

Klientelet på en sexualrådgivningsbyrå



Bo Carlsson

Vem söker på en sexualrådgivningsbyrå och vad söker han eller hon för? Frågan har studerats genom en systematisk undersökning av 275 patienter som sökt RFSU:s rådgivningsklinik i Göteborg januari 1964—april 1965. Undersökningsresultaten redovisas i denna och följande artikel. Artikelförfattarna är läkare vid kliniken ifråga.



Claes-Göran Westrin

Registreringarna omfattade *enklare demografiska och sociala uppgifter* såsom kön, ålder, civilstånd, yrke och utbildning. *Anledningen till konsultationen* bedömdes, dels med hänsyn till vad som uppfattades som den huvudsakliga anledningen, dels med hänsyn till betydelsen av vissa normuppfattningar hos patienterna eller deras omgivning. Besvärens duration före den aktuella konsultationen registrerades. *Beträffande tänkbara bakgrundsfaktorer till sexuella problem* inriktades undersökningen dels på en skattning av de sökandes psykiska vulnerabilitet bedömd efter en kortfattad psykiatrisk exploration, dels på de sökandes egna uppgifter om uppväxtmiljöns inställning till sexualiteten.

Både de skönlitterära och facklitterära alstren inom sexologins domäner är rikhaltiga. De ger emellertid tämligen mager handledning ifråga om både diagnostik och behandling av sexuella problem för en rådgivare i sexuella frågor. Detta kan vara förståeligt, då det gäller problem, som vetenskapligt är svårangripbara, dels på grund av den mångskiftande orsaksbakgrunden, dels på grund av svårigheterna att insamla pålitliga data.

För att som läkare vid RFSU:s rådgivningsbyrå i Göteborg få ett fastare grepp om vårt klientels sammansättning registrerade vi systematiskt vissa uppgifter beträffande samtliga sökande under tiden januari 1964—april 1965.

Registreringen av de ifrågavarande variablerna baserades på uppgifter, som huvudsakligen kunnat inhämtas inom ramen för ett ordinarie anamnestagande. *Beträffande flera av variablerna saknas uppgifter för en del av materialet.* Detta sammanhänger i vissa fall (se nedan) med att variabeln registrerades under endast en del av undersökningsperioden. Därutöver föreligger ett fåtal "missing data" på grund av registreringsfel och försummelser.

Artikeln anknyter till ett föredrag i Göteborgs Läkarsällskap hösten 1966.

Tabell 1 Klientelets fördelning på kön, ålder och civilstånd.

Alder	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—	Summa
<i>Kvinnor</i>	6	37	11	3	5	1	0	63
Därav:								
Ogifta	4	10	3	0	0	0	0	17
Gifta	2	26	7	2	4	1	0	42
Franskilda el. änkor	0	1	1	1	1	0	0	4
<i>Män</i>	5	75	52	48	24	7	1	212
Därav:								
Ogifta	5	41	8	8	2	1	0	65
Gifta	0	33	41	35	20	3	1	133
Franskilda el. änklingar	0	1	3	5	2	3	0	14

Under ovan nämnda undersökningsperiod hade vi 275 besök, varav 211 var förstagsbesök. 247 sökande var bosatta i Göteborg, 28 i annan stad, tätort eller på landsbygden.

Materialet är enligt vår subjektiva bedömning både beträffande sin sammansättning och sin problematik i stort sett representativt för det klientel, som sökt RFSU:s rådgivningsbyrå i Göteborg under de sex år vi arbetat vid byrån.

Kön, ålder och civilstånd

Materialet består av 212 män och 63 kvinnor (tabell 1). Orsakerna till att männen är så kraftigt överrepresenterade kan inte belysas av föreliggande undersökning. Flera tänkbara skäl kan dock framhållas. Kvinnorna kanske söker direkt hos gynekologerna för sina sexuella problem. De sexuella prestige- och normalitetsproblemen kan vara mer kännbara hos männen och skapa en starkare motivation för sexuell rådfrågning. Männen "frigjordhet" kan vara större, etc.

Kvinnorna i materialet är nästan helt koncentrerade till yngre åldersgrupper. Nära två tredjedelar (37/63) av de kvinnor som sökt är koncentrerade till åldersgruppen 20—29 år. Även bland männen representerar denna åldersgrupp relativt sett flest sökande (75/212) men åldersfördelningen är här betydligt mer jämt fördelad.

Snedfördelningen beträffande kön och ålder är särskilt markant inom gruppen ogifta, där det

finns femton män men inte en enda kvinna över 35 års ålder. Man kan fråga sig: går alla ogifta kvinnor över 35 års ålder till gynekologen med sina sexuella problem? Eller har psykiska försvarsmekanismer av olika slag förminskat eller trängt bort eventuella problem för kvinnor i dessa åldrar?

Utbildning och yrke

Uppgifter om utbildning förelåg beträffande 257 individer. 177 av dessa hade enbart folkskoleutbildning, eventuellt kompletterad med kurser, 40 realexamen eller motsvarande, 29 studentexamen eller motsvarande, 15 påbörjade akademiska studier eller akademisk examen.

Vid fördelning på yrkeskategorier (med en indelning efter Quensel — tabell 2) svarar gruppen akademiker, lärare etc. för c:a 10 % (29/269) och gruppen arbetare för c:a 50 % (123/269) av

Man kan fråga sig: går alla ogifta kvinnor över 35 års ålder till gynekologen med sina sexuella problem? Eller har psykiska försvarsmekanismer av olika slag förminskat eller trängt bort eventuella problem för kvinnor i dessa åldrar?

Tabell 2 Klientelets fördelning efter yrke.

	Män	Kvinnor	Summa
Akademiker, övriga lärare, officerare etc.	23	6	29
Högre tjänstemän, större företagare	4	3	7
Småföretagare, handlande	6	1	7
Lägre tjänstemän	55	26	81
Hantverkare	15	1	16
Arbetare med eller utan yrkesutbildning	99	24	123
Restgrupp	6	—	6
Uppgift saknas	4	2	6
Summa	212	63	275

klientelet. (För hemmafruar har makens yrkeskategori angivits.)

Besvärens duration

Omkring två tredjedelar (176/261) av de sökande har uppgivit en besvärsduration på mer än ett år före den aktuella konsultationen, varvid uppgifterna är tämligen likartade för de båda könen. (Missing data 14.) Mer än en tredjedel (99/261) skall ha haft sina sexuella besvär under mer än tre års tid (tabell 3) varvid det bör observeras, att den sistnämnda durationsangivelsen inte sällan är liktydig med hela den sexuellt aktiva perioden av vederbörandes liv.

Sociala normer

Betydelsen av sociala normer beträffande sexuella beteenden och prestationer torde vara uppenbar för var och en, som arbetar med sexualrådgivning. Sådana normer kan gälla den subjektiva sexuella prestige, kravet att vara "riktig karl" eller "riktig

kvinn". En annan form kan betecknas som en individualistisk hedonism: önskan att maximalt kunna utnyttja de sexuella lust- och lyckomöjligheterna av rädsla att livet skall rinna undan utan att man fått största möjliga utdelning. Det kan också vara frågan om ett utifrån kommande normalitetstryck: partnern kan ha hävdad, att den rådfrågande inte är normal, kanske under hänvisning till egna tidigare sexuella erfarenheter på annat håll etc.

En uppskattning av sådana "normativa" faktorer betydelse har i föreliggande undersökning ofta kunnat ske med utgångspunkt från yttranden av patienterna, där prestigeproblemen, det hedonistiska behovet eller omgivningens "normtryck" spontant ventilerats. I övriga fall har den anamnestiska intervjun kompletterats för att försöka fånga in ifrågavarande aspekter.*)

Icke oväntat framtonar prestigeproblematiken särskilt påtagligt bland männen, där den i mer än hälften av fallen bedömts som ett väsentligt motiv för den aktuella konsultationen (tabell 4). Beträffande kvinnorna har motsvarande prestigemoment bedömts som aktuellt i c:a en fjärdedel av fallen.

Ett påtagligt hedonistiskt motiv har beträffande båda könen noterats i mellan en fjärdedel och en tredjedel av fallen. Ett påtagligt normalitetstryck utifrån har bedömts föreligga i ungefär motsvarande frekvens. I samband med dessa normproblem tycker vi oss inte sällan spåra ett onyanserat konformistiskt tänkande på det sexuella presta-

* Uppgifterna inhämtades endast under en del av undersökningsperioden.

Tabell 3 Uppgifter om besvärsdurationen före den aktuella konsultationen.

Besvärsduration	M Ä N				K V I N N O R			
	Ogifta	Gifta	Övriga	Summa	Ogifta	Gifta	Övriga	Summa
≤ 3 mån.	9	12	3	24	3	3	3	9
> 3 mån. — ≤ 1 år	13	22	2	37	3	11	1	15
> 1 år — ≤ 3 år	24	33	0	57	7	13	0	20
> 3 år	14	61	9	84	3	12	0	15
Uppgift saknas	5	5	0	10	0	4	0	4
Totalt	65	133	14	212	16	43	4	63

Tabell 4. Subjektiva och sociala normproblem i samband med aktuella sexuella problem

Bedömning baserad på anamnestiska uppgifter från 187 undersökta män och 56 undersökta kvinnor.

Förekomst av påtagliga eller dominerande:

	Män	Kvinnor
Sexuella prestigeproblem	103 (55 %)	13 (23 %)
Individuella hedonistiska problem	49 (26 %)	17 (30 %)
Upplevelser av utifrån kommande konformistiskt tryck	35 (19 %)	15 (27 %)

tions- och upplevandeplanet, som för många patienter utgör en svår plåga.

Uppväxtmiljöns inställning till sexualiteten

Uppgifter om uppväxtmiljöns inställning till sexualiteten inhämtades endast under en del av registreringsperioden. Av 206 tillfrågade uppgav endast 31 (ca 15 %) en uppväxtmiljö med en öppen och naturlig inställning till sexualiteten. 29 (ca 15 %) uppgav att man i hemmet som regel aldrig talat om sexualitet — varken i positiv eller negativ bemärkelse, medan icke mindre än 146 (ca 70 %) uppgivit en sexualfientlig eller i varje fall fullständigt sexualdissocierande uppväxtmiljö.

Psykisk vulnerabilitet och psykisk insufficiens

På bas av kortfattad psykiatrisk exploration bedömdes c:a 30 % (73/259) av de undersökta som påtagligt psykiskt vulnerabla. (Missing data 16.) Ytterligare c:a 30 % (78/259) uppfattades som lätt psykiskt vulnerabla. Beträffande övriga 40 % (108/259) fann vi ej hållpunkter för någon påtaglig psykisk vulnerabilitet. Var femte rådfrågande (50/259) sade sig tidigare sökt allmänpraktiker, kroppsläkare eller psykiater för "nerverna". Beträffande c:a 10 % (27/259) bedömdes helhetsbilden som mer eller mindre dominerad av ett direkt psykopatologiskt inslag, vilket i några fall motiverade fortsatt psykiatrisk specialistvård. Det rörde här fall där t. ex. de sexuella problemen uppfattats som sekundära till en regelrätt depressiv insufficiens etc.

Huvudanledningen till rådfrågningen

Uppdelningen av klientelet efter huvudanledningen till rådfrågningen har inriktats på att ge en grov översiktsbild av de problem, som patienterna vid rådgivningsbyrån erbjuder (tabell 5). Klassifikationen har i stort sett inte inneburit några svårigheter. I vissa avseenden har gränsdragningen dock måst bli mer eller mindre arbitrar. Vi är också medvetna om att själva principerna för indelningsgrunden kan diskuteras, och att man med utgångspunkt från en annan klinisk eller social referensram kunde ha värderat problemens valör enligt andra grunder.

Sterilitetsproblem

De sterilitetsproblem, som vi kommit i kontakt med, har endast rört män. Ibland har det varit gifta män, som undrat varför det inte blivit barn i äktenskapet. Ibland asteniker som för säkerhets skull velat övertyga sig om — och stundom också ha papper på — att de kan avla barn. Ibland män som har haft påssjuka och som hört talas om sterilitetsrisken och av den anledningen vill bli undersökta. Dessa fall har som regel gått vidare till urologisk specialist.

Somatisk sjukdom eller defekt

Gruppen somatisk sjukdom eller defekt avser ett fall av höggradig fimosis samt ett par fall av prostatit. Det är en blygsam grupp i denna tablå, men det bör understrykas, att detta sammanhänger med att vi valt att klassificera fallen efter huvudanledning till rådfrågningen. Bilden hade blivit något annorlunda, om vi också kunnat presentera siffror på bidragande orsaker till de besvär, som föranlett konsultationen. Inte minst när det gällt rubbningar i den sexuella prestationsförmågan är det väsentligt att uppmärksamma den

Av 206 tillfrågade uppgav härvid endast 31 (ca. 15 %) en uppväxtmiljö med en öppen och naturlig inställning till sexualiteten.

Tabell 5 Huvudanledningen till rådfrågningen.

	Antal	%
Sterilitetsproblem	17	6
Somatisk sjukdom eller defekt	3	1
Allmän rådfrågning	18	7
Sexuella hypokondrier, anankasmer, fobier etc. (intrapersonella sexualpsykologiska problem)	20	7
Allmänna äktenskapliga samlevnads-svårigheter (med sekundära sexuella problem)	10	4
Partnerns sexuella aktivitet för stark eller för svag ("sexuella samlevnadsproblem")	36	13
Oförmåga till orgasm, smärta vid samlag, vaginism, "frigidity"	30	11
Erektionsproblem, för tidig utlösning, oförmåga till utlösning och kombination av dessa besvär	141	51
Summa	275	100

eventuella förekomsten av en allmän funktions- och konditionsnedsättande process. Pågående sjukdom eller konvalescens efter diabetes, multipel scleros, allergier, anemier, hjärtinfarkt är några av de exempel vi stött på, delvis inom ramen för föreliggande material. Motsvarande konditionsnedsättande effekt kan givetvis också härröra från en pågående psykisk sjukdom, framförallt depressioner och cerebrolesionella tillstånd. I andra fall har toxiska påverkningar på nervsystemet sannolikt varit av betydelse. Det kan gälla sviter av ohygieniska alkoholvanor eller följder av medicinering med t. ex. psykofarmaka eller blodtrycksmedicin.

Allmän rådfrågning

Gruppen allmän rådfrågning rymmer alla tänkbara frågeställningar, varvid bristen på elementära kunskaper, både ifråga om den egna och motpartens anatomiska och fysiologiska förhållanden är påtaglig också på utbildningsstadier, där större allmänbildning vore att vänta. Frågor om olika preventivmedel och deras olika grad av säkerhet är ganska vanliga. Ofta återkommande är också normalitetsbetonade frågor av typen "hur skall man uppleva en normal utlösning", "hur

ofta är det normalt att ha samlag", "är det normalt att få utlösning från clitoris", "är det normalt med olika samlagsställningar" etc.

Interpersonella problem

Gränsen mellan den allmänna rådfrågningen och de intrapersonella sexualpsykologiska problemen blir stundom flytande. Med den sistnämnda termen har vi emellertid velat avgränsa en grupp av fall, där den subjektiva, personliga upplevelsen av sexualproblemen har varit dominerande. Denna grupp rymmer åtskilliga fall med en väsentligen klinisk-psykiatrisk valör, som kan betecknas som sexuella hypokondrier. Det kan gälla en rädsla att vara "underutvecklad" för att använda den manlige patientens egen terminologi, oftast liktydigt med för liten penis. Motsvarande kvinnliga problem är för stor vagina. Dessa hypokondrier har i vårt material ofta karaktären av en övertydlig idé. I några fall har svåra tvångsnervösa onanibesvär eller för samlevnaden invaliderande samlagsfobier förelegat.

Till denna grupp har också räknats de fåtaliga personer som sökt för homosexualitet eller andra problem besträffande den sexuella driftsinriktningen.

Andra problem med anknytning både till detta avsnitt och det nedan kommande om sexuella samlevnadssvårigheter har huvudsakligen haft en moralisk valör med anknytning till det tidigare nämnda normtänkandet. Bakom dessa moraliska problem anar man ofta ett samband med en sexualfientlig uppväxtmiljö, som har inducerat en inställning till sexualiteten som "låg", "smutsig", "syndig", "skamlig", "ful", "djurisk", vilket allt är direkta patientcitat.

Den moraliska känsligheten kan emellertid också få mycket sensibla uttryck, i korthet exemplifierat med följande fråga från en tonåring: "Är det orätt av mig att onanera, när min sexualdrift är så stark, att min flicka inte kan tillfredsställa den och när jag vill spara min kärlek för henne och inte söka mig till andra?"

Äktenskapliga svårigheter

Gruppen äktenskapliga samlevnadssvårigheter

Exempel på ett stereotypt och statistiskt normtänkande kommer ofta till synes beträffande de sexuella samlevnadsproblem, där uppgifter om partnerns sexuella hyper- eller hypoaktivitet stått i förgrunden.

avser fall, där de sexuella problemen bedöms vara uppenbart sekundära till allmänna samlevnads-svårigheter. I en del fall har detta stått klart redan för de sökande, men de har ändå kontaktat RFSU, kanske i ovetskap om att det existerar en särskild familjerådgivningsbyrå. Det kan ha gällt fall, där varje form av känslöengagemang makarna emellan har försvunnit och endast försörjningshänsynen hållit ihop äktenskapet etc.

Sexuella samlevnadsproblem

Exempel på ett stereotypt och statistiskt normtänkande kommer ofta till synes beträffande de sexuella samlevnadsproblem, där uppgifter om partnerns sexuella hyper- eller hypoaktivitet stått i förgrunden. Inte sällan kan dessa skillnader i sexuell aktivitet föras tillbaka till speciella omständigheter.

Det kan vara stora åldersskillnader med olikheter i libido, som man ej gjort klart för sig. Eller ett bristfälligt emotionellt engagemang från endera parten med åtföljande sexuellt ointresse. Eller omställningssvårigheter till en ny sexuell relation — kanske efter en lång tids abstinens i samband med en skilsmässa eller en tidigare partners sjukdom och död. Eller en bristfällig förståelse på det psykologiska planet för temperamentsmässiga olikheter mellan parterna.

Det kan också vara enkla faktiska olikheter ifråga om dygnsrytm, den ena parten utpräglad kvällsmänniska, den andra lika utpräglad morgonmänniska — vilket särskilt i små lägenheter med barn i huset kan vara ett mycket påtagligt praktiskt handikapp för den sexuella samvaron. Eller en otillfredsställande allmän eller sexuell hygien hos ena parten. Eller för den andra parten svår-

smälta särdrag i det sexuella beteendemönstret (ex. mannen som inte kunde ha coitus, därför att partnern ständigt bet och klöste honom, då hon fick orgasm, så att han blev sexuellt avbetingad).

I många fall framtonar även efter ett noggrant anamnestagande endast följande bild: En habituellt relativt lågaktiv kvinna är gift med en habituellt relativt högaktiv man, vilken har krav på en samlagsfrekvens, som kvinnan inte orkar med. Med ett biologiskt normalitetsbegrepp är båda lika normala, men inte desto mindre beskyller han henne för "frigidity" och likgiltighet" och hon honom för en "sjukligt stegrad drift."

Gränsen mellan denna grupp och de nyss i korthet omnämnda äktenskapliga samlevnads-svårigheterna blir givetvis ofta oskarp, i många fall blir det också i det praktiska arbetet helt oklart, vad som är primärt och sekundärt ur etiologisk synpunkt.

"Frigidity"

Gruppen sexuella samlevnadsproblem går i viss utsträckning över i de sista två kategorierna i tabell 5, av vilka den första består av en grupp med oförmåga till orgasm, smärtor vid samlag, vaginism, "frigidity" som mest framträdande besvär.

"Frigidity" har avsiktligt satts inom citations-tecken då det huvudsakligen är patienternas eget uttryck. Den semantiska oklarheten beträffande detta begrepp är liksom i övrigt på det sexologiska området ofta påtaglig. Det är därför mycket svårt att kategoriskt avgöra om vi någonsin söks av kvinnor, som kan karakteriseras som verkligt "frigida" i betydelsen, att de är ur stånd att uppleva någon som helst sexuell lust eller lyckokänsla. Däremot söks vi av habituellt lågaktiva individer — av båda könen — vilka på olika sätt har traumatiserats och därför enligt psyko-dynamikens lagar kommer att uppleva ett skenbart totalt utslocknande av den sexuella lusten och aptiten.

Ett icke ovanligt förhållande är följande. En kvinna, som subjektivt har varit nöjd med sin sexualitet och upplevt fullvärdig orgasm, genomför en normal graviditet och en normal förloss-

ning men upplever därefter en successiv minskning av sin libido och orgasmförmåga, så att hon till slut hamnar i ett tillstånd av inte bara sexuellt ointresse utan direkt motvilja mot varje form av sexuellt färgad beröring från motpartens sida. En liknande pseudofrigiditet uppträder ibland i samband med P-pillermedicinering.

I detta sammanhang må också nämnas många kvinnors klagan beträffande det ur deras synpunkt alltför korta förspelet. "Tänk om han ville lära sig att han skulle börja redan på morgonen och fjäska lite för mig för att det skulle bli bra på kvällen!" "Om han visste vad det skulle betyda mycket om han bara t. ex. ville hjälpa mig med disken" är två direkta citat från kvinnor som sökt för "frigiditet".

Med jämna mellanrum söks vi också av kvinnor som klagar över "frigiditet" varvid det vid konsultationen framkommer mycket klart, att de får en fullständig clitorisorgasm, som emellertid var-

ken av dem själva eller deras partner betraktas som "normal", inte sällan med hänvisning till uppgifter i populär sexuell "upplysningslitteratur."

En rad påtagliga orsaksfaktorer finns ofta med i bilden hos kvinnor, som söker för "oförmåga till orgasm": stor och asteniserande arbetsbörda, nattvak, dåliga och otrygga bostadsförhållanden, ekonomiska bekymmer samt sexuell oerfarenhet och okunnighet hos både kvinnan själv och hennes partner. Sist men definitivt icke minst spelar givetvis det psykologiska reaktionsmönstret på partnern i dessa fall en ofta avgörande men nästan lika ofta svårpenetrerad roll.

Den sista gruppen av orsaker till rådfrågningen består av *erektionsproblem, för tidig utlösning osv.* Detta är den ojämförligt största gruppen och rymmer så många synpunkter, att de skall behandlas i en särskild artikel med titeln "Sexuell insufficiens hos mannen".

För rationellare kontorsrutin

- **Stenografering**
engelska, tyska, franska
- **Maskinskrivning, maskinräkning**
Renskrivning, adressskrivning, utskrifter efter Rex-Recorderskivor och bandspelare
- **Fakturering**
utskrivning av tabeller och dylikt
- **Översättningar**
- **Bokföring**
manuell och maskinell

- **Kopiering**
Rank Xerox- och fotostatkopior
- **Duplicering**
stencilduplicering
- **IBM COMPOSER**
Framställning av reproduktionsfärdigt textmaterial

ellstenografens
skriv & bokföringsbyrå ab

Kungsgatan 55 t. h. 3 tr.

111 22 Stockholm

Växel. 21 67 01, 03, 10, 11