

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Samtalet om Det**  
**- Patienters upplevelse av att samtala om sexualitet**  
**i psykoterapi**

Sofia Eithun Rönning och Hanna Foconi

Examensarbete 30 hp  
Psykologprogrammet  
PM 2519  
Vårtermin 2017

Handledare: Lisa Rudolfsson

# **Samtalet om Det**

## **- Patienters upplevelse av att samtala om sexualitet i psykoterapi**

Sofia Eithun Rönning och Hanna Foconi

**Sammanfattning.** I föreliggande studie undersöktes patienters upplevelse av att samtala om sexualitet i psykoterapi vid behandling av stress- och/eller nedstämdhets-problematik. Tio semistrukturerade intervjuer genomfördes, och analyserades med hjälp av en induktiv tematisk analys. Tre huvudteman framkom: "Jag behöver få prata om sex", "Mina behov möttes inte" och "Missförstod jag eller gjorde jag något fel?". Respondenterna gav uttryck för ett behov av att samtala om sexualitet, men att de trots detta inte talat om det. De upplevde att psykologen inte tagit sitt ansvar utan att det varit upp till dem själva att lyfta frågan. En slutsats som kan dras är att kliniska psykologer i högre utsträckning bör initiera samtal om sexualitet och därmed visa att det är ett viktigt ämne.

Genom människans livsspann utgör sexualitet en central och betydelsefull aspekt av att förstå människors relationer, personliga identitet, psykiska och emotionella hälsa (Butler, O'Donovan & Shaw, 2010). Sexualitet har även en stark koppling till välmående, livskvalitet och upplevd lycka (AARP, 1999; AARP, 2005; Rosen & Bachmann, 2008). Eftersom sexualitet är en så stor del av vår identitet och påverkar vårt mående i så hög grad, bör den också ges utrymme explicit när frågor om välmående lyfts (Hooghe, 2012). Sexualitet är ett brett begrepp som kan innehålla många dimensioner; WHO (2006) har definierat sexualitet som:

"... en central aspekt av att vara människa hela livet igenom innefattar sex, könsidentitet, könsroller, sexuell läggning, eroticism, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks i tankar, fantasier, begär, föreställningar, attityder, värderingar, beteenden, utföranden, roller och relationer. /.../ Sexualiteten påverkas av interaktionen av biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, juridiska, historiska, religiösa och andliga faktorer." (World Health Organization, 2006, s.5[egen översättning])

Att uppleva sig ha en tillfredsställande sexuell hälsa är av stor vikt, då denna är nära sammankopplad till sexuell funktion och psykisk hälsa (Davidson, Bell, LaChina, Holden & Davis, 2009; Holmberg, Blair & Phillips, 2010). På motsvarande sätt ger även sexuell dysfunktion en negativ påverkan på livskvalitet eftersom det ökar risken för psykisk ohälsa, såsom depression (Atlantis & Sullivan, 2012). Föreliggande studie undersökte patienters upplevelse av att samtala om sexualitet i psykoterapi vid behandling av stress- och/eller nedstämdhetsproblematik. Med ett sådant fokus bedöms det också vara relevant att lyfta frågan om sexuell hälsa och sexuella rättigheter. Enligt WHO (2006) är det en mänsklig rättighet att åtnjuta "högsta möjliga standard av hälsa", vari sexuell hälsa även inkluderas. Sexuell hälsa definieras som:

”...ett tillstånd av känslomässigt, mentalt och socialt välmående i relation till sin sexualitet; det är inte enbart frånvaron av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, såväl som möjligheten att ha njutningsbara och säkra sexuella upplevelser, fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa skall uppmärksammas och upprätthållas, måste allas sexuella rättigheter respekteras, beskyddas och uppfyllas.” (World Health Organization, 2006, s.5[egen översättning])

## **Sexualitet påverkar och påverkas i hög grad av psykiskt mående**

Att psykisk ohälsa i så hög grad har en negativ effekt på sexuell hälsa är tydligt när det gäller stress- och nedstämdhetsproblematik (Fabre & Smith, 2012; Hamilton & Meston, 2013; Williams & Reynolds, 2006). Ofta kopplas stress- och nedstämdhetsymtom till diagnoserna utmattningssyndrom (Socialstyrelsen, 2016) och egentlig depression (American Psychiatric Association, 2013), som båda är vanligt förekommande i Sverige. Enligt Socialstyrelsen (2016) är livstidsprevalensen för utmattningssyndrom 18 % för hela befolkningen, och vad gäller depression 36 % för kvinnor och 23 % för män. För de individer som får en påverkan på sin sexuella hälsa är det ofta den sexuella funktionen som blir lidande, till exempel genom minskad lust, vaginal torrhet, eller svårigheter med erektion (Williams & Reynolds, 2006; Yangin, Sözer, Sengun & Kukulcu, 2008). Williams och Reynolds (2006) studie visade att sexlusten blev lidande hos upp till 75 % av patienterna med depression. Det tycktes vara så att ju svårare depression, desto högre risk för bortfall av sexuell lust. Ytterligare en studie av Peleg-Sagy och Shahar (2013) visar på att sexuell dysfunktion hos unga högpresterande kvinnor kan leda till att depression förvärras.

Också när det gäller stress finns en tydlig koppling till sexuell dysfunktion, vilket bland annat Abedi, Afrazeh, Javadifar och Saki (2015) visat i sin studie. Där framkom bland annat att stress hade en negativ påverkan på sexuell lust och tillfredsställelse, samt kunde orsaka samlagssmärta. Det finns tecken på att den psykologiska upphetsningen är relativt opåverkad vid långvarig stress, men att sexuell funktion, till exempel lubrikation eller erektion, påverkas negativt (Hamilton & Meston, 2013; Ter Kuile, Vigeveno & Lann, 2007). Vid akut stress verkar både psykologisk och fysisk sexuell lust påverkas negativt (Ter Kuile et al., 2007). Även i parrelationer är det påvisat att upplevd stress har negativt samband med sexuell aktivitet, sexuell tillfredsställelse och relationstillfredsställelse (Bodenmann, Atkins, Schär & Poffet, 2010).

**Akut versus långvarig stress.** Det kan vara av vikt att tydliggöra vad som skiljer akut stress från långvarig stress. Akut stress kan förklaras som de fysiska och kognitiva reaktionerna som utlöses av autonoma nervsystemet vid kontakt med en stressor, till exempel en potentiellt livshotande situation (Ljung & Friberg, 2004). Vårt stresssystem är främst utformat för kortvariga påslag, för att sedan återgå till återhämtningsläge. En mer långvarig stress kan orsaka problem då den på sikt kan leda till psykisk såväl som fysisk utmattning, depression och störning i insöndring av könshormon. I föreliggande studie läggs fokus främst på långvarig stress.

**Sexuell dysfunktion.** Ett återkommande begrepp i föreliggande arbete, samt i flera studier som här hänvisas till, är sexuell dysfunktion. Begreppet kan innebära olika saker, men kan definieras som de fysiologiska och psykologiska faktorer som hämmar

möjligheten till sexuell aktivitet och sexuell njutning (Boller & Vodusek, 2015). Denna oförmåga att svara sexuellt på ett tillfredsställande sätt kan ha en signifikant påverkan på individers humör och självkänsla (Rosen, 2000). Vidare finns det stöd för att sexuell dysfunktion är mycket vanligt hos patienter med psykisk ohälsa (Stevenson, 2004). En hög andel patienter: 76 % av kvinnor och 81 % av män, anser att sexualitet är en mycket viktig del av livet och upplever att sexuell dysfunktion är mycket belastande (Götzmann, Dutta, Klaghofer & Fuchs, 2003). Vidare kan den sexuella dysfunktionen drabba fler än just personen som lider av stress- eller nedstämdhetssymtom, eftersom personens relationskvalitet ofta också blir lidande (Holmberg, et al., 2010). Den som lever i en relation och upplever en minskning i sin sexuella lust drar sig ofta undan sin partner, utan att partnern förstår varför (Dennerstein, Hayes, Sand, & Leher, 2009). Därmed missar den som lider av minskad sexuell lust även den viktiga kroppskontakten – och den frisättning av oxytocin kroppsböringen medför – som kanske hade varit extra viktig i en period av psykisk ohälsa (IsHak, Kahloon & Fakhry, 2011). Atlantis och Sullivan (2012) har i sin metastudie påvisat en växelverkan mellan depression och sexuell dysfunktion, på så sätt att de som lider av depression har ökad risk för att drabbas av sexuell dysfunktion, liksom att de som lider av sexuell dysfunktion har ökad risk att drabbas av depression.

**Antidepressiv psykofarmaka.** Användandet av antidepressiva läkemedel har ökat markant i Sverige under senare år (OECD, 2013), vilket kan vara av intresse med tanke på att antidepressiva läkemedel kan leda till sexuell dysfunktion (Montejo, Montejo & Navarro-Cremades, 2015). Enligt Demyttenaere och Jaspers (2008) är SSRI (Selektiva Serotoninåterupptagshämmare) ofta förstahandsvalet för behandling av depression. Vanligt förekommande biverkningar av dessa läkemedel innefattar sexuell dysfunktion, men också viktuppgång och känslomässig likgiltighet.

## **Sexualitetens roll i terapi**

Förändrade samhällsnormer kring sexualitet kan ge en förändrad norm kring sexualitet i terapirummet. Sexualitet, som tidigare varit en central del av psykologisk teoribildning, har under senare år fått allt mindre utrymme i praktik och teori, samtidigt som sexualitet tar allt mer plats i samhället (Pangman & Seguire, 2000). Green (1995) argumenterade för att en av anledningarna till att sexualitet inte längre ges samma utrymme inom psykologi är att samhällsattityderna blivit mer liberala, och att sexualitet således ger mindre upphov till ångest än tidigare. Dock kan den ökade liberalismen kring sexualiteten i sin tur bidra med en högre nivå av skamkänslor om individen inte upplever sig kunna nå upp till den kulturella standarden (Shalev & Yerushalmi, 2009). Ett exempel på detta skulle kunna vara att uppleva sig ”ha ett tråkigt sexliv” eller att inte ha debiterat sexuellt. Uppfattningen om att sexualitet på grund av förändrade samhällsattityder inte längre skulle leda till psykiskt lidande, motsägs av bland annat terapeuterna i Jablonskis (2010) studie, som undersökte vilka svårigheter psykoterapeuter upplevde i samtal om sexualitet med patienter. Psykologerna i Hagkvist och Nurmiks (2016) studie beskrev på liknande sätt hur samhällets föreställningar om könsroller och prestationskrav genomgående påverkade både mäns och kvinnors sexuella lust negativt. Båda dessa studier bekräftar också bilden av sexualitetens minskade fokus i psykologisk praktik och teori.

## **Psykologer tycks inte lyfta sexualitet i terapi**

Psykologer beskriver sexualitet som en central del av livet vad gäller personlighet, livskraft, livsglädje, lust samt känslöhantering, intimitet och förhållandet till den ena kroppen (Ahangaran, 2008; Klüft, 2006). Vidare finns det stöd för att psykologer har ansetts vara en av de yrkeskategorier som är mest lämpade att samtala om och lyfta sexualitet med patienter (Haboubi & Lincoln, 2003). Detta till trots, visar tidigare forskning att psykologer hellre hänvisar sina patienter till professionella med sexologisk expertis än samtalar om sexualitet i psykologisk behandling (Lundmark & Sandler, 1998; Wernick, 2003). Samtidigt förespråkar Guthrie (1999) att god psykologisk vård bör innefatta att patientens problem ses i sin helhet och att sexualiteten därmed har en naturlig plats i terapirummet.

Sexualitet är ett komplext och laddat ämne som för många kan upplevas svårt att samtala om (t.ex. Lundberg & Löfgren-Mårtenson, 2012). Tidigare studier har visat på ett motstånd hos psykologer att tala om sexualitet i terapi, då psykologer rapporterat att de känner en osäkerhet inför ämnet (Ahangaran, 2008). Denna osäkerhet kan dels förstås utifrån att de upplever att de har en kunskapsbrist, och dels utifrån att de är rädda för hur samtal om sexualitet ska påverka relationen till patienten (Jablonski, 2010; Zetréus, 2015). Flera olika författare lyfter att kliniker inte får lämpliga instruktioner eller tillräcklig träning i att samtala om sexualitet, vilket kan påverka psykologens bekvämlighet med att samtala om sexualitet i terapi (t.ex. Shalev & Yerushalmi, 2009).

Psykologer uppger att det underlättar att fråga om sexualitet om det ingår i patientens sökorsak eller om patientens diagnos vanligen korrelerar med problem med sexualitet (Fronek, Kendall, Booth, Eugarde & Geraghty, 2011; Lundberg & Löfgren-Mårtenson, 2012). Om psykologen trots detta förhåller sig passivt inför känsligare frågor, finns det en risk för att mer tabubelagda ämnen som sexualitet aldrig kommer upp under terapin (Fronek, et al., 2011; Klüft, 2006). I en omfattande norsk studie uppgav endast en av fem psykologer att de regelbundet frågade sina patienter om sexualitet (Traeen & Schaller, 2013). De psykologer som i högst grad tenderade fråga var de som var äldre, mer erfarna och hade inställningen att sexualitet är en viktig del av patientens liv. Andra omständigheter som kan påverka hur lätt psykologer upplever att det är att samtala om sexualitet lyfts i Ahangaran (2008) och Klüfts (2006) studier, där psykologer rapporterade att det var enklare att samtala om sexualitet om det var stor åldersskillnad mellan psykologen och patienten samt om patienten var av samma kön. Detta troddes bero på att åldersskillnad och att vara av samma kön minskar den sexuella laddningen i relationen, vilket underlättar samtalet.

En ytterligare möjlig förklaring till varför psykologer kan komma att undvika att samtala om sexualitet i terapi lyfts av Shalev och Yerushalmi (2009) som beskriver hur många terapeuter medvetet undviker att ställa specifika frågor kring ett visst ämne för att inte styra patienten i den terapeutiska processen. Samtidigt menar författarna att det är terapeutens ansvar att skapa en öppen atmosfär där alla ämnen kan beröras. Det blir därför problematiskt om ämnet sexualitet undviks.

## **Patienten vill och behöver prata om sex**

Tidigare forskning visar att det finns en önskan hos patienter att samtala om sexualitet (Ahangaran, 2008; Brunell & Pettersson, 2011; Klüft, 2006; Shalev &

Yerushalmi, 2009), och en villighet att svara på frågor om sitt sexliv (Hooghe, 2012). I en pilotstudie av Götzmann, et al. (2003) framkom att 100 % av de kvinnliga och 87 % av de manliga patienterna i studien förväntade sig att frågor om sexualitet skulle lyftas i terapi. I Brunell och Petterssons (2011) studie av patienters upplevelse av att samtala om sexualitet i psykodynamisk terapi, framkom att flera av patienterna önskat att deras terapeuter öppnat upp för att samtala om sexualitet i högre grad.

Enligt Lundberg och Löfgren-Mårtenson (2012) kan patienter själva uppleva att sexualitet och sexuell lust är svårt att lyfta i psykologisk behandling. Vidare rapporterar många att de undviker att tala om sin sexualitet innan de fått förtroende för behandlaren. Samtidigt uppger patienter att det är lättare att samtala om sexualitet om psykologen hjälper patienten att sätta ord på sin berättelse, har förmedlat en öppen hållning och aktivt frågat om sexualitet (Jablonski, 2010; Lundberg & Löfgren-Mårtenson, 2012). Detta resultat överensstämmer med tidigare forskning som lyfter hur patienter föredrar mer aktiva interventioner från terapeuten, i jämförelse med en mer passiv hållning (Lilliengren & Webart, 2005).

Resultaten av en internetbaserad enkätstudie i USA (Carlson, 2014), indikerar att det som främst påverkar hur bekväma patienter är med att samtala om sexualitet berodde på deras uppfattning av terapeutens kompetens och kunskap i sexuella frågor. Psykologers bristande kunskap om sexualitet riskerar att påverka bemötandet av patienten, och kan göra att psykologen upplevs som okunnig eller ointresserad (Brunell & Pettersson, 2011). När patienten inte känner sig väl bemött av sin psykolog kan det leda till ett upplevt hämmande av möjligheten att samtala om sexualitet. Bergström och Laack (2006) påtalar att de sociala normer som reglerar hur vi talar om sexualitet, inte nödvändigtvis stämmer överens med hur sexualiteten faktiskt ser ut i praktiken. Psykologens kunskapsbrist kan skapa föreställningar hos psykologen om att den egna personliga sexualiteten är norm och referensram. I en terapeutisk situation kan detta bli problematiskt, då behandlaren inte ska låta sina privata föreställningar eller antaganden styra bemötandet av patienten (Ahangaran, 2008).

## **Att lyfta sexualitet i terapi är viktigt**

Som nämnts ovan, är sexualitet av stor betydelse för människors välbefinnande och hälsa och en överväldigande majoritet av människor uppger att sexualitet är en viktig del av livet (Götzmann, et al., 2003). För många människor finns det ett starkt samband mellan sexuell funktion och psykisk hälsa (t.ex. Davidson, et al., 2009; Holmberg, et al., 2010; Rosen & Bachmann, 2008). Detta innebär att samtal om sexualitet bör ingå som en naturlig del i terapi, vilket också har stöd i forskningen (t.ex. Hooghe, 2012). När sexualiteten inte får det utrymme i terapi finns en risk att den psykiska ohälsan vidmakthålls (Atlantis & Sullivan, 2012). Utifrån detta kan slutledningen då bli att det är av stor vikt att patienter erbjuds möjlighet att samtala om sitt sexuella mående i terapi, och att därmed potentiellt erbjudas hjälp för de eventuella svårigheter personen har med sin sexualitet.

**Begränsad tidigare forskning.** I dagsläget är forskningen som undersöker om och hur psykologer samtalar med patienter om sexualitet begränsad. Författarna av tidigare psykologexamensarbeten inom området lyfter också bristen på tidigare forskning (Ahangaran, 2008; Hagkvist & Nurmik, 2016; Klüft, 2006; Zetréus, 2015). Vidare finns det mycket få tidigare studier som fokuserat på patientens egna upplevelser

av att samtala om sexualitet i terapi, varav Brunell och Petterssons (2011) studie är en av få. Det verkar finnas en diskrepans mellan att psykologer uppfattar sexualitet som ett viktigt ämne att samtala med patienterna om (Ahangaran, 2008; Haboubi & Lincoln, 2003), men att ämnet ändå i stor utsträckning undviks (Brunell & Pettersson, 2011; Klüft, 2006; Shalev & Yerushalmi, 2009).

**Föreliggande studiers relevans.** Med tanke på ovanstående har föreliggande studie som intention att, genom att fokusera på patientens egen upplevelse av om och hur samtal om sexualitet lyfts i terapi, kunna bidra med viktig kunskap inom området. Fokus i föreliggande studie var på patienter med stress- och/eller nedstämdhetsproblematik, då det finns påvisad komorbiditet med sexuell dysfunktion (Abedi, et al., 2015; Atlantis & Sullivan, 2012; Götzmann, et al., 2003; Hamilton & Meston, 2013), samtidigt som prevalensen är hög (Socialstyrelsen, 2016). Att fokusera på patientens egna upplevelser och erfarenheter är viktigt inte minst mot bakgrund av att få tidigare studier har haft detta perspektiv. Patientens upplevelser kan också bidra med viktig klinisk kunskap och att klarlägga dessa erfarenheter kan möjligen ytterligare motivera yrkesverksamma psykologer att i sitt arbete lyfta och arbeta med frågor kring sexualitet. Föreliggande studie kan med andra ord vara betydelsefull för såväl patienter som för de psykologer som möter den här patientgruppen i sitt arbete. Arbetet kan vidare ha relevans för debatten kring den efterfrågade sexologiska kompetensen, som tycks fattas på många psykologutbildningar i Sverige idag (Zetréus, 2015).

## **Syfte och frågeställning**

Syftet med föreliggande studie var att undersöka patienters upplevelse av att samtala om sexualitet i psykoterapi vid behandling av stress- och/eller nedstämdhetsproblematik. Frågeställningarna var: Vilket behov av att samtala om sexualitet hade patienterna? På vems initiativ lyftes frågan? Hur upplevde patienterna eventuella försök från psykologen att lyfta sexualitet? Hur upplevde patienterna att deras egna eventuella försök att öppna upp för samtal om sexualitet togs emot? Finns det någonting som psykologen gjorde eller hade kunnat göra för att underlätta respektive försvåra samtal om sexualitet?

## **Metod**

Tio semistrukturerade intervjuer genomfördes, och analyserades med hjälp av en induktiv tematisk analys. Detta innebär att den tematiska analysen inte utgår från en tydlig teoretisk ram och främst syftar till att få förståelse för individens berättelse (t.ex. Braun & Clarke, 2006). Mer om respondenter och tillvägagångssätt redovisas nedan.

## **Respondenter**

Nio kvinnor och en man deltog i studien. Samtliga respondenter var personer med tidigare eller pågående stress- och/eller nedstämdhetsproblematik, och som gått till en eller flera psykologer under de senaste tre åren. En av tio respondenter var i

pågående behandling vid intervjutillfället. Respondenternas ålder varierade mellan 19-35 år.

## **Frågeguide**

Under intervjuerna användes en egen utformad frågeguide bestående av sju frågor, varav samtliga frågor hade exempel på följdfrågor som kunde användas som stöd för intervjuaren (se bilaga 1). De tre första frågorna syftade till att få en inblick i respondentens sökorsak och nuvarande livssituation, samt skapa en god kontakt mellan respondenten och intervjuaren. De sista fyra frågorna ämnade mer specifikt undersöka olika områden av studiens syfte, det vill säga “upplevelser av att samtala/inte samtala om sexualitet”, “specifikt tillfälle då respondenten samtalat om sex och sexualitet”, “tillfälle/n då respondenten önskat samtala om sexualitet”, samt “vad psykologen kunde ha gjort för att underlätta/försvåra samtal om sexualitet”. Inför utformandet av intervjuguiden hämtades inspiration från Brunell och Petterssons (2011) intervjuguide, vars studie också undersökte patienters erfarenhet av att samtala om sexualitet i terapi.

## **Tillvägagångssätt**

Då förväntningen var att det kunde vara svårt att få tag på respondenter, användes ett bekvämlighetsurval (Willig, 2013). Respondenter eftersöktes utanför vår direkta närhet genom relevanta grupper på Facebook, som till exempel “Vi som drabbats av utmattningssyndrom/utbrändhet” och “Snippetsnack”. Anledningen till valet av dessa grupper var att de antingen hade beröringspunkt med ämnen kring sexualitet eller att det troligtvis fanns många gruppmedlemmar som kunde tillhöra patientgruppen som eftersöktes. Förfrågan om deltagande som delades i dessa grupper innehöll information om studien och dess syfte, samt information om sekretess- och tolkningsförfarande (se bilaga 2). I förfrågan betonades att det inte var ett krav att respondenten skulle ha samtalat med sin psykolog om sexualitet, utan att syftet var att undersöka upplevelser av att ha eller inte ha samtalat om sexualitet i psykoterapi. Respondenterna erbjöds ingen ersättning för sitt deltagande. Närmare tjugo personer visade initialt intresse för att delta i studien. Dessa potentiella respondenter ringdes upp per telefon för att stämma av ålder, att respondenten lidit av stress- och/eller nedstämdhetsproblematik, samt att respondenten sökt psykolog-hjälp och gått i psykoterapi för detta under de senaste tre åren. De personer som uppfyllde kriterierna var fördelade runt om i Sverige och av praktiska skäl valdes de tio ut som det fanns möjlighet att träffa för en intervju.

För att fördela arbetet genomfördes fem intervjuer av vardera författare. Respondenterna informerades över telefon och under intervjutillfället om frivilligheten att delta, konfidentialitet, avidentifiering av materialet samt om möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande. Sex av intervjuerna genomfördes på Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet, en intervju genomfördes i ett annat universitets lokaler och tre av intervjuerna genomfördes i respektive respondents hem.

Varje intervju varade mellan 35-55 minuter. Intentionen som intervjuare var att ha ett öppet och tillåtande förhållningssätt samt att lyssna empatiskt för att ge respondenterna utrymme att berätta om sina tankar och erfarenheter (Ashworth &



Lucas, 2000). Alla intervjuer spelades in via en mobiltelefon med en diktafon. Den första intervjun var en pilotintervju som sedan ansågs lämplig att använda i studien då frågorna bedömdes fånga respondentens upplevelse. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant av respektive intervjuare.

## **Databearbetning**

Analysarbetet utgick från en datadriven induktiv tematisk analys, vilket innebär att teman och kategorier tilläts växa fram ur materialet (t.ex. Braun och Clark, 2006). Inledningsvis lästes de transkriberade intervjuerna enskilt av vardera författare upprepade gånger för att sätta sig in i texterna samt skapa en god överblick. Därefter gjordes en inledande kodning enskilt av båda författarna. Kodningarna diskuterades sedan gemensamt där likheter såväl som olikheter i tolkningarna begrundades och koderna placerades under olika kategorier. Till en början konstaterades 16 kategorier som sedan utökades till 22 kategorier. Exempel på kategorier var "Mitt mående påverkar mitt sexliv" och "Sex påtalas i omskrivningar". Varje intervju kodades sedan i det tematiska analysprogrammet Atlas vilket gav ytterligare struktur på materialet. Därefter grupperades alla citat utefter kategorierna för att få en överblick. I samband med detta avidentifierades materialet med avsikt att ersätta varje individuell upplevelse med fokus på den sammantagna upplevelsen. Sedan undersöktes och utforskades varje kategori av koder och kategorierna bearbetades, vilket resulterade i tre slutgiltiga huvudteman "Jag behöver få prata om sex", "Mina behov möttes inte" samt "Missförstod jag eller gjorde jag något fel?" (se bilaga 3 för vidare specificering av kategorier och teman). Underteman skapades för att strukturera materialet. Avslutningsvis valdes de citat ut som bäst fångade essensen av varje huvud- och undertema.

## **Resultat**

Denna studie syftade till att undersöka om och hur personer med stress- och/eller nedstämdhetsproblematik har samtalat om sexualitet i terapi med legitimerad psykolog. Nedan presenteras de olika aspekterna av patienternas upplevelse i huvudteman och underteman. Resultatet berör både respondenternas egna behov av att prata om sex, huruvida de upplevde att deras behov blivit mötta i terapin och på vilket sätt de själva förstår varför det blev som det blev. Den beskrivande texten illustreras med citat från respondenterna. För att göra texten mer läsvänlig har mindre ändringar gjorts i citaten, utan att ändra dess innebörd. Av hänsyn till respondenternas konfidentialitet presenteras resultaten med minimal deltagarinformation.

### **Jag behöver få prata om sex**

Det första temat berör respondenternas uttryckta behov av att få samtala om sexualitet i terapi, samt hur detta kan påverkas av omständigheter så som det egna måendet. I intervjuerna framkom en komplex bild där sexualitet dels kunde komma att upplevas som sekundärt till mer akuta problem, och dels att det akuta problemet berörde

och berördes av sexualitet i en växelverkan. För vissa respondenter blev det viktigt att först få hjälp med andra svårigheter innan samtal om sexualitet blev aktuellt. Samtidigt uppgav respondenterna att deras sexualitet blev negativt påverkad av att de mådde dåligt. Den egna sexualiteten beskrevs också som en viktig del i att bli frisk och för att kunna må bra.

**... Men först efter att jag har fått hjälp med annat.** Endast två respondenter uppgav att de givits utrymme att samtala direkt om sexualitet i sin terapi. Vissa gav uttryck för att det helt enkelt inte blivit aktuellt att samtala om sexualitet med deras respektive psykolog. De betonade att det inte varit realistiskt att ta upp ämnet på grund av behandlingens tidsbegränsning och uttryckte att andra saker behövde prioriteras. Några respondenter beskrev hur de mått så dåligt psykiskt att deras sexliv fick komma i andra hand. En av dem uttryckte det så här:

*“Mycket av den tiden som jag spenderat där har jag varit i en sådan djup kris att sex har varit någonting, ett sådant lyxproblem för mig.”*

Flera respondenter beskrev att sexualiteten blev en viktig fråga för dem först när deras mående förbättrades. De berättade att de under stora delar av terapin mådde så pass dåligt att de varken orkade eller hade lust att samtala om sin sexualitet. Vissa respondenter upplevde att de kände sig sköra och obekväma med sig själva, vilket bidrog till att de även var avvaktande inför psykologen till en början. En osäkerhet kring att de kanske inte varit mottagliga för samtal kring sexualitet då deras psykiska mående var som sämst beskrevs.

*“Fast vid den tidpunkten hade jag ju överhuvudtaget ingen sexlust och ingen sexdrift och ingenting, och då är det inte särskilt viktigt för en. Så det var liksom ingenting som jag då heller själv kom på att jag skulle prata om.”*

Vissa respondenter uppgav att de i efterhand kunde komma på situationer då de borde ha samtalat om sexualitet i terapin. Flera beskrev hur deras nedstämdhet och/eller utmattning hade gjort det svårt för dem att reflektera kring och prioritera vad de gjorde och sa. De uttryckte att det hade kunnat vara hjälpsamt att få stöd av psykologen i samtalen om sexualitet.

*“Det som hade kunnat vara givande just då, hade väl varit om han hade ställt frågan och det hade blivit väldigt tydligt för mig att ‘nämen jag har typ ingen sexualitet just nu, jag mår såpass dåligt att det inte finns nån lust eller nåt behov alls, eller nåt intresse för liksom sex eller killar eller liksom.’ Att jag inte ens såg mig som en sexuell varelse. Det hade det kanske kunnat ge då.”*

**...Eftersom mitt mående påverkar min sexualitet.** Nedstämdhet och/eller stress beskrevs av respondenterna ha bidragit till minskad lust generellt, vilket påverkade deras vardag, deras arbeten och deras bild av sig själva. De uttryckte att lidandet hade en stor påverkan på deras relationer och på vilken typ av närhet och sex som de behövde och klarade av. Respondenterna uppgav att lidandet bidragit till att de hade svårt att vara närvarande i sexuella situationer samt att vissa sexuella situationer blivit mer komplexa, bland annat på grund av att många upplevt sexuell dysfunktion i

form av minskad sexlust. En tudelad situation kunde då uppkomma där respondenten dels beskrev ett behov av att få vara fri från påtryckningar från partnern, dels behövde att partnern ibland tryckte på för att respondenten skulle komma i kontakt med sin lust. En respondent beskrev komplexiteten på följande sätt:

*“Han vill ju inte pressa mig att ha sex, om jag inte vill ha sex, men samtidigt har jag ingen sexlust i mig så måste jag ju försöka skapa den på något sätt.”*

Respondenterna gav också uttryck för en oro över hur deras försämrade mående påverkade deras relation och eventuella partner. Relaterat till denna oro beskrev flera respondenter hur det hade varit hjälpsamt om psykologen hade vågat undersöka detta vidare för att hjälpa respondenten förstå och hantera de svåra situationer som kunde uppkomma.

*“För då var jag också i en parrelation, men att det ändå inte var så här ‘nu har du varit sjukskriven länge, hur påverkar det din relation?’ att den grejen inte riktigt fanns med. Där tänker jag nog att det är rimligt att öppna för samtal om den sexuella relationen, om man nu har en sådan, om den blir lidande eller påverkas eller så där.”*

Många av respondenterna hade som en del i sin behandling också ätit antidepressiv medicin. De beskrev hur medicinen bidragit till att förbättra deras mående, men också hur den påverkat deras sexlust negativt. Samtidigt gav de uttryck för att de inte talade med sin psykolog om mediciner överhuvudtaget, och att det var särskilt svårt att lyfta sexuella biverkningar. För vissa respondenter beskrevs den nedsatta sexlusten som en betydande förändring för dem, vilket gav upphov till ett behov av att samtala om det.

*“Jag började med antidepressiva, och för väldigt många och för mig som också fick Fluoxetin som typ är den värsta sorten för sex och lusten och så, då hände det väldigt mycket och det hade varit ett viktigt samtalsämne”*

**...Då sex är viktigt för att jag ska kunna må bra.** Respondenterna beskrev återkommande sexualitet som en stor och naturlig del av livet och av dem själva. Vissa uttryckte det som ett grundbehov och som något som påverkade dem i deras vardag. Flera respondenter betonade att sexualitet är ett relevant ämne i terapi eftersom det tenderar att påverka både det egna psyket samt ens relationer på olika sätt.

*“Det kanske inte är det allra viktigaste, men liksom att säga att det är en stor del av livet, för det är ju ändå ett grundbehov liksom.”*

Sexualiteten uppgavs således vara viktig för många respondenter, trots att den som sagt endast berördes i terapi för två av dem. Flera respondenter uttryckte dock att deras sexualitet i perioder varit icke-fungerande och tagit sig destruktiva uttryck, såsom vid erfarenheter av otrohet, abort och i vissa fall sexuella övergrepp. De två respondenter som hade samtalat om sexualitet i terapi beskrev hur de genom att prata om sina erfarenheter och sin sexualitet överlag hade upplevt en lättnad. Trots att sexualitet delvis varit ett smärtsamt område för dem tidigare, fick de stöd att hitta nya sätt att låta den komma till uttryck. Andra respondenter uppgav att sådana negativa

erfarenheter ofta var så plågsamma och kopplade till skam- och skuld känslor, att de därigenom blev särskilt svåra att prata om. Samtidigt påverkade de tidigare erfarenheterna deras möjlighet att ha ett hälsosamt sexliv och hade i förlängningen också stor effekt på deras mående.

*“Det [sexuella övergrepp] har ju också gjort att det har haft effekt, alltså situationer när jag har varit väldigt självdestruktiv, utifrån ett sexuellt perspektiv. /.../ Jag kunde ha hur mycket sex som helst, med vem som helst i princip. Men jag kunde inte ta i min sambo.”*

De respondenter som inte samtalat om sexualitet i terapin menade att utforskandet av sexualiteten hade kunnat bidra till fler sätt att förstå sig själv, och eventuellt i längden kunnat bidra till att sex i större utsträckning tilläts bli en källa till glädje. En del respondenter lyfte hur sex hade varit hjälpsamt för deras återhämtning, och även kunnat öka deras välbefinnande. En del menade att sexualiteten ibland blivit ett sätt att ta sig ur svackor. Det kunde gälla både egensex och sexuella möten med andra.

*“Jag känner att det [sex] haft en väldigt stor betydelse för mig, liksom återhämtning och i hur jag har hittat tillbaka till mig själv och till min kärna och till att liksom stå stadigt på jorden, igen.”*

## **Mina behov möttes inte**

Det andra temat belyser respondenternas beskrivning av hur de önskade att samtalen om sexualitet skulle ha blivit. I intervjuerna framkom hur respondenterna delvis upplevt att psykologerna på olika sätt undvikit ämnet sexualitet genom sitt språkbruk, och hellre fokuserat på relationer. Respondenterna gav uttryck för en önskan om att psykologen istället skulle ha samtalat mer rakt på sak om ämnet. Samtidigt beskrev respondenterna att det borde ha varit psykologens ansvar att ta upp och intressera sig för respondentens sexualitet, och visa att sexuell funktion kan kopplas till stress och/eller nedstämdhet. Slutligen fanns det andra faktorer såsom psykologens ålder, kön och utseende som tycktes ha påverkat respondenternas möjlighet att samtala om sexualitet.

**Jag hade önskat klarspråk om sex.** Majoriteten av respondenterna beskrev att samtal om sexualitet i princip varit helt frånvarande i deras terapier. De som inte samtalade om sexualitet uttryckte att det närmaste de kom ämnet var samtal kopplat till relationer. Respondenterna uppgav att det exempelvis kunde vara i samband med en specifik relationell händelse, såsom en konflikt med en partner, vid frågor kring reproduktion eller när en ny bekantskap väckt starka känslor. Respondenterna gav uttryck för att samtal om relationer hade kunnat vara en naturlig övergång till samtal om sexualitet.

*“Men det blir ju också ett naturligt sätt att ta upp det liksom, om man har någon slags kärleks- eller sexuell relation till andra människor.”*

Vissa respondenter uppgav att de uppfattat att psykologen hade gjort vissa antaganden om deras sexualitet och relationer, vad gällde exempelvis huruvida de levde monogamt eller vem de hade sex med. Psykologens antaganden kunde märkas på bland annat hur psykologen använde metaforer som inte alltid stämde överens med respondentens livssituation. Om psykologen istället varit mer villig att utforska alternativa relationsformer beskrev vissa respondenter att terapin troligen hade kunnat bli mer effektiv. Flera respondenter gav också uttryck för att psykologens felaktiga antaganden till viss del hade omöjliggjort samtal om sexualitet.

*“Alltså, hur vår relation såg ut, eftersom den inte passade in på hennes bild, kunde jag ha tvivel kring att det finns ett sätt som är det hälsosamma sättet att ha en relation på, som det vore bättre om jag kunde leva upp till. /.../ men det påverkar mig, som att man får pyttelite andnöd eller får en liten knut i bröstet.”*

Samtalen om sexualitet verkade även ha lindats in i psykologens språkbruk. Exempelvis beskrev respondenterna hur psykologen använde ord såsom “närhet” och “attraktion” när hen närmat sig ämnet sexualitet, snarare än explicita ord eller formuleringar. Respondenterna gav uttryck för att ett sådant försiktigt språkbruk hade skickat signaler om att psykologen helst ville undvika samtal om sexualitet. De respondenter som inte samtalat om sexualitet i terapi uttryckte en önskan om att psykologen skulle ha ställt mer frågor om sexualitet. Både öppna frågor som kunde göra att samtalet närmade sig sexualiteten och specifika frågor för att uppmuntra fortsatt fördjupning. Många respondenter menade att det hade varit en lättnad för dem om psykologen hade varit mer rak i sin kommunikation.

*”Just i mitt fall tycker jag väl rakt ut och ärlighet. Hon skulle ju i princip kunnat fråga ‘hur ofta har du sex, med vem hur’ Jag är inte obekvämt på det sättet.”*

En motstridig bild av förväntningar och önsknningar framkom i att samtidigt som respondenterna uttryckte en önskan om att psykologen skulle ha talat mer rakt om sexualitet, gav de också uttryck för att de haft en förväntan på att psykologen ibland skulle närma sig ämnet försiktigt. De vars terapi innefattat samtal om sexualitet uppgav att det varit hjälpsamt att deras psykologer hade pratat om och bemött sexualitet på ett naturligt och öppet sätt, samt att de hade kunnat tala klarspråk om sexualitet vilket även reflekterades i deras språkbruk. En respondent beskrev det så här:

*”Ja men typ hon sa nog säkert ‘knulla’ nån gång, eller ‘penetration’, när vi pratade om sex; ‘Betydde det penetration eller vad tänker du då?’ Att hon liksom vågade benämna saker och att det var liksom inte hysch-hysch eller nåt fult, utan det var, det var naturligt!”*

**Jag hade velat att psykologen tagit ansvar.** Respondenterna uppgav i stor utsträckning att det hade varit lättare att samtala om sexualitet om inte de själva hade behövt bära hela ansvaret för att samtalet skulle komma till. De menade att det borde ha varit psykologens ansvar att ta upp frågan om sexualitet och göra ämnet talbart. Om psykologen hade frågat om sexualitet hade det kunnat bidra med en helhetssyn av respondenten som människa, vilket flera respondenter gav uttryck för hade varit

betydelsefullt. Respondenterna beskrev hur psykologen ofta hade frågat om många andra delar av deras livssituation såsom sömn- och kostvanor och att frågor om sexualitet också borde ha ingått i psykologens kartläggning.

*“Och så kanske prata om det såhär: ‘Hur sover du? Hur äter du?’ alltså man kan ju prata om, gå igenom allt som gör att man mår bra, och så kan man prata om sex också liksom! Så att det inte blir: ‘Åh, nu ska vi prata om sex!’ för det tror jag kan bli jobbigt, när det blir såhär Samtalet om Det, utan att det får vara en del i allt annat.”*

Respondenterna menade att det borde ingå i psykologens yrkesansvar att vara lyhörd för patientens behov och se till så att terapin handlar om det som är viktigt för patienten. Trots en uttalad önskan om att få frågor om sexualitet, beskrev flera respondenter hur de själva ville kunna få bestämma om de ville samtala om sexualitet med psykologen. Respondenterna gav uttryck för att detta egna beslut att samtala eller inte samtala hade varit lättare att fatta om psykologen hade tagit ansvar för att lyfta frågan.

*“Sen kolla hela tiden liksom såhär: ‘Kan vi prata om detta här? Vill du prata om detta här?’ Och så får klienten själv bestämma, vill man det, vill man inte göra det?”*

Det framkom en komplexitet i respondenternas förväntningar på hur psykologen skulle förhålla sig till ämnet sexualitet. Samtidigt som respondenterna ansåg att de själva måste få välja huruvida de ville samtala om sexualitet, menade de att psykologen borde ha undersökt vad en eventuell ovilja hos respondenten kunde bero på. Flera respondenter delade beskrivningen av att deras psykolog alltför snabbt antog att respondenten inte ville tala om sexualitet. Det kunde exempelvis visa sig genom att respondenten beskrev sig ha svarat undvikande på frågor om sin civilstatus, vilket psykologen kan ha tolkat som ovilja att samtala om ämnet och i fortsättningen inte ställde liknande frågor. Respondenterna uppgav att det av olika skäl kan vara mindre relevant eller särskilt svårt att tala om sexualitet, men att det ändå kan vara värdefullt för patienten om psykologen undersöker detta.

*“Om man märker att nån tycker att det är jobbigt, så kan man ju fråga: ‘Vad är det som är jobbigt i det? Är det jobbigt att jag ställer frågan eller är det jobbigt att prata om det?’ För det kan ju vara så att man tycker att det är jobbigt, men man behöver prata om det, alltså.”*

**Jag skulle ha behövt en viss typ av psykolog.** Alla respondenterna, utom en, gav uttryck för att de egentligen har lätt för att tala om sexualitet, både med sina vänner och med sin partner. Respondenterna uppgav därför att de förmodligen skulle ha varit bekväma med att samtala om sexualitet med sin psykolog också, trots att som tidigare nämnts endast två beskrev att de faktiskt hade gjort det. Respondenterna uttryckte att psykologens kön och ålder hade varit av betydelse för hur bekväma de trodde sig ha varit med att samtala om sexualitet i terapi. Av dem som nämnde att det var betydelsefullt huruvida psykologen var en kvinna eller en man var den genomgående uppfattningen att en kvinna varit att föredra när det kom till att samtala om sexualitet. Gällande psykologens ålder fanns det olika synvinklar: vissa tyckte att det hade känts

lättare att identifiera sig med en psykolog i sin egen ålder, medan andra skulle ha föredragit en äldre psykolog att samtala om sexualitet med. En av respondenterna som hade samtalat om sexualitet i terapi uppgav att samtalen hade underlättats av att psykologen var en kvinna i hennes egen ålder:

*”Ja det var svårt redan från början att prata om det, men att det var en kvinna hjälpte väldigt mycket. Och sen, ja vid första blicken; hon såg ut att vara i min egen ålder, runt trettio år sådär, det kändes också ganska bra.”*

Samtliga respondenter använde sig av olika ledtrådar för att avgöra om psykologen var en person de kunde samtala om sexualitet med. Dessa ledtrådar kunde vara kopplade till vad psykologen hade på sig, om psykologen framstod som ”pryd” eller hur de bemötte respondenten i terapin. Huruvida psykologen gick att lita på menade respondenterna bland annat avgjordes av hur öppen och tillåtande psykologen verkade vara inför deras berättelse.

*”Det beror ju mycket på psykologen också känner jag... Men vi säger om jag har mina fördomar och kommer till nån som jag tror inte vill prata om sånt, så tar inte jag första steget. Men såklart om den personen visar sig att vara öppen med sånt, så blir det ju lättare för mig också.”*

Trots att sexualitet beskrevs som ett ämne där det krävdes ett visst förtroende för psykologen för att det skulle kännas bekvämt att samtala om, upplevde några att de kommit sin psykolog för nära. När kontakten med psykologen pågått länge utan att sexualitet berörts kunde ämnet komma att upplevas som för känsligt. Få respondenter beskrev att de fått frågor om sexualitet i början av terapin. Respondenterna menade dock att det hade funnits fördelar med att ta upp ämnet tidigt, då de inte kände psykologen än och inte behövde upprätthålla någon fasad. Att ha kommit för nära sin psykolog, utan att sexualiteten berörts, beskrevs med andra ord som att det försvårade möjligheten att samtala om sexualitet.

*”När sådana frågor skulle kunna vara mer aktuella, så blev det nästan som att den relationen vi hade blev nästan familjär, som familj. Och med min familj pratar jag inte jättemycket sex.”*

### **Missförstod jag eller gjorde jag något fel?**

Trots respondenternas beskrivningar av hur viktig sexualitet var för deras välbefinnande och för deras nära relationer, uppgav flertalet att de möjligen hade missförstått vad som var lämpligt att tala om i terapi. De gav uttryck för en upplevelse av att det hade varit upp till varje respondent att själv ta upp ämnet. Vidare resonerade respondenterna kring olika faktorer som påverkat deras möjlighet att ta initiativ till ett samtal om sexualitet, och många drog slutsatsen att det var deras eget fel att samtalen om sexualitet inte blivit av. Att sexualitet som samtalsämne uteblivit fick till följd att respondenterna till stor del blev ensamma i sina funderingar och känslor kopplade till sin sexualitet.

**Vad hör egentligen hemma i terapi?** När respondenterna reflekterade kring hur det kom sig att de inte samtalar om sexualitet i terapi uttryckte vissa att det delvis berodde på en egen föreställning om vad som är lämpligt att tala om i terapi. Några av respondenterna menade att sexualitet som samtalsämne inte hör hemma i modern terapi utan är förlegat, och därmed är mer eller mindre lämpligt inom olika terapiformer. Vissa respondenter gav uttryck för att sexualitet möjligen har en naturligare plats inom psykodynamisk terapi, där de menade att det finns ett större intresse för exempelvis tidigare sexuella erfarenheter. Motsvarande beskrev flera respondenter föreställningar om att sexualiteten inte hör hemma i kognitiv beteendeterapi, eftersom det där förväntades vara en mer manualbaserad och dessutom tidsbegränsad terapi. Vidare uttryckte respondenterna att osäkerheten kring vad som hör hemma var kunde göra att det kändes obekvämt att samtala om sexualitet i terapi, samt att detta bidragit till att de inte själva lyft sexualitet som samtalsämne.

*”Det är väl just känslan av att det inte hör hemma i terapi på något sätt, som jag har. Jag får lite så här 70-tals tankar när man tänker på att man ska prata om sex i terapi. Men det är nog mest min egen föreställning om hur man ska prata om sex och den typen av känslor i liksom terapiesammanhang.”*

Respondenterna beskrev sig även ha varit hindrade av olika föreställningar om sexualitet. Vissa gav uttryck för att sexualitet är för privat för att samtala med sin psykolog om, medan andra beskrev hur sexualiteten är något som ”bör funka” och ska vara lustfylld. Detta skapade en ovisshet inför vad som egentligen är passande att tala om i terapi.

*“För mig är det en sak att prata om sin ångest, depression eller nedstämdhet, det är ju jobbigt på sitt sätt men det är på något sätt meningen att vi ska prata om det. Medan sex är ju ett ämne som kan, som helst ska vara lustfyllt och roligt liksom, sen är det klart att det inte alls behöver vara så jämt.”*

Alla respondenterna hade någon form av stress- och/eller nedstämdhetsproblematik, men orsaken till problemen beskrevs ha olika grund. Beroende på anledningen till att varje respondent sökt hjälp, färgades deras förväntningar på huruvida sexualitet var lämpligt som samtalsämne i terapin.

*”Då mådde jag dåligt på grund av min [närstående person] som var döende. Så då var det mer prat om såna bitar, så hade hon gått in på sex där... (skratt) hade jag nog blivit lite förundrad!”*

Det förekom också antaganden hos respondenterna om att det inte var lämpligt att samtala om sexualitet med en psykolog om hen inte tycktes ha tillräcklig kunskap eller var utbildad sexolog. Om respondenten hade haft specifika problem kopplade till sexualiteten resonerade flera respondenter att det varit mer passande. Vissa respondenter uppgav att de helt enkelt antagit att psykologer inte talar om sexualitet och att det var en av anledningarna till att de inte lyft ämnet:



*”Det hade nog varit lättare om jag hade kommit till exempelvis en sexolog eller någon där jag söker aktivt för att prata om det, där jag kan skilja på det från det andra. Det är inte naturligt att det kommer upp annars.”*

**Det är mitt eget fel att samtal om sex inte blev av.** Som tidigare nämnts, uttryckte respondenterna en önskan om att psykologen skulle ha tagit ansvar för att lyfta frågan om sexualitet. Detta kan ställas i kontrast till att de flesta respondenter lade skulden på sig själva för att sexualiteten inte lyftes i terapin. I vissa fall gav respondenterna uttryck för att psykologen uttryckligen hade sagt något som bidrog till uppfattningen om att de var upp till varje respondent att själv ta upp ämnet. Det kunde exempelvis vara genom att de fått frågan om vad de ville ha hjälp med i början av terapin.

*”Ja, och det beror väl på att min psykolog sa redan i början att terapin inte var en mirakelkur, att jag bara skulle gå dit och automatiskt börja må bättre, utan att vi skulle arbeta tillsammans. Och det innebar ju att det var mitt ansvar att säga också vad jag behövde prata om.”*

Andra gånger var respondenternas upplevelse av att det var upp till dem själva att lyfta sexualitet i terapi mer subtil. Flera uttryckte att de själva fått sätta agendan och därmed styrde innehållet i terapin. Att ta upp ämnet i terapisituationen upplevdes laddat av många respondenter. Till viss del beskrevs initiativtagandet vara förknippat med skamkänslor, och en rädsla att bli dömd eller framstå som gränsöverskridande. Ämnet hamnade på så vis lätt i bakgrunden. I ett flertal fall hade det uteblivna samtalet om sexualitet medfört besvikelse och en känsla hos respondenterna av att ha missat något.

*”Och dessutom i efterhand, känner jag att det är mitt fel. Att jag borde ha vågat lyfta frågan. Spontant känns det så, i och med att, han gjorde det klart redan i början att det jag la in i samtalen, skulle jag också få ut av samtalen.”*

Respondenterna uppgav att de på olika sätt fått intrycket av att det inte var rätt att samtala om sexualitet. Psykologen kunde bland annat byta samtalsämne eller fokusera på andra frågor, trots att respondenten hade givit uttryck för en önskan om att samtala om sexualitet. När respondenterna trots allt tog upp ämnet sexualitet och detta inte togs emot väl av psykologen, kunde det leda till en uppgivenhet hos respondenterna och en uppfattning om att de gjort något fel som lyft frågan.

*“Jag kände mig väl lite dum, och i och med att jag själv tänker att jag är försiktig och tänker mycket på vad jag får prata om, och vad som är viktigt, så kanske vi hjälptes åt att liksom ‘aja, bort med det [sexualiteten], nu fokuserar vi på något annat’ och det, alltså det blev väl kanske inte jättebra för mig /.../ Kanske är meningen att man ska vara förvirrad när man går i terapi, eller så, men det var väl ofta jag kände att jag inte visste vad som var relevant att prata om, eller vad man fick prata om.”*

Även de två respondenter som hade samtalat om sexualitet i sina terapier gav uttryck för att ha upplevt att det var upp till dem själva att lyfta ämnet. Båda uppgav också att de känt motstånd inför att ta upp frågan om sexualitet och att psykologens bemötande varit avgörande. Att vara den som skulle lyfta sexualitet beskrevs överlag

vara något som inte alltid varit så lätt, och som dessutom krävde mod. I och med att respondenterna till stor del beskrev att bördan legat på dem själva, kunde det leda till en känsla av misslyckande hos de respondenter som inte ”klarat av” att lyfta sexualitet.

*”Men samtidigt var det ju lite jobbigt när jag förstod att om jag inte kommer över mina egna rädslor att prata om de här ämnena, då kommer jag inte få hjälp med det.”*

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka patienters upplevelse av att samtala om sexualitet i psykoterapi vid behandling av stress- och/eller nedstämdhetsproblematik. Frågeställningarna var: Vilket behov av att samtala om sexualitet hade patienterna? På vems initiativ lyftes frågan? Hur upplevde patienterna eventuella försök från psykologen att lyfta sexualitet? Hur upplevde patienterna att deras egna eventuella försök att öppna upp för samtal om sexualitet togs emot? Finns det någonting som psykologen gjorde eller hade kunnat göra för att underlätta, respektive försvåra, samtal om sexualitet?

**Sex i samhället.** Trots att det finns ett stort fokus på sex i samhället överlag beskrev flera respondenter hur det fortfarande upplevdes vara tabu att samtala om sexualitet i terapi. Detta tabu kan tänkas manifesteras som motstånd hos patienter att lyfta frågor om sexualitet i terapi, vilket även framkom hos respondenterna i föreliggande studie. De uppgav föreställningar dels om att sex är privat och något som det inte skall talas om med vem som helst, dels om att sex ska vara något som är oproblematiskt, roligt och välfungerande. Denna motsägelsefullhet skickar på sätt och vis dubbla budskap till såväl psykologen som till patienten och kan därmed vara en bidragande orsak till att det kan upplevas vara svårt att samtala om sexualitet i terapi. Att olika tabu runt sexualitet kan orsaka psykiskt lidande påvisas i tidigare psykologexamensuppsatser (Jablonski, 2010; Hagkvist & Nurmik, 2016). När en person inte kan leva upp till föreställningarna om att sexualitet ska vara lustfylld riskerar det att leda till ytterligare psykiskt lidande och förstärka känslor av skam kopplade till sexualitet (Löfgren-Mårtenson, 2013; Shalev & Yerushalmi, 2009). Detta blir särskilt relevant för patientgruppen med stress- och/eller nedstämdhetsproblematik, som på grund av sin symtombild löper en förhöjd risk att också drabbas av sexuell dysfunktion (t.ex. Abedi, et al., 2015; Williams & Reynolds, 2006).

**Samtal om sexualitet som uteblev.** Det som framkom i föreliggande studie var bland annat att en majoritet av respondenterna inte hade samtalat om sexualitet i terapi, trots att de uppgav att det hade varit relevant att få göra det. Framförallt uttryckte respondenterna en önskan om att få samtala om sexualitet i relation till sina symtom på stress och nedstämdhet, eventuella biverkningar av mediciner, samt i samband med deras relationer. Respondenterna uppgav att en välfungerande sexualitet hade kunnat förbättra deras mående, medan en icke-fungerande sexualitet fick negativa konsekvenser såväl för deras intima relationer som för deras eget lidande. Ett flertal respondenter uppgav att de genom terapin skulle ha kunnat bli medvetna om sambandet mellan deras sexualitet och mående, vilket beskrevs som något som hade kunnat

innebära en lättnad för dem. De respondenter som hade samtalat om sexualitet i sina terapier beskrev det som mycket positivt, samt att samtalet om sexualitet hade varit till hjälp i deras tillfrisknande.

I tidigare forskning ger psykologer uttryck för att de anser att sexualitet är viktigt att lyfta med patienter, i synnerhet för de patienter vars psykiska mående i hög grad korrelerar med sexuell dysfunktion (Fronek, et al., 2011). Trots detta tycks majoriteten av de psykologer respondenterna i föreliggande studie mött, inte ha lyft frågan självmant, och i vissa fall till och med styrt undan ämnet då patienten varit inne på det. Om detta speglar en generell tendens hos psykologer att undvika sexualitet som samtalsämne, är konsekvensen att patienter inte får möjlighet att se sin sexualitet som viktig för sitt välmående och för sin återhämtning.

**Var ska samtalet om sexualitet föras?** Respondenterna i föreliggande studie uttryckte att de hade haft svårt att lyfta sexualitet som samtalsämne i sin terapi och det framkom också att de var osäkra på när under terapin det var lämpligt att ta upp det. I tolkningen av intervjumaterialet tycktes respondenterna behöva hitta förklaringar till varför de inte upplevde att det var passande att samtala om sexualitet i terapi. Exempelvis resonerade några kring att de hade andra allvarigare problem som behövde prioriteras i första hand och att sexualiteten därmed fick komma i andrahand. Flera respondenter hade också funderingar kring om det var lämpligt att samtala om sådant som inte var direkt kopplat till deras sökorsak. Vidare beskrev de föreställningar om att samtal om sexualitet inte hör hemma inom vissa terapiformer, något som också har diskuterats i tidigare forskning (t.ex. Green, 1995). Det går att fråga sig om inte en patient skall kunna tala om allt med sin psykolog, oavsett vilken orsak hen söker för och oavsett terapiinriktning. För att psykologisk behandling skall vara tillfredsställande krävs att psykologen tar hänsyn till alla aspekter av sin patient, vilket inkluderar sexualitet (t.ex. Guthrie, 1999). Först i en holistisk behandling kan en tillåtande atmosfär skapas, där samtal om vad än patienten har behov av kan bli möjliga. När patienten har svårt att avgöra vad som är lämpligt att samtala om i terapi, är det psykologens etiska ansvar att tydligt visa patienten att allt som är relevant för patientens tillfrisknande är viktigt att bereda utrymme för i terapin.

**Hur bör samtalet om sexualitet föras?** Det kanske mest betydelsefulla som kan utläsas av föreliggande studies resultat är den stora börda som respondenterna upplevde sig ha haft inför att vara den som tog upp frågor om sexualitet. Sett i kontrast till att de beskrev det som nästintill omöjligt att själva lyfta ämnet innan psykologen fört det på tal, tycks respondenterna ha hamnat i en svårnavigerad position. Den som söker hjälp hos psykolog för stress- och/eller nedstämdhetsproblematik befinner sig redan i ett utsatt läge. Bördan av att vara den som måste föra känsliga ämnen på tal bör därmed lyftas från patienten och axlas av den som är professionell i sammanhanget: psykologen. För de respondenter som inte själva hade klarat av att lyfta frågan om sexualitet blev konsekvensen att de i hög utsträckning kom att lägga skulden på sig själva. Respondenterna önskade i efterhand att psykologen skulle ha tagit ansvaret för att öppna upp för samtal om sexualitet. Vidare tycks sexualitet vara ett ämne som väcker starka känslor och det finns stöd för att även psykologer kan tycka att ämnet är svårt att lyfta i terapi (t.ex. Langfeldt, 2013). Tidigare forskning visar att psykologer är ovilliga att samtala om sexualitet och att de ofta väntar på att patienten själv ska visa att de har ett behov av att samtala om sexualitet (Fronek, et al., 2011). Vem som bär ansvaret för att samtal om sexualitet blir av, blir därmed otydligt. Detta riskerar att förstärka patientens upplevelse av att de har sig själva att skylla om samtal om sexualitet uteblir.

Det är intressant att notera att det framkom en tydlig åsikt hos respondenterna om att de som patienter borde ha erbjudits valet om att samtala om sexualitet eller inte i terapi. Respondenterna menade också att valmöjligheten hade blivit tydligare för dem om psykologen hade tagit ansvar för att lyfta frågan. Enligt Lundberg och Löfgren-Mårtenson (2012) kan samtal om sexualitet underlättas om ämnet tas upp tidigt i terapi av psykologen, vilket respondenterna i föreliggande studie också gav uttryck för. Att som psykolog öppna upp för samtal om sexualitet i ett tidigt skede gör det till ett mindre laddat ämne för såväl patient som psykolog, vilket bör eftersträvas.

En viss motsägelse i hur respondenterna önskade att psykologerna skulle samtala om sexualitet i terapin framkom också. Respondenterna efterfrågade en mer aktiv och rak kommunikation, samtidigt som de tycktes önska att psykologen skulle närma sig ämnet försiktigt. Shalev och Yerushalmi (2009) visade i sin studie att psykologer inte gärna vill ställa specifika frågor med risk för att styra patienten. Utifrån föreliggande studie finns dock belägg för att en specifik fråga kring sexualitet tidigt i terapi skulle kunna underlätta för patienten att närma sig ämnet. Trots att respondenterna å ena sidan ville ha möjligheten att välja om de ville samtala om sexualitet, ville de å andra sidan att psykologen skulle insistera och fortsätta fråga, även om de själva inledningsvis gav uttryck för en ovilja att tala om det. Det kan framstå som en svår balansgång för en psykolog att förhålla sig till, vilket gör det än viktigare att psykologen är väl förberedd och har tillägnat sig tillräcklig kompetens. Utifrån föreliggande studie och med stöd i tidigare forskning (t.ex. Lundberg & Löfgren-Mårtenson, 2012), är det tydligt att psykologen bör vara aktiv även när det gäller frågor och utforskande av patientens sexualitet. När patientens behov sätts i fokus och psykologens ansvar tydliggörs ökar chansen för att god vård erbjuds och patientsäkerhet upprätthålls.

**Vem ska samtalet om sexualitet föras med?** I föreliggande studie uppgav respondenterna att de upplevde att psykologen i vissa fall utgått från egna antaganden och förutfattade meningar om deras sexualitet och relationer. Dessa antaganden försvårade möjligheten för några av respondenterna att samtala om sexualitet. Vissa respondenter beskrev hur de kände sig missförstådda samt hur psykologens antaganden i några fall gjort att de dels kom att ifrågasätta psykologens kompetens, dels sig själva och sin sexualitet. Att psykologen riskerar att framstå som ointresserad, okunnig och dömande då hen styrs av privata föreställningar snarare än utifrån kunskap eller uppgifter från patienten går i linje med det som framkommer i Ahangarans (2008) studie. För att undvika detta är det av vikt att psykologen i största möjliga mån antar en tillåtande och öppen hållning, vilket även var något som respondenterna i föreliggande studie efterfrågade. Det finns stöd för att den mest signifikanta prediktorn på hurvida en psykolog frågar om sexualitet är psykologens attityd till att samtala om sex i terapi (Traeen & Schaller, 2013). Psykologen bör vara medveten om sin egen förförståelse i mötet med patienten och även reflektera över sin inställning till samtal om sexualitet. Genom att i tillägg vara rak och tydlig i sin kommunikation kan psykologen visa patienten att ämnet är talbart. När psykologen skapar ett samtalsklimat där patienten känner sig trygg nog att gå in på även de mest laddade ämnen, undviks risken för missförstånd och ogrundade antaganden.

Det framkom även en genomgående uppfattning hos respondenterna att det var lättare att lyfta frågor om sexualitet med sin psykolog om de visste att denna besatt specifik kunskap i ämnet. Föreliggande studie har fokuserat på psykologer och psykoterapi, till dels på grund av att psykologer är den yrkesgrupp som i tidigare

forskning ansetts vara bäst lämpad att samtala om sexualitet (Haboubi & Lincoln, 2003). Även psykologer själva anser att de är mest kvalificerade, trots att de ofta anger kunskapsbrist som en stark anledning till att de inte samtalar om sexualitet med sina patienter (Ahangaran, 2008). Med andra ord anses psykologer genom sin utbildning vara bäst beskaffade att samtala om sexualitet. Zetréus (2015) studie tyder dock på att nyexaminerade psykologer anser att integrering av sexologi på psykologutbildningar i Sverige är bristande. Är den kunskap som psykologer tillägnat sig i sin utbildning trots det tillräcklig eller bör det vara upp till varje enskild psykolog att tillskansa sig ytterligare sexologisk kompetens? Om inte psykologer är kompetenta nog, vem är det i sådant fall?

## Metodreflektion

Det område som föreliggande studie ämnat undersöka berör som sagt patienters erfarenhet av att samtala, eller inte samtala, om sexualitet i terapi. Patientgruppen i fokus var de som led av stress- och/eller nedstämdhetsproblematik. Eftersom studiens undersökningsområde är relativt outforskat ansågs en explorativ ansats vara mest lämpad (Willig, 2013). Genom att analysera materialet med hjälp av induktiv tematisk analys blev det dessutom möjligt att bättre fånga mångfalden inom respondentgruppen, där varje persons unika upplevelse, tankar och känslor gavs samma utrymme (Braun & Clarke, 2006). Enligt Yardley (2000) stärks kvalitativa studier av tydlig transparens, vilket föreliggande studie eftersträvat genom att bland annat redovisa intervjuguide och analys, samt genom att exemplifiera alla tolkningar med citat.

Till trots för intentionen att beskriva respondenternas subjektiva upplevelse, kan såväl analys som insamling av material ha färgats av intervjuarnas förförståelse. Ett exempel på detta kan vara att författarna delat uppfattningen att sexualitet är ett viktigt samtalsämne, vilket har sin grund i psykologstudier och i fördjupade studier i sexologi. Studien har genomförts gemensamt av två författare, vilket kan ha varit en styrka då det inneburit en möjlighet att reflektera och problematisera materialet från olika infallsvinklar. Samtidigt finns det en risk för ömsesidig påverkan i tolkningar av materialet, i alltför hög grad eller i ett för tidigt skede. För att undvika detta och i största möjliga mån hantera materialet objektivt har kodningen av intervjumaterialet inledningsvis skett av vardera författare enskilt, för att sedan diskuteras gemensamt.

Då ett så heterogent urval som möjligt eftersträvades, valdes endast tre inklusionskriterier för respondenter ut: att respondenten har lidit av stress- och/eller nedstämdhetsproblematik, att respondenten gått i terapi hos psykolog för detta inom de senaste tre åren samt att respondenten var vuxen. Vidare betonades att studien avsåg att intervjua både personer som samtalat, eller inte samtalat, om sexualitet i terapi. Att respondenternas erfarenhet av terapi skulle ha skett inom de senaste tre åren syftade till att förhoppningsvis underlätta att respondenten hade mer tillgång till sina känslor och tankar kopplade till terapin. Det finns stöd i tidigare forskning för att symtomen stress och nedstämdhet påverkar sexuell funktion (t.ex. Abedi, et al., 2015; Williams & Reynolds, 2006). Detta har motiverat valet av symtomen som inklusionskriterier, istället för diagnoserna utmattningssyndrom och egentlig depression. Ett ytterligare motiv till detta urval, var att det troligen fanns många patienter som kunde vara relevanta för föreliggande studie och som behandlats för dessa symtom, även om de inte fått en explicit diagnos.

Då det fanns en osäkerhet kring huruvida det skulle vara möjligt att rekrytera deltagare till studien användes ett bekvämlighetsurval. Att denna urvalsmetod nyttjades kräver en viss medvetenhet kring vilka följder det kan få, samt vilka slutsatser som kan dras från materialet (Willig, 2013). I och med att rekryteringen gjorts i ett selekterat antal grupper på sociala medier har urvalet med stor sannolikhet också formats därefter. Meddelandet där respondenter eftersöktes formulerades medvetet så att studiens inklusionskriterier var det enda som satte begränsningar för vem som kunde delta. Trots detta är det viktigt att ha i åtanke att en stor del av de personer som stämmer in på studiens inklusionskriterier inte nåtts av information om studien, på grund av det tillvägagångssätt som valdes.

Flera andra faktorer har troligtvis också färgat, och till viss del begränsat, urvalet av respondenter. Det kan vara angeläget att ha en medvetenhet kring att de personer som valt att delta i studien troligtvis också tycker att sexualitet är viktigt. Vidare finns det belegg för att de som är villiga att delta i en studie som berör frågeställningar kring sexualitet tenderar att ha en mer öppen inställning till ämnet (Plaud, Gaither, Hegstad, Rowan & Devitt, 1999). På motsvarande sätt är det tänkvärt att de personer som inte vill samtala om sexualitet alls i terapi förmodligen inte heller valt att vara med i denna undersökning. Det är således osäkert i vilken utsträckning som resultaten kan generaliseras till patienter med mindre öppen inställning till samtal om sexualitet. Majoriteten av respondenterna var kvinnor, vilket också kan ha påverkat vilka resultat som framkom. Att flertalet var kvinnor kan dock också tänkas vara representativt för patientgruppen i stort, eftersom kvinnor statistiskt sett i högre utsträckning är hjälpsökande för psykisk ohälsa (Oliver, Pearson, Coe, & Gunnell, 2005). Kvinnor är också överrepresenterade när det gäller deltagande i tidigare studier med liknande fokus (Plaud, et al., 1999). Hänsyn bör även tas till att respondenterna valdes ut med tanke på praktiska omständigheter såsom tidsbegränsning och en önskan om att träffa respondenterna personligen för en intervju. Detta har inneburit att de flesta av respondenterna bodde i någon av Sveriges största städer. I tillägg är det tänkvärt att resultaten kan ha influerats av respondenternas specifika sociokulturella kontext (Yardley, 2000), och att resultaten i föreliggande studie förmodligen skulle ha sett annorlunda ut i ett annat kulturellt sammanhang. Därav är det av särskild vikt att betona att resultaten inte nödvändigtvis kan generaliseras, utan i första hand belyser dessa tio respondenters upplevelse. Samtidigt kan det konstateras att resultaten går i linje med det som framkommit i tidigare psykologexamensarbeten (t.ex. Brunell & Pettersson, 2011), vilket tyder på att respondenternas upplevelse i föreliggande studie troligtvis fångar delar av en mer generell upplevelse.

Gällande tolkningen av intervjumaterialet kan det vara av vikt att poängtera att respondenter tycks ha en benägenhet att ge svar utifrån föreställningar om vad de tror att intervjuaren vill höra (Randall, Prior & Skarborn, 2006), vilket kan ha påverkat vad som sagts under intervjuerna. Intervjuerna i föreliggande studie hade som ansats att lyssna på respondenternas berättelse på ett empatiskt och följsamt sätt. Intervjuerna kan, detta till trots, ha blivit färgade av en viss maktobalans, där respondenterna upplevt att de förväntas svara på ett visst sätt. Det går också att spekulera kring huruvida intervjusituationen påverkades av att intervjuerna var psykologstudenter, och att detta kunde leda till att respondenterna förväntade sig ett visst bemötande. För att i möjligaste mån motverka att intervjusituationen skulle präglas av ovan nämnda faktorer hade intervjuerna en medveten intention om att på förhand tydliggöra förutsättningarna för intervjusituationen.

Intervjumaterialet analyserades med syfte att fånga nyanser i varje respondents berättelse. Intervjuerna transkriberades ordagrant av respektive intervjuare. Till viss del omvandlades dock talspråk till skriftspråk under transkriberingen för att underlätta förståelsen (Langemar, 2008). Främst gällde det upprepningar och utfyllnadsord, exempelvis “typ” eller “liksom”. Materialet har bearbetats kreativt och flera olika tolkningar kan därmed vara möjliga. Utifrån författarnas förutsättningar och ansatser kan dock studiens resultat anses fånga materialets essens på ett relevant sätt.

## **Framtida forskning**

Föreliggande studie visar att patienter med stress och/eller nedstämdhetsproblematik inte alltid ges möjlighet att samtala om sexualitet i terapi, trots att de anser det angeläget. Förhoppningen är att kunna bidra med kunskap om hur denna patientgrupp kan tänka om samtal kring sexualitet i terapi. Att sexualitet är ett viktigt område att lyfta i samband med psykisk ohälsa är väl belyst genom tidigare forskning (Abedi, et al., 2015; Atlantis & Sullivan, 2012; Götzmann, et al., 2003; Hamilton & Meston, 2013), men hur det görs, eller inte görs, och hur det upplevs av patienten, finns det i nuläget få studier som har undersökt. Ytterligare forskning utifrån patientperspektiv skulle vara värdefull, dels med hänsyn på patienters upplevelser av om och hur sexualitet lyfts i terapi, och dels utifrån vilka förväntningar som finns på psykologen. Med kunskap om att patienter i hög grad har förväntningar på att sexualitet kan bli ett samtalsämne i terapi, kan det visa på hur viktigt det är att psykologer tar initiativ till det.

Att respondenterna i föreliggande studie hade funderingar kring vad som lämpar sig att samtala om i terapi, och om det skiljer sig mellan olika terapiformer, är även det ett uppslag för vidare forskning utifrån ett patientperspektiv. Varierar patienternas förväntningar på samtal om sexualitet beroende på vilken sorts psykoterapi de går i, och i sådant fall hur? Det är också av intresse att utreda huruvida behovet av att samtala om sexualitet även förekommer hos andra patientgrupper, vars psykiska ohälsa korrelerar mer eller mindre med sexuell dysfunktion. På liknande sätt skulle det vara betydelsefullt att undersöka om patienter upplever liknande svårigheter att samtala om andra laddade ämnen, såsom exempelvis suicidalitet eller våld i nära relationer. Upplever patienter att det är upp till dem själva att lyfta även dessa frågor, på samma sätt som initieringen till samtal om sexualitet beskrevs vara en börda för föreliggande studies respondenter?

Det framkommer även att vi som behandlar psykisk ohälsa, däribland stress- och nedstämdhetsrelaterade åkommor, inte alltid ger patientens sexuella hälsa tillräcklig uppmärksamhet (Haboubi & Lincoln, 2003). I föreliggande studie framkom en önskan hos respondenterna om att psykologen skall framstå som kompetent och inneha sexologisk kunskap, för att underlätta samtal om ämnet. Kanske skulle psykologer också lyfta sexualitet i terapi i högre grad om de hade mer kunskap om sexuell dysfunktion och kompetens för att behandla den? Fortsatt forskning kan behövas för att utreda hur psykologer ska kunna tillägna sig relevant kunskap och hur sexologi kan integreras på ett lämpligt sätt inom nuvarande psykologutbildningar.

Vidare är det fortfarande inte helt klarlagt hur orsakssambanden ser ut. Det finns gediget stöd i forskning för att sexuell hälsa i stor utsträckning påverkas av stress- och nedstämdhetsproblematik (Abedi, et al., 2015; Atlantis & Sullivan, 2012). Atlantis och Sullivans studie (2012) visar att det också finns stöd för att sexuell dysfunktion i sin tur

kan leda till ökad nedstämdhet. I tillägg förskrivs ofta SSRI-preparat vid depression, där sexuell dysfunktion räknas som en av de vanliga biverkningarna (Demyttenaere & Jaspers, 2008). Sammantaget blir det svårt att veta vad som leder till vad, vilket ökar vikten av vidare forskning på området.

## Kliniska implikationer

Förhoppningen med föreliggande studie var att ge kliniska psykologer den upplysning de behöver för att implementera ämnet sexualitet i terapi. Detta med den förlängda förhoppningen att patienter med behov av samtal om sexualitet i högre utsträckning skall få det behovet tillgodosett. Både tidigare forskning (t.ex. Southard & Keller, 2009) och föreliggande studie visar att patienter vill och behöver få samtala om sexualitet i terapi, och att det är av vikt att psykologen öppnar upp för frågor om sexualitet. Vinsten med att benämna ämnet tidigt är dels att ämnet görs talbart och att patienten därmed kan återkomma till det på ett naturligare sätt, och dels att psykologen tydliggör sin kompetens i att samtala om sexualitet. Det senare är viktigt då det som studiens respondenter gav uttryck för sammanfaller med tidigare forskning, vilket tyder på att patienter upplever att det är lättare att samtala om sexualitet om de vet att psykologen har den kunskap som krävs (Wiesenfeld, et al., 2005). Föreliggande studies resultat pekar mot att patienter i stor utsträckning lägger skulden på sig själva när samtal om sexualitet uteblir i terapi, vilket ger ytterligare indikation på att kliniska psykologer istället bör ta ansvar för att lyfta ämnet.

Det vore önskvärt om psykologer skulle utforska ämnet sexualitet som något naturligt med hjälp av såväl öppna som specifika frågor. Om detta görs i ett tidigt skede av terapin kan psykologen bidra med att öppna upp för ämnet och därmed ges patienter den valmöjlighet de efterfrågar. När kliniska psykologer fortsätter att undvika ämnet sexualitet, riskerar skulden för det uteblivna samtalet förbli hos patienten, vilket riskerar förvärra patientens redan utsatta läge.

## Referenser

- AARP. (1999). AARP/Modern maturity sexuality survey. Hämtad från <http://assets.aarp.org/rgcenter/health/mmsexsurvey.pdf>
- AARP. (2005). Sexuality at midlife and beyond: 2004 update of attitudes and behaviors. Hämtad från [http://assets.aarp.org/rgcenter/general/2004\\_sexuality.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/general/2004_sexuality.pdf)
- Abedi, P., Afrazeh, M., Javadifar, N., Saki, A. (2015). The relation between stress and sexual function and satisfaction in reproductive-age women in Iran: A cross-sectional study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(4), 384-390.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5:e upplagan). Washington, DC.
- Ahangaran, R. (2008). *Psykologer inom BUP – hur pratar de om sexualitet med ungdomar?* Opublicerat psykologexamensarbete, Stockholms universitet: Psykologiska institutionen, Stockholm.



- Ashworth, P., & Lucas, U. (2000). Achieving empathy and engagement: A practical approach to the design, conduct and reporting of phenomenographic research. *Studies in Higher Education*, 25(3), 295-308.
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497-1507.
- Bergström, M., & Laack, S. (2006). *Att bemöta sexualitet och relationer på behandlingshem – rapport från ett utbildningsarbete*. Hämtad från <http://www.rfsu.se/Bildbank/Dokument/Rapporter-studier/rapport-meby.pdf?epslanguage=sv>
- Bodenmann, G., Atkins, D. C., Schär, M., & Poffet, V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology*. 24(3), 271-279.
- Boller, F., & Vodusek, D.B. (2015). *Neurology of Sexual and Bladder Disorders*. MA: Elsevier.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brunell, C., & Pettersson, J. (2011). *Ska vi prata om sex? Patienters upplevelser av hur sex och sexualitet behandlas i psykodynamisk psykoterapi*. Opublicerat psykologexamensarbete, Stockholms universitet: Psykologiska institutionen, Stockholm.
- Butler, C., O'Donovan, A., & Shaw, E. (2010). *Sex, sexuality and therapeutic practice – a manual for therapists and trainers*. London: Routledge.
- Carlson, T. N. (2014). *The relationship between client perceived therapist credibility & client sexual communication comfort*. Indiana University, ProQuest Dissertations Publishing, 3680662.
- Davidson, S., Bell, R., LaChina, M., Holden, S., & Davis, S. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690-2697.
- Demyttenaere, K. & Jaspers, L. (2008). Bupropion and SSRI-induced side effects. *Journal of Psychopharmacology* 22(7), 792-804.
- Dennerstein, L., Hayes, R., Sand, M., & Lehert, P. (2009). Attitudes Toward and Frequency of Partner Interactions Among Women Reporting Decreased Sexual Desire. *The Journal of Sexual Medicine*. 6(6), 1668–1673.
- Fabre, L. F., & Smith, L.C. (2012). The effect of major depression on sexual function in women. *The Journal of Sexual Medicine*. 9(1), 231-239.
- Fronek, P., Kendall, M., Booth, S., Eugarde, E., & Geraghty, T. (2011). A longitudinal study of sexuality training for the interdisciplinary rehabilitation team. *Sexuality and Disability*, 29, 87-100.
- Green, A. (1995). Has sexuality anything to do with psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 871– 883.
- Guthrie, C. (1999) Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 313–321.
- Götzmann, L. & Dutta, M. & Klaghofer, R. & Fuchs, W. (2003). Einstellung zur Sexualität vor Beginn einer antidepressiven Therapie--Eine Pilotstudie. Alternate title: Attitudes towards sexuality prior to antidepressive therapy: A pilot study. *Schweizer Archiv Für Neurologie und Psychiatrie*, 154(6), 276-280.

- Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 25(6), 291-296.
- Hagkvist, S. & Nurmik, J. (2016). *Vi borde ju alla vara kåta, glada och lyckliga - en kvalitativ studie om hyposexualitet*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Hamilton, L. D., & Meston, C. M. (2013). Chronic stress and sexual function in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(10), 2443-2454.
- Holmberg, D., Blair, K., & Phillips, M. (2010). Women's sexual satisfaction as a predictor of wellbeing in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of Sex Research*, 47, 1–11. doi: 10.1080/00224490902898710
- Hooghe, M. (2012). Is sexual well-being part of subjective well-being? An empirical analysis of Belgian (Flemish) survey data using an extended well-being scale. *Journal of Sex Research*, 49, 264-273. doi: 10.1080/00224499.2010.551791
- IsHak, W. W., Kahloon, M., & Fakhry, H. (2011). Oxytocin role in enhancing well-being: A literature review *Journal of Affective Disorders*, 130(1–2), 1–9.
- Jablonski, R. (2010) *Psykoterapeuters upplevelser av svårigheter med att arbeta med sexualitet i psykoterapi och hur dessa hanteras*. Opublicerat psykologexamensarbete, Stockholms universitet: Psykologiska institutionen, Stockholm.
- Klüft, I. (2006). "Jag har inte tänkt igenom det". *Psykologers uppfattningar och tal om sexualitet som ämne i terapi*. Opublicerat psykologexamensarbete, Linköpings universitet: Institutionen för beteendevetenskap, Linköping.
- Langemar, P. (2008) *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi - att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Langfeldt, T. (2013). *Seksualitetens gläder og sorger: Identiteter og uttrycksformer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lilliengren, P., & Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 324-339.
- Ljung, T., & Friberg, P. (2004). Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen*, 12(101), 1089-1094.
- Lundberg, P. O., & Löfgren-Mårtenson, L. (2012). *Sexologi* (3:e upplagan). Stockholm: Liber.
- Lundmark, G., & Sandler, E. (1998). *Sexualitet: lust eller plåga*. Stockholm: Carlssons.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2013). *Sexualitet*. Stockholm: Liber.
- Montejo, A.L., Montejo L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 418-423. doi: 10.1097/YCO.0000000000000198.
- OECD. (2013). Pharmaceutical consumption. (Health at a Glance: 2013). Paris: OECD Publishing. Hämtad från [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-41-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-41-en)
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N. & Gunnell, D. (2005) Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal Of Psychiatry*, 186, 297-301.
- Pangman, R. N., & Sequire, M. (2000). Sexuality and the chronically ill older adult: A social justice issue. *Sexuality and Disability*, 18, 49-59. doi:10.1023/A:1005477712133

- Peleg-Sagy, T., & Shahar, G. (2013). The prospective associations between depression and sexual satisfaction among female medical students. *The Journal of Sexual Medicine*, *10*(7), 1737-1743. doi: 10.1111/jsm.12176
- Plaud, J. J., Gaither, G. A., Hegstad, H. J., Rowan, L., & Devitt, M. K. (1999). Volunteer bias in human psychophysiological sexual arousal research: To whom do our research results apply? *The Journal of Sex Research*, *36*(2), 171-179
- Randall, W. L., Prior, S. M., & Skarborn, M. (2006). How listeners shape what tellers tell: Patterns of interaction in lifestory interviews and their impact on reminiscence by elderly interviewees. *Journal of Aging Studies*, *20*(4), 381-396.
- Rosen, R.C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunctions in men and women. *Current Psychiatric Reports*, *2*, 189-195.
- Rosen, R.C., & Bachmann, G.A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*, 291-297. doi: 10.1080/00926230802096234
- Shalev, O., & Yerushalmi, H. (2009). Status of sexuality in contemporary psychoanalytic psychotherapy as reported by therapists. *Psychoanalytic Psychology*, *26*, 343-361. doi: 10.1037/a0017719
- Socialstyrelsen (2016) ICD-10-SE: Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem - systematisk förteckning, version 2016. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>
- Southard, N. Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing* *13*(2), 213-217
- Stevenson, R. W. D. (2004). Sexual Medicine: Why Psychiatrists must talk to their patients about sex. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(10), 673-677. doi: 10.1177/070674370404901004
- Ter Kuile, M. M., Vigeveno, D., & Laan, E. (2007). Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. *Behavior Research and Therapy*. *45*(9), 2078-2089.
- Traeen, B., & Schaller, S. (2013). Talking to patients about sexual issues: Experiences of norwegian psychologists. *Sexual and Relationship Therapy*, *28*(3), 281-291. doi: 10.1080/14681994.2013.768338
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health*. Hämtad från [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
- Wernick, U. (2003). Ethical issues in sexual therapy. I G. Shefler, Y. Achmon, & G. Weil, (red.), *Ethical issues for professionals in counseling and psychotherapy* (363-379). Jerusalem: Hebrew University Magnes Press.
- Wiesenfeld, H. C., Dennard-Hall, K., Cook, R. L., Ashton, M., Zamborsky, T., & Krohn, M. (2005). Knowledge about sexually transmitted diseases in women among primary care physicians. *Sexually Transmitted Diseases*, *32*(1), 649-653.
- Williams, K., & Reynolds, M. (2006). Sexual dysfunction in major depression. *CNS Spectrums*, *11*(9), 19-23.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3e upplagan). Open Univeristy Press: New York.
- Yangin, H.B., Sözer, G.A., Sengun, N., & Kukulcu, K. (2008) The relationship between depression and sexual function in menopause period. *Maturitas* *61*(3), 233-237.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health*, *15*, 215-228.

Zetréus, F. (2015). *Nyutexaminerade psykologers kunskap om sexologi och att samtala om sexualitet – vems är ansvaret?* Opublicerad psykologexamensuppsats, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.

# Bilaga 1

## Introduktion

Vi är intresserade av att undersöka hur erfarenheter av terapi kan upplevas, och framför allt av om och hur du eventuellt har samtalat om sex och sexualitet med din terapeut. Det vi främst är intresserade av är patientens upplevelse, och därför är din berättelse viktig för oss. Allt du vill berätta om är av intresse – dina upplevelser, tankar och funderingar.

Innan vi börjar intervjun, har du några frågor till mig?

## Omständigheter/bakgrund

- 1. Kan du berätta lite om dig själv;**
  - a) *Hur gammal du är?*
  - b) *Vad du jobbar med?*
  - c) *Lever du tillsammans med en partner och så vidare?*
  
- 2. Kan du berätta något om vad som fick dig att söka psykoterapi?**
  
- 3. Kan du berätta om ditt första möte med din terapeut:**
  - a) *Vad tänkte du?*
  - b) *Vad kände du?*
  - c) *Vilka förväntningar hade du?*

## Undersökning av psykoterapin

- 4. Hur upplevde du att frågor om sex och sexualitet lyftes i din terapi?**
  - a) *På vilket sätt gjordes det?*
  - b) *På vems initiativ lyftes frågor om sex och sexualitet?*
  - c) *om inte: vem hade behövt ta initiativet?*
  - d) *om inte: när i terapin hade ämnet behövt tas upp?*
  - e) *om inte: närmade ni er ämnet vid något tillfälle, på vilket sätt?*
  
- 5. Kan du berätta om något specifikt tillfälle då ni pratade om sex och sexualitet?**
  - a) *När i terapin kom ämnet upp?*
  - b) *Vilka känslor väcktes i dig vid det tillfället?*
  
- 6. Kan du berätta om något tillfälle när du hade velat prata om sex och sexualitet men det inte hände?**
  - a) *På vilket sätt tänker du att frågor om sex och sexualitet var relevanta i din terapi?*
  
- 7. Finns det någonting som du tänker har gjort det lättare eller svårare för dig att prata om sex och sexualitet med din psykolog?**
  - a) *Förändrades det under terapin?*

- b) Upplever du att det fanns något psykologen gjorde/ inte gjorde som visade att sexualitet var något du kunde prata om/ inte prata om?*
- c) Hur hade terapeuten behövt att fråga?*
- d) Finns det någon omständighet du tänker hade gjort behovet mer/mindre akut?*
- e) Hur påverkade det dig? Känslor? Tankar?*

## **Avslutning**

Nu har jag inga fler frågor. Är det något jag glömt att fråga dig om för att jag ska förstå din upplevelse av att prata om eller inte prata om sex och sexualitet i terapi bättre?

Tack för din medverkan

## Bilaga 2

# Prata om sex och sexualitet i psykoterapi - eller inte?

Sex och sexlust påverkas ofta vid stress- och nedstämdhetsproblematik, och är därmed också något som kan komma att beröras i psykoterapi. Frågor om sex och sexualitet kan samtidigt upplevas som jobbigt att prata om. Hur stort utrymme får samtal om sex och sexualitet i psykologisk behandling av stress och nedstämdhet?

Vi är två blivande psykologer, som går sista terminen på Psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet. Vi skriver vår examensuppsats om patienters erfarenheter och upplevelser av att prata om eller inte prata om sex och sexualitet i psykologisk behandling. Tidigare forskning inom området har främst fokuserat på terapeuters tankar och erfarenheter kring detta. Därför är vi intresserade av att få veta mer om patienternas upplevelse och vi vill ta del av dina tankar och upplevelser.

Med början i december kommer vi att genomföra en intervjustudie i ämnet och söker därför personer som vill dela med sig av sina erfarenheter. Vi söker dig som har haft kontakt med psykolog på grund av stress- och/eller nedstämdhetsproblematik. Intervjun kommer att ta cirka 45 minuter, och det du berättar kommer att sammanställas och tolkas tillsammans med andra deltagares berättelser. All information behandlas konfidentiellt och alla intervjuer kommer att avidentifieras för att garantera att ingen deltagare går att känna igen.

Vi vill betona att intervjuerna inte kommer att fokusera direkt på sex och sexualitet, utan på deltagarnas erfarenhet av att *prata om* dessa ämnen, oavsett om ämnet har lyfts i behandlingen eller inte. Du bestämmer själv vad du vill dela med dig av. Din medverkan är frivillig och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande utan att behöva förklara varför.

Är du intresserad av att delta eller har några frågor innan du bestämmer dig, hör gärna av dig!

Sofia Eithun Rönning, 076-xxx xx xx  
[gusronso@student.gu.se](mailto:gusronso@student.gu.se)

Hanna Foconi, 073-xxx xx xx  
[gusfocoha@student.gu.se](mailto:gusfocoha@student.gu.se)



GÖTEBORGS UNIVERSITET

### Bilaga 3

Huvudtema	Undertema	(kategorier)
Jag behöver få prata om sex	<p>...Men först hjälp med annat</p> <p>...Eftersom mitt mående påverkar min sexualitet</p> <p>...Då sex är viktigt för att jag ska kunna må bra</p>	<p>Det fanns ett behov av att prata om sex</p> <p>Mitt mående påverkar mitt sexliv</p> <p>Det var för lite sexprat</p> <p>Sex är viktigt för mig</p> <p>Negativa erfarenheter av sex påverkar mitt mående</p> <p>Sex är viktigt för mina relationer</p> <p>Sex kan få mig att må bättre</p>
Mina behov möttes inte	<p>Jag hade önskat klarspråk om sex</p> <p>Jag hade velat att psykologen tagit ansvar</p> <p>Jag skulle ha behövt en viss typ av psykolog</p>	<p>Sex påtalas i omskrivningar</p> <p>Jag önskar att vi pratade klarspråk om sex</p> <p>Psykologen gjorde antaganden om mitt sexliv istället för att fråga rakt ut</p> <p>Det hade varit lättare om psykologen tagit ansvar för samtalet om sex</p> <p>Jag vill få valet att kunna prata om sex</p> <p>Jag måste ha förtroende för psykologen för att kunna prata om sex</p>
Missförstod jag eller gjorde jag något fel?	<p>Vad hör egentligen hemma i terapi?</p> <p>Det är mitt eget fel att samtalet om sex inte blev av</p>	<p>Motstridiga förväntningar på terapin</p> <p>Föreställningar om sex gör det svårt att prata om det</p> <p>Psykologens reaktion får mig att anta att vi inte ska prata om sex</p> <p>Det är upp till mig att lyfta samtalet om sex</p> <p>Det är fel på mig</p> <p>Skam/svårt att prata om sex</p>