-sundheds-og-seksual-undervisning-og-familiekundskab-efter-9-klasse-trin/Handling-og-forandring>
18. Graugaard C, Roien LA. Didactic perspectives on pornography. I: Knudsen SV. Generation P? Youth, gender and pornography. Danmarks pædagogiske Universitetsforlag; 2007: s..312
19. Sørensen A, Anette Dina and Knudsen, Susanne V. Unge, køn og pornografi i Norden. Slutras.ort. Kbh.: The Nordic Council of Ministers APN; 2006. s..749.
20. Månson SA. Unge og sex. I: Nielsen JC, Sørensen NU, Katznelson N, Lindstrøm MD. Den svære ungdom. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. s.. 117-132.
21. Bancroft J. Human sexuality and its problems. 3rd Edition. Bloomington: Elsevier; 2009. S.. 28-29
22. Olsen OA. Psykodynamisk leksikon. København: Nordisk Forlag Gyldendal; 2002.
23. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke. Psykiatribogen - Sind-krop-samfund. København: Hans Reitzels Foelag; 2011.
24. Kawa B. Ensomhed og psykisk sygdom. I: Wiborg A. Der er bare ikke rigtig nogen...-en antologi om unge og ensomhed. København: Ventilen Danmark; 2007. S.. 156-74.
25. Due P, Meilstrup C, Obel C, Diderichsen F, Nordentoft M, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. København Ø: Vidensråd for forebyggelse; 2014.
26. Graugaard C. Sex og psykisk sygdom. I: Bogens forfattere og PsykiatriFonden. Ung og sårbar. Kbh.: PsykiatriFonden; 2000. S.. 47-56.
27. Bowlby J. En sikker base. Frederiksberg: Det lille forlag; 2008.
28. Schibbye AL. Relationer i et dialektisk perspektiv. København: Akademisk forlag; 2007.
29. Kristensen E. Sex og psyke. København: PsykiatriFonden; 2007.
30. Gerlach J, Vestergaard P. Psykofarmaka. København: PsykiatriFonden; 2010. S.. 81-108.
31. Gerlach J, Vestergaard P. Psykofarmaka. København: PsykiatriFonden; 2010. S.. 33-80.
32. Lehrer J, Shrier L, Gortmaker S, Buka S. Depressive Symptoms as a Longitudinal Predictor of Sexual Risk Behaviors Among US Middle and High School Students. Pediatrics .Volume 118, number 1. July 2006; s.. 189-200.

33. Wilson K, Asbridge M, Kisley S, Langille D. Associations of Risk of depression With Sexual Risk Taking Among Adolescents in Nova Scotia High Schools. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 55, no 9, September 2010; s.. 577-85.
34. Lambert G, Haley N, Jean S, Trembley C, Frasier JY, Otis J, et al. Sexual Health of Adolescents in Quebec Residential Youth Protection Centres. *Revue Canadienne de Santé Publique*. Vol. 104, no. 3, 2013; s.. 216-21.
35. Khan MR, Kaufman JS, Pence BW, Gaynes BN, Adimora AA; Weir SS. et. al. Depression, sexually transmitted infection, and sexual risk behavior among young adults in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Vol. 163, no. 7, july 2009; s.. 644-52.
36. Gonzales-Torres MA, Salazar MA, Inchausti L, Ibanes B, Pastor J, Gonzales G et. al. Lifetime sexual behavior of psychiatric inpatients. *International Society for Sexual Medicine*. 2010; s.. 3045-55.
37. Brinkmand S, Taangaard L. *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
38. Zahavi D. *Fænomenologi*. 2. oplag. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag; 2004.
39. Kvale S, Brinkmann S. *Interview – introduction til et håndværk*. 2. Udgave. København: Hans Reitzels forlag; 2009.
40. Hansen, HR. Unge og mobning. I: Nielsen JC, Sørensen NU, Katznelson N, Lindstrøm MD. *Den svære ungdom*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. s.. 49-64.
41. *Sex og samfund*. Unge vil have forældre og venner på banen for at reducere mistrivsel hos danske børn og unge. København: Sex og samfund; 2015.
42. Lasgaard M. Unge og ensomhed. I: Nielsen JC, Sørensen NU, Katznelson N, Lindstrøm MD, editor. *Den svære ungdom*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. s.. 35-48.
43. Zeuthen K. *Infantil seksualitet I*: Gammelgaard J., Mathiesen B., Zeuthen K., Pedersen S., Simonsen C., Morsing M. Rösing L., DET TALER: København; Akademisk forlag. s.. 79-109
44. Englund C. *Sex Lysten* (internet) Det Sociale Netværk. 2009. Lokaliseret d. 15 Marts 2015 [www.psykisksaarbar.dk/](http://www.psykisksaarbar.dk/)
45. Zeuthen K.: *Børn og seksualitet*. Månedsskrift for almen praksis; 2012.
46. Johanson T. Unge, krop og ydre. I: Nielsen JC, Sørensen NU, Katznelson N, Lindstrøm MD. *Den svære ungdom*. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. s.. 91-102.

47. Møhl B. Unge og cutting. I: Nielsen JC, Sørensen NU, Katznelson N, Lindstrøm MD. Den svære ungdom. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. s..65-76.
48. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke. Psykiatribogen - Sind-krop-samfund. København: Hans Reitzels Foelag; 2011. S.. 377-405.
49. Nordentoft M. Unge og selvmord. I: Nielsen JC, Sørensen NU, Katznelson N, Lindstrøm MD. Den svære ungdom. København: Hans Reitzels Forlag; 2010. S.. 77-90.
50. Haraldsen I. Seksualitetens betydning for sundhed og velvære. I: Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke. Psykiatribogen - sind-krop-samfund. København: Hans Reitzels Foelag; 2011. S.. 432-43.
51. Sørensen J.L. Skam, medført og tillært. Latvia: Hans Reitzels Forlag; 2013.
52. Melchior E. Parforhold - Intimitet i hverdagen. København: Bogforlaget Frydenlund; 2009.
53. Skårderud F. Stærk/svag. Latvia: Hans Reitzels Forlag; 2011.
54. Skårderud F. Spiseforstyrrelser og seksualitet. I: Graugaard C, Hertoft P, Møhl B. Krop, sygdom & seksualitet. Kbh.: Hans Reitzel forlag; 2006. S.. 147-166.
55. Blos P. Om ungdomsårene - en psykoanalytisk belysning. København: Hans Reitzel forlag; 1969.
56. Buttenschøn J.: Sexologi. En bog om udviklingshæmmede børns seksualitet. Viborg: E:I:B:A:-PRESS; 1992.
57. Sundhedsstyrelsen. Ung2006 – 15-24-åriges seksualitet – viden, holdninger og adfærd. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
58. Graugaard C, Giraldi A, Frisch M, Eplov LF, Davidsen M. Sundhed og trivsel blandt danske LGBT-personer. Månedsskrift for almen praksis; 2014.
59. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
60. Sommer C, Christensen K. Bryd tabuet-tal om sex. SYGEPLEJERSKEN. 2007; (6) s.. 22-23.
61. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. London: British Journal of Cancer; 2003. s.. 666-71.
62. Thor R.: Husk at tale seksualitet med patienterne. SYGEPLEJERSKEN. 2012; (1) s.. 95-97.
63. Sigaard L. Seksualitet- en omsorgsdimension. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2003.

64. Bay-Hansen J. Samtalen om seksualitet. *SYGEPLEJERSKEN*. 2014; (9) s.. 77-85.
65. Giraldi A, Kristensen E, Sand M. Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: an online survey in a population sample of Danish adults ages 20-65 years. *J Sex Med*. 2015; 12 (1) s.. 116-28.
66. Tollesen E, Borup H. Berøring og dens betydning. Ry: Center for Pædagogisk Massage; 2008.