

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Det uteblivna samtalet om sexualitet - psykologers och  
psykoterapeuters upplevelse av hinder att samtala om  
sexualitet**

Anna Wickberg

Psykologi Magisteruppsats 15p.  
Kurskod PX2501  
Vårterminen 2020  
Handledare: Inga Tidefors

# Det uteblivna samtalet om sexualitet - psykologers och psykoterapeuters upplevelse av hinder att samtala om sexualitet

Anna Wickberg

**Sammanfattning.** Syftet med studien var att undersöka psykologers och psykoterapeuters upplevelse av hinder att samtala om sexualitet i terapier. För att undersöka detta genomfördes sex semistrukturerade intervjuer med psykologer och psykoterapeuter. Studien hade en kvalitativ ansats, och intervjumaterialet analyserades utifrån en induktiv tematisk analys. Analysen visade att de upplevda hindren dels var knutna till det omgivande samhället, dels till synen på terapi och psykologisk teori. Det tycks som att sexualitet riskerar att få en alltför undanskymd plats i psykoterapier på grund av försiktighet, normativt tänkande och en ovana hos terapeuterna.

Sexualitet är för många ett både svårpratad och tabubelagt ämne, samtidigt som det angår de flesta av oss. Under min psykologutbildning vid millennieskiftet ägnades en mycket liten del av utbildningen åt sexualitet, och då det samtalades om sexualitet handlade det om sexualitet som på något sätt var problematisk. Sexualitet som en del av att vara människa, och som en del av det generella måendet talades det knappt om alls. Först efter många år som yrkesverksam psykolog med inriktning på behandling blev det tydligt att det var en kunskapslucka för mig, och jag läste en fristående kurs i Sexologi. Med en ny blick på området blev jag mer uppmärksam på sexualitet som ett viktigt ämne i terapi. För att vara ett område som angår de flesta av oss verkar det fortsatt adresseras i liten grad. Jag blev därför nyfiken på vad som hindrar psykologer och psykoterapeuter från att samtala om sexualitet med sina klienter.

I studien har ordet sexualitet valts då det kan användas för att både syfta på sexuell praktik, fortplantning, könsidentitet och förälskelse. Världshälsoorganisationen skriver om sexualitet att det är "en väsentlig del av att vara människa och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet och reproduktion" (WHO, 2006). Utifrån detta bedömdes sexualitet vara det ord som bäst beskriver det som skulle undersökas i studien.

## Varför skall vi prata om sex i terapi?

Att ha ett tillfredställande sexliv har en viktig och central betydelse för vuxna människors välbefinnande och hälsa och sexualitet har ett stort värde i människors liv och i deras nära relationer (Statens Folkhälsoinstitut, 2012). Enligt den genomgång som folkhälsomyndigheten och statens folkhälsoinstitut har gjort är halva den vuxna befolkningen nöjd med sitt sexliv, men en ganska stor andel upplever problem och svårigheter relaterade till sex och sexualitet. En koppling mellan välmående och generell sexuell hälsa möter man i flera studier (Atlantis & Sullivan, 2012; Bodenmann, Atkins,

Schär, & Poffet, 2010, Rosen & Bachmann, 2008). Nedsatt sexuell funktion är associerat med försämrad allmän hälsa och livskvalitet (...). Dessutom verkar sexuella svårigheter bland personer som redan har en sänkt hälsa och funktion vara relaterat till ytterligare försämrad livskvalitet” (Ekdahl, 2017, s. 28). Det betyder alltså inte att en person behöver vara sexuellt aktiv eller ha lust till sex, utan det som blir centralt är att varje individ känner sig tillfreds med och respekterad för sitt val och inte heller upplever diskriminering kopplad till detta val. Påverkan på livskvaliteten och ökad risk för psykisk ohälsa som exempelvis depression har en koppling till sexuell dysfunktion (Atlantis & Sullivan, 2012). Sambandet är så starkt att Atlantis och Sullivan föreslog att de med sexuell dysfunktion screenas för depression, och de med depression screenas för sexuell dysfunktion. I Bodenmann et al:s studie (2010) framkom att högt självskattad stress i det dagliga livet förknippas med lägre nivåer av både sexuell aktivitet och sexuell tillfredsställelse men också en minskning av nöjdheten i parrelationen.

## **Klienters upplevelse av att samtala om sexualitet i terapi**

Det framgår av Statens Folkhälsoinstituts (2012) genomgång att personal i vården ofta brister i att ställa frågor om klientens sexuella hälsa och funderingar kring sexualitet. I samma genomgång framkommer att klienter gärna ser att deras behandlare ställer frågor om sexualitet, även om klienterna själva inte ville föra ämnet på tal. Det kan finnas en risk att klienter upplever det som extra skamfyllt att själva ta upp sexualitet i sin psykoterapi, om de upplever att de inte lever upp till de kulturella normer kring sex och sexualitet som finns i samhället idag (Ekdahl, 2017). Miovic, et.al. (2006) undersökte vad både klienter och terapeuter ansåg vara de viktigaste ämnena att samtala om i en terapi. Klienter och terapeuter var samstämmiga i att sexualitet var ett av de viktigaste ämnena att adressera i terapi, och båda grupperna menade att sexualitet kunde ha en inverkan på måendet generellt (Miovic et al., 2006).

I studier med fokus på klienters upplevelse av samtal om sexualitet framkommer att terapeuter i för stor utsträckning samtalar generellt om relationer snarare än om sexualitet, och när klienten själv tar upp sexualitet möts de av tolkningar eller antaganden som inte stämmer med deras egen upplevelse (Brunell & Pettersson, 2011; Eithun Rönning & Foconi, 2017). Ibland samtalar terapeuterna istället om närhet och attraktion, och undviker därigenom att benämna sexualitet. Klienterna i dessa studier gav också uttryck för en önskan om att samtala om sexualitet, och en önskan om att psykologen hade tagit sitt ansvar och adresserat ämnet. Eithun Rönning och Foconi (2017) drar slutsatsen att kliniska psykologer i högre utsträckning bör initiera samtal om sexualitet och därmed visa att det är ett viktigt ämne. När terapeuter mer direkt tar upp sexualitet på samma självklara sätt som exempelvis sömn och kostvanor upplevs detta som positivt av klienterna. Om inte terapeuten tar upp sexualitet riskerar alltför mycket ansvar att hamna på klienten och därigenom finns det också en risk att ämnet inte adresseras alls (Brunell & Pettersson, 2011; Eithun Rönning & Foconi, 2017).

När terapeuten ställer frågor om sexualitet behöver detta inte betyda att klienten vill samtala om det. Däremot visar terapeuten att hen är öppen för att samtala om sexualitet. Om det gått för lång tid in i terapin kan det vara extra svårt att prata om sexualitet varför det är viktigt att samtal om sexualitet initieras tidigt i terapin (Brunell & Pettersson, 2011; Eithun Rönning & Foconi, 2017). När det gått en tid kan det ha blivit för känsligt att ta upp ämnet, eller så har den fördjupande terapeutiska relationen blivit ett

hinder. Vissa starka överföringsreaktioner som uppstår efterhand i en terapi kan också försvåra ett fritt samtal kring vissa ämnen. Det är lättare att prata fritt om sin sexualitet när terapeuten tidigare i processen ses som en relativt okänd expert (McWilliams, 1994).

## **Behandlares syn på ämnet sexualitet i terapi**

Klüft (2006) visade i sin studie att psykologer anser att sexualitet är något som har en stor betydelse för den psykiska hälsan och sexualitet är något som ingår i "helheten" som människa. Deltagarna i hennes studie undvek inte sexualitet som ämne i terapi, men de inbjöd inte heller till det. Detta skiljer sig från deltagarna i Ahangarans studie (2008) av psykologer på BUP som i större utsträckning också initierade samtal om sexualitet med sina patienter. I den gruppen var också alla deltagare, med ett undantag, överens om att det är psykologen som bär ansvaret för att ta upp sexualitet i terapin. Samtidigt framkom en rädsla för att kränka eller gå över en gräns i samtal om sexualitet med klienten.

När forskare tittat på egenskaper hos psykologen och hur dessa egenskaper inverkar på samtalet om sexualitet i terapier fann Træen och Schaller (2013) att de flesta av de deltagande psykologerna ansåg sig ha för lite kunskap om sexualitet för att ta upp det i terapier. Detta var särskilt utmärkande bland yngre psykologer och de med liten klinisk erfarenhet. Den mest signifikanta prediktorn för hur ofta psykologen tog upp sexualitet i terapi var psykologens egen attityd och dennes egen tro på vikten av att prata om sexualitet i terapi (Træen & Schaller, 2013). Rädsla för en sexuell laddning mellan klient och terapeut har också beskrivits som hindrande i tidigare litteratur (Mor, 2005). Det kan väcka obehag hos terapeuten att hamna i en situation där hen kan betraktas som attraktiv och som ett objekt för klientens sexuella känslor (Mor, 2005). Ahangaran (2008) kunde i sin studie se att många terapeuter upplevde att den sexuella laddningen som kan uppstå mellan terapeut och klient minskade ju äldre terapeuten var, och terapeuterna ansåg att det kunde vara en fördel att vara äldre då man samtalade om sex med klienter i terapi. Samtidigt framgick det i samma studie att de intervjuade psykologerna som tillhörde den äldre gruppen menade att de på grund av att de tillhörde en annan generation, inte hade någon vana av att prata om sexualitet, och därför undvek att göra det med sina klienter (Ahangaran, 2008).

I studier som handlade om vårdpersonal generellt har det framkommit att vårdpersonalen ser sex och sexualitet som ett relevant ämne att samtala om i den somatiska vården, men att de ändå sällan själva tar upp frågor om sexualitet i patientmöten (Helland, Kjekken, Garratt, Kvien & Dagfinrud, 2012). Vårdpersonal som arbetar med strokepatienter (Mellor, Greenfield, Dowswell, Sheppard, Quinn, & McManus, 2013) beskrev att de sällan eller aldrig tog upp sexualitet med sina patienter. I två studier på vårdpersonal i Australien uppgav deltagarna att de kunde känna sig obekväma vid samtal om sexualitet med patienter eftersom det fanns en risk att patienterna skulle uppfatta själva samtalet som ett sexuellt närmande (Hordern & Street, 2007; Ussher, et al., 2013).

När sjukhuspersonal i Storbritannien fick beskriva sina erfarenheter av att samtala om sexualitet med sina patienter framkom det att läkare både kände sig mer bekväma och också initierade samtal om sexualitet oftare än övriga professioner, psykologer inkluderat (Haboubi & Lincoln, 2003). 90 procent av deltagarna i studien ansåg att sexualitet bör adresseras som en del i helhetstänket kring en patient men så få som 6% initierade själva återkommande den typen av samtal med sina patienter. Det finns således en konflikt

mellan behandlarnas ideologi och deras praktik gällande att samtala om sexualitet med patienter. Det som hindrade deltagarna från att samtala om sexualitet med sina patienter var främst brist på övning, brist på tid och förlägenhet. Manliga behandlare i studien upplevde sig något mer bekväma med att ta upp sexualitet med sina patienter än vad de kvinnliga behandlarna rapporterade. Vidare beskrev vårdpersonal det som mer relevant att samtala om sexualitet med unga patienter, och om patienten befann sig i en fast relation (Haboubi & Lincoln, 2003; Hordern & Street, 2007; Ussher et al., 2013).

## **Betydelsen av terapeutens teoretiska inriktning**

Enligt respondenterna i Eithun Rönning och Foconis undersökning (2017) var det mer naturligt att prata om sexualitet i en psykodynamisk terapi, och några av respondenterna ansåg att sexualitet inte hörde hemma i en kognitiv beteendeterapeutisk behandling då den oftast är manualbaserad och kortare. Samtidigt beskriver psykologerna i en annan studie (Klüft, 2006) att de, på grund av sin bakgrund i psykodynamisk skolning, låter klienten styra vad som tas upp i terapin och väntar in klientens initiativ. Flertalet psykologer i Klüfts studie (2006) svarade jakande på frågan om de har tänkt att ta upp sexualitet i mötet med sina patienter men ändå valt att inte ta upp det. Det kan handla om att psykologerna arbetade utifrån en psykodynamisk grund där klienten skall få styra vad som tas upp i terapin (Klüft, 2006). Shalev och Yerushalmi (2009) visade i sin studie att när terapeuter följer terapeutiska riktlinjer om att inte styra den terapeutiska processen riskerar det att förstärka klientens tendens att undvika samtal om sexualitet. Ur ett patientperspektiv beskriver respondenterna i Brunell och Pettersson studie (2011) hur de mötts av tolkningar av sexuella berättelser som upplevts som överdrivet psykologiserande, och som forskarna beskrev som tolkningar sprungna ur den psykodynamiska skolan.

I tidigare forskning har det undersökts både klienters och behandlares perspektiv på samtal om sexualitet och upplevda svårigheter har framkommit i flera studier (Ahangaran, 2008; Brunell & Pettersson, 2011; Eithun Rönning & Foconi, 2017; Klüft, 2006). När terapeuten upplever svårigheter med att samtala om sexualitet blir det ofta ännu svårare för klienten att själv initiera ett sådant samtal i terapin. Att då närmare undersöka vad som hindrar terapeuter att samtala om sexualitet bedöms vara kliniskt relevant och kan förhoppningsvis bidra med viktig kunskap för psykologer och psykoterapeuter i deras arbete. Det finns få svenska studier där fokus ligger på hindrande faktorer för terapeuter vilket bidrar till den kliniska relevansen för denna studie.

## **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka psykologers och psykoterapeuters upplevelse av hinder att samtala om sexualitet i terapier. Mer specifikt studerades följande; upplevelsen av samhälleliga faktorer, teorins betydelse och terapiprocessen

## **Metod**

Sex semistrukturerade intervjuer genomfördes med psykologer och psykoterapeuter. Intervjuerna analyserades sedan utifrån en induktiv tematisk analys vilket innebär att analysen främst syftade till att få en förståelse för varje individs berättelse och att analysen inte utgick från en tydlig teoretisk ram (t.ex. Braun & Clarke, 2006).

### **Deltagare**

Av de sex deltagarna var fyra psykologer, varav en också var psykoterapeut. Två deltagare hade en annan grundutbildning (socionom) och utöver det en psykoterapeutexamen. Alla deltagare var kvinnor, och hade arbetat mellan fyra och 45 år som legitimerade psykologer/psykoterapeuter. Två deltagare angav att de främst arbetade utifrån kognitiv beteendeterapeutisk inriktning, en arbetade utifrån relationell teori och tre deltagare angav psykodynamisk inriktning som sin främsta grund gällande det terapeutiska arbetet. Alla deltagare arbetade med psykoterapeutisk behandling av vuxna klienter.

### **Instrument**

En intervjuguide med öppet formulerade frågor användes (se bilaga 1). Intervjuguiden bestod av övergripande frågor formulerade utifrån en önskan om att både få en övergripande bild av deltagarnas syn på terapi och sexualitet, och att undersöka hindrande faktorer. Frågorna formulerades av intervjuaren själv med avstamp i tidigare studier.

### **Tillvägagångssätt**

De intervjuade valdes utifrån ett bekvämlighetsurval (Alvehus, 2019). Frågan om att delta gick muntligt och per mail ut både till intervjuarens utvidgade professionella nätverk av psykologer och psykoterapeuter, och till deras kollegor och bekanta i sin tur.

Fyra av intervjuerna genomfördes på intervjupersonernas arbetsplatser. En av intervjuerna skedde i forskarens eget hem, och en intervju i intervjupersonens hem. Intervjuerna var mellan 37-55 minuter långa. Alla intervjuer spelades in i inspelningsfunktionen på forskarens iPhone. Transkriberingen skedde i direkt anslutning till intervjuerna och direkt därpå raderades det inspelade materialet. Alla deltagare fick en skriftlig information (se bilaga 2) skickad till sig före intervjun där syfte med studien framgick samt information om hur materialet skulle användas.

Intervjuerna inleddes med en kort introduktion i ämnet samt återigen vad syftet var med studien. Deltagarna informerades om att intervjumaterialet skulle avidentifieras, men att citat från varje enskild deltagare skulle kunna komma att finnas i det färdiga materialet. Deltagarna informerades också om att de när som helst kunde avbryta sitt

deltagande och att deras data då skulle raderas och tas bort från sammanställningen. Intervjumaterialet användes endast till denna studie.

## **Databearbetning och analys**

När att alla intervjuer transkriberats lästes var och en av utskrifterna om vid flera tillfällen. Då något i texten ansågs relevant för studiens syfte antecknades detta i marginalen. Denna genomläsning med efterföljande anteckning gjordes flera gånger. När genomläsning gjorts av alla intervjuer, till dess att inga nya teman kunde hittas, lästes alla intervjuer om igen för att undersöka om ämnen och teman återkom i fler än en intervju.

Nästa steg i analysarbetet var att återigen gå igenom intervjuerna och knyta alla relevanta citat till respektive tema. När detta gjorts lästes denna sammanställning igenom och ytterligare fördjupning i tematiseringen kunde göras, vilket resulterade i att teman slogs ihop och omformulerades. Därefter analyserades varje tema för sig vilket resulterade i ett antal underteman. Till slut prövades denna struktur i förhållande till textmassan.

Analysen kan bäst beskrivas som induktiv tematisk analys (Braun & Clarke, 2006) vilket innebär att teman identifieras i materialet under analysens gång. Forskaren har själv varit den som aktivt identifierat, valt ut och rapporterat teman vilket benämns som realistisk epistemologisk utgångspunkt. Det innebär således att intervjupersonernas upplevelser har filtrerats genom forskarens subjektiva förståelse (Braun & Clarke, 2006). Resultatet i den här studien blir då beroende av både forskarens egen tolkning och informanternas förståelse, och trots att fokus läggs på intervjumaterialet finns det en inneboende begränsning i analysprocessen och det är då inte heller en verklighet som skildras utan snarare den verklighet som växer fram i analysprocessen (Braun & Clarke, 2006).

## **Resultat**

Syftet med studien var att undersöka psykologers och psykoterapeuters upplevelse av hinder att samtala om sexualitet i terapier. Analysen gav två huvudteman med ett antal underteman (se tabell 1). Resultatet berör både deltagarnas syn på sexualitet och deras syn på sig själva och på terapin. Den analyserade texten i resultatdelen illustreras med citat från deltagarna. Citaten är lätt korrigerade för att göra dem mer läsvänliga. Av hänsyn till deltagarna redovisas resultatet med så lite information om deltagarna själva som möjligt.

## Teman

Tabell 1

### Tema och undertema

Tema	Undertema
Synen på sex	Som något privat Som något relationellt Som något tillhörande vissa Som något underordnat
Synen på terapin och på terapeuten	Behov av att kontrollera Samtidigt vara tillåtande och försiktig Teorin som begränsning eller öppning

## Synen på sex

Det framkom av analysen att synen på sexualitet upplevdes ha en stor betydelse för hur samtalet initierades och fördes med klienten. Hur terapeuterna såg på sex präglade hur de såg på samtalet och det gav också avtryck i hur de tänkte om terapin. Det här huvudtemat består av undertemat ”som något privat” som rör upplevelsen av sexualitet som något av det privataste, undertemat ”som något relationellt” som rör synen på sex som något som sker i relation med andra människor, undertemat ”som något tillhörande vissa” som handlar om sex som något som präglas av normer och värderingar, och slutligen undertemat ”som något underordnat” som rör synen på sex som något mindre viktigt.

**Som något privat.** Flera terapeuter tog upp att sexualitet var det allra privataste, till och med så privat att det inte var självklart att det hörde hemma i terapirummet. Någon nämnde att vissa saker också skall få vara privata. Det som då kunde bli problematiskt var om klienten ändå har en önskan om att få prata om sexualitet, och terapeuten avstod på grund av en tanke om att ämnet var alltför privat för att lyfta i terapirummet.

*Det är ju den privataste av privata sfärer och att även om psykoterapin på något sätt, där får vi också mandat att, de flesta som kommer till terapin ger ju oss mandat att gräva i det privata, men samtidigt blir ju sexualitet, om inte patienten själv uttrycker att jag vill prata om mina svårigheter i mitt sexliv eller min lust eller sånt, alltså svårigheten att initiera det, att ta upp det, och det är ju intressant. För det kan till och med jag fråga mig själv, att ”vad har jag med det att göra” är det för att jag blir voyeristisk eller nyfiken, skall jag gräva, om det inte alls är någon issue för dig varför skall jag gräva i det?*

**Som något relationellt.** I intervjuerna framkom också att sexualiteten för de flesta sågs som något relationellt som uppstår och finns i relation till andra människor. Det var bara en av terapeuterna som tog upp onani under intervjun medan flera lyfte sexualitet som något som sker i mötet med en annan människa.

*Men oftast kommer det upp om man beskriver sin relation och vi utforskar lite hur man upplever den och då kan det komma som en fråga där, hur man uppfattar sexlivet. Då kan jag ställa den. Det är alltid det där när det är bra timing. Men jag brukar fråga om sexlivet då i relationen. Det kan hända att jag inte gör det alltid och där är det kanske något som jag uppfattar att jag inte skall gå dit.*

Den relationella synen på sexualitet kan bli hindrande i mötet med ensamstående klienter och den riskerar att lägga för lite fokus på klientens egen sexualitet. Deltagarnas ideer om den relationella aspekten av sexualitet handlade inte bara om parrelationen utan också om sexualitet som ett sätt att relatera till andra människor.

*Men man kan ju också tänka lite kring det när man tänker kring anknytningsmönster och sådär och hur man relaterar kring andra och då kan man ju ha någon ide om hur det blir för den här personen att relatera kring någon annan som sexuell varelse. Är det just så att man pratar om relationen till andra då kan det komma upp som en fråga i det. När du vill ha sex, vilken roll man får och så, hur man kommunicerar kring sex, man kan prata om sex som någon form av kommunikation i relationen. Men mår man dåligt och har mått länge då är det ju svårt att ha ett bra sexliv, och medicinerar man kan det också påverka.*

**Som något tillhörande vissa.** Det framkom också i flera av intervjuerna att deltagarna såg sexualitet som ett ämne som främst var aktuellt för unga och för män. Många uppgav att de helt avstod från att samtala om sexualitet med människor som i deras ögon ansågs ”äldre”. Den åldern verkade dock vara något flytande, mycket handlade det om en subjektiv upplevelse hos deltagaren, när deltagaren ”antog” att klienten hade ett aktivt sexliv eller inte. Så istället för att fråga byggde deltagarna sina slutsatser på antaganden och idéer formade av egna föreställningar och normer.

*Är det en människa med ganska hög ålder, runt 60 eller så, då frågar jag nog mindre. Då är jag nog, då har jag en slags fördom, förutsätter att sexualitet är mindre viktigt, att man kanske inte ens har sex längre i relationen. Då nedprioriterar jag det. Och det kan ju verkligen vara fel, men det gör jag. Ju äldre man är desto mindre sexuell varelse är man.*

Kvinnor sågs av deltagarna som sexuella varelser, men några deltagare gjorde antagandet att det för kvinnor inte var ett lika viktigt område som det var för män. Att exempelvis prata med deprimerade klienter om sexualitet blev för någon mer självklart då klienten var en man, eftersom män ansågs lida mer av biverkningarna av antidepressiv medicinering, som minskad sexlust och erektionsproblem, än vad kvinnor gjorde.

*Det är lättare med män, och det är ju hemskt men jag tänker spontant att det handlar om hela normen att sexualitet är mindre självklar för kvinnor, eller mer skambelagd.*

**Som något underordnat.** Många av deltagarna beskrev att sexualitet var något som det talades mycket om i media och här nämndes både medias konkreta sextips och ett pågående samtal om kroppsaktivism som exempel. Några menade till och med att det var alltför mycket prat om sex. Denna ökning av ”sexprat” i samhället i stort kunde göra

att deltagarna i större utsträckning värjde sig mot att föra in sex i det terapeutiska samtalet. Det blev som en motreaktion, där terapin skulle få vara fredad från samhällets starka yttre tryck om att fokusera på sexualitet.

*Och där tänker jag lite att med sexualitet att det kanske har överfokuserats på det i vårt samhälle i det att man skall vara så lyckad och snygg och hälsosam och man skall ha middagar och ett jättespännande sexliv också. Så för att inte förmedla att jag är en del av det, att föra på ännu ett krav, så är jag lite försiktig med det. Och det tror jag särskilt är med de prestatjonsbaserade personerna att de lägger så mycket på sig själva ändå, så om jag frågar om det så blir det ännu ett område de skall prestera inom.*

Det fanns också en fundering över om sexualitet verkligen var så viktigt att det behövde ta plats i terapin, den kunde också vara mer underordnad och mindre betydelsefull än vad som ibland gavs sken av. Kombinationen av tanken om att terapirummet skulle vara fredat från det yttre trycket på sex-prat, och tanken om att sex inte var så viktigt, gjorde att deltagarna lät bli att ta upp ämnet i terapirummet.

*Att jag tror att det inte är så viktigt, att det är underordnat. Jag gör det inte så viktigt. Men det kan det ju vara. Men min bild är att det är mindre viktigt än de områden jag brukar ta upp*

Idén om att sexualitet var för framlyft i samhället gjorde också att deltagarna kunde vara rädda för att bidra till den processen. Upplevelsen beskrevs av deltagarna som att trycket på att leva utifrån samhällsnormen ”att alla skall ha ett aktivt och tillfredsställt sexliv” kunde öka. För att inte bli en del av det normtrycket beskrev en del av deltagarna att de undvek att prata om sexualitet i terapirummet.

*Det är ju jätteviktigt också att det också är en norm, att vi skall ha sex, det är ju ändå asexualitet är ju absolut en stor grupp av människor som av olika anledningar kallar sig för asexuella och det inte alltid behöver betyda att det är ett problem. Att vi inte prackar på någon förståelse om vad sex betyder.*

## Synen på terapin och terapeuten

I detta tema är fokus mer direkt på själva terapin och samtalet om sexualitet. Deltagarnas tankar om terapin gav avtryck i hur de pratade om sex med sina klienter. I följande undertema, ”behov av att kontrollera” ligger fokus på den laddning som kan uppstå mellan terapeut och klient och som behöver kontrolleras. Undertemat ”samtidigt vara tillåtande och försiktig” rör den balansgång som samtalet om sexualitet upplevs vara, och undertemat ”teorin som begränsning eller öppning” rör upplevelsen hur psykologisk teori kan underlätta samtalet, eller försvåra det.

**Behov av att kontrollera.** När deltagarna pratade om sexualitet som något viktigt, så fanns det samtidigt hos flera av dem också ett behov av att kontrollera situationen så att den inte blev för laddad mellan terapeut och klient. Många beskrev att det lätt kunde bli en sexuell laddning, främst initialt i kontakten, om klienten var av motsatt kön. Några andra beskrev detta som naturligt i den terapeutiska processen.

*Jag är nog mer försiktig om det är en äldre man till exempel beroende på hur den personen är, men min fördom är ju det. För det är ju ändå, det finns ju ändå, det kan ju bli en laddning där som man får vara lite lyhörd för. Man kan ju prata om det som ett ämne bland andra, samtidigt är det ju inte riktigt det ändå.*

För deltagaren kunde det innebära att vara ständigt medveten om att en sexuell laddning kunde uppstå i det terapeutiska samtalet, och därigenom också behöva anpassa sig efter detta. Vetskapen om att det kunde bli sexuellt laddat mellan klient och terapeut kunde i sig göra att deltagaren avstod från att samtala om sexualitet. När risken för sexuell laddning upplevdes som mindre, om klienten var av samma kön eller tillhörde en annan generation, beskrevs samtal om sexualitet som enklare.

*Det är ju lättare för mig att prata med kvinnor. Jag känner mig mer hemma än när det kommer till män för jag har en tanke om att de tycker att det är svårare att prata med mig. Men det har jag ju inga belägg för, men jag laddar det på något sätt. Jag är mer försiktig då.*

**Samtidigt vara tillåtande och försiktig.** Nästan genomgående beskrev deltagarna sig själva som fria och tillåtande när det gällde samtal om sexualitet med klienter. Men parallellt med detta framkom också en rädsla för att klampa på och göra både klienten och en själv som terapeut obekväma.

*Att jag ibland kan vara lite försiktig med att ta upp det så att det inte skall vara så normativt, som att man frågar är du gift, men det kanske jag inte gör, utan jag frågar lever du ensam eller lever du med någon, så att man frågar på ett icke normativt sätt.*

Denna försiktighet ledde sällan till fler frågor om sexualitet, utan istället förlitade man sig i hög grad på att klienterna skulle ta upp sexualitet, om de hade behov därav. I denna bild av sig själva som öppna och tillåtande framkom en motbild av andra terapeuter som både mindre öppna men också som mer gränslösa.

*Jag tror att man är rädd för att vara invasiv liksom. Om någon inte, att man skall göra patienten obekväma eller så, det tror jag är det vanligaste. Men, eh, man vill inte vara påflugan med såna frågor om den andra inte ens överhuvudtaget har antytt att det finns problem där. Då vill man inte kasta sig över, det verkar lite creepy att göra det. Nästan va. Det finns roliga historier om psykologer som frågat såna huvudlösa frågor sådär, alltså, "ja, jag sa att jag hade ont i huvudet och då frågade psykologen om jag inte haft sex på länge".*

Det blev härigenom ett stort ansvar som vilade på klienten att vara den som initierade samtal om sexualitet med sin terapeut och inte tvärtom. Den stora försiktigheten i relation till klienten beskrevs som en omsorg om klienten. Den kunde samtidigt leda till att sexualitet inte lyftes alls, om inte klienten valde att göra det.

*Då frågar jag ganska allmänt och om patienten inte tar upp att relationer, eller intima relationer, inte är så problematiskt, då går jag inte vidare där.*

*Om de inte tar upp så mycket relationella grejer som orsaker så frågar jag inte vidare där. Då förutsätter jag att patienten vågar ta upp det.*

Hos några av deltagarna i studien blev försiktighet ett genomgående tema, en försiktighet om att inte retraumatisera klienter med negativa sexuella upplevelser, men också en försiktighet i att inte pracka på klienter normer och värderingar som klienterna eventuellt inte själva hade.

*Det är inte så dumt med självtvivel för man blir lite försiktig, att vara försiktig och vara uppmärksam på sig själv är inte så dumt i det här. Jag tror att man kan använda sig av sin känslighet. Att tycka att det är svårt att prata om sex med sina patienter det är ju bra, då är man där, det här är lite känsligt, jag prövar lite försiktigt.*

**Teorin som begränsning eller öppning.** Deltagarna i studien arbetade utifrån olika psykologiska teorier och metoder. Deltagarna beskrev hur de kunde uppfatta sin teoribakgrund både som en begränsning och en öppning. Det fanns tankar om att andra teorier var mindre benägna att lyfta sexualitet, medan den teoribildning de själva hade fördjupat sig i gjorde det. Det var således återigen delvis en upprepning av idén om en själv som terapeut som mer benägen att ta upp sexualitet än andra terapeuter med en annan teoretisk inriktning.

*Det är något som jag har med mer nu när jag jobbar psykodynamiskt jämfört med när jag jobbade med KBT tidigare och när jag börjar tänka själv om sex i terapier då var det i samband med att jag blev färdigt psykoterapeut med dynamisk inriktning (.....) nu kanske jag tänker mer att det är en del i en människas liv, tankar kring att våga utforska sig själv och ha en egen sexualitet, kan vara en del av att vara ett sätt att gå in i vuxenlivet och så, det är mer närvarande nu.*

För några deltagare i studien som arbetade efter psykodynamisk teori betonades vikten av att följa klienten och låta klienten själv bestämma teman. De terapeuter som lyfte vikten av att klienten själv skulle få styra innehåll tycktes också hindrade av denna föreställning. Om en arbetar utifrån idén om att klienten styr vad som tas upp i rummet kan ansvaret helt hamna på klienten.

*Och ändå att det måste få vara något privat. Jag tycker att den sorts terapi jag vill jobba med är ju att det är väldigt respektfullt, att det får ta sin tid, att man bygger relationen, och att den får vila i detta rummet och berätta när det känns bra. Sen ställer jag frågor absolut, och följdfrågor, och ibland när relationen bär kan jag vara rätt tuff. Men då har inte jag ett batteri av frågor som jag behöver för att göra en bedömning liksom, det har jag släppt ganska mycket. Den gör jag hela tiden och förhoppningsvis ihop med patienten. Och då inbillar jag mig lite att KBT är så ”att nu skall vi klargöra det här för att kunna jobba med det här”. Och det kan väl vara fine, men det är inte så jag jobbar. Det får växa fram.*

Dock menade andra som arbetade utifrån dynamisk inriktning att det var en teori som öppnade upp mer för samtal om sexualitet än exempelvis kognitiv beteendeterapi.

*Stereotypt tänker jag det, att PDT är mer intresserat av det och när jag själv gått i terapier tycker jag nog att PDT terapeuterna generellt har haft lättare att ta upp det, att det är ett viktigt område hur man har det sexuellt. Eh, och att det är ett mer inbyggt ämne i teorin. I KBT är det inte lika mycket inbyggt i, att det är ett bygge av metodik, inte lika mycket fyllighet kring teori om hur människan fungerar och sådär. Men jag tänker inte att det finns någon motsättning med det.*

## **Diskussion**

Syftet med studien var att undersöka psykologers och psykoterapeuters upplevelse av hinder att samtala om sexualitet i terapier. Analysen resulterade i flera olika teman gällande synen på sexualitet i terapier. Trots att det enligt många av deltagarna i studien fanns ett stort fokus på sex i samhället, var det inte självklart att detta perspektiv skulle följa med in i terapirummet. Liksom i tidigare forskning (Klüft, 2006) framhöll deltagarna i föreliggande studie att sexualitet är ett ämne som bör adresseras som en del av ett helhetstänk kring en klient, samtidigt som de också menade att det fanns svårigheter med att samtala om sexualitet. När terapeuten upplever hinder att göra detta kan det förstärka klientens svårigheter att själv ta upp sexualitet i terapin (Haboubi & Lincoln, 2003; Helland et al. 2012; Klüft 2006; R.M. Mellor et al. 2013; Shalev & Yerushalmi, 2009).

I föreliggande studie framkom det att egenskaper och omständigheter kring klienten upplevdes ha stor betydelse för om terapeuten skulle fråga om sexualitet eller inte. Det fanns bland annat hos deltagarna en helt annan självklarhet i att samtala om sexualitet med klienter som levde i en relation jämfört med klienter som levde ensamma. När sexualitet begränsas till att handla om relation kan det terapeutiska samtalet riskera att bli mindre utforskande vad gäller klientens egen sexualitet och mående förknippat med den, liksom det gör terapeuter mindre benägna att samtala om sexualitet med ensamstående klienter (Brunell & Pettersson, 2011; Eithun Rönning & Foconi 2017; Klüft, 2006).

Det relationella synsättet på sexualitet går också emot den önskan som flera av deltagarna i studien gav uttryck för, nämligen en önskan om att inte pådyvla klienten normer, värderingar och antaganden som kunde hämma den terapeutiska processen. Att då ändå utgå från att sexualitet är viktigare för klienter som lever i en relation blir motstridigt. Då deltagarna inte ville riskera att göra några felaktiga antaganden om klienten beskrev de hur de blev så försiktiga att de ibland inte berörde ämnet sexualitet överhuvudtaget. Det är rimligt att tänka att denna försiktighet kan leda till att terapeuten faller i den normativa fällan och gör antaganden utifrån egna föreställningar istället för att ställa en direkt fråga. Detta i grunden respektfulla bemötandet av klienten verkade alltså sätta krokben för deltagarna själva. Att terapeuter istället för att fråga rakt ut väljer att göra antaganden om klientens sexualitet och sedan samtala utifrån detta antagande har även tidigare studier visat (Brunell & Pettersson, 2011; Eithun Rönning & Foconi, 2017).

Det framkom också att ålder och kön hade en avgörande betydelse för om sexualitet skulle dryftas i terapirummet. Om klienten i terapeuten ögon tillhörde kategorien äldre, eller var kvinna, beskrevs det som inte lika naturligt att samtala om sexualitet. Sexualitet tycktes vara förknippat med att vara ung, och att vara man. För dessa deltagare fanns också en idé om att avsaknad av sex, eller minskad sexuell funktion,

spelade större roll för män än för kvinnor, och mer roll för en yngre än en äldre människa. Dessa föreställningar kan tänkas spegla den syn som samhället under lång tid präglats av, och den riskerar att leda till att klienter som inte tillhör kategorin ung och man får mindre möjlighet att samtala om sexualitet i sin terapi.

På samma sätt som beskrivs i tidigare forskning (Brunell & Pettersson, 2011; Eithun Rönning & Foconi, 2017; Statens folkhälsoinstitut, 2012) tycks det vara deltagarna själva som i större utsträckning än klienten oroade sig för hur samtalet om sexualitet skall gå till. Deltagarna i föreliggande studie uttryckte vidare rädsla för att retraumatisera klienter som varit med om övergrepp, och visade omsorg gentemot sina klienter genom att inte fråga dem om deras sexualitet. När klienter i tidigare studier själva blivit tillfrågade om hur de upplevt frågor om sexualitet har de till största delen varit positiva till att sexualitet blivit benämnt. Det som upplevts som negativt har istället varit när terapeuter gjort antaganden om klientens sexualitet istället för att fråga, eller när terapeuterna gjort mer övergripande tolkningar eller fört samtal mot något icke-sexuellt (Brunell & Pettersson, 2011; Eithun Rönning & Foconi, 2017).

Analysen visar vidare att det tycks finnas en dubbelhet i att som terapeut vilja vara tillåtande, men samtidigt inte vara för invasiv. Å ena sidan fanns en önskan om att normalisera samtal om sexualitet, å andra sidan en önskan om att undvika att skambelägga klienter som antogs ha ett liv utan sexuell aktivitet. Deltagarna uttryckte också behov av att kontrollera samtalet om sexualitet, så att det inte upplevdes för detaljerat och påträngande. I relation till en klient av motsatt kön fanns hos vissa också idén om att vara försiktig för att inte aktivera en sexuell attraktion mellan klient och terapeut, vilket är i linje med tidigare studier som visar att terapeuter upplever en eventuell sexuell attraktion som hindrande (Ahangaran; 2008; Hordern & Street, 2007; Mor, 2005; Ussher et al., 2013). Det framstår som att sex är ett ämne som är olikt alla andra ämnen. Ett ämne där terapeuten hela tiden måste balansera på en egg och inte trilla ner på den invasiva sidan, men inte heller signalera att ämnet inte går att prata om. Idén om att andra terapeuter var mindre öppna fanns, men också idén om att andra terapeuter var mer gränslösa. Denna motstridighet kanske kan förstås utifrån att psykologer och psykoterapeuter i mötet med klienter sällan får höra de goda exemplen från tidigare terapi-kontakter, utan snarare vad som brustit eller vad som saknats.

Även om inga deltagare i föreliggande studie upplevde att de hade någon hindrande kunskapsbrist beskrev de samtidigt att de hade haft mycket lite undervisning om sexualitet på sina utbildningar. Åren i yrket och träning i att samtala om sexualitet hade däremot ökat deras trygghet i att samtala om sexualitet i terapirummet, vilket också psykologerna i Træen och Schaller (2013) bekräftar. Tidigare forskning har också visat att mängden träning i att samtala om sexualitet korrelerar positivt till i vilken utsträckning terapeuter adresserar sexualitet med sina klienter, och hur bekväma de är med att göra det (Love & Farber, 2017). Vad gäller teoretisk inriktning var det generellt så att deltagarna i studien uppgav att de arbetade med ett mer eklektiskt synsätt, där olika teorier användes utifrån vad som mötte terapeuten i rummet. I tankarna om teoretisk inriktning framkom hos några deltagare en idé om att den psykodynamiska skolan hade en större öppenhet för samtal om sexualitet. Andra beskrev den psykodynamiska teorin som en begränsning eftersom de menade att klienten där själv skall styra innehållet i samtalet. När terapeuten väntar in klienten utifrån en önskan om att hen skall styra samtalet kan det leda till att det snarare förstärker ett undvikande av ämnet (Shalev & Yerushalmi, 2009). De terapeuter i föreliggande studie med en kognitiv beteendeterapeutisk inriktning upplevde inte den teoretiska bakgrunden som ett hinder i kontakten, men de upplevde inte heller teorin som

ett stöd för att fokusera sexualitet i terapi. Det fanns hos flera deltagare en tanke om att det mer handlade om terapeuternas egen förmåga än teoretisk bakgrund och att det, oavsett teoretisk inriktningen, gavs lite stöd i teorierna för samtalet om sexualitet.

## Metoddiskussion

Eftersom ämnet är relativt obeforskat kan kvalitativ datainsamling ge en möjlighet att få en bredare kunskap som kan ligga till grund för till exempel enkätstudier, riktade till större grupper. Kvale (1997) tar upp vikten av att diskutera den kvalitativa forskarens perspektivmedvetenhet. Även om intentionen var att beskriva deltagarnas subjektiva upplevelse har både analysen och insamlandet av data påverkats av intervjuarens förförståelse. Det kan bland annat handla om att intervjuaren själv anser att sexualitet är ett viktigt ämne att lyfta i terapi vilket har sin grund i egna fördjupade studier i sexologi. Intervjuarens egen erfarenhet som terapeut kan i denna studie ses som en tillgång då språket och teorikunskaperna åtminstone till viss del delas med de deltagande terapeuterna. Samtidigt kan det också vara en nackdel, eftersom den egna erfarenheten kan ligga i vägen för en friare tolkning av materialet. Att redovisa för citat är å andra sidan ett sätt att värna validiteten. De gör det möjligt för läsaren att bedöma intervjuarens grund för tolkningarna, även om det är intervjuaren själv som valt citat (Kvale, 1997).

Även om inga frågor handlade om deltagarnas egna privata upplevelser, gav några deltagaren ändå exempel ur det egna livet. Området i sig kan upplevas känsligt och det är därför extra viktigt att värna om de etiska principerna. Vetenskapsrådet forskningsetiska principer ställer fyra huvudkrav på humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). Dessa principer följdes då deltagarna informerades om syfte för studien både skriftligt och muntligt. Utifrån konfidentialitetskravet blev valet också att inte redovisa detaljer om deltagarna som skulle riskera att röja vilka de är. Det skulle kunnat vara intressant att också studera betydelsen av aspekter som ålder på terapeuten, år i yrket och teoretisk inriktning, men i och med att deltagarna var få till antalet hade risken för identifiering ökat.

Det faktum att studien består av sex deltagare gör den begränsad och får ses spegla dessa sex personers erfarenhet som terapeuter. Andra informanter hade kanske gett andra svar i intervjun. Det kan vara så att de terapeuter som valt att delta också har ett större intresse för sexualitet som ämne i terapi än andra. Att vissa av deltagarna rekryterades från intervjuarens professionella nätverk kan ha bidragit till ett öppnare samtal, men det kan också ha hämmat personerna i fråga då de även fortsättningsvis skall träffa intervjuaren i professionella sammanhang. Det kan också ha funnits ett större behov av att försöka spegla det deltagarna tror att intervjuaren tycker. Oavsett om deltagarna kände intervjuaren sedan tidigare eller inte kan det vara känsligt att bli intervjuad om sitt arbete som terapeut och det kan väcka tankar om sig själv och sin egen otillräcklighet.

Alla de intervjuade terapeuterna var kvinnor. Det hade kunnat vara intressant att också intervjuar män för att undersöka om några könsskillnader kunde urskiljas. Samtidigt är kvinnliga terapeuter fler till antalet, 71% för psykologer, 76% för psykoterapeuter (Socialstyrelsen, 2019) varför ändå deltagarnas erfarenheter kan bidra med giltig kunskap.

Vid analysen framkom en viss överlappning av teman vilket eventuellt kan avspegla den ambivalens som är förknippat med samtal om sexualitet. Syftet med studien

var att öka kunskapen om vad som hindrar terapeuter från att samtala om sexualitet. Det är viktigt att lyfta fram att det under studiens gång framkom många goda exempel på hur deltagarna samtalar om sexualitet med sina klienter. Det som har tagits med i resultatet är dock det som hindrade dem. Detta kan vid en genomläsning ge sken av att det enbart är problematiskt att samtala om sexualitet i terapier vilket alltså inte verkade vara fallet för de sex deltagarna.

## Avslutande reflektioner

”Sexualitet är ett ämne som andra, men ändå inte” som en deltagare uttrycker under intervjun. Under analysen av intervjumaterialet blev detta tydligt. Trots att många deltagare i studien vinnlade sig om att vara uppmärksamma på normer och därigenom minska risken för att dra förhastade slutsatser, så manifesterades normerna bland annat i hur samtalen om sexualitet fördes med klienten. Det kunde handla om att inte fråga om sexualitet när klienten uppfattades som äldre eller levde ensam, eller förutsätta att sexualitet var viktigare för en man än för en kvinna. Sexualitet med sig själv hamnar i bakgrunden och kommer ibland bort helt. Ett samtal om sexualitet behöver utgå från hur sexualitet visar sig för just den här klienten, och det är viktigt att inte förutsätta att sexualitet är en underordnad fråga för en klient beroende på dess specifika livsomständigheter. Att vara tillfredsställd med sin sexualitet är viktigt för människors generella välbefinnande (Atlantis & Sullivan, 2012; Bodenmann et al., 2010; Ekdahl, 2017; Hooghe, 2012), varför dessa frågor bör ha en självklar plats i terapier.

Genom att ställa frågor om sexualitet visar terapeuten att det är ett tillåtet ämne att samtala om. Att bromsas av för lite kunskap på området, eller av en generell försiktighet, riskerar att leda till hinder för en god terapeutisk allians. Även om terapeuterna i föreliggande studie inte upplevde att de hade någon hindrande kunskapsbrist finns det tidigare studier som visar att många psykologer ser kunskapsbrist som ett stort hinder (Klüft, 2006; Træen & Schaller, 2013). Om sexualitet får en undanskymd roll i psykolog- och psykoterapeututbildningarna skapar det en osäkerhet kring att samtala om sexualitet, och därmed också ett undvikande som inte gagnar klienterna.

Den försiktighet som handlade om att inte göra situationen obekvämt eller svår, vare sig för klienten eller för terapeuten själv skulle kunna förstås som ett undvikande i linje med terapeutens egna behov. Sexualitet i terapi riskerar också att blir utelämnat av den kognitivt beteendeterapeutiskt inriktade terapeuterna där fokus är att arbeta med det klienten upplever som problematiskt, likväl som det blir lämnat av de psykodynamiska terapeuterna som vill vänta in klienten och vad denna själv vill samtala om. Istället för att lägga ansvaret på klienten kan det vara viktigt att visa att terapeuten själv kan benämna och samtala om sådant som klienten i andra sammanhang kanske har svårt att dryfta.

Eftersom sexualitet har så stor betydelse för människors välbefinnande och hälsa är det viktigt att sexualitet också får en plats i terapin, redan under psykolog- och psykoterapeututbildningarna kan det vara önskvärt att ge sexualitet en större plats. Psykologer och psykoterapeuter kan också samtala om sexualitet inte bara i terapierna utan också i handledning. Istället för att förutsätta, anta och dra egna slutsatser kan terapeuter genom utbildning och träning då bli mer bekväma med att ställa direkta frågor om sexualitet och också bli mer medveten om sin egen, ibland normativt grundade, förförståelse. Vågar terapeuten, så vågar också klienten. Denna tanke leder vidare till utbildningens roll som kunskapsgivare och modell. Genomförandet av intervjuer med de

som utbildar psykologer och psykoterapeuter kan ligga till grund för en framtida enkätstudie. Detta för att få kunskap om utbildningens roll för det som tycks vara det uteblivna samtalet om sexualitet.

## Referenser

- Ahangaran, R. (2008). *Psykologer inom BUP – hur pratar de om sexualitet med ungdomar?* Opublicerad psykologexamensuppsats, Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Alvehus, J. (2019). *Skriva uppsats med kvalitativ metod*. Stockholm: Liber.
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 1497-1507
- Bodenmann, G., Atkins, D., Schär, M., & Poffet, V. (2010). The Association Between Daily Stress and Sexual Activity. *Journal of Family Psychology*, 24, 271-279.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brunell C. & Pettersson, J. (2011) *Ska vi prata om sex? - Patienters upplevelser av hur sex och sexualitet behandlas i psykodynamisk psykoterapi*. Opublicerad psykologexamenuppsats, Stockholm: psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Eithun Rönning, S., & Foconi, H., (2017): *Samtalet om Det - Patienters upplevelse av att samtala om sexualitet i psykoterapi*. Opublicerad psykologexamenuppsats, Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Ekdahl, J. (2017). *Sexualitet och sexuella problem: bedömning och behandling enligt KBT*. Lund: Studentlitteratur.
- Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation*, 25,291-296.
- Helland, Y., Garratt, A., Kjekken, I., Kvien, T., & Dagfinrud, H. (2013). Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: Results of a survey of health professionals. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 42, 20-26.
- Hooghe, M. (2012). Is sexual well-being part of subjective well-being? An empirical analysis of Belgian (Flemish) survey data using an extended well-being scale. *Journal of Sex Research*, 49, 264-273. doi: 10.1080/00224499.2010.551791
- Hordern, A. J., & Street, A. F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine*, 64, 1704–1718. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.12.012
- Klüft, I. (2006). ”Jag har inte tänkt igenom det”. *Psykologers uppfattningar och tal om sexualitet som ämne i terapi*. opublicerad psykologexamensuppsats, Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Love, M., & Farber, B. (2017). Let's not talk about sex. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1489-1498.
- McWilliams, N. (1994). *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Mellor, R., Greenfield, S., Dowswell, G., Sheppard, J., Quinn, T., & McManus, R. (2013). Health Care Professionals' Views on Discussing Sexual Wellbeing with Patients Who Have Had a Stroke: A Qualitative Study. *PLoS One*, 8, E78802.

- Miovic, M., McCarthy, M., Badaracco, M., Greenberg, W., Fitzmaurice, G., & Peteet, J. (2006). Domains of discussion in psychotherapy: What do patients really want? *American Journal of Psychotherapy*, *60*, 71-86.
- Mor, B. (2005). The space between love and not touching in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *59*, 42-60.
- Rosen, R.C., & Bachmann, G.A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*, 291-297. doi: 10.1080/00926230802096234
- Shalev, O., & Yerushalmi, H. (2009). Status of sexuality in contemporary psychoanalytic psychotherapy as reported by therapists. *Psychoanalytic Psychology*, *26*, 343-361. doi: 10.1037/a0017719
- Socialstyrelsen. (2019-09-24). *Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal*. Art.nr: 2019-9-6311. Hämtad 2019-12-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/halso-och-sjukvardspersonal/>
- Træen, B., & Schaller, S. (2013). Talking to patients about sexual issues: Experiences of Norwegian psychologists. *Sexual and Relationship Therapy*, *28*, 281-291. doi: 10.1080/14681994.2013.768338
- Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. T., Mason, C., Hobbs, K., & Kirsten, L. (2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of 33 sexual communication with patients. *Psychology & Health*, *28*, 1370–1390. doi: 10.1080/08870446.2013.811242
- Vetenskapsrådet (2002) *Vetenskapsrådets forskningsetiska principer*. ISBN:91-7307-008-4. Hämtad 2020-01-15 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- WHO (2006) *Defining sexual health*. Hämtad 2019-11-12 från [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

## **Bilaga 1**

### ***Intervjuguide***

- Bakgrundsinfo om terapeuten
- Hur uppfattar du dagens budskap om sexualitet?
- Har du tankar om hur det färgar dig själv i ditt arbete med klienter?
- Vad tänker du om olika psykologiska teorier? Hur har det påverkat dig i ditt arbete?
- Vad är det största hinder som psykologer har i den här typen av samtal?
- Tankar om terapi, spelar det någon roll om vad klienten söker för?
- Vad hindrar dig från att ta upp sexualitet med en klient?
- Är det något som känns särskilt svårt?
- Vad kan man tänka om för och nackdelar med att ta upp sexualitet som terapeut?

## Bilaga 2

### *Information till deltagande psykolog/psykoterapeut*

Hej!

Jag skriver min specialistuppsats i ämnet psykologisk behandling/psykoterapi. Jag är intresserad av att undersöka vad som hindrar oss terapeuter från att ta upp ämnet sexualitet i våra terapier. Forskning har visat att just sexualitet är ett ämne som många terapeuter drar sig för att prata om, medan många patienter önskar att deras terapeuter tog upp det oftare. Syftet med studien är således att försöka förstå vad som hindrar oss terapeuter från att ta upp det. Detta är ett relativt outforskat område, vilket gör det spännande att fördjupa sig i.

Intervjun kommer att handla om dina tankar om psykoterapi generellt, och din erfarenhet av att prata om sexualitet i ditt arbete som terapeut.

Ditt deltagande innebär att du låter dig intervjuas under ca 1 timme om ditt arbete som terapeut. Intervjun spelas in och transkriberas sedan. Inga namn eller platser kommer att finnas med i den transkriberade intervjun för att värna anonymiteten. När transkriberingen är genomförd kommer ljudfilen att raderas. Ditt deltagande är frivilligt och du kan även efter att intervjun är genomförd hoppa av om du så önskar, din intervju kommer då inte att användas i uppsatsen.

Om du har några frågor eller funderingar får du gärna kontakta mig på mail [wickberganna@hotmail.com](mailto:wickberganna@hotmail.com) eller på telefon 0733-244244

Anna Wickberg