

**S:t Lukas utbildningsinstitut**

Psykoterapeutprogram, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2016

**Psykodynamisk psykoterapi och sexualitet**

-En kvalitativ studie utifrån fem psykoterapeuters erfarenheter

**Psychodynamic psychotherapy and sexuality**

-A qualitative study based on five psychotherapist experience

**Författare:**

Anna-Karin Rasmusson

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Teoretisk bakgrund .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Tidigare forskning.....</b>	<b>8</b>
3.1	Empiriska vetenskapliga studier.....	8
3.2	Erfarenhetsbaserade studier.....	9
<b>4</b>	<b>Frågeställningar.....</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>Metod.....</b>	<b>10</b>
5.1	Undersökingsdeltagare .....	10
5.2	Datainsamlingsmetoder.....	11
5.3	Bearbetningsmetoder .....	11
5.4	Genomförande .....	12
<b>6</b>	<b>Forskningsetiska frågeställningar .....</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>22</b>
8.1	Metoddiskussion.....	22
8.2	Resultatdiskussion .....	24
8.3	Förslag till fortsatt forskning .....	27
	Referensförteckning .....	28
	Bilaga 1.....	30

## Sammanfattning/abstract

**Inledning:** I början av den psykoanalytiska teorins utveckling hade sexualiteten en central roll. När man inom psykoanalytisk teori började frångå driftsteorin, kom man också längre bort från sexualiteten. Detta trots vetenskapen om att sexualiteten tycks genomsyra människors liv och leverne på ett genomgripande sätt. Syftet med studien är att undersöka hur legitimerade psykoterapeuter, med kompetens och vana att arbeta med sexuella frågeställningar, arbetar med sexualitet i sitt arbete. **Frågeställning:** Hur arbetar psykodynamiska psykoterapeuter med speciell kompetens i sexualitet med patienternas sexuella problematik? **Metod:** En kvalitativ intervju på fenomenologisk grund genomfördes med fem legitimerade psykoterapeuter specialiserade på sexualitet. Dessa var verksamma inom både offentlig och privat verksamhet. **Resultat:** Psykoterapeuterna ger sexualiteten en integrerad plats i det psykoterapeutiska arbetet. Betydelsen av att göra en sexuell anamnes framträder i resultatet. I patienternas livsberättelser återkommer upplevelser av övergivenhet, trauma, skam och skuld och att sexualiteten återfinns som ett försvar gentemot att stå ut med svåra känslor. För psykoterapeuten krävs förmåga att lyssna på och hårbärgera patientens berättelser, även mod att våga ställa frågor och uttrycka sig naturligt kring sexualitet. Detta kan väcka svåra känslor hos psykoterapeuten. För att möjliggöra detta arbete poängteras vikten av handledning och egenterapi. **Diskussion:** Sexualitet berör så uppenbart på olika vis de flesta människor. Denna studie stödjer de resultat som litteratur och tidigare forskning visar på fördelarna med att redan från början involvera sexualiteten i det psykoterapeutiska arbetet. Att som psykoterapeut integrera sexualitet i det psykoterapeutiska arbetet innebär en möjlighet till fördjupad kontakt och förståelse för de problem som undersöks. **Nyckelord:** Sexualitet, psykoterapi, psykoanalys, psykodynamisk, skam, vuxen sexualitet, motöverföring, överföring

**Introduction:** Sexuality had a central roll in the beginning of the development of psychoanalytic theory. At the same time the instinct theory was left behind, sexuality became less important as well, even though it is well known that sexuality penetrates the human way of life in a vigorous way. The purpose of the study is to investigate how licensed psychotherapists, who have the competence and are used to work with questions concerning sexuality, do so in their daily work. **Question:** How do psychodynamic psychotherapists who specialised in sexuality work with their patients sexual problems? **Method:** A qualitative phenomenologically -based interview carried out with five legitimate psychotherapists who specialised in sexuality, working in both public and private practice. **Results:** Sexuality is given integrated room in the psychotherapeutic work. The importance of taking a sexual history shows in the results. Experiences of abandonment, trauma, shame and guilt return in the patient´s histories together with the experience that sexuality is regained as a defence against difficult feelings. This demands the ability of the psychotherapist to listen to and contain the patient´s histories, even the courage to ask question and talk naturally about sexuality. This can stir up difficult feelings in the psychotherapist. To make the work possible, emphasises the importance of supervision and therapy. **Discussion:** Sexuality obviously affects most of the people in different ways. This study supports earlier results of literature and research and shows the advantages to involve sexuality in the psychotherapeutic work from the start. To integrate sexuality in the psychotherapeutic work gives the psychotherapist the possibility for deeper contact and understanding of the problems he/she investigates. **Keywords:** Sexuality, psychotherapy, psychoanalysis, psychodynamic, shame, countertransference, transference

## 1 Inledning

I början av den psykoanalytiska teorins utveckling hade sexualiteten en central roll. Med den psykoanalytiska teoriutvecklingen av bland annat objektrelationsteori och självpsykologi flyttades fokus mer till relationer istället för sexualitet. Den könsdiskriminering som finns i den klassiska psykoanalytiska teorin har haft svårt att samexistera med den framväxande feministiska medvetenheten under andra halvan av nittonhundratalet (Fonagy, Krause & Leuzinger-Bohleber, 2009). Men är det inte problematiskt att marginalisera sexualitetens betydelse i psykodynamisk modern teori och psykoterapi?

Igra skriver i förordet i *Samlade skrifter, Sexualiteten*, (Freud, 1898/2002 s.37):

*”Läsaren kan för ett ögonblick försöka tänka bort sexualiteten i den mänskliga tillvaron. Vad återstod då? Något blekt och blodlös. Borta skulle allt vara som förbinder människor med varandra, bortavore alla de passioner som väver människoöden samman i intimitetens mysterier. Varje människa kan pröva sina egna erfarenheter mot, överraskas av eller finna igenkännande i kulturens gestaltningar av kärlek och lust, lidande och död. Alla kulturuttryck har någon anledning till den mänskliga kroppen och till mänskliga relationer. De bildar en utgångspunkt för skönlitterära verk, musik och andra uttrycksformer. Det är kulturens rotrådar ner i kroppslighet och sinnlighet som ger den förmåga att drabba och förändra människors liv. Detta gäller även människans med abstrakta och teoretiska uttryck.”*

Syftet med denna studie är att undersöka hur legitimerade psykodynamiska psykoterapeuter, med kompetens och vana att tala med patienter om sexuella frågeställningar, arbetar i sina psykoterapier med patienternas sexuella problematik.

## 2 Teoretisk bakgrund

### 2.1 Definition av sexualitet

Inom den psykoanalytiska teorin beskrivs sexualiteten i termer av sexuell upphetsning, erotisk begär och kärlek. Den rör sig över förhållandet mellan biologiska instinkter, psykologiska drifter och internaliserade objektrelationer (Kernberg, 1997). Det psykiska livet är som en ständig ström av i huvudsak omedvetna fantasier. Den sexuella åtrån är färgad av våra fantasier och kan ge upphov både till ett nyfiket utforskande och svår ångest. Våra sexuella fantasier blir trots sin hemlighetsfullhet ytterst verkningsfulla (Igra, 2003).

### 2.2 Psykodynamisk syn på sexualitet

#### 2.2.1 Sexualitet och aggressivitet

Freuds ursprungliga antagande var att all mänsklig aktivitet var sexuell energi. Han kallade denna kraft för libido. Libidon sågs som drivkraften genom de psykosexuella stadierna i ett barns utveckling, de orala, anala och det falliska/genitala. Hur barnet löste den oidipala fasen var avgörande för den fortsatta könsidentiteten och för självkänslan (Ylander, 2003). Freud kom senare att ge begreppet sexualitet en bredare definition än det vi idag menar när vi i vardagligt tal talar om sex som i genital sexualitet. Han undersökte förhållandet mellan sexualitet och kärlek. I hans grundläggande tankar om sexualitet återfinns en ständigt närvarande drivkraft som är lustsökande, som söker spänningsutlösning och som är avgörande för hur vi väljer våra livsmönster (Freud 1920/2003).

Libidon eller sexualdriften är resultatet av integrationen av positiva eller belönande affektillstånd och den aggressiva driften är resultatet av en mängd negativa eller aversiva affektupplevelse såsom raseri, äckel och hat. Den centrala affekten i aggressivitet är raseriet. Aggressiviteten tränger också in i själva den sexuella upplevelsen (Kernberg, 1997).

### **2.2.2 Kroppslighet och bevarande av gränser**

Crafoord (1999) skriver att förståelsen av världen och vår upptäckt av vår omgivning utgår från den egna kroppen under vår tillblivelse genom levnadsåren. Kroppen blir vår subjektiva referens som vi håller fast vid under vårt livslånga försök att förstå den värld vi lever i. Även uppfattningen av kroppen är en del av orienteringen av tillvaron när det gäller relationer, kärlek, konkurrens, riter, moral och religion. Likaså när det gäller den fysiska världen av avstånd, höjd, djup, hastighet, tyngd, fasthet, vätska eller gas. Härtill kan läggas fenomen i vardagen såsom osynlig-synlig, innanför-utanför, hysa inuti-tömma/spotta ut. Även kraftiga laddningar av att begära och åtra för att införliva och göra till sitt, respektive att hata, avsky, spotta ut, kråkas upp. Allt detta svåruthärdliga måste vi osynliggöra och tränga bort för att kunna strukturera vår tillvaro i världen. Inom det psykodynamiska tänkandet är det bästa sättet att hantera livet att acceptera det demoniska, lära känna det och hitta symboliska vägar för dess uttryck och behärskning.

Crafoord (1999) kallar föräldrarnas förkroppsligande samspel för föräldrasamlet. Det är avgränsat gentemot barnet. Gränsen mellan barnet och föräldrarna utgör grunden för barnets möjliggörande av sin egen kroppslighet. Den stängda sovrumsdörren är den tydliga gränsen mellan barnets värld och de vuxnas. På samma sätt som dörren till barnets privata område och rum också måste vara det. Gränsöverskridanden förvirrar och försvårar barnets orientering till sin egen kropp och tilliten till föräldrarna. Gränsen mellan sexuell beröring och kroppslig ömhet måste vara tydlig. Incesttabu är ett absolut villkor för vårt samhälles utveckling och fortbestånd.

### **2.2.3 Sexuell upphetsning, erotiskt begär och kärlek**

Kernberg (1997) menar att sexuell upphetsning intar en speciell position bland människans affekter. Det handlar dels om den biologiska instinkten till reproduktion, men har för människan även en central position i den psykologiska upplevelsen. Sexuell upphetsning utvecklas inte lika tidigt som raseri, upprymdhet, nedstämdhet, förvåning och äckel. Till sina kognitiva och subjektiva beståndsdelar liknar den de komplexa affekterna såsom stolthet, skam, skuld och förakt. Den sexuella upphetsningen har sin upprinnelse i lustfyllda upplevelser av tidiga relationer mellan spädbarn och dess vårdare. Den når sedan sin höjdpunkt i pubertet och adolescens. Sexuella upphetsning som riktas mot ett objekt omvandlas till ett erotiskt begär. I ett erotiskt begär finns en önskan om en sexuell relation till ett sexuellt objekt. Detta objekt är ett primitivt delobjekt som återspeglar längtan efter en sammansmältning. Denna process hör samman med separation och individuation. Under patologiska omständigheter kan demonteringen av den inre objektrelationsvärlden leda till en oförmåga att känna erotiskt begär. Detta kan leda till en diffus, otillfredsställd och slumpmässigt manifesterad sexuell upphetsning, eller en bristande förmåga att uppleva sexuell upphetsning. Kernberg (1997) menar också att mogen sexuell kärlek utökar det erotiska begäret till en relation med en specifik person. Här aktiveras omedvetna relationer från tidigare och medvetna förväntningar om ett framtida liv som par i kombination med aktiveringen av ett gemensamt jagideal. När det erotiska begäret bidrar till att delobjektrelationer integreras till helobjektrelationer fördjupas den sexuella upplevelsens natur. Denna process manifesteras i mogen sexuell kärlek.

### 2.2.4 Skambegreppet

Skam kan vara både synlig och undangömd. Den kan komma av att någon agerar ut mot oss, men också uppkomma ur en tystnad, ett bristande gensvar. Skam sker i en interaktion, med någon annan eller ett inre objekt. Skam är alltid nära kopplad till kroppen liksom till de kroppsliga funktionerna och upplevelserna av dessa. Två faktorer är av särskild betydelse för skammens uppkomst. Den ena är, den kroppsliga nakenheten, den andra är utvecklingen som sker från den andres öga och seende blick till bildandet av det inre vittnet. Avsaknad av kontakt eller ovarsam beröring framkallar de första förutsättningarna för en känsla av att vara oönskad och oälskad (Beck-Friis, 2009).

Den bestående negativa skammen har sin tidiga grund i att inte ha blivit älskad och att vara ensam. Nakenheten är vår djupaste skamkälla och tillhör vårt allra mest privata område och sårbara punkt. Skamlöshet är en avsaknad och förnekelse av skamkänslor, det blir en situation med ett offer och en förövare. Skamlöshet är när man tränger in i en annan människas mest privata, det ger offret destruktiva sår, medan förövaren går fri. Skamfriheten är en förmåga att bära skammen med dess obehag och smärta. Skamfrihet skyddar skamlösheten (Kjellqvist, 1993).

### 2.2.5 Det perversa scenariot

Pervers sexualitet är som regel centrerad: all sin verksamhet är inriktad på ett mål, vanligtvis en enda. I det avseendet är det ingen skillnad mellan perversa och normal sexualitet men deras sexuella syften är olika. Sexuella avvikelser kan förekomma hos patienter med olika psykiska strukturer och samma sexuella beteende kan ha varierande betydelse och funktion. Fantasier i samband med samlag och masturbation kan inte ge oss upplysning kring en perversion, eftersom det inte finns något som är specifikt perverst när det gäller fantasier. Det är snarare så att det är den neurotiskt strukturerade som kan ha ett rikt erotiskt fantiserande. En person med avvikande sexualitet har en mycket begränsade erotiska uttryck, både vad gäller handlingar och fantasier. För den perverse är sexualiteten i grunden tvångsmässig. Här finns en skörhet i den psykiska strukturen, det som saknas i den inre världen söks i ett yttre objekt eller i en yttre situation. Bristen på symbolisering lämnar ett tomrum i den oipidala struktureringen. Den narcissistiska jämvikten är skör, motgångar i vardagslivet framkallar en spänning som kräver en omedelbar urladdning genom magisk sexuell handling (McDougall 1994).

## 2.3 Psykodynamisk psykoterapi och sexualitet

### 2.3.1 Sexualitet i neurosens etiologi

Freud skriver (1898/2002) om neurosen och dess relation till sexualiteten. Han skriver att under sina kliniska erfarenheter har han kommit till insikt om att det är sexuella faktorer som utgör de främsta och mest betydelsefulla orsakerna till insjuknande i neuros. Freud menar att den sexuella etiologin inte alltid är orsak till neuros. Han vill dock ge sexualiteten en plats i behandlingen som han hittills inte upplevt att den har fått. Freud ämnar därför väcka läkares uppmärksamhet på detta och uppmanar därför sina kollegor att utforska patienternas sexualitet.

Freud (1898/2002) diskuterar läkarnas etiska förhållningssätt, att inte tränga in i det alltför privata hos patienten. Detta var i en tid då det också var svårt, ibland omöjligt, för kvinnor att visa sig för sin (manlige) läkare. Han vidhåller ändå att om det är sexuella faktorer som orsakat sjukdomen är det också däri som läkaren bör undersöka. Freud skriver att förvisso kan läkaren skada om han är oskicklig eller samvetslös, men detta gäller generellt i läkares yrkesutövande, inte bara inom det sexuella området. Freuds kliniska erfarenheter visar att patienterna uppskattar att få tala med

någon om sin sexualitet. Han skriver att patienterna kommer också till läkaren med en föreställning om att till en läkare får man säga allt (Freud, 1898/2002).

### 2.3.2 Överföringskärlek och överföringsmotstånd

McWilliams (1994) skriver att i början av terapin kan terapeuten få tillgång till information som senare i behandlingen kan bli svårt att få ur patienten. Detta utifrån starka överföringsreaktioner som kan hindra det fria utbytet av vissa ämnen. Sexualitet är något som de flesta vuxna kan tala relativt öppet om, så länge de talar med en utomstående, ännu obekant, expert. Senare i behandlingen, när terapeuten börjar kännas som ens egen pryda eller puritanske förälder, kan det bli svårare eller kännas omöjligt. Om sexualitet tas upp i anamnesen kan patienten under behandlingen minnas att hon eller han tidigare talat med terapeuten om olika slags intima ting utan att ha bemötts med vare sig chock, för snäv hämnad eller kritik.

Kernberg (1997) skriver att överföringens neurotiska drag handlar mer om en längtan att bli älskad, snarare än i vuxen aktiv kärlek till terapeuten. Manliga neurotiska patienter i terapi hos kvinnliga terapeuter kan utveckla en ångest över sexuell underlägsenhet gentemot en idealiserad terapeut. Vid mötet med narcissistiska personligheter finns ett motstånd mot beroende i överföringen vilket hindrar utvecklingen av en överföringskärlek. Längtan efter terapeuten upplevs förödmjukande och väcker känslor av underlägsenhet. Patienter med starka antisociala drag försöker ibland sexuellt förföra terapeuten. Detta kan tolkas som en oidipal överföringskärlek, men den färgas av en aggression i överföringen i ett försök att störa terapin.

Patienter som utsatts för sexuella trauman, i synnerhet vid incest kan, på grund av det genom traumat framkallande och förstärkta upprepningstvånget, försöka förföra terapeuten. De erotiska överföringarna hos patienter med hysterisk personlighetsstruktur är en defensiv, sexualiserad idealisering av terapeuten. Den döljer ofta en omedveten aggression med bakgrund av besvikelse och oidipal skuld. Patienter med personlighetsorganisation av borderlinetyp kan intensivt önska att bli älskade, känna erotiska begär med kraftfulla försök att kontrollera terapeuten och till och med använda självmordshot som ett försök att med våld tilltvinga sig kärlek från terapeuten (Kernberg, 1997).

### 2.3.3 Erotisk motöverföring

Kernberg (1997) menar att motöveringsbegreppet är väl uppmärksammat i litteraturen, men det har fokuserats mer på den aggressiva, än den erotiska. Erotiska motöverföringen sker i terapier, oftast mest sannolikt som i följande tre exempel:

1. Manliga terapeuter som behandlar kvinnliga patienter med starka masochistiska drag och som utvecklar en intensiv och "omöjlig" sexualiserad kärlek till ett otillgängligt oidipalt objekt.
2. Terapeuter av båda könen med starka, oupplösta narcissistiska drag
3. En del kvinnliga terapeuter med starka masochistiska tendenser som behandlar starkt förföriska narcissistiska manliga patienter.

När terapeuten accepterar sina sexuella fantasier, och känner sig fri att inom sig undersöka sina sexuella känslor för patienten, kan deras syfte och orsak begripliggöras. Terapeutens egen oupplösta narcissistiska patologi är antagligen den viktigaste orsaken till en erotisk motöverföring vilket, om den inte stoppas, kan leda till rambrott i det terapeutiska arbetet.

### 3 Tidigare forskning

För att få fram relevanta artiklar har två olika metoder använts. Först gjordes sökningar på databaserna Pep-Psychoanalytic Electronic Publishing, PsycINFO, ASSIA, EBESCO, DIVA. Sökorden som användes var olika kombinationer av sexuality, psychotherapy, therapy, psychodynamic, psychoanalytic, LGBT, women, men, shame, countertransference, transference, problem, health, conteremporary, adult, elderly quantitative, qualitative.

Efter detta användes referenslistor från aktuella artiklar för att söka ytterligare relevanta studier. Urvalet av artiklar begränsades till de som fokuserade på psykoterapeutiskt arbete med sexualitet, psykoterapeuters attityd till att arbeta med sexualitet, patienters behov av att tala om sexualitet i psykoterapi och sexuell hälsa.

#### 3.1 Empiriska vetenskapliga studier

Shalev & Yerushalmi (2009) skriver att den samtida psykoanalytiska litteraturen lägger mindre vikt än dess klassiska motsvarighet på sexualitet för att förklara mänsklig motivation. De skriver att fram till att deras studie gjordes har ingen forskning gjorts på hur man arbetar med sexualitet i psykoanalytiskt orienterade psykoterapier. I deras kvalitativa studie undersöker de vilken plats sexualiteten har som en förklarande faktor för mänskligt beteende i dagens psykoanalytiska psykoterapier. Studien undersöker i vilken omfattning 10 terapeuter använder sexuella faktorer för att förklara patientens beteende, i vilken utsträckning sexuella teman används i behandlingen, betydelse informanterna fäste vid dem och vilka faktorer som påverkade sexualitetens plats i terapi. De uppgifter som samlats in från undersökningen var relaterade till teoretiskt tänkande om marginalisering av sexualitet i psykoanalytisk teori och praktik. Studien beskriver fyra teman som påverkar statusen för sexuella teman i terapi:

1. I vilken utsträckning sexualitet är centralt för att förklara patientens beteende:

De flesta terapeuter i studien ansåg inte att sexualitet var en faktor som manifesterade djupare psykologiska mönster utan kan bli (medvetet och omedvetet) försvar gentemot att ta itu med djupare och svårare ämnen såsom problem med intimitet, sökandet efter identitet, förlust av kontroll, relationer eller existentiella frågor. Detta resulterar i att terapeuterna medvetet ignorerar sexuella teman eller bemöter dem som försvar som bör skalas bort för att komma åt de djupare konflikterna (Shalev & Yerushalmi 2009).

2. Hur expressiv terapin är:

Terapeuter som främst arbetar med stödterapi anser att fokus på sexualitet hör till mer avancerade nivåer av terapi. De berör dock ibland sexuella teman för att hjälpa patienter att anpassa sig till sin omgivning eller stärka deras funktioner (Shalev & Yerushalmi 2009).

3. Avsmalnat sexualitetsbegrepp och uppdelning av sexualitet och intimitet:

Frågorna i studien har en bred definition av sexualitetsbegreppet, men terapeuterna begränsar termen sexualitet till samlag eller fokuserar på konkreta handlingar snarare än psykosexuella aspekter. Detta kan förklara uppfattningen att sexuella frågor bör behandlas av sexologer och inte av psykoterapeuter. Flera av terapeuterna anger att huvudtemat i deras terapier kretsar kring relationer och tycks inte anse att sexualitet är en oundviklig del av en intim relation. Författarna argumenterar för att detta förhållningssätt hämmar förståelsen för hur psykosexuella strukturer påverkar partnervalet (Shalev & Yerushalmi 2009).



4. Undvikande av sexuella frågor på grund av obehag hos patienter eller terapeuter: De flesta terapeuter tror att deras patienter undviker att tala om sexualitet för att det är obehagligt och skamfyllt, ett fåtal terapeuter försöker mildra dessa känslor hos patienterna. Egen osäkerhet hos terapeuterna gör att de väljer att inte fråga vidare. Terapeuterna berättar även att de stoppar patienterna och inte låter dem gå in på sina sexuella fantasier så mycket som de skulle vilja för att terapeuterna själva inte kan uthärda det (Shalev & Yerushalmi 2009).

Mair & Izzard (2001) undersöker i en kvalitativ studie om homosexuella mäns erfarenheter av att vara i terapi. I studien intervjuades 14 män. Resultaten visar att överlag upplevdes terapiprocessen som positiv, men inte erfarenheten av samtal som berörde männens sexualitet. Patienterna upplevde att området sexualitet hade uteslutits i terapin eller inte tillräckligt talats om. Flera män som intervjuades i studien kände att deras terapeuter inte visste hur de skulle integrera sexualitet i pågående terapi. Patienterna kände inte att sexualiteten i sig var ett problem men de ville känna att deras sexualitet sågs som en del av helheten, snarare än en separat fråga.

Mair & Izzard (2001) skriver att patienterna angav olika anledningar till att de sökte terapi. Samtliga patienter hade dock informerat sin terapeut på första mötet om sin sexuella identitet. Detta visar betydelsen av att kunna kommunicera kring vad som upplevs vara en central del av självidentiteten för homosexuella män. Patienterna funderade på terapeutens sexuella identitet. Ingen av männen frågade kring detta, men drog slutsatsen att terapeuterna var heterosexuella utifrån hur de tolkade terapeuten. Patienterna beskriver att de både medvetet eller delvis medvetet upplevde en osäkerhet kring att vara helt accepterad som homosexuell man. Följden blev att många av dem upplevde en begränsning för hur de kunde tala om vissa frågor, särskilt sexuella sådana. Generellt upplevde männen en känsla av att det var problematiskt att tala om sexuella aktiviteter som skiljde sig från heterosexuella på grund av osäkerhet kring om det var helt säkert att ta upp. Männen önskade att terapeutens tagit ansvar att ta upp frågan kring sexualitet, detta hade upplevts som hjälpsamt för patienten att utforska den delen av sig själv.

Thomas, Hess och Thurston (2015) undersöker i en kvantitativ studie, sambandet mellan sexuell aktivitet och upplevd livstillfredsställelse hos kvinnor i åldrarna 28-84 år. Man skriver att sexuell aktivitet är en viktig del för livskvaliteten hos kvinnor under deras livslängd. Syftet med denna studie var att ge en uppdaterad syn av sexuell aktivitet bland kvinnor och att belysa faktorer som är förknippade med sexuell aktivitet och sexuell tillfredsställelse. 2116 kvinnor svarade på enkäten, 68% av dess hade varit sexuellt aktiva under de senaste 6 månaderna. Resultatet visar på att andelen av kvinnor som var sexuellt aktiva minskade med stigande ålder. Kvinnor som var gifta eller sammanboende hade cirka 8 gånger högre odds för att vara sexuellt aktiva. Bland kvinnor i åldern 60 år och äldre som var gifta eller sammanboende, var de flesta (59,0 %) sexuellt aktiva. Faktorer förknippade med högre sexuell tillfredsställelse bland de sexuellt aktiva kvinnorna var nöjdare relation, bättre kommunikation, sexlivet kändes mer betydelsefullt, de hade oftare sex, upplevde större sexuell tillfredsställelse. Detta ledde också till högre frånvaro av dyspareuni och av antidepressiv medicinering. Studien visar att ålder och den menopausala statusen inte var relaterade till sexuell tillfredsställelse.

### 3.2 Erfarenhetsbaserade studier

Rouholamin (2007) skriver utifrån en fallstudie att många nu är överens om att erotisk överföring och motöverföring inträffar i de flesta terapeutiska allianser, men ändå är det något som terapeuter ofta får kämpa med. Hon drar slutsatsen att upprätthållandet av den terapeutiska

ramen är absolut nödvändig i alla terapeutiska möten, och är särskilt betydelsefull när patienten har erotiska överföringskänslor för terapeuten. Det gäller samtidigt att få en balans mellan att hålla en fast strukturerad ram och ändå visa på mänsklig flexibilitet. Den terapeutiska alliansen är ett mänskligt möte mellan terapeut och patient. Ramen är att ha en enhetlig struktur på plats, där sessionerna börjar vid samma tid varje vecka, i samma rum och pågår under en överenskommen tidsrymd. Ramen hjälper på så vis parterna att påminnas om att detta är en professionell relation och inte en personlig relation där sexuella känslor kan ageras ut.

Sandin (2005) beskriver sina erfarenheter utifrån sitt arbete på RFSU i Stockholm. Hon menar att det innebär stora möjligheter i psykoterapi när terapeuten tillsammans med patienten tänker kring sexualitet och försöker förstå vad personens känslor, tankar och eventuella svårigheter berättar. Patienternas problematik kring närhet, förtroende, tillit och intimitet uppenbarar sig i behandlingsrelationen. Detta innebär en möjlighet till fördjupad kontakt och förståelse för de problem som vi undersöker. Arbetet med patienters sexuella problematik kan påverka terapeuten. Att det, hos terapeuten, skulle kunna bli en slags sexuell upphetsning och kontakt med den egna driften vilket kan kännas oroande eller att det väcker avund, vilket kan väcka känslor som sorg och skam. Den upplevda svårigheten för psykoterapeuters svårigheter att tala om sexualitet är något som vi som yrkeskår behöver fundera vidare på om vi behöver utveckla vår kompetens i att arbeta med människors förhållande till sin sexualitet.

## 4 Frågeställningar

Hur arbetar psykodynamiska psykoterapeuter med speciell kompetens i sexualitet med patienternas sexuella problematik?

## 5 Metod

### 5.1 Undersökningsdeltagare

Informanterna har arbetat som legitimerade psykoterapeuter mellan 10-25 år. Gruppen undersökningsdeltagare består av fem informanter, tre kvinnor och två män i åldersgruppen mellan 55-75 år verksamma i olika delar av mellersta och södra Sverige. Grundutbildningarna varierar inom yrkesområdena socionom, barnmorska och fritidspedagog. Informanterna jobbar och har erfarenhet både inom offentlig verksamhet och privat regi - genom egna mottagningar. Alla informanter arbetar med vuxna patienter. Till de mottagningar som är verksamma inom ramen för den offentliga vården kommer patienterna via remiss, antingen egen, från vårdgranne eller annan personal på vårdenheten. Två av mottagningarna som är verksamma inom den offentliga vården är specialiserade inom områdena sexuell hälsa och gynekologi. Till dessa mottagningar söker sig patienter med en specifik problemformulering inom dessa båda områden. De informanter som jobbar på annan mottagning eller har egen privat mottagning träffar patienter som även söker för annan typ av problematik.

En kvalitativ representativitet fås genom ett urval som på bästa sätt ger oss data som kan användas för att uppnå så god validitet som möjligt. En kvalitativ studie behöver data som är varierande, innehållsrik och tolkningsbar (Langemar, 2008). Inkluderingskriterier var att informanterna valdes utifrån att de är legitimerade psykoterapeuter, att de arbetar med psykodynamisk psykoterapi med patienter med frågeställningar kring sexuell hälsa och problematik och hade kompetens i sexologi. Informanterna söktes via SFS:s (Svensk Förening För Sexologi) hemsida, via google på sökord ”legitimerad psykoterapeut och sexualitet/sexologi”

och LinkedIn med samma sökord. Elva informanter kontaktades via en mailförfrågan där syftet med uppsatsen beskrevs. Två psykoterapeuter av dessa elva tillfrågade svarade ej på förfrågan, tre avböjde medverkan. Sex informanter svarade att man kunde tänka sig att ställa upp på intervju, av dessa bokades de fem som kunde tidigast i tid.

## 5.2 Datainsamlingsmetoder

Kvalitativ forskning utmärks av ett helhetsperspektiv vilket är hjälpsamt vid förståelse av komplexiteten i fenomen, av dess nyanser och överlappningar. Validiteten i kvalitativa studier är delvis beroende av en öppenhet och förutsättningslöshet, att man ska hitta en ny teori utifrån den empiriska verkligheten, även om inga kvalitativa studier är enbart empiristyrda. Öppenheten gäller även forskningsprocessen. I kvalitativ metod söker man sig ofta fram och ändrar planeringen och inriktningen allteftersom. Forskningsprocessen är att betrakta som mer cirkulär och faserna pågår parallellt, exempelvis kan utformandet av frågeställningen ske successivt under processen. (Langemar, 2008)

Denna studie är en kvalitativ intervjustudie. Metoden valdes då syftet var att studera ämnet utifrån dess komplexitet och att fånga informanternas inre tankar, känslor och tolkningar av sina upplevelser. Med en kvalitativ studie kan öppna frågor ställas. Möjlighet ges även till att ställa följdfrågor för att få en fördjupad förståelse av ämnet. Hade studien gjorts med kvantitativ metod riskerar de insamlade data att inte bli lika omfattande och utvecklande. Även möjligheten att genom följdfrågor kunna utveckla resonemang hade gått förlorad (Langemar, 2008).

I denna studie har semistrukturerade intervjuer valts som datainsamlingsmetod vilket är den vanligaste formen av kvalitativ intervju. Strukturen bestod dels av några i förväg bestämda frågor, dels gjordes en strukturering under intervjun bestående av följdfrågor och nya frågor som uppstod under intervjutillfället (Langemar, 2008).

De frågeområden som avsågs undersökas rörde sig kring vilka frågeställningar och problemformuleringar patienterna har rörande sin sexualitet, vilka svårigheter samt möjligheter psykoterapeuterna upplever kan finnas i det terapeutiska arbetet kring detta, vilka teorier och metoder psykoterapeuterna använder sig av i arbetet med patientens sexualitet och vilka tankar och upplevelser man som terapeut kan få när det gäller överföring/motöverföring i samtalen kring sexualitet.

Innan studien genomfördes gjordes en provintervju för att pröva tilltänkta frågor. Efter provintervjun ändrades frågorna till fyra frågeområden. I studien användes en intervjuguide. Studien ämnar undersöka de sexuella frågeställningar som är vanligt förekommande i terapier, vad som kan vara svårt att tala om för patienterna respektive psykoterapeuterna och vad dessa svårigheter kan botten i. Även psykoterapeuternas upplevelse av på vilket sätt samtal kring sexualitet kan öka förståelse för patientens mående och upplevda problem och möjligheter i dennes relationer.

## 5.3 Bearbetningsmetoder

Langemar (2008) skriver att kvalitativ analys lämpar sig för förståelsen av innebörd och mening, deskription av kvalitativa egenskaper och variationer, begrepps- och teoriutveckling och exploration. Ett hermeneutiskt (tolkande) syfte beskrivs som att uppnå en förståelse vilken man vill uppnå med hjälp av tolkning. Tolkning kan ske på tre nivåer, diskursanalys (tolkningar av själva texten), fenomenologi (tolkningar av tankar och känslor), grundad teori (tolkning av yttre

mönster och processer). Fenomenologin är nära besläktad med hermeneutiken och här spelar Husserls begrepp "livsvärld" en stor roll. Denna vetenskapsinriktning syftar till att beskriva de psykologiska fenomen som de upplevs. Syftet är att studera de enskilda upplevelserna av ett specifikt fenomen för att kunna beskriva fenomenet på en generell nivå. Man talar också om reduktion när man reducerar bort olika konkreta uttryck för att hitta själva essensen. Beskrivningen ska vara objektiv och ligga så nära den upplevda empiriska verkligheten som möjligt. En tematisk analys innebär att man strukturerar data utifrån teman. De olika temana kan antingen vara bestämda i förväg, så kallad deduktiv eller teoristyrd tematisk analys, eller arbetas fram utifrån det insamlade materialet, så kallat induktiv eller empiristyrd tematisk analys. (Langemar, 2008)

Analysmetoden som valdes i denna studie är en tematisk analys - TA. Den tematiska analysen valdes för att få fram tydliga teman ur den insamlad data. I denna studie skiftar den tematiska analysen mellan induktivt och deduktivt tillvägagångssätt då förutbestämda teman kombineras med nya som genererades ur materialet. Under databearbetningen reducerades materialet sedan till slutgiltiga teman. Insamlade data i denna studie bearbetades genom att en transkribering genomfördes där intervjuerna återgavs i sin helhet, som på ljudinspelningarna. Varje intervju skrevs sedan ut till text med utgångspunkt ur det genomlyssnande materialet. Materialet har sedan delats upp i teman och exempel på svar, såsom citat, vilket har redovisats för att bättre synliggöra variation eller tydliggöra mönster. Langemar (2008) skriver att i tematisk analys struktureras materialet. Vid denna strukturering sker en tolkning då citat sorteras in under, av forskarens, självvalda teman. Det innebär att citatet tolkas som någonting. De olika temana bör sedan presenteras i en logisk följd.

## 5.4 Genomförande

Informanterna kontaktades via mail med en förfrågan om att medverka i uppsatsen. De informanter som tackade ja kontaktades igen via mail eller telefon för att boka tid för intervju. Intervjuerna skedde på informanternas terapimottagningar under perioden februari-mars 2016. Samtliga intervjuer spelades in med ljudupptagning via Röstmemon, en mobilapp för Iphone. Intervjuerna har pågått mellan 45-70 minuter. Anteckningar har förts vid sidan om. Under intervjuerna har fördjupande frågor ställts för att klargöra och mer ingående synliggöra informantens berättelse.

## 6 Forskningsetiska frågeställningar

De forskningskrav som ställs på forskare är enligt Vetenskapsrådet (2011) att forskaren ska tala sanning om sin forskning, medvetet granska och redovisa utgångspunkterna för sina studier, öppet redovisa metoder och resultat, öppet redovisa kommersiella intressen och andra bindningar, inte stjäla forskningsresultat från andra, hålla god ordning i din forskning, bl.a. genom dokumentation och arkivering, sträva efter att bedriva sin forskning utan att skada människor, djur eller miljö, vara rättvis i din bedömning av andras forskning

Denna studie lutar sig åt rekommendation av Vetenskapsrådet (2002) som har grundkrav om; informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav. Enligt informationskravet har informanterna informeras om vid vilken institution uppsatsen skrivs, inom vilket utbildningsprogram och i vilken examineringsform materialet kommer att redovisas. Undersökningsgruppen har också fått information om hur stor gruppen är, att de olika informanterna kommer från olika delar i Sverige. Syftet för den aktuella uppsatsen har beskrivits.

Enligt samtyckeskravet har informanterna fått samtycka till medverkan. Enligt konfidentialitetskravet har undersökningsgruppen fått information om att all information som kan röja identitet på terapeut eller patient kommer att döljas. Det insamlade råmaterialet har under bearbetningen av data delats upp i två kategorier, teman och underteman. Detta gör att ingen helhetsbild av informanterna framträder och därmed uppfylls konfidentialitetskravet. Enligt nyttjandekravet har informanterna har erbjudits att ta del av studien då den är färdigställd.

## 7 Resultat

Fyra olika huvudteman, med vidhängande underteman, framträder vid dataanalysen:

Sexuell anamnes med underteman:

*Sexuella fantasier, onani och sexdebut, Sexualiteten genom livet, Trauma.*

Patientens problematik med underteman:

*Samlevnad och otrobet, Kvinnors förhållande till egna kroppen, Lustproblematik, Känslan av asexualitet, Porrurfing och Patienter som blir förövare*

Psykoterapeuternas arbete med underteman:

*Det yttre rummets betydelse, Benämning av sexualitetens olika delar, Ställa frågor och härbärgera svar, Patienten längtan efter att förstå sig själv, Överföring och motöverföring, Sensibilisering*

Psykoterapeutens egen utveckling och omhändertagande med underteman:

*Att slå vakt om det egna samlivet, Egenterapi och handledning.*

### 7.1 Sexuell anamnes

Informanterna talade om vikten av att som psykoteraapeut initiera och utforska sexualiteten i det psykoterapeutiska arbetet. Informanterna har jobbat mer eller mindre strukturerat kring vilka frågor man tar upp, i en så kallad sexuell anamnes. Hur anamnesen utformas skiljer sig mellan informanterna och vilken mottagning man jobbar på. Även patientens frågeställning avgör hur ingående frågor ställs i den sexuella anamnesen.

#### 7.1.1 Sexuella fantasier, onani och sexdebut

En av informanterna som arbetar på en mottagning där det alltid tas upp en sexuell anamnes, säger utifrån arbetet med andra patienter och anamnesupptagning:

*För jag tänker för terapeuter...som inte får patienter som söker för ett sexuellt problem, för dem kan jag tänka kanske det ibland kanske handlar om också att omformulera från mera ett allmänt problem, en depression eller psykiskt insufficiens till att det också kanske finns sexuella problem. Att ställa frågor kring det också i...de orienterande samtalen omkring hur den här personen, alltså hur den personens sexualitet har varit, hur man tänker kring om sin sexualitet eller om sin sexuella kropp eller funktion, bakåt i tiden och öppna för de här frågorna.*

En del i anamnesupptagningen handlar om patientens sexuella fantasier. Här utforskas när patienten började onanera sexuellt och hur detta var. Vilken funktion det har haft, huruvida det har varit spänningsutlösande, lustfyllt, spännande och så vidare. Hur patientens lust ser ut i fantasierna, lusten att, kåthet, upphetsning, njutning, om det är spännande och utåtriktat eller om det är defensivt. Om det finns inslag av sadistiska tankar, om man förknippar sex med sadism.

Här kommer också frågor kring kopplingen till makt, dominans eller underläge. Om det finns eller har funnits inslag av äckel, förnedring och skamkänslor. En informant beskriver frågor kring sexuella fantasier:

*Jag frågar kring om sexuella fantasier ser ut under barndomen om de var fyllda av, om det var egna behov eller om, alltså om det stod för egen lust eller njutning den biten, eller om det var andras behov som styrde, om det var skam, förnedring, rädsla, om det var fantasier om kopplat till onani så kanske var mera defensivt, ångstreduktion, alltså om det var ångstreducerande eller om det var lustfyllt.*

Frågan kring sexdebut ställs, om den har betytt något och hur den var. Om man inte har gjort sexdebut utforskas vad har det betytt i så fall och vilka känslor har man kring det idag. Andra frågor som ställs handlar om innehållet och uttrycket för patientens sexualitet. En informant säger:

*Så letar jag mycket efter de här andra också då där det är, där det är makt, vanmakt, makt, dominans, underläge, eller sadism, ägande, njutning, om man stegras mera om man så att säga om man binder folk eller förnedrar människor, om man också... jag jobbar ju mycket med förövare.*

### 7.1.2 Sexualiteten genom livet

En terapeut ber patienterna om att rita en tidslinje om hur de har haft det i sin familj, med skolgången och med kamrater. Det kan se ut enligt följande:

*Ja, alltså jag, under mina orienterande samtal så pratar vi ju naturligtvis om det här som de söker för, det konkreta, men så ställer jag ju mycket frågor om deras historia. Det är viktigt för mig att förstå något mer om hur de har haft det i sin familj, med skolgången, med kamrater men också att de får rita en tidslinje, att de får gå hem och rita en tidslinje och fundera på förhållandet till sexualiteten, positivt och negativt. Och plotta in det. Ta en timme eller två och verkligen fundera över det. Som ju ofta blir en aba-upplevelse för dem själva... Så att det finns ju, det blir ganska massiv information. Och ibland kan jag ju, det kan bli fler orienterande samtal än tre.*

### 7.1.3 Trauma

Ett område som utforskas är patientens erfarenheter av vård- och sjukhusvistelse. En informant säger:

*Det är ett ämne, eller det är ett sökord som jag använder. Där de får skriva för mig hur de har haft det med sin hälsa, och eventuell ohälsa och om de har legat på sjukhus om det har varit operationer eller något sånt. Det kommer fram jättemycket av det. Kring aborter och missfall och vad det kan vara. Eller att man har legat på sjukhus och varit separerad från sina föräldrar eller vad det kan vara. Eller att man har varit med om död och förlust tidigt i livet.*

Man frågar också efter om det funnits med någon form av övergrepp eller utnyttjande. Även hur övergreppen sett ut, vem som övergreppat och om någon visste om det. Man utforskar också vilken sexuell stämning som varit under patientens barndom och vuxenblivande i uppväxtfamiljen. En informant ger patientexempel:

*Pappa har aldrig rört mig, men han kollade på mig med kåta ögon och det tyckte jag var otäckt.*

*Mamma kysste mig en gång när jag var 20 år, tyngkysstes mig, det tyckte jag var obehagligt.*

Om det finns samlagssmärtor så letar man efter om patienten har haft sex och om det i så fall på något sätt har varit mot sin vilja och övergreppad. Vilka tankar som finns runt sex, om det förknippas med äckel, olust, prestation för den andres skull. Vid erektions-svårigheter utforskar man kring vilka föreställningar som finns kring lust, prestation, rädslor samt tankar och farhågor kring att vara duglig och tillräcklig.

## 7.2 Patienternas problematik

Den problematik informanterna möter i det psykoterapeutiska arbetet berör samlevnad och otrohet, förhållande till egna kroppen, lustproblematik, känslan av asexualitet, porrsurfing och patienter som blir förövre. I patienternas livsberättelser återkommer upplevelser av övergivenhet, avvisande, trauma, att vara oälskad, skam och skuld samt att sexualiteten återfinns som ett försvar gentemot att stå ut med svåra känslor.

### 7.2.1 Samlevnad och otrohet

De patienter som söker hjälp efter att ha varit otrogna upplever ofta skuld och skam, och behöver i terapi hjälp med att förstå vad som ligger bakom deras upplevda behov och agerande. I mötet med otrohet tänker en informant såhär:

*Inte ovanligt att man söker när man är väldigt skuldfylld eller ångerrfylld efter en otrohetsrelation ...och vad som är viktigt då att utforska är ju vad står, alltså vad har den otroheten stått för, varför väljer personen att vara otrogen. Vad är det som är behovet, vilket är det känslomässiga behovet. Så att jag försöker undersöka hur kan vi förstå det tillsammans, vilka känslomässiga behov styr den här otroheten eller det här sexmissbruket som det kan vara ibland, eller att man har en form av parafili...kan vi tillsammans förstå vad det är för känslomässigt behov som det här har fått, som det här just nu har fått tillfredsställa.*

Informanterna som träffar par reflekterar över hur maktbalansen kan bli skev i förhållande när parterna vill ha olika mycket sex. Vill parterna ha lika mycket sex, oavsett om det är ofta eller mer sällan, ja då är det ju inte ett problem. Det framkommer också tankar kring att det ibland tycks vara mer samhälleligt accepterat för kvinnor att inte ha lust i en relation än det är för män. Att par söker terapi tidigare om en man inte vill/förmår ett lika aktivt sexliv som partnern önskar, än om det istället är kvinnan som inte vill/förmår ett aktivt sexliv. En informant säger:

*Det har jag framförallt märkt det sista när det kommer män som inte har samma lust som kvinnan i relationen och kvinnorna är mycket hårdare än män. Och vi förväntar oss olika saker. Kvinnor säger, ja om du inte vill ha sex med mig i fortsättningen då lämnar jag dig. Men däremot om män som...mm...där kvinnor har mindre lust så förväntar vi oss att de ska stå ut med det.*

### 7.2.2 Kvinnors förhållande till egna kroppen

Informanterna träffar patienter av samtliga kön. Ett par informanter har tankar specifikt kring kvinnor som de har mött, kring kvinnors förhållande till sin kropp, prestationskrav och på vems villkor man har sex:

*Många kvinnor har ju dålig kontakt med sitt underliv, väldigt dålig kontakt med sitt underliv. Det finns mycket skam och hämning och nästan lite dissociation...om man tänker med dissociation i modernt språkbruk.*

*Jag tänker att det är mycket att kvinnor också splittar, där man tänker att sex ska kunna fungera mer automatiskt eller mekaniskt...att det ska göras, behåga män och att man vill vara nära och alltibop det här men där man inte riktigt är närvarande med sin sexuella kropp...ett bekymmer eller växande problem är ju unga människor idag, och i synnerhet kvinnor, stänger av väldigt mycket och i sin kamp att vara, vad ska man säga, bekräftade och se fina och snygga ut och vara normala...så att kroppen finns inte med riktigt, alltså det finns en tudelning här. Det är mer av ett samhällsproblem skulle jag vilja säga som tar sig uttryck i sexualitet, att de har ont att de har inte har tillräckligt med lubrikation vid samlag att de får svamp till exempel...det är en viktig grupp att jobba med, att försöka öppna upp spjället mellan hjärta och hjärna.*

### 7.2.3 Lustproblematik

När det kommer till upplevda samlagssmärter och bristande lust behöver patienten hjälp att se kopplingen från symtomen till det intrapsykiska och interpsykologiska. En informant sammanfattar flertalet patienters problematik som söker att det ofta handlar om att ha för mycket eller för lite sex:

*Det är antingen för mycket sex eller för lite sex, det är ett problemområde, för mycket sex det vill säga sexmissbruk, kan man kalla det för eller för lite sex det vill säga jag har ingen lust eller jag...även om jag har lust så hittar jag ingen att ha sex med och jag vill ha sex men jag kan inte...alltså det blir för lite sex. Sen är det den stora, det stora bekymret för de som har livsproblematik, relationsproblematik, det är svårt att hitta partner över huvud taget och svårt att hitta rätt.*

När det gäller lustproblematik behöver patienten få hjälp att tänka kring alternativ sexualitet. Det penetrerande samlaget upplevs ofta laddat med mycket anspänning och oro inför att få erektionssvikt. Rädslan för att kroppen ska svika och inför känslan av att vara impotent. Psykoterapeuten behöver tillsammans med patienten förstå kroppens signaler och vad rädslan berättar. Här arbetar man också med praktisk rådgivning, att tala kring avspänning och andra ord som sensualism och erotik. En informant beskriver arbetet med ett par där kvinnan söker för bristande lust:

*Han hade ett jättestort behov av att fantisera och leva ut på nåt sätt. Så jag, för mig så blev ju det ganska...alltså jag tänkte att det var ju inte så konstigt att hon inte hade någon sexuell lust för man polariserar ju varandra oftast i en par...i en parrelation, om den ena har jättemycket lust och är oerhört frigjord så kan det ju finnas en risk att den andre tar den andra positionen. Eller om den ena har jättemycket lust och den andra tappar lusten. Om man inte kan mötas i det, prata om det, kommunicera, tala om vad man längtar efter och så. Eller vad man inte vill. Och han blev skamfull en bit in i terapin, och jag tror att han blev ganska provocerad av mig för att jag ville undersöka det här med hans tidigare sexualitet...alltså jag tänker att han var ganska övergiven och ensam och hade använt sexualiteten som en väldigt tröst och ångestlindring. Men det kommer jag ihåg att han, han tyckte nog att...jag ifrågasatte...hans sätt. Att ha sex, det här med barnsexualiteten att jag dramatiserade det på nåt sätt. Men det är ju alla barn, många barn har ju en barnsexualitet...och den kan vara ganska oskyldig...men ibland är den inte så oskyldig heller. Men det är ju ändå viktigt att kunna undersöka det och förstå mer vad det var som gjorde att han, att han så ofta onanerade. En sak är väl om att smeka sig själv någongång i veckan sådär men det finns ju de som gör det flera gånger om dan. Och där det blir väldigt mycket, eller uppenbart ångestlindrande eller det kan ju vara kreativt att kunna skapa sig, att ha en autoerotik i och för sig, om man behöver tröst och lugn.*



### 7.2.4 Känslan av asexualitet

Kring asexualitet berättar en informant om tre olika patienter, där det i det terapeutiska arbetet handlar om att vara i upplevelser av trauma och övergivenhet:

*Jag har haft både män och kvinnor som inte tycker att de har hittat in i sin sexuella identitet, som inte har debuterat än fast de kanske är 30, som kanske beskriver sig själva som asexuella, och där det är ju ganska spännande processer och där de har gått i terapi i kanske 2-3 år och där det alltid finns väldigt mycket i bakgrunden som gör att man kan förstå att det här har varit svårt.*

*En kille som vars pappa dog i cancer när han var liten och han blev väldigt hänvisad till...till sin mamma. Han stod väldigt nära sin mamma och så dog pappan och...det var en ganska tyst familj...Det var ju uppenbart trauma och lite fattigdom på stimulans, han blev mobbad i skolan, ensam och ångestfylld, tvivlande över sig själv och om han dog som person...övergiven och då en bristfällig identifikation med det manliga.*

*Och sen var det en kvinna som...som det visade sig så småningom att hon hade haft en incesthistoria, hade varit med om incest med sin bror...Så hon, hon öppnade upp mycket, hon gick i tre år i terapi och var väldigt skeptisk och ville formulera sig själv som att hon var...att det här var något biologiskt, att jag är född sån här, asexuell. Hon hade två syskon...Och han var sex år äldre tror jag och de var väldigt lämnade hemma till varandra. Så när...hon var sex då hade han ropat på henne och bett henne komma in i badrummet och smeka hans penis så han stod där med en erigerad penis. Och hon har inga mera minnen av det där än att hon antagligen tar hans penis i händerna. Och sedan trodde hon alldeles säkert att hon var gravid. Så hon satt länge och hon satt på en toalett hemma som sex- sjuåring och funderade på vad hon skulle göra med fostret. Var hon skulle gå ut i skogen och begrava det. Alltså oerhörda...nästan så att man tänker att en sexåring, var får hon tankarna ifrån, för hon var rätt säker på att det inte hade skett någon penetration. Hon trodde ändå att hon var gravid, hade väl kommit i kontakt med sperma antagligen.*

### 7.2.5 Porrurfing

En informant talar om porrurfing, där porrurfandet gått över till missbruk. Även här återfinns berättelser av avvisande och övergivenhet:

*Vissa porrurfar när de är ledsen andra när de är glada, men alltså man får inventera hur det se ut. Men det alla frågar efter...det är ju att de vill jobba med sin ångest och sina smärtsamma känslor också. Och det är nästan alltid känslor som är förbundna med ord som avvisande, förskjutet, övergivenhet. Och ångesten att känna sig oälskad bakom där.*

### 7.2.6 Patienter som blir förövare

En av informanterna träffar flertalet förövare och talar kring patienters uppväxt där man hittar berättelser kring omsorgssvikt och övergrepp. Informanten beskriver också uppmärksamhet i terapin gentemot när patienten växlar mellan att vara offer och förövare, mellan makt och vanmakt:

*Många som har blivit traumatiserade, de har blivit, jag har inte mött någon som inte har, någon som agerat sexuellt, utagerat sexuellt mot andra, mot en annan människa, jag har aldrig mött någon som inte har blivit övergreppad själv...kanske inte oftast sex utan mera psykiskt och fysiskt egentligen också. Eller kombination med det, övergreppad i kombination med stark omsorgssvikt.*

*Det är också om man svishar om, man byter perspektiv.. som någon berättade, jag blev tvingad till en prostituerad när jag var 13 år, kompisarna hånade mig och den prostituerade kvinnan också, han fick inte erektion. "Stackars henne", sa killen då till mig. Han blev ju också förnedrad...men han tycker synd om henne...han glömmer sin egen smärta...Och de svisharna är vi lite rädda för, det är samma sak som den killen gör sen om han våldtar en tjej...att man byter vanmakt mot makt, eller offer till förövare...det går på millisekund...det är inte bara sexuell uppbetsning utan också en jättekick av adrenalin och det är också ett sätt att hålla borta den förfärliga känslan av vanmakt. För den kan väckas om man ser en person som jag kan känna att jag har makt över, om jag är förövare, så kan jag se att här är en tjej som är liten och rädd och ensam henne har jag makt över...det hon kan väcka i mig är också vanmakt att jag har varit liten och svag...och jag hanterar det genom att gå in i vanmaktsituation, och kan då bli förövare då med.*

### 7.3 Psykoterapeuternas arbete

När det gäller det psykoterapeutiska arbetet talar informanterna om ramen och rummet, det psykoterapeutiska men också inom terapeuten själv. Att förmå sig att lyssna på explicita berättelser som kan väcka skam och äckel eller andra svåra känslor hos terapeuten. Även att själv som terapeut våga ställa frågor och uttrycka sig naturligt kring de olika delarna i patienternas berättelser.

#### 7.3.1 Det yttre rummets betydelse

Informanterna möter patienter som tidigare gått i psykoterapi, där de inte upplevt sig fria att ta upp sin frågeställning kring sexualitet. Ibland kommer remisser från psykoterapeutkollegor som inte själva anser sig kunna tala om detta område med patienten. Informanterna hade också erfarenhet av att möta patienter som i tidigare psykoterapier aldrig fått frågan om sitt samliv, om de hade en partner, om det levde i samkönade relationer eller inte.

Informanterna visar på sina hemsidor eller på mottagningarnas hemsidor att man är verksam inom områdena sexuell problematik, sexuell hälsa och gynekologi. En informant talar om detta utifrån att det på dennes mottagning tydligt står på dörren att man jobbar med sexualitet:

*Jag tror att är en jättestor hjälp och det är en hjälp för mig ... för att sexualiteten skall inte vara, den ska ju passa in också så det inte blir nån känsla av att fluktar efter någonting, det måste ju vara relevant att fråga om sex också. Och då är det väldigt lätt när det står på dörren. Det hjälper oss jättemycket. Här kommer allting, hur intimt, vi har hört allting, och det säger de också, jag förstår att ni har hört allting och så blir de lugna.*

#### 7.3.2 Patientens längtan efter att förstå sig själv

I psykoterapierna blir det tydligt att man som patient har ett behov och en längtan efter att få berätta för någon som hör och ser dem, som kan spegla. Även känslan av att vilja förstå sitt liv och sin historia i terapirummet:

*Och man vill också veta, betydde det något att mamma var deprimerad när jag var sju år, pappa var sjökapten och inte hemma, vi flyttade mycket och jag var ensam mycket bitvis, betyder det någonting. Man vill äga sitt liv, man vill äga sin historia, va. Det här är mitt liv. Även om det inte har varit så bra eller så eller så, så är det ändå mitt liv. Jag har inte pratat med någon som inte har varit där. Man kan ju tänka att många bara vill ha redskap och sedan är det bra, men man vill också veta det, vad är det egentligen, varför håller jag på med det här. Vi pratar också mycket om funktionen också med, kan man säga, de här parafilier eller perversioner, vad har de för funktion i mitt liv...det är en ganska bra ingång, alltså.*

### 7.3.3 Benämning av sexualitetens olika delar

Språket nämns som en viktig aspekt, hur man som psykoterapeut vågar benämna sexualitetens olika delar kring lust, upphetsning/kåthet, fantasier, önskemål och olika aktiviteter. Om att som terapeut våga uttrycka sig kring sexualitet i samtalen:

*Men vad jag har fått öva upp mig i är ju att lära mig att benämna sakerna för vad de heter och inte vara...inte springa liksom runt...och gömma mig utan våga benämna det och också lyssna på ganska tydliga berättelser...i mig själv har jag haft från början ett motstånd därför att jag tyckte att det var lite skämmigt, att jag tyckte att det kände obehagligt att benämna sexualitetens olika delar vid dess rätta namn och jag var lite blyg. Men jag vill tro att jag har kommit över det, alltså det är en träningssak.*

Istället för att tänka att patienternas berättelse kring deras sexualitet och kropp hör till andra delar av vårdapparaten, bör man se patientens berättelse kring ämnet på samma sätt som man ser på andra berättelser i terapin.

### 7.3.4 Ställa frågor och härbärgera svar

En informant talar utifrån att psykoterapeuten behöver ställa frågor om patientens sexualitet:

*Jag har haft några kollegor på när jag jobbade med det här projektet med utvecklingsstörda personer och...de kunde inte förstå när jag kunde säga att "men ni måste ju prata om sexualitet", "nämen det kommer de med själva om de upplever ett problem med det". Det gör de väl inte om inte terapeuten berättar att med mig kan du prata om det här, man måste visa.*

Om att var modell som psykoterapeut för hur man kan förhålla sig till sexualitet i samtalet:

*Ja, det är klart att mycket är privat...det är klart att jag förnimmer att detta inte är det enklaste att prata om, men förvånansvärt tänker jag ändå att de har...när det märker att jag är säker på att ta de här aspekterna och avslappnande och att det är naturligt för mig då tycker inte jag att det är så komplicerat.*

En informant beskriver hur denne frågar kring vilka föreställningar patienterna har kring sin sexualitet och vilka önskemål som finns kring samlivet:

*Är det ett par som har, där någon har minskad lust så då pratar vi mycket om, hur ser sexualiteten ut, hur tänder man, rent fysisk beröring eller använder man fantasier, hur kan man, då får man ju ofta övningar på att beröra varandra. Hur kan ni skapa fantasier, läsa böcker, se en film. Vad skulle du kunna fantisera om, och vad skulle ni kunna fantisera om ihop, vad kan ni fantisera själv. Det är inte samma sak om att man alltid vill göra det, men man kan i alla fall se den andre, hur skulle det vara...och utmana dem lite brukar jag göra. Många sitter ju fast i hur det ska vara. Normal sexualitet som man kanske brukar uttrycka sig, vad är det då? Vad är normalt antal gånger?*

Ibland ställs frågan men patienten vill inte prata om sin sexualitet:

*Jag tror att det påverkar positivt för jag vill ju ändå tro att jag har känner i mig någon slags tajming när det känns som att det här är okej. Och den respons som jag hittills har fått har varit lite förvånat men positivt. Någon gång är det någon som har sagt att "nä, det är jag inte beredd att ta upp här och nu" och då är det helt okej. Då bara vi, då stänger vi där och så fortsätter vi, men allt som oftast så tycker*

*människor att det är tycker jag, alltså jag upplever att de tycker det är positivt och de öppnar sig och eller vill nämna det i varje fall, prata lite mer om det.*

På samma sätt som man som psykoterapeut behöver ge plats för sexualiteten i terapirummet behöver man också ge plats för sexualiteten i sig själv. Här handlar det om att våga möta sig själv och sin egen sexualitet, sina preferenser, eventuella tillkortakommanden och hämningar. Som psykoterapeut behöver man också utmana sina egna fördomar och tänka kritiskt kring sina egna åsikter och paradigmer.

*Man måste ju kunna stå ut med att lyssna på parafilier eller perversioner, när folk, för det är ju ändå mycket sänt här...den här gruppen som jag jobbar med här som, där sex blir farligt, förbjudet, förnedrande, kränkande, inför sig själv och andra, obehagligt, ångestladdat...här är att sex skadar, de själva, annars kommer man inte hit...och det man gör är skämmigt, och massa ord kring det, det måste man stå ut med och höra på och som du sa, man måste kunna härbärgera det, man måste kunna ta in för att om det ska kunna bli en terapi så måste det gå in i oss, jag måste bli lite berörd, annars blir det ju ingen terapi, det måste ju landa i mig här inne. Mycket av det här Bions-tänkandet, det måste in någonstans och då måste man kunna rymma det...att det kan rymmas i mig.*

Tankar kring varför det kan upplevas svårt för psykoterapeuter att tala om sexualitet:

*Jag tänker helt enkelt att det beror på bland annat...att man alltid har på nåt sätt sett sexualiteten som något slags...vidhängande del utav det analytiska på nåt sätt...men vad jag ser i en ren samhällsutveckling...som kräver tycker jag som psykoterapeut att man känner till och har fördjupat sig i något mer än det som erbjuds nu som jag då upplever som väldigt traditionell undervisning. Så jag tror helt enkelt att man har varit lite för omodern...man har liksom inte riktigt velat se att den här delen har ju exploderat och att det för oss psykoterapeuter är viktigt att vi har en kunskap om att våga närma oss åtminstone vågar prata. Faktiskt.*

En psykoterapeut talar när det har blivit svårt att hantera vad som kan komma upp i terapin:

*När det hamnar på gränser för...vad jag...känner av att hantera. Till exempel hade jag...en ung man som hade en lättutvecklingsstörning och, ja idag skulle han ju få en ADHD-problematik. Han var väldigt ångestfylld. Han hade sex med sig själv och andra, nästan alla vakna timmar på dygnet...Och när han, den gången han berättade för mig att han brukade ha sex med sin hund, när han var ute och gick med hunden, där kände jag att det blev svårt för mig, att hantera riktigt och hur jag skulle gå vidare med det mer än att, ja, jag försökt väl förmedla att...och det blev ju min värdering då, men det är ju också samhällets värdering att det inte är okej. Men på något sätt, ja han var fullständigt gränslös, och visst vi jobbade med hans gränser hela tiden, men om det satt några tillräckliga spår framöver för honom, det vet ju inte jag. Men det är faktiskt den enda patient som jag har remitterat till en androlog. Han fick en androkur, alltså en nedsättning av, en medicin som satte ner hans testosteron-nivå lite grand, så att han ändå kunde praktisera sex, men han tyckte själv att det blev lite lugnare.*

### 7.3.5 Överföring och motöverföring

En informant beskriver hur denne hanterat förälskelse i motöverföringen:

*Det som, det jag har råkat ut för är ju att man...två gånger i hela mitt 30-åriga arbetsliv har...det är ju att man har blivit förtjust i en patient. Och då blir det ju svårt. Och det har man ju fått ta i handledning alltså att...hur hanterar jag den här personen som har gör något med mig så. Och det...får man ju lyfta och hantera då.*

En informant beskriver aggressivitet i motöverföringen:

*Jag kanske kan ha svårt när det är en person som träder in i rummet och har väldigt väldigt starka försvar och...kanske framförallt om det är en man, som inte har tillgång till någon aggression över huvudet taget eller väldigt lite, jätte konflikträdd, i min, där jag kanske kan, där min mot, där jag får vara observant på min motöverföring...att jag blir provocerad, "men fan kom igen", "var har du kraften nånstans!" de kanske de också har en potensproblematik eller en erektionsproblematik...sen kan jag ha svårt ibland när patienter blir slarviga, glömmet bort tider, det är ju ganska mänskligt i och för sig att man kan bli irriterad på det...det kanske inte...och det är klart att det tar man ju upp sen och bearbetar i...men det är en sån där...det är också en form utav motöverföring.*

Informanterna talar om skamupplevelser i psykoterapierna, vad gäller överföringen. Det framträder tydligare när det psykoterapeutiska arbetet handlar om bearbetning av tidigare övergrepp eller utnyttjande och framförallt om patienten övergår till att också blir förövare. Två informanter talar om skammen som omgärdar en del av patienterna, kring den egna personen och inför andra. Även innehållet i patientens fantasier, begär och handlingar:

*Mycket skam, mycket skam och mycket att jag är en skämmig, eller jag känner mig skämmig jag är skämmig människa. Alltså mycket skam. Men det kan också, både skam och skuld, skulden kan ju vara då riktad mot någon person som man kanske lurar eller för bakom ljuset men att skammen att jag betar mig så här, varför gör jag det. Jag skäms inför mig själv och inför andra.*

*Jag bär ju på mycket skam som jag jobbar med. Det är jag fylld med. I mitt jobb, jag är inne på jättemycket skam. Det är ganska tunga patienter som jag har och det är också mycket sex med minderåriga, och det är mycket, jag det är mycket tungt det är faktiskt det. Så går jag ut och köper en glass...och så var det väl några stycken vanliga människor där och någon yngre tjej, söt tjej. Och jag såg på henne en sekund och jag fick sån skamkänsla med av att jag är en gammal ful äcklig gubbe som ser på minderåriga tjejer på ett fult sätt...det fanns kvar där så att jag var så fylld av det, de sitter här, och det har hänt flera gånger märker jag när jag går på stan och vilar så ser jag, så får jag en rodnad, en skam i mig som är också med, va. Och fylls så av att vara en äcklig gubbe som sitter och tittar med fula tankar om tjejer också. Och det är så som det poppar upp tror jag att den här motöverföringen ganska starkt också att, så att jag försöker att vara vaksam på vad jag bär med mig i mig också vad jag fylls med, men skam är det väldigt väldigt mycket och skuld också då, att man har gjort med människor då.*

### 7.3.6 Sensibilisering

Informanterna arbetade olika mycket med hemuppgifter. När det kommer till praktiska hemuppgifter är sensibiliseringsövningar är något som flera av informanterna nämner. Antingen att de själva ger denna övning som hemuppgift till patienten eller att någon av deras kollegor, oftast fysioterapeut, jobbar med detta parallellt med den terapeutiska behandlingen. En informant som jobbar med sensibiliseringsövningar uttrycker det såhär:

*Men jag skulle säga det att de får uppgifter och går hem och göra smekövningar och det är otroligt potent medel. Där de kommer tillbaka och berättar vad de har upplevt, i kroppen, i hjärtat, eller i själen, psykiskt. Och alltså både inom sig själva och mellan och där det ju är en ganska stor utmaning för många att vara i det här för då är de ju nakna och de smeker...Den ena, de byter roller, ena stunden är man givare och då är den andre helt passiv. Och nästa stund är man mottagare. Det skall alltså bli en träning på det här att både att stå på scenen och vara den som utför, tro att man kan det, att man kan ge nåt och också att vara i den här mottagande rollen och förhålla sig passivt, inte smeka den andre*

*samtidigt, ta emot, lita på den andres händer, den andres ögon och så. Och sen från början får de ju inte smeka bröst eller könsdelar heller. Utan det är kroppen i övrigt. Sen ökar man ut det här när det blir, när det visar sig att det här är mer lustfullt och lugnt nu än oroligt och svårt. Det är fantastiskt.*

## 7.4 Psykoterapeutens egen utveckling och omhändertagande

Arbetet påverkar informanterna på olika vis. En informant berättar hur denne tidigare suttit i svåra samtal med sexuella utspel från sina patienter men inte tagit upp detta i handledning. Samtliga informanter talar i nuvarande arbete kring vikten av handledning och egenterapi. Här blir också ramen för psykoterapeuten, i form av organisationen, viktig genom att tillgodose adekvat handledning. För de informanter som arbetar privat söker man själv upp handledning.

### 7.4.1 Att slå vakt om det egna samlivet

Det framträder i materialet om vikten av att slå vakt om det egna sex- och samlivet. Att vara vaksam så att arbetet inte påverkar den egna lusten eller förmågan till eget samliv. Periodvis kan arbetet med patienter och deras sexualitet påverka informantens egen lust.

*Jag vet för många år sen när vi var litet gäng sexualrådgivare som brukade träffas nångång ibland och stämna av, och det var egentligen bara namnkunniga med egna spalter och sådär och så var det nå som sa "ja, det blir ju inte mycket till sex själv när man har hållit på att prata om det här hela dagarna", "nä, det blir ju inte så ofta, det blir ju inte mer en nångång i månaden", var det nå som sa. "Va, så ofta" var det nå annan som sa då och det, man kan ju verkligen se det som ett skämt, men det ligger nånting i det.*

### 7.4.2 Egenterapi och handledning

Informanterna talar om att när det blir svårt är det viktigt att be om hjälp, att fråga och tala med kollegor och ta upp det man upplever som svårt i handledning. Här nämns också egenterapi som viktig, att som psykoterapeut själv ha bearbetat tankar och upplevelser kring sin egen sexualitet, kring eventuella övergrepp, oförmågor, och kring sin lust och sina fantasier. Även erfarenheten av att som psykoterapeut vara patient och talat om sexualitet. Att bli vaksam på sina överföringar och vad som kan komma att aktualiseras i motöverföringar. En informant säger:

*Det handlar mycket om terapeutens egen utveckling. För att det här ska vara möjligt så måste man ju antagligen ha mött det själv i sina egna terapier, fokusera på det eller våga ta upp det, varit nyfiken på sig själv utifrån ett sexuellt perspektiv. Och har det aldrig skett i ens egen terapi då tror jag att det är väldigt svårt för den terapeuten. Alltså det handlar ju också om att...att ha tillförskaffat sig språket, att kunna, att kunna prata om det här på ett avslappnat sätt, hyfsat avslappnat sätt.*

## 8 Diskussion

### 8.1 Metoddiskussion

Övervägande av val av forskningsmetod gjordes i början av studiens utformning. Vid en kvantitativ forskning hade syftet, att undersöka hur psykoterapeuter arbetar med sexualitet, kunnat mätas utifrån vilken typ av problematik, i vilken grad sexuell problematik bearbetas och hur vanligt förekommande sexuell problematik är i patientgruppen. Det hade också gett möjlighet att samla in information från ännu fler psykoterapeuter och studien hade då fått en större undersökningsgrupp. En fördel med en kvantitativ forskning med anonyma svar hade varit att det gett möjlighet att få svar som på grund av skam, eller annan oåtkomlighet för

psykoterapeuten under ett intervjutillfälle, inte hade kommit fram. Här kan man tänka sig att frågor kring terapeutiska svårigheter möjligtvis hade varit lättare att svara på i sin ensamhet än i mötet med intervjuaren.

Forskaren för denna studie bedömde att vid ett genomförande av en kvantitativ studie i ämnet ”Hur psykoterapeuter arbetar med sexualitet” riskerades en dimension att gå förlorad då svaren efter insamlandet inte skulle gå att utvecklas och fördjupas. Studien skulle få en mer vågrät karaktär än lodrät, den skulle kunna påvisa en större yta och få fler variabler men skulle gå miste om annan information som behöver fångas upp med följdfrågor. Med kvalitativ intervjumetod kunde forskaren i stunden fånga upp oklarheter eller ämnen som var intressanta för fördjupning i undersökningen. Ämnet berörde också något som, utifrån vad litteratur och forskning visar skulle kunna upplevas svårt och skamfyllt att tala om (Freud, 1898/2002; Mair & Izzard, 2001; Rouholamin, 2007; Shalev & Yerushalmi, 2009; Sandin, 2006). Det ger också en indikation på att intervjuformatet var mer lämpligt eftersom informanterna i lugn och ro fick möjlighet att utveckla tankar och formuleringar. Detta är också något som Langemar (2008) menar. I en kvalitativ studie kan öppna frågor ställas och genom följdfrågor får forskaren tillfälle att fördjupa ämnet under själva datainsamlingen.

För att säkerställa validiteten har urvalet riktats till psykoterapeuter med lång erfarenhet och specialkunskaper i ämnesområdet sexualitet. Föreliggande studie har sökt deltagare som kan ge representativa data för området som avses undersökas. Detta för att uppnå både bredd och djup, med syfte att visa en så meningsfull och representativ bild som möjligt (Langemar, 2008).

Vid kvalitativ forskning ges forskaren en möjlighet att vid bearbetningen av insamlad data gå igenom materialet i omgångar för att se mönster och överlappningar för att hitta teman eller essenser ur materialet. I denna studie har intervjuerna upprepade gånger lästs igenom för att hitta mönster i det insamlade materialet. Genom textbearbetningen av det sammanställda materialet har också teman växt fram under sökandet av essenser och samband mellan informanterna olika svar. Här hamnar forskarens tolkningsförmåga i ljuset, vad som letas efter och vad som upptäcks. I tolkningen finns risk för att förbise material, dels om forskaren inte ser informationen, inte vill se information eller väljer bort materialet av annan anledning. Det finns också en risk att höja upp andra delar av materialet som vill lyftas fram av forskaren, och kanske ges större utrymme än vad som skedde under datainsamlandet. Det forskningskrav som ställs på forskaren, enligt Vetenskapsrådet (2011) är att forskaren ska tala sanning om sin forskning och medvetet granska sina studier.

Intervjutillfällena gav forskaren möjlighet att på ett reellt plan möta informanternas berättelser om patienterna och deras arbete men också informanterna själva. Då samtliga intervjuer skedde på informanternas mottagningar gav det också en information inom vilken kontext psykoterapeuten var verksam inom och vilken miljö deras patienter möttes av, det terapeutiska rummet och psykoterapeuten själv.

Datainsamlingen i föreliggande studie genomfördes innan teoridelen sammanställdes i sin helhet. Det gav forskaren ökad möjlighet att hålla ett öppet förhållningssätt gentemot det insamlade materialet. Intentionen i studien har varit att möta informanterna så neutralt som möjligt samtidigt som forskaren har fått förhålla sig till den egna förförståelsen och vara vaksam på subjektiva tolkningar och urval av materialet.

## 8.2 Resultatdiskussion

Ett framträdande resultat i studien är att informanterna initialt i psykoterapin ställer frågor kring patientens sexualitet. Man gör en så kallad *Sexuell anamnes*. Informanterna beskriver hur de utformar den sexuella anamnesen. Informanterna har olika grad av strukturering av sina frågor. De mottagningar som arbetar med sexuell hälsa och gynekologi har en mer tydlig struktur kring vilka områden de brukar ta upp i början av psykoterapin. Här återfinns frågor om innehåll och riktning i patientens sexuella fantasier, upplevelsen av den egna kroppen, händelser som skett med, mot och i kroppen, hur sexualiteten sett ut genom livet, om trauman och övergrepp. I den sexuella anamnesen framträder patientens inre föreställningsvärld, livshändelser som påverkat patienten och vad som har varit närvarande av viktiga andra och vad som har varit frånvarande av viktiga andra. Den sexuella anamnesen öppnar också upp i terapin för att även senare kunna tala om patientens sexualitet. Terapeuten har knackat på en stängd dörr hos patienten och man har tillsammans öppnat den på glänt. Med detta visar psykoterapeuten att denne vet om att detta rum finns hos patienten och att psykoterapeuten tillsammans med patienten vill och klarar av att se hur det ser ut därinne. McWilliams (1994) skriver om vikten att tidigt i behandlingsrelationen tala om sexualitet med patienterna, innan överföringsrelationen har blivit befast. Hon påtalar att det är lättare att tala med en främling om sexuella frågeställningar än med en person som påminner om någon straffande eller en alltför skambeläggande annan.

Till de mottagningar som är inriktade mot sexuell hälsa och gynekologi kommer ofta patienten med ett behov av att förstå och tala om sin kropp och/eller sin sexuella problematik. Informanter med egen praktik utforskade olika mycket patienternas tankar och känslor inför sin sexualitet och hur livet påverkades av denna. Samtliga informanter, liksom Freud (1898/2002), hade erfarenheter av att ha fått patienter som i tidigare psykoterapier inte upplevt något utrymme att tala om sin sexualitet. Freud skriver (1898/2002) att han vill ge sexualiteten en plats i behandlingen, som han hittills inte upplevt att den har fått. Freud vill därför väcka läkares uppmärksamhet kring ämnet och uppmanar sina kollegor att utforska patienternas sexualitet. Denna självklara plats ges när *Det yttre rummet* redan från börja öppnar dörren till sexualiteten genom att använda ordet sexualitet på hemsidor och skyltar.

Psykoterapeutens förmåga att *Ställa frågor och härbjärgera svar* ger patienten hjälp att få syn på problematiska livsmönster. Genom att utforska patientens känslor, tankar och relationer kan dess livshistoria begripliggöras och trauman bevitnas. I ljuset av patientens historia blir relationer och känslor här och nu begripliga. Informanterna talade om *Patienternas längtan att förstå sig själva*, förstå hur deras liv har påverkats av viktig andra och det som skett i deras relationer, i samspelet med andra.

Informanterna i föreliggande studie beskrev *Kvinnors förhållande till egna kroppen*, hur kvinnliga patienter splittar, att de inte är närvarande i sin sexuella kropp. Sex blir prestationsfyllt och andras behov styr mer än de egna. Konsekvensen av detta kan bli att de egna sexuella behoven förblir utforskade utifrån föreställningen att sex är till för att på olika sätt behaga andra. Vidare talade informanterna om patienternas *Lustproblematik*, upplevelsen av att kroppen är opålitlig. Detta både bottenar i och kan få konsekvenser för självbild och relationer. Crafoord (1999) skriver att vår kroppsliga uppfattning, vår egen och i samspel med andra, blir otydlig när vår tillblivelse sker i en omgivning som präglas av frånvaro och gränsöverskridande. Crafoord (1999) talar vidare om kroppen som behållare av våra fysiska funktioner, våra känslomässiga förnimmelser och våra minnen. Sandin (2005) talar också om kroppens betydelse, hur den behöver bli synlig i terapin, att tänka kring vad kroppen kommunicerar, i ångestnivå, smärta, i att värja sig eller inte fungera som man själv vill eller önskar. Detta utifrån tron att kroppen har goda skäl till att reagera som den gör.



Redan Freud (1898/2002) beskriver att patienterna kommer till läkaren med en föreställning om att till en läkare får man säga allt. Även i denna studie är det informanternas upplevelse av att det finns ett behov att få tala med sin psykoterapeut om sin sexualitet, vem och hur relationen ser ut med den man lever tillsammans med. Ibland rönne frågor kring ämnet viss förvåning hos patienten, men informanternas kliniska erfarenhet talade för att det upplevdes som en lättnad hos patienten att få tala om sexualitet med sin psykoterapeut, även om sexualiteten inte var det som man sökte psykoterapi för. Psykoterapeuterna arbetade tillsammans med patienten med att begripliggöra hur patienterna sexuella uttryck kunde förstås intrapsykiskt och interpsykologiskt. På så vis sågs sexualiteten med dess uttryck som en möjlighet att i det terapeutiska arbetet förstå patienterna utifrån ett helhetsperspektiv.

Motsatsen till detta öppna förhållningssätt till att psykoterapeuten tar upp sexualitet beskrivs av Shalev och Yerushalmi (2009) där psykoterapeuterna medvetet ignorerade sexuella teman eller bemöter dem som försvar, som man ska komma bakom. De ansåg också att sexuella frågor bör behandlas av sexologer och valde därför att inte arbeta med dess psykosexuella aspekter.

Mair & Izzard (2001) visar i sin studie de negativa konsekvenserna av att inte öppet fråga om sexualitet. Resultaten visar att homosexuella män i psykoterapi medvetet, eller delvis medvetet, upplevde en osäkerhet på om de var accepterade eftersom de var homosexuella. Följden av denna osäkerhet blev att många av männen kände att det fanns en begränsning för hur långt de kunde tala om vissa frågor, särskilt sexuella sådana. När terapeuten inte frågade om männens sexualitet, blev inget nämnvärt sagt om detta, trots att patienten upplevde ett behov av att tala om saken. Patienterna upplevde också att det låg på terapeutens ansvar att initiera dessa frågor. Detta är något som även framkommer i denna studie, att psykoterapeuten behöver ställa frågor om patientens sexualitet, istället för att vänta på att patienten tar upp denna fråga. Om psykoterapeuten ställer frågor kring patientens samliv och sexualitet är det också ett sätt att visa att psykoterapin även kan inkludera tankar, fantasier och upplevelser kring ämnet. Stora viktiga problemområden om sexualitet, kropp och identitet riskerar således att inte bli bearbetade om inte psykoterapeuten på olika sätt aktualiserar frågor omkring sexualitet.

Hur viktigt det är med en god sexualitet visar Thomas, Hess och Thurston (2015) studie. Personer som var sexuellt aktiva och hade en bättre sexuell tillfredsställelse var i högre grad nöjda i sin relation, hade bättre kommunikation, upplevde sitt sexliv som mer betydelsefullt och hade oftare sex. Detta ledde också till högre frånvaro av dyspareuni och behov av antidepressiv medicinering.

Informanterna beskrev vikten av att våga uttrycka sig tydligt vad gäller *Benämning av sexualitetens olika delar*, kring lust, upphetsning/kåthet, fantasier, önskemål och olika aktiviteter. För psykoterapeuten kan det handla om att få lära sig, att öva sig på att både benämna och uttrycka sig kring sexuella frågor. Informanterna talade också om vikten av hur man som psykoterapeut uttrycker sig kring patientens sexualitet. Detta uppkommer också i Freuds tankar (1898/2002) där han menar att må vara så att läkarnas etiska förhållningssätt är att inte tränga in i detta privata för patientens område. Däremot, menar Freud (1898/2002), att om det är däri, sexuella faktorer, som orsakat sjukdomen är det också däri som läkaren bör undersöka.

Så sammanfattningsvis stödjer denna studie de resultat som tidigare forskning visar på fördelarna med att redan från början involvera sexualiteten på olika sätt i det psykoterapeutiska arbetet. McWilliams (1994) menar att när psykoterapeuten ställer frågor i början av psykoterapin kan

patienten lättare svara på detta, innan överföringsrelationen befästs. Uteblivna frågor kring sexualitet, som terapeuterna i Shalev och Yerushalmi (2009) studie medvetet undviker, kan föda en osäkerhet hos patienten om psykoterapeutens inställning till sexualitet och en svårighet att själv ta upp ämnet. Detta visar Mair & Izzard (2001) studie tydligt. Att utforska patientens sexualitet, som en indikation på livskvalité, visar ett klart samband i Thomas, Hess och Thurston (2015) studie. Slutligen skrev Freud (1898/2002) redan i psykoanalysens start om vikten av att tala med patienterna om deras sexualitet.

Vilka är svårigheterna i det psykoterapeutiska arbetet visar då denna studie? De svårigheter som framkom i psykoterapierna rör sig kring *Överföring och motöverföring*. Informanterna talar här om starka upplevelser av skam, om aggressivitet och erotisk motöverföring. En annan svårighet som framkom var när psykoterapeuten upplevde att en del i det psykoterapeutiska arbetet var på gränsen till vad denne känslomässigt kunde klara av.

De svårigheter som kan uppstå i psykoterapin är också något som Sandin (2006) och Shalev & Yerushalmis (2009) studie visar på. Sandin (2006) skriver att arbetet med patienternas sexualitet kan påverka terapeuten och väcka känslor som avund, skam och sorg. I Shalev & Yerushalmis (2009) studie framkommer att terapeuterna berättar att de stoppar patienterna och inte låter dem gå in på sina sexuella fantasier så mycket som de skulle vilja för att terapeuterna själva inte kan uthärda det. Rouholamin (2007) skriver att det är väl känt att erotiska motöverföringar sker i psykoterapier, men att psykoterapeuter ofta har svårt att bemästra en sådan motöverföring.

Kernberg (1997) skriver att patienter som utsatts för sexuella trauman kan, på grund av det förstärkta upprepningstvånget, försöka förföra terapeuten. Här kan man återigen tänka kring gränsdragningar mellan psykoterapeuten och patienten, att ramen och upprättande av den professionella relationen är yttersta och absolut nödvändiga vikt.

Man skulle kunna beskriva det som att psykoterapeutens sexualitet är bakom en stängd dörr, dit patienten inte har tillträde. Patienten kan ana att det pågår något bakom dörren, psykoterapeuten är också en människa som har ett liv bortanför det terapeutiska rummet. Detta är dock inte tillgängligt för patienten. Här kan uppstå fantasier om vad som finns där bakom, men görandet bakom den stängda dörren är inte tillgängligt för patienten annat än i fantasin. På samma sätt som Crafoord (1999) skriver om barnets sfär, att även barnet har en dörr som är dennes egna och privata. Här finns också en gräns för relationen. Barnet behöver kunna freda sig, få upprätthålla sina egna gränser. Crafoord använder begreppen sexuell beröring och kroppslig ömhet för att tydliggöra den knivskarpa gräns vilken inte får överträdas.

Mellan psykoterapeut och patient kan skillnaden kanske symboliskt beskrivas som erotisk laddning och ett empatiskt hållande. För en patient med otydliga omgärdande gränser och svag inre struktur testas dessa gränser eller överskrids då de inte förmås att uppfattas. För psykoterapeuten är arbetet att upprätthålla gränserna och ramen vilka är villkoren för inom terapin kan fortgå.

Skam var ett återkommande tema i terapeuternas berättelse om patienternas problematik. Att som terapeut kunna uttrycka sig på ett sätt som skapar trygghet för patienten att tala om sina tankar och känslor kring sin sexualitet. Det nämns dock i intervjuerna att det är viktigt att vara lyhörd och att anpassa sitt språk till patienten. Att som terapeut vara uppmärksam på sin egen skam för att inte hamna i ett skamlöst agerande, vilket kan leda till en situation där det skapas ett

offer och en förövare. Kjellqvist (2006) skriver att skamlöshet handlar om en avsaknad och förnekelse av sina skamkänslor.

Skamlöshet inom terapins rum är om psykoterapeuten olovligen och på ett gränsöverskridande sätt tränger sig oinbjuden in i patientens mest privata. Även här återkommer vikten av den psykoterapeutiska ramen, gränsdragningar, att upprätthålla den professionella relationen. Informanterna talade om vikten att patienternas berättelse också måste kunna rymmas inom terapeuten. Det betyder att psykoterapeuten också behöver veta vad patienternas berättelse kan mötas av inom psykoterapeuten. I psykoterapi ges patienten möjlighet att upptäcka sig själv i ett verkligt möte med en annan människa. Att liksom barnet få utrymme till lek, att testa sin vilja, utmana gränser och förstå sig själv i relation till andra. Att få växa med vetskapen om att det finns ett empatisk hållande, ett kärleksfullt seende, en tydlig ram att vila och känslomässigt agera inom. Här kan en förutsägbar tillvaro skapas, baserat på en känsla av trygghet. Rouholamin (2007) skriver att ramen för psykoterapi inte bara skapar en trygghet, utan också visar en tydlighet att patienten och psykoterapeuten har en professionell relation. Hon skriver vidare att det är psykoterapeuten som upprättar ramen och att den behöver balanseras med att ha ett mänskligt bemötande.

Sammanfattningsvis berör sexualitet så uppenbart på olika vis de flesta människor. Samtidigt kan det vara så svårt att tala om och så omgärdat av skam och även skuld. För psykoterapeuten är det viktigt att ha modet att våga se sina egna brister och fördomar som terapeut, att våga be om hjälp när något känns svårt. Här nämns i studien handledning och kollegor som viktiga. En hållande ram även omkring psykoterapeuten. Även psykoterapeutens egenterapi framhölls, dels för att skapa erfarenhet av att tala om sexualitet, men framförallt för att bli varse egna mönster, hämningar, trauman och fördomar. Insikt om psykoterapeutens egen livshistoria ökar möjlighet att bli varse motöverföringar. Således kan handledning och egenterapi skapa nödvändigt mod och ökad medvetenhet hos psykoterapeuten.

### **8.3 Förslag till fortsatt forskning**

I sökandet efter aktuell forskning till aktuell studie återfanns få studier inom området psykoterapi och sexualitet i mening hur psykoterapeuter arbetar med sexualitet i ett bredare perspektiv. Den forskning som påträffats berör det faktum att psykoterapeuter inte talar med patienter om sexualitet i någon större omfattning (Shalev & Yerushalmi 2009).

Det skulle vara av vikt att studera ämnet mer ingående då, som studien visar, att sexualitet är något djupt mänskligt och som berör både personen själv och relationen till andra. Samtidigt som sexualitet omgärdas av många föreställningar och fantasier utifrån ovanan att tala om den utifrån det mer latent material som finns kring dess uttryck.

## Referensförteckning

- Beck-Friis, J. (2009). *Den nakna skammen*. Stockholm: Natur och kultur
- Crafoord, C. (1999). *Minnen, platser, inre och yttre rum. Yttre rum och inre*. Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie, nr 3, 1-22.
- Freud, S. (1898/2002). *Samlade skrifter av Sigmund Freud: Sexualiteten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Freud, S. (1920/2003). *Samlade skrifter av Sigmund Freud: Metapsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fonagy, P., Krause, R. & Leuzinger-Bohleber, M. (2009). *Identity, Gender and Sexuality- 150 years after Freud*. London: Karnac
- Igra, L. (2003). *Kärlekens skugga. Kärlek och andra svårigheter*. Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie, nr 6, 46-64.
- Kjellqvist, E-B. (1993). *Rött och Vitt - om skam och skamlöshet*. Carlssons.
- Kernberg, O. (1997). *Kärleksrelationer. Lust, aggression och sexualitet*. Stockholm. SfpH – Svenska föreningen för psykisk hälsovård.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Mair, D, & Izzard, S. (2001). Grasping the nettle: gay men's experiences in therapy. *Psychodynamic Counselling*. Vol. 7. nr 4, 475-490.
- McDougall, J. (1994). *Försvar för det annorlunda*. Stockholm: Natur och Kultur.
- McWilliams, N. (1994). *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Rouholamin, C. (2007). 'The 'frame' as a container for the erotic transference-A case study *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, Vol 13, 181-196.
- Sandin, G. (2005). *Praktik och fantasi. Kliniskt arbete med sexuella problem. Sexualiteter*. Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie, nr 8, 21- 34.
- Shalev, O. & Yerushalmi, H. (2009). Status of Sexuality in Contemporary Psychoanalytic Psychotherapy as Reported by Therapists. *Psychoanalytic Psychology*, 26, 343-361.
- Thomas, H., Hess, R. & Thurston, R. (2015). Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Midlife and Older Women. *Annals of Family Medicine*, Vol 13, Nr 4, 336-342.
- Vetenskapsrådet. (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig*

*forskning*. ISBN:91-7307-008-4.

Vetenskapsrådet. (2011) *God forskningsed*. ISBN 978-91-7307-189-5

Ylander, F. (2003). *What is this thing called love. En introduktion. Kärlek och andra svårigheter*. Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie, nr 6, 1-7.

## Bilaga 1

Brev till informanterna med förfrågan om att medverka.

Hej!

Jag heter Anna-Karin Rasmusson och läser sista terminen på psykoterapeutprogrammet på St Lukas Utbildningsinstitut, Ersta Sköndal Högskola. I skrivande stund håller jag på med min C-uppsats på ämnet ”Hur arbetar psykoterapeuter med sexualitet i sina terapier?”. Jag ämnar intervjua legitimerade psykoterapeuter med kunskap och vana att arbeta med patienter om sexualitet.

Jag undrar om du skulle vilja och har möjlighet att intervjuas om detta?  
Det skulle i så fall innebära att vi träffas för en enskild intervju om ca 45-60 minuter. Intervjun spelas in. Medverkan är anonym, namn och arbetsplats kommer inte att uppges i uppsatsen. Syftet med denna kvalitativa studie är att undersöka vilka vanliga frågeställningar och problemformuleringar patienterna kommer med kring sin sexualitet. Även vilka svårigheter och möjligheter upplever psykoterapeuterna kan finnas med att ta upp ämnet med patienten och vilka psykodynamiska teorier använder de sig av i arbetet med patientens sexualitet. Jag är dessutom intresserad av tankar och upplevelser man som terapeut kan få när det gäller överföring/motöverföring i samtalen kring sexualitet..

Jag kommer kontakta dig via telefon för att efterhöra intresse för medverkan. Det går också bra att svara på detta mailet och meddela förhinder eller om det är någon speciell tid som är bra för dig att bli uppringd på.

Med vänlig hälsningar  
Anna-Karin Rasmusson  
Socionom och studerande på psykoterapeutprogrammet  
St Lukas utbildningsinstitut Ersta Sköndal högskola

Mail: [xxx](#)  
Telefon: xxx

Handledare för uppsatsen är Björn Elwin.