



Institutionen för psykologi

”Som att det är en kunskapslucka”

- En intervjustudie om hbt-personers upplevelser av terapi i hbt-avseende

Sara Nilsson & Rebecka Jensen

Psykologexamensuppsats, VT 2010

Handledare: Gunvor Stenlund

Examinator: Roger Sages

Vi vill rikta ett stort tack till alla er som besvarat vår enkät om hbt-personers upplevelser av terapi, samt ett särskilt tack till er som i även intervjuer delat med er av era terapiupplevelser. Utan er hade denna uppsats aldrig varit möjlig. Vi vill även tacka vår handledare Gunvor Stenlund för din tid och kunskap om terapi. Tack också till alla er som hjälpt och uppmuntrat oss på vägen; Signe Bremer, Eva Brodin, Sara Eldén, Håkan Johansson, Elisabeth Nidsjö, Anna Olovsson Lööv och Kerstin Sandell samt till Sveriges Förenade HBTQ-studenter och RFSL för att vi fått låna era lokaler.

Slutligen - tack Aksel och Anna för stöd och kärlek.

Sammanfattning

Studien syftar till att undersöka hbt-personers upplevelser av terapi i hbt-avseende, med fokus på situationer som upplevts särskilt positiva respektive negativa. Då få studier finns på området har en explorativ ansats valts. Nio semistrukturerade intervjuer har genomförts med informanter som rekryterats via en web-enkät. Informanterna har valts utifrån att de haft både positiva och negativa erfarenheter av terapi i hbt-avseende. Studien har en kvalitativ ansats, och materialet har analyserats med hjälp av tematisk analys. Då studien också syftar till att nå en ökad förståelse för vad som händer i den terapeutiska processen har en alliansteoretisk analys genomförts. Den tematiska analysen resulterade i tretton teman: ”terapeutens (o)kunskap”, ”betydelsen av sexuell läggning och könsidentitet”, ”att (inte) känna sig förstådd”, ”att (inte) känna sig trygg”, ”att (inte) känna sig som sig själv”, ”att (inte) känna hopp”, ”att (inte) känna förtroende”, ”att (inte) kunna prata om hbt-relaterade delar av sitt liv”, ”att (inte) kunna prata om det som känns viktigt”, ”att avbyta terapin”, ”klientens mående och syn på sig själv”, ”tilltron till terapeuter och terapi” och ”förhållningssätt till terapi”. Dessa sorterades in under fyra huvudrubriker: ”viktigt i terapin”, ”reaktioner i terapin”, ”konsekvenser för terapin” och ”konsekvenser utanför terapin”. I den alliansteoretiska analysen kan informanternas upplevelser förstås utifrån tidigare erfarenheter av att vara hbt-person i ett heteronormativt samhälle, och huruvida terapeuten upplevts upprepa dessa erfarenheter eller agera på ett nytt sätt. Resultaten diskuteras utifrån möjliga implikationer för terapi med hbt-personer.

Nyckelord: terapi, psykoterapi, hbt, sexuell läggning, könsidentitet, klientupplevelse, terapeutisk allians, heteronormativitet, tematisk analys.

Abstract

This study aims to examine lgbt persons' experiences of therapy from an lgbt perspective, with a focus on situations that have been experienced as especially positive or negative. Since few studies have been conducted on the subject, the study is explorative. Nine semi-structured interviews were conducted with informants who were recruited through a web-based survey. The informants were chosen based on their experiences of both positive and negative situations in therapy. The study has a qualitative, and the method of thematic analysis has been used to analyze the material. Since the study also aims to increase the understanding of the therapeutic process, an analysis of the therapeutic alliance has been conducted. The thematic analysis resulted in thirteen themes: "the therapist's (lack of) knowledge", "the importance of sexual orientation and gender identity", "(not) feeling understood", "(not) feeling safe", "(not) feeling as yourself", "(not) feeling hopeful" "(not) trusting the therapist", "(not) being able to talk about lgbt related parts of your life", "(not) being able to talk about what's important", "quitting therapy", "the client's health and view of him/herself", "confidence in therapists and therapy" and "attitudes towards therapy". These themes were sorted under four main themes: "important in therapy", "reactions in therapy", "consequences in therapy" and "consequences outside of therapy". According to the alliance theoretical analysis the informants' experiences can be understood in connection to their earlier experiences of being an lgbt person in a heteronormative society, and whether or not these experiences have been repeated in therapy. The results are discussed in connection to possible implications for therapy with lgbt persons.

Keywords: therapy, psychotherapy, lgbt, sexual orientation, gender identity, client experience, therapeutic alliance, heteronormativity, heterosexism, thematic analysis.

Innehåll

Innehåll.....	5
Teoretisk bakgrund.....	9
Definitioner.....	9
Hbt-person.....	9
Hbt-avseende.....	9
Sexuell läggning.....	10
Transperson. Transsexualism. Transvestit. Intergender. Cis-person.....	10
Heteronormativitet.....	11
Terapi.....	11
Forskning på hbt-personer.....	12
Hbt-personers hälsa.....	13
Psykoterapiforskning.....	14
Gemensamma faktorer.....	15
Den terapeutiska relationen.....	15
Terapeutisk allians och alliansbrott.....	16
Klienters upplevelser av terapi.....	17
Rollförväntingar.....	18
Positiva och hjälpsamma faktorer.....	18
Hindrande och negativa faktorer.....	19
Terapi med hbt-personer.....	19
Syfte.....	25
Metod.....	255
Epistemologisk och ontologisk utgångspunkt.....	26
Förförståelse.....	266
Informanter.....	277
Urval och rekrytering.....	277
Intervjuer och transkribering.....	288
Analys.....	30
Tematisk analys.....	30
Alliansteoretisk förståelse.....	333
Etik.....	33
Resultat.....	344
Tematisk analys.....	366
Viktigt i terapin.....	366
Terapeutens (o)kunskap.....	36
Betydelsen av sexuell läggning och könsidentitet.....	39
Reaktioner i terapin.....	43
Att (inte) känna sig förstådd.....	43
Att (inte) känna sig trygg.....	44
Att (inte) känna sig som sig själv.....	46
Att (inte) känna hopp.....	47
Att (inte) känna förtroende.....	48
Konsekvenser för terapin.....	49
Att (inte) kunna prata om hbt-relaterade delar av sitt liv.....	49
Att (inte) kunna prata om det som känns viktigt.....	50
Att avbryta terapin.....	51
Konsekvenser utanför terapin.....	52
Klientens mående och syn på sig själv.....	52
Tilltron till terapeuter och till terapi.....	54
Förhållningssätt till terapi.....	55

Alliansanalys	566
Önskan att inte ses som avvikande.....	57
Önskan om kunskap	58
Förändrade roller som hinder för alliansen	59
Önskan att bli förstådd och slippa förklara	60
Upprepande eller vederläggande av scheman	61
Alliansbrott som inte uppmärksammas	61
Stärkt allians genom arbete med hbt-relaterade scheman	63
Förstärkning och försvagning av scheman.....	63
Diskussion	633
Validitet.....	700
Styrkor och svagheter	711
Framtida forskning.....	722
Referenser.....	744
Bilaga A	
Bilaga B	
Bilaga C	

En omfattande psykologisk litteratur kring hb(t)¹-frågor finns, men kunskapen har förblivit osynlig i mainstream-psykologin (Martell, Safren & Prince, 2004). Detta gäller särskilt när det kommer till psykoterapi där betydelsen av klientens och terapeutens sexuella läggning/könsidentitet och av de normer som finns kring kön och sexualitet sällan diskuteras (Philips & Holmqvist, 2008; Safran & Muran, 2000). Historiskt sett har hbt-klienter inte alltid fått den bästa terapeutiska behandlingen. En del hbt-klienter har tvärtom skadats av sina terapeutiska erfarenheter under försök att exempelvis göra homosexuella personer heterosexuella (American Psychological Association [APA], 2009; Eubanks-Carter, Burckell & Goldfried, 2005). På senare år har samhällets och sannolikt även terapeuters attityder till hb(t)-klienter förbättrats i takt med att hbt-personer fått ökade rättigheter och den mediala bilden av hbt-personer blivit mer positiv (Lindholm, 2003; Rosenberg, 2002; Rydström & Mustola, 2007). Inställningen hos terapeuter att behandla sina hbt-klienter ”på samma sätt” som sina heterosexuella klienter kan dock vara problematisk då terapeuter kan ha en heteronormativ utgångspunkt eller vara omedvetna om utmaningar som hbt-personer ställs inför (Eubanks-Carter et al., 2005; Martell et al., 2004). Samtidigt som situationen för hb(t)-personer förändrats på många sätt sedan 90-talet, och det som tidigare varit självklart att dölja nu för många har blivit lika självklart att vara öppen med, har hatbrotten mot hbt-personer ökat (Lindholm, 2003; Tiby, 2000). Livsvillkoren för hbt-personer är idag kanske mer skiljda än någonsin tidigare och sannolikt även behoven och förväntningarna i en terapi. Ett antal rapporter de senaste åren har visat på att den psykiska ohälsan bland gruppen hbt-personer är större än bland populationen i övrigt men också att den skiljer sig stort inom hbt-gruppen (Statens Folkhälsoinstitut, 2005; Larsson, Lilja & Fossum, 2008; Roth, Boström & Nykvist, 2006). Statens Folkhälsoinstitut konstaterar i rapporterna ett samband mellan heteronormativitet och den högre psykiska ohälsa som finns i hbt-gruppen. Svensk forskning kring hbt-personers upplevelser av terapi saknas, däremot visar allt fler rapporter på ett missnöje hos hbt-personer i att bli bemött på ett heteronormativt sätt inom vården (bl.a. Almevall & Englund, 2008; Darj & Nathorst-Böös, 2008; Rödahl, 2005). Som en konsekvens av detta har krav på hbt-kompetens hos vården, inklusive psykologer, artikulrats från många olika håll, både från hbt-rörelsen, myndigheter och från politiker (bl.a. Gustavsson & Landberg, 2010; RFSL-Ungdom, 2010; Olsson & Andersson, 2010; Roth, Boström & Nykvist, 2006).

Philips och Holmqvist (2008) menar att klienters erfarenheter av psykoterapi ofta rymmer en outtalad kunskap om vad som är verksamt och vad som är hindrande i

1 Hbt står för homo- och bisexuella samt transpersoner. ”T” har här satts inom parentes för att markera att den litteratur som avses i högre grad handlat om homo- och bisexuella än om transpersoner.

psykoterapi och att det är en viktig uppgift för psykoterapiforskningen att göra den ”tysta kunskapen” explicit och tillgänglig för utövare av psykoterapi. Amerikansk forskning kring vad hbt-personer har för upplevelser av terapi har bedrivits i ett par decennier och är relativt samstämmig i sina slutsatser kring att terapeuter ibland har en heteronormativ utgångspunkt och att en bekräftande hållning gentemot klientens sexuella läggning/könsidentitet upplevs positiv (Dorland & Fischer, 2001; Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds & Peplau, 1991; Israel, Gorcheva, Burnes & Walther 2008a; Israel, Gorcheva, Walther, Sulzner & Cohen, 2008; Sheerin, 2009). Forskningen indikerar också att diskriminerande beteende² från terapeuter förekommer samt att terapeuter inte har tillräcklig kunskap kring hbt-frågor (Garnets et al., 1991; Israel et al., 2008b; Malley & Tasker, 2007; Sheerin, 2009). Som en konsekvens av detta har American Psychological Association formulerat riktlinjer om etiskt förhållningssätt till hbt-personer. Dessa betonar bland annat vikten av att som terapeut inte ha en heteronormativ utgångspunkt (bias) och att ha kunskap om livsvillkor som är specifika för gruppen (APA, 2000). Den amerikanska forskningen visar att förutom ett antal generella faktorer, som delas av de flesta klienter oavsett sexuell läggning och könsidentitet, finns det även några faktorer som är specifika för hbt-gruppen kring vad de upplever som positivt och negativt i terapi, där heteronormativitet i olika former upplevs som negativt.

Idén till studien föddes efter att under utbildningens gång ha fått ett antal förfrågningar från vänner, kurskamrater och bekanta om huruvida vi kände till någon terapeut med ”hbt-kompetens” eller någon terapeut som hade en ”schysst inställning” till hbt-personer. Bland hbt-personer i vår umgängeskrets diskuterades svårigheten att hitta en terapeut man visste skulle vara bra kring hbt; att vilken terapeut som helst skulle vara det var inget man tog för givet. Vårt intresse för vad det var som efterfrågades hos ”hbt-kompetenta” psykologer och vad det var som kunde hända, som man ville undvika hos de andra terapeuterna, växte. Inför studien samtalade vi också med Elisabeth Nidsjö, psykolog på RFSL-Rådgivningen i Malmö där hon bedriver terapi med hbt-personer. Hon berättade att många av hennes klienter tidigare hade gått i terapi på andra håll men att de efter ett missnöje i hbt-avseende sökt sig till RFSL-Rådgivningen; vissa för att slippa behöva tala om att de är hbt-personer, andra för att få möjlighet att göra det. Utifrån detta samt utifrån de allt fler rapporter om psykisk ohälsa hos, framförallt unga, hbt-personer som publicerades, kände vi att det var en extra angeläget för oss som psykologer att få kunskap om vilka erfarenheter hbt-personer som gått i terapi har av det.

De amerikanska studier som finns är ofta beskrivande till sin karaktär med fokus på att kartlägga vad i terapeutens beteende som upplevs som positivt/hjälpanande respektive

negativt/icke-hjälpande. Även vi är delvis intresserade av just vad hos terapeuten som kan upplevas positivt/hjälpande och negativt/icke-hjälpande men vårt främsta intresse kretsar kring att få en djupare förståelse av hur själva terapin upplevs; hur klienterna tolkar terapeutens beteenden och vilka känslor som väcks i relation till det, samt vilka konsekvenser detta får för terapin. Vi är också intresserade av hur man kan förstå vad som händer i terapin i förhållande till den terapeutiska relationen mellan klient och terapeut när terapin upplevs positiv/hjälpande eller negativ/icke-hjälpande. Detta tänker vi kan bidra till kunskap om vad som kan vara verksamt i hbt-avseende i terapi med hbt-personer och bidra till att hbt-personer på sikt kan få hjälp av terapi på ett än bättre sätt än idag och på sikt också få ökat förtroende för terapeuter.

Som ett första steg i studien, dels för att få en övergripande bild av hbt-personers upplevelser av terapi i Sverige och dels för att rekrytera informanter, utformade vi en webbenkät på temat (se bilaga A). Inom ramen för uppsatsen har det tyvärr inte funnits utrymme att analysera och presentera resultaten på enkäten. Däremot har enkätsvaren fungerat inspirerande och vägledande för oss i utformningen av intervjuerna.

Teoretisk bakgrund

Definitioner

Hbt-person

Vi har i vår uppsats valt att använda oss av begreppet *hbt-personer*, som betecknar homosexuella, bisexuella och transpersoner. Hbt som begrepp är förhållandevis nytt, det användes första gången år 2000³, men har på senare år blivit allt mer etablerat i Sverige både inom forskning, media och vardagspråk (Kom Ut, 2010). Syftet med begreppet är att lyfta fram hur frågor kring sexualitet och kön hänger samman. Det är dock långt ifrån alla hbt-personer som använder begreppen ”homosexuell”, ”bisexuell” eller ”transperson” för att benämna sin identitet. Vissa identifierar sig som *queera*, ibland gällande sexuell läggning, ibland könsidentitet och ibland båda två. Denna identitet kan vara ett sätt att ta avstånd från de kategorier och uppdelningar som finns.

Hbt-avseende

³ Chefredaktören för RFSL:s tidning Kom Ut använde det i en ledartext i tidningen där han förklarade att organisationen framöver alltid skulle använda den termen för att även inkludera transpersoner. En förklaring till att begreppet snabbt fick så stort genomslag kan vara att det fyllde ett språkligt tomrum som ringade in den svenska hbt-rörelsens strävan att frågor om sexualitet och kön ska ses i ett sammanhang och drivas parallellt (Kom Ut nr 1, 2010). I engelskan finns motsvarigheten LGBT – Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender som också har en uppdelning utifrån kön.

Genom uppsatsen används begreppen hbt-avseende, hbt-aspekt och hbt-synpunkt synonymt. Med begreppen åsyftas det i terapin informanterna upplevt varit kopplat till att de är hbt-personer. Upplevelsen av terapin i hbt-avseende kan exempelvis handla om terapeuternas agerande i situationer när hbt-relaterade ämnen har berörts eller terapeutens förhållningssätt till informanterna som hbt-personer, samt informanternas känslor i terapin i dessa situationer.

Sexuell läggning

I vårt västerländska samhälle definieras den sexuella läggningen oftast främst utifrån identitet, vilket också är det vi har utgått ifrån i denna studie. Detta innebär att en person anses ha den sexuella läggning han/hen/hon identifierar sig som även om personens sexuella beteende eller emotioner inte ligger helt i linje med identiteten. Sexuell läggning diskuteras vanligen i termer av tre kategorier; hetero-, bi- och homosexualitet (APA, 2008). De tre kategorierna har skapats i det nutida västerländska samhället och för att förstå dem, såsom vi uppfattar dem idag, måste de sättas in i ett kulturellt sammanhang med aktuella traditioner, normer, värderingar, politiska åsikter samt allmän och vetenskaplig syn på biologi och psykologi (Larsson, Lilja & Fossum, 2008). Kategorierna bygger också på en förståelse av kön uppdelat i de två polerna man och kvinna, vilket kan göra det svårt för vissa transpersoner eller personer som är tillsammans med transpersoner att placera in sin sexuella läggning i dessa kategorier. Homosexualitet har tidigare varit sjukdomsförklarat och togs först bort ur Socialstyrelsen förteckning över psykiatriska diagnoser 1979.

Transperson. Transsexualism. Transvestit. Intergender. Cis-person.

Begreppet transperson är relativt nytt i Sverige. Transperson används på samma sätt som transgender som paraplyterm och definieras av APA (2006) som:

People whose gender identity (sense of themselves as male or female) or gender expression differs from that usually associated with their birth sex. Many transgender people live part-time or full-time as members of the other gender. Broadly speaking, anyone whose identity, appearance, or behavior falls outside of conventional gender norms can be described as transgender. However, not everyone whose appearance or behavior is gender-atypical will identify as a transgender person (s. 1).

I Sverige finns ingen etablerad definition av begreppet och Riksförbundet för hbt-personers rättigheter (RFSL, 2010) väljer t.ex. att inte definiera begreppet alls för att hålla det öppet för alla som kan gynnas av en transvänlig politik. Vilka olika transidentiteter finns då? Inte heller här finns ett enkelt svar då det varierar över tid och kultur men här ges en beskrivning av de begrepp som förekommer i denna studie. Transsexualism innebär att man lever eller önskar leva som det motsatta könet jämfört med ens biologiska kön. Transexuella personer söker ofta

medicinsk hjälp såsom hormoner och kirurgi, för att göra sina kroppar så kongruenta som möjligt med det upplevda könet (APA, 2006). Transsexualism är en psykiatrisk diagnos som krävs för att transsexuella ska få tillgång till könskorrigering behandling, vilken i vardagligt tal även kallas för ”könsbyte”. Transvestism innebär att man klär sig i det andra könets kläder (eller andra könstypiska attribut). Anledningarna kan vara många, så även i vilken utsträckning man gör det (Ellis & Eriksen, 2002). Transvestism togs vid årsskiftet 2009/2010 bort ur Socialstyrelsens förteckning över psykiatriska diagnoser men finns fortfarande kvar i internationella förteckningar som till stor del används inom svensk vård. Intergender kan innebära att man identifierar sig som båda könen, som befinnande sig någonstans emellan dem, eller att förneka den binära uppdelningen i man och kvinna och därför inte identifiera sig som tillhörandes något av dessa (RFSL, 2010). Begreppet cis-person används ibland för att beskriva personer vars biologiska kön, könsuttryck och könsidentitet hänger ihop enligt normen, alltså en person som varken är eller varit transperson (RFSL-Ungdom, 2010). Cis är latin för ”på samma sida”.

Heteronormativitet

Begreppet heteronormativitet kan enligt Rosenberg (2002) definieras som ”institutioner, strukturer, relationer och handlingar som vidmakthåller heterosexualiteten som enhetligt, naturligt och allomfattande” (s. 100). Här innefattas, förutom normen om heterosexualitet som det mest önskvärda och normala även en könsuppfattning som delar in kön i två konstanta kategorier, ”man” och ”kvinna”, utan möjlighet att röra sig däremellan. En konsekvens av heteronormativiteten innebär ett strukturellt förtryck, där förtryck står för ”hinder och begränsningar som orättvist drabbar vissa människor och sociala grupper i samhället” (Rosenberg, 2002, s. 101). Även i demokratiskt och liberalt samhälle kan denna typ av förtryck finnas då det inte är konsekvensen av enskilda personers avsikter, utan handlar om vardagliga regler, traditioner och beteenden som följs utan reflektion eller eftertanke, och på så sätt förstärker normerna. Man kan även se att den förtryckta gruppen ofta skapar en internaliserad nedvärdering och försöker passa in i normen (Rosenberg, 2002).

Terapi

I sin egentliga bemärkelse kan begreppet innefatta både medicinsk och psykologisk behandling (Nationalencyklopedin, 2010), men i denna studie är det psykoterapi, alltså psykologisk behandling, som åsyftats. Eftersom kortformen terapi är vanligare använd i vardagsbruk har denna använts, både för enkelhetens skull och för att undvika ett onödigt akademiskt språkbruk i relation till våra informanter. Vi har också valt att inte definiera vad

en terapi är utifrån vad terapeuten haft för utbildning. Eftersom vi är intresserade av informanternas upplevelser av terapi har vi velat utgå från informanternas upplevelse av vad som är en terapi. Vanligast har dock varit att terapeuterna våra informanter gått i terapi hos varit psykolog, psykoterapeut eller kurator och i vissa fall sjuksköterska eller coach. Det är inte heller alltid informanterna vetat vilken utbildning terapeuten haft.

Forskning på hbt-personer

Forskningen på hbt-personers upplevelser och behov ligger fortfarande i sin linda. De första betydelsefulla studierna gjordes för mindre än 50 år sedan och det är först under de senaste decennierna som forskningen börjat bedrivas i större utsträckning (Meezan & Martin, 2003). För att förstå de studerade fenomenen betonas från flera håll vikten av att se bortom individuella faktorer samt att undersöka hur individer interagerar med andra och med sin miljö och påverkas av diskriminering. Man pekar även på poängen med att inte bara göra strukturella analyser utan just se till samspelet mellan mikro- och makronivå (Larsson, Lilja & Fossum, 2008; Swindell & Pryce, 2003; Wheeler, 2003). Statens Folkhälsoinstitut (Larsson, Lilja & Fossum, 2008) betonar särskilt behovet att beakta det sociala sammanhang transpersoner befinner sig i då transpersoners upplevelse av sig själva och sin situation färgas av den sociala omgivningen.

Hbt-forskningen har dock fått kritik för att mestadels vara beskrivande och i lägre grad vara förklarande. D'Augelli (2003) och Swindell och Pryce (2003) menar att det är viktigt att man även i beskrivande forskning försöker ge en förklaring till de studerade fenomenen, såsom vilka faktorer som påverkar och modifierar hbt-personers upplevelser och problem. Forskning som utgår från aktörernas beskrivningar och upplevelser kallas forskning utifrån ett aktörsperspektiv, och forskning där forskaren gör en utifrånanalys av skeendet kallas forskning utifrån ett observatörsperspektiv. Dessa har båda olika för- och nackdelar (Larsson, Lilja et al., 2008). Ett aktörsperspektiv ger tillgång till aktörernas egna upplevelser och beskrivningar men aktören kan vara omedveten om vissa skeenden då hon/han är mitt inne i dem. En observatör kan då göra en analys utifrån och via teoretiska tolkningar se andra aspekter av skeendet än aktören gör. En kombination av aktörs- och observatörstolkningar kan ge mer än perspektiven var för sig kan ge när det gäller att t.ex. förstå diskriminering (Larsson, Lilja et al., 2008).

Kritik mot forskningen på hbt-personer har också handlat om att hbt-gruppen ofta behandlats som om den vore homogen (Sullivan & Losberg, 2003; Swann & Anastas, 2003; Swindell & Pryce, 2003; Wheeler, 2003). Resultat från forskning på delar av hbt-gruppen har

ofta generaliserats till att gälla hela gruppen, varpå man numera betonar vikten av att undersöka vilka sub-grupper forskningsresultat gäller och inte gäller för. Wheeler (2003) betonar exempelvis hur olika sub-grupper inom hbt-gruppen, utifrån bland annat etnicitet upplever eller relaterar till sexuell läggning på olika sätt.

Ett annat problem inom forskningen på hbt-personer är att vissa sub-grupper är särskilt svåra att nå. Detta har gjort att forskningen mycket har utgått från grupper som varit lätta att nå såsom vita, medelklass, stadsbor som själva identifierar sig som hbt-personer, medan andra grupper såsom icke-vita, lågutbildade och personer som inte själva identifierar sig som hbt-personer eller som inte lever öppet inte har blivit inkluderade i forskningen (Elze, 2003; Gorman, 2003; Hash & Cramer, 2003; Swann & Anastas, 2003; Wheeler, 2003). Bisexuella och transpersoner har också varit inkluderade i forskning i lägre grad än homosexuella (Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008).

Hbt-personers drastiskt förändrade villkor de senaste 20 åren gör att kohortskillnader inom hbt-gruppen blir särskilt stora, vilket ytterligare betonar vikten av att förstå individer utifrån deras kontext och inte generalisera från en sub-grupp till en annan eller till gruppen i stort (Swann & Anastas, 2003).

Hbt-personers hälsa

De senaste åren har hbt-personers hälsa börjat få allt mer fokus i Sverige. 2005 kom Folkhälsoinstitutets rapport *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation* (Statens Folkhälsoinstitut, 2005), året därefter gav samma myndighet ut *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer* (Roth, Boström & Nykvist, 2006) och 2008 publicerades tilläggsrapporten *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa* (Larsson, Lilja & Fossum, 2008) som är den första svenska kunskapssammanställningen specifikt om transpersoners psykosociala situation och hälsa. Alla tre publikationerna kopplar samman hbt-personers hälsa och livsvillkor med samhällets heteronormativitet och den diskriminering och de påfrestningar det innebär att tillhöra en minoritetsgrupp. Rapporterna visar även att en övervägande del av hbt-personerna hade en god hälsa, så var hbt-gruppens psykiska välbefinnande lägre än befolkningens i allmänhet. Det framkommer även att särskilt transpersoner upplever nedsatt psykiskt välbefinnande, vilket också ligger i linje med internationell forskning (Martell et al., 2004). Förekomsten av kränkande behandling och bemötande lyfts fram och poängteras i rapporterna utifrån forskning som visar på ett samband mellan just diskriminering och ohälsa, även här betonas särskilt transpersoners utsatthet.

I rapporten från 2008 diskuteras betydelsen av att som transperson kunna komma ut och leva öppet samt omgivningens stöd, i relation till att kunna förbättra sin psykiska hälsa och leva ett fullvärdigt liv. Samstämmighet bland forskare verkar råda kring att det bemötande transpersoner får när de är öppna med och uttrycker sin identitet har en central betydelse för transpersoners hälsa och man konstaterar att transpersoners psykiska välbefinnande påverkas av i vilken utsträckning som deras transidentiteter respekteras och får möjlighet att uttryckas i sociala relationer, alltså om transidentiteten stöds eller inte stöds av personer som individen har nära relationer med.

Psykoterapiforskning

Många människor har och lider av psykiska besvär av olika slag. Olika former av psykoterapi har utvecklats för att lindra och bota dessa. Grundtanken i terapi är att en människa med hjälp av psykologiska medel som samtal kan hjälpa en annan människa till en bättre psykisk hälsa. Psykoterapiforskning visar att psykoterapi generellt är verksamt för många olika tillstånd (Philips & Holmqvist, 2008; Johansson, 2006). Diskussioner förs flitigt inom akademien och i offentligheten om vilken eller vilka terapiformer som är mest effektiva vid olika problem. Åsikterna går isär kring vilka skillnader som finns mellan olika terapimetoder och kring vilka metoder som är ”bäst”, men på senare år har fokus allt mer riktats mot *hur* terapier fungerar och *vilka faktorer* i dem som är verksamma (Philips & Holmqvist, 2008). Forskningen har tagit sig an allt mer komplexa frågor för att förstå de fenomen som inryms i den terapeutiska förändringsprocessen och bland annat börjat utforska relationen mellan terapeut och klient och dess betydelse för terapin (Stenlund, 2002). Psykoterapiforskning brukar delas upp i utfallsforskning/effektforskning som studerar direkta och långvariga effekter av terapi, och processforskning som fokuserar på vad som händer under terapisessionerna (Johansson, 2006; Philips & Holmqvist, 2008; Stenlund, 2002). Ofta vill man koppla det som händer i processen till utfallet av terapin, men Johansson (2006) menar att det inte alltid är lätt att skilja mellan vad som är process och vad som är utfall då vissa faktorer tillhör båda. Det finns också faktorer som påverkar både utfallet och processen, t.ex. klient- och terapeutvariabler såsom psykiatrisk diagnos, personlighet, motivation och teoretisk inriktning/teknik (Johansson, 2006). Fokus i processforskning ligger ofta på behandlingsrelationen, särskilt den del som kallas behandlingsalliansen (Philips & Holmqvist, 2008).

Philips och Holmqvist (2008) menar att det idag finns en konflikt mellan forskare som betonar vikten att undersöka skillnader mellan olika sorters terapier utifrån olika manualer för att hitta de mest effektiva terapiformerna, och forskare som kritiserar den typen av forskning och istället menar att relationen, terapeuten och även klienten själv betyder mer

för utfallet än själva metoden som används. Utfallsforskningen fokuserar på specifika faktorer i terapi; de delar av behandlingen som utgår från teorin (Johansson, 2006). Samtidigt som dessa faktorer finns, finns också i alla psykoterapeutiska behandlingar delar som inte är grundläggande för teorin men ändå påverkar utfallet, till exempel den terapeutiska relationen (ibid.). Dessa delar tros vara gemensamma för alla, eller de flesta, terapier och kallas gemensamma faktorer (ibid.).

Gemensamma faktorer

Studier som visat på relativt små skillnader i utfall mellan olika terapiinriktningar har skapat intresse för att förstå förändringsprocessen hos klienter (Johansson, 2006). *Vad i terapi är det som skapar förändring?* Den förklaring som är mest vedertagen och mest utforskad till varför man finner så små skillnader mellan olika inriktningar handlar just om effekten av de gemensamma faktorerna (Johansson, 2006; Stenlund, 2002). Rosenzweig (1936, refererad i Johansson, 2006) var den förste som försökte förklara den marginella skillnaden mellan olika inriktningar utifrån gemensamma faktorer. Rosenzweig identifierade fyra möjliga gemensamma faktorer där den terapeutiska relationen var en av dem. De andra faktorerna handlade om att ha en konsekvent teori och rational bakom metoden och förklaringarna i terapin, terapeutens personlighet och om att förändring i en del av klientens personlighet kan leda till förändring av andra delar av klientens person. I sin genomgång av processforskning kring terapiers olika och gemensamma variabler skriver Stenlund (2002) att de mest utfallsgivande variablerna för att visa på kopplingen mellan process och utfall är de som handlar om den interpersonella bindningen, eller alliansen, mellan klient och terapeut.

Idag spänner synen bland forskare från att se generella faktorer som tillräckliga i sig för att förändring ska uppkomma, till att se dem som viktiga delar av förändringen där utfallet beror på interaktionen mellan gemensamma och specifika faktorer. Forskare är idag i princip eniga om att variabler i relationen mellan terapeut och klient har stor betydelse för ett positivt utfall, och det empiriska stödet för alliansens betydelse är starkt (Johansson, 2006; Stenlund, 2002).

Den terapeutiska relationen

Gemensamma faktorer som fenomen är ett heterogent koncept och har diskuterats mycket. Olika forskare konceptualiserar det på olika sätt, men den terapeutiska relationen ingår på ett eller annat sätt alltid i dessa uppdelningar (Johansson, 2006). Innebörden av begreppet allians, som är en del av den terapeutiska relationen, är också aningen oklart. Det innefattar många komplexa klient- och terapeutvariabler och är enligt vissa forskare en

abstraktion som är omöjlig att mäta (Stenlund, 2002). Allians kan ses både som en rationell eller en emotionell företeelse och både som en passiv bakgrundsfaktor eller som ett aktivt förändringsverktyg (Stenlund, 2002). Stenlund (2002) menar att uppfattningen om vad allians är håller på att förändras från att ha setts som en rationell och statisk egenskap hos klienten till att ses som en känslomässig, ömsesidig och föränderlig aspekt av den terapeutiska relationen mellan klienten och terapeuten, vilket är en syn som vi ansluter oss till. Stenlund själv menar att allians i grunden bör ses som ett affektivt utbyte mellan klient och terapeut.

Terapeutens förmåga att identifiera och känslomässigt svara an på och beakta klientens relationsmönster i sina interventioner har stor betydelse för att skapa en bärande terapeutisk relation och en positiv förändring hos klienten (Johansson, 2006; Stenlund, 2002). I en terapi iscensätts klientens relationsmönster i förhållande till terapeuten (Safran & Muran, 2000; Stenlund, 2002), då klientens berättelser och sätt att reagera på terapeuten visar på klientens önsknings och föreställningar om betydelsefulla andra (Stenlund, 2002).

Det affektteoretiska perspektivet, som fokuserar människans affekter och deras betydelse i interaktionen mellan människor, har inspirerat mycket av processforskningen. Liknelser har gjorts mellan anknytningsforskning om moder-barnrelationens betydelse för barnets sociala och emotionella utveckling och relationen mellan terapeut och klient och i förlängningen terapins utfall. McCluskey, Hooper och Bingley-Miller (1999, refererade i Stenlund, 2002) har undersökt den affektiva kommunikationen mellan klient och terapeut. Deras utgångspunkt var att klienten i förhållande till terapeuten söker en trygg och omvårdande kontakt samt att terapeutens förmåga till affektiv intoning har stor betydelse för om en sådan kontakt ska uppstå. De menar att en trygg kontakt är förutsättningen för att klienten på ett djupare sätt ska våga utforska sina svårigheter. McCluskey et al. finner i sin forskning att närvaro respektive frånvaro av empatisk intoning hos terapeuten påverkat klientens berättelse på så sätt att närvaro av intoning har lett till ett djupare utforskande och vice versa.

Terapeutisk allians och alliansbrott

En av de centrala delarna i att som terapeut skapa allians med sin klient är att ha förståelse för vilka tidigare livserfarenheter klienten har, och hur detta kan påverka klienten och terapin (Safran & Muran, 2000; Stenlund, 2002). När det sker missförstånd i terapin, eller då terapeuten på något sätt märker att relationen blir ansträngd, är det viktigt att terapeuten utforskar klientens centrala "relationella teman" (core relational themes) (Stenlund, 2002) eller "relationella scheman" (Safran & Muran, 2000) (hädanefter kallat relationella scheman eller enbart scheman). Safran och Muran (2000) benämner dessa situationer där relationen blir

ansträngd för ”alliansbrott”. Genom att utforska hur klienten relaterar till andra och vilka relationella erfarenheter denne har kan man efter hand lösa det brott i alliansen som uppstått (Safran & Muran, 2000). Luborsky (1990, refererad i Stenlund, 2002) menar att klienten kommer in i terapin med en önskan om hur terapeuten ska bemöta henne/honom, som bygger på en förväntan om hur man blivit bemött av andra. Denna förväntan, eller dessa relationella scheman/teman, påverkar klientens förhållningssätt, sätt att interagera och upplevelse av omvärlden. Weiss (1986, refererad i Stenlund, 2002) menar att klienten i terapisituationen, ofta omedvetet, ”testar” sin övertygelse om vilket bemötande han/hon kommer få av andra, för att se om terapeuten agerar på samma sätt som klienten är van vid, med en förhoppning om att terapeuten kommer agera annorlunda. Om terapeuten då bekräftar de negativa förväntningar klienten har på andra finns en risk att känslor som skam och inkompetens väcks hos denne, vilket i förlängningen leder att klienten inte vågar utforska grundtemat. Om terapeuten genom att agera på ett sätt som ger klienten en ny erfarenhet, olik den han/hon fått i andra situationer, kan detta väcka positiva känslor såsom kompetens och stolthet, och i sin tur främja möjligheterna till ett gott arbete i terapin där klienten vågar uttrycka sina känslor (Stenlund, 2002). För att en förändringsprocess ska kunna ske hos klienten är det avgörande att terapeuten, som i situationen blivit den ”föröware” som tidigare utsatt klienten för samma sak, själv ser, och sedan för klienten medger, sin roll i interaktionen. Genom det kan klienten få en ny upplevelse – en ”corrective emotional experience” – och förändring kan ske (Safran & Muran, 2000).

Safran och Muran (2000) menar att klientens föreställningar kan ha del i ett alliansbrott på ytterligare ett sätt. Terapeuten kan oavsiktligt agera på ett sätt som bekräftar klientens negativa relationella scheman. De exemplifierar detta med en terapeut som missar att klienten har en föreställning om att känslor av ledsenhet kommer resultera i övergivande, och denna ”miss” blir därmed en bekräftelse på klientens negativa relationella scheman. I deras exempel får detta som konsekvens att klienten uteblir från nästa session. Safran och Muran menar att terapeuten enbart genom att förstå meningen i sitt agerande för klienten och empatisera med klientens obehag kan förbättra sin förståelse för klientens relationella scheman och agera på ett annat sätt som motbevisar dem. Alliansbrott är oundvikliga i terapi, och att arbeta med dessa kan till och med ses som ett viktigt terapeutiskt reskap för förändring (Safran & Muran, 2000).

Klienters upplevelser av terapi

Många klienter frågar sig någon gång hur det de har varit med om i terapi har hjälpt dem, vad som varit bra och vad som varit dåligt. Philips och Holmqvist (2008) menar att

klienters erfarenheter av psykoterapi ofta rymmer en outtalad kunskap om vad som är verksamt och vad som är hindrande i psykoterapin och att det är en viktig uppgift för psykoterapiforskningen att göra den "tysta kunskapen" explicit och tillgänglig för utövare av psykoterapi. Forskning kring hur klienter uppfattar och upplever terapi finns och resultaten är på många sätt samstämmiga (Philips & Holmqvist, 2008). Enligt Philips och Holmqvist har klienters subjektiva perspektiv dock inte tillmätts samma vikt som kontrollerade studier av utfall. Att framhålla att klientens subjektiva upplevelse kan vara en viktig informationskälla har varit kontroversiellt och kritik har kommit från både den psykoanalytiska och den beteendeorienterade traditionen (Philips & Holmqvist, 2008). Denna kritik har dock bemötts med argument att klienternas rapporter trots att de kan vara förvanskade på olika sätt av önsketänkande, partiskhet och självbedrägeri, kan uppdaga både smärta, besvikelse och misströstan samt tacksamhet och känslan av ny styrka och på så sätt vara en ovärderlig källa till information och förståelse för psykoterapi och vad som är verksamt. Enligt Philips och Holmqvist bör därför klienters synpunkter uppmärksammas mer.

Rollförväntningar

Klienter skiljer sig i vilken typ av förväntningar de har på terapin och på de roller som klient och terapeut har i terapin (Philips & Holmqvist, 2008). Svårigheter kan uppstå när klientens rollförväntningar är andra än de som terapeutens teoretiska orientering utgår ifrån. Exempelvis kan klienters önskan efter råd och vägledning krocka med en icke-styrande hållning. Klienter är ofta osäkra på terapeutens och ens egen roll i mötet och behovet att öppet tala om dessa förväntningar har lyfts fram (Philips & Holmqvist, 2008).

Positiva och hjälpsamma faktorer

Flera översikter av forskningen kring vad klienter upplever som verksamt och positivt i terapi har gjorts, och det som klienter brukar ange som mest hjälpsamt är de faktorer som tidigare benämnts gemensamma faktorer (Philips & Holmqvist, 2008). De terapeutegenskaper som upplevs underlätta terapin är framförallt empati, öppenhet och gemensam utforskning. Den viktigaste faktorn i hur klienter upplever relationen till terapeut; alliansen, verkar vara känslan av att terapeut bryr sig om klienten på ett positivt sätt (Philips & Holmqvist, 2008). Återkommande för vad som upplevs som verksamt är att klienten känner sig förstådd och accepterad. Andra faktorer som upplevs positiva är också att klienten kan uttrycka sig fritt och utforska sina känslor, upplever en stödjande relation och en personlig kontakt, förvärvar självförståelse och utvecklar egenmakt, når beteendeförändring samt upplever uppmuntran, stöd och trygghet (Philips & Holmqvist, 2008). Att terapeut uppmuntrar patienten att

använda sig av lärdomar från psykoterapi i det verkliga livet är en ytterligare faktor som upplevs positiv. Upplevelsen av att man som klient och terapeut tycker om varandra och att klienten känner sig förstådd korrelerar med flera positiva utfallsfaktorer (Philips & Holmqvist, 2008).

Hindrande och negativa faktorer

Klienters upplevelser av vad som är hindrande terapeutegenskaper och hindrande faktorer i terapin är inte utforskade i samma grad (Philips & Holmqvist, 2008). Genomgående i den forskning som finns är dock att klienter ofta har svårt att ta upp kritik mot terapeuten – både under terapin när missnöjet uppstår (även då terapeuten aktivt uppmuntrar dem att komma med kritik) och efteråt i forskningsintervjuer (Philips & Holmqvist, 2008). De klienter som är missnöjda med sin terapi har lättare att uttrycka sina kritiska och negativa synpunkter i forskningsintervjuer men de gör det hänsynsfullt och med många förbehåll, vilket har tolkats som ett försök till att ge en mer nyanserad bild. Negativa erfarenheter i psykoterapi är underrapporterade menar Philips och Holmqvist (2008). Både terapeuter och klienter har generellt lättare att rapportera om vad som är hjälpsamt och slutsatser kring vad som är hindrande kommer ofta från forskaren. Faktorer hos terapeuter som visat sig upplevas negativa av klienter är att terapeuten missuppfattat, reagerat negativt (oengagerat eller kritiskt), gett inadekvata svar eller gjort oönskade påtryckningar samt att terapeuten upprepat sig, gjort felriktningar eller väckt oönskade tankar hos klienten (Philips & Holmqvist, 2008).

I den generella litteraturen (Philips & Holmqvist, 2008; Safran & Muran, 2000; Stenlund, 2002) anges inte i vilken grad klienter har erfarenhet av att hjälpsamt respektive hindrande faktorer hänger samman med sexuell läggning och könsidentitet/könsuttryck, eller andra faktorer som etnicitet. I allmänna genomgångar av vilka grupper som söker terapi i redovisas heller ingen grupp med referens till sexuell läggning eller könsidentitet (Philips & Holmqvist, 2008).

Terapi med hbt-personer

Ett flertal utländska studier har gjorts med fokus på hbt-personers upplevelser av terapi. Några forskare har undersökt hbt-personers upplevelser av terapi generellt (Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Malley & Tasker, 2007) medan andra såsom Rachlin (2002) har fokuserat specifikt på upplevelser som har en koppling till att klienten är hbt-person. Det finns även studier som utgått från terapeutens upplevelser av terapi med hbt-personer (Garnets et al., 1991; Israel, Gorcheva, Walther, Sulzner, & Cohen, 2008).

Den forskning som finns om generella faktorer som upplevs som positiva respektive negativa av hbt-personer tyder inte på någon större skillnad mot vad klienter i stort upplever i fråga om dessa faktorer (Malley & Tasker, 2007; Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008). Faktorer såsom terapeutens värme, empati, acceptans, respekt och förmåga att lyssna på klienten är betydelsefulla faktorer för hbt-klienter (Malley & Tasker, 2007; Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Sheerin, 2009), vilket alltså är i linje med annan forskning kring faktorer som klienter i allmänhet upplever som betydelsefulla i terapi (Philips och Holmqvist, 2008). Malley och Tasker (2007) menar att vissa generella faktorer dock kan ha en särskild mening för denna hbt-gruppen utifrån deras livserfarenheter, även om informanterna inte själva explicit nämner det i sina svar. De syftar då på klienternas positiva upplevelser av att terapeuten gav information, aktivt stöd och tilltro till sig själv samt inte dömde klienten. Även generella faktorer som upplevts negativa, såsom att terapeuten varit dömande, förminskande eller gjort antaganden, kan få en särskild betydelse för hbt-klienter och vara kopplade till informanternas sexuella läggning (Malley & Tasker, 2007).

Olika former av "affirmative therapy", t.ex. "gay-affirmative" eller "transgender-affirmative" (Crisp, 2006) har ofta lyfts fram som en rekommendation för hur man bör utföra terapi med hbt-personer. Appleby och Anastas (1998, refererade i Crisp, 2006) menar sådan terapi i stort handlar om att inte utgå från att klienten är heterosexuell, att inte se sexuell läggning och könsidentitet som avviker från heteronormen som sjuklig eller felaktig, och att inte uppträda på ett sätt som är kränkande gentemot klienten. Detta kan ses som grundläggande bemötande i terapi och har i forskning visat sig uppfattas positivt av hbt-klienter (Garnets et al., 1991). På motsvarande sätt har det upplevts negativt både av klienter och terapeuter att terapeuten har en negativ syn på klientens sexuella läggning eller ser denna som något sjukligt, att terapeuten uttrycker nedsättande kommentarer om klientens sexuella läggning eller att terapeuten försöker förändra den (Bartlett, King & Phillips, 2001; Garnets et al., 1991; Hayes & Gelso, 1993; Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008; Malley & Tasker, 2007). Det finns dock även de som anser att affirmative therapy bör innefatta mer än ovan nämnda, att detta snarare kan ses som "ethically affirmative therapy" (Langdridge, 2007). Langdridge (2007) menar att det borde vara självklart att värdera icke-heterosexualitet lika högt som heterosexualitet samt att ha viss kunskap om sina klienter och att detta helt enkelt är att uppträda i enlighet med de riktlinjer om etik som finns för yrkesverksamma psykologer. Att däremot mer aktivt gå in och bekräfta och styrka en klients icke-heterosexuella läggning skulle enligt Langdridge kunna klassas som "LGB affirmative therapy". I en sådan terapi finns inslag av att bland annat arbeta aktivt för att minska en eventuell internaliserad homofobi hos klienten och att bekräfta att

heteronormativitet finns i samhället och den stigmatisering som detta kan leda till, men även att till exempel informera om hbt-resurser och säkert sex (Langdridge, 2007). Även Garnets et al. (1991) visar på att denna typ av interventioner, att till exempel använda sin förståelse för homofobi och heteronormativitet, ger goda resultat för hbt-klienter, och i flera studier har klienter uppfattat terapeutens respekt för samt validering och normalisering av klientens sexuella läggning och könsidentitet/könsuttryck (Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008; Rachlin, 2002; Sheerin, 2009) som viktiga positiva faktorer. Sheerin (2009) finner även i en studie av transpersoners upplevelser av terapi ett signifikant samband mellan att terapeuten använder bekräftande tekniker och att klienten rapporterar en positiv arbetsallians med terapeuten samt med att klienten rapporterar behandlingsnöjdhet.

Terapeutens respekt för när klienten ser det som relevant att tala om sin sexuella läggning har också framkommit som viktigt. Att terapeuten inte pressar klienten att prata om, eller fokuserar på, klientens sexuella läggning när det inte upplevs relevant eller när klienten inte vill har upplevts som hjälpsamt, både av klienter och terapeuter (Garnets et al., 1991; Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008) medan det upplevts negativt när terapeuten felaktigt kopplar klientens problem till den sexuella läggningen (Garnets et al., 1991; Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008; Malley & Tasker, 2007). Malley och Tasker (2007) diskuterar det Moment 22 som dock kan uppstå i en terapi när klienten inte själv lyfter sin sexuella identitet. Bör då terapeuten göra detta? Risken med att ta upp det är att klienten upplever att terapeuten lägger för stor vikt vid den sexuella identiteten, och risken med att inte ta upp det kan bli att det framstår som att terapeuten inte anser det vara viktigt. Dworkin (2006) menar att det därför är mycket viktigt att i en inledande terapibedömning avgöra vilken roll klientens sexuella identitet kommer spela i terapin, för att undvika att hamna i endera extrem. I en sådan bedömning är det också av vikt att vara öppen för att en sexuell läggning eller könsidentitet som inte överensstämmer med heteronormen inte behöver innebära ett problem för klienten utan snarare kan vara en styrka och en tillgång (Eubanks-Carter et al., 2005). Dworkin (2006) påpekar att man som terapeut samtidigt behöver vara medveten om att det kan vara svårt och smärtsamt att upptäcka att man har en icke-heterosexuell identitet och att detta kan medföra psykiska problem i form av till exempel depression, och detta behöver tas på allvar och ibland arbetas med först, innan det är lämpligt att arbeta med identitetsfrågor (Dworkin, 2006). När terapeuter fått beskriva situationer som de uppfattat som särskilt hjälpsamma med sina hbt-klienter har det också visat sig att många av dessa situationer uppstått med klienter som själva sökt för problem kopplade till sin sexuella läggning eller könsidentitet, vilket antyder att terapeuter har lättare att arbeta med

hbt-personer på ett bra sätt under dessa omständigheter (Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008).

Något som visat sig uppskattas av många klienter är att terapeuten är öppen med sin egen sexuella läggning och sin inställning i hbt-frågor, såväl som att terapeuten är öppen med exempelvis vilken arbetsmodell han/hon arbetar utifrån och vilken etisk utgångspunkt han/hon har (Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008; Malley & Tasker, 2007). Och Malley och Tasker (2007) tar också upp vikten av att som terapeut vara medveten om och nyfiken kring de kontextuella skillnader som finns mellan terapeut och klient, både vad gäller sexuell läggning och könsidentitet, men också vad gäller till exempel klass och etnicitet. Denna nyfikenhet ska dock finnas utan att övergå i voyeurism eller en dömande attityd. Att terapeuten själv identifierat sig som hbt-person har i någon studie varit en faktor som upplevts som positiv (Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008), så även att terapeuten varit engagerad i, eller haft någon koppling till, hbt-communityt och varit medveten om dess resurser (Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Rachlin, 2002; Sheerin, 2009). Liddle (1999, refererad i Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008) har i en studie funnit att en faktor som visat sig bidra till att klienten blivit nöjd med terapin är att denne redan innan terapins början försäkrat sig om att terapeuten har kunskap och hbt-bekräftande attityder.

En annan form av terapi med hbt-personer är ”liberating psychotherapy” som arbetar med att ta in sociala och politiska aspekter i terapirummet (Bohan & Russell, 2007). Bohan och Russell menar att det varken är möjligt eller önskvärt att skilja det individuella och det sociala åt, och att valet handlar om huruvida terapeuten lyfter det explicit eller inte i terapin - inte om huruvida det kommer finnas med eller ej. De ger i ett exempel på en klient som utvecklat en depression, vilken efter en tids terapi visade sig hänga ihop med klientens blivit utsatt för diskriminering på grund av sexuell läggning. Utan att lyfta dessa sociala och politiska förutsättningar menar Bohan och Russell att man inte hade haft verktyg att utforska och förstå vad depressionen var sprungen ur. Författarna menar även att det inte är möjligt att vara ”politiskt neutral”, utan att detta också är en form av aktivt ställningstagande.

I flera studier framkommer att terapeutens utbildning, kunskap om och säkerhet kring att tala om frågor kopplade till sexuell identitet och effekter av homofobi upplevs positiv av hbt-klienter (Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008; Malley & Tasker, 2007) samt även terapeutens intresse att läsa sig mer om trans (Sheerin, 2009). Mohr, Israel & Sedlacek (2001) diskuterar att man som terapeut genom att till exempel lära sig mer om alternativ till den dikotoma modellen för sexuell läggning respektive kön kan skapa ny förståelse för klienter som är bisexuella eller har olika former av transidentiteter. Klienter efterfrågar även att terapeuten ska kunna ta upp eller svara på funderingar och frågor

som rör en icke-heterosexuell identitet likaväl som frågor som rör andra delar av ens identitet (kultur, familjestatus etc.), vilket innebär att terapeuten måste besitta viss kunskap som gör att terapeuten kan vara trygg nog att uppmärksamma frågor som är specifikt kopplade till att klienten är hbt-person snarare än att bara anta en allmänt accepterande hållning (Malley & Tasker, 2007). Det har även visat sig upplevas positivt av klienter och terapeuter att terapeuten kan reflektera kring hur den egna identiteten eller egna attityder, fördomar och kunskapsbrister kan påverka terapisessionen, att terapeuten kan söka handledning eller fylla kunskapsluckor när detta behövs, och på så sätt kunna ge klienten ett bättre bemötande (Garnets et al., 1991). Det har av klienter och terapeuter upplevts negativt när terapeuten saknat kunskap och förståelse för frågor kopplade till sexuell identitet, t.ex. om möjliga konsekvenser av att komma ut som hbt-person och om icke-heterosexuell identitetsutveckling (Garnets et al., 1991; Israel, Gorscheva, Walther et al., 2008; Malley & Tasker, 2007). Det har även upplevts negativt av klienter och terapeuter när klienten i för hög grad fått informera terapeuten om frågor kopplade till sin sexuella läggning eller könsidentitet (Garnets et al., 1991).

Morrow (2006) gör en koppling till det Hippokratiska direktivet ”skada inte” (do no harm) som ligger till grund för medicinsk etik, och som också återfinns i de amerikanska etiska riktlinjer psykologer är skyldiga att följa. I APA´s riktlinjer (APA, 2000) står det att psykologer ska vara “culturally competent as well, sensitive to the cultures, values, and experiences of oppression of the client”. Detta innebär att psykologen för att följa dessa riktlinjer behöver ha viss kunskap om bland annat vad det kan innebära att leva som icke-heterosexuell eller att inte följa de normer kring kön och könsidentitet som finns i vårt samhälle. Vissa ger rekommendationen att hänvisa klienter till någon som har större kunskap i hbt-frågor, eller någon som uttryckligen arbetar gay affirmative (Crisp, 2006; Garnets et al., 1991). Morrow (2006) lyfter dock fram att det kan vara problematiskt eftersom det ofta kan ta tid för en klient att komma ut inför sin terapeut och att det därmed innebär en separation och ett avvisande att hänvisa klienten till någon annan när denne kommit ut. Då klienten dessutom kan ha haft erfarenheten att bli avvisad på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet tidigare i livet kan det bli mycket problematiskt att än en gång få det bemötandet, särskilt i en sådan känslig situation som terapisituationen (Morrow, 2006). Att klienten blivit hänvisad vidare, utan att få hjälp med de emotionella påfrestningar detta kan innebära, har också av terapeuter upplevts som negativt i terapi med hbt-klienter (Garnets et al., 1991). Vidare har det av terapeuter och klienter upplevts negativt då terapeuten utgått från att klienten är heterosexuell (Garnets et al., 1991) eller använt en heterosexuell referensram för samkönade relationer (Israel, Gorscheva, Walther et al., 2008). Att heteronormativt från terapeuten får

negativa konsekvenser för terapin har också visats i experimentella studier (Dorland & Fischer, 2001; Sheerin, 2009). I en studie av Dorland och Fischer (2001) visade sig heteronormativitet hos terapeuten leda till att klienterna skattade terapeutens trovärdighet lägre, uppvisade lägre vilja att träffa terapeuten igen, var mindre villiga att öppna sig generellt och mindre bekväma med att vara öppna med sin sexuella läggning än klienterna vars terapeut inte var heteronormativ. Heteronormativitet hos terapeuten har också visat sig vara signifikant kopplade till en sämre arbetsallians och lägre behandlingsnöjdhet hos klienten (Sheerin, 2009).

Det finns alltså forskning kring terapi med hbt-klienter och kring hbt-personers upplevelser av vad som är positivt/hjälpande och negativt/icke-hjälpande i terapi i hbt-avseende men oss veterligen finns ännu ingen svensk forskning som specifikt berör hbt-personers upplevelser av terapi. Viss svensk forskning har dock gjorts om hb(t)-personers upplevelser av kontakt med vården (bl.a. Almevall & Englund, 2008; Rödahl, 2005). Rödahl (2005) menar att negativa attityder mot homosexuella är ovanligt inom vården men att heteronormativt språk och beteende hos vårdpersonal uppfattas som okänsligt, förolämpande och förnedrande. Almevall och Englund (2008) som gjort en litteraturstudie av både svensk och internationell forskning av homo- och bisexuellas upplevelser av vård finner att återkommande teman är ”att bli respekterad och uppmuntrad”, ”att det är betydelsefullt hur partners bemöts”, ”att vårdpersonal bemöter med heteronormativa förväntningar och tar avstånd”, ”att bli bemött med okunskap”, ”att det är svårt att anförtro sig åt vårdpersonal” samt ”att vara orolig och rädd”.

Trots att forskningen kring klienters upplevelser av vad som är hjälpande och positivt i terapi alltså är omfattande inom psykoterapeutisk processforskning (Stenlund, 2002; Johansson, 2006; Philips & Holmqvist, 2008) diskuteras oftast inte betydelsen av klientens och terapeutens sexuella läggning och/eller könsidentitet/könsuttryck. Att detta inte diskuteras kan ses som särskilt allvarligt i relation till det samband som finns mellan just heteronormativitet/diskriminering och psykisk ohälsa. Detta både utifrån att hbt-personer kan ha behov av att arbeta med just konsekvenserna av att tillhöra en marginaliserad grupp i terapi och utifrån att den diskriminering och heteronormativitet som finns i samhället sannolikt också finns i det terapeutiska rummet.

Den generella forskningen kan alltså kritiseras för att inte ta hänsyn till faktorer som sexuell läggning och könsidentitet samt till den forskning som finns på området. Att mainstreampsykologin inte tar till sig den forskning som finns om hbt-personer och hbt-personers upplevelser är som Martell (Martell et al., 2004) påpekar inte specifikt för forskning

kring klienters upplevelser av terapi utan ett generellt faktum. Samtidigt kan den forskning som finns om hbt-personers upplevelser kritiseras för dess brist på förankring inom processforskningsfältet. Att få kännedom om vad hbt-personer upplever vara hjälpande respektive icke-hjälpande faktorer i terapin är givetvis viktigt i sig och har legat till grund för betydelsefulla steg för att förbättra terapi i hbt-avseende genom exempelvis APA:s riktlinjer för terapi med hbt-personer (Garnets et al., 1991). Men som både hbt-forskare själva och Statens folkhälsoinstitut påpekar finns det begränsningar i forskning som endast utgår från aktörens perspektiv utan att försöka komma med en ytterligare förståelse av det studerade fenomenet (Larsson et al., 2008). Forskningen om hbt-personers upplevelser kan också kritiserats för dess fokus enbart på vad i terapeutens beteende som upplevs hjälpande och icke-hjälpande utan och undersöka eller försöka förklara *hur* dessa terapeutbeteenden upplevs av klienten, vilka konsekvenser det får för den terapeutiska relationen och terapin och även för att, just som mycket forskning kring hbt-personer kritiserats för, homogenisera hbt-gruppen genom att i mycket begränsad utsträckning undersöka och diskutera hur liknande terapeutbeteenden kan upplevas olika av olika klienter och i olika situationer. För forskningen om hbt-personers upplevelser av terapi har detta fått konsekvensen att det inte finns någon kunskap om vad som sker i de processer i terapin som skapar missnöjet, hur de kan förstås i relation till hbt-personers position i ett heteronormativt samhälle och hur upplevelserna kan skilja sig åt mellan olika personer.

Syfte

Denna studie har två primära syften. Vi ämnar undersöka hur ett antal hbt-personer i hbt-avseende har upplevt de terapier de gått i med fokus både på terapeutens beteende i situationer informanterna upplevt positiva/hjälpande och negativa/icke-hjälpande, de tankar och känslor som det skapat hos informanterna samt de konsekvenser detta fått. Då få studier med en liknande syfte finns och ingen svensk forskning alls finns på området har vi valt en explorativ ansats (Widerberg, 2002). Vi ämnar också nå en ökad förståelse för hur man kan förstå vad som händer i den terapeutiska processen i de situationer som informanterna upplevt som positiva/hjälpande och negativa/icke-hjälpande och därmed även en ytterligare förståelse för de konsekvenser detta har fått. I förlängningen hoppas vi att denna ökade kunskap om, och förståelse av, vad som kan upplevas positivt/hjälpande och negativt/icke-hjälpande av hbt-klienter som går i terapi ska leda till att terapeuter får ökade kunskaper om hur terapi kan förbättras i hbt-avseende och därmed kunna bedriva terapi som är mer hjälpande.

Metod

Då studien har en explorativ ansats och önskar undersöka upplevelser valde vi intervju

och tematisk analys som huvudmetoder (Widerberg, 2002). För att få en ytterligare förståelse av upplevelserna valde vi även att göra en teoretisk analys utifrån teorier om terapeutisk allians. I följande avsnitt kommer studiens epistemologiska utgångspunkter och författarnas förförståelse och begreppsanvändning redogöras för, samt vilka deltagarna var och hur studien genomfördes.

Epistemologisk och ontologisk utgångspunkt

Vi har en kritiskt realistisk epistemologisk utgångspunkt vilket innebär att vi ser oss själva som forskare som aktiva i att identifiera, välja ut och rapportera teman/berättelser till läsaren. Detta innebär att vi ser att våra informanternas upplevelser oundvikligen kommer att vara filtrerade genom oss utifrån vad vi väljer att fokusera på och genom hur vi tolkar det de säger (Braun & Clarke, 2006). Det material studien baseras på ses härmed inte heller som objektiv data där vår påverkan som intervjuare kan reduceras till en felkälla. Detta är en av de utgångspunkter som är möjlig att ha i tematisk analys och som Braun och Clarke (2006) benämner ”kontextuell” metod. Genom detta behåller vi fokuset på vårt material men erkänner de begränsningar som finns i att skildra en ”verklighet” (Braun & Clarke, 2006).

Vi ser språket som ett sätt att få tillgång till deltagarnas upplevelser. Den kunskap vi producerar i studien ser vi dock som kopplad till den specifika kontexten och ett objektiva och reliabla resultat är därmed varken möjligt eller det studien syftar till. I enlighet med vårt kontextuella perspektiv utgår vi ifrån att den kunskap som framkommer i kvalitativa studier är beroende av både deltagarnas förståelse och vår tolkning som författare. Vi ser studiens resultat som producerat i samspelet mellan våra informanter och oss som författare där vår förförståelse som författare, och också vilka personer vi är och hur vi tolkas av våra informanter, är betydelsefull både i intervjusituationen och i analysen av materialet och vi kommer därför att redogöra för vilka vi är och vilken förförståelse vi har (Madill, Jordan & Shirley, 2000). Vilken roll vår förförståelse kan ha spelat diskuteras senare i studiens diskussion. Vi ser också kunskapen vi producerar som beroende av de kulturella och sociala system som påverkar både deltagarnas och vårt meningsskapande. Vårt fokus ligger dock på materialet och vi ser det som viktigt att underbygga vår analys och våra slutsatser med redogörelser från deltagarna (Kvale, 1997; Madill et al., 2000; Widerberg, 2002).

Förförståelse

Vilka vi som utfört denna studie är kan beskrivas på många olika sätt men det som vi finner har störst relevans är dels att vi är blivande psykologer/terapeuter och dels att båda identifierar sig som hbt-personer. Då en av oss aktivt har arbetat med hbt-frågor, varit inläst

på viss forskning om hbt-personers hälsa och upplevelser av vård och har en stor del hbt-personer i sitt umgänge medan den andra av oss i lägre grad har haft erfarenhet av hbt-frågor, har vår förförståelse varit något olika i detta avseende. Den förstnämnda av oss har dessutom själv genom utbildningsterapi upplevelser av att gå i terapi som öppen hbt-person och har där upplevt både nöjdhet och missnöje i hbt-avseende, samt privat fört en hel del samtal med hbt-personer i sin umgängeskrets kring deras upplevelser av terapi i hbt-avseende. Härutöver är vi båda svenskfödda kvinnor mellan 25 och 30 år.

Inför utformandet av web-enkäten läste vi först in oss på forskning om hbt-personers upplevelser av terapi för att få en grund att skapa enkäten utifrån, här använde vi oss också av en del av den kunskap den ena av oss besatt utifrån viss kännedom av vad hbt-personer kan uppleva som positivt och negativt i terapi. Inför intervjuerna läste vi in oss ytterligare på forskningen om hbt-personers upplevelser samt på både hur terapi med hbt-personer och forskning på hbt-personer ”bör” bedrivas. Efter genomförandet av intervjuerna läste vi båda in oss ytterligare på vilka upplevelser klienter i allmänhet har av terapi samt hur man teoretiskt kan förstå vad som sker och skapar förändring i en terapi.

Vår syn på sexuell läggning och könsidentitet är att det inte är något patologiskt eller avvikande att vara hbt-person och därmed inget som bör ”botas” i en terapi.

Informanter

Informanterna var en heterogen grupp vad gäller kön registrerat vid födseln, könsidentitet och sexuell läggning, majoriteten var dock födda som kvinnor och ingen identifierade sig som heterosexuell. Deras ålder var mellan 18 och 50 år. Orsakerna till att informanterna hade sökt terapi varierade mycket, men de vanligaste skälen till att de sökt terapi var nedstämdhet och ångest. Andra problem informanterna gått i terapi i samband med var självskadebeteende, missbruk, psykos, relationsproblem, könsidentitetsproblematik samt svårigheter att acceptera sin sexuella läggning. En person hade gått i terapi kopplat till sin utbildning. Klienterna var öppna inför sina terapeuter med att de var hbt-personer. En vidare beskrivning av informanterna kommer att ges i samband med presentationen av studiens resultat.

Urval och rekrytering

Informanterna till intervjuerna har rekryterats via vår web-enkät. Rekrytering till enkäten skedde i ett första stadium via författarnas egna nätverk och bekanta, vilka sedan uppmuntrades att sprida information om enkäten till så många som möjligt. Spridning skedde även via nätforum för hbt-personer samt via nätcommunityt Facebook. Urvalskriterierna för

att svara på enkäten var att man identifierade sig som hbt-person och hade gått i eller för tillfället går i terapi.

Utifrån de ca 130 personer, av sammanlagt 280 svarande, som i enkäten angett att de kunde tänka sig att ställa upp på intervju valde vi ut personer som bodde nära vår egen hemort eller som vi hade rimlig möjlighet att under intervjuperioden ta oss till. Eftersom de som svarat på enkäten i vissa fall var bekanta till författarna valdes dessa bort, då vi ville att informanterna skulle kunna känna sig fria att tala öppet om det ganska känsliga ämne som en terapiupplevelse kan innebära, utan att ha en personlig relation att ta i beaktande. Då intervjun med oss eventuellt skulle kunna påverka deras syn på sina upplevelser och därmed en pågående terapi på sätt som vi inte kunde förutsäga valde vi att inte kontakta personer som angett att de hade en pågående terapi (vid intervjutillfällena visade sig dock att några informanter hade pågående terapier, vilket diskuteras längre fram).

Eftersom vi utifrån vårt syfte var intresserade av vad som kan upplevas positivt respektive negativt i terapi i hbt-avseende valde vi att leta efter informanter som kunde tänkas ha *båda* dessa typer av upplevelser. En ytterligare tanke med att varje informant skulle ha både positiva och negativa upplevelser var dessa informanter torde ha lättare att reflektera kring och jämföra skillnader mellan det man upplevt som bra respektive dåligt. Detta gjorde vi genom ytterligare ett urval utifrån vad personerna svarat på frågan om hur nöjda eller missnöjda de varit med terapeutens hbt-kompetens respektive hbt-bemötande⁴ (se bilaga A). Vi valde personer som angett mindre än 5 på en 9-gradig skala på någon av de ovan angivna frågorna för den ena terapin och som angett högre än 5 på någon av skalorna för en annan. Vi tog också till viss del frågorna om hbt-specifika faktorer man varit särskilt nöjd eller missnöjd med i beaktande. Detta innebar att de flesta informanterna haft en terapi där de varit nöjda och en där de varit missnöjda i hbt-avseende, medan någon av informanterna som bara gått i en terapi varit både nöjd och missnöjd i denna terapi.

Efter att ha gjort dessa urval återstod ett 30-tal personer, varav vi började med att via mail (se bilaga B) kontakta de åtta som var lättast geografiskt tillgängliga för oss. Tre av dessa fick vi inget svar ifrån, och två tackade nej på grund av praktiska omständigheter. Efter hand kontaktade vi nya personer och fick till slut nio informanter som ville och hade möjlighet att ställa upp.

Intervjuer och transkribering

Enligt Willig (2001) lämpar sig semi-strukturerade intervjuer för att få deltagare att tala om aspekter av sitt liv och sina erfarenheter, varpå detta valdes som metod för materialinsamling.

4 Vi definierade inte begreppen hbt-kompetens och hbt-bemötande i enkäten utan frågade senare våra informanter om vad dessa begrepp innebar för dem.

Allt som allt genomfördes nio semistrukturerade djupintervjuer. Intervjuerna var mellan 45 och 95 minuter långa och alla spelades in med hjälp av inspelningsbar mp3-spelare. Informanterna erbjöds att komma till Psykoterapimottagningen vid Institutionen för psykologi i Lund för intervjuens genomförande, men då det i de flesta fall passade informanterna bättre att träffas på andra platser anpassade vi som intervjuare oss efter deras önskemål. Detta resulterade i att fyra av intervjuerna genomfördes i informanternas hem, en i RFSL:s lokaler, två i Sveriges Förenade HBTQ-studenters lokaler, en på Psykoterapimottagningen och en i andra universitetslokaler. Intervjuerna utfördes på sex olika orter i södra och mellersta Sverige.

Intervjuerna inleddes med att intervjuaren gjorde en kort introduktion där syftet med intervjun och med uppsatsen i sin helhet presenterades och där intervjuaren även sade några ord om konfidentialitet och om hur intervjumaterialet skulle komma att hanteras och användas. Informanten upplystes att intervjun skulle spelas in samt om att deltagandet var frivilligt och att denne kunde avbryta sitt deltagande när som helst. Vidare berättade vi att citat ur intervjuerna skulle komma att tas med i uppsatsen, och att de själva och någon som känner dem väl skulle kunna känna igen deras citat, men att citaten avidentifieras. Efter detta ställdes demografiska frågor om ålder och sysselsättning, samt en fråga om hur informanten identifierade sig utifrån sexuell läggning och könsidentitet. Under intervjuerna användes växelvis informanternas egen identifikation och den bredare termen hbt-person i frågor och följdfrågor. Efter de inledande demografiska frågorna ställdes frågor utifrån den intervjuguide som finns bifogad i Bilaga C. Informanterna uppmanades att tala så fritt som möjligt kring våra frågor, men vi förklarade även att vi skulle komma att fokusera intervjun kring de aspekter av terapin som på något sätt hade att göra med att informanten var hbt-person. Intervjuguiden följdes sedan på så sätt att huvudfrågorna (de som är markerade med siffror från 1-10) skulle ha behandlats någon gång under intervjun, medan underfrågorna (markerade med a-j) mer fungerade som vägledande för ungefär vilka aspekter av frågorna vi var intresserade av. Såsom Kvale (1997) rekommenderar användes underfrågorna som teman att i stunden ställa ytterligare frågor utifrån. Om informanterna gått i mer än en terapi blev det upp till informanten vilken ordning dessa togs upp i, men informanterna ombads också att göra jämförelser dem emellan.

Under intervjuerna valde vi ibland utifrån etiska ställningstaganden att inte följa upp och driva på vissa ämnen som vi upplevde var särskilt känsliga eller sårbara för informanten (Widerberg, 2002). Detta rörde främst de informanter som gick i en pågående terapi och vars bild av denna vi inte ville påverka på ett möjligt negativt sätt.

Intervjuerna transkriberades sedan med hjälp av transkriberingsprogrammet ”Express

Scribe”⁵, av den person som genomfört intervjun. Detta för att det skulle bli lättare att avgöra tonläge och dylikt om man själv varit i rummet. Alla intervjuer lyssnades dock igenom av båda författarna. Alla egennamn på såväl personer som platser har avidentifierats och getts fingerade namn.

Analys

Bearbetning och analys av materialet bestod av två övergripande delar där vi först gjorde en tematisk analys av materialet för att sedan göra en alliansteoretisk analys för att skapa en ytterligare förståelse av våra informanternas upplevelser. I studien har det inte varit individerna i sig vi varit intresserade av utan vårt intresse har legat på dem som bärare av sociala mönster och sammanhang som vi vill kartlägga och förstå (Widerberg, 2002). Eftersom vi inte vill belysa individen eller individuella sammanhang kommer materialet varken analyseras eller redovisas utifrån en individfokusering (Widerberg, 2002). Vilken del våra informanternas olika psykiska tillstånd under deras terapier har spelat i deras upplevelser blir därför inte relevant.

Tematisk analys

Vi utgår från Braun och Clarkes (2006) syn på tematisk analys som en egen analysmetod. Metoden kan enkelt uttryckt användas för att identifiera, analysera och rapportera mönster (teman) i data (Braun & Clarke, 2006). Analysen kan vara mer eller mindre omfattande, från att man organiserar och beskriver sitt material till att man även tolkar aspekter av forskningsämnet. Utifrån en realistisk grund kan metoden användas för att rapportera om informantens verkliga upplevelser. Utifrån en konstruktionistisk grund kan man använda metoden för att undersöka hur händelser, betydelser och upplevelser är effekter av samhällsliga diskurser. Från en kritisk realistisk grund, mellan den realistiska och den konstruktionistiska polen som denna studie har, kan en ”kontextuell” analys göras där individernas meningsskapande av sina upplevelser, och därmed hur den sociala kontexten påverkar det meningsskapandet, erkänns (Braun & Clarke, 2006).

Ett tema fångar något viktigt i datan utifrån syftet och representerar något form av mönster i materialet. Vad som anses vara ett mönster och därmed vad som anses vara ett tema varierar dock (Braun & Clarke, 2006). Detta styrs av vilken betydelse man tillskriver att temas prevalens – hur ofta det förekommer i de olika delarna (intervjuerna) i materialet och vilket utrymme det får. Att ett tema förekommer ofta behöver inte nödvändigtvis betyda att det temat är av större betydelse. Ett tema behöver inte heller få ett stort utrymme i materialet för att räknas som ett tema utan ett tema kan få stort utrymme i någon/några intervjuer och inget i andra, eller ha en relativt liten plats i materialet men ändå räknas som ett tema (Braun

⁵ Programmet går att ladda ner gratis från <http://www.nch.com.au/scribe/>.

& Clarke, 2006). Det är forskarens bedömning som avgör vad som är ett tema och hur viktigt det temat är (Braun & Clarke, 2006). Då vårt syfte inte är att endast hitta det gemensamma för alla utan att även utforska vilka olika upplevelser informanterna har haft har vi därför valt att definiera teman utifrån i vilken grad de fångar något viktigt i relation till vårt övergripande syfte. På detta sätt har vi kunnat lyfta fram teman och tillskriva dem betydelse utifrån våra bedömningar av deras betydelse för den enskilde informantens upplevelser. I vår redogörelse av teman kommer vi därför inte heller redogöra för hur många informanter som talar kring ett visst tema.

Den flexibilitet som finns kring teoretisk utgångspunkt innebär många fördelar för analysmetoden men frånvaron av tydliga riktlinjer kring tematisk analys och att vissa forskare därmed är otydliga kring vad de faktiskt gjort och tänker kring det de har gjort, har gjort att metoden ibland har kritiserats för att man kan ”göra hur som helst” (Braun & Clarke, 2006). Det blir därför extra viktigt för forskaren att redovisa sitt tillvägagångssätt. Vi har analyserat materialet utifrån en semantisk ansats där vi formulerat våra teman utifrån explicita uttalanden informanterna gjort, och alltså inte utifrån vad som kan ligga bakom deras uttalanden. Vår bearbetning av materialet, inspirerad av Braun och Clarkes (2006) modell samt av Kvale (1997), inleddes med att vi var och en gjorde oss bekanta med materialet genom att lyssna igenom alla intervjuer. Därefter transkriberades materialet och utskriften lästes om och om igen för att vi skulle lära känna det. Under denna process antecknades det som föll oss in. I andra steget kodade vi intressanta aspekter i materialet. Nedan ges ett exempel i form av ett utdrag från en av intervjuerna:

- Vill du berätta om den, hur du upplevde den terapin då?

- Ja, den var ju givetvis väldigt annorlunda på alla sätt och vis eh eftersom det spelade ju ingen roll vad jag hade för sexualitet liksom så det blev ju väldigt annorlunda ”skratt” och jag behövde ju inte lära upp henne på något sätt...

- Nä

- så det var ju väldigt skönt. Och det kunde handla om helt andra saker å det fanns ju så klart också ett helt annat sätt att se på hur det är att, en helt annan förståelse så klart för hur det var att växa upp och vara flata liksom å och prata om det ur ett sånt perspektiv å vad man måste slåss mot givetvis eh...och vad man har för syn på sig själv och hur samhället ser på en och så på ett helt annat sätt givetvis, det var ju helt annorlunda

**Koder: ANNAT FÖRHÅLLNINGSSÄTT HOS RFSL-PSYKOLOG, SEXUELLA LÄGGNINGEN SPE-
LAR INGEN ROLL, INTE BEHÖVA LÄRA UPP, FÖRSTÅELSE, ANNAT FOKUS KRING HBT, FO-
KUS PÅ SAMHÄLLE**

I tredje steget sammanställdes koderna till teman utifrån vad som verkade vara centralt i informanternas berättelser om sina upplevelser. Återkommande koder från de olika intervjuerna grupperades samman utifrån vår upplevelse av att dekretade kring samma tema som vi slutligen formulerade ett namn på. Nedan exemplifieras med koder från citatet ovan

samt från flera andra olika intervjuer och vilket tema dessa slutligen (tillsammans med fler koder) lett fram till.

Inte behöva lära upp, jobbigt behöva utbilda, kunskapslucka hos terapeuten, terapeuten hade mer kunskap än tidigare, terapeuten visste ej skillnaden mellan sexuell läggning och könsidentitet, tröttsamt behöva utbilda, att prata med någon som inte kan, gillar att ha någon kunnig, terapeuten skyler inte över okunskap etc → (O)kunskap

förståelse, Skönt att terapeuten förstår, terapeuten förstår inte, terapeuten frågar på fel nivå, inte känna sig förstådd, känsla av att inte prata om samma sak, vara på olika våglängd etc → Att (inte) känna sig förstådd

sexuella läggningen spelar ingen roll, annat fokus kring hbt, fokus på samhället, överfokusering, fokus, sexuella läggningen inte en grej, hbt får för stor plats, terapeuten fokuserar fel etc → Betydelsen av sexuell läggning och könsidentitet

Att organisera materialet utifrån framställningsformen genom huvudteman utifrån den bild man själv som forskare har av hur texten som helhet ska se ut menar Widerberg (2002) är ett sätt att öka läsarvänligheten. Av denna anledning konstruerades huvudteman. Då studiens syfte var att undersöka olika aspekter av informanternas upplevelser i form av hur de upplevt olika saker i terapin, hur de reagerat och vilka konsekvenser de upplevt att det fått fick vi följaktligen teman som kretsade kring dessa olika delar av terapiupplevelsen. De huvudteman vi har kan därför i ganska hög grad anses styrda av de frågor vi ställde. Exempelvis ligger huvudtemat "Reaktioner i terapin" nära de frågor vi ställde kring hur informanterna känt och tänkt i olika situationer men det kändes läsarvänligt att placera in de teman vi fått kring informanternas känslomässiga reaktioner under ett sådant gemensamt tema. De underteman vi har är mer fristående från våra frågor och har ett empirinära förhållningssätt såsom rekommenderas vid explorativa studier (Widerberg, 2002). Efter att hela analysen gjorts har intervjuerna lästs igenom igen för att säkerställa att vi fått med det som vi uppfattat som mest centralt hos varje informant, vissa justeringar av analysen har sedan gjorts utifrån det.

Under hela forskningsprocessens gång har vi som forskare fört en reflexiv dialog kring de utgångspunkter och frågor som styrte våra val och tolkningar under arbetets gång. Vi har velat hålla vår redovisning av materialet "material- och empirinära", alltså utan att föra in tidigare forskning och teorier. Vi har försökt "suga ut" så mycket av materialet som möjligt innan vi har kopplat det till annat material och andras tankar. En poäng med detta har varit att se sammanhang och fynd som finns i vårt material utan att färgas allt för mycket av andras begrepp och att låta materialet "tala för sig självt" (Widerberg, 2002). Kopplingen till teori och tidigare forskning har vi valt att placera i den alliansteoretiska analysen samt i diskussionen. Vårt syfte med detta är dels att läsaren ska få en chans att först ta till sig materialet på egen hand och dels att vi vill ge plats åt våra informanternas upplevelser i sig, utan

vår alliansteoretiska förståelse av dem. På samma sätt som Philips och Holmberg (2008) ser vi ett värde i att låta våra informanternas egna upplevelser komma fram. Den tematiska analysen har därmed vad som ibland kallas ett aktörsperspektiv (Larsson, 2008).

Alliansteoretisk förståelse

Efter att den tematiska analysen genomförts gjordes för att få en ytterligare förståelse av materialet en ytterligare analys utifrån teorier om den terapeutiska alliansen (Safran & Muran, 2000; Stenlund, 2002) och verksamma faktorer i terapi (Philips & Holmqvist, 2008). Detta gjordes i enlighet med vårt andra syfte att förstå våra informanternas upplevelser utifrån att de har ägt rum inom en terapi och för att förstå den terapeutiska processen. Denna delen av resultatet har ett så kallat observatörsperspektiv (Larsson, 2008) där vi som forskare kommer med en ytterligare förståelse av informanternas upplevelser. Vi försöker få en förståelse för våra informanternas upplevelser utifrån både en makro- och en mikronivå då vi använder teorier om terapeutisk allians som handlar om förståelse för vad som utspelas i en terapi på primärt en individnivå men genom att applicera den på det (delvis) gemensamma i våra informanternas upplevelser försöker vi se hur fenomen såsom heteronormativitet på en makronivå skulle kunna tänkas påverka en terapi.

Etik

Att genomföra en intervjustudie innebär alltid att vissa etiska frågeställningar väcks. Särskilt känsligt kan det vara i intervjuer av detta slag, där vi intervjuat om ämnen som kan kännas mycket privata. Kvale (1997) tar upp tre områden som bör lyftas för etiskt övervägande: informerat samtycke, konfidentialitet och konsekvenser. Vi har strävat efter att följa detta genom att i samband med intervjun såsom tidigare beskrivit ge information om studiens genomförande och informanternas rättigheter. Att förutse *konsekvenserna* av en studie är näst intill omöjligt, men vi har innan genomförandet av intervjuerna försökt förutse möjliga konsekvenser och hindra att dessa skulle bli negativa för våra informanter. Att berätta om något i en intervju kan få intervjupersonen att få ett nytt perspektiv på detta (Kvale, 1997), i vårt fall dennes terapiupplevelser. Trots urvalsörfarandet där vi försökte välja informanter som inte gick i en pågående terapi har det i ett par fall under intervjun uppkommit att informanten ändå haft en pågående terapi. Vi har i dessa fall varit särskilt noga med att lyfta både positiva och negativa terapiupplevelser, för att inte styra i en viss riktning och i vissa fall har vi även undvikit att ställa vissa frågor (Widerberg, 2002). Ett möjligt problem är att uttala sig om personer i tredje part, i detta fall terapeuterna. Vi har därför försökt vara noga med att inte bedöma terapeuterna, utan endast uttala oss om informanternas upplevelser av vad som

fungerat bättre och sämre. Våra tankar om terapeuternas ageranden bör läsas utifrån detta. Alla konsekvenser är som sagt inte möjliga att förutse, men vår strävan med denna uppsats är att ge terapeuter mer kunskap för att kunna hjälpa sina klienter på ett bättre sätt, och på så sätt bör båda grupper kunna gynnas.

Enligt Kvale (1997) är ett centralt mål för samhällsvetenskaperna att frambringa kunskap som kan förbättra människans situation och ge henne ökat värde. Vi hoppas med vår studie att kunna ge bättre villkor för både framtida klienter och terapeuter, men att även våra informanter ska känna att de haft glädje av att delta i studien, genom att kanske få klarare för sig vad de skulle önska av en terapi om de söker igen.

Resultat

För att öka läsbarheten i resultatdelen gör vi här en presentation av våra informanter där vi kort beskriver hur de identifierar sig och hur de upplevt sina terapier.

Elin: Elin identifierar sig som icke-heterosexuell kvinna och är vid födseln registrerad som kvinna. Elin har gått i tre terapier, varav de två senaste var med samma terapeut men vid olika tillfällen. När Elin börjar i den första terapin har hon ännu inte kommit ut som icke-heterosexuell utan gör detta successivt för personer i sin omgivning under terapins gång. Elin tänker att hon fått ut något av alla sina terapier, men är mest nöjd med de två senaste terapierna både generellt och i hbt-aspekt.

Elise: Elise identifierar sig främst som bisexuell/queer tjej, men är även transvestit. Hon har gått i tre terapier (varav den tredje under intervjun var pågående). Elise var under sin första terapi i en fas där hon höll på att komma ut för familj och vänner. Elise är ganska missnöjd med sina terapier ur hbt-synpunkt, vilket är ett missnöje som delvis växt fram efter terapiernas avslut. Den terapi hon nu går i tycker hon dock fungerar bättre.

Nils: Nils identifierar sig som bisexuell man. Han registrerades vid födseln som kvinna och har nu genomgått en könskorrigering. Han har gått i flera terapier och samtalskontakter men talar i intervjun främst om ett par stycken. Den längsta terapin han gått i är han mycket nöjd med generellt och i hbt-avseende och det är under denna terapi han genomgått sin könskorrigeringsprocess.

Annika: Annika identifierar sig som kvinna och lesbisk, och är vid födseln registrerad som kvinna. Annika har gått i en längre terapi, som under intervjun är i sin avslutningsfas. Under

terapien har Annika funderat på om hon är homosexuell eller bisexuell, men identifierar sig alltså nu som lesbisk. Annika är nöjd med mycket i sin terapi generellt men missnöjd i hbt-aspekt.

Andrea: Andrea identifierar sig som kvinna och gay, och är vid födseln registrerad som kvinna. Hon har gått i fyra olika terapier varav en är pågående. Två av Andreas terapeuter har varit kopplade till RFSL. Andrea är mycket nöjd med de båda terapierna samt med den pågående terapien både generellt och ur hbt-aspekt. Den fjärde terapien hon gick i var hon mycket missnöjd med både generellt och ur hbt-aspekt och hon avslutade därför den terapien i förtid.

Niklas: Niklas identifierar sig som bisexuell man. Han är född som kvinna och ska just börja en könskorrigeringsprocess efter att ha fått diagnosen transsexuell. När Niklas gick i terapi identifierade han sig som kvinna och transvestit. När Niklas gick i terapien såg han ingen koppling mellan hans behov av terapi och att han var hbt-person. Han har gått i en längre terapi som han när han gick den var mycket nöjd med både generellt och ur hbt-aspekt. Efter att terapien har avslutats börjar han dock uppleva ett missnöje med terapien ur just hbt-aspekt.

Noak: Noak identifierar sig som intergender och bisexuell, och är vid födseln registrerad som kvinna. Han har som barn gått i ett par terapier men talar i intervjun om de tre terapier han gått som tonåring/vuxen. De två första av de terapierna påbörjade han för att han upplevde osäkerhet kring sin könsidentitet och trodde att han kanske var transsexuell. Noak var missnöjd med den första både generellt och ur hbt-aspekt och nöjd med den andra. Noaks sista terapi handlade om annat än hans könsidentitet som han då inte längre upplevde som ett problem. Han var nöjd med denna terapi både generellt och ur hbt-aspekt.

Linus: Linus identifierar sig som bisexuell transperson, och är vid födseln registrerad som man. Han har gått i ett större antal terapier. Han har varit missnöjd i hbt-aspekt med alla terapier utom de två senaste. Ingen av de tidiga terapierna blev långvarig på grund av det missnöje Linus upplevde kring terapeuternas inställning till honom som hbt-person. Den näst senaste, samt den senaste terapien som är pågående, är Linus mycket nöjd med både generellt och ur hbt-synpunkt.

Anna: Anna identifierar sig som queer och kvinna, vid födseln är hon registrerad som kvinna. Hon söker terapi efter att hon och hennes flickvän brutit upp men ser det inte som att terapien har att göra med att hon är hbt-person. Anna är mycket nöjd med den första delen av terapien men blir i slutet av terapien mindre nöjd vilket delvis är kopplat till terapien ur hbt-aspekt.

Tematisk analys

Viktigt i terapin

Kunskap om sexuell läggning, könsidentitet samt hbt-personers erfarenheter och livsvillkor är återkommande teman som informanterna betonar i sina berättelser om hur de upplevt terapierna i hbt-aspekt. Vilken betydelse informanterna upplevt att deras sexuella läggning/könsidentitet fått i terapin är också återkommande för hur många av informanterna upplevt terapin ur hbt-aspekt.

Terapeutens (o)kunskap. Många av de situationer som informanterna beskrivit som negativa eller otillfredsställande har av dem förklarats med terapeutens bristande kunskap och förståelse kring hbt. Annika är en av dem som upplevt att en bristande kunskap hos terapeuten legat bakom att terapin inte varit lika bra i det avseendet som i övrigt.

[Annika] Hon har nog verkligen FÖRSÖKT, det tror jag absolut att hon har.. men ja.. som att det är en kunskapslucka. Som jag tolkar det som, det vet jag ju inte, men som jag har upplevt det, och erfarenhetslucka.

På motsvarande sätt har flera av informanterna också gått i terapier där de upplevt att terapeuten haft kunskap kring dessa frågor, och beskrivit sådana situationer som positiva eller hjälpsamma. Andrea berättar om en av sina terapeuter som var kopplade till RFSL som hon upplevde hade kunskap och en förståelse för vad det kan innebära att vara hbt-person.

[Andrea] Jag behövde ju inte lära upp henne på något sätt, så det var ju väldigt skönt. [...] Det fanns ju så klart också ett helt annat sätt att se på hur det är, en helt annan förståelse för hur det var att växa upp och vara flata, och prata om det ur ett sånt perspektiv och vad man måste slåss mot, och vad man har för syn på sig själv och hur samhället ser på en och så på ett helt annat sätt.

Kunskap, erfarenhet och förståelse upplevs som tätt sammankopplat och många menar att någon form av erfarenhet av hbt-personer eller hbt-världen, eller att terapeuten reflekterat kring hbt-frågor, behövs för att terapeuten ska kunna förstå hbt-personers erfarenheter. Att terapeuten själv är hbt-person kan vara ett sätt för terapeuten att få erfarenhet, men enligt informanterna är det varken en förutsättning eller en garanti för att terapeuten ska besitta den kunskap de önskar.

Upplevelsen av att terapeuten saknar kunskap om hbt är ofta kopplat till hur och när terapeuten ställer frågor kring hbt. Flera informanter har upplevt att de hamnat i en lärarroll i förhållande till sin terapeut då terapeuten ställt många frågor som är kopplade till att informanterna är hbt-personer. Man har upplevt att frågorna syftat till att fylla terapeutens kunskapslucka eller stilla terapeutens nyfikenhet, men att de varit meningslösa för dem själva. Andrea berättar att hon ville prata om hur hon mårde och om en relation hon tidigare haft,

men fick frågor av terapeuten som inte handlade om det utan om att hon är hbt-person. Andrea kände att frågorna blev bisarra för henne eftersom hon varit levvt öppet som gay i 10 år. Hon tyckte att frågorna inte gav henne något utan fick henne istället att känna sig som en lärare till sin terapeut. Andrea säger att hon gärna hade berättat det han ville veta men att hon då inte velat ha honom som sin terapeut.

[Sara] På vilket sätt fick du känslan att han ville att du skulle vara hans lärare?

[Andrea] Därför att han ställde JÄTTEmånga frågor. Han frågade mig jättemycket om "suck" så här hur det kändes, och hur det hade varit, och när jag kom på det, och vad mina föräldrar tyckte då, och vad jag tyckte om uttrycket queer, och hur jag förhöll mig till det, och vad jag tycker om det, och blir jag provocerad av hela den här queeregrenen?, och om hit och dit, och att 'ja det ändå kan vara lite friare med det här', och hit och dit, och 'vad skulle du säga om du plötsligt blev kär i killar?', och blablabla och könsidentitet och tjofaderittan. Ett jävla svammel.

På liknande sätt berättar Elise hur hon tycker att det var tråkigt att spendera sin terapidid till att "utbilda" sin terapeut. Hon säger att hon hade kunnat tänka sig att förklara dessa saker för terapeuten, men att hon inte ville att detta skulle ske inom ramen för terapisessionerna.

[Rebecka] Hur har du upplevt det att gå i terapi som hbt-person?

[Elise] Jag har upplevt att jag har fått förklara väldigt mycket. Faktiskt. Men att de jag har varit i terapi hos har ju lyssnat, försökt liksom. Men det är ju tråkigt att behöva förklara. Och att ta av min dyra terapidid till att utbilda dem.

Att möta en terapeut med kunskap har flera informanter upplevt som positivt, bland annat då det inneburit att de inte känt att de behövt utbilda terapeuten. Att höra vissa saker från just en terapeut har också kunnat upplevas betydelsefullt. Noak gick i terapi för att han var osäker över sin könsidentitet och ville få hjälp att komma fram till om han var transsexuell eller inte. Han hade först gått i en terapi där han upplevde att terapeuten helt saknade kunskap och inte tog hans könsidentitet på allvar. Senare träffade han en terapeut som var van vid frågeställningen. Tillsammans kom de fram till att Noak inte var redo att genomgå en könskorrigering. Noak kände sig dock fortfarande inte som kvinna och för honom blev det viktigt att terapeuten kände till, och öppnade upp för, att man kan identifiera sig som annat än man eller kvinna.

[Sara] Vilken betydelse tänker du att det hade för dig att man kunde vara fler saker än bara man eller kvinna?

[Noak] Det hade jag ju i och för sig stött på mycket tidigare men att möta det från en behandlare betyder mycket för mig för att det kändes som att nu pratar vi samma språk det är inte så att man behöver förklara nånting

Den kunskap informanterna upplevt finnas eller saknas hos terapeuten har rört sig om kunskap om hbt-personers livsvillkor, effekter av hbt-fobi, hur komma ut-processen kan se ut och om begrepp kring sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. Flera transpersoner

lyfter särskilt fram bristen på kunskap om vad könsidentitet är och kan innebära. Kunskap om hbt-personers livsvillkor kan handla om att känna till problematiska situationer som hbt-personer kan hamna i i sin vardag eller vilka möjligheter hbt-personer har att bilda familj.

[Rebecka] Vilka saker är det du känner att du har fått utbilda, eller informera, kring?

[Elise] Ja men allt ifrån liksom.. hela problematiken liksom, lesbisk eller hetero vs. bi, att det e en speciell grej att vara bi. Till exempel. Hur man tas på allvar och inte och sånt. Och också mycket transfrågor.

Det är inte alltid det faktum att terapeuten ställer frågor om hbt som skapar missnöje då vissa informanter velat få, eller varit öppna för att få, frågor kring det utan att frågorna upplevts vara på fel nivå. Nils berättar om en situation då han och en av hans terapeuter diskuterade möjligheten för Nils att hitta en partner. Nils hade vid denna tidpunkt ännu inte genomgått sin könskorrigering och levde således i en kvinnokropp men identifierade sig som man. Terapeuten utgick då från att Nils kunde söka sig till lesbiska kvinnor, vilket för Nils blev fel då han ser sig som man och också vill ha en partner som ser honom som man.

[Nils] 'Jamen', sa hon, 'du har ju sagt att jag får fråga hur mycket jag vill och att du är öppen med det här.' 'Ja', sa jag, 'det har jag gjort. Men på en helt annan nivå. Alltså jag har inte förväntat mig SÅN okunskap. Blanda ihop kön och sexualitet tycker jag är...gravt'.

Niklas terapeut gjorde en liknande sammanblandning av könsidentitet och sexuell läggning, då hon i direkt anslutning till att han kommit ut för henne som transvestit frågade om hans sexuella läggning.

[Niklas] När man sitter i en situation och lämnar ut sig och så får man en fråga som för min del är på Grundnivå 1a...man känner det där aaahhh bara sucka och sjunker ihop 'okej, jag ska förklara...' Jag kommer ihåg att jag faktiskt önskade att nu skulle jag ha velat haft en liten broschyr i bakfickan och så där lämna fram, 'läs den här'.

Niklas blev förvånad och uppgiven över den kunskapsbrist han upplevde att terapeuten uppvisar genom att direkt associera till "vem han ligger med" när han berättade att han var transvestit. Detta är en kunskapsbrist han mött i andra sammanhang men inte hade räknat med att möta hos en terapeut.

Några av informanterna har inte haft någon önskan om att terapeuten skulle ha kunskap om hbt och har endast upplevt kunskapsbrist som ett problem då de behövt lägga tid på att svara på terapeutens frågor om hbt när de velat prata om annat. Andra berättar om att de hade önskat att terapeuten skulle ha kunskap och kunna förstå deras upplevelser och har då kunnat känna en besvikelse om det inte blivit så. Annika kan känna en sorg över att terapeuten, som blivit en viktig person för henne, inte kunde finnas till på samma sätt även för de hbt-

relaterade delarna av hennes liv.

[Annika] [...] man blir besviken om det är någon som är väldigt viktig. Vi har ju ändå träffats under väldigt lång tid och hon är en så otroligt viktig person i mitt liv. Och då blir det ju väldigt synd liksom, det blir lite sorgligt.

Elise hade inför sin senaste terapi en önskan om att träffa en terapeut som skulle ha kunskap om hbt, men hon hade, efter att ha gått i terapier hon inte varit nöjd med i hbt-avseende, svaga förhoppningar om att hitta en terapeut med sådan kunskap.

[Elise] Jag hade väl ungefär samma förväntningar då [inför den senare terapin], 'de kommer inte ha koll' liksom.

Betydelsen av sexuell läggning och könsidentitet. Vissa av informanterna har sökt terapi för att prata just om sin identitet som hbt-person, andra har velat kunna prata om sina erfarenheter som hbt-personer och vad det innebär för dem i deras liv. Ytterligare andra menar att det inte har någon större betydelse i deras liv att de är hbt-personer och att de därför inte heller har haft någon önskan att prata om det i terapin. Andrea ser det som att nästan allt i terapin hade en hbt-koppling, då mycket av hennes terapi handlade om kärleksrelationer.

[Sara] Jag tänker kring, hur stor del att du är gay har haft i dem, hur mycket ni har pratat kring det i de olika [terapierna].

[Andrea] Ganska stor del ändå handlar om kärlek ändå och kärleksrelationer så blir det ju ändå en ganska stor del givetvis.

Anna däremot som också ägnade en stor del av sin terapi till att prata om ett förhållande, tänker att detta inte handlade om hbt. Hon menar att det inte spelade någon roll för henne att förhållandet varit samkönat, varken i terapin eller i hennes liv.

[Anna] [...] för mig var det amen 'vad då, det [att gå i terapi för att man gjort slut men någon av samma som någon av "motsatt" kön] är väl samma sak?'

Oavsett vilken betydelse informanterna själva tycker att det har för dem att de är hbt-personer så har de upplevt det negativt och icke-hjälpanande när de upplevt att terapeuten har "gjort en grej" av, eller fokuserat på, att de är hbt-personer i situationer när de själva inte tycker att det har haft betydelse. Framförallt har de upplevt det positivt om detta inte skett. För Anna var detta något hon i efterhand kan tycka var bäst med terapin i hbt-avseende.

[Anna] Det [bästa] var att ju att hon faktiskt var ganska neutral med det ändå, att det faktiskt inte var några problem utan att hon la fokuset på det som jag faktiskt hade sökt för och att det inte handlade om vem jag hade legat med eller ville ligga med om man säger, utan att det faktiskt handlade om att "nu ska vi hjälpa Anna".

Även för Noak som i en av sina senare terapier sökte för sin ångest (och inte som tidigare för sin könsidentitet), var en av de mest positiva sakerna med terapin i hbt-avseende att terapeuten inte fokuserade på att han var intergender utan på det han sökte för.

[Noak] Det är väl mest att jag har blivit benämnd med mitt namn och det har inte lagts nå vidare reflektion kring mitt kön [...] utan mer fokus på ångesten och vad man kan göra åt den och hur man hanterar konflikter med sin omgivning och så.

Flera av informanterna menar att de inte har reflekterat över vilka förväntningar de som hbt-personer haft på terapin innan de började och säger att de inte haft några förväntningar alls på om det skulle kunna ha betydelse i terapin att de är hbt-personer. Andra, särskilt de som tidigare gått en i en terapi som de inte har varit nöjda med i hbt-avseende, har tänkt mycket kring hur terapin skulle kunna bli i hbt-avseende. Annika gick in i sin terapi med en förhoppning om att kunna prata om hbt-relaterade ämnen.

[Annika] Som hbt-person tror jag att jag hoppades att hon... att det skulle gå att prata om såna saker på ett lätt sätt, att hon skulle förstå det här med hur stark min identitet som homosexuell var, och hur jag ändå träffade [en kille] och hur det gick till [...]. Jag hoppades att det skulle vara något man kunde samtala om och känna att hon förstod liksom.

För dem som förväntat sig att deras sexuella läggning och/eller könsidentitet inte skulle ha någon betydelse för terapin har det väckt förvåning att möta en terapeut som de upplevt göra en ”grej” av att de är hbt-personer. Andrea var väldigt nöjd med sin första terapi i hbt-avseende och berättar att hon blev både förvånad och chockad när hennes nye terapeut fokuserade mycket på att hon var hbt-person och kom med tolkningar kring vad hennes sexuella läggning beror på.

[Andrea] Jag blev lite förvånad, för jag trodde kanske inte att det skulle vara en så stor grej liksom nu, även om det här var några år sen...så tror jag att jag blev förvånad över att han hade en sån otroligt gammaldags inställning till hur det var att vara gay.

Vissa informanter berättar också om erfarenheter av att deras sexuella läggning eller könsidentitet blir en ”grej” i möten med människor i andra sammanhang, och då kan det upplevas som väldigt skönt när det inte upprepas i terapin. Flera informanter beskriver att de skulle ha upplevt det särskilt negativt om terapeuten lagt fokus på att de är hbt-personer i lägen då de själva berättat om något som varit viktigt för dem och som de önskat att terapeuten skulle ge respons på. Andrea berättar att det hon upplevde det mycket positivt att när en av hennes andra terapeut inte gjorde en ”grej” av att det var en tjej hon var tillsammans med.

[Andrea] [Det var skönt] att hon inte ställde en massa frågor om just det där att det var en tjej och ”varför var det det?” och ”hur hade det hänt?” och ”hur gick det till?” och ”varför då?” eller...det

fanns inga frågor om det liksom.

Flera av informanterna, även de som tycker det varit skönt att terapeuten inte gjort en ”grej” av att de varit hbt-personer, har önskat att terapeuten skulle förstå vilken betydelse det har för dem att de är hbt-personer. Det kan då handla om vilken betydelse deras erfarenheter av mötet med en heteronormativ eller hbt-fob omvärld kan ha haft för dem eller vad det innebär för dem själva att ha den identitet de har. Elise betonar att hennes hbt-identitet inte är ett problem för henne och att det inte var därför hon ville kunna tala om hbt-relaterade ämnen, men att det för henne var viktigt att få möjlighet att tala om de problematiska situationer hon som hbt-person stöter på i sin vardag

[Elise] Och även om inte jag tycker att det är problem, just min identitet eller min partners själva identitet, så är det liksom grejerna man stöter på som är prylen.

I en terapi pratade Elise om sina upplevelser av vara tillsammans med en person som genomgick en könskorrigering och mådde dåligt i samband med det. Hon upplevde att hennes terapeut fokuserade på hur ”det är” att vara transperson snarare än de känslor som detta väckt hos henne och som hon ville få hjälp att hantera. Om terapeuten hade vetat hur det kan vara att vara transperson tänker Elise att terapin hade kunnat handla mer om just hennes upplevelser.

[Elise] Det hade ju vart grymt skönt om [terapeuten] bara hade vetat så att jag istället [för att behöva förklara] kunde fokusera på mina känslor kring saker och ting.

För Niklas var det viktigt att hans terapeut förstod att hans könsidentitet är en viktig del av vem han är. Niklas berättar att han tyckte det var skönt att hans terapeut inte förminskade den betydelse den har för honom. Han hade tolkat ett sådant agerande från terapeuten som att terapeuten haft värderingar om transvestism som något konstigt.

[Niklas] Om hon hade [när han kom ut] sagt nånting typ så där...’ja, det är väl inte så farligt’ eller ’det är väl alla idag’ eller ’ja jag har inget emot det’ så där DÅ hade jag nog...backat och så men så var det ju inte.

Några informanter har också upplevt att det fått, eller att de blivit oroliga att det skulle få, för stor betydelse i terapin att de varit hbt-personer då de inte känt sig säkra på vilken syn terapeuten haft på sexuell läggning och könsidentitet och vilka attityder terapeuten haft till hbt-personer. Att terapeuten saknat kunskap har hos vissa informanter skapat en rädsla för att terapeuten skulle fokusera för mycket på att de är hbt-personer och koppla alla deras problem till det. För några informanter som inte upplevt att deras terapeuter varit tydliga med deras egen syn på sexuell läggning och könsidentitet har det skapat en osäkerhet som tagit stort utrymme i terapin på ett sätt som informanterna inte upplevt som hjälpsamt. Terapeutens

neutralitet kring var denne själv står har för dem skapat en osäkerhet kring terapeutens attityder. Elin berättar om den första terapin hon gick i där terapeutens neutrala hållning där hon förhöll sig varken positiv eller negativ till Elins sexuella läggning, skapade en oro hos Elin som gjorde hela terapin obekvämt.

[Elin] [Hon var] väldigt neutral, väldigt tyst och det kändes verkligen som jag projicerade vad som helst på henne. Hela den terapin kändes ganska obekvämt. Jag vet inte hur mycket som faktiskt handlade om henne och hur mycket som handlade om mig själv [...] Men jag tänker att oavsett om det var jag eller inte så tillät ju hon mig att skapa den obekväma stämningen genom att hon inte gick in aktivt och visade tydligt att det här är ok.

Andra informanter som känt samma osäkerhet, och även Elin i hennes andra terapi, menar att terapeutens öppenhet kring sin egen syn på hbt gjorde att deras sexuella läggning och/eller könsidentitet kunde få betydelse på rätt sätt. Elins andra terapeut frågade tidigt i deras kontakt vad Elin trodde att terapeuten hade för inställning till homosexualitet. Elin berättade hur hon hoppades att terapeuten skulle se på det och terapeuten bekräftade att de hade samma syn på homosexualitet – att det varken är fel eller sjukt.

[Elin] [...] det fick ta sin tid och sin plats, explicit, och när det väl hade gjort det, så gick resten smidigt. Och med Anette [den tidigare terapeuten] när det inte talades om öppet fanns det ändå där ändå, hela tiden, och störde lite grann.

[Rebecka] Så med Anette så blev det lite både för stort och för litet?

[Elin] (skratt) Ja, ja, precis. När det var otydligt så, levde det sitt eget liv.

Elin reflekterar över vilken betydelse det fått i hennes terapi att hon är hbt-person. Hon tänker att det optimala kanske hade varit om det inte hade blivit en ”grej” överhuvudtaget, men att så länge det är en ”grej” i samhället att vara hbt-person så kommer det att vara så även i terapin. Det är därför viktigt, menar hon, att veta var man har varandra i frågan så att det inte tar plats på ett oönskat sätt. Elin tycker att hennes andra terapeut lyckades förmedla att hon som terapeut inte tyckte att det var en stor ”grej” att Elin var homosexuell men att hon tyckte det var viktigt att de visst var de hade varandra i terapin och att hon som terapeut därför ville vara öppen med sin syn.

Andra informanter har upplevt terapeutens neutrala förhållningssätt positivt och som ett tecken på att han/hon inte haft negativa attityder. Känslan av att informanternas sexuella läggning och/eller könsidentitet inte varit en ”grej” för terapeuten, har gjort att det kunnat finnas utrymme för identiteten att vara viktig för informanten själv. Niklas som blev osäker då terapeuten saknade kunskap tyckte ändå det var skönt att hans terapeut inte gjorde en ”grej” av hans identitet utan reagerade på samma sätt som hon brukade göra i terapin och han tyckte det var skönt att det inte verkade ha så stor betydelse för terapeuten att han var transperson.

[Niklas] Hon fortsatte så där lite ”business as usual” på nåt vis så att det var väl så jag märkte att

det var ingen stor sak...som hon visade.

För några av informanterna har deras syn på terapeutens neutrala förhållningssätt till dem som hbt-personer förändrats sedan de avslutat sina terapier. Under intervjun reflekterar de kring att det som de under terapin upplevde var skönt med terapeutens neutrala förhållningssätt var att det *inte* var ett negativt förhållningssätt. Nu efter terapin kan dessa informanter känna att de hade behövt mer än att inte möta något negativt; att de hade behövt ett mer aktivt stöd och bekräftande. När Elise som tonåring gick i sin första terapi upplevde hon sin terapeuts neutrala förhållningssätt som något positivt. Nu i efterhand känner hon sig missnöjd över att terapeuten inte mer aktivt gav henne stöd.

[Elise] Jag tolkade nog det så att 'vad skönt, då tycker inte han att det är ett problem'. Att jag är sån här. Medan i efterhand så tänker jag att, alltså snälla nån, jag var 16 år, jag var mitt inne i en identitetsprocess. Han borde ju verkligen ha lagt mer fokus på det, på ett icke-problematiserande sätt. Mer 'här finns vägar du kan gå' liksom. Hade han ju kunnat... Men det e mer som jag tänker nu.

Niklas var också nöjd när han gick i terapin, men tänker nu att hans känsla av att vara nöjd kanske hängde samman med den låga självkänsla han hade som transperson och på hans låga förväntningar på att få ett riktigt bra bemötande.

[Niklas] ...har man dålig självkänsla som transnåting så är just det där, att även i den här situationen så är man bara så NÖJD att... ja 'det räcker om du inte slår mig, det räcker om du inte förolämpar mig, det räcker om du är neutral du behöver inte vara positiv det räcker om du är neutral då är jag nöjd'.

Reaktioner i terapin

Informanterna beskriver hur terapeutens kunskap och den betydelse det tillskrivits att de varit hbt-personer har påverkat både hur de känt i specifika situationer där detta har aktualiserats, och i terapin generellt. I vilken grad informanterna känt sig förstådda, haft förtroende för terapeuten, känt sig trygga, känt sig som sig själva och känt hopp i de delar av terapin som har handlat om dem som hbt-personer, har varit viktigt för deras upplevelse av terapierna ur hbt-aspekt.

Att (inte) känna sig förstådd. De informanter som har velat prata om hbt-relaterade erfarenheter beskriver det som viktigt att då känna sig förstådda. De har upplevt det som positivt och hjälpsamt när de har blivit förstådda och att inte känna sig förstådd har upplevts negativt och icke-hjälpsamt. I den av Andreas terapier hon inte var nöjd med i hbt-avseende kände hon att terapeuten inte förstod vad det innebar för henne att vara hbt-person; vad som kunde vara påfrestande för henne i vardagen där andra ofta utgår från att hon är heterosexuell.

[Andrea] Det fanns liksom ingen förståelse för det, och han hade absolut ingen förståelse för det här med hur det är att behöva komma ut varje dag, och att även om man lever i en liten bubbla av människor som inte bryr sig, där det bara är helt okej, måste man ju ändå komma ut och det blir kanske flera gånger varje dag.

Efter att Andrea avslutat den terapin söker hon sig till en ny terapi via RFSL. Här kände hon att den förståelse hon efterfrågade fanns.

[Andrea] [Det fanns] en helt annan förståelse så klart för hur det var att växa upp och vara flata liksom och prata om det ur ett sånt perspektiv. Vad man måste slåss mot och vad man har för syn på sig själv och hur samhället ser på en och så, på ett helt annat sätt.

Att känna sig förstådd kan handla om att bli bekräftad i sina upplevelser och få hjälp att tänka på nya sätt. Detta upplevde Andrea att terapeuten, kopplad till RFSL, kunde ge henne.

[Andrea] Det kändes som att det fanns en förståelse i det som hon sa i att hon faktiskt sa så här att 'det kan ju vara tufft ja men det tycker jag var strongt av dig' och 'kanske kan du göra på det här sättet' eller 'jo men det är ju jobbigt och då kan man kanske tänka så här'

Några informanter har erfarenheter av terapeuter som försökt förmedla att de förstår, men utan att informanterna har upplevt att en riktig förståelse har funnits. Elises ena terapeut sade att han förstod hennes upplevelser men Elise kände aldrig att det verkligen var så.

[Elise] Han var bara så... 'ja, det förstår jag' såhär. Men jag tror inte han FATTA liksom vidden verkligen av hur det är, [...] vidden av att ständigt vara utsatt för möjligheten till homofobi. Att jag och en person jag var ihop med, en flickvän, blev spottade på av personer i bankomatkönen i Mindrestad en natt.

Känslan av att inte bli förstådd uppstår också när informanternas terapeuter inte har känt till de saker informanterna talat om. Annika kände att hennes terapeut inte förstod innebörden i det Annika pratade om när hon berättade om tre vänner som försökte skaffa barn tillsammans.

[Annika] Hon har inte riktigt förstått hur jag har menat, och jag har märkt att hon har tyckt att det har varit märkligt å sådär, som om hon aldrig har hört talas om andra familjekonstellationer liksom.

Att (inte) känna sig trygg. Några av informanterna har upplevt en otrygghet kring vad som skulle kunna hända i terapin utifrån att de är hbt-personer medan andra känt sig mer trygga. Otryggheten har oftast kretsats kring att terapeuten på något sätt skulle se dem som sjuka eller avvikande och koppla alla deras problem till att de är hbt-personer, att terapeuten skulle använda sig av "gammalmodiga" teorier kring kön och sexualitet och/eller att terapeuten på annat sätt skulle ha negativa attityder till hbt-personer.

Några av informanterna har varit mycket medvetna kring hur terapeuten förhållit sig till

dem. Vissa har haft med sin oron in i terapin. För andra har otryggheten uppkommit under terapins gång, ofta i samband med att de upplevt att terapeuten saknat kunskap. Före terapin hade Niklas inte funderat över hur terapin skulle kunna bli i förhållande till att han är hbt-person, men när terapeuten sade att hon saknade kunskap om trans blev Niklas osäker över vad hon skulle tänka om honom.

[Niklas] Precis när jag förstod och hon var helt uppriktig med att ”det här [trans/könsidentitet] kan jag ingenting om...”, då kände jag mig osäker på ”hur ska hon bemöta mig i fortsättningen? Kommer hon att försöka dra in det här...i allting?”

Elin som i sin första terapi upplevde terapeutens neutrala förhållningssätt och tystnad som obehaglig, berättar att hon hade önskat att terapeuten inte låtit denna osäkerhet, som Elin under samma tid också upplevde i sin vardag, finnas i terapin. Elin hade istället önskat att terapeuten hade förmedlat till Elin att det är okej att vara icke-heterosexuell. Elin återkommer flera gånger under intervjun till sin osäkerhet inför hur terapeuten såg på icke-heterosexualitet.

[Elin] Jag kände mig ganska sårbar... jamen liksom var hon på min sida eller var hon inte på min sida? Var hon dom där som jag försökte hålla borta eller var hon en sån som kunde stötta mig? Jag var osäker på det.

För Elin blev terapeutens neutrala förhållningssätt en otrygghet som genomsyrade hela terapin. Det värsta som Elin kunde tänka sig skulle kunna hända i terapin var att terapeuten, utan att vara öppen med det, såg på homosexualitet som en störning i enlighet med gamla psykoanalytiska teorier.

[Elin] Jag hoppades [att terapeuten inte skulle se det som] att jag var fast i en omogen sexualitet som jag behövde komma över och utvecklas in den sunda heterosexualiteten. Det var mardrömmen att jag skulle hamna hos nån som hade den bilden och kanske framförallt var mardrömmen att den personen inte skulle uttala det, utan sitta och ha nån sorts agenda och försöka...jag vet inte men typ, de värsta fantasierna var väl att det här skulle vara nån sorts obearbetade känslor mot min pappa.

Elin kände sig i sin andra terapi sig trygg med terapeutens uttalat accepterande förhållningssätt och det var en känsla hon upplevde att hon kunde bära med sig efter att terapin tagit slut. Elin kände sig mycket säkrare i denna terapi och upplevde att de tillsammans kunde jobba med den internaliserade homofobi Elin hade.

[Elin] Jag kan fortfarande va nyfiken idag såhär bara usch vad tänkte [den första terapeuten] egentligen liksom? Vad kände hon egentligen? Och så tänker jag aldrig med [den andra terapeuten]. Jag vet verkligen vad hon kände och tänkte inför mig och att det är någonting jag kan bära med mig idag liksom.. en värme och en omtanke.

För Niklas däremot innebar terapeutens neutrala förhållningssätt att han kände sig trygg i terapin (fram tills att terapeuten sa att hon saknade kunskap). För hans del var detta viktigt för att han skulle fortsätta sin terapi.

[Niklas] För då om hon hade haft nån homofob eller transfob inställning då tror jag nog att jag faktiskt hade avbrutit...för då hade det nog varit alldeles stopp...men nu alltså var hon väldigt neutral kan man säga...på ett trevligt sätt..

Några informanter har inte aktivt, varken innan eller under terapin, reflekterat över vilka attityder terapeuten skulle kunna ha. Dessa informanter har svårt att minnas hur de kände och tänkte i relation till terapeutens neutrala hållning under terapin men berättar att de i efterhand är nöjda med terapeutens förhållningssätt.

Att (inte) känna sig som sig själv. Några informanter har också talat om att känna sig, eller inte känna sig, som ”sig själva” i terapin. I vissa terapier har informanterna känt att det funnits plats för hela deras person, medan de i andra terapier upplevt att någon del av dem inte fått finnas med fullt ut. Vissa har också känt sig udda i relation till terapeuten, som om de varit väldigt ovanliga eller att något varit fel med dem. Detta blev för flera informanter en stark kontrast till hur de upplever sig själva i vardagen.

[Andrea] Jag tror jag kände mig lite när jag gick hos honom att jag kände mig lite så här... som att jag inte riktigt var jag, det var som att det var något som var lite fel på mig så här tror jag, nån sån så här inneboende känsla fick jag, det var inte helt bra liksom det var inte helt rätt, jag var lite konstig så kändes det lite, men så kändes det ju absolut inte där på RFSL ...där kände jag mig verkligen som att jag fick och kunde vara hela jag.

[Annika] känslan av att vara...som att det va nåt som va jätteovanligt med en, och att hon hade haft jättefå människor med de här erfarenheterna hos sig. [...] Och att känna sig UDDA e ju väldigt konstigt liksom. I förhållande till sin terapeut.

Noak kände sig inte sedd som person när hans terapeut enbart tilltalade honom utifrån hans kvinnliga kropp istället för hans identitet och det namn han presenterade sig med.

[Sara] Så vad innebar det för dig att hon [använde fel pronomen och namn]?

[Noak] Det innebar att det inte kändes som att hon såg mig som en person...utan att hon bara gick på de yttre faktorerna

Linus berättar om att leva ”dubbelliv” och inte vara sig själv då han blivit sviken tidigare när han berättat att han är hbt-person. Under skolgången upplevde han att det var en tuff miljö med ”machoattityder” där han inte kände sig trygg att vara öppen med att han är bisexuell. Den perioden var mycket påfrestande för Linus. I några av sina första terapier fick han samma känsla.

[Linus] Just det här att i vissa situationer känner jag att jag måste leva ett dubbelliv...visa en helt annan sida av mig för att jag har blivit sviken så pass många gånger när jag har berättat om vem jag verkligen är...och då har jag gått in i försvarsställning och det är en helt annan jag liksom...

Att (inte) känna hopp. Några av informanterna berättar om hur terapeuternas kunskap och förhållningssätt till dem som hbt-personer har väckt starka känslor av hopp eller hopplöshet. Särskilt de informanter som har många negativa erfarenheter kopplade till att de är hbt-personer med sig in i terapin har kunnat känna att de fick hopp då terapeuten agerade på ett annat sätt än vad de tidigare hade mött. När Linus som tonåring träffade en terapeut för första gången hade han precis kommit på att han troligen var bisexuell och sökte terapi för att prata med någon om sina känslor kring detta, samt om den omfattande homofobi han hade mött. I den terapin, och i andra terapier han gick under samma period, kände Linus aldrig att han blev tagen på allvar eller accepterad i sin identitet, istället mötte han terapeuter som menade att hans bisexualitet var "en fas" i hans utveckling. Senare i livet när Linus var på ett behandlingshem fick han igen träffa en psykolog. Hans förhoppningar om att hon skulle vara bättre än hans tidigare terapeuter var låga. Emellertid blev ett av de första mötena med terapeuten mycket betydelsefullt för honom då terapeuten inte frågade om han hade flickvän, såsom hans terapeuter tidigare gjort, utan frågade Linus om han hade en partner.

[Sara] Hur kändes det för dig när hon sa partner istället för flickvän?

[Linus] Ja alltså då gick ju tankarna lite liksom att...det här kan nog funka ganska bra...det är inte många som är så könsneutrala liksom, jag har ju träffat väldigt många som alltid frågar en kille 'jaha och vad heter din flickvän?'.
Detta blev den första terapikontakt som Linus upplevde som positiv och som kom att få mycket stor betydelse i Linus liv.

Känslan av hopplöshet kommer hos flera informanter i anslutning till att terapeuten inte lever upp till informanternas förväntningar. Niklas hade förväntat sig att hans terapeut skulle ha viss kunskap om trans. Han blev uppgiven både när hans terapeut associerade könsidentitet till sexuell läggning och när terapeuten senare sade att hon inte hade någon kunskap om transvestism.

[Sara] just när hon själv sa att hon inte kunde så mycket hur tänkte du kring det och hur kändes det?

[Niklas] Det var det den där uppgivenheten att 'å nej måste jag dra det här en gång till' och osäkerheten för 'hur kommer hon att bemöta mig framöver?'.
Noak sökte terapi för att prata om sina funderingar kring, och ångest kopplad till, sin könsidentitet och mötte en terapeut som inte tilltalade honom med det namn och det pronomen han presenterade sig med, utan en kvinnlig version av dem båda. Dessutom förklarade terapeuten hans ångest med att han kanske egentligen var lesbisk. Sammantaget

innebar detta att Noak tappade hoppet om att bli av med sin ångest och att kunna må bättre.

[Noak] När jag kom till henne var jag också väldigt deprimerad, jag upplevde inte att folk kunde se mig som en man. Att hon kallade mig för "hon" o uttalade mitt namn som "X" gjorde också att jag kände mig illa behandlad eftersom jag tyckte det var så viktigt vid det tillfället. [...] jag började känna att det kanske inte kommer bli bra, jag kanske inte kommer må bra. Ja jag mådde på nåt sätt sämre för att det kändes inte som att det skulle finnas nån nåt sätt och lösa all ångest o alla funderingar.

Att (inte) känna förtroende. Terapeutens agerande i hbt-avseende kan påverka klientens förtroende för denne, främst förtroendet för terapeuten i just hbt-avseende, men också generellt. Annika, som känner att hennes terapeut har en kunskapslucka kring hbt, har trots det ett starkt förtroende till terapeuten men hon känner att kunskapsbristen har gjort hennes förtroende mindre.

[Annika] Att det [terapeutens kunskapsbrist] har fått mig att få mindre förtroende för henne. Även om jag ändå har väldigt stort förtroende för henne.

Niklas förtroende för sin terapeut minskade också när terapeuten sade att hon saknar kunskap om trans.

[Niklas] Jag backade nog lite, tog ett steg tillbaks i mitt förtroende för henne då, lite så där att 'okej...hur ska hon reagera på det här?'.
'

Några informanter berättar om hur de tappat förtroende för sina terapeuter när terapeuterna hävdade att informanterna haft en annan identitet än den de uppgivit. Noak tappade förtroendet för sin terapeut när terapeuten insisterade på att han var lesbisk.

[Noak] Hon började ganska snabbt ställa intima frågor om mitt val av partner, om det kanske var så att jag egentligen var homosexuell, eftersom att jag vid den tidpunkten hade haft sex med en tjej så antog hon direkt att 'du vill bara vara man för att du undertrycker att du egentligen är lesbisk'
[...] så jag kände ju inte så jättestor starkt förtroende hos henne...

Likaså tappade Andrea förtroendet för sin terapeut när han lade fram en tes om att hon egentligen var bisexuell och bara upplevde sig vara homosexuell för att hon hade haft en svår relation till sin pappa och därför hade svårt att närma sig män. Andrea blev också både arg och ledsen.

[Andrea] Jag tyckte ju inte att jag behövde prata något mer med honom utan jag tappade förtroendet för honom givetvis.

Några informanter som upplevt att deras terapeuter haft kunskap om hbt berättar om att de känt ett stort förtroende. Noak hade ett i grunden stort förtroende för sin terapeut som var van vid att arbeta med transklienter. Hans förtroende för henne växte efter att hon varit öppet

förmedlat den osäkerhet hon ibland kände eller efter att hon råkat tilltala honom med fel pronomen.

[Noak] Jag var väldigt tacksam över att hon var väldigt ärlig. Hon berättade att hon ibland kände sig osäker och det hände att hon råkade säga 'hon' till mig men hon bad alltid om ursäkt och var väldigt ärlig med hur hon själv såg på mig och hon kunde själv komma in med egna reflektioner [...] och just den här ödmjukheten tycker jag betydde väldigt mycket, det skapade ett väldigt starkt förtroende.

Konsekvenser för terapin

Informanterna berättar om hur upplevelsen av deras terapeuters kunskap, förhållningssätt till dem som hbt-personer och agerande i specifika situationer på olika sätt fått konsekvenser för terapin. För vissa har det påverkat om och hur de har känt att de har kunnat prata om hbt-relaterade delar av sina liv, för andra har det påverkat känslan av att vilja prata med terapeuten om något överhuvudtaget som känts viktigt. För några av informanterna som varit missnöjda med sina terapier ut hbt-aspekt har det påverkat deras terapier i så hög grad att de valt att avbryta dem.

Att (inte) kunna prata om hbt-relaterade delar av sitt liv. De informanter som varit missnöjda i hbt-avseende men ändå menar att de haft en god relation till terapeuten, beskriver att det missnöje de känt främst har minskat deras vilja att prata om och utforska frågor specifikt kopplade till deras identitet eller erfarenheter som hbt-personer. Annika berättar att hon gick ”i försvar” kring att utforska sin identitet då hon kände att terapeuten såg sexuell läggning som fasta kategorier medan Annika hade en syn på sexualitet som något mer flytande. Annika menar också att hon undvek att tala om sitt missnöje med terapin ur hbt-aspekt, och så småningom även att tala om hbt-relaterade delar av sitt liv överhuvudtaget, på grund av att hon var så nöjd med sin terapi och sin terapeut i övrigt och inte ville förstöra bilden av terapeuten som någon som kunde hjälpa.

[Annika] Det var så viktigt för mig att kunna lita på henne, att det blev att jag undvek att göra det till en grej för att jag ville inte att det skulle spräcka min bild av henne.

Niklas berättar också att han hade en mycket god relation till sin terapeut. Han upplevde dock att hon agerade annorlunda än hon brukade när hon pratade om saker som var kopplade till hans könsidentitet.

[Niklas] Om hon hade varit mer som hon brukade och hon gjort som på de andra områdena att då hade hon pushat lite i alla fall, och ställt frågan på nåt annorlunda sätt eller så, alltså som hon jobbade i det övriga...[...] Det kan ha vart som sagt att hon backade...liksom...hon blev osäker, eller var osäker, och jag kände att hon var osäker och blev också osäker, och så tar man var sitt steg

bakåt, och 'ok det där är lite minerat område'.

Niklas tror att han hade vågat utforska "transdelen" av sig själv mer om han vetat att hon haft kunskap och inte såg transvestism som något att bota. Efter att terapin tagit slut har han själv börjat tänka att det kan ha funnits en koppling mellan hur han mådde och att han var transperson, vilket han aldrig pratade om under sina fyra år i terapi.

[Niklas] Om jag hade känt mig säker på hennes uppfattning och att hon kunde det här, att det var en del i hennes utbildning, så hade jag kanske kunnat vrida och vända mer på just transdelen av mig själv och ta upp det som jag nu kan se faktiskt också var ett skäl till att jag kraschade så himla hårt. Att jag inte ville ha den här transdelen av mig själv, det var liksom 'jag ska bort på tokrea' liksom 'utförsäljning på allt bara ta bort mig' och det tog jag ju inte upp faktiskt.

Några informanter har känt att de behövt försvara hbt-gruppen och att de då blivit svårt att tala om det som kan vara jobbigt med att vara hbt-person. Andrea upplevde detta i den terapin där terapeuten fokuserade mycket på att det var just en tjej Andrea varit tillsammans med.

[Andrea] Då måste jag ju bevisa liksom lite så här hur BRA det kan vara, hur fantastiskt det kan vara. Varför ska han hålla på och ifrågasätta det? Då är det ju jättesvårt och tala om hur JOBBIGT allt är...

[Sara] Så att man drar sig för att berätta vissa saker?

[Andrea] Så blir det ju, men sen också för att såklart att man litar ju kanske inte på en människa som håller på och som börjar ifrågasätta en hur man är...

Informanter som gått i terapier de upplevt varit bra ur hbt-aspekt har känt att det varit lättare att prata om hbt-relaterade delar av sina liv i de terapierna jämfört med andra terapier där de inte känt att terapeuten kunnat förstå dem i hbt-avseende. Elise upplever att hennes nuvarande terapeut har "lite mer koll" på frågor om genus och hbt.

[Elise] Det känns som att hon har lite mer koll. Och också att jag kanske känner mig lite mer ogenerad. Tror jag nog också. Jag kan liksom öppet prata om att jag är inne på gay-communities på nätet och lever öppet.

Att (inte) kunna prata om det som känns viktigt. När informanterna känt att relationen till deras terapeuter inte varit god har flera av dem också upplevt att deras upplevelse av terapeuten i hbt-aspekt påverkade deras vilja att överhuvudtaget prata om "det som kändes viktigt". När informanterna istället upplevt att terapeuten haft kunskap och de känt sig förstådda i sina hbt-relaterade erfarenheter och kring vilken betydelse det har för dem de är hbt-personer och då de känt sig trygga i vilken syn terapeuten haft på hbt, har flera av dem känt att de kunnat prata om det som är "riktigt viktigt". Exempelvis beskriver Linus att han, som en effekt av att hans två senaste terapeuter har varit bra i hbt-avseende, känt att de också varit bra terapeuter generellt och att han därför i terapierna vågat öppna sig och gräva i det han bär med sig.

[Linus] Med dom som förstår där går vi ju mer in på djupet, just det här med missbruksperioden i tonåren, självmordsförsök och tankar och dåliga familjeförhållanden och allt det där...det är liksom så pass djupt har vi grävt.. men det är det för jag har själv vågat öppna mig för att...jag har känt att 'det här är en bra terapeut'..

Vissa beskriver det som att ”man vet var man har varandra” kring hbt eller som att terapeuten haft ”rätt fokus” och att de då har kunnat prata om såväl hbt-relaterade saker som om annat som känts viktigt att tala om. Efter att Elin terapeut sagt hur hon som terapeut såg på homosexualitet kände Elin att hon visste var hon hade sin terapeut vilket gjorde att Elin kände sig tryggare att öppna sig i terapin.

[Elin] Jag visste var jag hade henne, jag visste var vi hade varandra. Och det gjorde att jag kände mig betydligt säkrare. Med henne. Det gjorde liksom som att vi la en gemensam grund som vi kunde stå på och så bara ja! Nu kör vi från det.

Andrea berättar hur hon kände sig trygg att fortsätta prata om det som var jobbigt med hennes relation när terapeuten inte la fokus på att det var just en tjej Andrea var tillsammans med.

[Andrea] Det påverkade ju givetvis mitt sätt att se på henne och mitt sätt att lita på henne och att jag vågade säga andra saker...att jag vågade fortsätta prata om jobbiga saker, att jag kände att jag inte skulle bli ifrågasatt.

Linus menar att det blir lättare att tala om annat när man vet var man har varandra kring hbt – då blir det inte ett hinder i terapin.

[Linus] Vi vet båda två var vi har varandra just när det gäller den biten o då kan jag likaväl fortsätta jobba med dom andra tyngre grejerna som barndomstiden då...så det känns skönt att det inte kommer i vägen....

Vissa av de informanter som upplevt att deras terapeuter gjort ”en grej” av att de är hbt-personer och/eller inte förstått deras hbt-relaterade erfarenheter berättar att de därmed inte velat eller orkat prata med terapeuten om det som verkligen varit angeläget för dem. För Andrea blev det så efter att hon har känt att hon behövt utbilda sin ena terapeut och då han kopplat hennes homosexualitet till hennes relation med sin pappa.

[Andrea] Jag orkade ju inte ta upp några saker som med honom som egentligen handlade om någonting som var viktigt överhuvudtaget, utan jag såg ju till att den kanske avslutades lite, till slut.

Att avbryta terapin. För vissa av informanterna har missnöjet kring terapin i hbt-avseende eller terapeutens agerande kring hbt fått så stora konsekvenser att de valt att avbryta terapin. Nils avbröt sin terapi när hans terapeut föreslagit att han skulle leta efter en lesbisk partner och sedan inte märkte eller förstod varför det gjorde honom ledsen och arg. Noak som sökte terapi specifikt för att prata om sin könsidentitet och inte kände att terapeuten hade någon

kunskap eller tog honom på allvar avslutade den terapin och krävde att få en ny terapeut som hade denna kunskap. Andrea valde att avbryta den terapi hon var missnöjd med då hon efterhand kände att den inte gav henne något. Anna var på många sätt mycket nöjd med sin terapi och upplevde att hon fick hjälp med det hon sökte för, men efterhand i samband med att terapeuten började ställa många frågor kring hennes liv som hbt-person tröttnar hon och terapin rinner mest ut i sanden.

[Anna] [...] men att betala pengar för att göra det [utbilda terapeuten]...då hade jag liksom kunnat träffa henne över en fika o pratat med henne om det, det hade jag gärna gett till henne liksom så men...så då var det var ju därför jag slutade till slut.

Linus började aldrig riktigt någon terapi under tonåren då han redan vid de första mötena med olika terapeuter upplevde att de inte tog hans bisexualitet på allvar och accepterade den.

Konsekvenser utanför terapin

Informanterna beskriver hur deras upplevelser av terapierna ur hbt-aspekt fått konsekvenser även utanför terapisituationen. Några berättar om hur terapin påverkat deras syn på sig själv och deras psykiska hälsa. Flera informanter poängterar att deras terapiupplevelser påverkat deras tilltro till terapi och till terapeuter i allmänhet samt deras förhållningssätt inför kommande terapier.

Klientens mående och syn på sig själv. De terapier som upplevts bra ur hbt-aspekt har för vissa informanter förändrat deras syn på sig själva som hbt-personer i mer positiv riktning. Elin säger att hon blev hjälpt att allt mer själv acceptera sin sexuella läggning till stor del som ett resultat av att hennes terapeut hade en uttalat accepterande och bekräftande inställning till Elin som icke-heterosexuell.

[Elin] Med henne så blev det nog just att jag fick tillgång till en ödmjukhet till mig själv. Hon fick liksom vara ställföreträdande..- ödmjuk...och så kunde jag börja internalisera det till slut. Och jag tror absolut att det är det som har gjort mig mest gott. Att kunna börja va snäll mot mig själv, liksom acceptera mig själv. Och det tror jag att hon gjorde genom att bara vara det.

Andra informanter som också varit nöjda med sina terapier i hbt-aspekt och/eller generellt berättar om hur terapierna har förbättrat deras psykiska hälsa - till och med att terapierna har räddat deras liv.

[Niklas] Den terapeuten har hjälpt mig, tillsammans har vi räddat mitt liv, för jag har ju gjort ett jobb också, men det hon [gjorde] var väldigt bra.

[Andrea] I sin helhet så har det tycker jag att det har hjälpt mig väldigt mycket! Det har varit

väldigt bra [att gå i terapi].

Några informanter berättar om hur några av deras terapiupplevelser har påverkat deras psykiska hälsa och syn på sig själva negativt. Linus berättar hur han haft en ”tung ryggsäck” efter sina tidigare terapierfarenheter, men att han i sin nuvarande terapi, som han är mycket nöjd med, kan börja arbeta med de känslor han har med sig från sina tidigare terapier. Han beskriver hur han har tvivlat på sitt eget människovärde. Hans upplevelse av att hans första terapeuter inte tog honom på allvar utan såg hans bisexualitet som något sjukt och som en fas, har fått honom att överväga om han verkligen varit värdig att leva.

[Linus] Jag har väl känt det nånstans att om jag blir behandlad så kanske mitt liv inte är värt nånting, jag menar jag har haft hur många självmordsförsök som helst för jag har känt att jag pallar inte det här längre...det är ju inte kul när man inte blir tagen på allvar heller. Det har ju varit mycket ångest och depressioner men även det här att man känt att jag kanske inte är värdig och leva överhuvudtaget, enligt de flesta är jag ju onormal och sjuk.

För några informanter har terapierna också påverkat hur de har sett på och upplevt sin identitet. De som fått hjälp att finna en identitet som känns rätt beskriver detta som mycket hjälpanande medan det har kunnat vara försvårande att ha träffat en terapeut som inte har sett det som en möjlighet att man faktiskt är (hb)t-person. Nils beskriver hur hans syn på sig själv, framför allt på sin könsidentitet, påverkades av hur han och hans terapeuter kunde arbeta med detta i terapin. Den första terapeut Nils träffade avvisade Nils tankar på att skulle kunna vara transsexuell. Han litade då på hennes bedömning och avvisade även själv denna möjlighet.

[Nils] Hon viftade bort det. Och sa att nä, så kan det inte vara, utan det är nånting annat. Aha men då är det ju det. Säger hon att det är nåt annat, då är det ju det.

När Nils senare gick i en ny terapi fanns dock tankarna på transsexualism kvar, och tillsammans med denna terapeut fick han möjlighet att utveckla tanken, vilket med tiden resulterade i en könskorrigering. Nils var mycket nöjd med denna terapi.

[Nils] Hon har låtit det här komma fram hos mig. Hon har liksom hållit det i sina händer, tagit reda på vad det betyder, tagit det till sig och gett tillbaka.

Noak berättar hur han genom att han fick möjlighet att utforska sin könsidentitet tillsammans med en terapeut som hade kunskap om hur transsexuella personer brukar känna. Han kunde därmed komma fram till att han inte var redo att ta ett beslut om könskorrigering. Han upplevde sig dock fortfarande som varken man eller kvinna men då terapeuten introducerade nya sätt att se på kön landade Noak i att han är intergender. I den identiteten kunde han känna sig trygg när terapin avslutas.

[Noak] Vi kom fram till att jag inte var redo för att genomgå en utredning för att byta kön utan jag kände att det här med inte kön en så stor grej längre utan...jag har alltid tyckt att personligheten är

viktigare...eftersom jag själv inte tyckte det var jätteviktigt om jag var man eller kvinna så tog vår kontakt slut.

Trots att Niklas pratade ytterst lite om sin könsidentitet i terapin kände han att terapin hjälpte honom att komma fram till att han är transsexuell. Hade de pratat mer om det tror han dock att processen hade kunnat gå snabbare.

[Niklas] Jag insåg när den här terapin var avslutad att, ja det kanske egentligen var ett halvår senare, som det här kom med full kraft att 'nämen nu måste jag försöka få en remiss till Huddinge och könsbytesutredning det är det som det handlar om'.

Hur de informanter, som mött terapeuter som haft idéer om att informanterna har haft en annan sexuell läggning eller könsidentitet än de själva upplevde sig ha, påverkats av detta menar de hänger samman med hur de har mått vid dessa tillfällen. När Andrea av sin terapeut fick höra att hon egentligen kanske inte var homosexuell kände hon att hon mådde så pass bra och var så pass stark att hon inte tog det på allvar.

[Andrea] Han var också väldigt mycket ute efter det här klassiska att anledningen till varför jag var gay var för att jag hade en dålig relation till min pappa och därför inte kunde ha nära relationer till MÄN...en sån där klassiker...och just då kanske jag kunde hantera det på ett ok sätt men hade jag varit i ett ännu värre tillstånd hade det ju kunnat bli helt ännu fruktansvärt liksom! Då hade jag ju verkligen kunnat tänka att det kanske var så!

Tilltron till terapeuter och till terapi. Några av de informanter som gått i terapi de varit missnöjda med ur hbt-aspekt berättar att förlora tron på terapeuter och terapeutisk behandling. Noak berättar att hans negativa upplevelser inneburit att han tappade förtroendet för terapeuter i stort och att det var det sämsta med den terapin.

[Noak] Jag kände att fungerar inte det här [den nya terapi med en terapeut som hade erfarenhet av transklienter] så får jag må dåligt. Jag kommer inte vilja lösa det här utan i såna fall så kommer jag fortsätta med...jag hade ganska mycket självskadebeteende vid det tillfället också, då bryr jag mig inte om vad hon säger att jag ska göra åt problemen utan jag orkar inte mer om inte det blir bra efter det här. Alltså det var väl det sämsta att jag kände liksom att jag tappade tilltron till psykologer.

Anna som är nöjd med att hennes terapeut inte lagt för stor betydelse vid hennes partners kön utan fokuserat på deras unika relation säger att hon skulle ha blivit mycket provocerad av en terapeut som "lagt fokus på kön". Hade terapeuten fokuserat på att det var en tjej Anna varit ihop med säger Anna att hon troligtvis hade avslutat terapin och att hon inte sökt sig till terapi igen.

[Anna] Då hade jag ju slutat med en gång förmodligen och hade förmodligen inte sökt terapi igen.

Så dåligt som jag mådde då så hade jag nog inte sökt mig till någon annan terapi utan då hade det varit 'nämen gud terapeuter är ju totalt dumma i huvudet' förmodligen.

Andreas negativa terapiupplevelse fick som konsekvens att hon drog sig för att söka terapi igen. Med tiden mådde hon emellertid så pass dåligt att hon kände sig tvungen att försöka igen.

[Andrea] Min bekantskap med [den terapeut hon är missnöjd med] gjorde att det tog lite LÄNGRE tid för mig innan jag vågade verkligen tro på att det kunde funka att gå i terapi och att det skulle kunna hjälpa mig tror jag. Och gjorde att jag fick en ganska negativ syn på det och tänkte nog inte att jag alls skulle fortsätta någon gång mer igen tror jag.

Andrea och andra informanter som efter att ha tappat förtroende för terapeuter och terapi berättar hur en bra terapiupplevelse sedan kan göra att de återfår förtroendet. En viss försiktighet hänger dock kvar och de börjar söka terapi på delvis nya sätt.

Förhållningssätt till terapi. Flera, men inte alla, informanter har berättat om hur deras upplevelser av tidigare terapier har påverkat dem i hur de agerat i nya terapier eller skulle agera i en ny terapi och i hur de sökt eller skulle söka nya terapier. Några informanter berättar att deras förhållningssätt till terapi inte har förändrats även om de upplevt ett visst missnöje i hbt-avseende. Anna som aldrig känt något intresse av att prata om sitt liv som hbt-person i terapin lägger ingen vikt vid att en eventuell framtida terapeut skulle ha särskild hbt-kompetens. Däremot har hon en bild av att det finns terapeuter som skulle kunna göra henne missnöjd i hbt-avseende och att hon då skulle avbryta terapin.

[Anna] Då skulle jag göra det med en person som jag känner skulle passa mig oavsett vad, alltså hbt tror jag inte har någon betydelse där heller, jag skulle inte liksom höra om det fanns någon hbt-kompetens [...] Men däremot så skulle jag förmodligen om jag märkte att det fanns fördomar och eller förakt avbryta den då.

Flera informanter berättar att deras inställning till terapeuter och terapi har förändrats och vissa menar att deras tolerans för terapeuter som saknar kunskap eller som gör en grej av att de är hbt-personer blivit lägre. Andrea som var missnöjd i en av sina terapier menar att hon nu, efter att ha fått bättre självkänsla genom andra terapier, inte skulle stanna kvar så länge som hon gjorde den gången om hon mötte en liknande terapeut igen. Om det hände igen skulle hon be terapeuten gå en kurs.

[Andrea] Det är ju en skillnad på hur jag reagerade på det då och nu [...] då så kände jag att det var ganska normalt ändå, alltså jag kände ju att det här var lite konstigt och han var lite konstig 'det här var inte så kul' och jag var lite obekvämt och blev lite arg och lite ledsen och allt det där...men NU hade det här hänt nu jag hade ju inte jag hade ju inte stått i mer än en halv minut

De tidigare negativa erfarenheterna gör också att informanterna efteråt bättre vet vad de inte vill ha. Att inte lyckas hitta en terapeut som har hbt-kompetens skulle för vissa av informanterna kunna bli, och har för vissa redan blivit, ett skäl att inte påbörja en ny terapi. Niklas berättar att han skulle ha högre krav kring hbt-kompetens om han påbörjade en ny terapi idag. Han har redan tackat nej till en fortsatt stödkontakt då det inte fanns någon terapeut som hade hbt-kompetens.

[Niklas] Jag tror inte att jag skulle acceptera nån som sa 'jag vet ingenting om det här!'. Utan då skulle jag säga tack men kan du leta upp nån som har det. Det var så jag sa också på mottagningen där jag gick när de frågade om jag ville ha en kuratorskontakt, då frågade jag 'ja har ni någon med hbt-kompetens här?'

Då ingen terapeut med hbt-kompetens fanns kände Niklas att han klarade sig bättre själv och tackade därför nej till en stödkontakt. Niklas säger dock att om han mådde riktigt dåligt igen skulle han acceptera en terapeut utan hbt-kompetens.

Många har också fått en tydligare bild av vad de vill ha i en terapi och säger att de framöver aktivt skulle leta upp en terapeut med någon form av uttalad hbt-kompetens. Några av informanterna har numera svårt att överhuvudtaget tänka sig att gå i en terapi där terapeuten inte har kunskap om hbt. Annika berättar att hon, om hon skulle gå i terapi igen, inte skulle gå hos någon som inte hade ett uttalat hbt-perspektiv. För att få en sådan terapeut är hon beredd att pendla in till närmsta storstad. Annika och ett par andra av informanterna skulle för att hitta en ny terapeut även fråga vänner och bekanta för tips om någon som var bra i hbt-aspekt.

[Annika] Sen tror jag nog att jag inte skulle gå till vem som helst heller. Jag tror att jag skulle kolla mig runt och höra om det var nån som visste nån som hade bra hbt-bemötande. Alltså höra med mina hbt-kompisar om dom har gått hos nån, och så vidare...eller höra med nån kompis terapeut om den vet nån. Jag tror att jag skulle göra så för att ändå undvika dom största chansningarna.

Ett annat sätt att inför en ny terapi försäkra sig om att terapeuten är bra ur hbt-aspekt är att direkt be terapeuten att redogöra för sin inställning. Andrea har nyligen påbörjat en ny terapi och frågade då terapeuten direkt om hennes syn på hbt innan hon bestämde sig för att fortsätta terapin. För Andrea har det också blivit viktigt att berätta för andra att man måste välja väl men att det finns bra terapeuter.

[Andrea] Eftersom jag har upplevt båda så tror jag att jag har blivit väldigt mycket så här att jag har ett behov av att berätta för människor, alltså andra som behöver gå i terapi och människor som är gay och sånt att man måste välja sin terapeut liksom. Att 'gå inte till vilken stackars terapeut som helst för det är inget bra...för det GÅR liksom och hitta någon som är jättebra'.

Alliansanalys

Önskan att inte ses som avvikande

Alla informanter visar på ett eller annat sätt under intervjuerna hur de är medvetna om den syn som har funnits, och till viss del finns, på icke-heterosexualitet och transvestism/transsexualism som något avvikande som behöver botas och/eller förklaras. Vissa av informanterna hänvisar också explicit till vissa psykoanalytiska sätt att se på homosexualitet som en störning i utvecklingen. Dessa informanter torde ha gått in i terapi med en *önskan* (Luborsky, refererad i Stenlund, 2002) om att inte möta detta.

Några informanter beskriver hur de i terapi varit eller blivit rädda just för att patologiseras eller på annat sätt ses som avvikande i terapeutens ögon. Denna rädsla verkar ha uppstått för vissa av informanterna när de upplevt att det inte varit tydligt vad terapeuten haft för egen syn på icke-heterosexualitet och/eller transvestism/transsexualism. Elin kände sig rädd och otrygg då hennes första terapeut hade en ”neutral” hållning till Elin's sexuella läggning. När Niklas terapeut förhöll sig neutralt till att han var transvestit blev det för honom däremot en bekräftelse på att hon inte såg honom som ”konstig” och han kände sig tryggare i terapi. I fallet med Niklas höll känslan av att terapeuten inte såg honom som konstig dock inte i sig efter att terapeuten sade att hon saknade kunskap om trans, utan då blev han åter rädd för att hon skulle se transvestism som något som borde botas. Både Elin och Niklas berättelser om sina upplevelser antyder också, såsom Luborsky menar är vanligt, att de har varit särskilt uppmärksamma på deras terapeuters agerande i de situationer när de först kommit ut för sina terapeuter och när de senare har talat om sin sexuella läggning/könsidentitet. Det minskade förtroende Elin och Niklas fick för sina terapeuter i samband med att de kände sig osäkra på terapeuternas syn på hbt och det alliansbrott (Safren & Muran, 2000) som uppstod, skulle kunna förklaras utifrån att de relationella scheman Elin och Niklas sannolikt hade - att andra kan se dem som hbt-personer som avvikande och patologiska – upprepades i terapisituationen. Detta oavsett om deras terapeuter faktiskt hade den synen eller ej.

Vilka erfarenheter informanterna har med sig in i terapi framkommer inte helt i intervjuerna. Man torde dock kunna tänka att bland annat den rädsla för att bli patologiserade och sedda som avvikande som flera beskriver, och alltså sannolikt önskar att inte möta i terapi, inte endast är ett resultat av hur de blivit bemötta av signifikanta andra i sina liv utan också på hur de som hbt-personer har blivit ”bemötta” av samhället och psykologin. Den heteronormativa synen på hbt-personer som avvikande, och i vissa fall även patologiska, har sannolikt påverkat informanternas relationella teman/scheman. Det finns också ett samband mellan den terapeutiska alliansen, hur trygg klienten känner sig i förhållande till

terapeuten, och i vilken grad klienten vågar utforska sina problem (Stenlund, 2002). Att känna sig accepterad är i sig en del i hur god allians man som klient upplever sig ha till sin terapeut (Philips & Holmqvist, 2008). Det är sålunda rimligt att anta att de informanter som inte känt sig fullt ut accepterade som hbt-personer, exempelvis när de upplevt att deras sexuella läggning/könsidentitet fått fel betydelse i terapin, haft känslor av otrygghet i terapin, vilket inneburit att de i lägre grad vågat utforska sina problem. Hos våra informanter finns exempel både på situationer där alliansbrott i form av otrygghet kring terapeutens syn på hbt lett till en minskad vilja att utforska och på att trygghet kring det samma hängt ihop med en ökad vilja att utforska andra områden.

Önskan om kunskap

Flera informanter lyfter fram en önskan om att terapeuten ska ha kunskap om hbt-personers erfarenheter och livsvillkor. De betonar vikten av terapeutens kunskap/förståelse kring vad det kan innebära att växa upp som icke-heterosexuell, vad man kan stöta på för hinder och svårigheter i sin vardag och vilka livsvillkor man lever under. För alla dessa informanter blir det viktigt att terapeuten har kunskap om det de önskar och de blir på olika sätt missnöjda när de upplever att terapeuten saknar denna kunskap och nöjda när de upplever att terapeuten har kunskapen. Faktorer som klienter generellt brukar uppleva som hjälpande och positiva i terapi är att känna sig förstådd i sina upplevelser och erfarenheter och att känna tilltro till terapeutens kompetens (Philips & Holmqvist, 2008) och då terapeuternas upplevda okunskap gjort att informanterna inte känt sig förstådda och sannolikt tappat viss tilltro till terapeutens kompetens är det inte förvånande att de känt sig missnöjda. En ytterligare förståelse av deras missnöje kan man få genom att se hur den okunskap som terapeuterna upplevs ha blir en återupprepning av en okunskap och oförståelse som de som hbt-personer sannolikt tidigare mött och ofta möter i sin vardag. Detta torde ha påverkat deras relationella scheman kring graden av kunskap och förståelse andra har för deras upplevelser som hbt-personer.

Situationerna när Andrea och Elise pratar om sina erfarenheter som hbt-personer eller där Annika pratar om sin önskan att få barn skulle kunna ses som situationer där de ”testar” (Weiss i Safran & Muran, 2000) terapeuten, och där informanterna torde vara extra uppmärksamma på terapeutens reaktion. Kommer terapeuten att förstå och ha kunskap eller kommer terapeuten att vara som andra de mött eller som det heteronormativa samhället; sakna kunskap och inte kunna förstå? När de upplever att deras terapeuter inte har den kunskap och förståelse de önskat, bekräftas rimligen dessa scheman och alliansbrott och missnöje uppstår. På motsvarande sätt blir terapeuternas agerande nytt i relation till informanternas scheman när

de upplever att terapeuterna har kunskap vilket kan vara en förklaring till den positiva upplevelsen av det. Stenlund (2002) beskriver hur ett förändringsarbete underlättas när terapeuten kan stå för någonting nytt där klientens negativa förväntningar på terapeutens bemötande utmanas och vederläggs i terapin. Därmed kan ett terapiklimat befrämjas som präglas av glädje och intresse. För våra informanter skulle detta i flera fall innebära just att möta en terapeut som har mer kunskap och bättre förmåga att förstå än de är vana vid att människor har, och att slippa undervisa terapeuten om hur det ”är” att vara hbt-person. Det är rimligt att anta att ett sådant terapiklimat skulle leda till större öppenhet och att klienten i högre grad vill ta upp sådant som känns smärtsamt att tala om, även om sambandet mellan kunskap och förståelse kanske inte är helt enkelt.

Flera av de informanter som gått i terapier de varit nöjda med ur hbt-synpunkt beskriver också just hur den kunskap och förståelse de upplevt att terapeuten haft har lett till att de kunnat prata om det som känts meningsfullt och/eller till att de kunnat prata mer obesvärat om sin hbt-identitet. Ett exempel är Elise, som säger att hon i sin senaste terapi där hon upplever att terapeuten har mer kunskap än hennes tidigare terapeuter, kan prata mer öppet om vissa delar av sitt liv. Ett annat exempel är Andrea i en av hennes terapier på RFSL där hon kände att hon kunde vara helt öppen inför sin terapeut. Detta kan alltså ses som ett resultat av en allians som främjats av att terapeuten skiljt ut sig i förhållande till Elises och Andreas relationella scheman och till de tidigare terapeuter de inte varit nöjda med. På motsvarande sätt beskriver informanter som varit missnöjda med sina terapier ur hbt-aspekt hur upplevelsen av att deras terapeuter saknat kunskap och därmed förmåga att förstå minskat deras vilja att öppna sig.

Förändrade roller som hinder för alliansen

Att informanterna upplevt sig bli ”lärare” i förhållande till sina terapeuter kan ses som att de upplevt att rollerna klient/terapeut frångåtts. En terapeutisk relation skiljer sig från en ”verklig relation” på så sätt att man befinner sig i roller man inte har i andra situationer i sitt liv (Stenlund, 2002). När terapeuten går ur sin terapeutiska roll genom att exempelvis umgås med klienten privat eller tala om sitt privatliv överträds rollerna och relationen övergår i en ”verklig relation”. Allians kan inte skapas i denna ”verkliga relation”, utan endast i den terapeutiskt specifika relationen, och det är också då, genom alliansen, som förändringsarbete möjliggörs (Stenlund, 2002). När informanterna beskriver att de känt sig som lärare till sina terapeuter kan man förstå detta som att relationen övergått i en ”verklig relation” där klienten fått en upplevelse av att det är terapeutens egen nyfikenhet som ska tillfredsställas snarare än klientens hjälpbehov. Detta torde ha underminerat en framväxande allians i de fall det skett,

och därmed också lätt till att terapin inte känts givande eller utvecklande för klienten. Andrea säger att hon gärna skulle ha svarat på terapeutens frågor men att hon då inte skulle vilja ha haft honom som psykolog. Anna säger att hon gärna hade svarat på terapeutens frågor men i så fall över en fika. Både Anna, Andrea och andra informanter säger att de hade velat ha betalt, eller i alla fall själva slippa betala, för de stunder där de upplevt sig behöva utbilda sina terapeuter. Det förefaller som om dessa informanter upplevt att den terapeutiska relationen när frågorna ställts övergått till att bli en verklig relation. Informanterna kan ha rätt i sin tolkning att terapeuterna ställt frågorna av egen nyfikenhet eller för att fylla egna kunskapsluckor. Det kan också tänkas att terapeuterna inte ställt frågorna av de anledningarna utan haft terapeutiska poänger med dem men att informanterna tolkat frågorna som bottnade i okunskap utifrån de scheman de troligen har haft kring att andra saknar kunskap om hbt. Oavsett om fallet varit det sistnämnda har dessa poänger uppenbarligen inte tydligt framgått till klienten. Detta visar på vikten av att som terapeut vara tydlig med varför man frågar som man gör, och med vad man som terapeut arbetar mot i terapin. Att känna att man arbetar mot samma mål är en av de grundläggande delarna i en terapeutisk allians (Safran & Muran, 2000; Philips & Holmqvist, 2008). Om klienten upplever att terapeuten ställer frågor som inte gagnar klientens utveckling, och inte kan förstå frågornas relevans, kan klienten rimligen inte heller uppleva att de två arbetar mot samma mål. Detta kan vara ett sätt att förstå de informanter som valde att avsluta sina terapier efter att ha fått för mycket frågor kring hbt.

Önskan att bli förstådd och slippa förklara

Vikten av att terapeuten förstår när och hur informanternas sexuella läggning/könsidentitet har betydelse för dem och inte gör en ”grej” av att de är hbt-personer, skulle kunna förstås dels som en önskan att bli förstådda i när och hur deras sexuella läggning/könsidentitet har betydelse, och dels som en önskan att inte behöva lägga tid på att utbilda terapeuten. Det skulle också kunna förstås som en önskan om att inte bli sedda som avvikande. Informanterna torde också utifrån att de är hbt-personer i ett heteronormativt samhälle där de inte alltid blir förstådda och accepterade i varierande grad ha relationella scheman kring att andra inte förstår och inte är accepterande.

När Andreas första terapeut inte ställde frågor om att det var en tjej Andrea var tillsammans med utan fokuserade på det Andrea sökt terapi för att prata om ökade Andreas vilja att öppna sig för terapeuten, vilket tyder på att alliansen stärktes (Stenlund, 2002; Safran & Muran, 2000). Utifrån denna terapiupplevelse där Andrea upplevde att terapeuten förstod vilken betydelse det hade för henne att hon var hbt-person och utifrån sin vardagsmiljö där hon inte upplevde det som något särskilt att hon är gay verkar Andrea ha gått in i sin nästa

terapi inte bara med en önskan utan även en förväntan om att det inte skulle bli en ”grej” att hon är hbt-person. När den nye terapeuten kom med en tolkning (av den typ som andra informanter är rädda för) om att hennes sexuella läggning beror på hennes relation med hennes pappa samt lade stort fokus på att hon är hbt-person, blev Andrea chockad, arg och ledsen och hon upplevde att hon behövde gå in i den utbildande rollen. Andreas vilja att öppna sig för terapeuten minskade, vilket antyder att ett alliansbrott hade skett (Stenlund, 2002, Safran & Muran, 2000).

Upprepande eller vederläggande av scheman

Terapeuterna verkar i exemplet ovan, och i andra liknande situationer, leva upp respektive inte leva upp till informanternas önskningsar samt agera på nya sätt respektive upprepande sätt i relation till informanternas relationella scheman (även här är det rimligt att tänka att informanterna varit särskilt uppmärksamma på terapeuternas agerande). Den stora betydelse det kan få att terapeuten agerar på ett nytt sätt i relationen till klientens scheman blir särskilt tydligt när Linus terapeuts könsneutralt formulerade fråga kring huruvida Linus har en partner fick Linus att för första gången känna att det kanske kan vara möjligt få hjälp genom terapi. Hur ett fungerande samspel kring hbt kan öka klientens vilja att utforska blir tydligt i den terapin och även i Linus nuvarande terapi där han upplever att det inte varit ett problem att han är bisexuell. Han har då känt att han har kunnat prata om det som han upplevt vara ”riktigt tungt” och som han behövt bearbeta .

Det missnöje informanterna talar om i relation till att terapeuten lägger, eller skulle kunna tänkas lägga, för stort fokus på, eller tillskriva deras sexuella läggning/könsidentitet fel betydelse, skulle också kunna förstås utifrån den oenighet som här kan anses finnas kring vilket målet med terapin är. Klienten och terapeuten har i dessa situationer uppenbarligen olika syn på vad som är relevant att tala om. Just enighet kring målet med terapin är en viktig aspekt av den terapeutiska alliansen (Safran, Crocker, McMail & Murray, 1990).

Alliansbrott som inte uppmärksammas

Både Safran och Muran (2000) och Stenlund (2002) betonar att om alliansbrottet inte uppmärksammas kan klientens vilja att utforska liksom förtroendet för terapeuten minska. I flera informanters berättelser kan vi se exempel på att terapeut och klient inte verkar ha arbetat med de alliansbrott som uppstått, vilket på olika sätt fått konsekvenser just i form av minskat förtroende, minskad vilja att öppna sig och även avbrutna terapier.

Det verkar inte som att Niklas eller Elins terapeuter arbetat med den otrygghet de kände och Andreas terapeut uppmärksammade inte hennes missnöje och alla tre beskriver också på

olika sätt hur de undvek/kände sig obekväma att prata om hbt-relaterade saker och/eller generellt kände minskad vilja att öppna sig. Noaks terapi där terapeuten insisterade på att se, och tilltala, honom som tjej är annat exempel på hur alliansbrott som inte uppmärksammats lett till en minskad vilja att utforska och i förlängningen till att informanten valde att avbryta terapin. Linus tidiga terapeuter som han upplevde inte accepterade hans bisexualitet och som han kände inte såg honom som "en riktig person" och som han kände att han inte ville prata med om något som var viktigt, verkar inte heller ha uppmärksammat Linus upplevelser och arbetat med de alliansbrott som uppstått. I vissa andra fall där man kan tänka sig att en god allians funnits i grunden har alliansbrotten också lett till en minskad vilja att utforska men konsekvenserna har blivit mindre omfattande. Annika berättar att det, efter att hon återkommande upplevt att terapeuten saknade kunskap kring hbt-personers livsvillkor, blev svårt för henne att prata med sin terapeut om sådant som berörde hennes liv som hbt-person, men hon kände fortfarande stort förtroende för sin terapeut vilket gjorde att hon kunde tala om andra delar av sitt liv. Undvikandet av att tala om hbt-relaterade saker beskriver Annika som ett sätt att skydda hennes och terapeutens relation. Den starka allians som Annika och hennes terapeut verkade ha i grunden gjorde sannolikt att terapin kunde fortsätta att upplevas positiv av Annika trots svårigheterna att prata om hbt-relaterade frågor. Annika uttrycker emellertid att "det skavt i bakgrunden". Om Annika lyckades "skydda" relationen eller om terapeuten hade kunnat förstå Annikas missnöje och arbeta med alliansbrottet och därmed stärka alliansen ytterligare om Annika hade tagit upp det kan vi inte veta. Möjligheten till att stärka alliansen hade dock funnits om Annikas missnöje uppmärksammats och påtalats av någon av dem. Att även klienter med en stark allians ofta har svårt att ta upp missnöje med sina terapeuter är inget ovanligt (Philips & Holmqvist, 2008).

I de fall då terapeuterna inte har arbetat med alliansbrotten kopplade till klientens hbt-relaterade relationella scheman och därmed agerat på ett sätt som informanterna mött tidigare torde informanterna, utöver att deras vilja att öppna sig minskat, inte heller fått hjälp av terapeuten att bearbeta den upprepning som skett av deras scheman i terapin, vilket annars i sig kan vara en verksam faktor i en terapi (Stenlund, 2002, Safran & Muran, 2000). Vikten av att terapeuten uppmärksammar alliansbrott blir särskilt tydlig i den situation då Nils blev missnöjd över att en terapeut trodde att han var lesbisk. Nils beskriver att en viktig anledning till att han hoppade av terapin var just att terapeuten inte märkte att det gjorde honom arg och inte förstod varför han blivit arg när han tog upp det. Här verkar det som att Nils avhopp snarare berodde på terapeutens bristande arbete med alliansbrottet, än på den utlösande situationen. Nils beskriver själv hur det enda sätt han tror att terapin hade kunnat räddas vore just om terapeuten i stunden hade uppmärksammat hans reaktion och försökt arbeta med det

som hänt.

Stärkt allians genom arbete med hbt-relaterade schema

Vissa terapeuter verkar dock ha uppmärksammat alliansbrott som uppstått eller varit på väg att uppstå och arbetat med informanternas hbt-relaterade relationella scheman. I dessa fall verkar också den terapeutiska alliansen ha stärkts. Ett är Noaks ena terapeut som när hon av misstag hade tilltalat honom som kvinna bad om ursäkt för det och förklarade varför hon hade agerat som hon gjorde. För Noak blev detta då något som ökade hans förtroende för terapeuten. Att terapeuten säger eller gör något fel verkar i sig alltså inte, såsom bland annat Safran och Muran (2000) också menar, behöva leda till att alliansen skadas utan kan om terapeuten uppmärksammar det leda till att alliansen istället stärks. Noaks terapeut agerade sannolikt på ett nytt sätt mot vad han var van vid då hon var tydlig med att han ska tilltalas som det kön han upplever sig ha. Elins ena terapeut verkar också ha stärkt alliansen (och undvikit ett alliansbrott) genom att hon aktivt lyfte hur hon själv ser på homosexualitet och därmed sannolikt intog en nytt förhållningssätt i relation till det relationella schema som Elin verkade ha kring att andra inte ska acceptera hennes sexuella läggning. Terapeuten verkar också aktivt ha arbetat med Elins relationella schema och hjälpt Elin komma över sin internaliserade homofobi.

Förstärkning och försvagning av scheman

Våra informanter har i flera fall beskrivit hur deras förväntningar på terapin påverkats av tidigare terapiupplevelser, och ibland har upplevelserna i terapin också gett en förväntan om hur terapeuter generellt är, vilket kan kopplas till ett ökat eller minskat förtroende för människors, i detta fallet terapeuters, bemötande. Detta ligger i linje med vad Stenlund (2000) skriver om att en lyckad terapi kan förändra klientens relationsmönster i en positiv riktning medan en mindre lyckad terapiupplevelse kan stärka de negativa förväntningar på andra människor som klienten haft innan terapin. Särskilt tydligt blir detta hos Linus och Elise - deras förväntningar på att terapeuter ska vara accepterande och ha kunskap och förståelse har minskat efter möten med terapeuter de upplevt inte haft detta. Båda har dock lyckats skapa fungerande terapier efter att ha mött nya terapeuter som inte upprepat samma mönster utan agerat på nya sätt i relation till Linus och Elises förväntningar.

Diskussion

Till en början kan vi konstatera att de situationer våra informanter gett exempel på som situationer de blivit särskilt nöjda respektive missnöjda med ligger i linje med den forskning

som tidigare gjorts på området. Vikten av att terapeuter har kunskap om sexuell läggning, könsidentitet och hbt-personers livsvillkor påpekas i tidigare forskning (Garnets et al, 1991; Mohr, Israel & Sedlacek, 2001; Landridge, 2007; Malley & Tasker, 2007; Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008; Almevall & Englund, 2008) och kommer tydligt fram i våra informanternas berättelser. En särskild brist på kunskap har informanterna upplevt finnas kring vad könsidentitet är och innebär. Även detta ligger i linje med tidigare forskning både kring transpersoners upplevelser av terapi och av vård generellt (bl.a. Darj, 2008; Sheerin, 2009). Vikten av att terapeuten har reflekterat kring sig själv och samhället ur hbt-aspekt lyfts också fram av både informanter och forskare (Garnets et al, 1991).

Flera av informanterna verkar ha upplevt att deras heteronormativa erfarenheter av att andra inte har kunskap om deras livsvillkor och om könsidentitet har upprepats i terapierna. Utifrån den koppling som finns mellan heteronormativitet och psykisk ohälsa kan det ses som särskilt viktigt att terapeuten är medveten om att alliansbrott kan uppstå om klienten upplever att terapeuten saknar kunskap om hbt. Terapeuten kan då aktivt arbeta både för att förbygga att detta sker genom att ha kunskap och genom att aktivt arbeta med dessa situationer när de uppstår så att terapin i sig inte blir ytterligare en negativ stressor som hbt-personer kan möta. Att som terapeut vara öppen med sitt syfte med sina frågor och interventioner skulle kunna vara ett sätt att visa på ett genuint intresse för klientens historia snarare än en personlig nyfikenhet eller ett försök att fylla en kunskapslucka. Även att öppet tala om vilka förväntningar klienten och terapeuten har på vilka roller de ska ha i terapin kan sannolikt vara hjälpande här.

Alliansbrott kan exempelvis tänkas undvikas om missförstånd kring klienternas sexuella läggning och/eller könsidentitet undviks och om hbt-klienter inte i samma utsträckning behöver ”undervisa” om sina upplevelser eller livsvillkor utifrån upplevelsen att terapeuten saknar kunskap. Att helt undvika alliansbrott är dock troligen inte möjligt i någon terapi, och kanske heller inte önskvärt då ett alliansbrott inte behöver vara negativt om det går att arbeta med och på så sätt reparera, vilket då kan leda till ökad utveckling och förändring (Stenlund, 2002; Safran & Muran, 2000) - vilket också framkommer i informanternas berättelser. Kunskap om hbt-personers livsvillkor och om hur heteronormativa erfarenheter kan upprepas i terapin kan också tänkas bistå terapeuten i att upptäcka, förstå och arbeta med de alliansbrott som uppkommer. Detta genom att ge terapeuten bättre förståelse för vad som kan skapa dessa alliansbrott, hur det kan vara kopplat både till klientens personliga och kollektiva upplevelser som hbt-person och vilken del terapeuten själv har haft i alliansbrottets uppkomst.

Även den typ av situationer som är kopplade till vilket betydelse informanternas

sexuella läggning/könsidentitet fått tas upp i tidigare forskning som faktorer som kan upplevas ohjälpsamma respektive hjälpsamma i terapi med hbt-personer. Detta kan t.ex. gälla huruvida terapeuten kopplar klientens problem till dennes sexuella läggning eller könsidentitet när klienten själv inte upplever att en sådan koppling finns, eller huruvida terapeuten förstår och respekterar vilken betydelse den sexuella läggningen eller könsidentiteten har för klienten.(Garnets et al. 1991; Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008). Hur terapeuter bör agera gällande vilket fokus som bör läggas på klientens sexuella läggning/könsidentitet diskuteras i litteraturen om terapi med hbt-klienter där man konstaterar att det inte finns några enkla riktlinjer (Dworkin, 2006; Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Malley & Tasker, 2007). Även våra informanternas berättelser antyder att detta är komplext, och att man som terapeut därför behöver vara flexibel. Att vara hbt-person har olika betydelse för olika personer, men kan också ha olika betydelse i olika situationer, och om terapeuten har kunnat följa med klienten i detta har det upplevts positivt. Vilken betydelse det har för klienten i terapin att han/hen/hon är hbt-person hänger sannolikt ihop med var klienten befinner sig i sin identitetsprocess, hur öppen klienten är inför sin omgivning och vilket socialt sammanhang klienten befinner sig i, vilka föreställningar klienten har om terapi och terapeuter i hbt-avseende och givetvis även vad klienten söker terapi för. Utifrån detta torde det vara av extra stor vikt att terapeuten är uppmärksam på, och har förståelse för, hur klienten uppfattar terapeutens agerande i lägen då terapeuten ser en koppling mellan klientens problem och klientens sexuella läggning och/eller könsidentitet som klienten själv inte ser. Enligt Safran och Muran (2002) handlar allians just om att vara flexibel i sina interventioner och i sitt förhållningssätt, och att ständigt fråga sig själv vad det man gör får för betydelse för klienten. Som vår studie visar kan samma typ av förhållningssätt få olika betydelse för olika klienter, vilket visar på vikten av terapeutens flexibilitet. I flera fall förefaller det som om terapeuterna inte haft denna medvetenhet då de, utifrån informanternas beskrivningar, varken agerat för att reparera det alliansbrott som uppkommit eller arbetat med sina klienters relationella scheman.

Eubanks-Carter et al. (2005) menar att terapeuter behöver ha kunskap om hbt-specifika utmaningar för att kunna avgöra i vilken utsträckning dessa påverkar klienten och därmed kunna behandla hbt-klienter på ett kompetent sätt utan att vare sig lägga för mycket eller för lite fokus på klientens sexuella läggning. Utifrån de skiljda livsvillkor olika hbt-personer lever under och utifrån de snabba förändringar i livsvillkor som skett, och sker, för många hbt-personer de senaste decennierna är det sannolikt att det kommer bli allt vanligare för terapeuter att möta hbt-personer som på allt mer varierande sätt upplever att det har betydelse för dem i deras liv att de är hbt-personer. Därmed kommer sannolikt även vikten

öka av att terapeuter har kunskap om hbt-personers livsvillkor och dess koppling till hälsa samt att terapeuter förstår på vilka olika sätt det kan ha betydelse i hbt-personers liv, och därmed också i deras terapi, att de är hbt-personer.

Att föra en kontinuerlig dialog med sin klient om målet med terapin, och därmed vad som bör få utrymme i denna, samt att som terapeut vara öppen med sin egen syn på hbt-personer samt att arbeta aktivt med den oro som kan väckas torde vara ett sätt att i högre grad ge klientens sexuella läggning/könsidentitet ”rätt” betydelse och undvika onödig oro kring terapeutens attityder.

Att terapeuten fokuserar på att klienten är hbt-person när klienten inte tycker att det är relevant verkar av vissa av informanterna upplevas som ett ifrågasättande av, eller en negativ syn på, deras identitet. Det torde vara rimligt att anta att ett fokus som upplevs ”rätt” på motsvarande sätt kan uppfattas som ett implicit bekräftande och accepterande av klientens identitet. Att känna sig accepterad, både generellt och specifikt gällande sexuell läggning och könsidentitet, är också något som återkommande visat sig upplevas positivt och hjälpande i terapi (Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Israel, Gorcheva, Walther et al., 2008; Philips & Holmqvist, 2008; Sheerin, 2009). Sannolikt har hbt-personer i olika stadier av sin identitetsprocess och utifrån olika grad av internaliserad homofobi olika behov av bekräftelse av sin identitet. Utifrån det kan man tänka att en explicit bekräftande terapi såsom ”affirmative therapy” lämpar sig i vissa fall medan en mer implicit bekräftande terapi såsom ”ethical therapy” (Langdridge, 2007) fungerar för andra.

Upplevelsen av hur terapeuten har agerat i hbt-avseende har påverkat vilken grad informanterna känt sig förstådda, haft förtroende för terapeuten, känt sig trygga, känt sig som sig själva och känt hopp. Alla dessa känslor har i processforskning återkommande visat sig ha betydelse för klienters upplevelse av terapi och gjort klienter missnöjda om de känt dem i låg grad och vice versa (Philips & Holmqvist, 2008). Detta ligger också i linje med tidigare forskning som föga förvånande visar att samma generella faktorer är viktiga för terapiupplevelsen för hbt-personer som för andra (Israel, Gorcheva, Burnes et al., 2008; Malley & Tasker, 2007; Sheerin, 2009). Sheerin (2009) frågar sig om terapeutens öppenhet och acceptans är viktigare för (hb)t-personer än för andra. Denna studie kan inte ge ett svar på den frågan men det verkar som att upplevelsen av hur öppen och accepterande terapeuten är kan uppfattas *olika* i hbt-avseende jämfört med i andra avseende. Resultaten i vår studie visar också att informanternas upplevelser av olika delar i terapin har varit beroende av deras förväntningar och önsknings. Utifrån att vi lever i ett heteronormativt och till viss del hbt-fobt samhälle torde det då kunna ses som rimligt att hbt-personers önsknings kring att bli accepterande i sina identiteter, och kring att bli förstådda i sina upplevelser som hbt-personer,

kan vara större och mer känsliga än för heterosexuella cispersoner. Det torde också vara rimligt att hbt-personer med en internaliserad hbt-fobi och/eller många erfarenheter av att inte bli accepterade har lägre förväntningar på att få ett uttalat positivt bemötande och därmed kan komma att uppskatta både ett neutralt accepterande bemötande samt ett bekräftande accepterande bemötande mer än hbt-personer med mestadels erfarenheter av att bli accepterade. Både ett neutralt och positivt bemötande kan tänkas ha en terapeutisk effekt då de för den förstnämnda gruppen skulle innebära något nytt i relation till deras tidigare erfarenheter. Ett neutralt bemötande skulle dock kunna innebära att klienter nöjer sig med ”mindre”, trots att de kanske varit i behov av ett mer aktivt stöd. Om, och när, den aktiva eller den neutrala bekräftelsen är ”bäst” är dock en fråga för kommande forskning att avgöra.

Vissa av våra informanter har upplevt en otrygghet, som torde vara specifik för hbt-personer, utifrån den syn som har funnits och till viss del fortfarande finns på sexuell läggning och könsidentitet i samhället och i psykologin där hbt-identiteter ofta setts/ses som något avvikande och ibland även som något som bör botas (Dahlström, Nilsson & Wallin, 2006; Rosenberg, 2002). Denna otrygghet verkar vissa klienter gå in med i terapin medan den för andra aktiveras i terapin. Samhällets heteronormativitet och psykologins tidigare, och delvis nuvarande, syn på hbt-personer verkar således skapa en specifik otrygghet hos vissa hbt-personer som terapeuter måste förhålla sig till. Detta förstärks sannolikt ytterligare av att vissa klienter fortfarande möter just denna syn i sina terapier, vilket sedan sprids inom hbt-gruppen så att en terapeuts agerande skadar förtroendet för terapeuter och terapeutisk behandling generellt. Om terapeuten inte är tydlig med vad han/hon står finns risken att terapeuten får representera den starkt heteronormativa syn på hbt-personer som funnits inom psykologin och i samhället. Det är därför rimligen extra viktigt med flexibilitet och medvetenhet om vad ens agerande som terapeut betyder för klienten. En neutral hållning där denna oro aktiveras kan vara ett sätt att bearbeta en sådan rädsla, givetvis förutsatt att terapeuten aktivt arbetar med de föreställningar som väcks hos klienten (och inte själv står för dem). Om syftet med terapin inte inbegriper ett sådant arbete eller om klienten har mer akuta problem är det sannolikt ofta bättre att terapeuten är tydlig med sin egen position för alliansen inte ska skadas av klientens osäkerhet.

Få av våra informanter har upplevt sig möta ett direkt negativt eller patologiserande förhållningssätt gentemot hbt-personer. Detta ligger i linje med Röndahls (2005) forskning som visar att hbt-personers missnöje med vård oftare rör sig om heteronormativitet än en medvetet negativ attityd från vårdpersonal. Utifrån några av våra informanter, främst transpersoner, som haft erfarenheter av att möta terapeuter som inte tagit deras identiteter på allvar och/eller inte erkänt den identitet klienten haft vill vi också betona den makt terapeuter

har. Terapeuter kan hjälpa en klient att hitta och bli trygg i en identitet men kan också göra skada. Etiska riktlinjer kring hur terapeuter bör förhålla sig till personer som är eller tror sig vara hbt-personer kan därför också tänkas ha en funktion i Sverige liksom APA har bedömt att de har i USA. Utifrån den betydelse det har för transpersoners hälsa att bli bekräftade i sin transidentitet (Larsson, Lilja & Fossum, 2008), särskilt i betydelsefulla nära relationer, måste det ses som allvarligt att terapeuter idag brister i detta avseende.

Det missnöje eller den nöjdhet som informanterna känt i sina terapier i hbt-avseende har fått konsekvenser både inom terapin och utanför. Även detta för tanken till etiska frågeställningar då terapeutens uppgift är att hjälpa klienten till ett bättre mående vilket verkar ha skett i många fall men inte i alla. I vissa fall det motsatta istället inträffat. Särskilt för dem som kommer in i terapin med negativa personliga erfarenheter kopplade till att vara hbt-personer och/eller som mår särskilt dåligt verkar upplevelsen av terapeutens agerande i hbt-avseende kunna få särskild betydelse för känslan av att kunna få hjälp och må bättre. För de som mår sämst kan det kanske vara som viktigast att terapeuten är accepterande och uppmärksammar alliansbrott när de sker, så att terapin inte blir en upprepning av heteronormativa erfarenheter för klienterna, genom att terapeuten bekräftar klientens negativa förväntningar.

Det kan utifrån de konsekvenser terapin i hbt-avseende verkat kunna få för både klienters mående och tilltro till terapeuter som yrkesgrupp påminnas om de etiska riktlinjer som finns för yrkesverksamma psykologer i Norden om att ”psykologen ansvarar för kvaliteten och konsekvenserna av sitt yrkesarbete och är samtidigt medveten om att han/hon upplevs som representant för sin yrkesgrupp” (s. 278, Övreeide, 2003). Riktlinjerna säger även att:

Psykologen respekterar individens grundläggande rättigheter, värdighet och värde och uppmärksammar att hans/hennes kunnande inte används för att kränka, utnyttja eller förtrycka individen. [...] I detta ingår också att respektera individuella, rollmässiga och kulturella olikheter baserade på funktionsnivå, kön, sexuell orientering, etniskt och nationellt ursprung och tillhörighet, ålder, religion, språk och socioekonomisk status samt att vara uppmärksam på de begränsningar som ligger i egna kulturella, klassmässiga och könsmässiga förutsättningar (s. 276).

Detta innebär att man som psykolog har en skyldighet att respektera icke-heterosexuella identiteter på samma sätt som heterosexuella. Rimligen bör detta även gälla olikheter utifrån könsidentitet även om det inte nämns explicit. I de etiska riktlinjerna ingår även att ta ansvar för att ha den kompetens som krävs i arbetet med olika klienter. Det är tydligt formulerat att ansvaret för att skaffa sig den kunskapen ligger hos psykologen och inte på klienten varpå ett agerande där psykologen ställer frågor till klienten med syfte att fylla sina egna kunskapsluckor kan ses som etiskt problematiskt. Påpekas bör dock att alla terapeuter inte är psykologer och därmed inte har samma formella skyldigheter.

Efter att ha studerat de etiska riktlinjer som i USA är särskilt utformande för

arbete med hbt-personer i förhållande till våra informanternas berättelser kan vi konstatera att många av de positiva och negativa situationer som tas upp av informanterna på något sätt berörs i riktlinjerna. Det vore därför en intressant tanke att införa liknande riktlinjer även i Sverige. Även en diskussion inom terapeut/psykologkåren om vilken specifik kunskap om sexuell läggning/könsidentitet och hbt-personers livsvillkor en terapeut/psykolog bör ha, samt om vilken tillgång som bör finnas på terapeuter med specifik hbt-kompetens, vore önskvärd.

Sammanfattningsvis kan konstateras våra informanter, både de som i sina terapier velat tala om något hbt-relaterat och de som inte velat tala om något hbt-relaterat, i varierande grad verkar ha gått in i terapierna med en önskan om att det inte ska få någon betydelse *för terapin* att de är hbt-personer. Alltså att terapins utveckling, hur de som klienter blir förstådda och vilken hjälp de får samt hur de upplever terapin generellt inte ska påverkas av att de är hbt-personer. Utifrån att terapeuterna i mycket låg grad verkar ha arbetat aktivt med att undersöka hur klienterna har uppfattat terapin i hbt-avseende verkar det också som att flera av terapeuterna ofta har arbetat utifrån föreställningen att det inte har någon betydelse för en terapi vilken sexuell läggning/könsidentitet klienten (och sannolikt även terapeuten själv) har. Flera forskare menar att terapeuter ofta tänker att det inte ska/bör vara någon skillnad på att ha exempelvis en heterosexuell eller en homosexuell klient (Eubanks-Carter et al, 2005; Martell, Safren et al., 2004). Detta förhållningssätt är i sig inte fördömande, men utifrån en heteronormativ utgångspunkt där det inte antas vara någon skillnad att leva som homosexuell respektive heterosexuell riskerar terapeuten att missa de hbt-relaterade utmaningar klienterna kan ha ställts inför, samt sannolikt också de hbt-relaterade alliansbrott som kan uppstå i terapin. Att terapeuter inte upptäcker och arbetar med alliansbrott när de sker är ett generellt problem och en förklaring till att våra informanternas terapeuter inte har gjort det skulle alltså kunna vara att det generellt är svårt att som terapeut märka när klienter bli missnöjda. Men möjligheten finns också att det till viss del kan handla om att terapeuterna har saknat det som bland andra Safran och Muran (2000) lyfter fram som centralt för att skapa en terapeutisk allians, nämligen förståelse för de livserfarenheter klienterna, i detta fall i egenskap av hbt-personer, kan ha haft och för hur de erfarenheterna kan påverka både klienterna och terapin. Vad vår studie visar är att det *kan ha* betydelse för en terapi vilken sexuell läggning/könsidentitet klienten (och sannolikt även terapeuten själv) har. Inte utifrån att den sexuella läggningen eller könsidentiteten i sig skulle påverka terapin, men utifrån att de erfarenheter hbt-personer, och terapeuter, har av att växa upp, utbilda sig och befinna sig i ett heteronormativt, och till viss del hbt-fobt, samhälle kan påverka vilka önsknings, kunskaper och förväntningar båda parter går in i terapin med. Vilket i sin tur *kan* påverka den terapeutiska alliansen och klientens vilja att öppna sig vilket är en avgörande faktor för att en

terapi ska kunna genomföras och vara verksam. En fråga som lätt infinner sig här är om detta då går att undvika; går det i ett heteronormativt samhälle bedriva terapi där det inte får någon betydelse för terapin vilken sexuell läggning/könsidentitet klienten och terapeuten har? För stunden är det kanske inte den viktigaste frågan att besvara utan istället hur sexuell läggning/könsidentitet kan få så liten negativ betydelse *för terapin* och den terapeutiska alliansen som möjligt. Så att det kan skapas utrymme för klientens sexuella läggning/könsidentitet och därtill kopplade erfarenheter *i terapin* när det är relevant och så att terapin i övrigt kan handla om det klienten sökt hjälp för. Detta hoppas vi att våra informanternas upplevelser tillsammans med vår alliansteoretiska förståelse ska kunna ge en ökad förståelse för och kunskap om.

Validitet

Kvale (1997) diskuterar olika former av validitet inom kvalitativ forskning, och lyfter *pragmatisk validitet* som ett allt vanligare sätt att se på validitet inom ett postmodernt sammanhang. Utifrån en pragmatisk syn på validitet "är sanning det som hjälper oss att vidta de åtgärder som leder till det önskade resultatet" (s. 224, Kvale, 1997). Utifrån detta synsätt blir det alltså inte intressant att producera kunskap som är "sann" såvida den inte också i förlängningen går att ha praktisk nytta av. Vår studie syftar till att undersöka och förstå hbt-personers upplevelser av terapi, med den vidare förhoppningen att det ska ge terapeuter en ökad kunskap om vad som kan hända då man möter klienter ur denna grupp och vilka konsekvenser detta kan få för terapins utveckling. Genom att ta del av de exempel som ges genom studiens resultatredovisning, och av uppsatsen i sin helhet, tänker vi att man som terapeut har tagit ett steg mot att skaffa sig den kunskap och erfarenhet som många av våra informanter efterfrågar, och/eller blivit medveten om eventuella kunskapsluckor. Om så blir fallet och ännu fler hbt-personer blir nöjda med terapi i hbt-aspekt får framtiden avgöra.

Kvale (1997) tar också upp den fråga om makt som väcks genom den pragmatiska valideringen. Man kan ställa frågor om vem som egentligen bestämmer vilken handling och förändring som är eftersträvsvärd, och vad som därmed blir pragmatiskt valitt. Detta är ingen enkel fråga att lösa, men vi vill genom vår studie göra en minoritetsgrupps röster hörda, och på så sätt lyfta fram människor som på vissa områden ligger i ett maktmässigt underläge. Vi vill förvisso stärka en grupp (terapeuter) som redan innehar makt, men syftet med detta är dock att i förlängningen förbättra villkoren för en grupp med mindre makt (klienter/hbt-personer).

Såsom Kvale (1997) påpekar är det som forskare också centralt att kontinuerligt kontrollera, ifrågasätta och teoretisera sin forskning. Kontroll innebär att ställa sig kritisk till

sin egen tolkning för att undvika snedvridning av tolkningen, och Kvale rekommenderar därför att man använder sig av mer än en uttolkare. Vi har gjort en inledande kodning var för sig för att undvika att påverka varandra för mycket i det första intrycket av materialet. Vi har sedan fört en kontinuerlig dialog med handledare och kollegor (givetvis på ett avidentifierat sätt) för att få fler perspektiv på våra resultat. Kvale (1997) påpekar vidare att en kompletterande kontroll kan göras genom att delar av materialet redovisas och att tillvägagångssättet för analysen tydliggörs, vilket vi har gjort.

Styrkor och svagheter

En kvalitativ studie av detta slag är alltid en produkt av forskare och intervjupersoner i samspel. Detta innebär att andra intervjupersoner, andra tillvägagångssätt eller andra intervjuare hade gett åtminstone delvis andra svar på våra frågor. Vårt syfte har dock inte varit att generalisera resultaten till hbt-gruppen i stort, utan att ge exempel på några personers upplevelser för att visa på möjliga upplevelser av terapi i hbt-avseende.

Som vi nämnt tidigare har en kritik mot hbt-forskning varit att man nått begränsade delar av hbt-populationen, vilket även är fallet i vår studie. Vi har inte talat med personer som inte varit öppna sin identitet som hbt-person i och/eller utanför terapin, och våra informanter har oss veterligen inte tillhört någon annan minoritetsgrupp såsom en etnisk minoritet. De terapier våra informanter berättat om har ägt rum under de 20 senaste åren med tonvikt på de senaste 5 åren, och att de alla varit både nöjda och missnöjda i hbt-aspekt. Det är rimligt att anta att personer som skiljer sig åt från våra informanter på dessa punkter också har andra upplevelser. Vi har också i enkätsvaren sett att det finns personer som angett att de varken varit nöjda eller missnöjda med sina terapier ur hbt-aspekt. En möjlig tolkning av detta är att svaren till stor del har kommit från personer som inte ansett deras sexuella läggning eller könsidentitet vara relevant för terapin och inte heller har upplevt att terapeuten har ansett det. Även dessa personer kan dock anses ha en upplevelse av terapi i hbt-avseende, även om upplevelsen har varit att det inte funnits något ”hbt-avseende” och den gruppen hade således också kunnat ge delvis andra svar på våra frågor än de vi fått av våra informanter.

Den typ av frågor vi ställt har lagt fokus på terapeutens agerande, informanternas reaktioner på detta och de konsekvenser informanterna har upplevt att det fått. Att våra frågor haft det fokuset kan ha gjort att andra upplevelser av terapierna inte i samma grad kommit upp under intervjuerna.

Utan att ha fullständig information om de terapi typer våra informanter gått i tycks det ändå som att ingen av informanterna gått i en terapi som varit av renodlad KBT-inriktning. Klienter i en sådan terapi hade möjligtvis kunnat ha upplevelser som skiljer sig från

upplevelser av andra terapiinriktningar. Vad som ligger bakom att ingen av informanterna har erfarenhet av en renodlad KBT-terapi ligger utanför denna uppsats omfång att spekulera i.

Utifrån vår epistemologiska utgångspunkt ser vi att vi som forskare inte bara har haft en roll i analysen av materialet utan även i intervjuerna vi utfört och därmed i vilka svar vi har fått från våra informanter. Vi har inte angett våra sexuella läggningar och könsidentiteter för våra informanter inför intervjuerna, och inte heller fått frågor om det, men vi har fått intrycket att informanterna uppfattat oss som hbt-personer eller ”hbt-kompetenta” vilket sannolikt har påverkat vilka svar de har gett. Fördelar med att själv vara hbt-person när man bedriver forskning på hbt-personer är bland annat att man kan ha lättare att få tillgång till informanter och att informanterna kan vara mer villiga att öppna sig för intervjuaren och ge mer ärliga svar samt att man kan ha bättre möjligheter att ställa forskningsfrågor som är relevanta för gruppen (Meezan & Martin, 2003). Nackdelar med att vara en insider kan bland annat vara att vissa detaljer utelämnas i intervjusituationen då informanten berättar och intervjuaren lyssnar ”i samförstånd” och utgår ifrån att man förstår vad den andra parten talar om även om så inte är fallet samt att man missar självklarheter (Meezan & Martin, 2003). Att vi i detta avseende är en ”insider” och en ”outsider” ser vi som en styrka. Vi har gått in med olika förkunskaper och olika förförståelse och har under hela uppsatsens gång diskuterat och jämfört våra tolkningar för att utnyttja detta på ett positivt sätt och skapa en uppsats som både kan vara givande för personer med mycket förkunskap och vara lättförståelig för personer för vilka området är nytt.

Vi är även representanter för terapeutgruppen vilket också kan ha påverkat vilken information informanterna har delgett oss. I tolkningen av våra resultat har vi givetvis påverkats av vår syn på terapi som en hjälpsam behandlingsmetod, samt på hbt-identiteter som något naturligt och icke-sjukligt. Vi har även använt oss av alliansteori för vår förståelse, vilken i grunden är eklektisk men har vissa mer psykodynamiska inslag, och en exempelvis mer beteendeterapeutisk förståelse hade därför kunnat se annorlunda ut.

Framtida forskning

Vi anser att mer forskning är nödvändig för att öka förståelsen för arbetet med olika klientgrupper såsom hbt-personer i terapi. Ett alternativt tillvägagångssätt vore att intervjua terapeuter om deras upplevelser av terapi med hbt-personer, och vad de känt sig särskilt nöjda eller missnöjda med i sitt arbete. Det vore i detta sammanhang även intressant att jämföra de två parternas upplevelser för att se vilka likheter och skillnader som finns mellan upplevelserna samt hur dessa kan förstås. Motsvarande forskning kring andra minoritetsgruppers upplevelser av terapi, så som etniska minoriteter eller personer med

funktionshinder, vore också önskvärd.

Vidare hade det varit intressant med fler studier om hbt-personers upplevelser av terapi av olika slag, såväl kvalitativa studier som kvantitativa, som kan ge fylligare kunskap om hur upplevelserna kan se ut. Man hade vid studier med ett större deltagarantal även kunnat undersöka förhållanden mellan olika faktorer, såsom huruvida upplevelserna skiljer sig åt utifrån terapiinriktning, vilken anledning klienten sökt terapi för och klientens förväntningar. Det vore även intressant att tala med de subgrupper inom hbt-gruppen som vi nämnt kan vara svårare att nå, såsom personer som inte är öppna med sin identitet. Detta väcker frågor såsom hur man som terapeut kan skapa ett terapiklimat som uppmuntrar till att vara öppen, vilket sannolikt också kan kopplas till alliansteori. Även hbt-personer med flera minoritetstillhörigheter hade kunnat ge intressant kunskap om hur olika maktförhållanden kan påverka en terapi. Såsom Wheeler (2003) poängterar kan identitet upplevas på olika sätt och är kulturellt bundet. Genom vår förståelse och våra begrepp såsom hbt har vår tolkning och forskningsansats givetvis påverkats. Att överhuvudtaget prata om identiteter är komplicerat och riskerar att begränsa individen.

Utifrån den återkommande upplevelsen av att ha mött terapeuter som saknat kunskap om framförallt könsidentitet och hbt-personers livsvillkor och erfarenheter som denna studie visat på, skulle det också vara av stort intresse att undersöka vilken kunskap terapeuter faktiskt har om detta samt ytterligare undersöka betydelsen av den kunskapen för att kunna bedriva en hjälpande terapi med olika hbt-personer. Intervjuer med terapeuter själva om deras syn på vilken betydelse det har att en klient är hbt-person och om deras syn på vilken kunskap om hbt som man som terapeut behöver vore också av intresse.

Förutom att mer forskning behövs anser vi det även nödvändigt med en ökad användning av den forskning som är gjord. Forskning om hbt har varit och är fortfarande till viss del marginaliserad, och tycks inte helt mottas inom psykologin i stort. Den forskning som finns, och som förhoppningsvis kommer skapas i ännu högre utsträckning, skulle kunna användas i psykolog- och terapeututbildningarna i Sverige för att öka blivande terapeuters förmåga att möta och bedriva terapi med hbt-klienter med olika behov och förutsättningar.

Referenser

- Almevall, A. & Englund, A.S. (2008). *Homo- och bisexuella personers upplevelser av vårdpersonals bemötande*. Luleå Tekniska Universitet: Institutionen för Hälsovetenskap.
- American Psychological Association (2000). *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay & bisexual clients*. Hämtad 2010-08-02 från <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.pdf>
- American Psychological Association (2006). *Answers to Your Questions About Transgender Individuals and Gender Identity*. Hämtad 2010-08-02 från <http://www.apa.org/topics/sexuality/transgender.pdf>
- American Psychological Association (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Hämtad 2010-08-02 från <http://www.apa.org/topics/sexuality/orientation.pdf>
- American Psychological Association (2009) *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bartlett, A., King, M & Phillip, P. (2001). Straight talking: an investigation of the attitudes and practice of psychoanalysts and psychotherapists in relation to gays and lesbians. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 545-549.
- Bohan, J.S. & Russell, G.M. (2007). Liberating Psychotherapy: Liberation Psychology and Psychotherapy with LGBT Clients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 11(3-4), 59-76.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Crisp, C. (2006). Homophobia and Use of Gay Affirmative Practice in a Sample of Social Workers and Psychologists. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 18(1), 51-70.
- Dahlström, M., Nilsson, S. & Wallin, E. (2006). *Psykologutbildningen ur ett hbt-perspektiv: utvärdering av kurslitteratur vid Institutionen för psykologi, Uppsala universitet*. Uppsala: Uppsala studentkår.
- Darj, F. & Nathorst-Böös, H. (2008) Är du kille eller tjej? – En intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor. Hämtad 2010-08-01 från <http://www.rfsl.se/halsa/public/ardukilleellertjej.pdf>
- D'Augelli, A. R. (2003). Toward the future of research on lesbian, gay, bisexual, and

- transgender populations. I W. Meezan & J. Martin (Eds.), *Research methods and issues in gay, lesbian, sexual, and transgender populations* (pp. xxv-xxvii). New York: Haworth Press.
- Dorland, J.M. & Fischer, A.R. (2001). Gay, Lesbian, and Bisexual Individuals' Perceptions: An Analogue Study. *The Counseling Psychologist*, 29(4), 532-547.
- Dworkin, S.H. (2006). Individual therapy with lesbian, gay and bisexual clients. I Bieschke, K.J., Perez, R.M. & DeBord, A.E. (red.) *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* (pp. 157-181). Washington DC: American Psychological Association.
- Ellis, K.M. & Eriksen, K. (2002). Transsexual and Transgenderist Experiences and Treatment Options. *The Family Journal*, 10, 289-299.
- Elze, D.E. (2003). 8,000 Miles and Still Counting... Reaching Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents for Research. I W. Meezan & J.I. Martin (red.), *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Eubanks-Carter, C., Burckell, L.A. & Goldfried, M.R. (2005). Enhancing Therapeutic Effectiveness With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 12(1), 1-19.
- Garnets, L., Hancock, K.A., Cochran, S.D., Goodchilds, J. & Peplau, L.A. (1991). Issues in Psychotherapy with Lesbians and Gay Men: A Survey of Psychologists. *American Psychologist*, 46(9), 964-972.
- Gorman, E.M. (2003). Research With Gay Drug Users and the Interface With HIV: Current Methodological Issues for Social Work Research. I W. Meezan & J.I. Martin (red.), *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Gustavsson, P. & Landberg, S. (2010, 12 maj). Debatt: HBT-kompetens är ett ledord. GT Expressen. Hämtat 2010-08-01 från <http://gt.expressen.se/ledare/1.1984994/debatt-hbt-kompetens-ar-ett-ledord>
- Hash, K.M. & Cramer, E.P. (2003). Empowering Gay and Lesbian Caregivers and Uncovering Their Unique Experiences Through the Use of Qualitative Measures. I W. Meezan & J.I. Martin (red.), *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Hayes, J.A. & Gelso, C.J. (1993). Male counselors discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of counseling psychology*, 40(1), 86-94.

- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T.R. & Walther, W.A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*. 18(3), 294-305.
- Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W.A., Sulzner, J.M. & Cohen, J. (2008). Therapists' Helpful and Unhelpful Situations with LGBT Clients: An Exploratory Study. *Professional Psychology: Research and Practice*. 39(3), 361-368.
- Johansson, H. (2006). *Therapeutic Alliance in General Psychiatric Care*. Lund: Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.
- Kom Ut (2010, nr 1). *När hbt kom till jorden*.
- Langdridge, D. (2007). Gay Affirmative Therapy: A Theoretical Framework and Defence. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 11(1-2), 27-44.
- Larsson, S., Lilja, J. & Fossum, B. (2008). *Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa*. Rapport R2008:25. Hämtad 2010-08-02 från <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Vem-far-man-vara-i-vart-samhalle-Om-transpersoners-psykosociala-situation-och-psykiska-halsa/>
- Lindholm, M. (2003). *Dubbelliv. Reflektioner om döljande och öppenhet*. Ystad: Kabusa Böcker.
- Madill, A., Jordan, A. & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical... *British Journal of Psychology*, 91(1), 1-21.
- Malley, M. & Tasker, F. (2007). "The Difference that Makes a Difference": What Matters to Lesbians and Gay Men in Psychotherapy. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 11(1-2), 93-109.
- Martell, C.R., Safren, S.A. & Prince, S.E. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapies with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. New York: The Guildford Press.
- Meezan, W. & Martin, J.I. (2003). Exploring Current Themes in Research on Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations. I W. Meezan & J.I. Martin (red.), *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Mohr, J.J., Israel, T., Sedlacek, W.E. (2001). Counselors' Attitudes Regarding Bisexuality as Predictors of Counselors' Clinical Responses: An Analogue Study of a Female Bisexual Client. *Journal of Counseling Psychology*. 48(2), 212-222.
- Morrow, S.L. (2006). First do no harm: therapist issues in psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. . I Bieschke, K.J., Perez, R.M. & DeBord, A.E. (red.) *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* (pp. 157-181). Washington DC: American Psychological Association.

- Nationalencyklopedin (2010). Hämtat 2010-08-01 från <http://www.ne.se/terapi>
- Olsson, H. & Andersson, P. (2010). *Hbt-kompetens hos offentligt anställda*. Hämtat från <http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=410&typ=mot&rm=2009/10&bet=A250>
- Philips, B. & Holmqvist, R. (red.) (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber AB.
- Rachlin, K. (2002). Transgender Individuals' Experiences of Psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*. 6(1), 1-2.
- RFSL (2010). *Begreppslista – sexualitet och kön*. Hämtat 2010-08-01 från <http://www.rfsl.se/?p=410>
- RFSL (2010). *Sexuell läggning – vad är det?* Hämtat 2010-04-15 från <http://www.rfsl.se/?p=414>
- RFSL-Ungdom (2010). *Stärk socialtjänsternas hbt-kompetens!* Hämtat 2010-08-01 från <http://www.rfslungdom.se/nyhet/staerk-socialtjaensternas-hbt-kompetens>
- Rosenberg, T. (2002). *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Atlas.
- Roth, N., Boström, G. & Nykvist, K. (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*. Rapport R2006:08. Hämtad 2010-08-02 från <http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Halsa-pa-lika-villkor--halsa-och-livsvillkor-bland-HBT-personer/>
- Rydström, J. & Mustola, K. (red.) (2007). *Criminally Queer: Homosexuality and Criminal Law in Scandinavia, 1842—1999*. Amsterdam: Aksant.
- Röndahl, G. (2005). *Homosexuella patienter och närståendes upplevelser i vården*. HomO.
- Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*. 27(2), 154-165.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.
- Sheerin, J. (2009). *Transgender Individuals' Experiences in Therapy and Perception of the Treatment Experience*. Northampton, Massachusetts: Smith College School for Social Work.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation*. Rapport A2005:19. Hämtat 2010-08-02 från <http://www.fhi.se/sv/Publikationer/Alla-publikationer/Homosexuellas-bisexuellas-och-transpersoners-halsosituation/>
- Stenlund, G. (2002). *Psykodynamisk korttidsterapi: En intensivstudie av samspel, förändring och utfall*. Lund: Institutionen för psykologi.

- Sullivan, G. & Losberg, W. (2003). A Study of Sampling in Research in the Field of Lesbian and Gay Studies. I W. Meezan & J.I. Martin (red.), *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Swann, S.K. & Anastas, J.W. (2003). Dimensions of Lesbian Identity During Adolescence and Young Adulthood. I W. Meezan & J.I. Martin (red.), *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Swindell, M. & Pryce, J. (2003). Self-Disclosure Stress: Trauma as an Example of an Intervening Variable in Research with Lesbian Women. I W. Meezan & J.I. Martin (red.), *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Tiby, E. (2000). *Hatbrott? Homosexuella kvinnors och mäns berättelser om utsatthet för brott*. Kriminologiska institutionen, Stockholms Universitet (avhandlingsserie nr 1).
- Wheeler, D.P. (2003). Methodological Issues in Conducting Community-Based Health and Social Services Research Among Urban Black and African American LGBT Populations. I W. Meezan & J.I. Martin (red.), *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Populations*. New York: Harrington Park Press.
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Willig, C. (2001). *Introduction to Qualitative Research in Psychology*. ?: Open University Press.
- Övrreide, H. (2003). *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Enkät om hbt-personers upplevelser av terapi

Hej!

Den här enkäten riktar sig till dig som är hbt-person (homosexuell, bisexuell, transperson) och har gått i terapi (oavsett anledning till varför du gick i terapi). Enkäten är en del i en psykologexamensuppsats som också kommer baseras på intervjuer med hbt-personer om upplevelser av att gå i terapi. Vi som skriver uppsatser heter Rebecka Stenberg och Sara Nilsson och går på psykologprogrammet vid Lunds universitet.

Ett av huvudsyftena med enkäten är att undersöka hbt-personers upplevelser av terapi. Vi är särskilt intresserade av vad som varit bra respektive dåligt i den/de terapi/er man gått i, kopplat till att man är hbt-person, samt hur terapeuten har agerat i dessa situationer. Syftet med enkäten är att få en överblick av hbt-personers upplevelser av att gå i terapi samt att hitta personer som vill delta i en intervju kring sina terapierfarenheter.

Idén till uppsatsen har växt fram ur tidigare arbete med hbt-frågor samt ur ett intresse av hur relationen mellan klient och terapeut påverkar en terapi. Tidigare svensk forskning saknas på området hbt-personers upplevelser av terapi och vi hoppas därför att du kan tänka dig att lägga en stund på att svara på vår enkät. Vår förhoppning är att vår uppsats ska kunna leda till att fler hbt-personer som går i terapi får positiva upplevelser av det.

Enkäten tar 10 – 25 minuter att fylla i.
Tack för att du bidrar med dina erfarenheter!

Sara Nilsson & Rebecka Stenberg
Lund, december 2009

(Några av frågorna är hämtade från skattningsformuläret HAq-II-P)

Sida 1:
Ålder

Utbildning Vilken är din högsta påbörjade utbildningsnivå?

- Grundskola
- Gymnasium
- Högskola/universitet
- Annan eftergymnasial utbildning

Kön registrerat vid födseln _____

Könsidentitet _____

Sexuell läggning _____

Jag är öppen med min könsidentitet och/eller sexuella läggning inför: 1=Ingen 2=Ett fåtal personer
3=Ganska många 4=De flesta 5=I princip alla

1	2	3	4	5
Ingen				I princip alla

Kommentar _____

Har du på eget initiativ avbrutit en terapi efter färre än 5 gånger? Svara ja även om du bara träffat terapeuten vid ett tillfälle för att se om ni "passar ihop"

- Ja
- Nej

Om du svarade ja på förra frågan, hur kommer det sig att du avbröt terapin?

- Jag var missnöjd med terapin i hbt-avseende
- Jag var missnöjd med något annat i terapin
- Praktiska/ekonomiska skäl
- Jag behövde inte mer hjälp
- Other:

Hur många olika terapier (5 samtal eller fler) har du gått i?

- 1
- 2
- 3 eller fler

Sida 2:

Följande frågor kommer komma två gånger. Svara utifrån en terapi åt gången. Om du gått i fler än två terapier (på minst fem samtal), svara utifrån de två senaste terapierna du gått i. Börja med den terapi som du gick i näst senast. Försök tänka tillbaks till hur du upplevde det när du gick i terapin och svara utifrån det.

Vilket år påbörjade du terapin?

Hur lång var terapin?

- 5-15 samtal
- 15-40 samtal
- 40 eller fler samtal

Vad hade din terapeut för utbildning?

- Psykolog
- Psykoterapeut
- Kurator
- Annat
- Vet ej

Vilken typ av terapi var det?

- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Psykodynamisk terapi
- Familjeterapi/parterapi
- Stödjande samtal
- Vet ej
- Other:

Hade terapeuten en uttalad hbt-profil?

- Ja
- Nej

Hur valde du vilken terapeut du skulle gå till?

- Genom rekommendation
- Jag blev tilldelad en
- Gula sidorna eller motsvarande
- Other:

Om du hade haft möjlighet att välja, hade du då föredragit en terapeut med uttalad hbt-profil?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Hur kom det sig att du sökte terapi? Det går bra att kryssa i flera alternativ

- Nedstämdhet/depression
- Oro/ångest
- Kris
- Stress
- Personlig utveckling

- Självdestruktivitet
- Familjeproblem
- Sorg
- Missbruk
- Hbt-relaterade identitetsfrågor
- Annat hbt-relaterat
- Other:

Varför slutade du din terapi?

- Jag mådde bättre
- Jag fick inte fortsätta
- Jag hoppade av på grund av missnöje
- Jag hoppade av på grund av praktiska/ekonomiska omständigheter
- Terapin pågår fortfarande
- Other:

Hur nöjd var du med terapin generellt? 1=Mycket missnöjd 3=Missnöjd 5=Varken nöjd eller missnöjd 7=Nöjd 9=Mycket nöjd

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Mycket missnöjd										Mycket nöjd

Hur nöjd var du med terapeutens bemötande ur hbt-synpunkt? 1=Mycket missnöjd 3=Missnöjd 5=Varken nöjd eller missnöjd 7=Nöjd 9=Mycket nöjd

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Mycket missnöjd										Mycket nöjd

Kommentar _____

Hur nöjd var du med terapeutens hbt-kompetens? 1=Mycket missnöjd 3=Missnöjd 5=Varken nöjd eller missnöjd 7=Nöjd 9=Mycket nöjd

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Mycket missnöjd										Mycket nöjd

Kommentar _____

Var du öppen med att du är hbt-person inför terapeuten?

- Ja
- Delvis
- Nej, jag ville inte
- Nej, jag kände mig inte bekväm med det

Kände du att du kunde tala lika fritt om saker som har att göra med att du är hbt-person som andra delar av ditt liv? 1=Inte alls lika fritt, 5=Lika fritt

	1	2	3	4	5	
Inte alls lika fritt						Lika fritt

Jag fick utbilda min terapeut om vad det innebär att vara hbt-person 1=Mycket ofta, 2=Ofta, 3=Ibland, 4=Nästan aldrig, 5=Aldrig

	1	2	3	4	5	
Mycket ofta						Aldrig

Om du kände att du fick utbilda din terapeut, hur upplevde du detta? _____

Vad i terapin var du nöjd med?

- Jag hade en bra relation till min terapeut
- Jag fick hjälp med det jag sökte för
- Det var en bra upplevelse
- Terapeuten lyssnade på mig
- Terapeuten kändes kompetent
- Terapeuten var empatisk
- Terapeuten gav mig information och stöd
- Terapeuten fokuserade lagom mycket på att jag är hbt-person
- Terapeuten hade en positiv attityd till hbt-personer
- Terapeuten förstod effekter av homo-, bi- och transfobi
- Terapeuten fick mig att trivas bättre med att vara hbt-person
- Terapeuten förstod betydelsen av hbt-communityt
- Other:

Vad i terapin var du missnöjd med?

- Jag hade inte en bra relation till min terapeut
- Jag fick inte hjälp med det jag sökte för
- Terapeuten pratade för mycket
- Terapeuten pratade för lite
- Terapeuten var för styrande
- Terapeuten var för lite styrande
- Terapeuten kopplade alla mina problem till att jag är hbt-person
- Terapeuten saknade kunskap och medvetenhet om vad det kan innebära att "komma ut"
- Terapeuten utgick från en heteronormativ referensram
- Terapeuten uttryckte nedsättande föreställningar om hbt-personer
- Terapeuten hade en negativ inställning till min sexuella läggning/könsidentitet/könsuttryck
- Terapeuten hade en bristande förståelse för hbt-frågor
- Terapeuten såg min homo/bisexualitet som en störning
- Terapeuten såg min könsidentitet/mitt könsuttryck som en störning
- Terapeuten och jag hade svårt att förstå varandra när vi talade om något hbt-relaterat
- Other:

Sida 3:

Om ditt missnöje på något sätt var hbt-relaterat, fortsätt med följande frågor. Hoppas annars vidare till nästa sida.

Märkte terapeuten att du blev missnöjd?

- Ja, terapeuten kommenterade det
- Nej, jag tror inte det. Terapeuten kommenterade det inte.
- Ja, jag tror det, men terapeuten kommenterade det inte.
- Other:

Kunde du ta upp det ditt missnöje med terapeuten?

- Ja
- Till viss del
- Nej

Kommentar _____

Hur mottogs ditt missnöje om du tog upp det?

- Terapeuten förstod
- Terapeuten försökte förstå
- Terapeuten förstod inte

Kommentar _____

Om du tog upp ditt missnöje, vad hände direkt efter det? 1=Jag blev mer missnöjd 3=Jag fortsatte vara lika missnöjd/nöjd 5=Jag blev mer nöjd

1 2 3 4 5

Jag blev mer missnöjd					Jag blev mer nöjd
-----------------------	--	--	--	--	-------------------

Kommentar _____

Vad hände på lång sikt efter att ditt missnöje uppkom (oavsett om du tog upp ditt missnöje eller ej)? 1=Jag blev mer missnöjd 3=Jag fortsatte vara lika missnöjd/nöjd 5=Jag blev mer nöjd

1 2 3 4 5

Jag blev mer missnöjd					Jag blev mer nöjd
-----------------------	--	--	--	--	-------------------

Kommentar _____

Sida 4:

Nedanför hittar du en förteckning över olika sätt som människor kan känna och reagera i förhållande till en person - deras terapeut. Överväg noga din relation till din terapeut och välj sedan den siffra som bäst beskriver hur mycket du instämmer med varje påstående.

Jag kände att jag kunde lita på terapeuten. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

Jag kände att terapeuten förstod mig 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

Jag kände att terapeuten önskade att jag nådde mina mål. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

Ibland litade jag inte på terapeutens bedömning. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

Jag kände att jag tillsammans med terapeuten gjorde en gemensam ansträngning. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

Jag tycker att vi hade liknande uppfattningar om innebörden i mina problem 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

I allmänhet respekterade jag terapeutens syn på mig. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

Tillvägagångssätten i min terapi var inte särskilt bra anpassade efter mina behov. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

Jag tyckte om terapeuten som person. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

	1	2	3	4	5	6	
1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen

Vid de flesta terapitillfällen hittade terapeuten och jag ett sätt att tillsammans arbeta med mina problem. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Terapeuten förhöll sig till mig på ett sätt som bromsade framsteg i terapin. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Det uppstod en bra relation till min terapeut. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Terapeuten verkade ha erfarenhet av att hjälpa människor. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Jag ville väldigt gärna komma tillrätta med mina problem. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Terapeuten och jag hade givande meningsutbyten. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Ibland hade jag och terapeuten ofruktbara meningsutbyten. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Då och då talade vi båda om samma viktiga händelser i mitt förlutna. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Jag tror att terapeuten tyckte om mig som person. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Ibland verkade terapeuten distanserad. 2=Stämmer inte 3=Stämmer till större delen inte 4=Stämmer till större delen 5=Stämmer

1 2 3 4 5 6

1=Stämmer verkligen inte							6=Stämmer verkligen
--------------------------	--	--	--	--	--	--	---------------------

Härefter upprepades sida 2-4 om man gått i mer än en terapi, annars slussades man vidare till nästa sida.

Sida 5:

Här kommer två påståenden om terapeuter i allmänhet

Terapeuters hbt-kompetens är generellt: 1=Mycket dålig, 3= Dålig, 5=Inte så bra, 7=Bra, 9=Mycket bra

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Mycket dålig										Mycket bra
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

Terapeuters bemötande av hbt-personer är generellt: 1=Mycket dåligt, 3= Dåligt, 5=Inte så bra, 7=Bra, 9=Mycket bra

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Mycket dåligt										Mycket bra
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

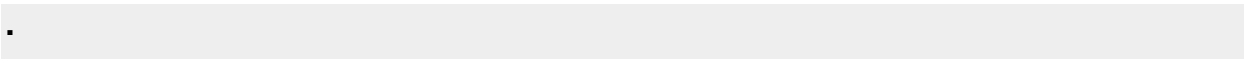
Övriga kommentarer. Om du tycker att det finns något som inte kommit upp i enkäten eller om du har någon annan kommentar om enkäten i sin helhet, fyll i det här _____

Sida 6:

Vi kommer att följa upp några av enkäterna med intervjuer. Kan du tänka dig att bli intervjuad?

- Ja
- Nej

Om ja, lämna din e-mailadress och uppge din bostadsort: _____



Om du vill läsa den färdiga uppsatsen, skicka ett mail till adressen "hbtenkat@gmail.com", så kommer du få uppsatsen mailad till dig när den är färdig, alternativt få en länk till en sida där du kan ladda ner den.

Hej!

För en tid sedan svarade Du på en enkät om hbt-personers upplevelser av terapi, och Du anmälde där även Ditt intresse att ställa upp på en intervju på ämnet. Det har nu blivit dags för oss att genomföra intervjuerna och vi undrar därför om Du fortfarande är intresserad av att vara med?

Intervjuerna kommer äga rum på Institutionen för psykologi vid Lunds Universitet mellan torsdagen den 25/2 och onsdagen den 10/3. En intervju tar ca 45-90 minuter och vi bjuder på fika.⁶

Intervjuerna syftar till att få en djupare förståelse för hur hbt-personers upplevelser av terapi ur hbt-synpunkt kan se ut, och fokus kommer därför att ligga på terapin och på samspelet mellan Dig och Din terapeut snarare än på Dig som person. Det finns väldigt lite svensk psykologisk forskning på detta område, och det vore därför värdefullt om Du ville dela med Dig av Dina erfarenheter för att bidra till att terapeuter får en större förståelse för och bättre möjligheter att möta hbt-personer i terapi.

Samtalet kommer att spelas in, och allt material kommer att hanteras konfidentiellt och avidentifieras till den färdiga uppsatsen. Det är frivilligt att delta i studien, och Du kan när som helst bestämma Dig för att avsluta Ditt deltagande.

Svara gärna så fort som möjligt oavsett om Du vill delta eller ej. Om Du vill vara med så ange gärna förslag på tider under den angivna perioden när det passar Dig att ses. Hör av Dig om Du har några frågor!

Mvh

Sara Nilsson, telefon XXX

Rebecka Stenberg, telefon XXX

E-mail: hbtenkat@gmail.com

Lunds universitet, Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet, termin 10

Handledare: Gunvor Stenlund, bihandledare: Margot Bengtsson

6 Denna text var något modifierad i de mail som skickades till personer bosatta utanför Skåne.

Intervjuguide

Introduktion:

Vi kommer att i intervjun fokusera på de aspekter som på ett eller annat sätt är kopplat till att du är hbt-person. Det är viktigt att du pratar på fritt, men vi kommer också att ställa en hel del frågor. Det gör vi för att vi vill försöka förstå hur just du tänker och känner och för att du ska få sätta ord på dina upplevelser, och att vi på så sätt kan ta till vara på dina erfarenheter av att gå i terapi som hbt-person.

Ålder, sysselsättning

I enkäten har du identifierat dig som ... och Är det något du vill tillägga om hur du identifierar dig? Vi kommer nu att börja själva intervjun och vi kommer här att ställa om några av frågorna från intervjun, och det är just för att vi vill att du själv ska få möjlighet att sätta ord på vad du upplevde.

Har du några frågor innan vi börjar?

1. Hur har du upplevt det att gå i terapi?
2. Hade du några särskilda tankar inför terapin utifrån att du är hbt-person?
 - a. Förändrades de under terapins gång?
 - b. Vad tror du kan ha bidragit till de tankarna?
 - c. Hur hoppades du att det skulle bli?
 - d. Hur hoppades du att det inte skulle bli?
 - e. Hur upplevde du det när (om) ni pratade om något som var kopplat till att du är hbt-person?
3. Är där något i någon terapi du varit missnöjd med i hbt-avseende?
 - a. På vilket sätt var du missnöjd med det?
 - b. Hur/när märkte du det? Vad sa terapeuten?
 - c. Hur fick det dig att känna? Hur reagerade du?
 - d. Vad hände? Vad sa du? Vad sa terapeuten? Hur slutade det?
 - e. Hur ser du på det som hände?
 - f. Påverkades din relation till terapeuten?
 - g. Vad betydde det för dig?
 - h. Vad var det sämsta med det?
 - i. Hur tänker du att det har påverkat dig som person?
 - j. Hur tänker du att det har påverkar din upplevelse av terapin som helhet?
4. Är där något i någon terapi du varit särskilt nöjd med i hbt-avseende?
 - a. På vilket sätt var du nöjd med det?
 - b. Hur/när märkte du det? Vad sa terapeuten?
 - c. Hur fick det dig att känna? Hur reagerade du?
 - d. Vad hände? Vad sa du? Vad sa terapeuten? Hur slutade det?
 - e. Hur ser du på det som hände?
 - f. Påverkades din relation till terapeuten?
 - g. Vad betydde det för dig?

- h. Vad var det bästa med det?
 - i. Hur tänker du att det har påverkat dig som person?
 - j. Hur tänker du att det har påverkar din upplevelse av terapin som helhet?
5. Hur kom du ut för din terapeut?
- a. Vad tänkte du innan?
 - b. Vad sa du?
 - c. Vad sa terapeuten?
 - d. Hur kändes det?
6. Hur tänker du att din upplevelse av terapeutens hbt-bemötande och kompetens har påverkat terapin som helhet?
7. Vad innebär ett gott hbt-bemötande/ en god hbt-kompetens för dig? Hur tänker du att det bemötande du fick har påverkat din upplevelse av terapin som helhet?
8. Om du skulle börja en ny terapi nu, vilka förväntningar har du då?
9. Finns det någon skillnad mellan hur du upplevde terapin där och då, och hur du ser på det nu?
10. Finns det något annat som känns viktigt som inte kommit upp under samtalet?