

Erfarenheter av sexualrådgivning vid RFSU

Eva Hedlund

Rådgivning i sexuella frågor och samlevnadsfrågor har förekommit vid RFSU i Stockholm sedan 1930-talet. Sedan 1971 svarar främst en grupp kuratorer för rådgivningen. De arbetar med en psykodynamisk grundsyn och erbjuder möjligheter till samtal. Syftet är att frigöra den enskildes resurser att ta itu med de livsproblem som kan ha tagit sig uttryck i sexuella symtom. Eva Hedlund, kurator vid RFSU, redogör för erfarenheterna av sexkliniken och diskuterar det berättigade i särskilda sexualrådgivningsbyråer.

Kuratorsgruppen

Rådgivning i sexuella och samlevnadsfrågor har förekommit vid RFSU i Stockholm alltsedan klinikens tillkomst i början av 1930-talet. Intresserade läkare — företrädesvis psykiatrer — har varit engagerade i denna verksamhet på kvällstid.

Sedan september 1971 har en grupp på fyra, fem socionomer — alla med lång erfarenhet av socialt behandlingsarbete — i huvudsak svarat för rådgivningen. Syftet är dels att få en ny yrkesgrupps syn på behandling av sexuell problematik dels att utvidga RFSU-klinikens utbildningsverksamhet till att — förutom utbildning i preventivmedelsrådgivning — även omfatta erfarenhet från rådgivning med sexuella problem.

Kuratorsgruppen — i fortsättningen kallad "vi" — är ett självständigt behandlingsteam. Tjänstgöringen för var och en av oss avses vara cirka två år och omfatta en—två kvällar i veckan. Ett mål är att föra tillbaka erfarenheterna från behandlingsarbetet på RFSU till det "vanliga" arbetet — eftersom det är viktigt att kunna bemöta sexuell problematik på vilket arbetsområde sådan problematik än dyker upp! Vi försöker därför

sprida våra erfarenheter och kunskaper från RFSU på vår dagliga arbetsplats och medverkar dessutom i olika sexologiska utbildningssammanhang för kollegor — psykologer, läkare, sjuksköterskor, barnmorskor och skolhälsopersonal. Ett annat mål är att söka göra en bedömning av vad en relativt kort samtalsbehandling (1—cirka 30 samtal) har för effekt på de människor med sexuella problem, som vänder sig till RFSU-kliniken i Stockholm.

Under de dryga tre år som gått sen starten har nio kuratorer tjänstgjort på kliniken. Vi har tagit emot cirka 350 radsökande men betydligt fler har velat komma. Strömmen av sökande ökar hela tiden och väntetiden för nybesök uppgår f n till cirka tio månader, trots att vi tidvis stänger av för nyanmälningar och hänvisar ett växande antal "par" till familjerådgivningen.

Via ett informationsblad, som skickas till dem som ringer och beställer tid, upplyser vi om vår yrkestillhörighet, om att vi kan erbjuda samtal men inte kroppsundersökning eller recept på mediciner, samt om besöksavgiften (40 kr för nybesök, 20 kr för återbesök. Enkel avgift gäller för par).

Vår grundsyn på sexuell problematik

Vi har från början haft uppfattningen att sexuella symtom kan vara ett uttryck för ett sätt att lösa aktuella eller tidigare konflikter och därför inte bör ses isolerade från individens totala livssituation. (Om symtomet har samband med sjukdom av något slag, kan ju detta utredas medicinskt. Kvar står ändå behovet hos den individen att få tala om hur han/hon ska handskas med sin sexualitet under fortsättningen av sitt liv.) Vår psyko-terapeutiska strävan är att nå ett samarbete med den enskilde sökande eller med paret — ett sam-

Sexuella symtom kan vara ett uttryck för inre konflikter. Större självkännedom kan ge ökade resurser att ta itu med problemen.

arbete byggt på förtroende, som förhoppningsvis kan leda till större insikt och förståelse hos den sökande för hur han/hon löser konflikter i stort och därmed till ökad självkännedom. En bättre självkännedom brukar ju leda till att man får större resurser att ta itu med sina problem och därav följer ofta symtomlindring eller t o m symtombefrielse.

Därför uppmuntrar vi människor, som söker för sexuella svårigheter, att tala om *hur* de upplever problemen, om vilka känslor och fantasier som förknippas med sexuell aktivitet, om upplevelsen av den egna kroppen, om känslorna för partnern — ifall det finns någon — eller till andra betydelsefulla personer i omgivningen. Vi uppmuntrar dem att tala om förebilder, ideal, förväntningar. Vi vill också få veta vilka försök till problemlösning som den sökande prövat tidigare.

Hur vi får handledning

Till kuratorsgruppen är knuten en psykoanalytiker som handledare. Hela gruppen träffas på behandlingskonferenser en gång i månaden, varvid två, högst tre långtidsärenden dras. Handledningen är fokuserad till skeenden i den terapeutiska processen (motstånd, försvar t ex), till tolkningar av symboler och symbolhandlingar och till skeenden i relationen kurator—sökande (överföring—motöverföring) etc.

Vid dessa behandlingskonferenser har sista året — som ett led i RFSU:s utbildningspolicy — en del utanförstående terapeuter beretts tillfälle att delta.

En kurator i gruppen finns dessutom till förfogande för enskilda konsultationer åt kollegorna. Problem som ventileras vid dessa tillfällen är t ex hur man bör gå vidare efter ett—två s k intake-samtal och osäkerhet om hur balansen fungerar i en parkontakt. Det är heller inte ovanligt att funderingar av mer diagnostisk karaktär behöver

tas upp. T ex "Hur upplever du det här spelet mellan makarna?" Eller: "Tror du att det är en depression den här mannen egentligen bär på?"

Vilka söker vid RFSU?

De flesta sökande är i åldern 25—40 år, könsfördelningen är ungefär jämn med någon övervikt för män. Omkring 60 % är sammanboende och flertalet har en fast partner. Den sociala situationen avseende utbildning, arbete och ekonomiska förhållanden är i regel god.

De allra flesta formulerar sitt problem som ett sexuellt symtom, dvs de upplever någon form av funktionsstörning. Män söker mest för "oförmåga att få stånd vid samlagsförsök", "för att ståndet viker vid försök till införande i slidan" eller för att "utlösningen kommer för fort". Få män söker numera — i jämförelse med för tio år sedan — för upplevelsen av för liten penis. Det är troligt att många "ytliga" vanföreställningar om betydelsen av en stor penis skingrats genom förbättrad sexualupplysning och den större öppenhet och frispråkighet kring sex som kännetecknat senare år. Under en längre samtalskontakt med män aktualiseras däremot ofta fantasier och föreställningar med rötter i barna- och tonår om penis litenhet och om skador på penis.

Kvinnor presenterar ofta problem som "ingen orgasm vid samlag", "olust eller brist på intresse för sexuellt samliv" eller "smärta och kramper vid samlagsförsök".

Bristande kunskaper om sexuell teknik har under dessa år aldrig föreburits som besöksanledning, vilket vi tolkar som ett tecken på att de flesta har "elementär sexualkunskap". Att man inte kan tillämpa kunskaperna, vittnar ju om att problemen kan ha samband med konflikter av inre natur eller störningar i relationen till partnern.

Merparten har inte sökt för det sexuella problemet tidigare. Om det förekommit, är det läkare

Bristande kunskaper om sexuell teknik har aldrig uppgetts som anledning till besöket på sex-kliniken.

man vänt sig till (tjänste- eller allmänpraktiserande läkare, gynekolog, någon gång psykiater). Grovt hälften av de sökande har besvärats av sina problem så länge de kan minnas. Det är sällan man presenterar en "färsk" problematik.

Förväntningarna hos den sökande

De flesta kommer till kliniken med föreställningen att ett fungerande sexuelliv skulle kunna medföra ett lyckligare och mer tillfredsställande liv i stort. "Om bara det sexuella ordnar sig, blir allt annat bra..." Bakom valet av hjälpstation — sexkliniken på RFSU — finns ofta föreställningen att där finns "experter på sex" som kan bota, ta bort eller förklara det sexuella symtomet. Som regel har man hoppats att problemet skulle gå över av sig självt. Anledningen till att man slutligen söker är att det blivit mer påtagligt, mer besvärande. Mannen som besvärats av erektionssvårigheter eller tendens till för snabb sädesavgång i flyktiga kontakter har träffat en kvinna, som betyder något för honom och som han inte vill mista. Hans förväntningar på hjälp är då direkt kopplade till behovet av hjälp, dvs hur han uttrycker sina förväntningar har samband med hur han upplever sin totala livssituation. "Jag gör vad som helst men det måste gå fort... det kan inte fortsätta så här".

Ett fåtal ställer sig helt pessimistiska till möjligheterna att få en förändring till stånd. Men bakom en pessimistisk inställning kan ligga en förutfattad mening om att man vid besöket ska få sanktion på att man är vad man tror "ett hopplöst fall". "Det är väl inte något att göra?" Bakom pessimismen kan också dölja sig en stark misströstan om att text förhållandet till partern ska kunna förbättras. Man söker "för att ha gjort något" och den pådrivande kraften bakom ett sådant besök kan vara en "oförstående" partner. "Du får gå — det är ju dig det är fel på..."

Det finns också de, som så att säga tar på sig "skulden" och inte vill "dra in" andra parten. "Problemet ligger hos mig helt och hållet. Jag har inte sagt att jag gått hit..." Men vi möter också ensamma människor — människor som tar ett föga aktuellt sexuellt symtom som förevändning

att få tala om hela sin svåra livssituation. Text kvinnan som sökte för oförmåga att få orgasm men som vare sig haft eller velat ha samlag på flera år. Hennes problem handlade i själva verket om att hon sökte efter en identitet. "Jag vet inte vem jag är... det är det jag kommit hit för att få veta... jag har ingen självkänsla". Eller den 22-åriga överviktiga kvinnan som kom för att hon "inte legat med någon", men ville tala om upplevelsen av sig själv. Hon tyckte hon "bar på ett fläskberg" som hon avskydde och hon blev alldes stel i kroppen, när tillfälligheten gjorde att hennes gestalt speglades i ett skyltfönster, som hon skildrade det redan under första samtalet.

Något om behandlingen

Under första året hade vi — av huvudsakligen administrativa skäl — mest engångskontakter. Ett blygsamt försök till utvärdering gjordes av det årets verksamhet varvid bl a de sökande tillfrågades via en postenkät sex månader efter sista besöket på RFSU dels om vad kuratorskontakten betytt för problemets eventuella förbättring och dels rent allmänt för de sökande. Symtombefrielse hade endast skett i ett fåtal fall men de flesta ansåg att kuratorskontakten varit positiv. Detta uttrycktes i att "det var skönt att få tala ut" samt i att "problemen klarnat genom nya perspektiv på situationen".

Ändrad arbetssituation är ett av skälen till att vi de sista två åren kunnat erbjuda längre samtalskontakter vilket resulterat i att korta kontakter (1—5 besök) numera är undantag.

Vi har ingen uttalad målsättning att arbeta gemensamt med par — eller med individalkontakter — utan gör bådadera. I princip bestämmer de sökande själva hur de vill ha det.

Men det händer att några gemensamma samtal med ett par resulterar i att bara den ene fortsätter kontakten.

Eftersom sexuella symtom är så påtagliga, är grogrunden enligt vår erfarenhet god för att öppna en dialog med människor. Sexuella symtom går så att säga inte att "sopa under mattan i längden". De visar sig så uppenbart i relationen till en annan individ och kan försvåra eller helt omöjliggöra

De flesta har provat diverse tekniska knep för att förbättra den sexuella prestationen. Det är när framgången uteblir som man söker s k professionell hjälp.

samliv.

Ofta verkar det som en islossning börjat i och med att man beslutat sig för att söka. Trots att många kommer med en närmast magisk förhoppning på "hjälp" och till en början fokuserar uppmärksamheten kring det sexuella symtommet upplevs det ofta som en lättnad att få tala om sina känslor kring sexualiteten och upplevelsen av det sexuella beteendet. De flesta har förvisso både försökt lära sig och har provat diverse tekniska knep — hämtade ur populärvetenskaplig upplysningslitteratur och från tidningarna sexspalter — i avsikt att förbättra den sexuella prestationen. Det är när framgången uteblir, som man söker s k professionell hjälp. De råd, varav tidningsspalterna är fulla, som att "man ska tala ut med varandra" eller "visa varandra ömhet" eller "slappna av" eller upplysningar som att "det är normalt att onanera sig själv till orgasm" uppfattas ofta som ett hån av dem som inte förmår följa instruktionerna och som inte bär på upplevelsen att det är "normalt" att onanera sig själv till utlösning. Det är möjligt att just detta utflöde på teknisk information som många fåfängt tagit till sig bäddar för samtal kring hur man egentligen upplever sig själv.

Vi försöker att tillsammans med den enskilde sökande eller med paret förstå valet av livsstrategier och utgångspunkten blir ofta i tidigare förhållanden eftersom barn- och ungdomsåren så att säga är den programmeringsperiod under vilken vi alla grundlägger sättet att lösa konflikter.

Men det händer också att vi — t ex med par — arbetar efter en kommunikationsteoretisk modell, där "här-och-nu-situationen" är fokus i behandlingsprocessen. Symtomförbättring inträffar ofta efter åtta, tio samtal men blir för många sökande ett skäl att vilja fortsätta den terapeutiska kontakten för att nå en djupare förståelse för samban-

den mellan aktuella upplevelser och beteenden å ena sidan och tidigare upplevelser och beteenden från framför allt barn- och ungdomsåren å andra sidan. Symtomförbättringen upplevs då inte "tillräcklig", "allt annat blev inte bra . . ." Aggressionsproblematiken är kanske nu det centrala, det man vill arbeta vidare med.

Detta förhållande för med sig allt längre behandlingskontakter och påverkar självfallet väntelistan.

Sammanfattningsvis är vår erfarenhet att sexuell problem sällan kan åtgärdas med enkla upplysningar eller råd. Den 23-åriga kvinnan som söker för kramper och smärta i slidan, när hon försöker ha samlag, är redan gynekologundersökt när hon kommer. Hon har fått rådet att "slappna av" och trösten att problemet nog "går över med tiden". Men ingenting har hänt — hennes rädsla för att knyta sexuella kontakter har bara ökat och hon upplever sig avvikande och annorlunda sina jämnåriga vänner. Vad vi upplever att hon "behöver" är att få tala om *hur* hon öppnar kontakter med män, vad hon känner inför att ha samlag, hur hon upplever sig som kvinna och vad det är som stoppar henne från att flytta hemifrån, när hon säger att det är det hon helst av allt vill. När hon, som i det här fallet, efter sex, sju gånger börjar kunna formulera sin fruktan att såra pappan, som är den av föräldrarna hon känner starkast för genom att flytta och när hon berättar att hon känner ett tungt ansvar för att föräldrarna inte ska skiljas, har den terapeutiska processen börjat. Och utsikterna att förstå hennes symtom klarnar.

Vi upplever alltså att problembilden på RFSU ter sig ungefär som på andra terapeutiska institutioner, när symtomfixeringen släppt och dialogen kring livssituationen kan börja.

Sexkliniker eller ej?

Under de senaste åren har några fristående sexualrådgivningsbyråer inrättats i samhällelig regi. Tendensen pekar mot att det blir fler. Våra erfarenheter av hur problembilden i samband med sexuell svårigheter ser ut, ger oss anledning ifrågasätta om detta är en önskvärd utveckling — en bra fördelning av resurser? Bevarar man då inte fördomar

De institutioner och yrkesutövare som behandlar individuella problem och relationsproblem bör vara väl rustade att ta sig an även sexuell problematik.

om att sexuella problem skiljer sig från andra problem och att det krävs speciell expertis för att komma tillrätta med just denna typ av svårigheter?

Sexuella svårigheter måste dock ses som ett av flera uttryck för hur problem och konflikter kan visa sig och de institutioner — familjerådgivningen, PBU, vissa psykiatriska mottagningar — som är öppna för individuella personliga och relationsproblem borde vara väl rustade att ta sig an även sexuell problematik. Att detta inte sker i större omfattning beror troligen på ovana hos många yrkesutövare att öppna en dialog kring sexualitet. Ändå är sexualiteten kanske det livsområde vi mest "delar" med våra klienter?

Inrättas det specialbyråer för sexuella problem är det troligt att en hel del människor med sk relationsstörningar kommer att söka sig till dessa. Familjerådgivnings- och sexualrådgivningsbyråerna kommer därför att i en hel del fall betjäna samma slags människor bara med den skillnaden att problemfokus inledningsvis kanske skiljer sig åt. Arbetssättet på de skilda byråerna blir ju också

detsamma, såvida men inte på sexualrådgivningsbyråerna kommer att erbjuda helt andra behandlingsmetoder, t ex beteendeterapeutiska (Masters och Johnson), hypnos eller stödterapi med medicamentellt inslag. Men om detta blir fallet, är det viktigt att sexklinikerna varudeklarerar sina behandlingsmetoder, så att människor får en föreställning om vad de väljer för institution för sina sexuella svårigheter.

Om något trots allt talar för speciella sexualrådgivningsbyråer med tonvikten på behandling i ett upplevelsepsykologiskt perspektiv, är det p g a att många människor helt enkelt inte vet vart de kan vända sig med sina problem. De kopplar dem inte till störningar i relationen till partnern, vilket annars kanske skulle ha fört dem till familjerådgivningen. För dem kan sexualrådgivningsbyrån bli en sluss — en inkörsport — till hjälp att bearbeta sina problem, antingen på själva byrån eller via hänvisning inom familjerådgivningen. Vidare kan sexualrådgivningsbyrån vara viktig för dem som har en litet "udda" problematik, så länge de inte har någon annanstans att vända sig.

Men växer fler sexualrådgivningsbyråer upp i samhället och företrädesvis i anslutning till sjukhus, kommer detta tveklöst att försena utvecklingen mot en integrerad syn på och kunskap om sexualitetens mångfacetterade roll och betydelse för individen. Risker är dessutom att sk sexuell problematik isoleras och sjukdomsmärks.