

Snakker terapeuter for lite om seksuell helse?

Depresjon kan henge sammen med seksuelle utfordringer. Derfor må terapeuter tørre å ta opp temaet.

Forfatter

Tine Hegg

Klinisk sosionom

Enhet for psykososialt arbeid, Kommunal psykisk helse, Frogn kommune

seksuell helse

Depresjon

Samtaleterapi

skam

Sykepleien 2019 107(77406)(e-77406)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77406>

Hovedbudskap

Mennesker som sliter med depresjon, føler ofte at de har redusert livskvalitet og utfordringer knyttet til seksuell helse. Et velfungerende seksualliv har stor betydning for trivsel og velvære. Derfor er det viktig at vi i helsevesenet våger å snakke om dette temaet.

I arbeidshverdagen min møter jeg mange eldre pasienter med ulike behov. Det mest utfordrende er å kartlegge den seksuelle helsen til voksne, kvinnelige, deprimerte pasienter. Årsaken kan være at negative holdninger til seksualitet hos eldre setter en stopper for seksuelle uttrykk.

Jeg opplever at helsevesenet svikter når det gjelder kartlegging av slike vansker. Eldres egne holdninger til seksualitet, der de blant annet skammer seg over egne behov, fremmer heller ikke noen åpen diskusjon om seksualitet i samtalerommet.

Hensikten med artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å drøfte i hvilken grad seksualitet og seksuell helse kan få en naturlig plass i samtaleterapi i den kommunale helsetjenesten for kvinnelige, voksne pasienter 45–60 år som har fått diagnosen depresjon, eller som selv definerer at de har en depresjon.

Hensikten er å sette søkelyset på hvordan terapeuter i kommunal førstelinjetjeneste kan være med på å avklare hvorvidt depresjonen henger sammen med relasjonen de er i. Da kan pasientene få et bedre behandlingstilbud og ikke minst avdekke seksuelle utfordringer som bør henvises for videre behandling.

Metode

Deprimerte pasienter føler ofte at de har redusert livskvalitet med utfordringer knyttet til den seksuelle helsen. I denne artikkelen benytter jeg en anonymisert casestudie (1) for å belyse betydningen av terapeutens sexologiske kompetanse om temaet «seksualitet i samtaleterapi». Jeg ønsket også å undersøke i hvilken grad det er rom for å diskutere seksuell helse med deprimerte pasienter i samtaleterapi.

I tillegg vil jeg påpeke at det er uklare retningslinjer og manglende videreutdanning for terapeuter i primærhelsetjenesten. Klarere retningslinjer og faglig oppdatering kan bidra til at terapeuter blir bedre egnet til å diskutere pasientens seksuelle utfordringer i samtaleterapi.

Litteratursøk i ulike databaser, som PubMed, Medline, Cochrane Library og Psykologtidsskriftet.no, viser at tematisering av eldres seksuelle helse er utfordrende for terapeuter i primær helsetjeneste. Samtidig er temaet lite studert.

Det å skape en god terapeutisk allianse mellom pasienten og terapeuten (2, 3) er en forutsetning for å belyse forskjellige depresjonsrelaterte problemstillinger knyttet til den seksuelle helsen. Begrensninger med en casestudie er at innsamlede data ikke er generaliserbare, og studien kan påvirkes av skjevhet som utfordrer påliteligheten og gyldigheten (1).

Artikkelen baserer seg på en fordypningsoppgave i seksuell helse og seksualitetsundervisning ved Oslomet – storbyuniversitetet. Refleksjonene gjenspeiler mine egne erfaringer i min praksis som terapeut i kommunehelsetjenesten.

Lokalt tilbud

I kommunen jeg arbeider i, er det et bredt tilbud med vakttelefon og søknadskontor. Tanken er å supplere med tiltak for enkelte pasienter, slik som et lavterskeltilbud og rask tilgang til de ulike helsetjenestene.



«Vi har ingen god praksis for å diskutere verken seksualitet eller seksuell helse med voksne brukere.»

Vi er en tverrfaglig stab i det psykiske helseteamet som består av en psykolog, en klinisk sosionom og tre psykiatriske sykepleiere, og vi sørger for smidige overganger mellom de ulike, tilpassede kommunale helsetjenestene til enhver tid.

Vi har ingen god praksis for å diskutere verken seksualitet eller seksuell helse med voksne brukere, kanskje fordi vi mangler bevissthet og kunnskap om seksuell helse i helseteamet for å kunne ta opp tematikken og avdekke forholdet mellom seksuell helse og depressive lidelser.

Når det gjelder seksuell helse, er utfordringen vår å utforme tjenester som påvirker seksualiteten og sette inn tiltak som skal fremme positiv seksuell helse og god livskvalitet (4).

Depressive lidelser

Depresjon er en sammensatt sykdom som krever grundig kartlegging for å kunne fange opp belastningsfaktorer og årsaker.

I Norge er depresjon den psykiske lidelsen blant voksne som er mest utbredt (5, 6). Mellom 6 og 12 prosent av befolkningen sliter med depresjon til enhver tid, og livstidsprevalensen er rundt 40 prosent (7).

Betydelig flere rammes av redusert livskvalitet en eller annen gang i løpet av livet, og det er langt høyere forekomster av angst og depresjon blant kvinner enn blant menn. Det er dessuten flere som ikke rapporterer at de har en plage eller lidelse, og som ikke oppsøker helsepersonell (8).

Grunnsymptomene er depressivt stemningsleie, manglende interesse for lystbetonte aktiviteter, svekket konsentrasjon og oppmerksomhet og fravær av aktiviteter som gir mening, slik som arbeid eller skole. Dårlig fungerende seksuell helse kan også gi tilleggsdepresjonssymptomer i form av negativt selvbilde, skamfølelse og selvnedvurderinger (9).

Forebygging

De vanligste behandlingsformene for depresjon i dag er samtalebehandling og antidepressive medikamenter, som har til hensikt å forebygge psykiske problemer.

Forholdet mellom seksuell uhelse og depresjon er lite undersøkt. Samtidig er det stor enighet i faglitteraturen om at positive og gode holdninger til sin egen kropp og seksualitet kan bidra til seksuell glede og tryggere seksuell identitet.



«Forholdet mellom seksuell uhelse og depresjon er lite undersøkt.»

Seksuelle utfordringer kan ofte knyttes til samlivsproblemer, spesielt i forbindelse med kroppslige og hormonelle forandringer i voksen alder. Da kan parseksualiteten oppleves som problematisk. Større åpenhet i samtaleterapi om seksualitet samt bedre tilgang på rådgivning om seksuelle problemer bidrar ofte til å forebygge seksuelle og relasjonelle problemer (10).

Seksuell helse og seksualitet

Seksualitet kan ofte beskrives med den ømheten, nærheten, fortroligheten og bekreftelsen som kan knyttes til et erotisk forhold. Den påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker. Forplantning, sex og samleie er de vanligste temaene vi tenker på når vi hører ordet seksualitet.

Enkelte tenker på egen seksualitet som noe tabubelagt, privat, skamfullt eller kanskje også skittent (11). Et tabubelagt tema kan være utfordrende i samtale med pasienter som skal beskrive sin eldre seksualitet og seksuelle preferanser.

Fravær av god seksuell helse kan komme til uttrykk i form av ulike typer fysiologiske og mentale tilstander, som blant annet funksjonsnedsettelse av reisningen, redusert evne til å oppnå orgasme og skamfølelse. Selv om seksuell uhelse er ganske vanlig, er det likevel mange som ikke søker hjelp hos helsepersonell.

Derfor er seksuelle problemer ofte skjult for behandlingsapparatet. Som terapeut leter jeg etter faktorer som bidrar til at seksualitet fortsatt er et underkommunisert tema i samtaleterapi. Noen av disse faktorene kan relateres til skamfølelse hos pasienten, manglende empati hos terapeuten eller en svak terapeutisk allianse mellom pasienten og terapeuten.

Terapeutisk allianse

Terapeutisk allianse er en metodisk tilnærming med relasjonsbygging mellom terapeuten og pasienten. Alliansen kjennetegnes ved at terapeuten og klienten er enige om målene med terapien og metodene som skal benyttes for å nå målene i behandlingsprosessen.

All handling i terapirommet, inkludert kroppsspråk, verbal og ikke-verbal kommunikasjon, gir informasjon som påvirker pasientens persepsjoner og antakelser (12).

Ut fra min personlige erfaring som terapeut kan kvaliteten på og styrken ved etablerte relasjoner øke sannsynligheten for at man får til et godt behandlingsresultat. Det at terapeuten er et medmenneske som formidler håp, trygghet og realistisk optimisme, bidrar til å danne gode relasjoner mellom pasienten og terapeuten i behandlingsprosessen.

Case: samtalen med Bjørg

Bjørg i femtiårene er gift med Ole i slutten av femtiårene, og de har vært gift i over 30 år. De har flere barn sammen. Bjørg har vært hjemmeværende, selv om hun tok en hjelpepleierutdannelse da hun var yngre. Ole jobber som elektriker på et skip i utenriksfart. Han jobber i turnus to uker på og tre uker av. Bjørg beskrev ekteskapet med Ole som turbulent og opplevde Ole som dominant og egoistisk, samtidig som de hadde et varmt og aktivt sexliv.

Bjørg tror at sexlivet dem imellom har bidratt til at de har holdt ut med hverandre i disse årene.

Bjørg tok kontakt med helseteamet i kommunen fordi hun følte seg deprimert og hadde behov for å ha noen å snakke med. Etter tre–fire samtaler begynte Bjørg å snakke om mannen sin og seksuallivet deres.

Bjørg beskrev gråtende at hennes mann ikke lenger viste noen tegn til å ville ha sex med henne. En kveld hun gikk og la seg, kom mannen hennes til sengs noen timer senere. Etter en stund gjorde Bjørg tilnærmelser og viste at hun ønsket samleie. Ole avviste henne og svarte følgende: «Jeg er ikke 20 år lenger, så jeg føler at lysten på sex er over for min del.» Bjørg fortalte at hun snudde seg vekk uten å si noe mer, og følte seg trist og krenket. Ole reiste ut igjen på jobb, og Bjørg slet nå med avvisningen og fraværet hans av seksuell lyst og hans manglende oppmerksomhet overfor henne. Bjørg forsto etter noen måneder at Ole hadde møtt en annen kvinne, og brøt sammen i sinne og gråt.

Refleksjoner og erfaringer

Björg kom til samtale på mitt kontor første gang i 2017. På vårt første møte fortalte hun om sin familie og de belastningene hun hadde vært gjennom i livet. Hun fortalte at hun trodde hun slet med depresjon fordi hennes far hadde opplevd perioder med depresjon. Hun kom til samtalebehandling med mer eller mindre eksplisitte og implisitte ønsker om å få hjelp til å mestre sine depressive tanker.

I den tredje samtalen spurte jeg tilfeldig om hvordan deres sexliv hadde fortont seg i årene som ektepar. Det viste seg at fraværet av seksuell nærhet i livet hennes den siste tiden var hovedårsaken til hennes depressive lidelsene.



«Vanligvis pleier jeg ikke å diskutere seksuell helse med mine pasienter hvis de ikke initierer det selv.»

Forskning viser at det er terapeuten selv som påvirker i hvilken grad temaet seksualitet blir tatt opp, utelukkes, marginaliseres eller opprettholdes i samtaleterapi (13, 14). Vanligvis pleier jeg ikke å diskutere seksuell helse med mine pasienter hvis de ikke initierer det selv.

Hvorfor er det slik?

Manglende empati og terapeutisk allianse er mulige årsaker til at jeg sjelden tar initiativ til å snakke om seksuell helse med pasientene. Men det kan også være manglende kunnskaper og retningslinjer i kommunehelsetjenesten som gjør at vi terapeuter føler oss usikre på å ta opp seksualitet som tema i samtaleterapien. Dersom vi ikke tar opp dette temaet, kan det medføre feildiagnostisering og uriktig behandling av pasienter.

Bjørg ønsket å fremstå som en selvstendig og ressurssterk dame med kontroll over sitt eget liv. Samtidig opplevde jeg at skamfølelsen til Bjørg sannsynligvis var til hinder for å innrømme at hun hadde blitt avvist av mannen sin. Avvisningen kunne føre til at Bjørg følte seg verdiløs som kvinne.

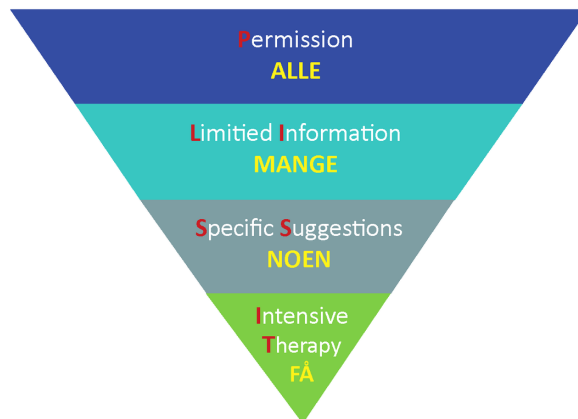
PLISSIT-modellen

I denne casen fremkommer det klart at jeg skulle ha koplet på PLISSIT-modellen som metodisk verktøy i samtalen.

PLISSIT-modellen (15) er en konseptuell, sexologisk intervensjonsmodell lansert av Jack Annon i 1976. Almås og Hildebrand (16) bruker metaforen «fra trakt til pyramide» for å beskrive hvordan modellen kan brukes som støttende verktøy i planlegging av sexologisk behandling. Modellen har fire ulike nivåer (figur 1):

Figur 1. PLISSIT-intervensjonsmodell

Modellen brukes som støttende verktøy i planlegging av sexologisk behandling.



Kilde: Almås og Hildebrand (16)

Jeg skulle først ha invitert til tematikken seksuell helse ved å be om tillatelse til å snakke om relasjon og seksualitet (P-nivå, «Permission» [tillatelse]). Deretter skulle jeg latt pasienten fortelle fritt om sine tanker og følelser rundt dette teamet. Terapeuten burde da antakeligvis ha forstått at avvisningen fra hennes mann var et problem som tok større plass i følelseslivet hennes enn antatt.

Etter hvert ville man beveget seg opp til nivå 2 (L, «Limited Information» [begrenset informasjon]) og snakket om ulike utfordringer rundt avvisningen og seksuallivet. Kartlegging på dette nivået hjelper terapeuten med å få bedre oversikt over problematikken.

Terapeuten bør også vurdere muligheten for å henvise pasienten videre for å få en ekspertvurdering fra sexolog eller psykolog med spesiell kompetanse i sexologi – nivået 3 (SS, «Specific Suggestions» [spesifikke forslag]) og 4 (IT, «Intensive Therapy» [intensiv terapi]).

Utfordringen på alle nivåene for terapeuter og annet helsepersonell er å spørre seg selv som følger: «Hvordan kan jeg forstå pasientens utfordringer best mulig slik at jeg kan yte optimal hjelp til å oppnå bedre psykisk helse og livskvalitet?»

Avslutning og utfordringer

Det er viktig å utvikle gode relasjoner med pasientene for å kunne tematisere seksuell helse i terapirommet. Jeg hadde ikke oppnådd utviklingen i samtalene hvis jeg ikke hadde klart å etablere en god allianse med Bjørg basert på en empatisk tilnærming underveis i samtalen. Empatien kan forankres i felles samspill og uttrykk av kroppsspråk, samme type øyekontakt, smil og latter.

Det terapeutiske arbeidet er tjent med respektfulle og empatiske holdninger som fremmer en støttende atmosfære, og som bygger på brukerens egne oppfatninger og prioriteringer.



«For terapeuter er det viktig med mer kunnskap om temaet seksualitet.»

Ut fra min samtale med Bjørg og andre pasienter ble jeg mer bevisst på at flere faktorer må være på plass for at jeg skal kunne ta opp seksualitet i samtaleterapien. For pasientene er det også viktig å forstå hvordan seksualiteten endrer seg med alderen, ikke minst for å kunne søke hjelp hvis seksuelle problemer oppstår. Da blir det enklere å tilpasse seg en ny livssituasjon.

For terapeuter er det viktig med mer kunnskap om temaet seksualitet, for eksempel i form av tilleggskurs og klare retningslinjer. Uten klare retningslinjer og rammer har terapeuter kun sine egne erfaringer som referanse når vi tematiserer seksualitet i samtale med pasienter som er deprimerte. Dermed øker faren for at vi underrapporterer seksuelt relatert atferd som viser seg som depressive lidelser, noe som kan forårsake feildiagnostisering og feilbehandling.

Eldres negative holdninger til sin egen seksualitet kan sette en stopper for seksuelle uttrykk. Terapeutenes utfordringer er å bryte tabuene ved å initiere temaet seksualitet i samtaler med pasienter som sliter med depressive lidelser. En holdningsendring i samfunnet kan bidra til at helsepersonell ikke er redde for å ta opp temaet seksualitet i møte med pasienter som har seksuelle utfordringer.

Referanser

1. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. 3 utg. Thousand Oaks: Sage; 2013.

2. Berge T, Repål A. Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
3. Ryum T, Stiles TC. Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2005;42(11):998–1003.
4. Bøe D, Thomassen T. Fra psykiatri til psykisk helsearbeid om etikk, relasjoner og nettverk. Oslo: Universitetsforlaget; 2007.
5. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. Am J Psychiatry. 2001;158(7):1091–8.
6. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41:713–9.
7. Sakshaug S, Rønning M, Strøm H, Berg C, Litleskare I, Blix HS, et al. Legemiddelforbruket i Norge 2004–2008: en statistisk fremstilling av legemiddelforbruket i Norge for årene 2004–2008 basert på omsetning av legemidler fra legemiddelgrossister. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport nr. 2009:1 Legemiddelstatistikk.
8. Skogen JC, Bakken IJ, Clench-Aas J, Johansen R, Knudsen AK, Nesvåg R. Folkehelse rapporten 2014. Psykisk helse hos voksne. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg-Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110542::0:7243:5:::0:0 (nedlastet 20.05.2019).

9. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Del 1: voksne. Del 2: barn og unge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
10. Berge T, Repål A. Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
11. Træen B, Schaller S. Talking to patients about sexual issues: experiences of Norwegian psychologists. *Sexual and Relationship Therapy*. 2013;28(3):283–93.
12. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet, ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
13. Øfsti ASK. Parterapi, kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
14. Kunnskapssenteret. Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. Rapport nr. 2–2012.
15. Annon JS. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1976;2(1):1–15.
16. Almås E, Hildebrand A. Fra trakt til pyramide – Plissit-modellen som utgangspunkt for planlegging av sexologisk behandling og utdanning. *Sexologi*. 2003;1:5–10.