

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Psykologer talar om sex
– Psykodynamiska psykoterapeuters erfarenheter av
samtal om sex och sexualitet i terapi**

Hanna Macke

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
PM 2519
Höstterminen 2018

Handledare: Mats Eklöf
Peter Jansson

Psykologer talar om sex

– Psykodynamiska psykoterapeuters erfarenheter av samtal om sex och sexualitet i terapi

Hanna Macke

Sammanfattning. Föreliggande studie undersöker psykodynamiska psykoterapeuters erfarenheter av hur det talas om sex och sexualitet i terapi. Åtta psykoterapeuter med minst tio års yrkeserfarenhet intervjuades genom semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna analyserades med tematisk analys. Ur resultatet framträder hur och i vilka sammanhang ämnet kan komma upp och benämnas, vilka hindrande förhållanden som kan uppstå samt erfarenheter av positiva effekter av att samtala om sex och sexualitet i psykodynamisk terapi. Resultatet diskuteras i relation till psykoanalytisk teori och ur ett samhällsperspektiv. En uppmuntran till psykolog-, psykoterapeut- och handledarutbildningarna att lyfta in ämnet sexualitet läggs fram.

Trots att vi psykologstudenter under utbildningen uppmuntras att ställa frågor till våra patienter om sex och sexualitet är min erfarenhet att det i övrigt råder en påfallande tysthet kring detta ämne både i undervisning och handledning. Zetréus (2015) visar i sin examensuppsats *Nyutexaminerade psykologers kunskap om sexologi och sexualitet – vems är ansvaret?* att nyutexaminerade psykologer inte anser att de får tillräckligt med kunskap om sexualitet och sexologi samt övning i hur samtal om sexualitet kan ske. Patienter vittnar om att de vill prata om sex men upplever att deras psykoterapeuter tvekar att ta upp ämnet eller till och med väljer att undvika ämnet när patienterna själva för det på tal (Rönning & Foconi, 2017). Det saknas dessutom forskning om hur psykologer talar om sex i terapi (Ahangaran, 2008; Carlsson, 2015; Jablonski, 2010). Jag har intresserat mig för hur samtal om sex och sexualitet hanteras i terapi av många anledningar. Bland annat har jag talat med vänner om deras erfarenheter från terapier och fått höra berättelser där sexuella problem mötts av okunnighet eller inte tagits på allvar av psykologen. Jag har dessutom talat med kurskamrater under psykologutbildningen som beskrivit en osäkerhet i hur de ska ta upp sex och sexualitet med sina patienter, så att det varken ska bli pinsamt eller kännas för påfluet.

Sex och sexualitet är en viktig del av livet (Butler, O'Donovan & Shaw, 2010; Ekdahl, 2017; WHO 2006) och ett tillfredsställande sexliv har ett starkt samband med människors övriga hälsa och livskvalité (Ekdahl, 2017). Sexualiteten har dessutom en stor betydelse för människors identitetsupplevelse (McDougall, 1994; Sandin, 2005) och psykiska konstitution, vilket gör att sexualiteten kan bli en väg in i djupare skikt av det mänskliga varandet (Ramsby, 2009). Det är inte bara så att det råder ett samband mellan sexuell hälsa och livskvalité, utan även mellan psykisk ohälsa och sexuella problem, bland annat är det hos personer med sexuella problem vanligare med depressions- och ångestsymtom än hos övriga befolkningen (Ekdahl, 2017). Psykologer har en extra viktig roll i vården av människor som har spörsmål och bekymmer kring dessa frågor, både på grund av att de har möjlighet att erbjuda ett tolerant rum för patienten där dennes frågeställningar, eventuella problematik och personliga upplevelse av sex och sexualitet tolereras och normaliseras, men också att de genom sin psykologiska expertis kan hjälpa

och uppmuntra patienten till att uttrycka sig och bredda sin syn på och upplevelsen av densamma.

Generella råd vid samtal om sex och sexualitet i terapi, hämtade ur psykologisk och sexologisk litteratur

Sex kan ha olika syften och se ut på olika sätt hos olika personer (Almås & Pirelli Benestad, 2006; Butler et al., 2010), vilket öppnar för en nyfiken och intresserad inställning till vad sex är för personen (Butler et al., 2010). Om en person säger att hen inte är sexuellt aktiv kan terapeuten utforska om det finns *några* sätt som personen är sexuell på, till exempel om personen har fantasier, finner folk attraktiva i tidningar, onanerar, har någon slags intimitet med en partner, et cetera (Butler et al., 2010). Att hjälpa patienten att se att det finns många sätt att vara sexuell på kan bidra till att ta bort trycket på samlag som enda formen av sex och öppna upp för en större vidd i definitionen av vad det är att vara intim och sexuell för just den personen (Butler et al., 2010).

Det kan vara bra att ställa frågor om sexualitet i det inledande skedet med en patient (Almås & Pirelli Benestad, 2006; Brunell & Pettersson, 2012; Butler et al., 2010; Carlsson, 2015). Genom att redan i början placera sex på agendan som en given del av patientens välmående modelleras dess betydelse (Butler et al., 2010). Även om patienten i detta tidiga läge inte skulle vara mogen att tala om sin sexualitet så sås ett frö genom att visa för patienten att detta är ett rum där det är möjligt och tillåtet att tala om sex, vilket kan göra det möjligt för denne att ta upp det senare under behandlingen (Almås & Pirelli Benestad, 2006). Almås och Pirelli Benestad (2006) uppmanar också terapeuten att, även om patienten befinner sig i en situation och lever ett liv där sexualiteten är både osynlig och omöjlig att leva ut och att tala om, ha i bakhuvudet att människan de har framför sig är en sexuell varelse med sexuella drömmar, fantasier och en sexuell historia. I sammanhanget blir det viktigt att nämna att det finns människor som definierar sig själva som *asexuella*, en sexuell minoritetsgrupp där personer har en minskad eller obefintlig sexuell åtrå eller vilja att ha sex, vilket terapeuter behöver känna till och respektera (Ekdahl 2017; Wickenberg & Wedeen, 2017).

Ytterligare en aspekt som gör det viktigt att ta upp sexuella frågor redan i inledningsskedet är den *överföringsrelation* som uppstår mellan patient och terapeut, med vilken avses att patienten omedvetet tillskriver terapeuten egenskaper, avsikter eller känslor som har sitt ursprung i relationer till auktoritetsgestalter från patientens tidiga liv. Psykoanalytikern Nancy McWilliams (1994) har erfarenheten att flertalet vuxna kan tala om sin sexualitet på ett relativt öppet sätt så länge de talar med psykoterapeuten i skenet av en person som de uppfattar som en utomstående, men så snart terapeuten börjar kännas som någon ur patientens egen historia, exempelvis patientens egna mor, kan det hela upplevas mer problematiskt. Längre fram i behandlingen, när överföringen börjat komma igång på allvar, kan det därför vara skönt för patienten att minnas att den till synes oberoende personen hen mötte vid de första tillfällena varken blev chockad eller var kritisk när det talades om intima saker (McWilliams, 1994). Å andra sidan kan även det motsatta gälla; vissa känsliga ämnen kräver att en överföring har etablerats för att patienten ska känna sig tillräckligt trygg att ta upp dem och det kan också ske en skiftning i på vilket sätt det kan talas om dessa svåra saker när det väl finns en överföring (Tähkä, 1987).

Många psykologer har ett teoretiskt och intellektuellt accepterande förhållningssätt till kulturella skillnader i till exempel sexuella preferenser och praktiker, men när de väl blir konfronterade med konkreta situationer kan de upptäcka att de har känslor kring detta som de inte kände till (Almås & Pirelli Benestad, 2006; Butler et al, 2010). Almås och Pirelli Benestad (2006) rekommenderar *desensitivisering* och *sensitivisering* där det förstnämnda till exempel kan innebära att utsätta sig för ”porriga” miljöer (se porr, gå på stripshow och vara publik samt iaktta publiken, gå till områden där sexuella tjänster säljs), besöka klubbar för sexuella subkulturer och läsa litteratur från dessa kulturer medan det senare innebär att på olika sätt öka uppmärksamheten på egna förhållningssätt och känslor i förhållande till sexuella ämnen (genom att ställa sig frågor som *Vad tänker jag?*, *Vad känner jag?* och *Vågar jag tänka och känna?*).

Butler et al. (2010) föreslår att terapeuten i samtalet om sex och sexualitet ska; börja positivt i talet om sex, vara transparent och placera sina frågor i en kontext, vara rak och saklig (visa att hen är bekväm att prata), vara nyfiken och öppen inför patientens livsval, vara medveten om kulturella faktorer, tänka på timingen, söka efter öppningar/inbjudningar, använda frågeformulär, normalisera sex som ämne (t. ex. genom att låta patienten veta att sexuella bekymmer är vanligare än hen kanske tror) och välja ett språk som är bekvämt för båda. Vidare råder Butler et al. (2010) terapeuten att underlätta samtalet med en mix av högst personliga och ”mindre hotande” frågor samt ställa frågor på ett sådant vis att det finns ett underliggande antagande att varje givet problem är normalt, såsom *Hur ofta...?* istället för *Har du...?*. Terapeuten bör vara medveten om att det sätt hen frågar på kommunicerar vad hen tycker är normalt, abnormt eller problematiskt, till exempel om hen säger *Uppnår du orgasm varje gång du har sex?* vilket exempelvis skulle kunna ersättas med frågan *Vad är det du vill uppleva när du har sex?* (Butler et al., 2010).

Samtal om sex och sexualitet i psykodynamisk terapi

Följande genomgångar utgår primärt från psykoanalytiskt orienterad litteratur, men behöver ibland kompletteras av litteratur från andra fält såsom generell psykologi och sexologi. Denna studies referensram är psykoanalytisk i dess vida betydelse, där psykodynamisk psykoterapi såväl som psykoanalytisk teori och praktik ingår, med fokus på moderna psykoanalytiska teorier. Mitt val av detta perspektiv grundar sig dels i att psykoanalysen är det fält som historiskt sett bidragit med mest reflektioner och teorier om sexualitetens betydelse och funktion hos människan, dels i att psykoanalysens syn på sexualitet är mer omfattande och bred än den vanligen är i andra psykologiska sammanhang (såsom sexologi eller kognitiv beteendeterapi). Jag vill här också passa på att tydliggöra att sexualiteten har en annan betydelse inom psykoanalysen än i vardagsspråket, då den psykoanalytiska teorin ser sexualiteten som en avgörande del av hela personlighetsutvecklingen från spädbarn till vuxen ålder och inte bara talar om sexualiteten utifrån mer påtagliga företeelser som sexuell aktivitet, könsidentitet, sexuell orientering och reproduktion.

Vad kan det då vara att tala om sex och sexualitet i psykodynamisk terapi? Då det ovanstående avsnittet beskrivit svar på frågan *vad* behandlare bör kunna och göra står frågan kvar *hur* de ska göra det. Här finns det inte mycket forskning att tillgå (Ahangaran, 2008; Carlsson, 2015; Jablonski, 2010). Några ledtrådar finns dock i den samtida psykoanalytiska litteraturen. Det kan handla om att tala om onanifantasier (Ramsby,

2009), att försöka förstå det mellanmännliga i den sexuella relationen (Fonagy, 2009; Haugsgjerd, 1999) eller att mot fonden av *olöst preoidipal problematik* förstå *sexuell perversion* (att barnet misslyckats med att under den oidipala fasen få en mer verklighetsanpassad relation till sina föräldrar och därför fastnat i ett tvångsmässigt sätt att uttrycka sin sexualitet på) (McDougall, 1994). Men även så kallad ”normal” sexualitet kan behöva förstås och talas om, bland annat för att den erbjuder ett fält för djupare förståelse av individens identitet (Fonagy, 2009; McDougall, 1994).

En nutida svensk psykoanalytiker får genom följande korta beskrivning av sitt arbetssätt illustrera hur det kan talas om sex och sexualitet i psykodynamisk terapi: enligt psykoanalytikern Gullvi Sandin (2005) är sexuella problem symptom på hur patienten mår eller hur hen har det i sina nära relationer eller livet på det stora hela. Hon menar därför att det är terapeutens uppgift att hjälpa patienten att nå en förståelse kring problemets hela innehåll. För att kunna utforska sexualiteten och dess betydelse för patienten behöver samtalen komma in på områden där fantasier, drömmar, rädslor och förhoppningar träder fram, snarare än att bara tala om vad som hänt eller inte har hänt i det verkliga livet. Ofta, och framförallt vid sexuella perversioner, kan det uppstå starka negativa *överföringar* (känslor som patienten felaktigt kopplar till terapeuten, men som i själva verket härrör ur tidiga relationella erfarenheter) och *motöverföringar* (terapeutens omedvetna reaktioner patienten) men genom en genuin förståelse för den inre konflikt som patienten går igenom kan det skapas en medkänsla och ömhet hos terapeuten som kan användas för att hjälpa både patient och terapeut igenom svåra passager i det terapeutiska arbetet.

Psykoanalysen och sexualiteten

En förklaring till att det finns så lite nutida teori kring hur det kan talas om sex och sexualitet i psykodynamisk terapi kan vara att den psykoanalytiska världen mer och mer tycks lämna sexualitetens arena. Trots psykoanalysens historiska koppling till sexualteori har talet om sex och sexualitet inom den psykoanalytiska teoribildningen minskat under de senaste decennierna (Fonagy, 2006; Shalev & Yerushalmi, 2009). Psykoanalytikern Peter Fonagy (2006) tycker sig se att psykoanalytiker till och med verkar vara mer ivriga än samhället i stort att sudda ut psykosexualiteten och han menar att det råder en anmärkningsvärd prydhet kring att tala om sexuella praktiker både i den allmänna psykoanalytiska debatten men även i kliniska diskussioner gällande enskilda fall. De troliga orsakerna till detta är enligt Fonagy följande: 1. sexualteorins nära samband med den mer och mer övergivna *driftsteorin* (Freuds teori om att människan styrs av drifter såsom sexualdriften och dödsdriften och den följaktiga psykosexuella utvecklingen i olika psykiska stadier – från det orala stadiet i spädbarnsåldern till den fullt utvecklade sexualiteten i vuxen ålder), 2. ett omedvetet motstånd och/eller en medveten prydhet hos psykoanalytiker, 3. den kleinianska tendensen att reducera psykosexualitet till de tidigaste libidinala utvecklingsstegen (enligt Kleins teori sker de viktigaste utvecklingsfaserna i barnets liv under barnets första levnadsår, vilket därmed sker innan den oidipala fasen), 4. det, sedan Freuds tid, ökade antalet patienter med borderlineproblematik (för vilka sexuella tolkningar inte är verksamma) och 5. på grund av att *objektrelationsteorin* vunnit mark över driftsteorin och att dessa motsäger varandra (objektrelationsteorin menar att sexualiteten härrör ur relationella drivkrafter medan

driftsteorin hävdar att människan framförallt styrs av sexualdriften) så finns en tendens att reducera sexuellt material till en förmodat underliggande relationell patologi.

Jablonski (2010) för fram två orsaker till den minskade betydelsen av sexualiteten inom psykoanalysen; 1. att samhällets syn på sexualitet har förändrats, vilket gör att det inte råder lika stor konflikt mellan individens sexualitet och rådande normer, samt 2. det ökade fokuset på objektrelationsteori på bekostnad av driftsteorin. Jablonski menar att terapeuter tenderar att se sexualitet som symptom på relationella spörsmål vilket leder till att manifesta berättelser om sexualitet ofta tolkas som försvar mot djupare liggande problematik. Utöver detta hävdar Jablonski att det idag finns ett större fokus hos terapeuter på det medvetna och konkreta, vilket gör att sexualiteten försvinner då den till en del utspelar sig just i medvetna eller omedvetna fantasier.

Psykoanalytikers svårigheter att tala om sex och sexualitet i terapi

Den pryddhet som enligt Fonagy (2009) verkar råda kring att tala om sexualiteten bekräftas av Shalev & Yerushalmi (2009), vilka rapporterar att det finns en tendens hos terapeuter att undvika sexuella frågor på grund av att ämnet väcker obehag. I studien rapporteras att det finns terapeuter som beskriver patienternas sätt att tala om sexualitet som stötande och motbjudande, till och med att det upplevs som provokationer, fientlighet eller en form av utnyttjande av terapeuten ("verbal onani"). Shalev och Yerushalmi (2009) förmodar att terapeuter som känner sig attackerade och utnyttjade troligen inte lyckats uppmärksamma innehållet i patienternas sexuella beskrivning, då deras fokus snarare hamnar på hur berättelsen påverkar dem själva. I linje med detta resonemang nämner Butler et al (2010) att dömanden och fördomar också kan "väckas till liv" vid tal om sex samt att det hos många terapeuter kan finnas genomträngande, djupt inkapslade hämningar och oro rörande ämnet.

Brunell och Pettersson (2012) ställer sig frågan om det kanske är så att dagens terapeuter omedvetet undviker sexuellt material, dels på grund av att det idag är mer fokus på den terapeutiska relationen och överföringen men också för att sexuellt material gör terapeuten personligt inblandad och därför inte kan hålla distans. De menar att det är en svår balansakt för terapeuter att kunna ta emot och hantera sexuellt material utan att själva bidra med eget material i form av sexuell upphetsning. Att tala om sex kan initiera sexuell upphetsning hos både terapeut och patient och lockelsen att agera på dessa känslor kan vara extra stor jämfört med andra typer av känslor som kan uppstå i terapirummet (Butler et al., 2010; Perlman, 2009). Almås och Pirelli Benestad (2006) menar att eftersom terapeuter ofta inte har någon specialinriktad utbildning om sexualitet så blir de utlämnade till sina personliga erfarenheter. Professionaliteten blir extra sårbar när terapeuten öppnar upp till att prata om sexualitet, då hen här utsätts för risken att exponera sina egna problem.

Det finns dock aktuella beskrivningar av hur dessa svårigheter kan hanteras och övervinnas, till och med utnyttjas till sin fördel. Sandin (2005) beskriver utmaningen i att jobba med perversioner, eftersom perversionen också kommer visa sig i den terapeutiska relationen. Patienten kommer försöka skrämmas, chockera eller väcka obehag, vilket ställer stora krav på terapeuten att stå kvar och i djupet försöka förstå patientens dilemma, i syfte att ge plats åt medkänsla och ömhet. Psykoanalytikern Ann-Sofie Bárány (2005) beskriver i *Passionens dubbelnatur* två skilda möten med patienter där sexuella budskap från patienterna i det ena fallet ledde till en erotisk överföring som öppnade för en varm

och öm inställning till patienten medan hon i det andra fallet utsattes för en vulgär sexuell beskrivning som gav henne en utmaning på så sätt att hon nödgades stoppa impulsen att säga något bestört och fördömande och istället snabbt försöka finna en förståelse för patienten. Passion, som Bárány kallar det, är ”både roande och oroande”, vilket ställer krav på terapeuterna att både fundera över hur roade de kan tillåta sig att bli, men även hur oroade de kan stå ut med att bli (Bárány, 2005).

Studiens upplägg och relevans

Trots att sexualiteten utgör en viktig del av människors existens och varande och att patienter uttrycker ett behov av att tala om denna del av sitt liv i terapi, så har det sexuella samtalet tappat mark i dagens psykoanalytiska teoribildning tillika diskussion kring kliniska fall. Den aktuella forskning som finns kan konstatera hur psykologer bör förhålla sig till frågor om sex och sexualitet i terapi men kan inte visa oss hur detta arbete i praktiken kan gå till, och många studier efterlyser därför mer kunskap både om hur terapeuter talar men också hur de skulle kunna tala om sex och sexualitet. Med denna uppsats vill jag ge läsaren en liten inblick i den kliniska verklighet som finns idag, för att påbörja påfyllningen av detta tomrum. Detta vill jag göra genom att intervjua åtta psykodynamiska psykologer och psykoterapeuter om deras erfarenheter av och hur det samtals om sex och sexualitet i terapi. Därefter kommer jag diskutera materialet utifrån relevant litteratur, framförallt psykoanalytisk, men också ur ett samhällsperspektiv.

Undersökningens resultat är relevant för psykologer och psykoterapeuter i deras kliniska arbete med alla typer av patienter, framförallt psykoterapeuter verksamma inom den psykodynamiska referensramen. Det kan också tänkas vara intressant för psykologutbildningar och andra verksamheter som bedriver undervisning i psykodynamisk terapi.

Definition av termer

I studien definierar jag begreppet *sex* som ”sexuell aktivitet”. Då begreppet *sexualitet* är komplext, har jag definierat det enligt WHO:s (Världshälsoorganisationen: World health organization, 2006) definition: ”Sexualiteten är en central aspekt av att vara människa och innefattar kön, könsidentiteter och –roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Den upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, begär, antaganden, attityder, värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Även om sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, upplevs eller uttrycks de inte alltid. Sexualiteten influeras av interaktionen mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, juridiska, historiska, religiösa och spirituella faktorer.” Med *psykodynamiska psykoterapeuter* och *att arbeta inom en psykodynamisk referensram* avser jag psykologer och psykoterapeuter som arbetar med olika former av psykodynamisk psykoterapi och/eller psykoanalys.

Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen är att undersöka psykodynamiska psykoterapeuters erfarenheter av hur det talas om sex och sexualitet i terapi och att därefter diskutera resultatet i förhållande till framförallt psykoanalytisk teori men även ur ett samhällsperspektiv. Den övergripande forskningsfrågan är: Vilka erfarenheter finns hos psykodynamiska psykoterapeuter av samtal om sex och sexualitet i terapi? Underfrågor som följer är: Hur talas det om sex och sexualitet i psykodynamisk terapi? I vilka sammanhang talas det om sex och sexualitet i psykodynamisk terapi? På vilket sätt kan samtal om sex och sexualitet bidra till patienters förändring? Har psykodynamiska psykoterapeuter upplevt någon förändring över tid i hur det talas om sex och sexualitet i terapi?

Metod

Undersökningsdeltagare

Då studiens fokus varit erfarenheter från psykodynamiska psykoterapeuters erfarenheter i terapi, bedömdes lämpliga inklusionskriterier för informanterna vara att de skulle vara både legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning. För att få tillgång till så många berättelser och så mycket erfarenhet som möjligt lades ett ytterligare kriterium till; att informanterna skulle ha relativt lång erfarenhet inom yrket, vilket definierades som minst 10 år.

Rekrytering skedde via skriftlig inbjudan (*bilaga 1*) till Göteborgs tre större privata psykologmottagningar samt via lärares och handledares nätverk. Den första informanten, som jag gjorde min pilotintervju med, visade sig under intervjun inte ha någon psykologutbildning, vilket ledde till att jag var mer noggrann med att kolla upp att informanterna uppfyllde alla kriterier inför de kommande intervjuerna. Jag valde dock att behålla materialet från pilotintervjun, då informanten hade en gedigen erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete.

Informanterna bestod av åtta personer i åldern 47-68 år, tre kvinnor och fem män, varav sju var legitimerade psykologer och samtliga var legitimerade psykoterapeuter. De hade arbetat som psykologer under ett tidsspänn av 14-34 år och som psykoterapeuter under 7-31 år. Samtliga hade en psykodynamisk inriktning i sin terapeutiska verksamhet. Alla informanter hade egen praktik i någon form, ett par i kombination med en anställning, en inom företagshälsovård och en på en regional mottagning inom specialistvården. Hälften av informanterna uppgav att de emellanåt bedrev behandling där patienterna kom minst tre besök i veckan men det vanligaste var att patienterna kom en gång i veckan och i vissa fall ännu mer sällan. Större delen av den patientgrupp som informanterna sammantaget behandlade beskrevs som "hyfsat välfungerande", huvudsakligen vuxna patienter med problem kring relationer, arbetsliv och kärleksliv eller som drabbats av olika former av krissituationer. Utöver denna mer allmänna grupp var några informanter mer specialinriktade på vissa typer av patienter såsom individer boende på behandlingshem, individer utsatta för tortyr och trauma, individer med psykotisk struktur samt terapi med par.

Intervjuguide

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide (*bilaga 2*). Intervjuguiden var indelad i fyra avsnitt; introduktion, inledande frågor, forskningsdel och avslutning. I introduktionsdelen gavs information utifrån en mall (*bilaga 3*) om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas och att materialet skulle hanteras konfidentiellt och endast nyttjas i samband med examensuppsatsen. Därefter frågades muntligen efter informanternas samtycke och svaret på detta upptogs på ljudupptagning. Inledningen avslutades med en definition av orden sex och sexualitet, där det förstnämnda definierades som *sexuell aktivitet* och det senare som *den del av människan där kön, könsidentitet, könsroller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion innefattas*. Forskningsdelen, som upptog den större delen av intervjuguiden, inleddes med några generella frågor kring om det talades om sex och sexualitet på informanternas praktik, vad deras erfarenheter var kring detta ämne i terapi och vilken betydelse de ansåg att sexualiteten hade i det terapeutiska arbetet. Sedan fördjupades frågorna, först med frågor rörande vilka ord och formuleringar som brukade användas, vem som väljer dessa, i vilka sammanhang tal om sex och sexualitet kunde komma upp samt hur ämnena lyfts och av vem. Informanterna ombads därefter att försöka minnas och berätta om några specifika patientfall där tal om sex och sexualitet visat sig vara fruktbart respektive mindre lyckosamt ur behandlingssynpunkt. Forskningsdelen avslutades med att fråga om informanterna hade märkt av någon förändring över tid i hur det talades om sex och sexualitet i deras praktik. I intervjuens sista avsnitt tillfrågades informanterna om de hade något mer att tillägga och därefter avslutades intervjun.

Datinsamling

Materialet till studien inhämtades ur kvalitativa semistrukturerade intervjuer med åtta informanter vilka intervjuades under ett tillfälle vardera i maj eller september månad 2018. En första intervjuguide utformades först och en pilotintervju genomfördes för att testa denna. Då intervjuguiden fungerade bra behölls den i befintligt skick och även pilotintervjun användes i den slutgiltiga analysen. Intervjuernas längd varierade mellan 25 och 61 minuter och spelades in med mobiltelefon för att direkt efter intervjun överföras till lösenordskyddad dator och raderas från telefonen. Intervjuerna tilldrog sig på informanternas egna mottagningar, med ett undantag då intervjun genomfördes på ett café. Vid de intervjutillfällena som begav sig på informanternas mottagningar var endast jag och informanten närvarande. Informanterna hade inte fått några instruktioner inför intervjutillfället. Jag följde intervjuguiden med öppet formulerade frågor och styrde samtalet så pass att jag försökte få med alla frågor under den angivna tiden 45 minuter.

Dataanalys

Jag har i denna kvalitativa studie valt att undersöka mina frågeställningar med hjälp av semistrukturerade intervjuer och därefter analysera materialet med tematisk analys. Studien har mestadels en induktiv ansats, då forskningsfältet är tämligen utforskat. Detta innebär att teman företrädesvis har identifierats utifrån informanternas

berättelser och inte min egna teoretiska förförståelse. Analysen har skett på semantisk nivå, vilket innebär ett fokus på det som konkret sagts och vilka mönster som har gått att skönja i detta. Det omgivande paradigmet är fenomenologiskt - inriktat på att förstå individernas subjektiva upplevelser.

Intervjuerna transkriberades i endera Microsoft Word-dokument eller med analysverktyget NVivo. Utfyllnadsord och replikväxlingar som inte tillförde materialet någon mening såsom "liksom", "så", "mm" och "just det" togs bort. Den kvalitativa analysen gjordes därefter med utgångspunkt i den tematiska analysmetod som beskrivs i Braun & Clark (2006), med inspiration av den fenomenologiska metoden i Willig (2013). Kodningen utfördes med hjälp av analysverktyget Nvivo. Analysen genomgick fem faser, vilka här beskrivs i detalj och därefter med översiktliga exempel (*tabell 1*).

Första fasen: göra sig bekant med data. Här handlade det om att sätta sig in i texten. I direkt anslutning till intervjuerna skrev jag ner vad jag uppfattade var den förmedlade upplevelsen i huvuddrag. Ibland behövde jag lyssna igenom vissa delar av intervjuerna igen. I detta skede var det viktigt att ta hänsyn till helheten i det informanternas beskrivit, till exempel hur de själva definierade sexualitet och vad de hade för kliniska erfarenheter. Detta för att försäkra mig om att min förståelse av det de ville förmedla blev så korrekt som möjligt.

Andra fasen: skapande av initiala koder & arbetande med koder. Alla uttalanden som rörde hur det talas om sex och sexualitet i terapi markerades och gjordes om till koder. Dessa 234 koder bedömdes sammanfalla i 48 *noder* (element) med sinsemellan olika meningsinnehåll. Noderna skapades induktivt, utifrån läsningen av transkriptet, och fångade in både beskrivande redogörelser av hur samtal om sex och sexualitet kunde te sig i terapi (till exempel *inledningsskedet, när det är rätt läge att nämna sexualiteten* och *tal om sex när patienten inte varit mogen*) och mer kontextuella faktorer såsom informanternas definitioner och övergripande funderingar om sex och sexualitet i terapi (till exempel *definitioner av sexualitetsbegreppet* och *sex har förlorat sin magi, blivit hälsa*). En ny gallring genomfördes därefter, då det visade sig att vissa noder mer innehöll åsikter och/eller generella råd än erfarenheter (till exempel "Och det är klart att det gör ju någonting med sexualiteten när det blir som /.../ en liten affär man går in i. Och så kan man handla lite olika *mat*.").

Tredje fasen: sökande efter teman. De 34 återstående noderna sorterades inledningsvis in i fem grupper, detta för att få en överblick och urskilja mönster som sedermera skulle kunna utgöra teman: *Hur det kan yttra sig, Hur det går till, Hur det kan upplevas och vad som kan påverka hur man gör, Hjälper det patienterna?* och *Jämförelser då och nu*. Därefter undersöktes och utvecklades noderna tills 14 underteman kunde identifieras vilka delades in i sex övergripande teman. Varje undertema beskrevs i en kortfattad text.

Fjärde fasen: Granskande av teman. Därefter återgick jag till transkripten och dubbelkollade att koderna kopplade till varje undertema hade det meningsinnehåll beskrivningen på temat indikerade. Varje enskilt tema analyserades därefter utifrån hur sammanhängande det verkade vara. Därefter läste jag igenom samtliga manuskript igen för att dubbelkolla att jag inte tappat bort något på vägen. Denna genomläsning ledde till att jag beslutade mig för att plocka upp en del av de åsikter som jag under fas 2 valt att

gallra bort, då dessa vid närmare eftertanke bedömdes som framträdande och intressanta i sammanhanget.

Femte fasen: Definiering och namngivning av teman. Samtliga underteman namngavs i syfte att beskriva temats innehåll på ett överskådligt sätt. Därefter kompletterades de med beskrivande text och exemplifierande citat valdes ut. De övergripande temanamnen fungerade som samlingsnamn snarare än att vara beskrivande. Slutligen introducerades varje övergripande tema med en sammanfattande inledning.

Tabell 1

Exempel på koder, noder, underteman och övergripande teman

Kod	Nod (1) Undertema (2) Övergripande tema (3)
” Men det beror ju på, jag gör det ju inte... jag gör det med alla som lever med någon. Jag frågar ju inte någon som är ensamstående, tror jag: Vad gör du med din sexualitet? utan jag frågar: Drömmer du om att leva med någon? kanske. Mer så. Inte: Masturberar du?, det skiter väl jag i. För det är ju med sig själv, liksom, det får de ta upp i så fall.”	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Sex aktuellt om patienten har en partner</i>2. <i>Måste börja att prata där patienten är – bilden av patientens sexliv är något som växer fram med tiden</i>3. <i>Hur frågan om sex och sexualitet tas upp</i>
”När man träffar, första gången man träffar [patienten] så försöker man ju öppna så många dörrar som [det] går tycker jag, inför framtiden, om man säger så. Eller öppna filer om vi ska använda det som metafor, så att säga. Så att man kan återkomma till det. Så att man inte låser in något om [ohörbart].”	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Inledningsskedet</i>2. <i>Inleder med frågeformulär där sex ingår</i>3. <i>Hur frågan om sex och sexualitet tas upp</i>

Tabellen visar två olika koder med deras initiala noder (1). Efter ytterligare utvecklande av teman kopplades koderna till studiens slutliga underteman (2) med tillhörande övergripande tema (3).

En djupare inläsning av ämneslitteratur gjordes delvis parallellt med analysprocessen men framförallt då den avslutats. Jag ville på detta sätt uppnå ett mellanting mellan att å ena sidan angripa materialet induktivt och teorilöst, å andra sidan ändå få visst stöd vid identifierande av teman. Under arbetets gång skrev jag ner de reflektioner, känslor och infall som kom till mig i en forskningsdagbok. Med regelbundna mellanrum gick jag igenom forskningsdagboken för att säkerställa att jag höll riktningen i arbetet och att inget tappades bort på vägen.

Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer ska humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning anpassa sig till fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Denna studie har följt dessa riktlinjer. Informanterna informerades muntligt i samband med intervjuerna om studiens syfte och vilka krav som ställdes på dem. De informerades om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan. Redan under transkriberingen av materialet oidentifierades informanterna. Deras kön, ålder och arbetsplats raderades ur materialet. För att ge en bild av spridningen i materialet benämndes informanterna i anknytning till citerad text med nummer (informant 1, informant 2, ... osv). Ljudfiler och transkriberingar förvarades lösenordskyddat och otillgängligt för obehöriga. Den information som framkom i intervjuerna har endast använts i denna studie och inte till några andra ändamål. Ljudfiler, transkriberingar och arbetsmaterial har vid uppsatsens färdigställande makulerats.

Ett övervägande jag behövde göra var ifall jag behövde vidta några åtgärder för att skydda integriteten hos patienterna som informanterna berättade om. Det var inte särskilt troligt att en utomstående skulle kunnat känna igen en kollega eller vän bland de patientbeskrivningar jag fick från informanterna, men risken fanns ju också att patienterna själva skulle kunna känna igen sig i berättelserna, vilket möjligtvis skulle kunna upplevas som kränkande plus att informantens identitet skulle kunna bli avslöjad. I de flesta fallen tog informanterna själva ansvaret kring patienternas konfidentialitet genom att inte lämna ut uppgifter som gjorde patienterna identifierbara, men i några fall talade informanterna relativt fritt om olika fall. Vid bearbetningen av materialet var jag därför noga med att göra berättelserna om patienterna så generellt applicerbara som möjligt, ibland genom att ta bort information om exempelvis yrke och ålder. De citat som har använts i studien har dock inte förändrats till sitt innehåll, utom vid några fall då de kompletterats med förtydliganden då detta behövts för att underlätta läsbarheten.

Resultat

Genom tematisk analys av intervjumaterialet har sex övergripande teman med tillhörande underteman framkommit (*tabell 2*) och redovisas i tur och ordning nedan.

Tabell 2

Översikt över teman: sex övergripande teman med tillhörande underteman

Övergripande tema	Undertema
<i>Hur frågan om sex och sexualitet tas upp</i>	<i>Inleder med frågeformulär där sex ingår</i> <i>Måste börja att prata där patienten är – bilden av patientens sexliv är något som växer fram med tiden</i>
<i>Bemötande av patienter som talar om sex och sexualitet</i>	<i>Sex och sexualitet kan ofta vara kopplat till skam hos patienten. Terapeutens roll blir att normalisera – men inte moralisera!</i> <i>Terapeuten måste vara lyhörd, förmedla varsamhet och respekt inför att ämnet kan vara svårt och det måste vara okej för patienten att inte vilja tala om sex</i>
<i>Vad dagens patienter talar om när de talar om sex</i>	<i>Ämnena sex och sexualitet kommer framförallt upp i samband med relationsproblem. Utöver detta är det en stor bredd, från trauman till funderingar om identitet</i> <i>Mer tankar om bisexualitet idag</i> <i>Det talas mer om tillfälliga sexuella relationer idag</i> <i>Sex har blivit tråkigt</i>
<i>Ord och formuleringar</i>	<i>Försöker vara så konkret som möjligt i språket – ett vardagligt språk och gärna använda patientens egna ord</i> <i>Går inte in på detaljer runt det sexuella, det är ju mer känslorna runt det hela som spelar roll</i>
<i>Överföring, motöverföring och motstånd</i>	<i>Ibland fungerar patientens (tal om) sexualitet som ett motstånd. Då kan detta behöva konfronteras</i> <i>Överföringskänslor kan bidra till ökad förståelse för patienten, men handlar det om sexuella känslor är det ett problem som behöver lösas innan det är möjligt att tala fritt om sexualitet</i>
<i>Tal om sex ger ringar på vattnet</i>	<i>Tal om sex kan leda till att saker och ting klarnar i terapin och kan fungera som en länk till mer ogripbara frågor</i> <i>Ofta är det svårt att sätta fingret på vad som har förändrats, men att personen mår bättre, att något "lättat" eller att personen uttrycker något mognare</i>

Hur frågan om sex och sexualitet tas upp

Här beskriver informanterna hur frågan om sex och sexualitet kommer upp på agendan i terapin, vem som tar initiativ och i vilket läge av behandlingen. Några av informanterna inleder varje ny terapi med någon typ av frågeformulär där frågor om sex och sexualitet ingår, eller gör det i alla fall i vissa av fallen när det känns lämpligt. Det vanligaste är dock att informanterna inte har någon särskild formell inledning av terapin, möjligtvis med undantag av en allmän fras om *den psykoanalytiska grundregeln*. I de fall då patienterna inte självmant börjar tala om sin sexualitet finns det olika beskrivningar av hur och i vilket läge detta kan tas upp av terapeuten, exempelvis om ämnet ”lyser med sin frånvaro”.

Inleder med frågeformulär där sex ingår. Några informanter inleder med en grundläggande anamnes (en sammanställning av diagnostiska frågor) där frågor om sex och sexualitet ingår. En del av dessa informanter låter det dock vara lite från fall till fall och hoppar över vissa frågor eller hela anamnesen ibland. De frågor som tas upp kan till exempel röra sexuell utveckling och sexuell debut. Det kan också vara viktigt att fråga om patienten varit utsatt för något sexuellt övergrepp. En informant upplever att frågan om sexuella övergrepp har blivit lättare att ta upp nu eftersom denna företeelse fått mycket uppmärksamhet i media och allmän debatt under den aktuella tidsperioden (*Metoo*-debatten).

Att nämna sexualiteten i inledningen av terapin beskrivs som ett sätt att öppna dörrar och på så vis underlätta för patienten att ta upp dessa frågor senare i terapin. Flera informanter berättar om patienter som efter lång tid i behandling berättar om ett sexuellt övergrepp. En informant menar att en förutsättning för att patienten ska våga börja prata om sådana svåra händelser är att terapeuten är öppen/ger utrymme för sådana berättelser.

” /.../ där jag känner på mig, utifrån allt hon säger, och antagligen kommunicerar hon någonting. Och tillslut kom det fram, att hon hade varit våldtagen. ” (informant 3)

Måste börja att prata där patienten är – bilden av patientens sexliv är något som växer fram med tiden. De flesta informanterna inleder inte med särskilda frågor om sex utan har i stället, ibland eller alltid, någon inledande fras om *den psykoanalytiska grundregeln*, i vilken patienten ombeds vara uppriktig och säga allt hen kommer att tänka på utan att hålla tillbaka något (Freud, 2008). En informant anser att det skulle vara oetiskt att i ett tidigt skede i behandlingen ställa intima frågor till patienten och hen tror dessutom att det skulle ha en negativ inverkan på terapin.

De informanter som inte inleder terapin med frågor om sex menar att ämnet ofta kommer upp ändå, då det ju är en del av livet och därmed något som patienten följaktligen kommer prata om inom ramen för en psykodynamisk terapi. Sex och sexualitet är samtalsämnen som oftast kommer upp efter en tid, då patient och terapeut fått en tryggare relation. Ibland är det mer en bild som växer fram, alltså något som patienten berättar om mellan raderna under terapins gång.

” /.../ eftersom jag träffar dem [patienterna] under så många år, och ibland väldigt många gånger varje vecka, så växer det ju fram någon berättelse om sexualitet och sex, naturligtvis. Så klart, eftersom det är en del av livet.” (informant 4)

Om patienterna inte tar upp ämnet så beskriver flera informanter att de själva lyfter det efter ett tag. Flera informanter nämner att behovet av att ta upp ämnet ibland så att säga "lyser med sin frånvaro"; de kan uppfatta att det är dags att tala om sexualiteten både på vad patienten berättar om sitt liv utanför terapin (som exempelvis sexuella upprepningar i form av många tillfälliga relationer) eller när patienten på ett anmärkningsvärt vis har talat om precis allt, utom sexualiteten.

"Och ibland gör man [patienten] inte det [tar upp ämnet sex], då lyser det med sin frånvaro av olika skäl. Då /.../ får ju jag som terapeut närma mig det." (informant 5)

Det måste vara rätt läge när en terapeut tar upp ämnet sexualitet. Patienten behöver vara redo, vilket ställer stora krav på terapeuten att vara intonad och känslig inför detta.

" /.../ det måste kroka i saker för att sexualiteten ska bli intressant. För att det ska bli, liksom "Ja, just det!" " (informant 1)

Det tycks spela roll för en del av informanterna om patienterna lever i en relation, om de ställer frågor om sexualiteten eller inte. Om patienten lever i en kärleksrelation så blir detta en ingång till att börja tala om sex. Vissa menar att det kan kännas mer omotiverat att ta upp sexualiteten om patienten lever ensam, i varje fall om den inte dejtats eller öppet talar om att den längtar efter en partner.

" /.../ i individualterapin /.../ pratar [patienter] om relationen till mamma och pappa, så [där] handlar det inte om sex i regel. Det kan ju göra det, men det är andra dimensioner då. Men när det är två parter så handlar det väldigt mycket om sex." (informant 5)

En del informanter ger exempel vad som har hänt när de tagit upp ämnet och det inte varit rätt läge. I ett exempel var patienten inte redo, vilket gav till följd att patientens tal om sexualiteten blev mer av ett pliktskyldigt slag då det inte slog an hos patienten. I ett annat exempel var det terapeuten själv som inte var redo, hen beskriver att hen var nybörjare och kanske helt enkelt tog ett för stort ord i sin mun, i det här fallet ordet *begär*:

"Då sa jag vid något [tillfälle]... jag försökte föra in alltså att det här med begär, på något sätt. Det blev helt fel, alltså." (informant 7)

Bemötande av patienter som talar om sex och sexualitet

Här beskrivs vad informanterna anser vara viktiga saker att tänka på vid bemötandet av patienter som på ett eller annat vis behandlar ämnena sex och sexualitet i terapi. De flesta informanterna bedömer att sexualitet är ett särskilt känsligt ämne i det terapeutiska rummet, varför det är viktigt att bemöta patienter som talar om detta på ett särskilt respektfullt och inkännande sätt. Det är dock viktigt att hantera ämnet på ett normaliserande vis för att inte öka på den skam patienten eventuellt känner. Här nämns också att terapeuten bör respektera om en patient inte vill tala om sex och att det faktiskt är möjligt att göra detta samtidigt som det är uttalat att här är det något det inte talas om.

Sex och sexualitet kan ofta vara kopplat till skam hos patienten. Terapeutens roll blir att normalisera – men inte moralisera! Sex kan vara ett tabubelagt ämne för vissa, vilket kan göra det extra svårt att tala om i terapi. Att till exempel ha varit med om ett sexuellt övergrepp kan vara både skamfyllt och skrämmande att tala om och här menar flera informanter att de behöver vara extra försiktiga då dessa patienter kan vara traumatiserade. Skam kan också vara en ingrediens i de flertaliga exemplen där par har slutat ha sex med varandra eller den ena parten i en relation har slutat känna attraktion för den andra:

”Jag träffade en man som har mer lust än vad hans fru har /.../ där han beskriver att han inte är riktigt attraherad av henne. På grund av utseende. Och det här är väldigt svårt att prata om för det finns så mycket skam i detta.”
(informant 6)

Det finns bland exemplen patienter som av olika anledningar har växt upp med en väldigt strikt syn på sexualiteten, vilket dels bidrar till lidande i deras aktuella sexliv, men också göra det skamfyllt att tala om sexualiteten och bearbeta tidigare sexuella händelser. Några informanter beskriver att de då de upplever att patienten känner skam för sin sexualitet försöker att normalisera talet om sex. Ett exempel på detta kommer från en informant som träffat flera patienter som haft funderingar kring eventuell bisexualitet och känt oro och skam kring detta.

”Ja, de vill inte vara det [bisexuella], alltså. Och då, min utgångspunkt är ju alltid att, man har ju den sexualitet man har, någonstans. Så då försöker jag ju normalisera den, på något sätt.” (informant 7)

Det är viktigt att inte moralisera. En informant nämner att om patienten på något plan kan ana ett moraliserande från terapeutens sida, till exempel över patientens sexuella utlevelser, riskerar detta att *skada den terapeutiska alliansen*. Moraliserande kan också uppstå i andra änden av detta kontinuum av sexuell tabu-frigjordhet, vilket en annan informant uppmärksammar. Hen menar att det inte är okej att på något vis predika sexuell frihet eller frestas att agera rollmodell inför någon som härstammar från en kultur där sexualiteten av någon anledning är mer omgärdad av tabun. Hen menar att det är viktigt att respektera patienters kulturella och religiösa bakgrund och att arbetet som terapeut handlar om att hjälpa dem att komma fram till de val de vill göra utifrån sina egna kontexter och övertygelser.

Terapeuten måste vara lyhörd, förmedla varsamhet och respekt inför att ämnet kan vara svårt och det måste vara okej för patienten att inte vilja tala om sex. Informanterna talade också om försiktighet och respekt, att sexualiteten är ett särskilt intimt ämne och att det inte bara är att komma och klampa på som terapeut här. Ord som kommer upp är *varsamhet*, att *balansera*, *tona in*, *vara lyhörd* och att *tala på ett sätt som patienten kan ta till sig*.

”Ibland är den [sexualiteten] en väldigt intim sak, så på det sättet tycker jag att man ska vara varsam. För man vet inte hur den andra människan förhåller sig till ämnet.” (informant 3)

Några informanter nämner att det är viktigt att respektera om patienten inte vill tala om sex. Det *kan* krypa fram berättelser med tiden, men ska aldrig tvingas fram. En informant säger att det går att förhålla sig till att det finns en "elefant i rummet", inte genom att tala direkt om den, men genom att påtala att den finns där och att den på något vis utgör en påverkan:

"Men att ha elefanten i rummet - då är det viktigt att man förhåller sig till den. Och gör, på något sätt, det tydligt att den stör eller att den har en plats."
(informant 3)

Alla informanter anser dock inte att sexualiteten är ett ämne som är mer känsligt än andra. En informant menar exempelvis att det finns ämnen som är mycket svårare att tala om, såsom kärlek, ensamhet, hat och narcissism.

Vad dagens patienter talar om när de talar om sex

I det här temat beskrivs i vilka sammanhang det kan talas om sex och sexualitet i terapi. Det vanligaste är att det talas om det i samband med relationer, och framförallt när det är något problem i relationen. Om människor lever ensamma kan det uppkomma i samband med tal om längtan efter en relation eller sökandet efter en partner, till exempel dejtande. Andra sammanhang där sexualiteten kan komma upp är frågor om identiteten och självbilden men det är också vanligt förekommande i samband med våldsrelaterad problematik, såsom sexuella övergrepp och sexualförbrytelser. Det talas endast lite om sexuella dysfunktioner, som till exempel problem med erektion, då de flesta informanterna inte har någon större vana av att jobba med detta. Några informanter möter ibland patienter som lider av någon form tvångsmässighet eller störning kopplat till sin sexualitet, vilket kan skapa lidande både hos patienten och dennes anhöriga.

Ämnena sex och sexualitet kommer framförallt upp i samband med relationsproblem. Utöver detta är det en stor bredd, från trauman till funderingar om identitet. Informanternas erfarenheter är att det oftast är i samband med tal om relationer som sexualiteten kommer upp på agendan, vare sig det handlar om sexlivet per se eller om definitionen breddas till att dessutom handla om kärlek, närhet och intimitet. Om patienten har problem i sin kärleksrelation är det vanligt att detta helt eller delvis yttrar sig i det sexuella. Det kan till exempel handla om att den ena i paret har mer sexuell lust än den andra. Eller att patienterna känner att det helt eller delvis saknas känslomässig närhet och/eller sex i relationen. Hos par som varit tillsammans länge kan vänskapen finnas kvar men lusten till varandra sexuellt kan ha minskat eller försvunnit.

""Vi tycker jättemycket om varandra och så vidare men vi har blivit som bror och syster, vi är två kompisar. Men det är ingen passion mellan oss längre." Eller: "Det finns ingen sexualitet mellan oss." Så att det, det är ju ett vanligt problem." (informant 5)

Om en patient börjar tvivla på sin relation kan detta också innebära att frågor aktualiseras som handlar om vad det är personen egentligen attraheras av och önskar sig av en relation. Andra relationella frågor som kan komma upp i samband med sexualiteten är svartsjuka eller otrohet. Men det behöver inte alltid handla om problem,

det kan också talas om ömhet och närhet i en relation.

” Sedan behöver det ju inte bara vara det [problem] utan det kan ju också vara en väldigt glädje /.../” (informant 4)

Hos människor som lever ensamma kan sexualiteten komma upp i samband med tal om längtan efter en relation eller i samband med pågående dejtande.

Sexualiteten kan också komma upp i helt andra sammanhang än relationer. Att ha varit utsatt för ett sexuellt övergrepp kan till exempel vara något som patienter söker hjälp för, men det kan också vara något som uppdagas med tiden i terapin. Ibland har patienten inte själv tänkt på det som ett så stort problem, men när hen börjar prata om det så visar det sig att det påverkat hen mer än hen trott.

” /.../ jag har träffat människor som har utsatts, eller flickor är det ju då, eller kvinnor, som var utsatta för våldtäkter och så, [som säger:] ”Det är inget större problem”. De är vuxna och [detta kan komma] från de som har varit utsatta för rätt så mycket. Betydligt mindre övergrepp så kan man ha världens problem. Det är hela skalan.” (informant 5)

Andra sammanhang kan vara frågeställningar kring sexuell läggning som till exempel bisexualitet, homosexualitet och asexualitet. En informant har träffat några patienter som är transsexuella och även om dessa patienter inte sökt hjälp för just detta så kan sexualiteten komma upp och bli en del i att komma vidare i det terapeutiska arbetet.

”Jag har en patient som går igenom en könskorrigering nu. /.../ Men vi jobbade med patientens trauma. Men uppenbarligen låg detta [transsexualiteten] i vägen [så när vi tog upp detta i terapin] då hjälpte det patienten väldigt mycket i sin process.” (informant 3)

En del informanter har en del erfarenhet av att arbeta med sexuella dysfunktioner, exempelvis problem med erektion hos män. Detta brukar dock inte vara den enda orsaken till att patienterna söker hjälp hos informanterna, utan det brukar ligga inbakat i andra problem eller frågeställningar. Det kan till exempel komma upp i samband med att patienten tar antidepressiv medicin, vilket kan leda till problem med lust.

Vissa patienter lider av olika former av sexmissbruk eller parafilier. Med sexmissbruk avses olika former av tvångsmässigheter associerat till sex såsom tvångsmässigt onanerande eller porrsurfingberoende medan parafilier är störningar rörande sexuella tändningsmönster och fantasier som kan innebära lidande för individen själv eller andra (Ekdahl, 2017). Bland informanterna finns erfarenheter av att träffa patienter med allt från mildare former av fixeringar och upprepningar, såsom missbruk av pornografi till allvarliga problem där andra människor far illa till, till exempel tvångsmässig utagerande sexualitet.

”/.../ personer som kommer och har, och det är främst män, som har en sexualitet som är... jag tror i grund och botten skrämmande för dem. För att det används i ett syfte att /.../ blåsa upp sig själv, bli viktig själv. Och det /.../ finns ju nån slags mani och tvång över det.” (informant 1)

Sexualiteten kan även komma upp i samband med bredare frågor som mer rör en persons sökande efter identitet eller dennes självkänsla. De mönster en patient uttrycker i sitt levda liv kan finna sitt uttryck i sexualiteten, vilket gör sexualiteten komplex men också till en ingång i arbetet med dessa bredare frågor.

”/.../ sexualiteten betyder så mycket /.../ den har med självkänsla att göra och /.../ man kan använda den till att straffa folk och man kan använda den att belöna sig. Det handlar liksom inte bara om njutning och så, det är mer komplicerat än så.” (informant 5)

Mer tankar om bisexualitet idag. En informant upplever att patientgruppen har förändrats under hans tid som terapeut, med en bredare repertoar av sexuella aktiviteter, sexuella läggningar och könsuttryck.

”Alltså, när jag började så fanns ju det inte på kartan... tre homosexuella män i en lägenhet och alla är tillsammans med alla /.../ jag stötte inte på de patienterna. Det gör man idag. Jag stötte inte på patienter som säger att jag är superqueer, jag tycker inte om män som kollektiv /.../” (informant 8)

Ett par informanter har märkt att fler patienter kommer och talar om funderingar kring bisexualitet. Det kan vara att patienterna funderar kring om de kanske är bisexuella och känner sig oroliga inför detta, kanske till och med känner skam, medan det i andra fall bara handlar om konstaterandet att så är fallet.

”En sak som är lite känsligt har jag märkt, kan vara, jag har haft flera som har haft en oro för att man ska vara bisexuell.” (informant 6)

Det talas mer om tillfälliga sexuella relationer idag. En del informanter har erfarenheten att dagens patienter berättar mer om tillfälliga sexuella kontakter och om svårigheter att binda sig till en person. dejtingappen Tinder nämns som ett vanligt sätt för patienterna att träffas på, antingen i jakten på en fast kärleksrelation eller en tillfällig sexuell partner.

”/.../ om man ställer frågan "Hur träffade du din partner?" /.../ då är det ju via en app. Tinder, då, vad det nu heter. Eller något sådant här chatt-forum /.../ jag har hört en massa olika varianter där. Och det är ju ett helt nytt sätt /.../” (informant 4)

Att träffa många tillfälliga sexuella partners kan hos vissa patienter bli ett repetitivt, nästan tvångsmässigt mönster vilket skapar ett lidande om de egentligen söker någon att leva sitt liv med. Ett par informanter har upplevelsen att många unga patienter lider av att de inte förmår uppleva genuina möten i de sexuella relationerna. De menar att dessa patienter har sex med olika människor som sinsemellan är utbytbara och att det de egentligen brottas med är en oförmåga att skapa intima och varaktiga relationer med andra människor.

”/.../ många, åtminstone unga människor som kommer till mig, som /.../ till synes praktiserar väldigt mycket sexualitet, men den är tom. Utan närvaro av ett intimt möte med en annan person.” (informant 2)

En informant uttrycker det som att den stora friheten i dagens samhälle verkar skapa vilsnare människor med större svårigheter än förr att välja partner, på grund av att det alltid går att välja någon annan och att det därför blir ångestfyllt att bestämma sig.

Sex har blivit tråkigt. Ibland har det varit svårt att särskilja informanternas erfarenheter från rena åsikter. Många av informanterna har en hel del allmänna reflektioner om sex och sexualitet i dagens samhälle, varför jag tar upp några av dessa här. En åsikt som läggs fram hos ett par informanter är till exempel att det är något oromantiskt men också problematiskt med det frekventa dejtandet via nätet. Det problematiska som lyfts är framförallt att det blivit vanligare att ha sex med främlingar istället för människor som det har byggts upp en relation med, men också att själva berättelsen om hur två personer har träffats, om detta skett via en app, blir fattigare än om personerna hade setts i verkliga livet.

”Ja jag måste säga det här... jag är ju som en sådan här 1900-talsmänniska, men någonting går ju liksom förlorat ändå kring berättelsen hur jag träffade den andre, när det sker via chatt eller via en telefon.” (informant 4)

Vidare talas det om att sexualiteten har blivit tråkig, att den har tappat sin magi eftersom det talas så fritt om den och att ingenting är förbjudet. En informant menar att tidens förändring naturligtvis är på gott och ont, att vi har en större frihet på grund av industrialisering, mer jämställda ekonomiska förutsättningar och preventivmedel är naturligtvis inget som dagens västerländska människa skulle vilja ha ogjort, men att den ökade friheten också har ett pris i form av större vilshenhet där exempelvis äktenskapet har förlorat sin betydelse.

Det talas också om att sexualiteten har tappat i värde, blivit tom, därför att vi talar om sex på ett teknifierat sätt där sex är något man har av hälsomässiga skäl, eller för att bra sex helt enkelt är något man ska ha enligt den samhällseliga normen. Ytterligare en tanke som uttrycks är att människan av idag lever ett ytligare liv, där sex är något människor har för att ersätta en brist av något slag. Kanske en oförmåga att knyta nära relationer. Eller en oförmåga att känna lust och en brist på tillgång till sitt egentliga begär.

Ord och formuleringar

I det här temat beskrivs vilka ord och formuleringar informanterna använder i samtal med sina patienter när det talas om sex och sexualitet. Flera informanter uppger att de försöker vara så konkreta som möjligt och att de strävar efter att använda ett vardagligt språk som patienten begriper, gärna med ord som kommer från patienterna själva. Det framkommer också att informanterna själva vill känna sig bekväma med de ord som används och att grova eller extremt explicita ord från patienten ibland kan vara tecken på motstånd. Det råder delade meningar om hur detaljerade informanterna vill vara vad gäller tal om konkreta sexuella handlingar, där en del informanter uppger att de medvetet undviker detta och hellre talar om de relationella aspekterna. Det nämns också att valet mellan ett mer eller mindre explicit sexuellt språk kan avgöras av faktorer som hur länge terapin har pågått, hur intim den terapeutiska relationen har blivit, var någonstans i motöverföringen terapeuten uppfattas befinna sig samt vad det är för typ av problematik patienten kommer med.

Försöker vara så konkret som möjligt i språket – ett vardagligt språk och gärna använda patientens egna ord. När det kommer till konkreta ord och formuleringar är det många informanter som berättar att de försöker använda ord som patienterna själva använder, ett vardagligt språk och därmed undvika facktermer. Informanterna nämner också att de försöker vara så konkreta som möjligt och inte använda omskrivningar utan gå rakt på sak. Av de ord som kan komma att användas uppges till exempel; att *ha sex, ha samlag, vara otrogen, träffa kvinnor/män, känna närhet, lust, attraktion, ha kommunikation, ett samliv, ett sexualliv* och en *sexualitet*.

”/.../ det ska inte vara några omskrivningar i min praktik utan raka puckar, vill jag. Det ska inte vara några begrepp hos mig. Utan vanlig svenska.”
(informant 8)

Flera informanter ger konkreta exempel på frågor som de kan komma att använda när de vill lyfta upp patientens sexualitet på agendan. Om patienten lever i en kärleksrelation kan till exempel följande frågor ställas; *Finns det ett sexualliv i relationen du talar om?, Hur ser erat sexualliv ut?, Hur är det med samlivet?, Hur är det mellan dig och din man/fru – har ni en bra relation?, Du har talat om din mamma och din pappa och allt annat, men du har inte nämnt ditt sexualliv – det är dags att du säger något om det!* eller *Finns andra män/kvinnor?* Frågan om hur patienten och dennes partner har det i sexuallivet kan också kombineras med frågan *Hur viktigt är det?*, för att även ge en bild av hur mycket patienten värderar sitt sexliv.

Andra sätt att fråga, som inte förutsätter att personen lever i en relation, kan exempelvis vara; *Kan du berätta om dina sexuella erfarenheter?* eller *Berätta om ditt kärleksliv!* Däremot, att fråga om onani, kan upplevas som en alltför påträngande fråga enligt några informanter.

” /.../ jag frågar: Drömmer du om att leva med någon? kanske. Mer så. Inte: Masturberar du?, det skiter väl jag i. För det är ju med sig själv, liksom, det får de ta upp i så fall.” (informant 8)

Informanterna har generellt sett färre exempel på hur det kan låta från patienternas sida när de får frågor om sin sexualitet. Några exempel finns dock i materialet. En informant berättar om en patient som tar upp problemet med lust i relationen genom att svara att hon vill ha sex, men inte med sin man. En annan informant berättar om en patient som har ett stort trauma bakom sig, där han har förlorat hela sin familj, och där talet om sex kommer upp i samband med talet om hans efterlängtnade fru:

”Och då säger [patienten] /.../ ”Jag längtar efter min fru, jag längtar efter sex.” (informant 3)

Hur kan samspelet mellan terapeut och patient låta? Även här finns endast ett fåtal exempel i materialet. I ett exempel berättar informanten att patienten kände skam för sin sexlust, men att informanten vände detta genom att tala om sexlust som ett tecken på liv, att patientens lust inte var borta. En annan informant drar som ett typexempel att om hen frågar en patient om denna funderat på att vara otrogen, och hen misstänker att patienten svarar osant, så säger hen helt sonika att hen inte tror patienten:

*”/.../ Säger en neurotiker såhär ”Jag har aldrig tänkt på att vara otrogen”,
då säger jag ”Det tror jag inte på” ” (informant 1)”*

Om patienterna har svårt att finna ord rörande det sexuella så är det terapeutens uppgift att hjälpa dem med det. Det kan handla om att det är ett känsligt ämne för patienten och att orden känns ovana att använda. Men det kan också handla om ett letande efter ett ord som blir det som beskriver något på ett sätt som känns rätt, som slår an i patienten.

” /.../ hon säger att det är en dimmig blick som han tittar på henne med [...] Och så säger jag sedan, för hon tycker inte att det låter rätt va, det är någonting annat. Är den lysten? säger jag då va. Ja, just det, lysten, det kom jag inte på det ordet [säger hon].” (informant 6)

Flera informanter uppger att de använder de ord de känner sig bekväma med. En informant nämner att om grova ord kommer upp, kan detta ibland vara ett tecken på motstånd hos patienten, eller ett sätt att försöka väcka uppmärksamhet. Om så är fallet, menar informanten, så är det viktigt att sätta en gräns för detta.

” [Om] ens patient ska få tala hur som helst, och använda grova ord, alltså om man hör en liksom aah skönt att få säga knulla, hora, alltihopa det där. Det sätter jag gräns för efter ett tag om det blir för mycket sådant.” (informant 1)

Går inte in på detaljer runt det sexuella, det är ju mer känslorna runt det hela som spelar roll. Flera informanter går inte gärna in på detaljer om patienternas sexliv, som hur patienten har sex, om hen onanerar och hur hans sexuella fantasier ser ut. Flertalet av informanterna har heller ingen större erfarenhet av att jobba med sexuella dysfunktioner, vilket bland annat nämns som en förklaring till att de inte brukar tala explicit om sex. En informant remitterar gärna patienter med sexuella dysfunktioner till andra instanser, exempelvis vårdinrättningar med sexualmedicinsk inriktning.

” /.../ själv [går] jag aldrig in i detaljer om samlag /.../ Det har [jag] aldrig [gjort]. Vi har aldrig kommit dit. Att prata om problem om /.../ olika dysfunktioner, jag är inte bra på det, heller. Jag kan inte så mycket och jag tycker i så fall kan man remittera till någon som är van att tala om det också. Om jag skulle känna mig obekvä. (informant 3)

Det kan vara lättare att tala om sex med patienten om denne är av samma kön som informanten själv. En informant har erfarenheten att de patienter som inte är av samma kön oftast inte går in så detaljerat i de intima berättelserna jämfört med de patienter som är av samma kön. En annan informant menar att det är patienterna som väljer att inte tala explicit om sex, på grund av att de uppfattar att de ska tala lite mer ”tillrättalagt” när de talar med en psykolog, än de skulle gjort exempelvis med sina kompisar. Men informanten funderar sedan ändå kring att detta också kan ha att göra med hans egna inställning:

”/.../ det kan nog också ha att göra med att jag inte uppmuntrar de här [berättelserna], eller jag ställer inga detaljfrågor liksom utan det får ju patienten berätta själv.” (informant 4)

Det kan också bero på var patient och terapeut är i överföringen hur terapeuten väljer att tala med patienten, att det är mer omskrivningar inledningsvis och bitvis grövre eller mer detaljrikt språk när relationen med terapeuten har pågått längre och därmed blivit stabilare och fördjupats:

”Jag använder ju inte de fula orden, om man får säga så. Jag säger samliv och samlag. Jag tror inte jag skulle använda [grövre ord]...det kan jag nog göra om jag har en klient som jag har haft lång kontakt med och som jag känner och som jag vet att... skulle acceptera sådana ord /.../ alltså valet av ord är väl finare ord till en början.” (informant 7)

Det kan dock vara viktigt att fråga om detaljer om personen varit utsatt för sexuella övergrepp, säger en informant.

”Men det gör jag inte speciellt mycket [går in på detaljer], jag går inte in så nära på det. Så vida inte det har varit sexuella övergrepp och sådant, då gör jag ju det mer. Vad gjorde han med dig eller... och så /.../.” (informant 5)

Överföring, motöverföring och motstånd

I följande tema samlas informanternas erfarenheter av psykodynamiska fenomen såsom överföring, motöverföring och motstånd. Informanterna tolkar ibland sexuellt tal i terapi som motstånd och erfar att repetitiva sexuella handlingar i patientens liv kan fungera som försvar. Att som terapeut känna överföringskänslor kan vara en väg till större förståelse för patienten och dennes problematik medan att känna erotiska överföringskänslor lyfts som en hindrande faktor i terapin.

Ibland fungerar patientens (tal om) sexualitet som ett motstånd. Då kan detta behöva konfronteras. En människas sexuella utlevande kan ibland bli en fixering, som för individen fungerar som ett försvar mot att känna något annat. Sexualiteten blir så att säga ett motstånd i sig. En informant berättar om en patient som besvärades av att hans sexualitet blivit en besatthet; han behövde iscensätta avancerade sexuella scenarion med sina älskarinnor för att kunna uppleva njutning. Efter lång tids arbete blev det dock tydligt att han egentligen behövde sörja brister i sin relationshistoria.

” /.../ för det kan också bli så att patienten blir så upptagen av de här frågorna, så att de döljer andra frågor. /.../ Och det är ju en del av en sorgprocess. Går det att sörja det? /.../ dina sexuella fantasier, din sexualitet har försökt att komma undan [...] ett sådant sorgearbete.” (informant 1)

En del patienter lider av en överdriven fixering till exempel i form av tvångsmässigt dejtande/erövrande av sexpartners. Detta behöver bemötas av terapeuten, menar några informanter, till exempel genom konfrontation (att ifrågasätta patientens beteende) eller, som en informant med lyckosam utgång provat vid några tillfällen: genom att kräva avhållsamhet under en tid.

”Men när det gäller sexualitet kroppsligt, så tror jag ibland att vissa människor ska avstå för en tid. Tänka mer. För sexualiteten blir något ordlöst

utagerande i stället för ett möte med sig själv och med den andre.” (informant 8)

Överföringskänslor kan bidra till ökad förståelse för patienten, men handlar det om sexuella känslor är det ett problem som behöver lösas innan det är möjligt att tala fritt om sexualitet. Samtliga informanter upplever att det är viktigt att vara öppen inför att samtal om sex och sexualitet är, eller kan vara, en viktig del av det terapeutiska samtalet och uppfattar inte sig själva som hämmade eller återhållna i detta ämne. Blygsel och försiktighet kan dock uppstå, vilket i vissa fall kan tolkas som en typ av motöverföring; omedveten information från patienten om ämnet upplevs som talbart eller inte.

” /.../ sexualiteten känner jag inte att det är i sig ett tabu-ämne för mig. Men, beroende på vad som händer i rummet /.../ kan [det] få en att bli mer eller mindre skygg [=blyg], eller [känna] mer och mer tillåtelse att prata om det. (informant 3)

Hos flera informanter nämns att då skamkänslor och försiktighet kommer upp som en känsla hos dem själva, är det viktigt att kunna lägga dessa känslor på hyllan och säga något trots att det tar emot. Just för att hjälpa patienten att tala om sexualiteten trots att denne känner skam, och för att förmedla att detta är något det kan, och ska, talas om i terapirummet. Att lyssna på sina motöverföringskänslor kan vara en väg in i en större förståelse av patienten, samt information om hur arbetet framskrider i terapin. Överföringskänslorna kan också innehålla information om hur språket kan användas. Det beror på vem psykoterapeuten är (representerar) i överföringen. Om det är ett väldigt grovt språk så är det viktigt att inte förfäras (inte ”vara för fin i kanten”) men att försöka förstå patienten, varför hen talar så. En sådan förståelse kan leda till en öppning i behandlingen.

”Så när han, när han säger ”knulla” eller när han säger ”sätta på” eller när han säger ”det är bara ett stycke kött”... alltså man ryser ju i det. Samtidigt så är det hans verklighet [...] Men då får man ju då [...] tänka att ”ja men vi skall inte dit”. Och då kommer det, och vad säger han då? ”Jag vet inte vad kärlek är.” Det är klart som korvspad att någon pratar så då. Så det är en balans det här.” (informant 1)

När det kommer till erotiska överförings- och motöverföringskänslor i terapirummet nämns främst generella tankar kring detta, såsom att terapeuten måste ha löst sina egna problem kring sexualiteten för att själv kunna tala fritt om sexualitet. En informant berättar dock om ett antal upplevelser där attraktion uppstått i rummet och menar att det då blivit extra viktigt att vara försiktig och att hen upplevt detta som en aning hämmande.

”Vissa patienter tycker man ju rätt så bra om. /.../ Men /.../ där får man ju liksom vara hur försiktig som helst. /.../ ibland kan det nog vara liksom ett litet hinder faktiskt också, att man blir lite hämmad och det blir lite sådär... ja. Men inte så att det inte går att hantera. Nej hinder är väl för mycket sagt, men det är klart att man är påverkad.” (informant 7)

Tal om sex ger ringar på vattnet

I det här temat talar informanterna om talet om sexualiteten som en väg in i andra aspekter av patienternas psykiska eller relationella värld. Det kan leda till en större klarhet kring relationsmönster men även beröra frågor som identitet och självkänsla. I talet om sexualiteten kan patienten också bli tydligare för terapeuten, vilket kan öka dennes förståelse för patientens personlighet och speciella problematik. Det sexuella kan i vissa fall lägga sig i vägen för annan problematik och behöva arbetas igenom för att komma vidare i det terapeutiska arbetet, medan det ibland kan vara tvärtom, att andra frågor behöver hanteras före det blir möjligt att tala om sexualiteten. På samma växelspelande vis kan terapeuter jobba med patienters relationsproblem utifrån devisen att ibland behöver det sexuella lösas för att kunna nå en större intimitet medan en ökad intimitet ibland kan leda till ett bättre sexliv. Att det i det terapeutiska rummet ges möjlighet att tala om sex och sexualitet kan upplevas som en lättnad för patienterna och vissa fall kan detta leda till djupgående förändringar i deras liv. Det kan dock vara svårt att sätta fingret på vilken typ av förändring som skett, ibland handlar det bara om skillnader i nyanser, eller helt enkelt att patienten mår bättre på ett mer generellt plan.

Tal om sex kan leda till att saker och ting klarnar i terapin och kan fungera som en länk till mer ogripbara frågor. Tal om sex och sexualitet kan leda till att det blir tydligare för patienten hur hen har det i sin relation. Att till exempel uttala att det råder en brist på sex och fysisk närhet i relationen kan vara en väg fram till att förstå om en relation inte längre är levande, att den kanske upplevs som tom eller död.

”Och jag tror först att det var när patienten artikulerade detta i vårt samtal som han förstod själv vad det innebar för honom, vad det var han saknade, så att säga. Varför var det slut mellan dem? Vad bestod den här tomheten i?”
(informant 6)

Frågor om relationers vara eller inte vara kan också leda in i frågor som rör människors identitet, hur de vill leva sitt liv. En informant berättar om en man som velat reda ut om han ska skilja sig från sin fru eller inte, där hans största bekymmer var att barnen skulle fara illa. Efter en tids samtal om detta förändrades perspektivet något och han ställde sig istället frågan hur det är för barn att växa upp i familjer där det är känslomässigt dött mellan föräldrarna.

”Och jag tror att det var först när han kunde tala om det på det sättet då, som han själv kunde mer ställas inför det här valet hur han skulle göra, om han skulle fortsätta eller gå vidare då. Och... där han kanske då mer /.../ ställde sig själv en fråga där: hur vill jag leva mitt liv?” (informant 4)

Flera informanter lyfter relationers två dimensioner – samtalet/intimiteten och den sexuella erfarenheten. Ibland kan ett psykoterapeutiskt bearbetande av sexualiteten leda till att det uppstår en större intimitet i relationer, och ibland kan utvecklandet av ett intimare och mer kreativt samtal mellan två parter leda till bättre sex.

”Och där kan sexualiteten vara någonting att bygga på, för att nå fram till det andra, liksom. Att hitta tillbaka till någon form av samtal.” (informant 2)

När patienter berättar om sexuellt traumatiska händelser kan detta bli en nyckel för terapeuten till en ökad förståelse för patienten och dennes problematik. En informant berättar om en patient som efter lång tids terapi berättar att hon varit med om ett grovt sexuellt övergrepp. Detta leder till att terapeuten får en mycket större förståelse kring varför patienten levtt ett så sexuellt utagerande liv.

Att ställa frågor kring patienters sexualitet kan också leda patienten in till en större förståelse för sig själv. En informant berättar om en patient som hade ett mönster av att förstöra alla sina relationer med otrohet, där hen frågade om patienten använde sex på ett självdestruktivt sätt. Den frågan ledde till en större klarhet i terapin.

” /.../ han sa nej, men... på ett sätt, det är någonting där som jag inte kan låta bli. /.../ Så den frågan kunde jag ställa och det gjorde, det blev någonting mycket klarare.” (informant 3)

En informant vidgar sexualiteten till att handla om kreativitet och att vara mer levande i sitt sätt att vara i sin kropp och att kommunicera. Hen menar att sexualiteten blir ett resultat av ansträngningen att tala vilket exemplifieras genom en berättelse om en patient som inledningsvis haft ett väldigt stumt språk och som uppmuntras att visa sin konst i terapin samt att berätta om musikupplevelser. Detta leder till att patienten hittar fram till en större öppenhet i kommunikationen med andra människor och att hon blir mer levande och autentisk i sitt tal.

”Och det leder till att hon också delar musiken med andra och hittar fram till någon relation med vissa andra personer. Men man kan säga, att det som också händer där, och det här är ju under år av samtal, är att hon blir mer i kontakt, alltså hennes tal är mer levande och hon är mer närvarande fullt ut i samtalet.” (informant 2)

Då destruktiva sexuella beteenden arbetas igenom i terapi kan det så småningom visa sig att dessa legat i vägen för själva kärnan av problematiken, som i ett fall där en patient i terapin bearbetar ett sexmissbruk och då det då informanten frågar om närhet och intimitet framkommer att patienten egentligen har en mycket djupgående ensamhetskänsla.

””Kan du tänka dig att leva med henne?”. Och var på han uppriktigt säger ”Nej”. Det blir ju en kris för honom. /.../ det är väldigt mycket plågsamheten då, att... ”för då blir jag ju bara någon som utnyttjar någon /.../ Men behandlingsmässigt är det ju /.../ där själva vändningen är. För då kan du också börja tala [om det]. För han ville inte bli ensam.” (informant 1)

Att få tillgång till ett rum där det är möjligt att tala om svåra saker, som tabubelagd sexualitet, eller otrohet, kan göra att något lättar. Eller till och med att något som upplevs som ett problem slutar vara det. En informant berättar att hen mött flera patienter som oroat sig för att deras sexuella läggning (homosexualitet eller bisexualitet) inte skulle vara okej, men att hen upplevde att bara tala om det, på ett normaliserande sätt, gjorde att det slutade vara en fixering för patienterna.

”Så den frågan har i princip försvunnit, alltså. Jag tror fortfarande att [hon] kan ha /.../ någon form av /.../ lust för kvinnor ibland. Men nu är det inget problem.” (informant 7)

Att släppa in tankar och tal om sex i terapin kan leda till att fokus ändras, det kan vara så att man inte kommer vidare i det personen söker hjälp för (exempelvis ett trauma), för att det sexuella har vävt sig in i detta. En informant berättar om en patient som sökt hjälp för att bearbeta ett trauma, men där personen istället börjar tala om att hon är otrogen mot sin man. Det visar sig att hon i sin historia varit med om ett sexuellt övergrepp och att hon inte kunnat känna sexuell njutning med sin man som hon står nära. Talet om älskaren leder in på traumat, vilket ger en djupare förståelse för problematiken.

”Men när man börjar fråga om livssituationen /.../ hon har varit otrogen, har en relation med en annan man sedan sex år tillbaka som hon vill bryta. Och man skulle kunna säga att det här har ingenting med traumat att göra. Men det har det i högsta grad.” (informant 3)

Att inte få möjlighet att tala om sexuellt traumatiska händelser kan göra att människor inte kommer vidare. Flera informanter har mött patienter som varit med om sexuella övergrepp, och som inte talat om detta tidigare trots att de haft mer eller mindre långvariga kontakter med psykiatri, vårdcentral eller privatpraktiserande psykolog. Informanterna förmedlar på olika vis att dessa patienter fått lida många år i onödan. I ett exempel hade patienten fastnat många år i psykiatrin, med många fruktlösa insatser och stort lidande, bland annat borderlineproblematik. När informanten börjar jobba med patienten visar det sig att personen varit med om ett mycket grovt övergrepp, vilket aldrig kommit upp i psykiatrin.

Ofta är det svårt att sätta fingret på vad som har förändrats, men att personen mår bättre, att något ”lättat” eller att personen uttrycker något mognare. Att tal om sex och sexualitet kan leda till ett bättre mående hos patienter intygar samtliga informanter. Däremot är det ibland svårt att sätta fingret på vad som har förändrats. Ibland kan det handla om små skillnader i nyanser, som ett mer autentiskt språk eller ett mer levande kroppsspråk. Förändringen kan också handla om att ha fått en större förståelse för sin problematik och vad personen idag kan påverka i sitt liv. Som ett exempel kan nämnas en patient som blev sexuellt utnyttjad av sin styvbror under uppväxten, och som fick ökad insikt i vad som går att påverka i detta idag och vad som inte går att påverka. Det blev ett sätt att kunna leva vidare.

”Ja, en förståelse, och sedan lever alla inblandade så att det handlar ju också om i vilken mån kan man ändra de här relationerna, om det går och i vilken mån kan man använda sig av de personerna idag för att förstå vad som har hänt.” (informant 5)

Vidare berättar informanterna om att en del patienter efter att ha fått ett rum att bearbeta sin sexualitet i, uppnått en bättre självkänsla och upplevs som mognare. I andra berättelser återfår patienter sin livslust och sin kreativitet, som i ett exempel, där en kvinna som suttit fast i mycket skam och konflikt kring sin sexualitet, vågar lyssna till vad hon själv har lust till och börjar studera.

” /.../ hon hade fått tillbaka lusten i livet, på något sätt. [En] som aldrig kunnat, som kvinna, leva ut det [det lustfyllda] i andra sammanhang. Ja, hon började plugga igen. /.../ ”Ja, kanske jag kan /.../ satsa någonting för egen del.”” (informant 3)

Tal om sex kan leda till en bättre förståelse av de mönster patienten upprepar. Detta kan leda till nya och friare val både vad gäller partner och annat i livet. Vilket också kan leda till både en friskare sexualitet och bättre sex. Och ibland är det så enkelt som att konstatera att patienten mår bättre:

” /.../ jag skulle vilja påstå att han mådde bättre, alltså. Helt enkelt.”
(informant 7)

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien har varit att undersöka psykodynamiska psykoterapeuters erfarenheter av hur det talas om sex och sexualitet i terapi och att därefter diskutera resultatet i förhållande till framförallt psykoanalytisk teori men även ur ett samhällsperspektiv. Resultatet kommer inledningsvis diskuteras i samma ordning som det presenterades i studiens resultatdel varefter avsnittet kommer avslutas med en sammanfattande diskussion.

Hur frågan om sex och sexualitet tas upp. Av intervjuerna framkommer att en mindre andel av informanterna inleder nya terapier, ibland eller alltid, med frågeformulär där sex och sexualitet ingår. Att ställa frågor om sexualitet i ett tidigt skede i terapin samstämmer med de råd som ges av den sammantagna sexologiska och generella psykologiska litteraturen i ämnet (Almås & Pirelli Benestad, 2006; Brunell & Pettersson, 2012; Butler et al., 2010; Carlsson, 2015) vilken menar att detta ger en implicit *tillåtelse* för patienten att senare under behandlingen tala om sexualiteten. Dessutom kan det underlätta att ta upp känsliga ämnen tidigt i behandlingen innan *överföringsrelationen* riktigt har etablerats (McWilliams, 1994). Även viss psykoanalytisk/psykodynamisk litteratur råder terapeuten att inleda psykologisk behandling med att intervjua patienten och därmed även ställa frågor om sexualiteten. John-Erik Weschke (2010) föreslår till exempel att terapeuten i förberedelserna inför det psykodynamiska arbetet följer ett anamnestiskt schema för att få en uppfattning om patientens problematik, aktuella livssituation och bakgrund, där de frågor som rör sexualiteten både riktar sig bakåt i tiden (*sexuell debut och historia*) men också berör nutiden (*nuvarande sexualitet*).

En större andel av informanterna uppger dock att de inte tar upp frågan om sex och sexualitet inledningsvis. I stället inleder de, ibland eller alltid, med en allmän fras om *den psykoanalytiska grundregeln*, i vilken patienten anmodas att vara uppriktig och säga allt som hen kommer att tänka på utan att hålla tillbaka något (Freud, 2008). Här kan tänkas att patienten implicit uppmuntras till att tala om bland annat sexualiteten. Några informanternas kommentarer om att patienter som söker sig till deras terapier förmodas veta vad de förväntas tala om i psykodynamisk [insikts]terapi antyder detta.

I stället för att lyfta sexualiteten inledningsvis inväntar många av informanterna istället implikationer från patienterna, antingen att patienterna själva tar upp ämnet eller att informanterna gör det då det på olika vis ”lyser med sin frånvaro”. Detta går i linje med Tähkäs (1987) instruktion i psykoanalytisk teori och praktik, i vilken han hävdar att vissa intima ämnen kräver att en överföring har kommit igång för att patienten ska känna sig tillräcklig trygg att ta upp dem. Han menar vidare att det också kan ske en skiftning i

på vilket sätt det kan talas om dessa känsliga och svåra saker när det väl finns en överföring. I Shalevs och Yerushalmis (2009) studie rapporteras att många terapeuter följer psykodynamiska riktlinjer om att inte styra den terapeutiska processen genom att ställa specifika frågor eller fokusera på ett visst ämne. De påpekar samtidigt att det är avgörande att terapeuterna lyckas skapa en öppen och tillåtande atmosfär där patienterna känner sig fria att ta upp vad helst som faller dem in. Då samtliga informanter lyfter berättelser där patienter faktiskt talar om sex och sexualitet indikerar detta att patienterna som omtalas i denna studie uppfattar att ämnet i någon mån är talbart i sina terapier.

I denna studie rapporteras att det finns en mer given ingång i att tala om sex om patienten lever i en kärleksrelation än om patienten lever själv, särskilt om hen inte ens söker en relation i form av dejtande osv. Inställningen skiftar dock mellan informanterna, där några uttrycker att det känns omotiverat att ta upp sexualiteten om en patient lever ensam, medan några kan ställa frågor om sexualiteten ändå. Enligt Butler et al (2010) är det viktigt att utgå ifrån att en person kan vara sexuell även på egen hand (onani, sexuella fantasier, njuta av sexiga underkläder etc.), och hävdar därför att psykologer behöver hjälpa även människor som lever ensamma att lyfta sin sexualitet.

Bemötande av patienter som talar om sex och sexualitet. Flera informanter rapporterar att de försöker bemöta patienter som talar om sex och sexualitet på ett respektfullt och inkännande sätt, i enighet med de råd som framställs i Butler et al (2010). Respekt kan, enligt informanternas utsagor, till exempel handla om att utgå från patientens egna religiösa eller på annat vis kulturella perspektiv vad gäller synen på sex och inte frestas att predika sexuell frigjordhet enligt västerländsk samtida modell. Vidare antyder flera informanter att de försöker tala om sex på ett normaliserande vis, i syfte att bryta den skam patienten eventuellt känner. Butler et al (2010) menar att det kan vara utmanande för en västerländsk terapeut att möta patienter präglade av en annan kulturell ram, och stöta på fenomen som till exempel sado-masochistiskt sex eller kvinnlig omskärelse. Författarna föreslår här att terapeuten strävar efter att skapa en icke-dömande, tillitsfull relation och söka efter att förstå patientens personliga innebörd av de fenomen den beskriver. I linje med detta tar några informanter upp risken för moraliserande och hävdar att om patienter anar att terapeuten dömer patientens leverne eller på olika vis förfäras av det patienten berättar kan detta inverka negativt på den terapeutiska relationen tillika patientens frispråkighet.

I informanternas berättelser framkommer att det anses viktigt att respektera patienter som *inte* vill tala om sex och sexualitet. Att ha varit med om ett sexuellt trauma kan i vissa fall vara alltför svårt för patienten att tala om, åtminstone till att börja med, och en alltför ihärdig press från terapeutens sida att tala om den här typen av upplevelser och konflikter kan bli traumatisk för patienten. Informanterna kommer också med generella varningar kring om terapeuten själv har olösta sexuella fixeringar, vilka då skulle kunna yttra sig i ett omotiverat frågande och grundlösa antaganden kring patientens sexuella liv. I linje med detta påtalar Killingmo och Gullestad (2011) att det finns en risk att terapeuter alltför okritiskt antar att alla deras känslor är projektioner från patienten. De hävdar att detta kan leda till missbruk av *överföringsbegreppet* genom att terapeuten helt avsägar sig ansvaret för sina egna känslor, exempelvis erotiska sådana.

Vad dagens patienter talar om när de talar om sex. Med hänvisning till det som rapporterats i studiens resultatdel framkommer att det vanligaste ämnesområdet i vilket sex och sexualitet kommer upp är relationer, såsom relationsproblem, längtan efter

relationer och dejtande. Vidare kan sexuella övergrepp komma upp på agendan både som huvudproblem, men även som något som dyker upp som del i problematik rörande frågor om identitet. Bredden därutöver är enligt föreliggande studie stor, såsom sexuella dysfunktioner, sexuella perversioner och i en vidare tolkning av sexualitetsbegreppet även kreativitet och självkänsla. Däremot nämner endast en informant att det talats om sexuella fantasier och ingen refererar till några samtal kring onani med patienten. Detta kan ställas i kontrast till psykoanalytikern Louise Ramsbys (2009) psykoanalytiska forskning där hon gjort erfarenheten att just *masturbationsfantasin* särskilt lämpar sig att användas för att arbeta med psykologisk problematik. Hon menar att det är möjligt att via *dechiffring* av en omedveten masturbationsfantasi nå både förståelse för, och möjlighet att genomarbeta, annars svårforcerat lidande hos klienten. Ett dylikt analysarbete bygger på Laufer och Laufers teori om *en central masturbationsfantasi* (refererad till i Ramsby, 2009). Enligt denna teori har alla människor en sådan fantasi, i huvudsak omedveten, vilken en gång fixerats vid upplösningen av oedipuskomplexet (då barnet accepterar att det inte kan vara sin mammas älskare utan skaffar sig en mer realitetsanpassad lösning) och därför inrymmer tidiga objektrelationer (personens egna föreställningar om personer som stått hen nära tidigt i livet). Genom lång tids arbete är det möjligt att dechiffrera denna fantasi, ur fragment från patientens tankar, känslor, drömmar, (masturbations)fantasier, lekar och relationer. Personligheten kan öppnas och en mer formbar kärna göras tillgänglig för *bearbetande omstrukturering*. Detta kan, genom idogt arbete, leda till faktiska förändringar i patientens liv. Fokus i tekniken är motöverföringen i det analytiska arbetet, och mer specifikt sexualiteten patienten beskriver och visar samt den omedvetna kommunikationen.

Flera informanter upplever att det talas mer om tillfälliga sexuella relationer idag jämfört med hur det var i början av deras karriärer. Vidare nämns dejtingappen Tinder och andra internetforum som allt vanligare medel för patienterna att träffa presumtiva partners och tillfälliga sexuella kontakter på. I linje med dessa uppfattningar rapporterar Twenge, Sherman och Wells (2015) en förändring i sexuellt beteende hos amerikanska vuxna under de senaste årtiondena. I en sammanställning av 33,380 individers sexuella vanor visade det sig att dessa, i jämförelse med resultat från 1970- och 1980-talet, hade fler sexuella partners och med större sannolikhet hade tillfälligt sex med helt nya bekantskaper eller bekanta. Informanternas kommentarer rörande dessa fenomen antyder att de anser att de är ett uttryck för en mer eller mindre utbredd problematik hos den yngre generation som de möter; svårigheten att knyta nära och personliga relationer till andra individer. Detta uttrycks även av den svenske psykoanalytikern Clarence Crafoord (2009) som resonerar kring den moderna västerländska människans sexuella beteende och hävdar att förutsättningen för att en individ ska nå fram till en vuxen sexualitet är en monogam relation där en mer realitetsanpassad kärlek utvecklats ur den inledande förälskelsen. Realitetsanpassningen utgörs av att behovet av ständig bekräftelse samt idealisering avtar till förmån för mer komplexa och självständiga inre föreställningar av den älskade och individen själv. Han menar vidare att den sexuella ömsesidigheten utgör kärnan för den egna kroppsupplevelsen vilket innebär att otrohet skulle kasta omkull den inre bilden. Utifrån detta resonemang drar han slutsatsen att den under 1970- och 1980-talet så kallade *fria sexualiteten* ledde sexualiteten in på ett villospår där en kil drevs in mellan kärlek och tillit å ena sidan och den sexuella bekräftelsen å den andra. I linje med detta resonemang resonerar flera informanter kring de tillfälliga sexuella relationerna hos patienterna som tecken på en större rotlöshet och vilshenhet. Dessa åsikter ligger också i linje med den nyzeeländsk-franska psykoanalytikern Joyce McDougalls (1994)

reflektioner, vilka beskriver erfarenheten av en förändring inom den psykoanalytiska kliniken som en övergång från tendensen *Jag älskar henne men kan inte ligga med henne* till *Jag ligger med henne, men jag älskar henne inte*, med andra ord att hennes patienter övergått från problem med impotens och lust till att söka hjälp för oförmögenheten att älska (även om de kan "få upp den"). Hon förklarar detta psykoanalytiskt genom att problematiken generellt sett övergått från att handla om sedan barndomen bortträngda ångestskapande fantasier som hanteras genom kroppsliga symboliska uttryck (såsom impotens) till en *kastrationsångest* som blivit mer global till sin karaktär och därmed skapar en känslomässig distans till *den Andre* vilket uttrycks genom ett sökande i droger, hos andra människor och via personens kön. Hon avslutar resonemanget med att konstatera att "Det enda jag som psykoanalytiker kan konstatera beträffande sexualiteten är att *sexuella normer förändras - men kastrationsångesten består. Den har bara funnit en ny förklädnad.*"

Även om ovanstående antaganden endast kommer från några av informanterna och att det inte var studiens syfte att fånga in åsikter så kan de vara relevanta att ta upp ur perspektivet att alla förförstållningar kan komma att påverka hur patienterna bemöts när de talar med sin terapeut om sin sexualitet. Det ligger utanför ramen för denna studie att ta reda på hur det verkligen ligger till med moderna människors sexuella liv och hur detta kan kopplas till relationer och hälsa, men det är som nämnt ovan ett faktum att människor inte har lika stabila relationer idag. Att göra kopplingen att människor mår dåligt av att dejta mycket *kan* vara problematiskt, särskilt om en sådan slutsats dras utifrån gruppen patienter som ju per definition har problem av något slag. Å andra sidan kan det vara bra att som behandlare vara intresserad och kunnig om trender och tendenser i samhället, framförallt att vara informerad om situationen för sexuella minoriteter och vilka relationsmönster som finns och levs av människor idag. För att förtydliga mitt resonemang kan en parallell dras till diskursen kring individer som lever flersamt, alltså har romantiska relationer med fler än en person samtidigt. I uppsatsen *Ska vi prata om sex?* (Brunell & Pettersson, 2011) berättar informanten Kim, som är polyamorös, att hans terapeut finner hans polyamori problematisk även om han själv inte gör det. Suhinina (2017) menar att monogami ofta kan framställas som ett grundläge i litteraturen, medan polyamori ses som ett mer eller mindre tillfälligt tillval. Att som flersam få rådet att bli monogam när man som patient behöver en terapeut att bearbeta sina livsproblem med kan upplevas som kränkande och riskerar dessutom att skada den terapeutiska relationen (Suhinina, 2018). I linje med detta exempel vill jag understryka att psykologer och psykoterapeuter behöver vara eftertänksamma och observanta kring sina föreställningar och åsikter, då de både kan vara en väg in i förståelse, men även riskerar att lägga sig i vägen för en öppen syn på patienten och dennes problematik.

Ord och formuleringar. Av intervjuerna framkommer att informanterna strävar efter att använda vardagliga ord som patienterna själva känner sig bekanta och bekväma med när de talar om sex. Flera informanter strävar dessutom efter att i sitt språk vara rakt på sak utan omskrivningar. Detta går i linje med Butler et als (2010) råd att vara faktisk och därmed visa att man är bekväm att prata om ämnet, samt att välja ett språk som är bekvämt för båda. Även psykoanalytisk litteratur poängterar vikten av att tala på ett sätt som är anpassat till patienten; Tähkä (1987) hävdar att terapeuten vid tolkningar ska hålla sig till ett enkelt vardagsspråk och till uttryck som är bekanta för patienten, då vetenskapliga termer saknar upplevelsemässiga motsvarigheter i patientens erfarenheter.

Vidare uttrycker en del informanter att de väljer att inte vara så konkreta i talet om sex, utan föredrar att tala mer om känslorna runt det hela, vilket vid ett första intryck skulle kunna uppfattas som en motsägelse till att vara rakt på sak enligt det tidigare stycket. Vid en närmare granskning av informanternas kommentarer framkommer dock att *rakt på sak* kan innebära att säga saker som *Vi hade sex, Vi har slutat ha sex* eller be patienten berätta om sitt samliv/kärleksliv. Jag tolkar därmed inte detta som en motsägelse till det föregående, utan förstår det som att när det kommer ner på detaljnivå så talar informanterna inte om konkreta sexuella handlingar eller utförliga sexuella fantasier i någon större utsträckning. Detta ligger i linje med Fonagys (2009) sammanfattning av läget inom psykoanalysen, där han framhåller att psykosexualiteten idag mer ses som något som döljer något annat; ens icke-sexuella själv- och objektrelaterade konflikter. Även Ramsby (2009) noterar att sexualiteten inte längre av den psykoanalytiska scenen ses som den drivande kraften i själslivet, vilket hon menar är oroande då sexualiteten enligt hennes kliniska erfarenhet har stor betydelse för den psykiska konstitutionen och förändringsprocessen.

Överföring, motöverföring och motstånd. Ur informanternas berättelser framkommer att tal om sex ibland kan utgöra ett motstånd i den terapeutiska processen. Informanterna meddelar att det då blir viktigt att terapeuten inte följer med i patientens motstånd utan försöker sträva efter att förstå vad i patientens berättelse som kan vara en ingång till det patienten behöver tala om och bearbeta. Detta omnämns i psykoanalytiska fallbeskrivningar, bland annat i Yalom (1990), samt hos psykoanalytikern Ann-Sofie Bárány (2005) som beskriver arbetet med en patient som utmanade henne med en vulgär redovisning av sin sexualitet: Patienten, som är en ung man, berättar för Bárány om sin första stora fest och säger ”Jag fick hångla med 15 olika.” Bárány berättar om en inre kamp att stoppa impulsen att säga något bestört och fördömande för att istället inom sig få tag i sin medkänsla genom att minnas något kring hur det var att vara i den åldern. Hon beskriver hur hon hittar den (medkänslan), och tillslut säger ”Olika...?” vilket blir nyckelordet för patienten till att börja tänka kring att vara olika, och vidare in i djupare lager av känslan av osäkerhet och utanförskap. Bárány reflekterar över att hennes uppgift som psykoterapeut, i det här fallet, var att se det osäkra i det vulgära, att inte upptas av det ytligt sett handlingskraftiga i patientens beskrivning på bekostnad av det underliggande försiktiga trevandet.

Få informanter talar om erotiska överförings- och motöverföringskänslor, vilket är intressant i kontrast till att psykoanalytikern Fonagy (2009) hävdar att det i en framgångsrik terapi snarare är oundvikligt att det i något skede av behandlingen sker en förälskelse mellan terapeut och patient. Ett par informanter lyfter dock problem med erotiserad motöverföring ur ett mer generellt perspektiv och framhåller att dessa känslor alltid måste lösas alternativt att patienten måste byta terapeut. Detta går i linje med Tähkäs (1987) resonemang i vilket han beskriver hur överföringen kan fungera som motstånd på så vis att den förverkligar *infantila strävanden* utan förankring i den verkliga relationen med terapeuten. Som ett exempel på överföringsmotstånd nämner han just erotiserad överföring – att patienten tidigt i terapirelationen förälskar sig i sin terapeut - vilken hotar hindra utvecklingen av en terapeutiskt effektiv stödjande terapirelation. Han understryker vidare att denna form av överföringsmotstånd inte ska förväxlas med erotiska element som under [insikts]terapi kan uppstå i senare stadier av behandlingen, vilka, i samstämmighet med Fonagys (2009) uttalande ovan kan vara mer konstruktivt användbara i det terapeutiska arbetet. Liksom informanterna i denna studie varnar Tähkä

för att den tidiga förförelsen kan sätta terapeuten på prov, då den kan väcka motsvarande motöverföringskänslor. Tänk framhåller vidare att minsta uppmuntran från terapeuten i form av besvarande av känslorna kan leda till traumatiska upplevelser för patienten och dessutom riskerar att förstöra möjligheten för en positiv utgång även i framtida psykoterapeutiska behandlingar.

Vad kan det bero på att informanterna i sådan liten utsträckning talar om egna erfarenheter av erotisk överföring och motöverföring? Det kan naturligtvis vara så att de inte har några sådana erfarenheter i någon större utsträckning. En annan förklaring skulle kunna vara att de har det, men att det uppstått motstånd hos dem i själva intervjusituationen. Utifrån ett teoretiskt perspektiv uppstår alltid laddning i relationer (Binder, 2006) och det är möjligt att motstånd kan ha uppstått dels därför att tal om sex kan ha upplevts som självutlämnande (Bárány, 2005; Carlsson, 2015) men även för att tal om sex i sig riskerar att framkalla sexuell upphetsning (Brunell & Pettersson, 2011; Butler et al, 2010). En vidareutveckling av detta resonemang skulle också kunna vara uppkomst av motstånd i tidigare led av relationer som berör studien, framförallt relationen mellan informant och patient men även de relationer informanterna haft under sin utbildning; relationen elev-lärare.

Tal om sex ger ringar på vattnet. Få informanter talar om sexualiteten som en väg in i mer ogripbara fenomen så som människors ursprungliga begär och drifter. Detta förvånade mig, då min förväntan med studien delvis varit att nå ett sätt att tala om det ogripbara genom sexualiteten. Då det ogripbara per definition är ogripbart så är det vid närmare eftertanke inte så förvånande och kanske har det funnits material *mellan raderna* (Killingmo & Gullestad, 2011) som jag inte lyckats fånga in. Däremot talar informanterna om de *effekter* tal om sex och sexualitet kan ha, vilka kan ses som en aspekt av information mellan raderna. Utifrån informanternas berättelser framgår att tal om sex kan leda till förändringar i patienternas liv på nivåer som är just ogripbara och ibland svåra att sätta ord på. Det kan handla om förändringar i nyanser i personernas tal, tydligare sätt att uttrycka sig själva på, större klarhet kring patienternas personlighet eller problematik. Detta kan bero på att sexualitet och sex så tätt kan sammankopplas med olika aspekter av människors självupplevelse och liv, där det både formar individers uppfattningar om sig själva och sina kroppar, men också bidrar till att forma deras relationer, begär och längtan efter intimitet (Butler et al, 2009). De positiva effekter hos patienterna som informanterna berättar om kan därmed ses som tecken på hur viktigt det kan vara att tala om sexualiteten i terapi.

Sammanfattande resultatdiskussion. Syftet med studien har varit att undersöka psykodynamiska psykoterapeuters erfarenheter av hur det talas om sex och sexualitet i terapi. Informanterna i studien har berättat om flera aspekter av hur sexualiteten kan behandlas i terapeutiskt arbete och studien har därmed bidragit till en djupare förståelse för ämnet. Resultatet bör dock inte betraktas som en heltäckande bild utan är att se som ett uppslag för både vidare och djupare forskning.

Alla informanter som deltagit i studien har erfarenhet av att det ibland talas om sex i deras terapier vilket exemplifieras med ett flertal ord och formuleringar. Detta står i kontrast till resultat från tidigare studier som rapporterar att psykologer anser att sex är en icke-fråga i psykodynamisk terapi och att vissa till och med undviker att fånga upp ämnet när det lyfts av patienten (Klüft, 2006; Rönning & Foconi, 2017; Shalev & Yerushalmi, 2009). Vidare har informanterna givit exempel på hur terapier kan inledas

och i vilka sammanhang det kan förväntas att ämnen som sex och sexualitet kan komma upp. Informanternas erfarenheter är att det snarare talas om relationella aspekter av sex och sexualitet än om konkreta sexuella handlingar och fantasier. Det berättas att det talas mindre om sex med patienter som lever ensamma och inte dejtar än med patienter som lever i parrelationer. Om det sker erotiska överföringar och hur dessa i så fall hanteras talas det inte om i någon större utsträckning, vilket eventuellt kan förklaras av förekomst av överföringsfenomen och motstånd under intervjusituationen.

Resultaten stämmer delvis överens med befintliga råd från sexologisk och allmänpsykologisk litteratur, då informanterna använder sig av ett vardagligt och därmed patientnära språk där det talas om sex utan omskrivningar. Vidare uttrycker informanterna att de strävar efter att uttrycka sig på ett självklart sätt i sina frågor om sex och sexualitet och normaliserar därmed sex som ämne. Informanterna väntar in rätt tillfälle eller någon form av medveten eller omedveten invitation från patienten, vilket indikerar en medvetenhet om att det är viktigt att lyfta ämnet på ett sätt som inte blir för inkräktande för patienterna. Något som också var samstämmigt med litteraturen, i detta fallet den psykoanalytiska (Bárány, 2005; Sandin, 2005; Tähkä, 1987; Yalom, 1990), var informanternas erfarenheter att tal om sex ibland kunde handla om motstånd från patienten att tala om andra saker som upplevdes som mer känsligt eller svårhanterligt. Där informanternas berättelser skilde sig från den sexologiska och allmänpsykologiska litteraturens råd var framförallt om de inledde med något frågeformulär eller inte, vilket inte var så vanligt bland de informanter som ingick i studien även om det är en rekommendation från den sexologiska litteraturen. Detta kan bero på att studien fokuserar på terapi med psykodynamisk inriktning i vilken det delvis finns andra instruktioner om hur psykologen ska inleda; i många fall instrueras psykologen att endast inleda med en kort instruktion om *den psykoanalytiska grundregeln*. Dock kan det även i de psykoanalytiska tekniska skrifterna rekommenderas någon form av inledande anamnestisk upptagning där sex kan ingå bland frågorna.

Enligt flera rapporter tycker patienter att det talas för lite om sex i terapi (Ahangaran, 2008; Brunell & Pettersson, 2012; Carlsson, 2015; Rönning & Foconi, 2017) medan psykologer och psykoterapeuter upplever sig okunniga i ämnet och till och med känner motstånd mot att ta upp det (Ahangaran, 2008; Jablonski, 2010; Klüft, 2006; Shalev & Yerushalmi, 2009; Zetréus, 2015). Vidare verkar det som att den psykoanalytiska diskursen alltmer lämnat sexualiteten till förmån för relationella aspekter i terapin (Brunell & Pettersson, 2012; Fonagy, 2009; Jablonski, 2010). Denna rapporterade ändring av fokus gäller naturligtvis inte hela den psykodynamiska världen vilket denna studie bekräftar. Men hur kommer det sig att det skrivs så förhållandevis lite om sexualiteten i dagens psykoanalytiska och psykodynamiska litteratur? Kan det vara så att vissa psykoanalytiker avstår från att behandla ämnet i offentligheten för att de vill rentvå kåren från nidsbilden av en sexfixerad psykodynamisk terapi? Eller har psykodynamiska psykoanalytiker/psykoterapeuter av idag inte samma intresse för sexualiteten som förr på grund av att sexualiteten har fått en annan betydelse och plats i dagens samhälle? Kan det till och med vara så att många av dagens psykodynamiska psykoterapeuter blygs kring sin egen sexualitet och därför undviker att tala om sexualiteten med sina patienter? Hur påverkas i så fall patienterna av detta ointresse/denna blygsel?

Metoddiskussion

Valet av datainsamlingsmetod, semistrukturerade intervjuer, och det sätt på vilket dessa intervjuer genomfördes, hade en del brister vilka jag här tar upp. För det första valde jag att ställa *vida och inte så specifika frågor* för att undersöka vad informanterna hade för erfarenheter av tal om sex och sexualitet i terapi. De vida frågorna gjorde det svårt att svara för en del av informanterna och jag märkte dessutom att det ställde stora krav på mig som intervjuare att vara väldigt kreativ och alert vid intervjutillfällena, vilket i sig indikerar att jag kan ha påverkat informanterna olika mycket och i olika riktning vid intervjutillfällena. Eftersom informanterna under sina respektive karriärer ofta jobbat med skilda typer av mottagningar och patientgrupper blev det dessutom ibland svårt för vissa av dem att veta vilken grupp de skulle utgå ifrån i sina berättelser, vilket mer hade behövts ta med i beaktande vid formulerandet av frågorna. Den breda definitionen av sexualitetsbegreppet kan också ha lett till en alltför stor spretighet i materialet. Informanternas definitioner av sexualitetsbegreppet var visserligen i stort sett samstämmiga med det som till vardags brukar åsyftas, såsom sexuell aktivitet och attraktion, men en informant hade en bredare definition vilken drog åt ett mer psykoanalytiskt håll där även kreativiteten och talets prosodi innefattades. Att ställa mer specifika frågor kunde gjort materialet tydligare och mindre påverkat av mig som intervjuare, men det hade blivit på bekostnad av bredden, till exempel det ogripbara inom den psykoanalytiska definitionen av sexualiteten, vilket var en del av syftet med studien att infånga. Att ställa frågor om patientfall var ett försök att leda in informanterna på ett mer konkret berättande, vilket leder in på metodens *andra begränsning*, då flera informanter visade sig vara *ovilliga att ta upp speciella patientfall* och istället föredrog att tala om generella patientupplevelser eller mer övergripande om psykodynamisk terapi. Orsaken till detta kan dels ha varit skyddet av patienternas integritet, dels att informanterna känt sig oförberedda och inte kom på något specifikt fall att berätta om under den begränsade tid som stod till förfogande. En *tredje faktor* som kan ha bidragit till begränsning av det insamlade materialet är att det kan ha uppstått inslag av *överföring- och motöverföringsfenomen i intervjusituationen*, vilket kan ha lett till motstånd att svara på frågorna på ett fritt sätt. Några informanter blev som ovan nämnt fåordiga, medan en del andra informanter snarare kom att svara på frågorna i något som liknade föreläsningar om psykoanalysens idévärld snarare än berättelser om deras egna personliga erfarenheter. Ålderskillnaden och framförallt skillnaden i yrkeserfarenhet mellan mig och informanterna kan ha bidragit till att skapa denna situation av lärare-elev, men även ämnet som sådant som kan upplevas som självutlämnande och därför extra problematiskt att tala om. Endast en informant berättade till exempel något självupplevt om erotisk överföring i terapisisituationen, vilket å ena sidan är fenomen som litteraturen hävdar är vanligt förekommande, men å andra sidan kan vara känsligt att tala om.

Slutligen visade det sig också att det emellanåt blev svårt att särskilja informanternas erfarenheter från deras åsikter och mer generella tankar om ämnet sex och sexualitet, vilket redan diskuterats i resultatdiskussionen. Detta skulle delvis kunna förklaras av *en fjärde faktor*; ämnets karaktär i sig. Dels sammanfaller många av de framkomna åsikterna och tankarna med psykoanalytisk (läs freudiansk) teoribildning kring sexualitetens roll i samhället idag vilken problematiserar nya sexualiteter och människors svårigheter att knyta relationer, dels är det svårt, om inte omöjligt, att skilja sexualitet från samhälle. Den norske psykiatrikern och psykoanalytikern Svein Haugsgjerd (1999) framhåller till exempel att all sexualitet utspelar sig både i det lilla

perspektivet – individens livshistoria – och i det stora – samhälle och/eller kulturen. I samhället finns dels inarbetade uppfattningar om sexualiteten, men också olika diskurser som kan vara allt från psykologiska, litterära eller konstnärliga. Haugsgjerd menar vidare, vilket samstämmer med intrycket från studiens informanter, att dessa olika diskurser har något de vill propagera för, vilket antingen kan stå i överensstämmelse med eller i strid med samhällets uppfattningar om sexualiteten.

Praktiska implikationer

En patient som på ett medvetet eller omedvetet sätt uttrycker att hen har behov av att tala om sex och sexualitet behöver bemötas på ett sätt som gör det möjligt för hen att tala utan att känna skam, eller av terapeuten känna sig dömd eller missförstådd. Behandlaren bör vara intresserad, kunnig och öppen för att sexualiteten kan vara en väg in i delar av patientens identitet, begär och drifter. För att kunna möta sina patienter på ett sådant vis måste det finnas nutida exempel att inspireras av, teorier som verksamma psykodynamiska psykologer och psykoterapeuter kan basera sina egna teorier om patienten på.

I studien framkommer att det finns erfarenheter hos psykoterapeuter om hur det kan talas om sex och sexualitet i terapi, vilket uppsatsen bidragit med en liten inblick i. Större kunskap om detta hos landets psykologer och psykoterapeuter skulle öka sannolikheten att patienter som söker sig till psykodynamisk psykoterapi kan få möjlighet att bearbeta frågor som rör sexualiteten i det terapeutiska arbetet. Studiens resultat pekar på att det kan behövas mer, och möjligen obligatorisk, undervisning om sexologiska moment på landets psykolog-, psykoterapeut- och handledarutbildningar.

Vidare forskning

Denna studie baserar sig på en liten och begränsad grupp av informanter som dessutom befinner sig i ett litet land. Liknande studier på andra grupper och i andra miljöer skulle ge en bredare bild av hur det kan talas om sex och sexualitet i psykodynamisk terapi. För att dessutom undersöka hur sex och sexualitet ska behandlas för att uppnå ett gott behandlingsresultat och hur detta ämne på bästa sätt ska behandlas i terapi över huvud taget behöver mer experimentella studier genomföras vilket kräver många deltagare och stora resurser. Ett alternativ till detta skulle kunna vara att följa ett antal fallbeskrivningar, vilket skulle ge ett större djup och kan tjäna som exempel på hur terapier med fokus på sex och sexualitet kan gå till.

Referenser

- Ahangaran, R. (2008). *Psykologer inom BUP. – Hur pratar de om sexualitet med ungdomar?* Opublicerat psykologexamensarbete, Stockholms universitet: Psykologiska institutionen, Stockholm.
- Almås, E., & Pirelli Benestad, E. E. (2006). *Sexologi i praksis* (2:a upplagan). Oslo: Universitetsforlaget.

- Bárány, A-S. (2005). Passionens dubbelnatur. I V Janson, G Sandin, A Mesterton, P-A Rönnås & A-S Bárány. *Sexualiteter* (ss. 66-74). Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie, Nr 8.
- Binder, P-E. (2006). Før og nå – forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. *Tidskrift for norsk psykologforening*, 43, 917-924.
- Brunell, C., & Pettersson, J. (2012). *Ska vi prata om sex? Patienters upplevelser av hur sex och sexualitet behandlas i psykodynamisk psykoterapi*. Opublicerat psykologexamensarbete, Stockholms universitet: Psykologiska institutionen, Stockholm.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Butler, C., O'Donovan, A. & Shaw, E. (red:er). (2010). *Sex, sexuality and therapeutic Practice. A manual for therapists and trainers*. Hove, UK: Routledge.
- Carlsson, M. (2015). *Sex och sexualitet – samtalsämnen i terapi?* Opublicerat integrationsarbete, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Crafoord, C. (2009). Kärlekens villospår. *Divan. Tidskrift för psykoanalys och kultur*, 3-4, 28-30.
- Ekdahl, J. (2017). *Sexualitet och sexuella problem – Bedömning och behandling enligt KBT*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fonagy, P (2009). Psychosexuality and psychoanalysis: an overview. I *Identity, gender and Sexuality. 150 Years after Freud* (ss. 1-19). London: Karnac Books.
- Freud, S. (2008). *Psykoanalysens Teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Haugsgjerd, S. (1999). *Psykiskt lidande: psykodynamisk bakgrund och diagnostik*. Stockholm: Natur och kultur.
- 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.
- Killingmo, B. & Gullestad, S. (2011). *Undertexten – psykoanalytisk terapi i praktiken*. Stockholm: Liber.
- Klüft, I. (2006). "Jag har inte tänkt igenom det". *Psykologers uppfattningar och tal om sexualitet som ämne i terapi*. Opublicerat psykologexamensarbete, Institutionen för Beteendevetenskap, Linköping.
- McDougall, J (1994). *Försvar för det annorlunda*. Stockholm: Natur och Kultur.
- McWilliams, N. (1994). *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Perlman, S. (2009). Falling into sexuality: Sexual boundary violations in psychotherapy. *The Psychoanalytic Review*, 96(6), 917-941.
- Ramsby, L. (2009). Lidandets outgrundliga trängtan: Sexualitetens nyckelroll i psykoanalysen. *Divan. Tidskrift för psykoanalys och kultur*, 3-4, 13-27.
- Rönning, S. E., & Foconi, H. (2017). *Samtalet om Det – Patienters upplevelse av att samtala om sexualitet i psykoterapi*. Opublicerat psykologexamensarbete, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Sandin, G. (2005). Praktik och fantasi – kliniskt arbete med sexuella problem. I V Janson, G Sandin, A Mesterton, P-A Rönnås & A-S Bárány. *Sexualiteter* (ss. 21-34). Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie, Nr 8.

- Shalev, O., & Yerushalmi, H. (2009). Status of sexuality in contemporary psychoanalytic psychotherapy as reported by therapists. *Psychoanalytic Psychology*, 26(4), 343-361.
- Suhinina, T. (2017). Polyamori. I T. Lundberg, A Malmquist & M Wurm (red:er), *HBTQ+*. *Psykologiska perspektiv och bemötande* (ss. 113-124). Stockholm: Natur & Kultur.
- Suhinina, T. (2018). *Myter om flersamhet som din terapeut (kanske) tror på*. Hämtad 29 november 2018 från <https://tanjasuhinina.com/2018/09/21/myter-om-flersamhet-som-din-terapeut-kanske-tror-pa/>
- Twenge, J., Sherman, R., & Wells, B. (2015). Changes in American adults' behavior and attitudes, 1972-2012. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2273-2285.
- Tähkä, V. (1987). *Psykoanalytisk psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Weschke, J-E. (2010). *Klinisk intervju*. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- WHO, World health organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneve: WHO Press.
- Wickenberg, M. & Wedeen, M (2017). Asexuell. I T Lundberg, A Malmquist & M Wurm (red:er), *HBTQ+*. *Psykologiska perspektiv och bemötande* (ss. 55-62). Stockholm: Natur & Kultur.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (2:a upplagan). Berkshire, UK: McGraw-Hill Education.
- Zetréus, F (2015). *Att samtala om sex och sexualitet i terapi*. Opublicerat självständigt arbete, psykoterapi, hösten 2014, Göteborgs universitet.
- Yalom, I. (1990). *Kärlekens bödel: en psykoterapeuts bekännelser*. Stockholm: Bonnier Fakta Bokförlag AB.

Pratar du sex med dina patienter?

Sex och sexualitet är viktiga komponenter i människors liv. Trots detta saknas i psykologers grundutbildning undervisning i hur samtal om sex och sexualitet kan te sig och hur detta kan bidra till patienters tillfrisknande och utveckling.

Jag går näst sista terminen på Psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet och ska nu påbörja mitt examensarbete om psykodynamiska psykologers erfarenheter av samtal om sex och sexualitet i terapi.

Jag söker dig som är leg. psykolog och leg. psykoterapeut, har arbetat som detta i minst tio år samt arbetar inom en psykodynamisk referensram.

För att delta i studien behöver du ha möjlighet att träffa mig vid ett tillfälle för en intervju under maj månad (även början av juni skulle kunna fungera). Intervjun kommer ta ungefär 45 minuter. Ditt intervjusvar kommer behandlas strikt konfidentiellt. Väljer du att delta i studien står det dig fritt att närhelst du skulle önska avbryta din medverkan, utan att behöva ange en anledning till detta. Samtalet kommer spelas in och därefter transkriberas, varefter ljudfilen kommer förstöras. Analysen av intervjuerna kommer ske på gruppnivå och utan möjlighet att spåra enskilda individers svar. Är du intresserad av att ta del av det färdiga arbetet är du varmt välkommen att kontakta mig.

Välkommen att höra av dig, om du är intresserad av att delta eller om du har några frågor!

Hanna Macke

psykologstudent vid Göteborgs Universitet

Kontakt: 073-0295742, gusmackha@student.gu.se.

Handledare för mitt uppsatsarbete är Mats Eklöf, leg. psykolog, docent (mats.eklof@psy.gu.se) och Peter Jansson, leg. psykoterapeut (peterjansson1961@gmail.com).

Intervjuguide

Del 1: Introduktion

Tidsram, ljudinspelning, konfidentialitet och samtycke (bilaga).

Jag är intresserad av hur frågor om sex och sexualitet behandlas i kliniskt arbete. Jag är intresserad av terapeuternas erfarenheter och det är dina egna berättelser som är det viktiga för mig. Med ordet sex menar jag sexuell aktivitet och med ordet sexualitet menar jag den del av människan där kön, könsidentitet, könsroller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion innefattas. Har du några frågor innan vi börjar intervjun?

Del 2: Inledande frågor (Beskrivning av grupp och kontext)

- Vilket år är du född?
- Hur länge har du arbetat som psykolog och psykoterapeut?
- Vad har du för inriktning inom den psykodynamiska skolan?
- Vilken typ av praktik bedriver du/arbetar du inom (privat mottagning, offentlig verksamh.)?
 - Hur har det sett ut med detta genom åren?
- Kan du beskriva din patientgrupp?
 - Kan du beskriva hur det sett ut med detta genom åren?

Del 3: Forskningsdelen

- Brukar det talas om sex och sexualitet i din praktik?
- Vad är dina erfarenheter av ämnena sex och sexualitet i ditt arbete?
- Vilka betydelser tillskriver du sexualiteten i det terapeutiska arbetet?

- *Hur* talas det om sex och sexualitet i din praktik?
 - Vilka ord används? Vem väljer dem?
- I vilka sammanhang kommer tal om sex och sexualitet upp i terapin?
- Hur *lyfts* ämnena sex och sexualitet i terapin?
 - Vem tar initiativ – du eller patienten?
 - Om du själv tar initiativ: hur, och i vilket läge av behandlingen?

- Kan du komma ihåg och beskriva ett exempel där samtal om sex och sexualitet har varit fruktbart ur behandlingssynpunkt?
 - *Hur* pratade ni om sex?
 - Fanns det några viktiga moment som gjorde att det gick framåt?
 - Hur kunde du se att det gick framåt?

- Kan du komma ihåg och beskriva ett exempel där samtal om sex och sexualitet inte har fungerat så bra ur behandlingssynpunkt?
 - *Hur* pratade ni om sex?
 - Fanns det några kritiska ögonblick som gjorde att det ”gick snett”?
 - Hur kunde du se att det inte gick så bra?

- Har du märkt någon förändring över tid i hur det talats om sex och sexualitet i din praktik?
 - Om så är fallet, vad tror du det beror på?

Del 4: Avslutning

Nu har jag inga fler frågor. Har du något som du vill ta upp eller fråga innan vi avslutar intervjun?

Information till dig som undersökningsdeltagare

Syfte

Inom ramen för psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet ska jag skriva en examensuppsats om psykodynamiska terapeuters erfarenhet av samtal om sex och sexualitet i det kliniska arbetet.

Samtycke

Studien kommer vara kvalitativ, och baseras på intervjuer med personer som är legitimerade psykologer och legitimerade psykoterapeuter med minst tio års erfarenhet av att arbeta som detta. Intervjuerna kommer ta ca 45 minuter. Deltagandet i intervjuerna är frivilligt och du är fri att när som helst avbryta din medverkan.

Konfidentialitet

Intervjuerna kommer ljudinspelas och ljudupptagningarna transkriberas. Materialet kommer att förvaras otillgängligt för obehöriga. När uppsatsarbetet är klart kommer såväl inspelningar som transkriberingar att förstöras. I den slutgiltiga rapporten kommer intervjusvaren avidentifieras för att i så hög grad som möjligt garantera de medverkandes anonymitet.

Nyttjande

Undersökningen kommer att utmynna i en examensuppsats, som kommer vara tillgänglig för allmänheten. Den information som framkommer under intervjuerna kommer bara att användas i min rapport och inte för andra ändamål.

- Samtycker du till att medverka i denna studie?