

Hovedoppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Marielle Bjørkheim
Emma Hegg

Du må tørre å spørre: En undersøkelse av norske psykologers kompetanse om og holdninger til seksualitet i terapi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Leif Edward Ottesen Kennair

Januar 2020

Marielle Bjørkheim
Emma Hegg

**Du må tørre å spørre:
En undersøkelse av norske psykologers
kompetanse om og holdninger til
seksualitet i terapi**

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Leif Edward Ottesen Kennair
Januar 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Utgangspunktet for denne oppgaven var et ønske om å bidra til mer kunnskap om seksualitet i terapi. Et år med mye arbeid og innsats ligger nå bak oss, og vi håper at det endelige resultatet kan vise at det trengs mer satsing og fokus på dette området. Vi har selv utviklet problemstillinger og spørreskjema til studien, og alle data ble samlet inn og analysert av oss.

Vi vil først benytte anledningen til å takke vår veileder Leif Edward Ottesen Kennair for hans store engasjement, tilgjengelighet og grundige tilbakemeldinger. Din kunnskap og entusiasme for feltet er inspirerende. Vi vil også rette en stor takk til Kyrre Svarva for hjelp med digitalisering av spørreskjema, og for at han alltid har vært tilgjengelig og forklart selv de vanskeligste ting på en forståelig måte. Videre vil vi takke Træen og Schaller for inspirasjon til tema for oppgaven, samt for tilgang til deres spørreskjema. Takk til Stine Kühle-Hansen og Mats Johannessen for tilbakemeldinger på utformingen av spørreskjemaet. En takk må også rettes til alle psykologene som har besvart undersøkelsen, og til de som har hjulpet oss med å spre spørreskjemaet videre til venner og kollegaer. Vi vil også takke familie og venner for støtte og hjelp i arbeidet med hovedoppgaven. Til slutt vil vi gi et stort takk til hverandre for et godt samarbeid og motiverende samtaler gjennom hele prosessen.

Trondheim, januar 2020.

Marielle Bjørkheim

Emma Hegg

Sammendrag

Seksualitet er en sentral del av menneskers liv og helse. Som psykolog bør man derfor ha høy kompetanse og kunne møte klienter med behov for å snakke om seksualitet på en god måte. Til tross for seksualitet sin sentrale posisjon er det blitt gjort lite forskning på seksualitet i terapi. Formålet med denne studien er å undersøke norske psykologers holdninger til og kompetanse om seksualitet i terapi, og hvordan dette er påvirket av deres alder, kliniske erfaring og seksuelle orientering. Vi ønsket også å undersøke hva som kan predikere hvorvidt psykologer tar opp seksualitet med sine klienter. Vi samlet inn data fra 300 norske psykologer gjennom et elektronisk spørreskjema distribuert via Facebook og e-post. Resultatene viser at 9 av 10 psykologer som deltok i studien er enige i at seksualitet er en viktig del av menneskers psykiske helse og at de har seksuelt liberale holdninger. Majoriteten av psykologene er noe uenige i at det er ubehagelig å ta opp seksuelle tema i terapi. Kun 29% av psykologene har deltatt på sexologiske kurs/utdanning, og over halvparten mener at de ikke har nok kunnskap om seksualitet. Psykologene har også lav kompetanse om seksuelle dysfunksjoner, og lite erfaring med å behandle disse. De eldste psykologene og psykologene med mest klinisk erfaring er de som oppgir å ha høyest sexologisk kompetanse. Vi ser at psykologene ganske sjelden eller av og til spør om seksuelle tema i terapi. Mer positive holdninger og høyere oppgitt kompetanse fører til at psykologene oftere tar opp seksuelle tema. Det at de ikke spør mer ser ut til å henge sammen med at de har lite erfaring med behandling av seksuelle dysfunksjoner og at deres selvopplevde kompetanse er ganske lav. Seksualitet bør i større grad innlemmes i psykologutdanningene og i klinisk praksis gjennom fagdager, workshops og kurs om seksualitet som kan bidra til økt kompetanse og mer positive holdninger til seksualitet hos kliniske psykologer. Disse tiltakene vil både kunne føre til en bedre behandling og at psykologene oftere tar opp seksualitet i terapi.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Innledning	1
Begrepet seksualitet	1
Seksuell helse og seksuelle problemer	2
Psykisk helse hos seksuelle minoriteter	3
Seksualitet i terapi	4
Psykologers kompetanse om seksualitet	5
Psykologers holdninger til seksualitet	6
Vår studie	8
Metode	9
Deltakere og design	9
Prosedyre	9
Måleinstrumenter	10
Statistiske analyser	13
Resultater	14
Deskriptive analyser	14
Tematisering av seksualitet	17
Prediktorer for at psykologer tematiserer seksuelle tema i terapi	18
Gruppeforskjeller i holdninger og kompetanse	20
Prediktorer for kompetanse på seksuelle dysfunksjoner	22
Diskusjon	25
Sammenhengen mellom holdninger til seksualitet og tematisering av seksualitet	25
Sammenhengen mellom sexologisk kompetanse og tematisering av seksualitet	26
Prediktorer for tematisering av seksualitet	26
Holdninger til seksualitet	28
Sexologisk kompetanse	29
Implikasjoner for klinisk praksis	31
Begrensninger og implikasjoner for fremtidig forskning	32
Konklusjon	33
Referanser	35
Appendiks A - Spørreskjema	42
Appendiks B - Faktoranalyse	49

Innledning

Seksualitet er et viktig aspekt ved menneskers liv gjennom hele livsløpet, og er tett knyttet til vår helse og identitet (Graugaard, Pedersen, & Frisch, 2015). I tillegg påvirker seksualitet i stor grad vår livskvalitet. I 2016 utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet en strategi for seksuell helse for årene 2017-2022. Seksuell helse settes her inn i et livsløpsperspektiv, hvor seksualitet blir sett på som en helsefremmende ressurs for vår generelle livskvalitet, og hvordan vi har det fysisk og psykisk, gjennom hele livet. Det blir her vurdert at seksualkunnskap, sexpositive holdninger, positiv ivaretagelse av seksuelle rettigheter og seksuelle problemer innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten, vil kunne føre til færre negative konsekvenser knyttet til seksualitet. Barne- og likestillingsdepartementet (2016) hevder at «Mangelfull kunnskap [om seksualitet] kan i ytterste konsekvens føre til svikt i behandling og oppfølging» (s. 45).

Klienter har uttrykt et ønske om at seksuell helse i større grad blir tematisert i møte med helse- og omsorgstjenestene (Barne- og Likestillingsdepartementet, 2016), noe som viser at helsepersonell i større grad må ta ansvar for å snakke om seksualitet. Siden seksualitet påvirkes av og påvirker menneskers psykiske helse, er seksualitet et sentralt tema i psykologers arbeid. Psykologer må være forberedt på å ta imot majoriteten av klientene med et behov for å snakke om seksualitet og seksuelle problemer, siden det finnes få sexologer i Norge (Norsk forening for klinisk sexologi, n.d.). Med andre ord kan økt kompetanse og positive holdninger til seksualitet hos psykologer bidra til en bedre folkehelse. Men hva slags holdninger om seksualitet er det norske psykologer har? Og har de nok kompetanse til å møte klienter som ønsker å snakke om seksuelle tema på en god måte? Spør de i det hele tatt om seksualitet i terapi? Det er dette vi ønsker å undersøke i denne studien.

Begrepet seksualitet

Begrepet seksualitet har forskjellig betydning for ulike mennesker, spesielt i forskjellige kulturer, og meningsinnholdet i begrepet har endret seg i takt med samfunnsendringer. Det finnes derfor ikke en entydig definisjon. Verdens Helseorganisasjon (2006) har foreslått følgende definisjon på seksualitet:

Seksualitet er et sentralt aspekt ved å være menneske, og er med oss gjennom hele livet. Seksualitet omfatter biologisk kjønn, kjønnsidentitet og -roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes gjennom tanker, fantasier, begjær, oppfatninger, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Samtidig som seksualitet kan inkludere alle disse

dimensjonene, så vil ikke alle av dem alltid oppleves eller uttrykkes. Seksualitet påvirkes av interaksjonen mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, juridiske, historiske, religiøse og spirituelle faktorer (s. 5. Egen oversettelse).

Denne definisjonen påpeker hvor sentral seksualitet er i livene våre, og hvor mange aspekter den påvirker. I seksualundervisning er det gjerne reproduksjon og prevensjon som er i fokus (Langfeldt, 2013), men som vist omfatter også seksualitet nytelse, intimitet og en rekke andre dimensjoner som vi uttrykker gjennom vår atferd og tanker. Det er med andre ord mange aspekter ved seksualitet som psykologer må ha kompetanse om og kunne forholde seg til i terapi.

Seksuell helse og seksuelle problemer

Seksuell helse kan defineres som en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forhold til seksualitet, ikke kun fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse (World Health Organization (WHO), 2006). Seksualitet og seksuell helse kan bidra til god mental og fysisk helse, god selvtillit og høy livskvalitet (Anderson, 2013), og de fysiske aspektene ved seksualitet kan være kilde til nytelse, nærhet, bekreftelse, empowerment og avkobling (Brady & Halpern-Felsher, 2007; Ganong & Larson, 2011; Hawkins, Cornwall, & Lewin, 2011).

Problemer knyttet til seksualitet er dessverre vanlig forekommende (Heiman, 2002; Laumann et al., 2005; Quinn-Nilas, Milhausen, McKay, & Holzapfel, 2018). Seksuelle problemer inkluderer et bredt spekter av problemstillinger som kan forstyrre lysten og/eller evnen til å delta i og gjennomføre seksuell aktivitet på den måten man selv ønsker (Christensen et al., 2011; WHO, 1999). Eksempler er seksuelle dysfunksjoner og lystforskjeller i parforhold. Prevalensen av seksuelle dysfunksjoner er 11% hos danske menn og kvinner i alderen 16-95 år (Christensen et al., 2011), og i Norge rapporterer 13% av mennene og hele 37% av kvinnene å ha opplevd seksuelle lystproblemer de siste 12 månedene (Træen & Stigum, 2010).

Seksuelle problemer kan gi opphav til psykiske og fysiske plager eller forverre en eksisterende sykdom (Helsedirektoratet, 2018). Menn med seksuelle problemer er mindre tilfreds med livet, har dårligere mental helse og oppfatter sin fysiske helse som dårligere enn de uten seksuelle problemer (Tan, Tong, & Ho, 2012). I tillegg oppgir menn at sviktende genital respons kan føre til mentalt stress, depresjon og nedsatt selvfølelse (Rosen et al., 2004). Hos kvinner er det funnet sterke positive assosiasjoner mellom seksuelle dysfunksjoner

og redusert glede, samt fysisk og emosjonell tilfredshet (Laumann, Paik, & Rosen, 1999), men det er usikkert om det er en kausal sammenheng. Seksuell mistriivsel kan gi dårligere helse hos klienter med kronisk sykdom, mens seksuell trivsel kan gi økt mestringsevne og behandlingsmotivasjon (Graugaard et al., 2015). Seksuelle problemer kan også føre til vanskeligheter i samlivsrelasjoner, blant annet ved at de kan forårsake lystforskjeller. Lystforskjeller i parforholdet er et begrep som brukes for å beskrive når to personer i et intimt forhold ønsker forskjellig nivå eller frekvens av seksuell aktivitet (Mark & Murray, 2012). Store lystforskjeller gir negative relasjonelle utfall, som lav seksuell og relasjonell tilfredshet, og er et av de vanligste seksuelle problemene som par søker hjelp for (Mark & Murray, 2012). Samtidig kan seksualitet og sex også ha positive effekter for parforholdet (Christopher & Sprecher, 2000; Sprecher, 2002).

Seksuelle problemer kan være forårsaket av både psykiske og somatiske prosesser (Landmark et al., 2012), og er en del av tilstandsbildet til mange lidelser. Blant annet er forstyrret seksuell lyst en del av symptom bildet til mani og depresjon i ICD-10 (WHO, 1999), og i tillegg er ofte sviktende genital respons og orgastisk dysfunksjon til stede (Dell'Osso et al., 2009; Kennedy, Dickens, Eisfeld, & Bagby, 1999; Phillips & Slaughter, 2000). Seksuelle problemer har også en høyere forekomst hos personer med psykoselidelser, personlighetslidelser, spiseproblematikk, psykisk og fysisk funksjonsnedsettelse, diabetes og hjerte- og karsykdommer (Graugaard et al., 2015; Lewis et al., 2004; Rosen et al., 2004). I tillegg kan seksuelle problemer oppstå som følge av medisinsk og kirurgisk behandling. Blant annet er det funnet at seksuelle problemer kan ha en sammenheng med kreftbehandling, blodtrykkssenkende medisiner, antipsykotika og antidepressiva (Ananth, Jones, King, & Tookman, 2003; Cutler, 2003; Ferrario & Levy, 2008). Når det gjelder antidepressiva er det funnet en sammenheng mellom selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) og orgasme- og lystproblemer (Lorenz, Rullo, & Faubion, 2016; Rosen, Lane, & Menza, 1999). Det kan være vanskelig å fastslå årsaken til den høye prevalensen av seksuelle problemer hos personer med psykiske og somatiske lidelser, da de seksuelle problemene både kan være en del av den psykiske eller somatiske lidelsen, en selvstendig diagnose eller en konsekvens av medisinsk behandling (Cutler, 2003; Dell'Osso et al., 2009). Sammenhengen mellom psykisk og seksuell helse viser at det er viktig at psykologer snakker om seksuell helse og at de kan behandle seksuelle problemer.

Psykisk helse hos seksuelle minoriteter. Seksuelle minoriteter, interkjønnpersoner og personer med kjønnsidentitetstematikk er sårbare grupper når det kommer til psykisk og seksuell helse. Det er blant annet en høyere andel affektive lidelser, angstlidelser, rusmisbruk

og selvmordsforsøk blant lesbiske, homofile og bifile sammenliknet med heterofile (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2015). Forekomsten av psykisk uhelse er spesielt høy i aldersgruppen under 30 år og blant bifile kvinner (Anderssen, Malterud, & Slåtten, 2013). Det er i tillegg vist at norske barn som er lesbiske, homofile, bifile, transpersoner eller interkjønn (LHBTI) blir utsatt for diskriminering og mobbing, at de ikke får all hjelpen de ønsker og trenger fra helsepersonell, og at de er mer sårbare for psykisk uhelse og selvmordsforsøk (Thorsnes, 2016). Det er også en høy andel psykiske problemer hos norske personer med kjønnsidentitetstematikk, og livsvilkårene til de som ikke får en diagnose på kjønnsidentitetsforstyrrelse er ofte dårligere enn de som får en slik diagnose og påfølgende hjelp fra staten (Helsedirektoratet, 2015; van der Ros, 2013). Interkjønnpersoner har ofte dårligere kroppsbilde og selvtillit enn ikke-interkjønnpersoner, og flesteparten har i tillegg en komorbid lidelse (van de Grift, Cohen-Kettenis, de Vries & Kreukels, 2018). Disse funnene understreker hvor nødvendig det er at disse sårbare gruppene blir møtt på en god måte av en åpen og inkluderende psykolog.

Seksualitet i terapi

Gitt seksualitet sin sentrale posisjon i menneskers liv er det viktig at de som ønsker å snakke med psykologer om seksualitet, enten det er negative eller positive sider, blir møtt på en god måte av psykologer med høy kompetanse på de ulike aspektene knyttet til seksualitet. Siden seksualitet for mange fremdeles er et veldig sensitivt og sårbart tema er det avgjørende at psykologen er forståelsesfull, sensitiv, varm og åpen (Safran & Muran, 2003). Hvis psykologer har positive holdninger til seksualitet og gir god oppfølging og behandling, kan dette ha innvirkning på klienters psykiske og seksuelle helse (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Videre vil det sannsynligvis bli lettere for mange klienter å håndtere de fysiske og psykiske vanskene som seksuelle problemer forårsaker eller er en del av, og å opprettholde en god livskvalitet på tross av disse belastningene, dersom psykologer og andre ansatte innenfor helsevesenet snakker om seksualitet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Dessverre fant Træen og Schaller (2013) at majoriteten av norske psykologer kun spør sine klienter om seksualitet av og til, eller en sjelden gang. Hvorvidt de spurte om seksualitet var påvirket av deres alder og antall år med klinisk erfaring, hvor psykologer over 45 år og psykologer med over 10 år klinisk erfaring i større grad tematiserte seksualitet. Det seksuelle temaet som ble hyppigst tematisert av psykologene i undersøkelsen var negative seksuelle opplevelser. Internasjonal forskning indikerer også at psykologer sjeldent tematiserer seksualitet og seksuell helse i terapi (Miller & Byers, 2009;

Reissing & Giulio, 2010). 60% av kanadiske psykologer spurte aldri eller veldig sjelden sine klienter om deres seksuelle helse (Reissing & Giulio, 2010), og i løpet av fire uker spurte amerikanske og kanadiske psykologer kun 21% av sine klienter om seksualitet (Miller & Byers, 2009). 1 av 5 psykologer hadde ikke spurt noen av sine klienter om de hadde bekymringer knyttet til seksualitet. Psykologer som har deltatt på kurs om seksualitet etter endt utdanning spør i større grad sine klienter om seksualitet enn de som ikke har det (Miller & Byers, 2009).

Psykologers kompetanse om seksualitet

Lite forskning har blitt gjort på psykologers kompetanse om seksualitet generelt, og den eneste studien gjort på norske psykologer som vi oppdaget i vårt datasøk er studien til Træen og Schaller fra 2013. De viste at både formell og selvopplevd kompetanse er relativt lav blant psykologer, og at kun 1 av 3 har fått formell opplæring i hvordan de skal håndtere klienters seksualitet i terapi. Flertallet av psykologene i studien (58,6%) opplevde at de ikke hadde nok kunnskap om seksualitet og seksuelle problemer til å ta opp disse temaene i terapi. Andre kartlegginger har også vist at få ansatte i norsk helsesektor har formell kompetanse om seksuell orientering, kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet (Solberg, 2017). Internasjonal forskning på feltet har vist lignende resultater og antyder at psykologer har lav kompetanse om og manglende formell opplæring i å behandle LHB-klienter (Lyons, Bieschke, Dendy, Worthington, & Georgmiller, 2010; Murphy, Rawlings, & Howe, 2002). Kun 19-21% av amerikanske psykologutdanninger inneholder seksuelle tema slik som seksuell dysfunksjon, terapi med homoseksuelle klienter og HIV/AIDS (Wiederman & Sansone, 1999). Funnene indikerer at det er nødvendig at norske psykologer får en høyere kompetanse om kjønns- og seksualitetsmangfold. Kun da kan klienter få den gode og tilpassede behandlingen som de har krav på, uten å bli forskjellsbehandlet på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Likestillings- og diskrimineringsombudet, n.d.; United Nations General Assembly, 1989).

Det finnes en del forskning som har kartlagt helsepersonells kompetanse om spesifikke seksuelle tema. Blant annet mangler mange terapeuter kompetanse om behandling av barn og unge med skadelig seksuell atferd (Askeland, Jensen, & Moen, 2017). Det er blitt påpekt at det er behov for kompetanseheving knyttet til avdekking, utredning og behandling av barn og unge med skadelig seksuell atferd innen barne- og ungdomspsykiatrien og i kommunehelsetjenesten. I tillegg har helsepersonell lite kunnskap om seksuell helse hos personer med funksjonsnedsettelse og kroniske lidelser (Remme, 2017). Det er også

manglende kunnskap om og lite forståelse for kjønnsidentitetstematikk i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2015; van der Ros, 2013). Personer med kjønnsidentitetstematikk får ikke nødvendig veiledning og hjelp fra helsepersonell, og mange velger derfor å oppsøke fagpersoner med kompetanse på feltet. Forskning indikerer at den utilstrekkelige behandlingen hovedsakelig skyldes manglende kunnskap (Darj & Nathorst-Böös, 2008; Måwe, 2012). van der Ros (2013) fremmer noen forslag som hun mener er grunnleggende for livskvaliteten til personer med kjønnsidentitetstematikk, der «Økt transrelatert kompetanse i helse- og omsorgssektor ...» (s. 5), er et av forslagene. Personer med kjønnsidentitetstematikk beskriver at kompetente psykologer er avgjørende for å bli styrket og få muligheten til et meningsfylt liv (van der Ros, 2013).

Psykologers holdninger til seksualitet

Seksuell liberalisme. Et liberalt syn på seksualitet vil innebære at man er fordomsfri og har toleranse for de ulike aspektene ved seksualitet, enten det er seksuell orientering, kjønnsidentitet, seksuelle praksiser eller andre områder (Universitet i Bergen & Språkrådet, 2019). Det har blitt gjennomført flere studier som har sett på psykologers holdninger til ulike aspekter ved seksualitet. Det er vist at det å tilhøre en seksuell minoritet kan bidra til mer negative holdninger hos psykologer (Cree & O'Corra, 2006; Sperber, Landers, & Lawrence, 2005), og psykologers holdninger til transpersoner har vært preget av sykeliggjøring og diagnosenetking (Benson, 2013). Klientens seksuelle orientering, kjønn og i hvilken grad klienten bryter med forventninger til kjønnsroller, påvirker amerikanske psykologers holdninger til klienten og deres forventninger til behandlingsutfall (Bowers & Bieschke, 2005). Kvinnelige psykologer hadde mer positive holdninger til klienter, uavhengig av klientenes kjønn og seksuelle orientering, enn det mannlige psykologer hadde. De mannlige psykologene vurderte LHB-klienter som mer patologiske og truende enn heteroseksuelle klienter, noe som tyder på at de i liten grad hadde seksuelt liberale holdninger. I tillegg er ignoranse og ufølsomhet for transpersonlige tema og behov utbredt hos kliniske psykologer, og ett av de vanligste rapporterte hindrene for at transpersoner oppsøker hjelp (Sperber et al., 2005). Terapeutens åpenhet for forskjellige seksuelle orienteringer og kjønnsidentiteter er vist å ha en innvirkning på kvaliteten av den terapeutiske alliansen i terapi med LHBT-klienter (Israel, Gorcheva, Burnes, & Walther, 2008). Det er også blitt vist at negative holdninger og reaksjoner fra psykologer kan føre til dårligere behandling (King, Semlyen, Killaspy, Nazareth, & Osborn, 2007). Studiene gjennomgått over indikerer at psykologer ikke har så

seksuelt liberale holdninger. Kelsey, Stiles, Spiller og Diekhoff (2013) sin studie kan dog tyde på at psykologer har seksuelt liberale holdninger til noen seksuelle praksiser.

Man bør være forsiktig med å generalisere de amerikanske funnene til Norge, da Norge har et liberalt syn på seksualitet sammenlignet med USA (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), 2017; Norton & Herek, 2013; Pew Research Center, 2013). Likevel indikerer studier at norske psykologer også til en viss grad har negative holdninger til noen aspekter ved seksualitet, selv om ytterligere forskning trengs. Blant annet er det vist at kun 2 av 10 norske homoseksuelle er helt åpne om sin seksuelle orientering i møte med helsepersonell (Moseng, 2005), noe som kan indikere at seksuelle minoritetspersoner er redde for å bli møtt av fordommer og negative holdninger fra helsepersonell også her i landet (Angeltvedt, 2007). Videre reagerer flere terapeuter uhensiktsmessig når kjønnsinkongruente klienter presenterer seg som "hen", og noen kjønnsinkongruente klienter rapporterer om krenkende bemerkninger fra terapeuten (Benestad & Pristed, 2015).

Holdninger til tematisering av seksualitet i terapi. Seksualitet er, som vist over, et sammensatt og fundamentalt aspekt ved menneskers helse og mentale velvære. Likevel blir seksualitet sjeldent snakket om i terapi (Farber & Hall, 2002; Miller & Byers, 2009; Træen & Schaller, 2013). Terapeuter synes at sex og seksualitet bør være et tema, men de er ikke komfortable med å ta det opp (Haboubi & Lincoln, 2003). Også for klienter er sex og seksualitet vanskelig å snakke om (Farber & Hall, 2002), samtidig som de ønsker at det skal være et tema (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Det at problemstillinger knyttet til sex og seksualitet i liten grad blir tematisert kan skyldes at de lenge har vært tabuisert. Slike tabuforestillinger påvirker fremdeles hvordan seksualitet blir ivaretatt av samfunnet, for eksempel hvorvidt det blir tematisert av helsepersonell (Almås, 2017). Norske medisinstudenter rapporterte at den viktigste grunnen til at de hadde en intensjon om å tematisere seksualitet i klinikken, var et ønske om å normalisere seksualitet (Fischer & Træen, 2016). Træen og Schaller (2013) fant at psykologers holdninger til og forestillinger om seksualitet som tema i terapi har klare sammenhenger med hvor ofte psykologen spør om seksualitet i terapi. Eksisterende forskning på norske psykologers holdninger til seksualitet i terapi er begrenset, men viser at norske psykologer sjelden snakker om seksualitet i terapi, i kontrast til klienters ønsker. Det vil derfor være fordelaktig med en ytterligere utredning av hvilke holdninger psykologer har og hvordan disse kan forklare den lave graden av tematisering.

Vår studie

Formålet med denne studien er å undersøke norske psykologers holdninger og kompetanse om seksualitet i terapi. Vi ønsker i tillegg å undersøke hvor ofte psykologer tar opp seksualitet i terapi, og hvilke faktorer som kan predikere at de gjør det. Kompetanse om seksuelle tema og positive holdninger til seksualitet er sentrale for at psykologer skal kunne møte klienter med problemstillinger knyttet til seksualitet på en best mulig måte. En kartlegging og bedre forståelse av psykologers holdninger til seksualitet kan ha betydning for psykologutdanningene, og være utgangspunkt for holdningsarbeid dersom man ser at eksisterende holdninger forhindrer psykologer fra å arbeide på en god måte med seksuelle problemstillinger. Videre kan en kompetansekartlegging ha implikasjoner for utdanning og klinisk praksis, ved at den kan vise hvilke kunnskapsområder som er mangelfulle og ved at den kan brukes som kunnskapsgrunnlag for kompetansehevingstiltak. Ved å få kunnskap om hvilke faktorer som predikerer hvorvidt psykologer snakker om seksualitet, kan man sette i gang tiltak rettet mot de sentrale faktorene for å få psykologer til å oftere ta opp seksualitet.

Til tross for økende åpenhet rundt og kunnskap om seksualitet i det moderne norske samfunn, så finnes det lite forskning på hvordan norske psykologer forholder seg til seksualitet som tema i terapi og hvilken kompetanse og holdninger de sitter med. Den tidligere forskningen som har blitt gjort indikerer at mange psykologer opplever å ha en manglende kompetanse knyttet til seksuelle tema, og at temaet sjeldent tas opp i terapien (Miller & Byers, 2009; Murphy et al., 2002; Solberg, 2017; Træen & Schaller, 2013; Wiederman & Sansone, 1999).

Vi tester følgende hypoteser:

- H1.* Psykologer med positive holdninger til og forestillinger om seksualitet i terapi vil i større grad tematisere seksualitet i terapi, enn de med mer negative holdninger (Fischer & Træen, 2016; Træen & Schaller, 2013).
- H2.* Psykologer med høy sexologisk kompetanse vil i større grad tematisere seksualitet i terapi, enn psykologer med lav sexologisk kompetanse (Miller & Byers, 2009; Træen & Schaller, 2013).
- H3.* Eldre psykologer og psykologer med mye klinisk erfaring vil ha høyere sexologisk kompetanse, enn yngre psykologer og psykologer med lite klinisk erfaring (Træen & Schaller, 2013).

Vi ønsker i tillegg å utforske følgende eksplorerende forskningsspørsmål:

- EFS1.* Hva er sammenhengen mellom psykologers seksuelle liberalisme og hvorvidt de tematiserer seksualitet?

EFS2. Hva predikerer at psykologer tematiserer seksualitet i terapi?

EFS3. Vil det være noen forskjeller i psykologers holdninger til seksualitet basert på deres a) alder; b) kliniske erfaring; og c) seksuelle orientering?

EFS4. Vil det være noen forskjell i psykologers kompetanse basert på deres seksuelle orientering?

EFS5. Hva predikerer at psykologer opplever å ha kompetanse på seksuelle dysfunksjoner?

Metode

Design og deltakere

Denne studien består av tverrsnitts-data samlet inn fra et utvalg norske psykologer. 300 psykologer svarte på et elektronisk spørreskjema bestående av 63 spørsmål om deres holdninger og kompetanse om seksualitet i terapi (se *Appendiks A*). 218 av deltakerne var kvinner (72,7%), og 82 var menn (27,3%). Majoriteten av deltakerne oppga heteroseksuell orientering (85,3%), 8,0 % oppga biseksuell orientering, 5,3% homoseksuell orientering og 1,3% panseksuell orientering. Deltakernes gjennomsnittlige alder var 38 år ($SD = 10,1$, range = 22-72 år), og de hadde i gjennomsnitt 10 år med klinisk erfaring ($SD = 8,73$, range = 0-43 år). 30% av deltakerne hadde tatt sin utdanning på Universitetet i Oslo, 21,0% på universitet i et annet nordisk land, 18,7% på NTNU Trondheim, 17,3 % på Universitetet i Bergen, 8,3% på Universitetet i Tromsø og 4,7% på universitet utenfor Norden. Av deltakerne oppga 71% at de ikke hadde tatt noen form for sexologiske kurs eller utdanning, mens 17,0% hadde tatt kurs i profesjonsstudiet, 6,3% hadde tatt kurs eller utdanning etter endt profesjonsstudiet og 5,7% både i og etter profesjonsstudiet.

Prosedyre

Norske psykologer ble rekruttert ved hjelp av en forespørsel som ble delt i lukkede grupper for psykologer på Facebook, og gjennom e-post som ble sendt til alle lokallagene til Norsk Psykologforening og alle helseforetak med arbeid innen psykisk helse. Institusjonslederne ble bedt om å spre det elektroniske spørreskjemaet videre til henholdsvis psykologer i sitt lokallag og på sitt arbeidssted. E-post ble også sendt til privatpraktiserende psykologer, som ble funnet gjennom internettsøk. I forespørselen fremgikk det at formålet med studien var å kartlegge psykologers kompetanse om og holdninger til seksualitet i terapi, at undersøkelsen var anonym og at det tok 10 minutter å besvare spørreskjemaet. Psykologene ble også informert om at svarene fra undersøkelsen ville bli brukt i en hovedoppgave. Sammen med forespørselen om deltagelse fulgte en direkte lenke til et anonymt, nettbasert

spørreskjema. Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer: 119267.

Måleinstrumenter

Spørreskjemaet brukt i denne studien er egenutviklet, med inspirasjon fra spørreskjemaet som Træen og Schaller konstruerte til sin studie i 2013. Tillatelse til å benytte spørsmålene deres ble innhentet før utvikling av spørreskjemaet. Vårt spørreskjema besto av 63 spørsmål, der 23 var hentet fra Træen og Schaller sitt spørreskjema, og 40 spørsmål var konstruert til vår studie. Spørreskjemaet ble kvalitetssikret av to eksterne sexologer.

Kjønn. Kjønn ble målt med spørsmålet «Hvilket kjønn er du?». Spørsmålet hadde svaralternativene «kvinne», «mann», «trans» og «annet».

Seksuell orientering. Seksuell orientering ble målt med spørsmålet «Hva er din seksuelle orientering?». Svaralternativene var «homoseksuell», «heteroseksuell», «biseksuell», «panseksuell», «aseksuell», «ønsker ikke å oppgi» og «annet, vennligst spesifiser». Dataene ble senere brukt til å lage en dikotom variabel (Seksuell minoritet) der 0 = heteroseksuell og 1 = seksuell minoritet.

Fødselsår. Fødselsår ble målt med spørsmålet «Hvilket år er du født?», der deltakerne skrev svaret inn i en tekstboks. Dataene i Fødselsår ble transformert til å måle alder. Videre ble den nye variabelen Alder brukt til å lage en kategorisk variabel (Aldersgrupper) for å gjøre det mulig å sammenligne aldersgrupper på ulike mål. Vi endte opp med fire aldersgrupper (1 = 22-32 år, 2 = 33-42 år, 3 = 43-52 år, og 4 = 53-72 år). Aldersgruppe 4 hadde en større range enn de andre gruppene på grunn av det lave antallet deltakere over 52 år.

Utdanningssted. Utdanningssted ble målt med spørsmålet «Hvor fullførte du din psykologutdanning?». Svarkategoriene var «Universitetet i Oslo», «Universitetet i Bergen», «universitetet i Trondheim», «Universitetet i Tromsø», «universitet i et annet nordisk land», og «universitet i land utenfor Norden».

Klinisk erfaring. Klinisk erfaring ble målt som en kontinuerlig variabel med spørsmålet «Hvor mange år klinisk erfaring har du?». Variabelen ble senere brukt til å lage en kategorisk variabel (Klinisk erfaring-grupper) med fire grupper (1 = 0-4 år, 2 = 5-9 år, 3 = 10-19 år og 4 = >20 år) for å muliggjøre sammenligning mellom grupper basert på antall år klinisk erfaring.

Formell sexologisk kompetanse. Formell sexologisk kompetanse ble undersøkt med spørsmålet «Har du tatt noen form for sexologiske kurs eller utdanning?». Svaralternativene var «ja, i profesjonsstudiet», «ja, etter profesjonsstudiet», «ja, både i og etter profesjons-

studiet» og «nei». Dataene ble brukt til å lage en dikotom variabel der 1 = ja, i profesjonsstudiet; ja, etter profesjonsstudiet; og ja, både i og etter profesjonsstudiet, og 0 = nei.

Selvopplevd kompetanse. Selvopplevd kompetanse ble undersøkt ved å be deltakerne rangere på en 7-punkts Likertskala fra (1) *veldig bra* til (7) *veldig dårlig* hvordan de opplever sin egen kompetanse om seksualitet. Denne variabelen ble reversert.

Tematisering av seksualitet. Fem spørsmål ble brukt til å måle hvorvidt psykologene tematiserer seksualitet i terapi. Deltakerne rangerte hvor ofte de spør om seksuelle tema, eksempelvis seksuell nytelse, på en 7-punkts Likertskala fra (1) *aldri* til (7) *alltid*. Høy skåre reflekterer høyere frekvens av tematisering av seksualitet i terapi. Spørsmålene ble brukt til å lage en skala, der den gjennomsnittlige skåren ble brukt som totalskåre. Variabelen «I hvilken grad spør du klienten om hvert av følgende forhold: seksuelle overgrep» ble ekskludert fra den endelige skalaen fordi den konseptuelt skilte seg fra de andre variablene og resultatene fra reliabilitetsanalysen viste at denne variabelen hadde relativt lav variabel-total korrelasjon (,3). Den endelige skalaen bestod av fire variabler og den indre konsistensen for utvalget var god ($\alpha = ,82$).

Holdninger til og forestillinger om til seksualitet i terapi. Ni spørsmål ble brukt til å undersøke psykologers oppfatninger og erfaringer knyttet til det å tematisere seksualitet i terapi. Her oppgir psykologene på en 7-punkts Likertskala fra (1) *Helt uenig* til (7) *Helt enig* i hvilken grad hvert utsagn stemmer med sine erfaringer, for eksempel på utsagnet «Seksualitet er en viktig del av menneskers psykiske helse». Høy skåre indikerte at de i stor grad var enige i utsagnet. En faktoranalyse ble benyttet for å undersøke om variablene kan forklares av underliggende faktorer. Resultatene fra denne presenteres i *Appendiks B*.

Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner. Åtte spørsmål ble utviklet for å måle psykologene sin opplevde kompetanse på å behandle ulike seksuelle dysfunksjoner, for eksempel prematur ejakulasjon. Svarene ble oppgitt på en 7-punkts Likertskala fra (1) *Helt uenig* til (7) *Helt enig*, der høy skåre indikerte høyere selvopplevd kompetanse på behandling av den seksuelle dysfunksjonen. Spørsmålene ble brukt til å lage en skala, der den gjennomsnittlige skåren ble brukt som totalskåre. Skalaen hadde en høy indre konsistens i utvalget ($\alpha = ,93$).

Behandling av seksuelle dysfunksjoner. Åtte spørsmål ble konstruert for å måle i hvor stor grad psykologene har behandlet ulike seksuelle dysfunksjoner, for eksempel prematur ejakulasjon. Psykologene ble bedt om å oppgi svarene sine på en 7-punkts Likertskala fra (1) *aldri* til (7) *alltid*, der høy skåre indikerte at de i stor grad har behandlet

den bestemte seksuelle dysfunksjonen. Spørsmålene ble brukt til å lage en skala, der den gjennomsnittlige skåren ble brukt som totalskåre. Skalaen hadde en høy indre konsistens i utvalget ($\alpha = ,90$).

Undervisning om seksuelle tema. Fire spørsmål ble brukt til å måle i hvilken grad psykologer opplevde at det ble undervist tilstrekkelig om ulike seksuelle tema på studiet, for eksempel seksuell orientering/seksuell identitet. Psykologene ble bedt om å oppgi svarene sine på en 7-punkts Likertskala fra (1) *Helt uenig* til (7) *Helt enig*, der høy skåre indikerte at de i stor grad var enig i at det ble undervist tilstrekkelig om temaet. Spørsmålene ble brukt til å lage en skala, der den gjennomsnittlige skåren ble brukt som totalskåre. Skalaen hadde en akseptabel indre konsistens ($\alpha = ,83$).

Tilstrekkelighet av kompetanse. Hvorvidt psykologene opplever at de kan nok om seksualitet til å jobbe med det i terapi ble målt på en 7-punkts Likertskala fra (1) *Helt uenig* til (7) *Helt enig*, der høy skåre indikerte høy grad av enighet med at de kan nok om seksualitet til å jobbe med det i terapi.

Seksuell liberalisme. Tre spørsmål ble konstruert for å måle i hvilken grad psykologer var enige i oppfatninger knyttet til uttrykkelse av seksuell orientering; utøving av seksuelle praksiser; og uttrykkelse av kjønnsidentitet. Deltakerne ble bedt om å oppgi svarene sine på en 7-punkts Likertskala fra (1) *Helt uenig* til (7) *Helt enig*, der høy skåre indikerte høy grad av enighet med utsagnet. Spørsmålene ble brukt til å lage en skala, der den gjennomsnittlige skåren ble brukt som totalskåre. Skalaen hadde en ganske lav indre konsistens ($\alpha = ,61$).

Komfortabel nok til å tematisere seksualitet. 13 spørsmål ble konstruert for å undersøke om deltakerne føler seg komfortable nok til å tematisere seksualitet blant klienter med ulik alder, kjønnsidentitet og seksuell orientering. Dette ble målt ved at psykologene svarte på ulike utsagn på en 7-punkts Likertskala fra (1) *Helt uenig* til (7) *Helt enig*, der høy skåre indikerte at de i høy grad var enige i at de var komfortable nok til å tematisere seksualitet i den spesifikke gruppen. Spørsmålene ble brukt til å lage en skala, der den gjennomsnittlige skåren ble brukt som totalskåre. Variabelen som undersøkte hvor komfortabel man var med å tematisere seksualitet med par ble fjernet, da denne skilte seg konseptuelt fra de andre variablene. Den endelige skalaen bestod derfor av 12 variabler, og hadde en svært høy indre konsistens ($\alpha = ,96$).

Ekskluderte mål. Det ble også spurt om; «Hvilken klientgruppe jobber du hovedsakelig med?»; «I hvor stor grad er du tiltrukket a) kvinner? og b) menn?»; og «Hvilke formelle kurs eller utdanning har du?», men disse benyttes ikke i analysene. Det gjør heller ikke spørsmålet der psykologene skal angi i hvor stor grad de er enig med utsagnet «Jeg føler

meg faglig trygg når seksuelle problemer eller overgrep kommer opp i terapi». Se *Appendiks A* for svaralternativene på disse spørsmålene.

Statistiske analyser

Alle statistiske analyser ble utført ved bruk av SPSS versjon 25. Preliminære analyser ble utført for å sikre at de statistiske antakelsene for analysene ikke var brutt. Eventuelle brudd på disse og hvordan de ble håndtert blir spesifisert i resultatdelen for de aktuelle analysene.

En prinsipal komponent-analyse ble brukt på variablene som målte Holdninger til og forestillinger om seksualitet i terapi for å undersøke om noen underliggende faktorer kan forklare disse. Resultatene fra denne ble brukt til å utvikle to skalaer, Ubehag ved seksualitet i terapi og Viktigheten av seksualitet i terapi. Se *Appendiks B* for resultater. Disse to skalaene blir sammen med skalaen for Seksuell liberalisme brukt som holdningsskalaer i våre analyser.

Pearsons kjikvadrattest ble brukt for å undersøke om andelen som har deltatt på sexologiske kurs hadde sammenheng med aldersgruppe, klinisk erfaring-gruppe og seksuell orientering.

Korrelasjonsanalyser, med enten Pearsons korrelasjonskoeffisient eller Spearmans rho, ble benyttet for å undersøke forholdet som Tematisering av seksualitet hadde med holdninger til seksualitet og Selvopplevd kompetanse.

T-test for uavhengige utvalg og ANOVA ble brukt for å undersøke gruppeforskjeller i Ubehag ved seksualitet i terapi, Viktigheten av seksualitet i terapi og Selvopplevd kompetanse. Mann-Whitney test og Kruskal-Wallis test ble brukt for å undersøke gruppeforskjeller i Seksuell liberalisme.

Standard multippel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hvilke variabler som predikerer Tematisering av seksualitet. Preliminære korrelasjonsanalyser ved bruk av Pearsons korrelasjonskoeffisient ble gjennomført for å teste hvilke grupperings- og skala-variabler som var signifikant korrelert til den avhengige variabelen før påfølgende multippel regresjonsanalyse. Kun variabler som var signifikant korrelert med den avhengige variabelen ble inkludert i videre analyser. I tillegg ble det gjort endringer for å forhindre multikollinearitet. I regresjonsanalysen ble alle de uavhengige variablene som var i riktig format lagt inn samtidig, da teori/empiri ikke indikerte at prediktorene burde rangeres hierarkisk. Den samme metoden ble brukt for å undersøke hvilke variabler som kan predikere Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner.

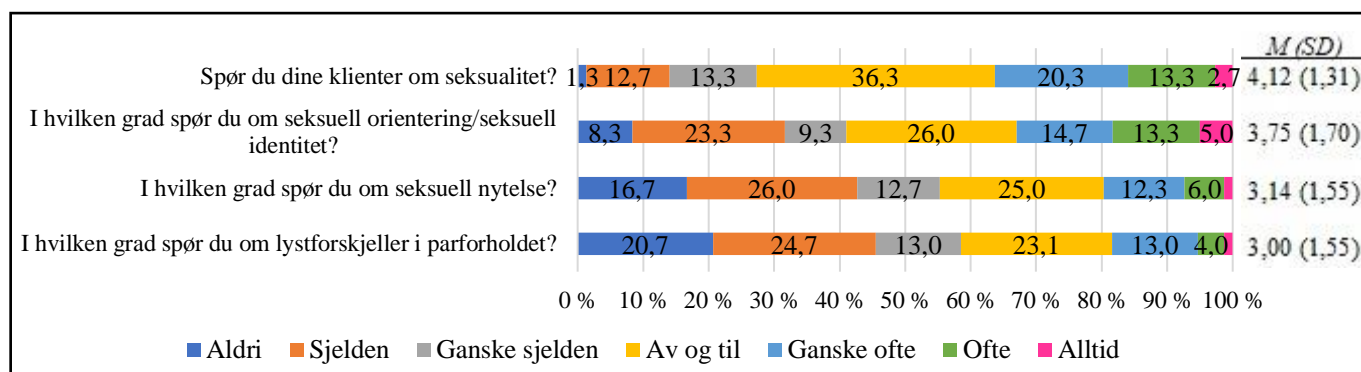
Effektstørrelser ble kalkulert og rapportert, Pearsons r for korrelasjon, Cohens d for t -test for uavhengige utvalg, omega squared (ω^2) for enveis ANOVA og partial eta squared (η_p^2) for ANOVA med planlagte kontraster. Pearsons r ble tolket som liten ($,1$), medium ($,3$) eller stor ($,5$) (Cohen, 1988). Cohens d ble tolket som liten ($,2$), medium ($,5$) eller stor ($,8$) (Cohen, 1988). Omega squared og partial eta squared ble tolket som liten ($,01$), medium ($,06$) eller stor ($,14$) (Kirk, 1996; Richardson, 2011). Cramers' V ble tolket som ingen sammenheng ($,0$ - $,1$), svak sammenheng ($,1$ - $,2$), moderat sammenheng ($,2$ - $,4$), relativt sterk sammenheng ($,4$ - $,6$), sterk sammenheng ($,6$ - $,8$) og veldig sterk sammenheng ($,8$ - $1,0$) (Rea & Parker, 1977).

Resultater

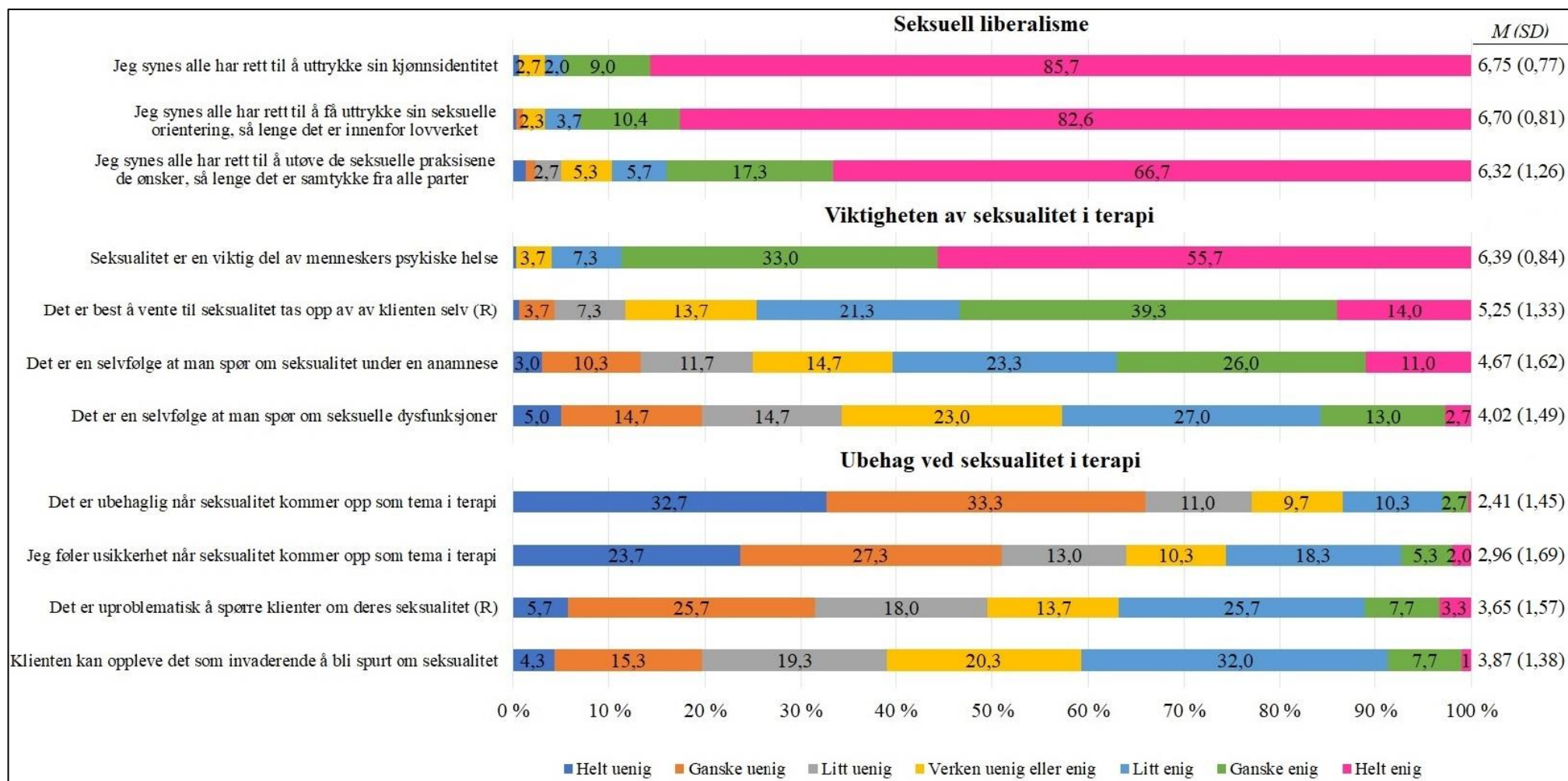
Deskriptive analyser

Den gjennomsnittlige skåren til psykologene viste at de ganske sjelden eller av og til spør om seksuelle tema i terapi ($M = 3,50$, $SD = 1,24$). 36,3% svarte at de spør sine klienter om seksualitet ganske ofte, ofte eller alltid. Seksuell orientering/seksuell identitet var det seksuelle temaet på skalaen Tematisering av seksualitet som oftest ble tatt opp. Se Figur 1 for skårene på hver variabel.

Resultatene viste at psykologene i utvalget i gjennomsnitt skåret veldig høyt på seksuell liberalisme ($M = 6,59$, $SD = 0,73$). De indikerte også at psykologene er ganske enige i at det er viktig å tematisere seksualitet i terapi ($M = 5,08$, $SD = 1,01$), og at de er noe uenige i at det er ubehagelig å tematisere seksuelle tema ($M = 3,22$, $SD = 1,13$). Skårene på variablene i holdningsskalaene er vist i Figur 2.

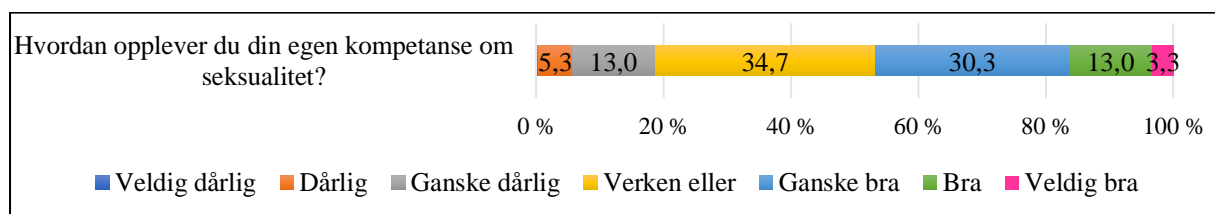


Figur 1. Skårer på variablene i skalaen Tematisering av seksualitet. $N = 299$ - 300 . Utsagnene er listet i rekkefølge av lavest til høyest grad av frekvens, på en skala fra (1) *aldri* til (7) *alltid*. M og SD for hver variabel er vist til høyre for hver stolpe. Prosentene for hver respons per variabel er oppgitt inni stolpene.

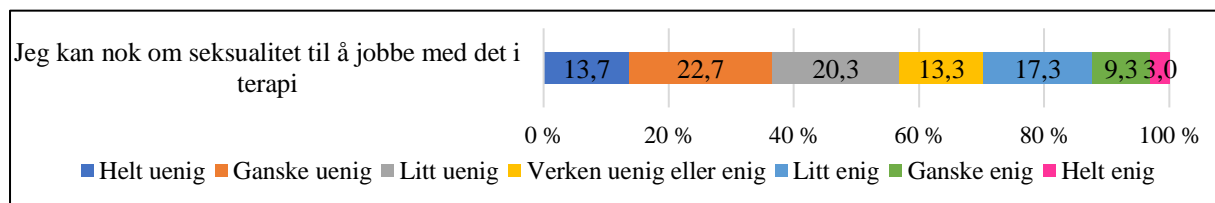


Figur 2. Psykologers holdninger til seksualitet. $N = 299-300$. Utsagnene på Viktigheten av seksualitet i terapi og Seksuell liberalisme er listet i rekkefølge av høyest til lavest grad av enighet med utsagnene, på en skala fra (1) *helt uenig* til (7) *helt enig*. Utsagnene for Ubehag ved seksualitet i terapi er listet i rekkefølge av lavest til høyest grad av enighet med utsagnene, på en skala fra (1) *helt uenig* til (7) *helt enig*. M og SD for hver variabel er vist til høyre for hver stolpe. Prosentene for hver respons per variabel er oppgitt inni stolpene. R = reversert.

71% av de spurte psykologene oppga at de ikke hadde tatt noen sexologisk kurs eller utdanning ($n = 213$), mens 29% oppga at de hadde gjort det ($n = 87$). Resultatene viste at psykologene i gjennomsnitt opplevde sin kompetanse som verken dårlig eller bra ($M = 4,42$, $SD = 1,15$). På spørsmål om hvorvidt psykologer følte at de kan nok om seksualitet til å jobbe med det i terapi, viser den gjennomsnittlige skåren at de er litt uenige i utsagnet ($M = 3,38$, $SD = 1,67$). Psykologene hadde i svært liten grad erfaring med behandling av seksuelle dysfunksjoner ($M = 1,81$, $SD = 0,86$) og deres opplevde kompetanse på det området var også ganske lav ($M = 2,93$, $SD = 1,38$). Psykologene sine skårer på Selvopplevd kompetanse og Jeg kan nok om seksualitet til å jobbe med det i terapi er vist i henholdsvis Figur 3 og Figur 4. Prosentandelen som har tatt noen form for sexologiske kurs eller utdanning i ulike grupper er vist i Tabell 1.



Figur 3. Psykologers opplevelse av egen sexologisk kompetanse. $N = 300$. Prosentene for hver respons per variabel er oppgitt inni stolpene.



Figur 4. Psykologers opplevelse av tilstrekkelighet av egen kompetanse. $N = 299$. Prosentene for hver respons per variabel er oppgitt inni stolpene.

Tabell 1

Prosentandelen psykologer som har tatt sexologiske kurs eller utdanning i ulike grupper

Gruppevariabler	Gruppe	<i>n</i>	% med formell sexologisk kompetanse	Kji-kvadrat
Seksuell orientering	Heteroseksuelle	256	27,0	$\chi^2(1,300) = 2,91$, $p = ,088$, $V = ,109$
	Seksuelle minoriteter	44	40,9	
Aldersgruppe	22-32 år	99	21,2	$\chi^2(3,299) = 15,28$, $p = ,002$, $V = ,226$
	33-42 år	119	24,4	
	43-52 år	48	43,8	
	53-72 år	33	48,5	
Klinisk erfaring	0-4 år	101	20,8	$\chi^2(3,297) = 11,14$, $p = ,011$, $V = ,194$
	5-9 år	72	23,6	
	10-19 år	84	35,7	
	20-43 år	40	45,0	

Tematisering av seksualitet

Vi ønsket å undersøke sammenhengen mellom psykologers holdninger til seksualitet og hvorvidt de tematiserer seksualitet i terapi. Preliminære analyser på Seksuell liberalisme viste at antagelsene om normalitet og homoskedastisitet var brutt. Forsøk på transformering lyktes ikke, da variansen til målet var så liten. Vi valgte derfor å gjennomføre en korrelasjonsanalyse med Spearmans rho. Resultatene fra analysen viste en ikke-signifikant korrelasjon mellom Seksuell liberalisme og Tematisering av seksualitet $r(297) = -,02$, $p = ,719$. Det ble funnet brudd på antagelsen om normalitet på Tematisering av seksualitet. Det ble derfor gjennomført Pearson korrelasjonsanalyser med bootstrapping på Viktigheten av seksualitet i terapi og Ubehag ved seksualitet i terapi. I den første korrelasjonsanalysen ble det funnet en signifikant korrelasjon mellom Tematisering av seksualitet og Viktigheten av seksualitet i terapi $r(298) = ,51$, $p < ,001$. Det ble også funnet en signifikant korrelasjon mellom Tematisering av seksualitet og Ubehag ved seksualitet i terapi $r(298) = -,44$, $p < ,001$.

Vi ønsket videre å undersøke hvilken effekt kompetansemål har på Tematisering av seksualitet i terapi. En Pearson korrelasjonsanalyse med bootstrapping viste en signifikant korrelasjon mellom Selvpoplevd kompetanse og Tematisering av seksualitet, $r(298) = ,50$, $p < ,001$. En t-test for uavhengige utvalg ble brukt for å undersøke om det var en forskjell i Tematisering av seksualitet mellom psykologene som har tatt sexologiske kurs og de som ikke har det. Preliminære analyser viste brudd på normalitet, men gruppenes store utvalgsstørrelser tilsa at gjennomføring av testen likevel var mulig (Pallant, 2013). Psykologer som har deltatt på sexologiske kurs rapporterer signifikant høyere skåre på Tematisering av seksualitet ($M =$

4,00, $SD = 1,32$), enn de som ikke har deltatt på noen sexologiske kurs ($M = 3,30$, $SD = 1,14$), $t(298) = 5,57$, $p < ,001$. Dette representerte en medium effektstørrelse, $d = ,61$.

Prediktorer for at psykologer tematiserer seksuelle tema i terapi

En standard multippel regresjonsanalyse ble kjørt med Tematisering av seksualitet som avhengig variabel. Preliminære korrelasjonsanalyser indikerte at Kjønn, Seksuell liberalisme og Undervisning om seksuelle tema ikke korrelerte signifikant med Tematisering av seksualitet (se Tabell 2). Disse ble derfor ikke inkludert i den multiple regresjonsanalysen. I tillegg ble variabelen Alder fjernet fra videre analyse for å forhindre multikollinearitet, da den hadde en høy korrelasjon med antall år klinisk erfaring, $r(296) = ,89$, $p < ,001$. Klinisk erfaring ble beholdt fremfor Alder, da denne hadde en høyere korrelasjon med den avhengige variabelen. Basert på Mahalanobis distanse ble fire uteliggere fjernet. Den endelige analysen inkluderte følgende prediktorer: Seksuell minoritet, Klinisk erfaring, Selvopplevd kompetanse, Formell sexologisk kompetanse, Viktigheten av seksualitet i terapi, Ubehag ved seksualitet i terapi, Komfortabel nok til å tematisere seksualitet, Behandling av seksuelle dysfunksjoner og Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner. Resultatene av den multiple regresjonsanalysen viste at prediktorene bidro signifikant til modellen, $F(9, 284) = 45,09$, $p < ,001$. Modellen forklarte 58,8% av den totale variansen i Tematisering av seksualitet. Behandling av seksuelle dysfunksjoner hadde det største unike bidraget ($\beta = ,37$, $t(283) = 6,30$, $p < ,001$), etterfulgt av Viktigheten av seksualitet i terapi ($\beta = ,29$, $t(283) = 6,81$, $p < ,001$). Også Selvopplevd kompetanse ($\beta = ,15$, $t(283) = 3,21$, $p = ,001$) hadde en signifikant påvirkning. Det samme gjelder Komfortabel nok til å tematisere seksualitet, ($\beta = ,15$, $t(283) = 2,92$, $p = ,004$), og Ubehag ved seksualitet i terapi ($\beta = -,11$, $t(283) = -2,31$, $p = ,022$). Verken Seksuell minoritet, Klinisk erfaring, Formell sexologisk kompetanse eller Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner var signifikante prediktorer for Tematisering av seksualitet. Se Tabell 3 for en oppsummering av resultatene.

Tabell 2

Pearsons korrelasjonsmatrise for Tematisering av seksualitet og uavhengige variabler (N = 298-300)

Variabler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Tematisering av seksualitet	1													
2. Kjønn	-,03	1												
3. Seksuell minoritet	,14*	,04	1											
4. Alder	-,30**	,01	-,01	1										
5. Klinisk erfaring	,30**	,03	-,13*	,89**	1									
6. Selvpoplevd kompetanse	,50**	,06	,18**	,25**	,30**	1								
7. Formell sexologisk kompetanse	,26**	,004	,11	,22**	,24**	,27**	1							
8. Viktigheten av seksualitet i terapi	,51**	-,10	-,18**	,05	,05	,20**	,11	1						
9. Ubehag ved seksualitet i terapi	-,44**	,01	-,06	-,19**	-,17**	-,42**	-,12*	-,28**	1					
10. Seksuell liberalisme	,06	-,09	,06	-,14*	-,12*	,05	-,08	,10	-,08	1				
11. Komfortabel nok til å tematisere seksualitet	,52**	,03	,18**	,08	,17*	,47**	,18**	,31**	-,51**	,12*	1			
12. Undervisning om seksuelle tema	,08	,16**	-,06	,01	,04	,14*	,09	-,13*	-,11	-,11	,16**	1		
13. Behandling av seksuelle dysfunksjoner	,62**	-,01	,07	,37**	,36*	,45**	,29**	,29**	-,29**	-,01	,42**	,06	1	
14. Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner	,44**	,06	,03	,25**	,30**	,43**	,20**	,13*	-,30**	-,05	,45**	,20**	,68*	1

* $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Tabell 3

Oppsummering av resultatene fra den multiple regresjonsanalysen for variabler som predikerer Tematisering av seksualitet (N=293)

Prediktorer	B	SE B	β	p
Seksuell minoritet	-0,003	0,14	-,001	,986
Klinisk erfaring	0,01	0,01	,08	,069
Selvopplevd kompetanse	0,17	0,05	,15	,001
Formell sexologisk kompetanse	0,09	0,11	,04	,390
Viktigheten av seksualitet i terapi	0,35	0,05	,29	,001
Ubehag ved seksualitet i terapi	-0,12	0,05	-,11	,022
Komfortabel nok til å tematisere seksualitet	0,15	0,05	,15	,004
Behandling av seksuelle dysfunksjoner	0,56	0,09	,37	,001
Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner	-0,05	0,05	-,06	,320

Notat. $R^2 = ,588$, $\Delta R^2 = ,575$.

Gruppeforskjeller i holdninger og kompetanse

Alder. En Kruskal-Wallis test viste at Seksuell liberalisme var signifikant påvirket av Aldersgruppe, $H(3) = 16,93$, $p = ,001$. Parvise sammenligninger er vist i tabell 4.

Tabell 4

Parvise sammenligninger med justerte p-verdier for Kruskal-Wallis test

Aldersgruppe	n	Mean Rank	Parvise sammenligninger						
			22 – 32 år		33 – 42 år		43 – 52 år		
			p	r	p	r	p	r	
22 – 32 år	99	175,0							
33 – 42 år	119	136,9	,001	,250					
43 – 52 år	48	135,5	,018	,245	1,000	,009			
53 – 72 år	33	138,2	,091	,211	1,000	,007	1,000	,017	

En enveis ANOVA som undersøkte om Viktigheten av seksualitet i terapi var påvirket av alder, viste at det ikke var en signifikant forskjell basert på hvilken aldersgruppe psykologene tilhørte, $F(3, 295) = 0,68$, $p = ,566$. Dette representerte en svært liten effektstørrelse, $\omega^2 = -,003$. For Ubehag ved seksualitet i terapi var det en signifikant forskjell basert på hvilken aldersgruppe psykologene tilhørte, $F(3, 295) = 5,92$, $p = ,001$. Dette

representerte en liten effektstørrelse, $\omega^2 = ,047$. Vi valgte å gjennomføre post-hoc analyser med Hochbergs GT2 på grunn av forskjellige utvalgsstørrelser i gruppene (se Tabell 5).

Tabell 5

Post-hoc sammenligninger av Ubehag ved seksualitet i terapi mellom ulike aldersgrupper

Aldersgruppe	n	M	SD	Hochbergs GT2 sammenligninger		
				22 – 32 år	33 – 42 år	43 – 52 år
22 – 32 år	99	3,43	1,12			
33 – 42 år	119	3,33	1,13	,984		
43 – 52 år	48	2,69	0,98	< ,001***	,004**	
53 – 72 år	33	2,98	1,13	,217	,476	,815

** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

En enveis ANOVA viste at Aldersgruppe hadde en signifikant effekt på Selvopplevd kompetanse, $F(3, 295) = 9,66$, $p < ,001$, $\omega^2 = ,080$. Planlagte kontraster viste at å tilhøre den eldste aldersgruppen (53-72 år) ($M = 5,06$, $SD = 1,03$) førte til en signifikant økning i Selvopplevd kompetanse, sammenlignet med å tilhøre den yngste aldersgruppen (22-32 år) ($M = 4,17$, $SD = 1,09$), $t(293) = 4,03$, $p < ,001$, $r = ,228$.

Klinisk erfaring. En Kruskal-Wallis test viste at Seksuell liberalisme ikke var signifikant påvirket av hvilken gruppe basert på antall år med klinisk erfaring som psykologen tilhørte, $H(3) = 5,11$, $p = ,164$. Resultatene fra en enveis ANOVA viste at det heller ikke var en signifikant forskjell i Viktigheten av seksualitet i terapi basert på klinisk erfaring, $F(3, 293) = 0,54$, $p = 0,66$. Dette representerte en svært liten effektstørrelse, $\omega^2 = ,005$. I tillegg viste resultatene fra den påfølgende enveis ANOVAen ingen signifikant forskjell i Ubehag ved seksualitet i terapi basert på klinisk erfaring, $F(3, 293) = 2,61$, $p = ,052$. Dette representerte en liten effektstørrelse, $\omega^2 = ,016$.

En enveis ANOVA viste at psykologers Klinisk erfaring-grupper hadde en signifikant effekt på Selvopplevd kompetanse, $F(3, 293) = 8,61$, $p < ,001$, $\omega^2 = ,071$. Planlagte kontraster viste at psykologene med minst klinisk erfaring (0-4 år) ($M = 4,10$, $SD = 1,06$) hadde en signifikant lavere Selvopplevd kompetanse, sammenlignet med psykologene med mest klinisk erfaring (>20 år) ($M = 5,13$, $SD = 1,02$), $t(293) = -4,94$, $p < ,001$, $r = ,277$.

Egen-identifisert seksuell orientering. En Mann-Whitney test viste at det var en signifikant forskjell i Seksuell liberalisme basert på om psykologene tilhørte en seksuell minoritet eller ikke. For både Viktigheten av seksualitet i terapi og Selvopplevd kompetanse indikerte resultatene fra t-tester for uavhengige utvalg også en signifikant forskjell mellom

psykologer som definerer seg som heteroseksuelle og psykologer som definerer seg som seksuelle minoriteter. En t-test for uavhengige utvalg viste at det ikke var en signifikant forskjell i Ubehag ved seksualitet i terapi. Resultatene fra testene er presentert i Tabell 6.

Tabell 6

Gruppeforskjeller mellom heteroseksuelle og seksuelle minoriteter i holdninger til seksualitet og Selvopplevd kompetanse

	Seksuell orientering						<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Heteroseksuell			Seksuell minoritet						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>				
Viktigheten av seksualitet i terapi	5,01	1,01	256	5,52	0,91	44	-3,11	298	,002	-,560
Ubehag ved seksualitet i terapi	3,25	1,12	256	3,06	1,15	44	1,02	298	,309	,165
Selvopplevd kompetanse	4,33	1,13	256	4,91	1,16	44	3,11	298	,002	-,500
	Mean Rank		<i>n</i>	Mean Rank		<i>n</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Seksuell liberalisme	145		255	177		44	6784	2,53	,011	,15

Prediktorer for kompetanse på seksuelle dysfunksjoner

En standard multippel regresjonsanalyse ble gjennomført med Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner som avhengig variabel. Preliminære korrelasjonsanalyser indikerte at Kjønn, Seksuell minoritet og Seksuell liberalisme ikke korrelerte signifikant med Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner (se Tabell 7). Disse ble derfor ikke inkludert i den multiple regresjonsanalysen. I tillegg ble variabelen Alder fjernet fra videre analyse for å forhindre multikollinearitet, da den hadde en høy korrelasjon med Klinisk erfaring, $r(296) = ,89, p < ,001$. Klinisk erfaring ble beholdt fremfor Alder, da den hadde en høyere korrelasjon med den avhengige variabelen. Den endelige analysen inkluderte følgende prediktorer: Klinisk erfaring, Selvopplevd kompetanse, Formell sexologisk kompetanse, Viktigheten av seksualitet i terapi, Ubehag ved seksualitet i terapi, Tematisering av seksualitet, Komfortabel nok til å tematisere seksualitet, Undervisning om seksuelle tema og Behandling av seksuelle dysfunksjoner. Syv uteliggere ble fjernet basert på standardiserte residualer og kritiske verdier for Mahalanobis distanse. Preliminære analyser indikerte at antakelsen for homoskedastisitet ikke var møtt, og analysen ble derfor kjørt med bootstrapping. Resultatene av den multiple regresjonsanalysen med bootstrapping viste at prediktorene bidro signifikant til modellen, $F(9, 281) = 45,9, p < ,001$. Modellen forklarte 59,5% av den totale variansen i Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner. Behandling av seksuelle dysfunksjoner hadde det største unike

bidraget ($\beta = ,67$, $t(280) = 13,13$, $p < ,001$), etterfulgt av Komfortabel nok til å tematisere seksualitet ($\beta = ,16$, $t(280) = 3,17$, $p = ,002$). Også Undervisning om seksuelle tema var en signifikant prediktor for Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner ($\beta = ,11$, $t(280) = 2,75$, $p = ,016$). Verken Klinisk erfaring, Selvpoplevd kompetanse, Formell sexologisk kompetanse, Viktigheten av seksualitet i terapi, Ubehag ved seksualitet i terapi eller Tematisering av seksualitet var signifikante prediktorer for Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner. Se Tabell 8 for en oppsummering av resultatene.

Tabell 7

Pearsons korrelasjonsmatrise for Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner og uavhengige variabler (N = 298-300)

Variabler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner	1													
2. Kjønn	,06	1												
3. Seksuell minoritet	,03	,04	1											
4. Alder	,25**	,01	-,11	1										
5. Klinisk erfaring	,30**	,03	-,13*	,89**	1									
6. Selvopplevd kompetanse	,43**	,06	,18**	,25**	,30**	1								
7. Formell sexologisk kompetanse	,20**	,004	,11	,22**	,24**	,27**	1							
8. Viktigheten av seksualitet i terapi	,13*	-,10	,18**	,05	,05	,20**	,11	1						
9. Ubehag ved å seksualitet i terapi	-,30**	,01	-,06	-,19**	-,17**	-,42**	-,12*	-,28**	1					
10. Seksuell liberalisme	-,05	-,09	,06	-,14*	-,12*	,05	,05	,10	-,08	1				
11. Tematisering av seksualitet	,44**	-,03	,14*	,30**	,30**	,50**	,26**	,51**	-,44**	,06	1			
12. Komfortabel nok til å tematisere seksualitet	,45**	,03	,18**	,08	,12*	,47**	,18**	,31**	-,51**	-,12*	,52**	1		
13. Undervisning om seksuelle tema	,20**	,16**	-,06	,01	,04	,14*	,09	-,13*	-,11	-,11	,08	,15**	1	
14. Behandling av seksuelle dysfunksjoner	,68**	-,01	,07	,37**	,36**	,45**	,29**	,29**	-,29**	-,01	,62**	,42**	,06	1

* $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Tabell 8

Oppsummering av resultater fra den multiple regresjonsanalysen for variabler som predikerer Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner (N = 290)

Prediktorer	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>
Klinisk erfaring	0,002	0,01	,01	,817
Selvopplevd kompetanse	0,079	0,05	,07	,156
Formell sexologisk kompetanse	-0,031	0,11	-,01	,770
Viktigheten av seksualitet i terapi	-0,073	0,06	-,06	,226
Ubehag ved seksualitet i terapi	-0,055	0,06	-,05	,333
Tematisering av seksualitet	-0,062	0,06	-,06	,299
Komfortabel nok til å tematisere seksualitet	0,168	0,05	,16	,002
Undervisning om seksuelle tema	0,116	0,05	,11	,016
Behandling av seksuelle dysfunksjoner	1,079	0,09	,67	,001

Notat. $R^2 = ,595$, $\Delta R^2 = ,582$. De rapporterte verdiene for *B*, *SE B* og *p* er basert på resultater fra bootstrapping med 1000 bootstrap utvalg.

Diskusjon

I denne studien undersøkte vi norske psykologers kompetanse om og holdninger til seksualitet i terapi, og hvor ofte de tar opp seksualitet. En god seksuell helse er viktig både for psykisk og fysisk helse (Anderson, 2013). Likevel ser vi at det har blitt gjort lite forskning på hvordan psykologer forholder seg til seksualitet. En kartlegging av psykologers kompetanse om og holdninger til temaet, og kunnskap om hvilke faktorer som predikerer hvorvidt de spør sine klienter om seksualitet, kan bidra til utforming av tiltak som kan gi klienter med seksuelle problemstillinger bedre hjelp i terapi.

Sammenhengen mellom holdninger til seksualitet og tematisering av seksualitet (HI og EFSI)

Resultatene viser at flesteparten av psykologene ganske sjelden eller av og til spør om seksuelle tema i terapi, noe som er i samsvar med tidligere forskning (Farber & Hall, 2002; Miller & Byers, 2009; Træen & Schaller, 2013). Det at seksualitet så sjeldent tas opp er problematisk siden klienter ønsker at seksualitet skal være et tema i terapi (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). I overensstemmelse med hypotese 1, så ser vi at hvorvidt seksualitet blir tematisert i terapi har klare sammenhenger med hvilke holdninger og

forestillinger psykologer har knyttet til dette. Funnet er også i samsvar med tidligere forskning (Fischer & Træen, 2016; Træen & Schaller, 2013). Jo viktigere og mindre ubehagelig psykologene mener temaet seksualitet er, desto oftere snakker de om det i terapi. Vi vet ikke hva som er årsak og virkning i denne sammenhengen, så det kan være slik at det å oftere snakke om seksualitet fører til mer positive holdninger til seksualitet i terapi. Våre eksplorerende funn (*EFSI*) viser at seksuell liberalisme ikke har en sammenheng med tematisering av seksuelle tema i terapi, men det er mulig at denne faktoren ville hatt en betydning dersom variansen for dette målet hadde vært større.

Sammenhengen mellom sexologisk kompetanse og tematisering av seksualitet (*H2*)

Videre viser resultatene at psykologer som har deltatt på sexologiske kurs eller utdanning i større grad snakker om seksuelle tema i terapi. Også deres selvopplevde kompetanse har en sterk sammenheng med tematisering av seksuelle tema i terapi, der høyere selvopplevd kompetanse fører til at de oftere tar opp seksualitet. Dette er som forventet ut fra hypotese 2, og er i samsvar med tidligere forskning (Miller & Byers, 2009; Træen & Schaller, 2013).

Prediktorer for tematisering av seksualitet (*EFS2*)

De eksplorerende analysene viste at det å ha behandlet seksuelle dysfunksjoner er den største prediktoren for at psykologer tematiserer seksuelle tema i terapi. Det at dette er den største sammenhengen vi finner skyldes antageligvis at det å ta opp seksuelle tema fører til at man får kjennskap om seksuelle dysfunksjoner som pasienter trenger behandling for. Hovedsakelig antar vi derfor at det at man oftere tar opp seksualitet vil føre til at man i større grad behandler seksuelle dysfunksjoner, enn omvendt. Samtidig kan det være slik at pasienter kommer med spesifikke ønsker om å få behandling for seksuelle dysfunksjoner, og at psykologene på grunn av dette tematiserer seksualitet. I tillegg kan det at psykologene har behandlet seksuelle dysfunksjoner gjøre dem bevisst på at mange pasienter har behov for hjelp med seksuelle problemstillinger, og dermed føre til at de oftere spør sine pasienter om seksualitet. Med andre ord, kan det være slik at jo flere klienter psykologene behandler for seksuelle dysfunksjoner, desto flere tar de det opp med senere.

Også psykologers holdninger knyttet til viktigheten av seksualitet i terapi, om man er komfortabel nok til å tematisere temaet, selvopplevd kompetanse og ubehag ved seksualitet i terapi er signifikante prediktorer for tematisering av seksualitet i terapi. Selv om vi ser at alle disse har en sammenheng med hvorvidt psykologene tematiserer seksualitet, er det umulig å

postulere noen klar årsakssammenheng. Antageligvis vil hver av disse prediktorene føre til at man oftere spør sine klienter om seksualitet, samtidig som at det å spørre om seksualitet også vil føre til at psykologene blir mer komfortable, får høyere selvopplevd sexologisk kompetanse, opplever mindre ubehag og anser seksualitet som viktigere. Med andre ord antas prediktorene og den avhengige variabelen å ha en resiprok forsterkende effekt.

Det at både ubehag og om psykologene er komfortable nok til å tematisere seksualitet bidrar med unik varians virker noe rart siden fenomenene ubehag og komfortabel konseptuelt sett er ganske like, der det å være komfortabel med noe gjerne innebærer et fravær av ubehag. Funnet kan muligens ha en sammenheng med hvordan spørsmålene i spørreskjemaet er formulert. Spørsmålene som omhandler «komfortabel», ber psykologen oppgi om han/hun er komfortabel *nok* til å ta opp seksuelle tema blant *spesifikke* grupper for kjønn, alder og seksuell orientering. Spørsmålene for ubehag ber derimot psykologene å angi i hvilken grad hvert utsagn stemmer med sine egne erfaringer. Ubegag ser mer direkte på grader av generell ubehag, mens spørsmålene som omhandler «komfortabel» kun ser på grader opp mot komfortabel nok og ser på grupper. Dette kan derfor bety at psykologer som føler seg komfortable nok til å ta opp seksualitet, ikke nødvendigvis tar opp seksualitet uten ubehag.

Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner er ikke en signifikant prediktor. Dette skyldes sannsynligvis at den deler mye varians med behandling av seksuelle dysfunksjoner, og at å ta opp seksualitet i større grad fører til mer behandling av seksuelle dysfunksjoner, enn det fører til økt kompetanse på dette. Heller ikke klinisk erfaring er en signifikant prediktor, og med andre ord vil ikke mer klinisk erfaring ha en betydning for hvorvidt man tematiserer seksualitet når vi ser faktoren opp mot de andre prediktorene i modellen.

Selv om vi i utgangspunktet, basert på funnene til Træen og Schaller (2013), hadde forventet at psykologene sjelden tar opp seksualitet i terapi, så var funnet litt overraskende siden de fleste psykologene i vår studie er enige i at seksualitet er et viktig tema både i og utenfor terapi. Denne forventningen var også basert på at vi i våre analyser for *HI* fant en klar sammenheng mellom holdninger til og forestillinger om seksualitet i terapi og hvorvidt psykologene tematiserer seksualitet i terapi. Likevel må det understrekes at vi ikke kan si noe om kausalitet, og sett i lys av regresjonsanalysen er ikke funnet lenger overraskende. Her fant vi at selv om viktigheten av seksualitet i terapi er den nest største prediktoren, og også ubehag spiller en betydelig rolle, så forklarer andre prediktorer samlet mer av variansen til tematisering av seksualitet. Selv om vi ikke vet noe om kausal retning, så kan det at psykologene i vårt utvalg har veldig lav skåre på prediktoren behandling av seksuelle dysfunksjoner og ganske lav skåre på selvopplevd kompetanse, være med på å forklare

hvorfor de ikke i større grad tar opp seksuelle tema. I tillegg kan det at andre ting blir prioritert fremfor seksuelle tema og sett på som mer viktig være en annen grunn til at psykologene sjeldent tar opp seksualitet.

Holdninger til seksualitet

I overensstemmelse med tidligere funn så synes også psykologene i denne studien at seksualitet er et viktig tema, og 96% er enig i at seksualitet er en viktig del av menneskers psykiske helse (Haboubi & Lincoln, 2003; Træen & Schaller, 2013). Det har tidligere blitt foreslått at seksualitet er et ubehagelig og tabuisert tema som psykologer ikke er komfortable med å snakke om (Almås, 2017; Haboubi og Lincoln, 2003). Dette er dog ikke tilfelle for psykologene i denne studien, hvor kun rundt 1 av 10 er enige i at det er ubehagelig når seksualitet kommer opp som tema i terapi. Funnet om at psykologene i studien har en høy skåre på seksuell liberalisme er noe overraskende siden mesteparten av tidligere forskning har indikert at mange psykologer har negative holdninger til klienter som tilhører en seksuell minoritet, inkludert transpersoner (Angeltvedt, 2007; Benson, 2013; Cree & O'Corra, 2006; Sperber et al., 2005). Det er i denne sammenhengen viktig å nevne at de fleste av disse funnene er internasjonale, og derfor ikke nødvendigvis gir et representativt bilde av norske psykologer sin seksuelle liberalisme. Samtidig kan man anta at de ekstreme verdiene på seksuell liberalisme har en sammenheng med at det er de psykologene som er mest seksuelt liberale som velger å delta på et forskningsprosjekt med seksualitet som tema, og i tillegg er mest sannsynlig også sosial ønskerverdighet en faktor.

Gruppeforskjeller i holdninger til seksualitet (EFS3). Vi fant flere gruppeforskjeller i psykologers holdninger til og forestillinger om seksualitet. Funnet om at de yngste psykologene er mest liberale kan komme av at seksualitet har fått mer fokus de senere årene, og at holdninger til seksualitet er blitt mer inkluderende og aksepterende (Bufdir, 2017). Vi ser at det å vokse opp i en generasjon som er mer inkluderende ikke fører til mindre ubehag ved seksuelle tema, noe som heller ser ut til å være mer avhengig av modenhet og livserfaring. Psykologer i alderen 43-52 år opplever nemlig mindre ubehag ved seksualitet i terapi enn det yngre psykologer gjør. Det at det ikke er forskjell mellom aldersgruppene i psykologers holdninger til viktigheten av seksuelle tema i terapi viser hvor sentral psykologene mener seksualitet er i menneskers liv gjennom hele livsløpet. Vi fant at psykologene med mest klinisk erfaring ikke har forskjellige holdninger til seksualitet, verken på ubehag ved seksualitet i terapi eller viktigheten av seksualitet i terapi, sammenlignet med de med minst klinisk erfaring. Dette viser at psykologene anser seksualitet som en viktig del

av pasientenes psykiske helse gjennom hele sin karriere, og at mer erfaring ikke fører til at de er tryggere på å ta opp seksuelle tema i terapi. Det er noe overraskende at det er en forskjell i ubehag ved seksualitet i terapi mellom ulike aldersgrupper, men ikke for grupper basert på klinisk erfaring, spesielt siden disse to faktorene er så høyt korrelert med hverandre. Det at klinisk erfaring ikke fører til mindre ubehag kan skyldes det at klinisk erfaring ikke tilsier erfaring med seksualitet i terapi. Som nevnt tidligere er det nærliggende å anta at klinisk erfaring med seksualitet heller vil være forbundet med lavere ubehag enn generell klinisk erfaring. Resultatene viser at psykologer som definerer seg som seksuelle minoriteter er litt mer seksuelt liberale og i større grad enige i at seksualitet er viktig i terapi, enn heterofile. Det er naturlig at det er en høyere grad av seksuell liberalisme hos psykologer som identifiserer seg som seksuelle minoriteter, da en høy skåre innebærer aksept og inkludering av seksuelle minoriteter for seksuell orientering og kjønn. I tillegg kan deres personlige historie ha bidratt til at de i større grad ser viktigheten ved at seksualitet blir tematisert i terapi. Selv om seksuelle minoriteter er mer seksuelt liberale og mener seksualitet er mer viktig, så opplever de like mye ubehag ved seksualitet i terapi som heterofile.

Sexologisk kompetanse

Det at veldig få psykologer har deltatt på sexologiske kurs eller utdanning (29%), og at hele 56,7% mener de ikke kan nok om seksualitet i terapi, var forventet basert på funnene til Træen og Schaller (2013). Dette gjelder også funnet om at over halvparten av psykologene opplever sin egen kompetanse om seksualitet som gjennomsnittlig eller dårligere. Funnene er også i samsvar med andre undersøkelser som har vist at norsk helsepersonell, inkludert psykologer, har for lite kunnskap om seksuelle tema (Askeland et al., 2017; Helsedirektoratet, 2015; Solberg, 2017; van der Ros, 2013). Den lave kompetansen kan medføre at klienter med seksuelle problemstillinger ikke får den veiledningen og hjelpen de ønsker. Samtidig er det viktig at en opplevd lav kompetanse ikke avskrekker psykologer fra å tematisere seksualitet i terapi, spesielt siden klienter selv ønsker at psykologene skal ta opp seksualitet og det kan ha store konsekvenser for deres helse å ikke få hjelp med seksuelle problemer (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016; Helsedirektoratet, 2018). Det er da bedre at psykologen i samråd med klienten kommer frem til en løsning, som eventuelt kan involvere henvisning til noen med høyere kompetanse.

Gruppeforskjeller i sexologisk kompetanse (H3 og EFS4). Som forventet så blir alder og klinisk erfaring vist å ha en betydning for sexologisk kompetanse, ved at de eldste psykologene og de psykologene med mest klinisk erfaring har noe høyere selvopplevd

kompetanse og i større grad har deltatt på sexologiske kurs enn de yngste psykologene og de psykologene med minst klinisk erfaring. Dette er i samsvar med hypotese 3 og forskningen til Træen og Schaller (2013).

Vi fant at psykologer som identifiserer seg som en seksuell minoritet har en høyere selvopplevd kompetanse om seksualitet enn heterofile, og også i større grad har deltatt på sexologiske kurs (40,9% av seksuelle minoriteter versus 27,0% av heterofile). Likevel var sammenhengen mellom seksuell orientering og deltakelse på kurs ikke stor nok til at den var signifikant. Det er vanskelig å tolke disse funnene, spesielt siden det ikke er blitt gjort noe forskning på faktoren i denne sammenhengen tidligere. Sett sammen med resultatene om holdninger, så har seksuelle minoriteter både mer positive holdninger og høyere kompetanse på seksualitet. Det at seksuelle minoriteter har en høyere kompetanse kan således være koblet til det at de synes seksualitet er et viktig tema og derfor har tilegnet seg mer kunnskap, samtidig kan vi ikke slå fast årsak og virkning.

Kompetanse på seksuelle dysfunksjoner (EFS5). Vi finner at erfaring med behandling av seksuelle dysfunksjoner er den klart viktigste prediktoren for psykologers kompetanse på seksuelle dysfunksjoner. Dette er ikke så overraskende, på de fleste områder kan man gå ut fra at mer erfaring bidrar til mer kunnskap. Samtidig er det nærliggende å anta at mer kompetanse om seksuelle dysfunksjoner igjen vil føre til at man i større grad behandler seksuelle dysfunksjoner. Vi finner videre at hvorvidt psykologene er komfortable nok til å tematisere seksualitet også er en signifikant prediktor for kompetanse på seksuelle dysfunksjoner. Hvor ofte man tematiserer seksuelle tema er derimot ikke det. Det at mer erfaring med å tematisere seksualitet ikke er en signifikant prediktor kan skyldes at den har en høy kovarians med behandling av seksuelle dysfunksjoner og om man er komfortabel nok med seksualitet i terapi, og at denne faktoren sitt bidrag blir bedre forklart av disse variablene. Dette er støttet av at tematisering av seksualitet har en sterk korrelasjon med de to variablene. Mer overraskende er det at hvor fornøyd man er med undervisningen om seksuelle tema på studiet er den tredje og siste signifikante prediktoren. Vi hadde heller forventet at de mer generelle kompetansemålene selvopplevd kompetanse og formell sexologisk kompetanse var signifikante prediktorer, men ingen av disse og heller ikke våre holdningsmål predikerer kompetanse på dysfunksjoner. Årsaken til dette funnet kan være at hvor fornøyd man er med undervisningen deler svært lite varians med behandling av seksuelle dysfunksjoner, og derfor får et unikt bidrag, mens variansen i holdnings- og kompetansemålene blir bedre forklart av variabelen behandling av seksuelle dysfunksjoner. I tillegg går et av leddene på Undervisning om seksuelle tema-skalaen på om psykologene mener det ble undervist tilstrekkelig om

seksuelle problemer på studiet. Oppsummert så fant vi at det som predikerer at psykologer opplever å ha kompetanse om seksuelle dysfunksjoner er erfaring med behandling av seksuelle dysfunksjoner, hvorvidt psykologene er komfortable nok til å ta opp seksualitet i terapi og hvor fornøyde de er med undervisningen om seksuelle tema på studiet.

Implikasjoner for klinisk praksis

Studien har i likhet med studien til Træen og Schaller (2013) funnet at norske psykologer i for liten grad tar opp seksuelle tema i terapi og at deres kompetanse er noe lav. Kompetansehevende tiltak er derfor nødvendig for å sikre at klientene får riktig behandling. Selv om vi finner at norske psykologer har ganske positive holdninger, så kan det fremdeles være nyttig å jobbe for at disse blir enda bedre. Spesielt siden man kan anta at det er de med mest positive holdninger til seksualitet som har valgt å delta i vår studie. Mer positive holdninger hos psykologer er vist å være knyttet til en bedre allianse og at klientene er mer fornøyde med behandlingen (Israel et al., 2008; King et al., 2007). Sammen med de direkte effektene på kvaliteten av behandlingen og den terapeutiske alliansen, indikerer våre funn at kompetansehevende tiltak og holdningsarbeid også kan føre til at psykologene oftere tar opp seksualitet.

Våre funn peker på at det er nødvendig at seksualitet i større grad innarbeides som en del av undervisningsopplegget i de norske profesjonsutdanningene. Dette kan bidra til at psykologstudentene både får en høyere kompetanse og en bedre forståelse av hvorfor seksualitet er et viktig tema i terapi. Det at vi finner at de eldre psykologene opplever mindre ubehag enn yngre, kan indikere at det å ha et trygt forhold til egen seksualitet og å ha snakket om ubehagelige tema før, kan gjøre en bedre rustet til å håndtere seksuelle tema. Øvelse på å snakke om seksuelle tema kan derfor gjøre studentene mer forberedt på å ta opp seksuelle tema når de er ferdigutdannet og på å håndtere eventuelt ubehag og utfordringer knyttet til dette. Siden behandling av seksuelle dysfunksjoner er den største prediktoren for hvorvidt man tematiserer seksualitet, og også for kompetanse på seksuelle dysfunksjoner, kan øvelser med kasus om pasienter med seksuelle dysfunksjoner innarbeides i psykologutdanningene og i workshops for ferdigutdannede. I tillegg kan det å få inn seksualitet som en del av fellesprogrammet for spesialistutdanningene bidra til bedre kompetanse om seksualitet, og samtidig bidra til mer positive holdninger til seksualitet i terapi gjennom å understreke viktigheten av at klienter får hjelp og veiledning rundt seksuelle tema.

Det er også behov for kompetanseheving og holdningsarbeid i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan foregå gjennom obligatoriske fagdager, workshops og kurs

med fokus på seksualitet og hvordan man kan snakke om det i terapi. Disse bør inkludere kunnskap om både positive og negative seksuelle tema, og ha fokus på seksualitet hos sårbare grupper. Rollespill kan benyttes for å få et utvidet repertoar for samtale om seksualitet slik at slike samtaler blir lettere og man blir mer komfortabel med dette senere (Reissing & Giulio, 2010). I tillegg kan forslagene til tiltak som nevnes i Strategi for seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) være et godt utgangspunkt for å få psykologer til å oftere snakke om seksualitet. Tiltakene omfatter å inkludere seksualitet i behandlingsplaner og utvikle egne sjekklistor for seksuelle tema, samt å opprette fagnettverk for seksuell helse som man kan henvende seg til for råd og hjelp i kompliserte saker. En systematisering av seksuelle tema, slik som å innarbeide det i anamnesemal, kan være et viktig steg for å få psykologer til å i større grad tematisere det.

Disse tiltakene håper vi kan bidra til at psykologene får fylt opp verktøykassen sin slik at de får mer kompetanse og mer positive holdninger om seksualitet, og oftere snakker om temaet. Bare det å tørre å spørre, og som et resultat av dette tilegne seg erfaring, er kanskje det første steget mot økt kunnskap.

Begrensninger og implikasjoner for fremtidig forskning

Studien har bidratt til mer kunnskap på et område som er lite utforsket. I tillegg til å replikere eksisterende forskningsfunn har studien også undersøkt en rekke faktorer som ikke tidligere har blitt forsket på. Blant annet har det ikke tidligere blitt studert hva som kan predikere hvorvidt psykologer spør om seksualitet, og heller ikke hva som predikerer at de opplever å ha kompetanse om seksuelle dysfunksjoner. Til tross for disse styrkene har studien noen begrensninger det er viktig å trekke frem.

Vi har brukt selvrapporteringsmål for å undersøke psykologers kompetanse om og holdninger til seksualitet i terapi. Dette kan medføre at svarene i en viss grad preges av sosial ønskerdighet. Flere av skalaene i spørreskjemaet har blitt utformet til denne studien, og har ikke blitt testet i tidligere studier. Noen formuleringer kunne vært tydeligere og graderingene på enkelte Likert-skalaer kunne hatt en mer logisk og presis inndeling. Eksempelvis kan spørsmålet «Jeg føler meg komfortabel nok til å ta opp seksuelle temaer blant de følgende gruppene:» gi mer informasjon og bli mer tydelig dersom det endres til «I hvilken grad føler du deg komfortabel med å ta opp seksuelle tema blant de følgende gruppene:».

Responsraten for studien var noe lav, med 23,2% (300 av 1294 respondenter fullførte). Det er vanskelig å avgjøre hva som er grunnen til den lave responsraten, men man kan anta at den blant annet skyldes at noen av psykologene synes spørsmålene har vært for personlige, at

de ikke opplevde studien som relevant, eller at flere av de som har vært inne på studien ikke har vært psykologer. Det endelige utvalget besto av 300 psykologer. Det er usikkert i hvor stor grad dette utvalget gjenspeiler hele den norske psykologpopulasjonen, og dermed hvorvidt resultatene kan generaliseres til psykologer i Norge. Det kan tenkes at de som valgte å besvare spørreskjemaet har en større interesse for seksuelle tema enn de som valgte ikke å besvare det. Dette kan ha bidratt til at vi har fått et mer positivt bilde av psykologers holdninger og kompetanse enn det som er virkeligheten og kan ha resultert i lavere varians i de ulike målene. Dette kan tenkes å forklare den lave variansen i holdningsskalaen som måler seksuell liberalisme. Det er mulig at denne faktoren er av større betydning enn det som har kommet frem i våre undersøkelser. Ytterligere forskning vil være nødvendig for å undersøke om funnene blir bekreftet i et mer representativt utvalg, eller om de endres noe i negativ retning. Selv om det er usikkert om resultatene kan generaliseres til alle norske psykologer, så gir den indikasjon på hvilke faktorer som er mest sentrale for seksualitet i terapi.

I fremtidig forskning kan det være nyttig å undersøke mer spesifikke undermål for selvopplevd kompetanse, og ikke kun generell, slik som i vår undersøkelse. Det kan også være interessant å se hvorvidt privat versus kommunal sektor eller teoretisk orientering har en innvirkning på faktorene undersøkt i vår studie. Selv om våre funn predikerer 58,8% av variansen i tematisering av seksualitet i terapi i, så burde fremtidig forskning forsøke å avdekke ytterligere faktorer som kan bidra til å predikere hvorvidt norske psykologer tar opp seksualitet i terapi.

Konklusjon

Norske psykologer har lav kompetanse om seksuelle tema, men deres holdninger til seksualitet er positive. Psykologene rapporterer også lav kompetanse om seksuelle dysfunksjoner, og i liten grad erfaring med å behandle slike dysfunksjoner. Eldre psykologer og psykologer med mye klinisk erfaring har høyest selvopplevd kompetanse, og seksuelle minoriteter har høyere kompetanse og ser på seksualitet som viktigere tema enn det heteroseksuelle gjør. Hvorvidt seksualitet blir tematisert i terapi har klare sammenhenger med hvilke holdninger og kompetanse psykologer har om temaet. På tross av at norske psykologer har positive holdninger til seksualitet, ser vi at de sjelden spør om seksualitet i terapi. Våre funn indikerer at dette henger sammen med at psykologene har liten erfaring med behandling av seksuelle dysfunksjoner og at deres selvopplevde kompetanse om seksuelle tema er lav. Samlet sett kan dette føre til at klienter ikke får tilbud om den hjelpen de ønsker, og at den hjelpen de får ikke er god nok. Holdningsarbeid og kompetanseheving trengs derfor for å

bedre ivareta klienters ønsker og behov for å snakke om seksualitet. Seksualitet bør i større grad innlemmes i psykologutdanning, slik at ferdigutdannede psykologer er bedre rustet til å håndtere seksuelle tema i terapi. Fagdager, workshops og kurs om seksualitet kan bidra til økt kompetanse og mer positive holdninger hos kliniske psykologer. Forhåpentligvis kan dette føre til at psykologer oftere tar opp seksualitet i terapi og at de gjør det på en god og kompetent måte.

Referanser

- Almås, E. (2017). Tabu – seksualitet. Hentet 01. mars 2019 fra https://sml.snl.no/tabu_-_seksualitet
- Almås, E., & Benestad E., E., P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ananth, H., Jones, L., King, M., & Tookman, A. (2003). The impact of cancer on sexual function: a controlled study. *Palliative Medicine* 17, 202-205.
doi:10.1191/0269216303pm759oa
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt*, 56(2), 208-214. doi:10.1007/s00103-012-1607-z
- Anderssen, N., Malterud, K., & Slåtten, H. (2013). Levekår for lesbiske, homofile og bifile i Norge - Nasjonal spørreundersøkelse. I N. Anderssen og K. Malterud (Red.). *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse/Uni Research AS.
- Angeltvedt, R. M. (2007). Ignorering av seksuell orientering i helsevesenets møte med selvmordsnære pasienter. *Suicidologi*, 12(1), 14-17.
- Askeland, I. R., Jensen M., & Moen, L. H. (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd - kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia - forslag til landsdekkende struktur*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Trygghet, mangfold, åpenhet - Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/6e1a2af163274201978270d48bf4dfbe/lhbti_handlingsplan_uu_2017.pdf
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2017). *Holdninger til lhbtqi-personer*. Hentet 25 oktober fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Holdninger/
- Benestad, E. E. P., & Pristed, R. (2015). Kjønn i bevegelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(6), 515-519.
- Benson, E. K. (2013). Seeking Support: Transgender Client Experiences with Mental Health Services. *Journal of Feminist Family Therapy*, 25(1), 17-40.
doi:10.1080/08952833.2013.755081
- Bowers, A. M. V., & Bieschke, K. J. (2005). Psychologists' Clinical Evaluations and Attitudes: An Examination of the Influence of Gender and Sexual Orientation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(1), 97-103.

- doi:10.1037/0735-7028.36.1.97
- Brady, S. S., & Halpern-Felsher, B. L. (2007). Adolescents' Reported Consequences of Having Oral Sex Versus Vaginal Sex. *Pediatrics*, *119*(2), 229-236.
doi:10.1542/peds.2006-1727
- Christensen, B. S., Grønæk, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(1), 121-32.
doi:10.1007/s10508-010-9599-y
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utgave). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Cree, W., & O'Corra, S. (2006). *Core Training Standards for Sexual Orientation: Making National Health Services Inclusive for LGB People*. Hentet fra https://www.academia.edu/520441/Core_training_standards_for_sexual_orientation?fbclid=IwAR284ycJHwe-QcUTr-HStnnIhYYmY07v1ERqoXOc5pHskntWEmiIL27YRuo
- Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in Marriage, Dating and Other Relationships: A Decade Review. *Journal of Marriage and the Family*, *62*(4), 999-1017. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00999.x
- Cutler, A. J. (2003). Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. *Psychoneuroendocrinology*, *28*(1), 69-82. doi:10.1016/S0306-4530(02)00113-0
- Darj, F., & Nathorst-Böös, H. (2008). «Är du kille eller tjej?»: en intervjustudie om unga transpersoners livsvillkor. Stockholm: RFSU Ungdom.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Carlini, M., Rucci, P., Torri, P., Cesari, D., ...Maggi, M. (2009). Sexual Dysfunctions and Suicidality In Patients with Bipolar Disorder and Unipolar Depression. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(11), 3063-3070.
doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01455.x
- Farber, B. A., & Hall, D. (2002). Disclosure to therapists: What is and is not discussed in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(4), 359-370.
doi: 10.1002/jclp.1148
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. & Beautrais, A. L. (2015). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychological Medicine*, *35*(7), 971–981. doi:10.1017/S0033291704004222
- Ferrario, C. M. & Levy, P. (2008). Sexual Dysfunction in Patients With Hypertension: Implications for Therapy. *The Journal of Clinical Hypertension*, *4*(6), 424-432.

- doi:10.1111/j.1524-6175.2002.00862.x
- Fischer, N., & Træen, B. (2016). Medisinstudenters intensjon om å tematisere seksualitet i behandlingsrommet. *Scandinavian Psychologist*, 3, e14.
doi:10.15714/scandpsychol.3.e14
- Ganong, K., & Larson, E. (2011). Intimacy and Belonging: The Association between Sexual Activity and Depression among Older Adults. *Society and Mental Health*, 1(3), 153-172. doi:10.1177/2156869311431612
- Graugaard, C., Pedersen, B. K., & Frisch, M. (2015). *SEKSUALITET OG SUNDHED* (2. utgave). København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), 291-296.
doi:10.1080/0963828021000031188
- Hawkins, K., Cornwall, A., & Lewin, T. (2011). *Sexuality an Empowerment: An Intimate Connection*. Brighton: Pathways of Women's Empowerment RPC.
- Heiman, J. R. (2002). Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *Journal of Sex Research*, 39(1), 73-78. doi:10.1080/00224490209552124
- Helsedirektoratet. (2015). *Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn*. Oslo: Forfatter
- Helsedirektoratet. (2018). Kapittel 13. 1 Kunnskapsgrunnlag. I *Lokale folkehelseiltak veiviser for kommunen*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- 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.
doi:10.1080/10503300701506920
- Kelsey, K., Stiles, B. L., Spiller, L., & Diekhoff, G. M. (2013). Assessment of therapists' attitudes towards BDSM. *Psychology & Sexuality* 4(3), 255-267.
doi:10.1080/19419899.2012.655255
- Kennedy, S. H., Dickens, S. E., Eisfeld, B. S., & Bagby, R. M. (1999). Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal Of Affective Disorders*, 56(2-3), 201-208. doi:10.1016/S0165-0327(99)00050-6

- King, M., Semlyen, J., Killaspy, H., Nazareth, I., & Osborn, D. (2007). *A systematic review of research on counselling and psychotherapy for lesbian, gay, bisexual & transgender people*. Leicestershire: British Association for Counselling and Psychotherapy.
- Kirk, R. E. (1996). Practical Significance: A Concept Whose Time Has Come. *Educational and Psychological Measurement*, 56(5), 746–759. doi: 10.1177/0013164496056005002
- Landmark, B. F., Almås, E., Brurberg, K. G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., ... Reinart, L. M. (2012). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer* (Rapportnr. 2). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Langfeldt, T. (2013). *Seksualitetens gleder og sorger - Identiteter og uttrykksformer*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E. & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research* 17, 39-57. doi:10.1038/sj.ijir.3901250
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/Risk Factors of Dexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 35–39. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x
- Likestillings- og diskrimineringsombudet. (n.d.). *Gir du alle brukere tjenestene de har krav på?* Hentet 03. mars 2019 fra <http://www.ldo.no/forebygg/offentlige-tjenester/som-tjenesteyter/>
- Lorenz, T., Rullo, J., & Faubion, S. (2016). Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(9), 1280-1286. doi:10.1016/j.mayocp.2016.04.033
- Lyons, H. Z., Bieschke, K. J., Dendy, A. K., Worthington, R. L., & Georgmiller, R. (2010). Psychologist's Competence To Treat Lesbian, Gay and Bisexual Clients: State of the Field and Strategies for Improvement. *Professional psychology: Research and practice*, 41(5), 424-434. doi:10.1037/a0021121
- Mark K. P., & Murray S. H. (2012). Gender Differences in Desire Discrepancy as a Predictor of Sexual and Relationship Satisfaction in a College Sample of Heterosexual Romantic Relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 198-215. doi:10.1080/0092623X.2011.606877

- Miller, S. A., & Byers, E. S. (2009). Psychologists' Continuing Education and Training in Sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(3), 206-219.
doi:10.1080/00926230802716336
- Moseng, B. U. (2005). *Skeive dager 2003 - en rusundersøkelse* (NOVA rapport 2005:3). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Murphy, J. A., Rawlings, E. I., & Howe, S. R. (2002). A Survey of Clinical Psychologists on Treating Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 183-189. doi:10.1037/0735-7028.33.2.183
- Måwe, I. (2012). HBTQ-pasienter kränks bakom stängda dörrar. *Genus* 1, 10-11.
- Norsk forening for klinisk sexologi. (n.d.). Hvordan bli sexolog? Hentet 12. februar 2019 fra
<https://www.klinisksexologi.no/cms/ShowContentPage.aspx?ContentPageID=122>
- Norton, A. T., & Herek, G. M. (2013). Heterosexuals' Attitudes Toward Transgender People: Findings from a National Probability Sample of U.S. Adults. *Sex Roles* 68(11-12), 738-753. doi:10.1007/s11199-011-0110-6
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual – A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5. utgave). New York: McGraw-Hill.
- Pew Research Center. (2013). *The Global Divide on Homosexuality*. Hentet 25. oktober 2019 fra <http://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/2/2014/05/Pew-Global-Attitudes-Homosexuality-Report-REVISED-MAY-27-2014.pdf>
- Phillips, R. L. JR., & Slaughter, J. R. (2000). Depression and Sexual Desire. *American Family Physician*, 62(4), 782-786.
- Quinn-Nilas, C., Milhausen, R. R., McKay, A., & Holzapfel, S. (2018). Prevalence and Predictors of Sexual Problems Among Midlife Canadian Adults: Results from a National Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 873-879.
doi:10.1016/j.jsxm.2018.03.086
- Rea, L. M., & Parker, R. A. (1997). *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide* (4. utgave). San Francisco: Jossey-Boss.
- 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.
doi:10.1037/a0017023
- Remme, A. (2017). *Sex som funker – Unges erfaring med seksualitet og funksjonsevne*. Oslo: Unge Funksjonshemmede.

- Richardson, J. T. E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6(2), 135-147.
doi:10.1016/j.edurev.2010.12.001
- Rosen, R. C., Fisher, W. A., Eardley, I., Niederberger, C., Nadel, A., & Sand, M. (2004). The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Current Medical Research and Opinion* 20(5), 607-617. doi: 10.1185/030079904125003467
- Rosen, R. C., Lane, R. M., & Menza, M. (1999). Effects of SSRIs on sexual function: A critical review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 67-85.
doi:10.1097/00004714-199902000-00013
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). *Negotiating The Therapeutic Alliance – A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford Press.
- Solberg, A. (2017). *Skeiv i Helse-Norge - Kartlegging av tilbud for skeive i Innlandet og helsepersonells kompetanse om seksuell orientering, kjønnsuttrykk og kjønnsidentitet* (Rapportnr. 2). Hamar: Likestillingssenteret.
- Sperber, J., Landers, S., & Lawrence, S. (2005). Access to Health Care for Transgendered Persons: Result of a Needs assessment in Boston. *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3), 75–91. doi:10.1300/J485v08n02_08
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 190-196. doi:10.1080/00224490209552141
- Tan, H. M., Tong, S. F., & Ho, C. C. K. (2012). Men's Health: Sexual Dysfunction, Physical, and Psychological Health—Is There a Link? *The journal of sexual medicine* 9(3), 663-671. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02582.x
- Thorsnes, I. E. (2016). *Rettane til LHBTI-barn i Noreg - Vurdering og tilrådingar i lys av FN sin barnekonvensjon*. Oslo: Reddbarna, Skeiv ungdom og Landsforening for lesbiske homofile, bifile og transpersoner.
- Træen, B., & Schaller, S. (2013). Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(2), 98-107.
- Træen, B., & Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 445-456. doi:10.1177/1403494810371245

- Universitet i Bergen, og Språkrådet (n.d.). *Liberal*. Hentet 25. oktober 2019 fra https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=liberal&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge
- United Nations General Assembly. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Hentet 03. mars 2019 fra <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C. (2018). Body Image and Self-Esteem in Disorders of Sex Development: A European Multicenter Study. *Health Psychology, 37*(4), 334-343. doi:10.1037/hea0000600
- van der Ros, J. (2013). *Alskens folk - Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk*. Oslo: Likestillingscenteret.
- Wiederman, M. W., & Sansone, R. A. (1999). Sexuality training for professionals Psychologists: A national survey of training directors of doctoral programs and predoctoral internship. *Professional Psychology: Practice and research, 30*(3), 312-317. doi: 10.1037/0735-7028.30.3.312
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève: Forfatter.
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health - Report of a technical consultation*. Genève: Forfatter.

Appendiks A

**Psykologers kompetanse og holdninger til seksualitet i terapi**

Page 1

Vil du delta i forskningsprosjektet "Psykologers kompetanse og holdninger til seksualitet i terapi"?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt "Psykologers kompetanse og holdninger til seksualitet i terapi".

FORMÅL

Forskningsprosjektet er en hovedoppgave for studenter på Profesjonsstudiet i psykologi og vil gå over 1 år. Formålet med prosjektet er å kartlegge psykologers kompetanse og holdninger til seksualitet i terapi. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om psykologers subjektive oppfatning om egen kompetanse om seksualitet, deres faglige kompetanse, samt spørsmål knyttet til psykologens holdninger til blant annet kjønnsidentitet, seksuelle praksiser og seksuell orientering. Forskningsprosjektet vil også undersøke i hvilken grad psykologen tar opp ulike seksuelle temaer i terapi, slik som seksuelle dysfunksjoner, lystforskjeller i par, seksuell nytelse og seksuelle overgrep.

HVEM ER ANSVARLIG FOR FORSKNINGSPROSJEKTET?

Institutt for psykologi, NTNU ved Leif Edward Ottesen Kennair.
Stud.psychol. Emma Hegg, NTNU
Stud.psychol. Marielle Bjørkheim, NTNU

HVORFOR FÅR DU SPØRSMÅL OM Å DELTA?

Du blir forespurt om å delta fordi du er medlem av "Psykologer i Norge" på Facebook eller andre ekvivalente grupper på sosiale media.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et elektronisk spørreskjema. Det vil ta deg rundt 20 minutter. Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du samtykker til å delta ved å klikke på «Ferdig» på siste side i skjemaet.

DITT PERSONVERN - HVORDAN VI OPPBEVARER OG BRUKER DINE OPPLYSNINGER

Den enkelte deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner av funnene. Ved besvarelse registreres ingen direkte personidentifiserbare opplysninger, men ved besvarelse registreres automatisk datamaskinens IP-adresse. De som vil ha tilgang til opplysningene er hovedansvarlig/veileder Leif Edward Ottesen Kennair, og studentene Emma Hegg og Marielle Bjørkheim. IP-adressen og de tilhørende svarene fjernes ved overføring av data for statistiske analyser 2 uker etter datainnsamlingens slutt og er ikke tilgjengelig for forskerne etter den tid. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet (gjennom datamaskinens IP-adresse), har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Psykologers kompetanse og holdninger til seksualitet i terapi**Page 2****HVA GIR OSS RETT TIL Å BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER OM DEG?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Institutt for psykologi ved NTNU, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

HVOR KAN JEG FINNE UT MER?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Institutt for Psykologi ved Leif Edward Ottesen Kennair, på epost: leif.edward.kennair@ntnu.no eller telefon: 73591956.
- NTNU sitt personvernombud: Thomas Helgesen, på epost: thomas.helgesen@ntnu.no eller telefon: 93079038.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Emma Hegg og Marielle Bjørkheim
Stud.psychol.

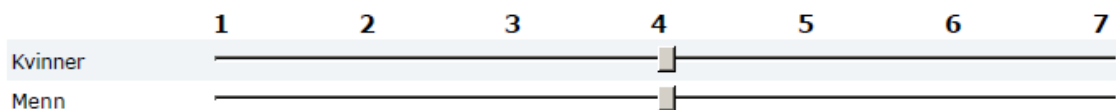
Leif Edward Ottesen Kennair
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Psykologers kompetanse og holdninger til seksualitet i terapi

Page 3

1. Hvilket kjønn er du?

- Kvinne
- Mann
- Trans
- Annet

2. I hvor stor grad er du tiltrukket:**3. Hva er din seksuelle orientering?**

- Homoseksuell
- Heteroseksuell
- Biseksuell
- Panseksuell
- Aseksuell
- Ønsker ikke å oppgi
- Annet, vennligst spesifiser

4. Hvilket år er du født?**5. Hvor fullførte du din psykologutdanning?**

- Universitetet i Oslo
- Universitetet i Bergen
- Universitetet i Trondheim
- Universitetet i Tromsø
- Universitet i annet nordisk land
- Universitet utenfor Norden

6. Hvor mange år klinisk erfaring har du?**7. Hvilken klientgruppe jobber du hovedsaklig med?**

- Voksne
- Barn og ungdom
- Familie
- Par
- Rusfeltet

Psykologers kompetanse og holdninger til seksualitet i terapi

Page 7

17. Nedenfor følger noen utsagn om oppfatninger knyttet til seksuelle temaer. Vær vennlig å angi i hvilken grad hvert utsagn stemmer:

	Helt uenig	Ganske uenig	Litt uenig	Verken uenig eller enig	Litt enig	Ganske enig	Helt enig
Jeg synes alle har rett til å få uttrykke sin seksuelle orientering, så lenge det er innenfor lovverket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes alle har rett til å utøve de seksuelle praksisene de ønsker, så lenge det er samtykke fra alle parter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg synes alle har rett til å uttrykke sin kjønnsidentitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Jeg føler meg komfortabel nok til å ta opp seksuelle temaer blant de følgende gruppene:

	Helt uenig	Ganske uenig	Litt uenig	Verken uenig eller enig	Litt enig	Ganske enig	Helt enig
Barn (0-9 år)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungdom (10-17 år)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voksne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kvinner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transpersoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homoseksuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heteroseksuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biseksuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Panseksuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polyamorøse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aseksuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

For å sende inn svarene dine og samtykke i å delta i undersøkelsen, klikker du på "Ferdig".

*Appendiks B***Faktoranalyse**

En prinsipl komponentanalyse med varimax-rotasjon ble utført på de ni leddene som målte Holdninger til og forestillinger om seksualitet i terapi. Før analysen ble leddene «Det er best å vente til seksualitet tas opp av klienten selv» og «Det er uproblematisk å spørre klienter om deres seksualitet» reversert. Kaiser-Meyer-Olkin viste at dataene var passende for faktoranalyse, KMO = ,69, og alle KMO-verdier for individuelle variabler var større enn ,62. Bartlett's test av sfærisitet nådde også statistisk signifikans ($p < ,001$). Faktoranalysen viste tilstedeværelse av tre faktorer med egenverdier over 1, men siden inspeksjon av Scree-plot indikerte to komponenter, valgte vi å beholde to. Den roterte løsningen forklarte totalt 52,7% av variansen og viste tilstedeværelse av en relativt enkel struktur. Hver komponent hadde flere variabler med høye ladninger, og nesten alle variablene ladet betydelig på kun én komponent. Tabell B1 viser faktorladninger etter rotasjon. Leddene indikerer at faktor 1 representerer Viktigheten av seksualitet i terapi, og faktor 2 representerer Ubehag ved seksualitet i terapi.

Reliabilitetsanalyse for Ubehag ved seksualitet i terapi-skalaen, bestående av 4 ledd, viste at denne hadde en akseptabel indre konsistens ($\alpha = ,72$). Viktigheten av seksualitet i terapi-skalaen, bestående av 5 ledd, hadde en noe lav indre konsistens ($\alpha = ,69$). Leddet «Seksualitet kommer som regel ikke opp som tema i terapi av seg selv» ble utelukket fra den endelige skalaen da den hadde en lav corrected item-total korrelasjon (,24) og reduserte Cronbach's alfa med ,05. Den endelige Viktigheten av seksualitet i terapi-skalaen hadde en akseptabel reliabilitet ($\alpha = ,74$). En ny faktoranalyse ble kjørt etter fjerning av leddet «Seksualitet kommer som regel ikke opp som tema i terapi av seg selv». Faktoranalysen viste at faktorstrukturen fremdeles var den samme, og forklarte 57,0% av variansen.

Sammensatte skårer ble laget for hver av de to skalaene, basert på gjennomsnittet av leddene til hver faktor. Høy skåre på Viktigheten av seksualitet i terapi indikerer høyere enighet med at seksuelle tema er viktig i terapi, mens høy skåre på Ubehag ved seksualitet i terapi indikerer høyere ubehag ved å tematisere seksualitet i terapi. Disse to skalaene og skalaen for seksuell liberalisme blir brukt som mål på psykologers holdninger til seksualitet.

Tabell B1

Oppsummering av faktoranalysen av leddene i Holdninger til og forestillinger om seksualitet i terapi

Ledd	Roterte faktorladninger	
	Viktigheten av seksualitet i terapi	Ubehag ved seksualitet i terapi
Det er en selvfølge at man spør om seksualitet under en anamnese	,83	-,16
Det er en selvfølge at man spør om seksuelle dysfunksjoner	,78	-,13
Det er best å vente til seksualitet tas opp av klienten selv	,70	-,19
Seksualitet er en viktig del av menneskers psykiske helse	,53	,01
Seksualitet kommer som regel ikke opp som tema i terapi av seg selv	,47	,33
Jeg føler usikkerhet når seksualitet kommer opp som tema i terapier	-,004	,85
Det er ubehagelig når seksualitet kommer opp som tema i terapier	,02	,85
Det er uproblematisk å spørre klienter om deres seksualitet	-,14	,66
Klienten kan oppleve det som invaderende å bli spurt om seksualitet	-,38	,48
Egenverdier	2,85	1,90
% av variansen	31,6	21,1
Roterte egenverdier	2,45	2,30

Notat. Faktorladninger over ,40 er uthevet.

