

## **Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis**

Bente Træen og Sidsel Schaller

## **Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis**

Den foreliggende studien er et første skritt i retning av å få kunnskap om hvordan norske psykologer praktiserer sexologiske problemstillinger i terapi. Flertallet av psykologer opplever at de ikke kan nok om seksualitet og seksuelle problemer til å jobbe med det i terapi.

Illustrasjon: Jill Moursund



Vi vet at seksualiteten betyr mye for vår psykiske helse og for vår opplevelse av livskvalitet. Eksempelvis er det å oppleve sosial aksept for sin seksuelle identitet som lesbisk, homofil, bifil

eller transeperson, av stor betydning for dem som faller utenfor den heterofile majoritetskategorien (Hegna, Kristensen & Moseng, 1999; Lyons, Bieschke, Dendy, Worthington & Georgemiller, 2010). Seksuelle traumer i barne- og ungdomsårene kan ha følger for mental og seksuell fungering som voksen (Finkelhor & Browne, 1985; Lorentzen & Nilsen, 2008). Seksuallivet påvirker i stor grad vår generelle tilfredshet med parforholdet vi lever i (Bancroft, 2009). En nyere norsk studie har på samme tid vist at seksuelle funksjonsproblemer er så utbredt i befolkningen at redusert lyst kan sies å representere et folkehelseproblem (Træen & Stigum, 2010). Årsakene til seksuelle problemer kan være av somatisk, psykologisk, og i noen tilfeller også sosial art. Når medisinsk behandling av et seksuelt problem som for eksempel ereksjonssvikt ikke virker, er sexologisk og psykologisk behandling alternativet. Videre kan seksuelle problemer like mye være en effekt av psykiske problemer som en årsak til det. Depresjon, angst, traumer, livskriser, somatiske skader eller sykdom, i tillegg til medisiner av disse, påvirker ofte seksuell funksjon og tilfredshet.

I Norge og andre europeiske land er andelen spesialister i klinisk sexologi per innbygger svært lav (Almås & Giami, 2006; Fugl-Meyer & Giami, 2006; Giami & de Colomby, 2003; Kristensen & Giami, 2006; Simonelli, Fabrizi, Rossi, Cordia & Giami, 2006). Det innebærer at det som oftest er psykologer og leger uten sexologisk videreutdanning som møter pasienter med seksuelle problemer. Spørsmålet blir da i hvilken grad norske psykologer gjennom grunnutdanning ved universiteter i og utenfor Norge, og gjennom ulike videreutdanningskurs, er rustet til å håndtere seksualitet og forhold knyttet til seksualitet i terapirommet.

Selv om seksualitet er et sentralt privat og offentlig anliggende, reflekteres dette ikke i nevneverdig grad i faget psykologi (Farmer & Binik, 2005). Før andre verdenskrig var det sexologiske fagmiljøet i Europa stort og forankret i psykologien (Almås, 2004; Kunnskapssenteret, 2012; Langfeldt, 2005). Under og etter andre verdenskrig overtok USA i stor grad ledelsen i utviklingen av vitenskap og klinisk virksomhet. Der ble amerikanske biologer og behaviorister, som henholdsvis Alfred Kinsey og forskerparet Masters og Johnsen, førende i utviklingen av sexologisk forskning og terapi. Med denne utviklingen har sexologien, ifølge Langfeldt (2005), hatt vansker med å bli en akseptert og integrert del av emosjonspsykologien. Det manifesterer seg ikke minst i innholdet av profesjonsutdanningen, hvor sexologi ikke har den plass faget burde ha, gitt den hverdag som venter nyutdannede psykologer (Miller & Byers, 2008; Reissing & Di Giulio, 2010; Wiederman & Sansone, 1999). For å kompensere for dette gjennomfører mange psykologer etter- og videreutdanningskurs som gir dem økt sexologisk kompetanse. Det er grunn til å tro at dersom

sexologi var en obligatorisk del av psykologers grunnutdanning, ville behovet for henvisning til sexologiske spesialister reduseres.

Skal vi kunne si noe om i hvilken grad manglende sexologisk kompetanse hos norske psykologer representerer et problem, må vi vite mer om hvordan fagområdet sexologi praktiseres av dagens psykologer. Et søk i relevante forskningsdatabaser avslører at det nesten ikke foreligger noen forskning på dette området, verken nasjonalt eller internasjonalt. På den bakgrunnen er formålet med den foreliggende undersøkelsen å utforske psykologers holdning til og praksis med å tematisere seksualitet i sitt kliniske arbeid. I hvilken grad har psykologer fått formell opplæring i sexologi? Spør psykologer om seksualitet i sine terapier, og når de gjør det, legges det da mest vekt på de positive eller de negative aspektene ved seksualiteten? Opplever norske psykologer at de har nok kunnskap om seksualitet og seksuelle problemer til å jobbe med det i terapiene sine? Til slutt, hvilke positive eller negative holdninger til, og forestillinger om, seksualitet som tema i terapi har psykologer? Har holdninger til temaet sammenheng med deres egen sexologiske fagkompetanse, kjønn, alder, antall år i klinisk praksis og hvor ofte man snakker med klienter om seksuelle temaer?

## Metode

*Deltakere og prosedyre.* Vi rekrutterte et tilfeldig utvalg norske psykologer som jobber fulltid innenfor klinisk arbeid i tradisjonelle behandlingsinstitusjoner eller i privat praksis. Alle psykologene er medlemmer av Norsk Psykologforening, og er registrert med e-postadresse i medlemsregisteret. Psykologforeningen stod for trekking av utvalget, og for utsendelse av e-post med forespørsel om å delta i undersøkelsen. I alt 2 352 psykologer under 71 år ble kontaktet. I forespørselen framgikk det at formålet med studien var å undersøke i hvilken grad norske psykologer tematiserer seksualitet i sitt kliniske arbeid, at undersøkelsen var anonym, og at det tok 5 minutter å besvare spørreskjemaet. Psykologene fikk også vite at svarene fra undersøkelsen ville bli publisert som en vitenskapelig artikkel.

Sammen med forespørselen om deltagelse fulgte en direkte link til et anonymt, online spørreskjema administrert av [www.surveymonkey.no](http://www.surveymonkey.no). Spørreskjemaet ble utviklet av forfatterne og inneholdt 15 hovedspørsmål med underspørsmål (totalt 60 spørsmål i hele skjemaet) om sosial bakgrunn, samt atferd, holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapirommet. Datainnsamlingen foregikk i tidsrommet 28. november 2011 til 10. januar 2012. Det ble gjennomført

to purringer etter første gangs utsendelse. Den første purringen ble gjennomført en uke etter førstegangsutsendelse, og den andre rett etter nyttår. Ettersom undersøkelsen er anonym, er det ikke mulig å spore svarene tilbake til enkeltpersoner. Det var bare mulig å svare på spørreskjemaet én gang fra hver datamaskin/PC.

Etter førstegangsutsendelse viste det seg at e-posten var sendt til 70 psykologer enten med gal adresse eller som av ulike grunner var fraværende. Det gir et nettoutvalg på 2282 psykologer. I alt 1064 personer fylte ut spørreskjemaet. Det gir en justert svarprosent på 46,6 %. I alt 67,3 % av utvalget var kvinner, og 32,7 % var menn. Psykologene hadde en gjennomsnittsalder på 43,5 år (median 41 år, range 26–70 år), og mennene (mean 45,6 år, median 44 år) var noe eldre enn kvinnene (mean 42,3 år, median 40 år). Med hensyn til antall år med klinisk erfaring var gjennomsnittet 12,6 år (median 10 år, range 0–45 år), og menn hadde jobbet lenger klinisk enn kvinnene (mean 14,5 år/median 11 år versus mean 11,3 år/median 9). I alt hadde 41,5 % av psykologene fått sin psykologutdanning fra universitetet i Oslo, 26,7 % fra Bergen, 13,7 % fra universitet i et annet nordisk land, 8,7 % fra Trondheim, 5,7 % fra Tromsø, og 3,8 % fra et universitet utenfor Norden.

*Måleinstrumenter.* *Kjønn* ble kodet 1 = mann og 2 = kvinne. *Alder* ble målt i antall år som en kontinuerlig variabel. Variabelen ble omkodet til kategoriene 1 = 26–35 år, 2 = 36–45 år, 3 = 46–55 år, og 4 = 56–70 år. Kategoriene ble valgt slik at antall individer i hver gruppe ikke skulle bli for lite.

*Antall år klinisk erfaring* ble målt som en kontinuerlig variabel på bakgrunn av spørsmålet «Hvor mange års klinisk erfaring som psykolog har du?». Med utgangspunkt i et ønske om at antall individer i hver gruppe skulle bli så likt som mulig, ble en omkoding av variabelen foretatt slik: 1 = 0–4 år, 2 = 5–9 år, 3 = 10–19 år, og 4 = 20 + år.

*Utdanningssted* ble målt med spørsmålet «Hvor fullførte du din psykologutdanning?». Svarkategoriene var 1 = Universitetet i Oslo, 2 = Universitetet i Bergen, 3 = Universitetet i Trondheim, 4 = Universitetet i Tromsø, 5 = Universitetet i et annet nordisk land, og 6 = Universitetet i land utenfor Norden.

*Sexologisk utdanning* ble målt ved spørsmålet «Har du tatt noen form for sexologiske kurs eller sexologisk utdanning?». Svaralternativene var 1 = Ja, i profesjonsstudiet, 2 = Ja, etter profesjonsstudiet, 3 = Ja, i og etter profesjonsstudiet, 4 = Nei.

*Holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapi* ble målt ved hjelp av 12 påstander under den felles overskriften: «Nedenfor følger noen utsagn om oppfatninger og erfaringer

knyttet til seksuelle temaer i terapirommet. Vær vennlig å angi i hvilken grad hvert utsagn stemmer med dine egne erfaringer.» De enkelte påstandene er vist i tabell 5 og 6, og hvert av dem ble evaluert på en skala fra 1 = Helt uenig til 7 = Helt enig.

*Bare én av tre psykologer hadde fått formell opplæring i hvordan de bør håndtere klienters seksualitet. Tre av fire svarte at de av og til, en sjelden gang eller aldri spurte om seksualitet i terapier*

*Sexologisk kompetanse* ble målt ved spørsmålet «Har du tatt noen form for sexologiske kurs eller sexologisk utdanning?». Svaralternativene var 1 = Ja, i profesjonsstudiet, 2 = Ja, etter profesjonsstudiet, 3 = Ja, både i og etter profesjonsstudiet, og 4 = Nei.

*Frekvens av utspørring* ble målt ved spørsmålet «Spør du dine klienter om deres seksualitet?» Svarkategoriene var 1 = Ja, alltid, 2 = Ja, som oftest, 3 = Ja, av og til, 4 = Ja, en sjelden gang, og 5 = Nei, aldri.

**Tabell 1. Andel kliniske psykologer som rapporterer å ha tatt noen form for sexologiske kurs eller sexologisk utdanning, etter kjønn, aldersgruppe, antall år med klinisk erfaring og utdanningssted (prosent)**

	N	Sexologisk kurs og utdanning			Nei	Khi-kvadrat
		I profesjonsstudiet	Etter profesjonsstudiet	Både i og etter profesjonsstudiet		
Alle	1053	23,6	7,7	4,4	64,3	
Kjønn						
Menn	320	22,8	10,6	4,1	62,5	6,908, 3 df, p = 0,075
Kvinner	657	23,3	5,9	4,4	66,4	
Aldersgrupper						
26–35 år	299	24,1	3,0	2,0	70,9	74,295, 9 df, p = 0,001
36–45 år	288	29,2	3,8	4,2	62,8	
46–55 år	182	22,0	9,3	8,2	60,4	
56+ år	188	11,2	18,6	5,9	64,4	
År med klinisk erfaring						
0–4 år	280	22,1	1,1	1,4	75,4	105,383, 9 df, p = 0,001
5–9 år	222	29,3	4,5	4,5	61,7	



10–19 år	266	29,7	5,6	3,0	61,7	
20+ år	267	14,6	19,5	7,5	58,4	
<b>Utdannet ved Universitetet</b>						
i Oslo	433	21,2	9,0	4,4	65,4	73,151, 15 df, p = 0,001
i Bergen	280	27,1	8,2	4,3	60,4	
i Trondheim	91	16,5	4,4	1,1	78,0	
i Tromsø	60	55,0	0,0	5,0	40,0	
i Norden	145	15,9	6,9	2,8	74,5	
utenfor Norden	40	20,0	12,5	17,5	50,0	

*Tema til utspørring* ble målt ved spørsmålet «I hvilken grad spør du klienten om hvert av de følgende forhold:» Underspørsmålene var «Seksuell orientering/seksuell identitet», «Seksuell funksjon», «Seksuelle problemer», «Seksuell tilfredsstillelse», «Negative seksuelle opplevelser» og «Positive seksuelle opplevelser». Svarkategoriene var 1 = Aldri, 2 = Sjelden, 3 = Av og til, 4 = Ganske ofte, 5 = Nesten alltid, og 6 = Alltid.

*Kompetansevurdering* ble målt med spørsmålet «Føler du at du har tilstrekkelig kunnskap om seksualitet og seksuelle problemer til å jobbe med det i dine terapier?» 1 = Ja, og 2 = Nei.

*Henvvisning* ble målt med spørsmålet «I hvilken grad henviser du pasienter videre når de presenterer seksuelle problemer?» Svarkategoriene var 1 = Aldri, 2 = Sjelden, 3 = Av og til, 4 = Ganske ofte, 5 = Nesten alltid, og 6 = Alltid.

*Statistisk analyse.* All dataanalyse ble gjort ved hjelp av SPSS versjon 17.

## Resultater

Tabell 1 viser andelen av kliniske psykologer som oppga å ha gjennomført sexologiske kurs eller utdanning(er). I alt svarte 64,3 % at de ikke hadde fått noen form for formell opplæring. Av de som hadde gjennomført opplæring, var det vanligst å ha fått kurs i løpet av profesjonsutdanningen, mens 7,7 % hadde tatt etterutdanningskurs, og 4,4 % hadde gjennomført kurs både i profesjonsutdanningen og som etterutdanning. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i rapporteringen etter kjønn. Blant de over 55 år og de med 20 eller flere års klinisk erfaring var det vanligst å ha tatt sexologisk etterutdanning, mens psykologene som var 45 år eller yngre, og som hadde jobbet under 20 år i



klinisk virksomhet, oftest oppga å ha hatt undervisning i sexologi i løpet av profesjonsutdanningen. Andelen som meldte å ha hatt sexologiske kurs i profesjonsutdanningen var høyest blant de som var utdannet i Tromsø (55,0 %), fulgt av Bergen (27,1 %), Oslo (21,2 %), universitet utenfor Norden (20,0 %), Trondheim (16,5 %), og universitet i Norden (15,9 %).

**Tabell 2. Andel kliniske psykologer som rapporterer å spørre sine klienter om deres seksualitet, etter kjønn, aldersgruppe, og antall år med klinisk erfaring (prosent)**

	N	Alltid	Som oftest	Av og til	En sjelden gang	Aldri	Khi-kvadrat
Alle	1042	3,0	19,1	41,7	27,6	8,6	
<b>Kjønn</b>							
Menn	313	2,9	17,3	42,8	29,4	7,7	2,381, 4 df, p = 0,666
Kvinner	655	2,6	20,2	40,6	27,2	9,5	
<b>Aldersgrupper</b>							
26–35 år	299	1,7	15,7	42,5	30,4	9,7	24,442, 12 df, p = 0,018
36–45 år	288	2,4	18,1	39,2	31,6	8,7	
46–55 år	178	3,4	23,6	44,9	22,5	5,6	
56+ år	184	6,0	23,4	40,8	20,1	9,8	
<b>År med klinisk erfaring</b>							
0–4 år	278	1,4	15,1	38,5	32,7	12,2	27,316, 12df, p = 0,007
5–9 år	222	2,3	14,9	43,7	31,5	7,7	
10–19 år	266	3,0	23,7	42,1	23,7	7,5	
20+ år	260	4,6	22,7	41,9	23,8	6,9	

Tabell 2 viser andelen psykologer som svarte at de spurte klientene sine om seksualitet. Majoriteten av psykologene oppga at de av og til, eller en sjelden gang, stilte spørsmål om seksualitet. Andelen som sa de aldri spurte om dette, var større enn andelen som alltid spurte om seksualitet. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i rapporteringen mellom mannlige og kvinnelige psykologer. Det viste seg imidlertid å være slik at flere av psykologene over 45 år enn av de yngre, og flere av psykologene med 10 års klinisk erfaring enn av de med kortere tids erfaring, oppga at de tematiserte seksualitet.

Med hensyn til seksuelle temaer (se tabell 3) var det vanligst å oppgi at en aldri snakket om seksuell tilfredsstillelse (25,3 %) eller positive seksuelle opplevelser (21,5 %). Det temaet det hyppigst ble kommunisert om, var negative seksuelle opplevelser, fulgt av seksuelle problemer, seksuell funksjon og seksuell orientering. Signifikant flere av de med under 10 års klinisk erfaring enn av de med lengre tids erfaring rapporterte at de sjelden eller aldri spurte om seksuell identitet ( $\chi^2 = 30,586$ , 15 d.f.,  $p < 0,01$ ). Signifikant flere av de i alderen 56+ år enn av de yngre ( $\chi^2 = 49,134$ , 15 d.f.,  $p < 0,001$ ), og av de med 20+ års klinisk erfaring enn av de med kortere tids klinisk erfaring ( $\chi^2 = 53,106$ , 15 d.f.,  $p < 0,001$ ), oppga å spørre om seksuell tilfredsstillelse. Videre rapporterte statistisk signifikant flere kvinner enn menn at de spurte om negative seksuelle opplevelser ( $\chi^2 = 15,102$ , 5 d.f.,  $p < 0,01$ ). Flere av de over 45 år enn av de yngre ( $\chi^2 = 60,863$ , 15 d.f.,  $p < 0,001$ ), og flere av de med over 19 års klinisk erfaring enn de med kortere tids erfaring ( $\chi^2 = 64,393$ , 15 d.f.,  $p < 0,001$ ), oppga at de spurte klientene om positive seksuelle erfaringer.

**Tabell 3. Seksuelle temaer som norske kliniske psykologer oppgir å spørre sine klienter om (prosent).**

	Seksuell orientering/ seksuell identitet	Seksuell funksjon	Seksuelle problemer	Seksuell tilfredsstillelse	Negative seksuelle opplevelser	Positive seksuelle opplevelser
Aldri	13,7	16,3	12,2	25,3	8,0	21,5
Sjelden	29,6	27,4	24,4	35,9	15,1	36,3
Av og til	36,6	33,2	38,0	25,6	36,8	29,6
Ganske ofte	10,3	14,9	17,9	8,8	26,5	8,5
Nesten alltid	7,7	6,8	5,9	3,3	9,7	3,2
Alltid	2,1	1,4	1,6	1,1	3,8	1,0
N	988	982	990	980	988	981

Majoriteten av psykologene (58,6 %) sa at de opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om seksualitet til å jobbe med det i terapier. Flere i aldersgruppen 26–35 år (67,8 %) enn i gruppen 56 år eller eldre (50,6 %) ( $p < 0,001$ ), og flere av de med 0–4 års klinisk erfaring (68,5 %) enn med 20+ års erfaring (50,6 %) ( $p < 0,001$ ), opplevde at de manglet kunnskap. Andelen som opplevde seg kompetente, var høyest blant de som var utdannet ved universitet utenfor Norden (48,7 %), og lavest blant de som var utdannet i Trondheim (30,7 %).

En av fire psykologer (25,2 %) oppga at de aldri henviste pasienter for seksuelle problemer (tabell 4). Majoriteten svarte at de sjelden (36,2 %), eller av og til (27,9 %) henviste klienter for dette. Andelen som henviste «av og til», økte med økende alder på psykologen, og med antall års klinisk erfaring ( $p < 0,001$ ). Det var ingen statistisk signifikant kjønnsforskjell i rapporteringen.

**Tabell 4. Andel kliniske psykologer som rapporterer å henvise pasienter for seksuelle problemer, etter kjønn, aldersgruppe, og antall år med klinisk erfaring (prosent)**

	N	Aldri	Sjelden	Av og til	Ganske ofte	Nesten alltid	Alltid	Khi-kvadrat
Alle	982	25,2	36,2	27,9	5,8	3,1	1,9	
Kjønn								
Menn	297	25,3	38,7	25,6	5,4	3,4	1,7	1,617, 5 df, $p = 0,899$
Kvinner	614	25,7	34,9	28,0	6,0	3,3	2,1	
Aldersgrupper								
26–35 år	286	36,7	36,0	19,9	4,5	1,7	1,0	55,224, 15 df, $p = 0,001$
36–45 år	274	25,9	35,8	29,6	5,5	1,1	2,2	
46–55 år	164	12,8	42,7	32,9	5,5	4,9	1,2	
56+ år	176	18,8	31,8	34,1	9,1	4,5	1,7	
År med klinisk erfaring								
0–4 år	263	38,8	33,5	18,3	4,6	3,0	1,9	60,543, 15df, $p = 0,001$
5–9 år	212	28,3	37,3	25,9	4,7	1,4	2,4	
10–19 år	250	15,2	39,2	34,0	7,2	2,8	1,6	
20+ år	244	17,2	35,7	33,6	7,0	4,9	1,6	

Av de som noen gang hadde henvist klienter for seksuelle problemer, oppga 43,2 % at de siste gang henviste til en klinisk sexolog, 13,4 % til sexologisk rådgiver, 11,6 % til spesialisthelsetjenesten, 7,1 % til familievernkontoret, 6,3 % til fastlegen, og 18,4 % hadde henvist til «annen». I et åpent spørsmål om «annet» framkom det for eksempel gynekolog, androlog, gruppe for unge homofile, Rikshospitalet, spesialklinikk, og kompetansesenter for unge overgripere. Andelen som henviste til

klinisk sexolog og sexologisk rådgiver, var lavest i aldersgruppen 26–35 år ( $p < 0,001$ ), og blant de med 0–4 års klinisk erfaring ( $p < 0,01$ ). Hos disse gruppene var henvisningen til «annen» størst.

**Tabell 5. Holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapirommet (mean og standard avvik)**

	N	Mean	SD
Det ble undervist tilstrekkelig om seksuelle problemer på studiet	925	2,5	1,4
Det ble undervist tilstrekkelig om seksuell identitet på studiet	915	2,6	1,5
Det ble undervist tilstrekkelig om seksuell utvikling gjennom livsløpet på studiet	927	2,7	1,5
Det ble undervist tilstrekkelig om seksuelle overgrep på studiet	925	2,9	1,7
Jeg føler usikkerhet når seksualitet kommer opp som tema i terapier	931	2,8	1,6
Det er ubehagelig når seksualitet kommer opp som tema i terapier	919	2,5	1,4
Jeg føler meg faglig trygg når seksuelle problemer eller overgrep kommer opp i terapier	929	4,4	1,6
Jeg kan nok om seksualitet	921	3,2	1,5
Det er best å vente til seksualitet tas opp av klienten selv	921	3,3	1,4
Klienten kan oppleve det som invaderende å bli spurt om seksualitet	926	4,1	1,3
Det er en selvfølge at man spør om seksualitet under en anamnese	927	4,4	1,7
Det er uproblematisk å spørre klienter om deres seksualitet	921	4,3	1,5
Min egen seksualitet var aldri et tema i veiledning	922	5,7	1,8

	N	Mean	SD
Klienters seksualitet var aldri et tema i veiledning	916	4,1	2,1
Seksualitet kommer som regel ikke opp som tema i terapier av seg selv	927	4,5	1,6
Det er uprofesjonelt for terapeuter å oppleve seksuell tiltrekning i terapier	923	3,3	1,7

På spørsmålet om hva som var hovedårsaken til at man sjelden eller aldri henviser klienter til sexologisk behandling, svarte 15,8 % at de hadde gode nok kunnskaper selv, 14,3 % sa de aldri hadde hatt klienter med seksuelle problemer, 14,0 % var usikre på om det fantes sexologisk spesialkompetanse på bostedet, 13,7 % hadde aldri vurdert å henvise, 6,7 % visste at det ikke var sexologisk spesialkompetanse der de bodde, og 35,6 % svarte «annet» (for eksempel at andre problemer som rus og selvbilde har vært mer sentrale i behandlingen, arbeider med barn som har uttrykt seksuelle problemer, men ønsker ikke å fokusere på det, begrenset lokalt tilbud, får stort sett avslag fra terapeuter som ikke kjenner pasientgruppen, eller de seksuelle problemene endret seg i løpet av behandlingen). Statistisk signifikant flere av psykologene i alderen 26–35 år (25,4 %) enn i gruppen 56+ år (3,3 %), og av de med 0–4 års klinisk erfaring (30,3 %) enn med 20+ års erfaring (5,4 %), sa at de aldri hadde hatt klienter med seksuelle problemer. Andelen som mente de hadde gode nok kunnskaper selv, økte med økende alder og antall år med klinisk erfaring ( $p < 0,001$ ).

**Tabell 6. Bivariate sammenhenger mellom holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapirommet, og kjønn, alder, antall år i klinisk praksis, om man har formell sexologisk utdanning, og hvor ofte man spør klientene om seksualitet i terapi (Pearson's r)**

	Kjønn	Alder	Antall år i klinisk praksis	Sexologisk utdanning	Hvor ofte man spør klienten om seksualitet
Det ble undervist tilstrekkelig om seksuelle problemer på studiet	-0,12*** (n=856)	0,01ns (n=847)	0,01ns (n=914)	-0,14*** (n=918)	.04ns (n=923)
Det ble undervist tilstrekkelig om seksuell identitet på studiet	-0,11*** (n=847)	-0,03ns (n=845)	-0,02ns (n=904)	-0,14*** (n=908)	0,06ns (n=913)

	Kjønn	Alder	Antall år i klinisk praksis	Sexologisk utdanning	Hvor ofte man spør klienten om seksualitet
Det ble undervist tilstrekkelig om seksuell utvikling gjennom livsløpet på studiet	-0,13*** (n=858)	0,04ns (n=849)	0,04ns (n=916)	-0,07* (n=920)	0,05ns (n=925)
Det ble undervist tilstrekkelig om seksuelle overgrep på studiet	-0,03ns (n=857)	-0,15*** (n=848)	-0,12*** (n=914)	-0,06ns (n=918)	0,03ns (n=923)
Jeg føler usikkerhet når seksualitet kommer opp som tema i terapier	0,08* (n=862)	-0,26*** (n=853)	-0,24*** (n=920)	0,15*** (n=924)	0,30*** (n=929)
Det er ubehagelig når seksualitet kommer opp som tema i terapier	0,06ns (n=853)	-0,24*** (n=842)	-0,21*** (n=908)	0,07* (n=913)	.29*** (n=917)
Jeg føler meg faglig trygg når seksuelle problemer eller overgrep kommer opp i terapier	-0,05ns (n=860)	0,23*** (n=851)	0,24*** (n=918)	-,17*** (n=922)	-.27*** (n=927)
Jeg kan nok om seksualitet	-0,11** (n=852)	0,18*** (n=845)	0,19*** (n=910)	-,16*** (n=914)	-.18*** (n=919)
Det er best å vente til seksualitet tas opp av klienten selv	-0,09** (n=854)	0,13*** (n=845)	0,12*** (n=910)	0,11*** (n=914)	0,43*** (n=919)
Klienten kan oppleve det som invaderende å bli spurt om seksualitet	-0,01ns (n=857)	0,02ns (n=848)	0,03ns (n=915)	0,05ns (n=920)	0,27*** (n=924)
Det er en selvfølge at man spør om seksualitet under en anamnese	0,02ns (n=858)	0,03ns (n=849)	0,04ns (n=916)	-0,08* (n=920)	-0,51*** (n=925)
Det er uproblematisk å spørre klienter om deres seksualitet	0,01ns (n=852)	0,13*** (n=843)	0,10** (n=858)	-0,09** (n=916)	-0,28*** (n=919)
Min egen seksualitet var	0,14*** (n=853)	-0,13*** (n=845)	-0,12*** (n=911)	0,10** (n=915)	0,20*** (n=920)

	Kjønn	Alder	Antall år i klinisk praksis	Sexologisk utdanning	Hvor ofte man spør klienten om seksualitet
aldri et tema i veiledning					
Klienters seksualitet var aldri et tema i veiledning	0,08* (n=849)	-0,08* (n=840)	-0,08* (n=906)	0,11*** (n=910)	0,29*** (n=914)
Seksualitet kommer som regel ikke opp som tema i terapier av seg selv	-0,02ns (n=858)	-0,08* (n=849)	-0,08* (n=858)	-0,02ns (n=920)	0,09** (n=925)
Det er uprofesjonelt for terapeuter å oppleve seksuell tiltrekning i terapier	0,21*** (n=854)	-0,06ns (n=845)	-0,06ns (n=913)	0,05ns (n=916)	.09** (n=921)

Holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapirommet ble studert ved hjelp av 12 påstander som psykologene vurderte på en 7-punktsskala fra helt uenig til helt enig (tabell 5). De påstandene psykologene var minst enige i, var at det er ubehagelig når seksualitet kommer opp som tema i terapi, og at det ble undervist tilstrekkelig om ulike seksuelle emner på profesjonsstudiet. Psykologene var mest enige i påstandene om at deres egen seksualitet aldri hadde vært tema i veiledning, at seksualitet som regel ikke kommer opp som tema i terapier av seg selv, at det er en selvfølge at man spør om seksualitet under en anamnese, og at de føler seg faglig trygge når seksuelle problemer eller overgrep kommer opp som tema i terapier.

*Unge psykologer var mindre tilbøyelige til å snakke med klientene sine om seksualitet enn mer erfarne psykologer*

De bivariate korrelasjonene mellom holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapier og kjønn, alder, antall år med klinisk erfaring og sexologisk kompetanse er vist i tabell 6. Kjønn korrelerte statistisk signifikant, men svakt (Pearsons  $r$  fra 0,08 til 0,21), med flere av påstandene. Kjønn korrelerte sterkest med påstanden om at det er uprofesjonelt å oppleve seksuell tiltrekning i terapier, og kvinner var mer enige i denne påstanden enn menn var. Kvinnelige psykologer var mer enige enn mannlige psykologer i påstandene om at egen og klienters seksualitet aldri hadde vært et tema i veiledning, og i at de føler usikkerhet når seksualitet kommer opp som tema i terapi. Mannlige psykologer var mer enige enn kvinnelige psykologer i påstandene om at det ble



undervist tilstrekkelig om seksuelle problemer, identitet og utvikling på profesjonsstudiet, at det er best å vente til seksualitet tas opp av klienten selv, og at de kan nok om seksualitet.

Alder og antall år i klinisk praksis korrelerte statistisk signifikant med de samme påstandene, både med hensyn til retning og styrke. Yngre psykologer og psykologer med færre års klinisk erfaring var mer enige enn sine respektive motparter i at det ble undervist tilstrekkelig om seksuelle overgrep på studiet, at seksualitet som regel ikke kommer opp som tema i terapier av seg selv, at det er ubehagelig, og at man føler usikkerhet når seksualitet kommer opp som tema i terapier, og at egen, og klienters, seksualitet aldri har vært et tema i veiledning. Eldre og klinisk mer erfarne psykologer var mer enige enn yngre og klinisk mindre erfarne psykologer i påstandene om at de kan nok om seksualitet, kjenner seg faglig trygge på temaet i terapi, at det er uproblematisk å spørre klienten om seksualitet, at det er best å vente til sex tas opp av klienten selv, og at de har god nok kunnskap om seksualitet.

Sexologisk kompetanse hadde også statistisk signifikante, om enn svake, sammenhenger med holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapi. De psykologene som hadde sexologisk kompetanse, uttrykte seg oftere enn de uten kompetanse enige i at de syntes de hadde fått tilstrekkelig kunnskap på studiet om seksuelle problemer, om seksuell orientering og identitet, om seksuell utvikling over livsløpet, at de følte seg faglig trygge når seksuelle problemer eller overgrep kom opp i terapier, og at det er uproblematisk å spørre klienter om seksualitet. Psykologene som ikke hadde noen form for sexologisk kompetanse, uttrykte at de var mer enige enn de med kompetanse i påstandene om at deres egen eller klienters seksualitet ikke har vært et tema i veiledning, at det er best å vente til seksualitet tas opp av klienten selv, og at de kjenner ubehag og usikkerhet når seksualitet kommer opp som tema i terapi.

Holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapirommet hadde klare og til dels sterke sammenhenger med hvor ofte psykologen spør om seksualitet i terapi. Å spørre oftere hadde sammenheng med å være enig i at det er en selvfølge å spørre om seksualitet i en anamnese ( $r = 0,51$ ), å være uenig i påstandene om at det er riktig å vente til seksualitet tas opp av klienten selv ( $r = 0,43$ ), samt å oppleve usikkerhet ( $r = 0,30$ ) og ubehag ( $r = 0,29$ ) når temaet kommer opp i terapi. De som rapporterte at de spør klientene ofte, sa seg også mer enige i at seksualitet, både deres egen og klienters, hadde vært et tema i veiledning.

## Diskusjon

Vi undersøkte norske psykologers holdning til og praksis med å tematisere seksualitet i sitt kliniske arbeid. Om lag én av tre psykologer som deltok i spørreundersøkelsen, hadde fått en eller annen form for formell opplæring i hvordan de bør håndtere klienters seksualitet. De fleste deltakerne sa at de av og til spurte om seksualitet i terapier, og det var vanligere å snakke med klienten om negative enn om positive aspekter ved seksualiteten. Flertallet av psykologer opplevde at de ikke følte at de hadde nok kunnskap om seksualitet og seksuelle problemer til å jobbe med det i terapiene sine. Studien viser at formell sexologisk kompetanse ikke nødvendigvis var en forutsetning for å tematisere seksualitet i terapirommet. I så måte var både psykologens alder og antallet år i klinisk virksomhet av betydning. Det er derfor ikke slik at unge psykologer, som er vokst opp i en tid med mer aksepterende holdninger til seksualitet enn foregående generasjoner, er mer tilbøyelige til å snakke med klientene sine om seksualitet. Personlig og faglig erfaring og modning synes å være mer betydningsfullt. Viktigst for hvor ofte eller sjelden psykologer tematiserer seksualitet i terapirommet, var psykologens egne holdninger til, og forestillinger om, seksualitet som tema i terapi. Hva som er årsak og virkning i denne sammenhengen, vet vi imidlertid ikke. Funnet indikerer imidlertid at holdningsskapende arbeid i form av kurs og fremfor alt veiledning kan være en fruktbar vei å gå for å få flere psykologer til å tematisere seksualitet for klientene sine. En erfaring mange psykologer med spesialitet i klinisk sexologi har, er at klienter som henvender seg for seksualterapi, ofte går eller har gått i terapi for andre problemer hos en psykolog. Klientene hevder at de ikke opplever at de kan bry psykologen sin med det seksuelle. Mange opplever også at de aldri er blitt spurt om sin seksualitet. Dette er et paradoks all den tid menneskets seksualitet er en selvfølgelig og integrert del av vår identitet, vår emosjonalitet og vår opplevelse av å være «et helt menneske». Fordi seksualiteten i stor grad ligger ved kjernen av menneskelige følelser, bør psykologer som gruppe være med på å fremme positive holdning til seksualitet.

De psykologene som anga at de spurte klientene sine om seksualitet, oppga at de oftest fokuserte på de problematiske og negative sidene ved seksualiteten. Et slikt fokus er det rimelig å tenke seg at mange behandlere velger, ettersom de jo er oppsøkt av klienten på bakgrunn av et eller annet problem de har. Imidlertid er ikke dette nødvendigvis i alle sammenhenger det mest fornuftige å gjøre. Å fokusere på positive erfaringer, seksuelle så vel som ikke-seksuelle, kan hjelpe klienten til å komme i kontakt med sine egne ressurser og opplevelse av mestring (Seligman & Csikszentmihalyi,

2000). Det er mulig at et fokus på de negative sidene ved seksualiteten kan bidra til å opprettholde et problemfokus hos klienten, og derigjennom hemme klientens egen evne til å finne løsninger på problemene sine. I så måte er det positivt at med økende personlig og faglig erfaring synes flere psykologer også å spørre klientene om de positive sidene ved seksualiteten.

*Det var vanligst å oppgi at en aldri snakket om seksuell tilfredsstillelse eller positive seksuelle opplevelser. Det temaet det hyppigst ble kommunisert om, var negative seksuelle opplevelser*

En annen mulig forklaring på at det synes lettere å snakke om negative seksuelle opplevelser enn positive, kan henge sammen med at vi i vår kultur har etablert det vi vil kalle en overgrepdiskurs. Den innebærer at det i offentlig debatt, i seksualpolitiske miljøer og i forskning eksisterer et relativt godt utviklet språk for å kommunisere omkring grenseoverskridelser, krenkelser, seksuell vold, og traumatisering. Vi vil påstå at en tilsvarende etablert diskurs om seksualitetens positive sider er mangelfullt utviklet og i beste fall forvaltet av andre enn det alminnelige psykologiske fagfeltet.

Psykologisk behandling nytter (Kunnskapssenteret, 2012). En psykolog skal kunne hjelpe pasienten til å fokusere på, og selv utforske, positive sider ved sin egen seksualitet – for slik å finne frem til ressurser og styrke fremtidig mulighet til selv å løse sine egne problemer. Som terapeut vil man bli konfrontert med sine egne seksuelle følelser (Almås & Benestad, 2006). På samme måte som når man arbeider med andre emosjonelle problemer, vil ens egne preferanser, forestillinger, erfaringer, løsninger og teknikker bli aktivert i en medmenneskelig gjenkjenning. Dette er en del av den empatiske inntoningsprosessen. Gjennom studier og veiledning moduleres og bearbeides disse tankene og følelsene hos en selv som terapeut. Det skjer en profesjonalisering i den forstand at psykologen i møte med klienten ikke benytter referanser til sine private opplevelser, men plasserer budskapet i en form og med et innhold som er tilpasset klientens behov og nivå.

For å kunne hjelpe klienten til å få øye på sine muligheter kan det være nødvendig å komme med forslag om hva det er mulig å gjøre seksuelt (Almås & Benestad, 2006). Det kan medføre svært detaljerte og malende beskrivelser. Dersom terapeuten ikke har et gjennomarbeidet og bevisst forhold til hva som er uttrykk for hans/hennes egne følelser, og hva som er uttrykk for en profesjonell form, vil det kunne oppleves utrygt og ubehagelig å arbeide med en problematisk seksualitet på en måte som skal utløse klientens egen løsninger og ressurser. Det kan vekke avmakt hos terapeuten, og kan bevisst eller ubevisst resultere i at terapeuten unnlater å åpne for, og/eller å følge opp, seksuelle temaer i terapitimen. Det kan være en forklaring på hvorfor mer erfarne psykologer i denne

undersøkelsen i mindre grad opplevde det problematisk å forholde seg til seksuelle temaer i terapiene. Imidlertid kan også eldre og klinisk mer erfarne psykologer i større grad ha lest og studert klassiske dynamiske teoretikere som Sigmund Freud og Wilhelm Reich, hvor seksualiteten kan sies å ha en mer integrert posisjon enn det som læres i dag. Det er først med fremveksten av omfattende forskning innenfor nevropsykologi i de siste tiårene at vi ser muligheten for en re-integrering av seksualitet i emosjonsog utviklingspsykologien.

En av de viktigste grunnene til at yngre psykologer og psykologer med mer kortvarig klinisk praksis sjelden eller aldri henviste klienter, var at de aldri hadde vurdert det. Deres motstykke – de eldre og mer klinisk erfarne – vurderte det som at de klarte oppgaven selv uten innblanding av spesialist. Det store bildet var imidlertid at graden av henvisning til spesialisert sexologisk behandling generelt var lav. Noe av forklaringen på dette henger trolig sammen med at det er relativt få spesialister å henvise til i Norge. Man kan imidlertid også tenke seg at det kan være uttrykk for at det er vanskeligere for uerfarne psykologer å henvise, ettersom det krever at man klarer å skille mellom hva som er et symptom, og hva som er en årsak (Almås & Benestad, 2006). Psykologer med kort tids klinisk erfaring og praksis bruker trolig noe tid på å lære å skille mellom symptom og årsak. I denne sammenhengen skal det bemerkes at diagnostisering og spesielt differensialdiagnostisering på området kan være utfordrende. Det er også interessant at andelen som oppga «annet» som svar på hvorfor de aldri eller sjelden henviste klienter, var relativt høy. Det kan være en indikasjon på at det seksuelle problemet løste seg underveis i terapien, eller at det ikke var en årsak, men et symptom på noe annet.

Denne studien er gjennomført i et tilfeldig utvalg av medlemmer av Psykologforeningen som driver klinisk virksomhet. Det vites ikke hvordan sammensetningen med hensyn til kjønn og alder i den totale populasjonen av kliniske psykologer er. Følgelig vites det heller ikke i hvilken grad de 47 % som sluttet opp om denne undersøkelsen, speiler populasjonen, og om resultatene kan generaliseres til populasjonen av kliniske psykologer som er medlemmer av Psykologforeningen. Den relativt lave svarprosenten føyer seg inn i en generell trend hva angår svarprosenten på spørreskjemaundersøkelser, og kan til og med anses som ganske høy sammenliknet med hva man har sett i andre studier som omhandler seksualitet (se for eksempel Træen, Stigum & Magnus, 2003; Træen, Stigum, & Eskild, 2002; Træen & Olsen, 2006; Træen & Daneback, 2012). Samtidig kan trolig noe av frafallet skyldes at mange av de psykologene som mottok spørreskjemaet, arbeidet med barn og unge, og anså derfor ikke undersøkelsen som relevant for seg. Forskerteamet mottok flere e-

poster fra psykologer som forklarte dette. Til tross for disse begrensningene ved undersøkelsen vil vi hevde at resultatene fra den gir verdifull informasjon om et forsømt, men viktig område i psykologien. Og om de faktiske prevalensene er forbundet med noen grad av usikkerhet, er dette ikke tilfellet for de sammenhengene studien viser til.

### Konklusjon

Den foreliggende studien er et første skritt i retning av å få kunnskap om hvordan norske psykologer praktiserer sexologiske problemstillinger i terapi. Vi fant at psykologer i varierende grad har fått formell opplæring i sexologi. I korte trekk kan vi si at psykologene spurte for lite og mente de hadde for dårlig kunnskap om seksualitet til å jobbe med det i terapier. Når de spurte om seksualitet, var det oftest de problematiske sidene ved seksualiteten som det ble fokusert på. Om seksualitet i det hele tatt ble diskutert, kom an på psykologens egne holdninger til, og forestillinger om, seksualitet som tema i terapi. Studien indikerer at manglende sexologisk kompetanse blant norske psykologer representerer et potensielt problem, for det svekker muligheten til å kunne og ville tematisere ulike aspekter av klienters seksualliv. Psykologer bør utdannes til å kunne gi pasientene sine en mer presis diagnostisering, og til å kunne behandle seksuelle problemer på en mer tilfredsstillende måte tidligere i prosessen.

### Referanser

- Almås, E. (1983). Behandling av seksuelle problemer i psykologpraksis. En Enquete. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 20(7), 378–381.
- Almås, E. (2004). *Sex og Sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almås, E. & Giami, A. (2006). Sexology as a challenge to the health care system: the Norwegian version. *Sexologies*, 15, 35–53.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems*. London: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Farmer, M. A. & Binik, Y. M. (2005). Psychology is from Mars, sexology is from Venus: Can they meet on earth? *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 46, 46–51.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530–541.

- Fugl-Meyer, K. S. & Giami, A. (2006). Swedish clinical sexologists. Who are they? Who do they treat? *Sexologies*, 15, 14–21.
- Giami, A. & de Colomby, P. (2003) Sexology as a Profession in France. *Archives of sexual behavior*, 32(4), 371–379.
- Hald, G. M. & Kristensen, E. (2010). Clinical sexological practice at the largest outpatient clinic in Denmark. *Sexologies*, 19, 212–217.
- Hartl, T. L., Zeiss, R. A., Marion, C. M., Zeiss, A. M., Regev, L. G. & Leontis, C. (2007). Clients' sexually inappropriate behaviours directed towards clinicians: Conceptualization and management. *Professional Psychology – Research and Practice*, 38(6), 674–681.
- Hegna, K., Kristiansen, H. W. & Moseng, B. U. (1999). *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. Rapport nr. 1. Oslo: NOVA.
- Kristensen, E. & Giami, A. (2006) Danish sexologists - who are they and what are they doing? *Sexologies*, 15, 44–49.
- Kunnskapssenteret (2012). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Rapport nr 2–2012. Systematisk oversikt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Langfeldt, T. (2005). *Erotikk og fundamentalisme – fra Mesopotamia til kvinnefronten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lyons, H. Z., Bieschke, K. J., Dendy, A. K., Worthington, R. L. & Georgmiller, R. (2010). Psychologists' competence to treat lesbian, gay and bisexual clients: state of the field and strategies for Improvement. Focus on Ethics. *Professional Psychology - Research and Practice*, 41(5), 424–434.
- Miller, S. A. & Byers, E. S. (2008). An exploratory examination of the sexual intervention self-efficacy of clinical psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(3), 137–144.
- Moradi, B., Mohr, J. J., Worthington, R. L. & Fassnger R. E. (2009). Counselling psychology research on sexual (orientation) minority issues: conceptual and methodological challenges and opportunities. *Journal of Counselling Psychology*, 56(1), 5–22.
- Nilsen, H., & Lorentzen, E.(2008). Sexual abuse. I B. Træen & B. Lewin (red.), *Sexology in context*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reissing, E. D. & Giulio, G. D. (2010). Practicing clinical psychologists' provision of sexual health care services. *Professional Psychology - Research and Practice*, 41(1), 57–63.

- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Simonelli, C., Fabrizi, A., Rossi, R., Corica, F. & Giarni, A. (2010). Sexology as a profession in Europe: results from an Italian survey. *Sexologies* 15, 50–57.
- Simonelli, C., Fabrizi, A., Rossi, R., Silvaggi, C., Tripodi, F. & Michetti, P. M. (2010). Clinical sexology; An integrated approach between the psychosomatic and the somatopsychic. *Sexologies*, 19, 3–7.
- Træen, B., Stigum, H. & Magnus, P. (2003). *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002*. Oslo: National Institute of Public Health.
- Træen, B., Stigum, H., & Eskild, E. (2002). Contraception and STD protection among urban Norwegians. *Culture, Health and Sexuality*, 4, 85–102.
- Træen, B., & Olsen, S. M. (2006). Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 193–208.
- Træen, B., & Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18–67 year old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 445–456.
- Træen, B., & Daneback, K. (2012). The use of pornography Norwegian men and women of differing sexual orientation. *Sexologies*, (in press). DOI 10.1016/j.sexol.2012.03.001
- Wiederman, M. W. & Sansone, R. A. (1999). Sexual training for professional psychologist: a national survey of training directors of doctoral programs and predoctoral internships. *Professional Psychology - Research and Practice*, 30(3), 312–317.