



2026-05-05

# **Antidepressiva- associerad sexuell dysfunktion och tilläggsbehandling med buspiron-**

En kartläggande litteraturstudie

Författare: Ina Annerås, ST-läkare  
Capio Vårdcentral Stenungsund

Rapport: 286 855 (rapport nr FoU i VGR), 2026

## Litteraturstudie 2026

FoU i VGR: [www.researchweb.org/is/vgr/project/286855](http://www.researchweb.org/is/vgr/project/286855)

Utförd under ST i allmänmedicin  
inom Grundläggande forskningsmetodik för ST-A

Kursort: Göteborg

### **Handledare:**

Marcus Praetorius Björk, FoU-strateg forskning och innovation, Fil.dr. Psykologi,  
FoU primär och nära vård Göteborg och Södra Bohuslän

Robert Eggertsen, specialistläkare i allmänmedicin, docent i allmänmedicin, FoU  
primär och nära vård Göteborg och Södra Bohuslän, Allmänmedicin

### **Studierektor:**

Amir Hoshiargar, specialistläkare i allmänmedicin, Studierektor för ST i  
allmänmedicin Storgöteborg

# Sammanfattning

## ***Bakgrund***

Sexuella biverkningar av antidepressiva läkemedel är vanligt. Eftersom förstahandsvalet preparatbyte är förenat med en del kliniska begränsningar behövs andra behandlingsalternativ som är grundade på vetenskaplig evidens. Det råder delade meningar i litteraturen och regionala riktlinjer gällande buspiron som tilläggsbehandling, varför en kartläggning av detta område är intressant.

## ***Syfte/frågeställning***

Denna kartläggande litteraturöversikt syftar till att sammanställa det aktuella kunskapsläget gällande tilläggsbehandling med buspiron hos vuxna med antidepressiva-associerad sexuell dysfunktion.

## ***Metod***

Denna studie är utformad som en kartläggande litteraturöversikt enligt Arksey & O'Malley, där litteratursökning genomförts i PubMed, Embase och PsycINFO.

## ***Resultat***

De fyra inkluderade studierna var små, majoriteten var publicerade innan år 2001 och de varierade metodologiskt från enskilda fallobservationer och retrospektiva analyser till en dubbelblindad randomiserad kontrollerad studie. Resultaten var motstridiga. De retrospektiva studierna rapporterade gynnsamma resultat, till skillnad från de placebokontrollerade studierna som inte visade någon statistiskt signifikant skillnad.

## ***Konklusion***

Det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för att rekommendera tilläggsbehandling med buspiron i riktlinjer och klinisk praxis. Framtida forskning bör inriktas på att utvärdera buspiron i det högre dosspektrumet genom storskaliga randomiserade kontrollerade studier för att säkerställa en evidensbaserad handläggning i vården.

## ***Nyckelord***

Buspiron, tilläggsbehandling, antidepressiva-associerad sexuell dysfunktion, sexuella biverkningar.

## **Bakgrund**

En stor andel av befolkningen i världens höginkomstländer behandlas med något av de läkemedel som klassas som antidepressiva, med en stadig ökning av förskrivningen. Mellan 2011 och 2021 ökade förbrukningen av antidepressiva med nästan 50 % i OECD-länder (1).

Sverige är inget undantag. Drygt 11 % (1,2 miljoner) av Sveriges totala befolkning, hämtade under 2023 ut något dessa läkemedel (2). Under 2024 hämtade 15 procent av kvinnorna och 8 procent av männen ut ett antidepressivt läkemedel i Sverige (3).

### ***Vad är antidepressiva läkemedel?***

Antidepressiva är en heterogen grupp av läkemedel där verkningsmekanismerna inte är helt klarlagda. Huvudeffekten tros komma av att läkemedlen ökar tillgängligheten av olika signalsubstanser i nervsynapserna i hjärnan, där de viktigaste är de tre monoaminerna serotonin, noradrenalin och dopamin (4). Antidepressiva delas in i olika grupper baserat på sin huvudsakliga verkningsmekanism, där selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) är förstahandsvalet för både depression och ångestsyndrom. Dessa hämmar återupptaget av serotonin i synapsklyftan, vilket leder till ökade nivåer av signalsubstansen i hjärnan. Andra grupper verkar på fler signalsubstanser samtidigt. Exempel på dessa är serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) som inhiberar återupptaget av serotonin och noradrenalin, samt noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmare (NDRI) som hämmar återupptaget av dopamin och noradrenalin i synapserna (5).

Antidepressiva förskrivs huvudsakligen vid depression och olika ångestsyndrom, men vissa antidepressiva har i Sverige även indikation för bland annat posttraumatiskt stressyndrom, premenstruellt dysforiskt syndrom, migränprofylax, och diabetesneuropati (6). Antidepressiva förskrivs också frekvent utanför godkänd indikation (så kallad off-labelförskrivning). En kanadensisk primärvårdsstudie från 2016 visade att nästan 30% av alla förskrivningar av antidepressiva var utanför godkänd indikation (7).

### ***Sexuella biverkningar***

Sexuell dysfunktion kan delas in i tre kategorier: luststörning (minskat intresse/libido), upphetsningsstörning (nedsatt vaginal lubrikation, vulva- och klitorisfyllnad och erektion) samt orgasm- och utlösningstörning. Till upphetsningsstörning räknas också subjektivt nedsatt känsla av sexuell upphetsning (8). Denna typ av biverkning har negativ inverkan på patientens livskvalitet, självkänsla och relationer, samt identifieras i studier som en av de främsta anledningarna till att patienter avslutar sin behandling med antidepressiva (9). Sexuella biverkningar av antidepressiva är vanligt. I en open-label studie från 2001 med 1022 deltagare som hade normal sexfunktion innan de påbörjade behandling med ett antidepressivt läkemedel rapporterade 59 % någon form av sexuell

biverkan. Högst var incidensen för SSRI, så hög som 58–73% (10). I en metaanalys från 2009 fann författarna att mellan 25 och 80% av patienterna som använde en SSRI eller SNRI upplevde sexuell dysfunktion, jämfört med i genomsnitt 14% av patienterna i placebogruppen (11). Den sexuella funktionen är komplex, och påverkas av både hormoner och signalsubstanser. Serotonin tros huvudsakligen hämma libido och orgasmfasen vilket kan förklara varför SSRI och SNRI har högst incidens av sexuella biverkningar. Dopamin stimulerar lust och fysisk upphetsning, medan noradrenalin är viktigt för orgasm och ejakulation (12).

## ***Handläggning av antidepressiva-inducerad sexuell dysfunktion***

I litteraturen beskrivs i huvudsak fem strategier för att hantera sexuella biverkningar vid antidepressiv behandling: exspektans, dosreduktion, preparatbyte, ”drug-holiday” samt tilläggsbehandling (13–16). Vid de tillfällen där exspektans och dosreduktion ej är lämpligt eller inte fungerar, kan läkemedelsbyte tyckas utgöra den enklaste metoden, men flera faktorer begränsar genomförbarheten. De antidepressiva som är godkända i Sverige som har låg eller ingen negativ påverkan på sexuell funktion är mirtazapin, bupropion, morklobemid och agomelatonin. Gemensamt för dessa är begränsad påverkan på det serotonerga signalsystemet, vilket i stället medför en annan biverkningsprofil (10,11). Exempelvis är sedation och viktuppgång en vanlig biverkan av mirtazapin, vilket inte sällan leder till bristande följsamhet (9). Merparten av dessa läkemedel saknar indikation för behandling av ångestsyndrom, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom eller smärtsyndrom, vilket begränsar deras användbarhet som ersättningspreparat för en stor patientgrupp.

Buspiron är ett ångestdämpande läkemedel som till skillnad från benzodiazepiner inte verkar sederande via GABA-systemet, utan är huvudsakligen en partiell agonist till serotoninreceptorn 5-HT<sub>1A</sub>. Verkningsmekanismen är inte helt klarlagt, men sekundärt till aktivering och hämning av flera olika receptorer ökar nivåerna av dopamin och noradrenalin i hjärnan (17). Som tidigare nämnts hämmar ökade serotoninivåer i hjärnan den sexuella funktionen, men aktivering av 5HT<sub>1A</sub>-receptorn verkar istället främja densamma (18). Eftersom buspiron stimulerar 5-HT<sub>1A</sub>-receptorn och samtidigt höjer dopamin och noradrenalinivåerna, kan det hypotetiskt lindra den sexuella dysfunktion som är förknippad med antidepressiv behandling. Buspiron har länge använts off-label som tilläggsbehandling vid sexuella biverkningar av antidepressiva (19), men det råder ingen fullständig konsensus kring klinisk praxis. Användningen förordas i vissa regionala riktlinjer (20–22). Det finns också litteraturöversikter som lyfter fram buspiron som ett tänkbart behandlingsalternativ (23,24). Andra litteraturöversikter ställer sig kritiska eller inte nämner behandlingen alls (13,16,25,26).

Sammanfattningsvis är antidepressiva-inducerad sexuell dysfunktion en vanlig problematik som påverkar de drabbades liv negativt. Majoriteten av dessa patienter behandlas i primärvården. Eftersom förstahandsvalet preparatbyte är förenat med en del kliniska begränsningar behövs andra

behandlingsalternativ som är grundade på vetenskaplig evidens. Med tanke på diskrepansen som råder bland kunskapsöversikter och behandlingsrekommendationer gällande buspiron som tilläggsbehandling är en kartläggning av kunskapsunderlaget på detta område särskilt intressant.

## **Syfte**

Denna kartläggande litteraturöversikt syftar till att sammanställa det aktuella kunskapsläget gällande tilläggsbehandling med buspiron hos vuxna med antidepressiva-associerad sexuell dysfunktion.

## **Metod**

### ***Studiedesign***

Denna studie är en kartläggande litteraturöversikt (scoping review) som är utförd enligt Arksey & O'Malleys ramverk (27). Metoden baseras på fem steg: initialt identifieras forskningsfrågan, sedan görs en bred sökning i flera databaser för att identifiera relevanta studier. Studier väljs ut baserat på förutbestämda kriterier. Viktig information samt data extraheras. I sista steget sammanställs och syntetiseras den extraherade informationen. Med denna metod görs en genomgång av befintlig litteratur inom ett forskningsfält på ett systematiskt sätt för att kartlägga det aktuella kunskapsläget. Metoden kan upptäcka brister i kunskapsläget och synliggöra viktiga områden som behöver studeras mer i framtiden, men det görs ingen systematisk kvalitetsgranskning av de inkluderade studierna som i en systematisk översikt, och inte heller någon statistisk sammanvägning som vid en metaanalys. Däremot görs en analytisk omtolkning av den inkluderade litteraturen, till skillnad från tillvägagångssättet i enklare översikter som till exempel narrativa litteraturöversikter. För att metoden ska vara reproducerbar används tydliga urvalskriterier och systematiska sökningar i flera databaser (28).

PRISMA-ScR checklista användes för att säkerställa att alla moment genomfördes (29).

### ***Identifiering av forskningsfrågan***

En PIO modell (P=population, I=intervention, O=outcome) användes för att ta fram forskningsfrågan (24).

*Population:* Vuxna ( $\geq 18$  år) med antidepressiva-associerad sexuell dysfunktion.

*Intervention:* Buspiron som tilläggsbehandling till pågående antidepressiv behandling.

*Outcome:* Förändring av den sexuella dysfunktionen.

## **Sökstrategi**

Sökstrategin utformades med hjälp av bibliotekarie från Biomedicinska biblioteket vid Göteborgs universitet. En bred söksträng valdes för att inte missa någon relevant studie då forskningsfältet är relativt litet. Buspiron tillhör läkemedelsgruppen azapiron, vilken därför togs med i söksträngen. Litteratursökningen utfördes i tre databaser, PubMed, Embase och PsycINFO, datum 25 februari 2026.

Söksträng i PubMed:

```
("Buspirone"[Mesh] OR buspirone[Title/Abstract] OR  
buspirona[Title/Abstract] OR azapirone[Title/Abstract] OR  
Azapiron[Title/Abstract] OR Buspar[Title/Abstract] OR  
Anksilon[Title/Abstract] OR Bucapsol[Title/Abstract] OR  
buripal[Title/Abstract]) AND ("Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh]  
OR "Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh] OR "Sexual Health"[Mesh]  
OR "Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh] OR "Libido"[Mesh]  
OR sexual*[Title/Abstract] OR orgasm*[Title/Abstract] OR  
ejaculation[Title/Abstract] OR libido[Title/Abstract] OR  
lubrication[Title/Abstract] OR arousal[Title/Abstract] OR  
anorgasm*[Title/Abstract] OR erection[Title/Abstract] OR  
erectile[Title/Abstract])
```

Sedan modifierades söksträngen för att vara så likvärdig som möjligt i PsycINFO och Embase. Dessa söksträngar presenteras i sin helhet i bilaga 1.

## **Studieurval**

Först sorterades dubletter bort. Sedan lästes titlar och abstrakt, och studierna inkluderades eller exkluderades enligt nedan angivna kriterier. Då forskningsfältet är relativt litet gjordes valet att inkludera eventuella fallrapporter, som även om de ligger längst ner i evidenshierarkin kan tillföra viktiga observationer. Artiklar som bedömdes som potentiellt relevanta lästes i fulltext. I samband med genomgång av inkluderade artiklar söktes artiklarnas referenslistor igenom, och artiklar som bedömdes relevanta för litteraturöversikten gick igenom på samma sätt som de ursprungliga artiklarna funna genom databassökning.

Inklusionskriterier:

1. Referent-granskade primärstudier oavsett studiedesign.
2. Studier som inkluderar vuxna ( $\geq 18$  år) med antidepressiva-associerad sexuell dysfunktion.
3. Studier som undersöker buspiron som tilläggsbehandling till pågående antidepressiv behandling.
4. Studier som mäter eller utvärderar förändring av den sexuella dysfunktionen
5. Studier publicerade på svenska eller engelska.

Exklusionkriterier:

1. Litteraturoversikter, metaanalyser och andra sekundära källor för att undvika dubbelrapportering av originaldata.
2. Studier där fulltext inte kunde erhållas.

## ***Forskningsetiska övervägande***

Eftersom detta är en kartläggning av befintliga studier krävs inte etisk prövning. Däremot noterades det om inkluderade studier etikprövats och fördes in i tabell 1.

## **Resultat**

Sökningen i de tre databaserna Embase, PubMed och PsycINFO gav 457 artikelträffar, varav 91 sorterades bort på grund av att de var dubletter. Efter genomgång av titel och abstrakt utifrån valda inklusions- och exklusionkriterier återstod sex artiklar som lästes i fulltext. Av de artiklar som lästes i sin helhet inkluderades fyra artiklar i denna studie. Se PRISMA flödestabell, figur 1, som beskriver urvalsprocessen.

## ***Studiekaraktäristika***

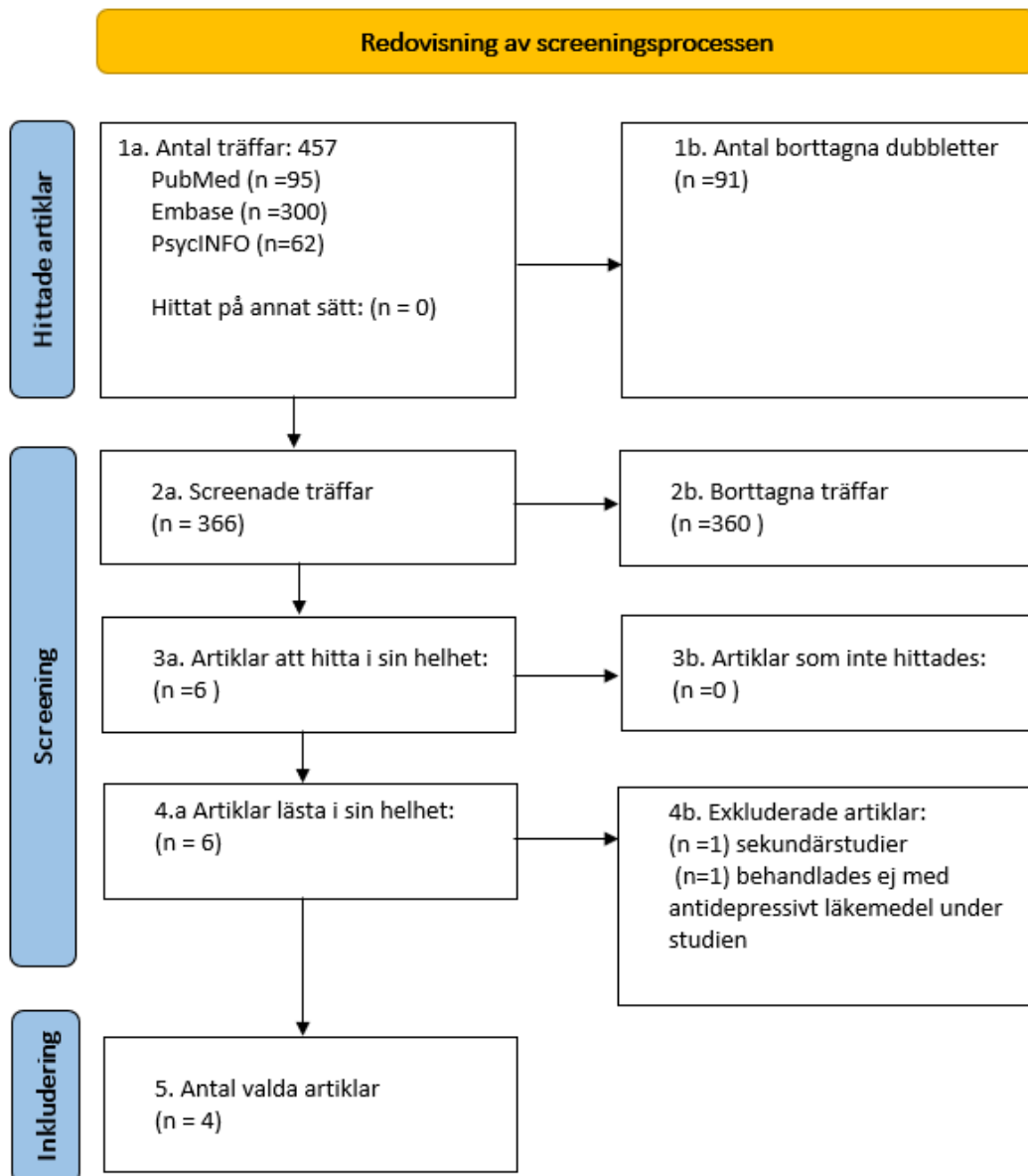
Tre av de fyra inkluderade studierna publicerades under perioden 1994–2000 (30–32), med ett avsevärt tidsintervall till den senast inkluderade artikeln av Lipman et al. (33) från 2024. Studierna uppvisade stor metodologisk spridning, där studiedesignerna sträckte sig från en enskild fallobservation (33) till en dubbelblindad randomiserad kontrollerad studie (RCT) (32). Även om tre av studierna (30,31,33) kan klassificeras som retrospektiva, bör det noteras att Landén et al. (31) utförde en post-hoc analys av prospektivt insamlade data från en RCT (34). Studien (31) är således både retrospektiv och placebokontrollerad, och kommer fortsättningsvis i denna litteraturoversikt att refereras till som placebokontrollerad. Originalstudien av Landén et al. (34) var designad för att utvärdera effekten av buspiron som tilläggsbehandling vid behandlingsresistent depression.

Genomgående var studierna små med skiftande studiepopulationer. Landén et al. (31) inkluderade endast patienter med pågående depression, medan Michelson et al. (32) krävde att deltagarna skulle vara stabilt behandlade för psykisk ohälsa för att minska risken för att det var depressionen som orsakade den sexuella dysfunktionen. Studiepopulationerna omfattade en till 61 personer. Studiedeltagarnas ålder varierade avsevärt mellan de olika studierna, exempelvis inkluderade Michelson et al. (32) kvinnor under 50 år, Norden (30) män och kvinnor 29–45 år medan i artikeln av Landén et al. (31) framgår inte åldern på deltagarna men i originalstudien inkluderades män och kvinnor i åldern 21–82 år (34).

Geografiskt var studierna koncentrerade till USA, med undantag för Landén et al. (31) vars forskning bedrevs i Sverige och Norge.

I samtliga studier var det antidepressiva läkemedel ur gruppen SSRI som associerades med sexuell dysfunktion. Den dagliga dosen bupiron varierade mellan 10–60 mg. Den mest förekommande doseringen var 30 mg/dag. I studien av Michelson et al. (32) var det en mindre variation i doserna (20–30 mg) samt en lägre högsta dos än i de övriga tre studierna.

Inkluderade studier presenteras sammanfattat nedan i Tabell 1.



Figur 1 Flödesdiagram för urvalet av artiklar till litteraturoversikten enligt PRISMA-Scr (29)

## **Effekt av buspiron**

De fyra inkluderade studierna uppvisade blandade resultat. De två studierna med retrospektivt insamlade data (30,33) beskrev gynnsamma kliniska utfall. I de placebokontrollerade studierna (31,32) uppnåddes däremot ingen statistiskt signifikant skillnad mellan buspiron- och placebogrupper. Lipman et al. (33) redovisade ett fall med en ung man som fick ejakulationssvårigheter efter insättning av SSRI, där total remission av sexuell dysfunktion nåddes efter tre veckors behandling med buspiron. En motsvarande positiv trend observerades i Nordens retrospektiva fallserie (30), där 69% av de 16 inkluderade patienterna uppvisade förbättrad sexualfunktion på tilläggsbehandling med buspiron. Studien innefattade dock ingen statistisk signifikansbedömning. Landén et al. (31) presenterade ett numeriskt positivt utfall med förbättrad sexuell funktion hos 58% i gruppen som fick buspiron i fyra veckor, jämfört med 30% i placebogrupper. Skillnaden uppnådde inte statistisk signifikans ( $p=0,062$ ). Inte heller i den randomiserad kontrollerade studien av Michaelson et al. (32) där patienterna behandlades med buspiron under åtta veckor uppnåddes statistisk signifikant skillnad jämfört med placebogrupper. I båda dessa studier noterades en hög placeboeffekt.

## **Skillnader mellan könen**

I de två studier som inkluderade deltagare av båda könen (30,31) framkom inga belägg för könsspecifika skillnader i respons på buspiron. Visserligen uppvisade Landén et al. (31) en till synes större effektskillnad mellan buspiron och placebo hos kvinnor, men vid en närmare analys förklaras det av en påtaglig placeborespons i den manliga kontrollgruppen. Faktum är att en numerärt högre andel män, 64 %, uppvisade positiv effekt av buspiron jämfört med 53 % av kvinnorna. Också i studien av Norden (30) var skillnaderna obetydliga. En klinisk förbättring noterades hos 70 % av de kvinnliga och 67 % av de manliga deltagarna.

## **Tolerans och biverkningar av buspiron**

Buspiron tolererades generellt väl, och avbrottsfrekvensen på grund av biverkningar var låg. De vanligaste biverkningarna som rapporterades i de prospektiva studierna var illamående, yrsel och huvudvärk av mild till måttlig karaktär. Incidensen uppvisade ingen signifikant skillnad jämfört med placebogrupper (31,32). Liknande observationer gjordes i Nordens fallserie (30) där behandlingen beskrevs som väl tolererad, med undantag för en ökad irritabilitet hos ett fåtal patienter. Denna biverkan noterades främst hos individer som tidigare upplevt irritabilitet som lindrats av SSRI-behandling. Biverkningsprofilen varierade inte mellan könen.

## **Mätinstrument och utfallsmått**

De inkluderade studierna analyserade liknande typer av sexuell dysfunktion, främst minskad libido samt problem med den fysiska delen av upphetsning och orgasmstörningar. Däremot ses stora variationer i de instrument som använts för att utvärdera sexuell funktion. Studierna

använde sig inte av de vanligt förekommande validerade mätinstrumenten för sexuella biverkningar som ofta används i modern forskning, såsom Arizona Sexual Experience Scale (35). Varianter av Clinical Global Impression-Change skalan (CGI-C) nyttjades i studierna av Michelson et al. (32) och Norden (30). CGI-C som ibland benämns CGI-Improvement (CGI-I) är ett validerat skattningsinstrument för att mäta klinisk förändring och består av en 7-gradig skala där 1 motsvarar "våldigt mycket förbättrad" och 7 motsvarar "Våldigt mycket försämrade" (36). Michelson et al. (32) kombinerade subjektiva och klinikerstyrda mätmetoder. Författarna använde en specifik CGI-skala för sexuell dysfunktion (CGI-SF) i kombination med patientdagböcker där sexuell funktion skattades dagligen med en visuell analog skala (VAS) samt en semistrukturerad intervju (Interviewer Rating of Sexual Function). I de retrospektiva arbetena var mätmetoderna mer ospecifika. Norden (30) tillämpade en generellt hållen Clinical Global Impression-skala för att kategorisera patienternas totala förbättring, medan Lipman et al. (33) baserade sina resultat på en enskild klinisk observation av ett patientfall där total remission noterades. I den ursprungliga depressionsstudien (34) använde Landén et al. UKU Side Effect Scale för att strukturerat utvärdera bland annat sexuella biverkningar. Svaren graderades på en fyrgradig skala, och dessa data låg till grund för den post-hoc-analys som genomfördes av Landén et al. (31).

**Tabell 1:** Inkluderade studier

Författare år, tidskrift	Studiedesign , längd på studien	Land	Population	Typ av sexuell dysfunktion	Typ av antidepressiv och daglig dos	Dosering buspiron	Utfallsmått	Resultat	Etiskt godkänn ande
Norden, 1994, Depression (30)	Retrospektiv fallserie, Behandlingst id uppges ej	USA	N=16 ålder 29- 45 år, 10 kvinnor och 6 män	Nedsatt libido och orgasm- störning	Fluoxetin 10-80 mg, Sertralin 50- 150 mg, paroxetin 30- 40 mg	15-60 mg (vanligast e dosen 30 mg)	Utfallsmått Utifrån vad patienten uppgett vid uppföljning översatt av författaren till CGI-C, en 1-7 gradig skala	69 % (n=11) förbättrades mycket eller väldigt mycket (1-2 på skalan)	Framgår ej i artikeln
Landén et al. 1999, Journal of clinical Psychophar macology (31)	Post- hocanalys av RCT med utfallsmått depression, 4 veckor.	Sverige och Norge	N=47 Ålder över 18 år 20 män, 27 kvinnor	Nedsatt libido, erektil dysfunktion, orgasm- störning	Citalopram 40 mg eller paroxetin 30 mg.	10-60 mg/dag	Veckovis intervju med UKU side effekt scale, en 0-3 gradig skala	Remission av sexuell dysfunktion 58% i buspirongruppen jmf placebo 30 % ej statistiskt signifikant skillnad	Original- studien var etiskt godkänd
Michaelson et al. 2000, American Journal of Psychiatry (32)	Dubbel- blindad RCT, 8 veckor.	USA	N=61 Kvinnor, ålder 18-50 år	Nedsatt sexuellt intresse, upphetsning och orgasm- störning	Fluoxetin medel 32.4 (SD 12) mg/dag i buspirongruppe n, medel 25.7 (SD 8.7) i placebogruppe n	20-30 mg/dag	Patient dagbok med VAS-skolor, semistrukturerad intervju "Interwier Rating of Sexual Function" och CGI- SF, en 1-5 gradig skala.	Ingen statistiskt signifikant skillnad mellan placebo och buspirongruppen.	Ja
Lipman et al. 2024, Cureus (33)	Fallrapport, 6 veckor	USA	N=1 Man i 20 års åldern	Ejakulations- störning	Sertralin 75- 150 mg	30 mg	Remission av ejakulationstörning	20 dagar efter tillägg av buspiron total remission av ejakulations- störning	Framgår ej i artikeln

RCT=Randomiserad kontrollerad studie, CGI= Clinical Global Impression-Change skala där 1=väldigt mycket förbättrad, 7=väldigt mycket försämrad, CGI-SF= Clinical Global Impression-Sexual Function skalan där 1=ingen nedsättning, 5=svår nedsättning, UKU side effekt scale där 0 =inga besvär, 3=svåra besvär, SD=Standardavvikelse

# Diskussion

## **Huvudresultat och kunskapsläge**

Denna kartläggande litteraturöversikt har undersökt det aktuella kunskapsläget gällande buspironens effekt på antidepressiva-associerade sexuella biverkningar. Kartläggningen visar att ämnet är relativt utforskat, då endast fyra studier uppfyllde denna studies inklusionskriterier. De inkluderade studierna var små, majoriteten var publicerade innan år 2001 och de varierade metodologiskt från enskilda fallobservationer och retrospektiva analyser till en dubbelblindad RCT.

Resultaten gällande effekten av buspiron som tilläggsbehandling vid SSRI-associerad sexuell dysfunktion är motstridiga. De retrospektiva studierna (30,33) rapporterade gynnsamma resultat, till skillnad från de placebokontrollerade studierna (31,32) som inte visade någon statistiskt signifikant skillnad. Studier med högre doser buspiron uppvisade viss förbättring. Ingen effektskillnad mellan könen kunde identifieras. Buspiron tolererades väl med få och milda biverkningar.

## **Metoddiskussion**

Landén et al. (31) utgör ofta en central referens i behandlingsöversikter och regionala riktlinjer som föreslår buspiron som behandlingsalternativ (22–24). Rekommendationen baseras sannolikt på studiens numeriska utfall där 58% i buspirongruppen förbättrades jämfört med 30% i placebogruppen, trots att denna skillnad inte uppnådde statistisk signifikans. Eftersom endast 47 av den ursprungliga depressionsstudiens (34) 119 deltagare inkluderades i efteranalysen av Landén et al. (31), underskreds den för ursprungstudiens statistiska styrkeberäknade urvalsstorlek på 86 personer. Detta ger studien av Landén et al. (31) en låg statistisk styrka, och en hög risk för typ II-fel, det vill säga att studien riskerar att missa en verklig effekt. Att en skillnad på enstaka individer mellan grupperna vid vecka två och tre gav statistisk signifikans, understryker detta ytterligare.

Trots att Landén et al. (31) är dubbelblindad och placebokontrollerad är det problematiskt att den ibland klassificeras som en renodlad RCT i litteraturen (14,25), då Landén et al. (31) gjorde en post-hoc-analys på en undergrupp som uppgett sexuell dysfunktion vid originalstudiens (34) baslinje. Vid en efteranalys av en undergrupp bryts den ursprungliga randomiseringen. Då Landén et al.s (31) artikel saknar redovisad information gällande ålder, buspirondos eller specifika SSRI-preparat för de subgrupper som ingår i analysen, går det inte att bedöma om grupperna var statistiskt jämförbara initialt. Sammanfattningsvis har studien (31) låg statistisk styrka. Det är värt att notera att författarna själva betonar att resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom studiepopulationen är liten och analysen är gjord retrospektivt på en studie som ursprungligen hade ett annat syfte.

Michelson et al. (32) exkluderade i sin studie patienter med andra potentiella orsaker till sexuell dysfunktion och inkluderade endast kvinnor

under 50 år i stabila förhållanden. Genom att på detta sätt minimera risken för störfaktorer (confounders) i kombination med en dubbelblindad, randomiserad och placebokontrollerad design uppnåddes en hög intern validitet. Detta förstärker Michelson et al.s (32) slutsats att buspiron inte har bättre effekt än placebo för att behandla sexuella biverkningar av antidepressiva. Samtidigt gör den homogena studiepopulationen att generaliserbarheten minskar, i synnerhet för män. I likhet med Landén et al.s (31) studie föreligger en risk för typ II-fel på grund av liten studiepopulation, men Michelson et al. (32) understryker att de observerade skillnaderna mellan grupperna var så små att utfallet sannolikt inte hade ändrats med fler studiedeltagare.

Nordens (30) retrospektiva fallserie och Lipman et al.s (33) fallrapport ger en mer positiv bild av buspirons möjliga effekt. Den förstnämnda baserades på en journalgenomgång av 16 patienter med SSRI-inducerad sexuell dysfunktion från författarens privata klinik, där 69 % av deltagarna rapporterade en klinisk förbättring efter tilläggsbehandling med buspiron. Dessa lovande resultat bör dock tolkas med försiktighet då Nordens (30) studie uppvisar flera metodologiska svagheter, däribland risken för urvals- och observatörsbias samt avsaknad av validerade mätinstrument. Hänsyn bör också tas till den påtagliga placeboeffekten som noterades i de två placebokontrollerade studierna (31,32) när Nordens (30) och Lipman et al.s (33) studieresultat tolkas. Samtidigt tenderar noggrann monitorering, likt den i Michelson et al.s (32) och Landén et al.s (31) studier med dagliga dagböcker respektive veckovisa intervjuer, att förstärka placeboeffekten. Detta är något som Michelson et al. (32) lyfter fram som en möjlig förklaring till utebliven signifikant skillnad mellan grupperna i sin studie. Skillnader i monitoreringsfrekvensen och avsaknaden av användning av enhetliga, validerade mätinstrument försvårar jämförelser mellan studiernas resultat.

Nordens (30) observation att utebliven respons ofta sammanföll med antingen maximal SSRI-dos eller låg dos av buspiron (15 mg/dag) gör att även doseringen framstår som en tänkbar förklaring till de varierande resultaten. Den relativt låga doseringen i Michelson et al.s (32) studie (20–30 mg/dag) kan ha medfört en otillräcklig läkemedelsexponering, vilket öppnar för möjligheten att en högre dosering skulle ha kunnat ge ett annat utfall.

Studier med skiftande metodologisk design kan ofta vara en styrka i en kartläggande litteraturöversikt, men i detta fall utgör det begränsade underlaget snarare en svaghet. Dessa olikheter gör att resultaten blir svåra att jämföra, och tolkningen kompliceras ytterligare av att patientpopulationerna skiljer sig åt vad gäller ålder, könsfördelning och graden av psykisk sjukdom. Detta förstärks av bristen på användning av enhetliga mätinstrument i studierna. Ovanstående i kombination med studiernas låga statistiska styrka gör det problematiskt att generalisera resultaten till en klinisk vardag. Då öppna designar är känsliga för placeboeffekter kan de positiva resultaten från de retrospektiva buspironstudierna (30,33) tolkas som en effekt av studiedesignen. Det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för att rekommendera tilläggsbehandling med buspiron i behandlingsriktlinjer för antidepressiva-associerad sexuell dysfunktion. I klinisk praxis innebär detta att off-label förskrivning av buspiron på denna indikation inte bör

vara standard. Samtidigt gör den höga risken för typ II-fel i kombination med en tydlig numerisk fördel i studien av Landén et al. (31) att klinisk nytta för en undergrupp av patienter inte helt kan uteslutas. Mot bakgrund av detta ses ett behov av framtida noggrant utformade större placebokontrollerade studier på ämnet. Dessa bör förslagsvis inkludera en heterogen grupp av bägge könen, använda validerade mätinstrument för sexuella biverkningar samt utvärdera bupropion i det högre dosspektrumet 30–60 mg/dag.

### ***Tolkning i förhållande till tidigare forskning***

Såvitt författaren till denna litteraturoversikt vet existerar i dagsläget inga kartläggande eller systematiska litteraturoversikter som isolerat fokuserar på bupropion som tilläggsbehandling vid antidepressiva-associerad sexuell dysfunktion. I litteraturen rörande den generella handläggningen av sexuella biverkningar råder det delade meningar om bupropions värde. Särskilt intressant är den skiftande tolkningen av Landén et al. (31). I Cochrane-översikten av Taylor et al. (15) exkluderades Landén et al. (31) helt då den inte bedömdes uppfylla kriterierna för en randomiserad kontrollerad studie, och endast Michelson et al. (32) analyserades med slutsatsen att bupropion saknar bevisad effekt. I en metaanalys av Luft et al. (25) inkluderades Landén et al. (31) men författarna såg ändå inga statistiskt säkerställda fördelar med behandlingen. Flera moderna översikter väljer att helt utesluta bupropion som ett tänkbart alternativ (16,26,37). Samtidigt återfinns en mer bejakande hållning i litteratur som lyfter fram bupropion som ett tänkbart behandlingsalternativ. Både Rizvi och Kennedy (24) samt Lach et al. (23) väljer att framhålla det positiva numeriska utfallet i studien av Landén et al. (31), och skriver att bupropion kan lindra sexuella biverkningar av SSRI, även om de samtidigt understryker att den samlade evidensen för detta är svag. Även Clayton et al. (18) och Rothmore (14) inkluderar Landén et al. (31) i sina sammanställningar som ett exempel på en studie där bupropion uppvisat en positiv trend, samtidigt som de betonar att det föreligger motstridiga bevis när resultaten ställs mot Michelson et al.s (32) mer negativa utfall.

Det finns många föreslagna farmakologiska alternativ som tilläggsbehandling vid sexuella biverkningar av antidepressiva, såsom sildenafil, bupropion, testosterongel, efedrin och mirtazapin. Det empiriska underlaget i de systematiska översikter som utvärderat interventionernas kliniska effekt är överlag svagt (15, 25, 37). Det starkaste vetenskapliga stödet återfinns för PED5-hämmare, framför allt sildenafil (25), som uppvisat signifikant effekt i RCTer på både män med erektionsstörning (38,39) och kvinnor med orgasmstörning (40). Gällande bupropion visade en RCT på 218 kvinnor en signifikant förbättring av SSRI-inducerad sexuell dysfunktion jämfört med placebo, med mest markant respons på sexuell lust följt av lubrikation (41). Däremot har mindre placebokontrollerade studier på bupropion som inkluderat båda könen inte kunnat påvisa någon statistiskt signifikant fördel gentemot placebo (42,43,44). Å andra sidan visade en ny metaanalys från 2026 på temat sexuella biverkningar av SSRI ingen signifikant ökad risk för nedsatt libido jämfört med placebo (45). Oavsett orsak verkar bupropion kunna ge

en positiv respons på nedsatt sexuell lust hos kvinnor, vilket även stöds av en metaanalys från 2022 (46).

Ett genomgående problem inom detta forskningsområde, i likhet med studierna på buspiron, är den höga placeboeffekten. Detta gör att utfallet blir mer känsligt för val av studiedesign, vilket synliggörs i Luft et al.s systematiska översikt över farmakologiska tilläggsbehandlingar vid antidepressiva-inducerad sexuell dysfunktion (25), där 70 % av de öppna studierna (open-label) visade positiva resultat, medan för de placebokontrollerade studierna var motsvarande siffra 22 %.

## ***Styrkor och svagheter***

Denna kartläggande litteraturöversikt vilar på en etablerad metodik (27) med en systematisk sökning, vilket gör studien reproducerbar. En annan styrka med studien är att söksträngen var bred och gjordes i tre internationellt erkända databaser, vilket minskar risken för att relevanta studier har missats. Detta styrks av att en granskning av de inkluderade studiernas referenslistor inte genererade ytterligare träffar. Valet av en bred söksträng motiverades av att förstudier visade på ett begränsat forskningsfält. En nackdel med detta tillvägagångssätt är att det blev mer mängd material att granska, vilket kan öka risken att studier felaktigt exkluderas. Eftersom forskningsområdet är litet kan det anses vara en styrka att denna studie inkluderade alla typer av primärstudier, för att synliggöra bristen på evidens inom detta område.

En annan svaghet med denna litteraturöversikt är att screening och urval av studier utfördes av en person, vilket ökar risken för subjektiv bias. I enlighet med Arksey & O'Malleys metodik (27) genomfördes varken en systematisk kvalitetsgranskning av de inkluderade studierna eller någon statistisk sammanvägning som vid en systematisk litteraturöversikt med metaanalys.

## **Konklusion**

Det vetenskapliga underlaget gällande buspirons effekt på antidepressiva-associerade sexuella biverkningar är begränsat, av äldre datum och karakteriseras av motstridiga resultat. Det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för att rekommendera tilläggsbehandling med buspiron i riktlinjer och klinisk praxis. Dock kan buspirons kliniska nytta på sexuella biverkningar inte avfärdas helt utifrån nuvarande forskningsläge. Framtida forskning bör inriktas på att utvärdera buspiron i det högre dosspektrumet genom storskaliga randomiserade kontrollerade studier för att säkerställa en evidensbaserad handläggning i hälso- och sjukvården.

## **Tillkännagivanden**

Stort tack till Helen Sjöblom, bibliotekarie på Biomedicinska biblioteket, Göteborgs Universitetsbibliotek, för vägledning vid databassökningarna, samt hjälp att beställa fram artiklar i fulltext.

Stort tack också till handledarna Marcus Praetorius Björk och Robert Eggertsen för vägledning och stöd.

I denna studie har AI-verktyget Gemini (Googles gratisversion) använts för språkgranskning.

## Referenslista

1. OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [citerad 06 mars 2026]. Tillgänglig vid: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen Statistik om läkemedel 2023 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Report SOFS 024-4-9026. [citerad 04 februari 2026] Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/statistik-om-lakemedel-2023-2024-4-9026/>
3. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen Statistik om läkemedel 2024 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025. Report SOFS 2025-4-9552. [citerad 04 februari 2026]. Tillgänglig vid: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/statistik-om-lakemedel-2024-2025-4-9552/>
4. Andrade C, Rao NSK. How antidepressant drugs act: A primer on neuroplasticity as the eventual mediator of antidepressant efficacy. *Indian J Psychiatry*. 2010;52(4):378–86.
5. Läkemedelsverket. Behandlingsrekommendation: Depression och ångest. [Internet]. Uppsala, Läkemedelsverket, november 2025. [citerad 19 maj 2026]. Tillgänglig vid: [www.lakemedelsverket.se/depression-angest](http://www.lakemedelsverket.se/depression-angest)
6. fass.se [Internet]. Stockholm: Lif (läkemedelsindustriföreningen); 1999 [uppdaterad 20260310, citerad 24 mars 2026]. Tillgänglig vid: <https://fass.se/health>
7. Wong J, Motulsky A, Abrahamowicz M, Egualé T, Buckeridge DL, Tamblyn R. Off-label indications for antidepressants in primary care: descriptive study of prescriptions from an indication based electronic prescribing system. *BMJ*. 21 februari 2017;356:j603.
8. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr, m.fl. Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *J Sex Med*. 01 april 2010;7(4\_part\_2):1598–607.
9. Niarchou E, Roberts LH, Naughton BD. What is the impact of antidepressant side effects on medication adherence among adult patients diagnosed with depressive disorder: A systematic review. *J Psychopharmacol (Oxf)*. februari 2024;38(2):127–36.

10. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 3:10-21.
11. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. juni 2009;29(3):259–66.
12. Clayton AH, Croft HA, Handiwala L. Antidepressants and Sexual Dysfunction: Mechanisms and Clinical Implications. *Postgrad Med*. 01 mars 2014;126(2):91–9.
13. Higgins A, Nash M, Lynch AM. Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug Healthc Patient Saf*. 09 september 2010;2:141–50.
14. Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Med J Aust*. april 2020;212(7):329–34.
15. Taylor MJ, Rudkin L, Bullemor-Day P, Lubin J, Chukwujekwu C, Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 maj 2013;2013(5):CD003382.
16. Atmaca M. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction: Current Management Perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 20 april 2020;16:1043–50.
17. Loane C, Politis M. Bupirone: what is it all about? *Brain Res*. 21 juni 2012;1461:111–8.
18. Clayton AH, Alkis AR, Parikh NB, Votta JG. Sexual Dysfunction Due to Psychotropic Medications. *Psychiatr Clin North Am*. september 2016;39(3):427–63.
19. Wilson TK, Tripp J. Bupirone. I: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citerad 24 mars 2026]. Tillgänglig vid: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531477/>
20. Terapigrupp Psykiatri. Regional medicinsk riktlinje Läkemedel – Depression [Internet]. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen; 2024 [citerad 31 mars 2026]. Tillgänglig vid: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-190/native/Depression.pdf>
21. Terapigrupp Psykiatri. Regional medicinsk riktlinje-Läkemedel Ångestsjukdomar [Internet]. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen; 2024. Tillgänglig vid : <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/avail>

able/sofia/ssn11800-2140136717-698/native/A%CC%8Angestsjukdomar.pdf

22. Läkemedelskommittén Region Västernorrland.  
Terapirekommendationer för hälso- och sjukvården i Västernorrland, år 2026 [Internet]. Region Västernorrland; 2026 [citerad 13 mars 2026]. Antidepressiva läkemedel och sexualitet. Tillgänglig vid: <https://www.rvn.se/sv/delplatser/mitt-lakemedel/mitt-lakemedel/behandlingsomraden/psykiatri/antidepressiva-lakemedel-och-sexualitet/>
23. Lach F, Botteman H, Hingray C, Papeta D, Rousseau A, Javelot H. Management strategies for antidepressant-related sexual dysfunction. *L'Encephale*. oktober 2024;50(5):578–81.
24. Rizvi S.J., Kennedy S.H. Management strategies for SSRI induced sexual dysfunction. *J Psychiatry Neurosci*. 2013;38(5):E27–8.
25. Luft MJ, Dobson ET, Levine A, Croarkin PE, Strawn JR. Pharmacologic interventions for antidepressant-induced sexual dysfunction: a systematic review and network meta-analysis of trials using the Arizona sexual experience scale. *CNS Spectr*. augusti 2022;27(4):496–505.
26. Tran FD, Bichai GH, Kravetz Z, Meriden Z. Management of Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction: A Literature Review. *Cureus*. 15 augusti 2025;17(8):e90170.
27. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 01 februari 2005;8(1):19–32.
28. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci IS*. 20 september 2010;5:69.
29. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, m.fl. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 02 oktober 2018;169(7):467–73.
30. Norden MJ. Buspirone treatment of sexual dysfunction associated with selective serotonin re-uptake inhibitors. *Depression*. 1994;2(2):109–12.
31. Landén M, Eriksson E, Agren H, Fahlén T. Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychopharmacol*. juni 1999;19(3):268–71.
32. Michelson D, Bancroft J, Targum S, Kim Y, Tepner R. Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: a randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention. *Am J Psychiatry*. februari 2000;157(2):239–43.
33. Lipman K, Betterly H, Botros M. Improvement in Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Associated Sexual Dysfunction With Buspirone: Examining the Evidence. *Cureus*. 16(4):e57981.

34. Landén M, Björling G, Agren H, Fahlén T. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of buspirone in combination with an SSRI in patients with treatment-refractory depression. *J Clin Psychiatry*. 1998 Dec;59(12):664-8.
35. Roa PA, Bostwick JR, Patel PD, Quigley J, Thompson AN, Ward KM. An interdisciplinary intervention for detection of sexual dysfunction associated with antidepressants: A pilot study. *Ment Health Clin*. augusti 2024;14(4):236–41.
36. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1987;334:1–100.
37. De Aquino ACQ, Sarmiento ACA, Teixeira RL de A, Batista TN, de Freitas CL, Mármol JMP, m.fl. Pharmacological treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction in women: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinics (Sao Paulo)*. 2025 Feb 21;80:100602.
38. Nurnberg HG, Hensley PL, Gelenberg AJ, Fava M, Lauriello J, Paine S. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 Jan 1;289(1):56-64.
39. Fava M, Nurnberg HG, Seidman SN, Holloway W, Nicholas S, Tseng LJ, Stecher VJ. Efficacy and safety of sildenafil in men with serotonergic antidepressant-associated erectile dysfunction: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2006 Feb;67(2):240-6.
40. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, Debattista C, Paine S. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008 Jul 23;300(4):395-404.
41. Safarinejad MR. Reversal of SSRI-induced female sexual dysfunction by adjunctive bupropion in menstruating women: A double-blind, placebocontrolled and randomized study. *J Psychopharmacol*. 2011;25(3):370–378
42. Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon-Keller A, McGarvey EL. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(1):62–67.
43. DeBattista C, Solvason B, Poirier J, Kendrick E, Loraas E. A placebocontrolled, randomized, double-blind study of adjunctive bupropion sustained release in the treatment of SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(7):844–848.

44. Masand PS, Ashton AK, Gupta S, Frank B. Sustained-release bupropion for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Am J Psychiatry*. 2001 May;158(5):805-7.
45. Dagostin Ferraz, S., Kuyunga, L., Rech, P. et al. Sexual dysfunction associated with selective serotonin reuptake inhibitors in adults with depression: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 2026 Feb 21;82(3):82
- 46 Razali NA, Sidi H, Choy CL, Roos NAC, Baharudin A, Das S. The Role of Bupropion in the Treatment of Women with Sexual Desire Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Neuropharmacol*. 2022;20(10):1941-1955.)

## **BILAGA 1**

Söksträng modifierad för att fungera i Embase:

(exp sexuality/ OR exp sexual dysfunction/ OR exp psychosexual disorder/  
OR (sexual\* OR orgasm\* OR ejaculation OR libido OR lubrication OR  
arousal OR anorgasm\* OR erection OR erectile).tw,kw.) AND (exp  
buspirone/ OR (buspirone OR buspirona OR azapirone OR Azapiron OR  
Buspar OR Anksilon OR Bucapsol OR buripal).tw,kw.)

Sökfilter i Embase användes för att begränsa träffarna till artiklar, artiklar  
i tryck och brev (limit to article or article in press or letter)

Söksträng modifierad för att fungera i PsycINFO:

(DE "Psychosexual Behavior" OR DE "Erection (Penis)" OR DE "Orgasm"  
OR DE "Sexual Arousal" OR DE "Sexual Function Disturbances" OR DE  
"Sexual Health" OR DE "Sexual Satisfaction" OR DE "Sexuality" OR DE  
"Asexuality" OR DE "Female Orgasm" OR DE "Male Orgasm" OR DE  
"Erectile Dysfunction" OR DE "Female Sexual Dysfunction" OR DE  
"Inhibited Sexual Desire" OR XB(sexual\* OR orgasm\* OR ejaculation OR  
libido OR lubrication OR arousal OR anorgasm\* OR erection OR erectile))  
AND (DE "Buspirone" OR XB(buspirone OR buspirona OR azapirone OR  
Azapiron OR Buspar OR Anksilon OR Bucapsol OR buripal))