

Seksualitet i terapirommet

En diskursanalyse om terapeuters tanker, følelser og praksis

Trude Aarnes

Diakonhjemmet Høgskole

Masteroppgave

Master i Familieterapi og systemisk praksis

Hovedveileder: Anne Kyong Sook Øfsti

Biveileder: Sidsel Schaller

Antall ord: 27682

Dato: 29.05.2015

Forord

Dette har vært en veldig lærerik prosess. Den har både vært interessant og morsomt, men også utfordrende og til tider svært slitsom. I løpet av skriveperioden har jeg utviklet mine terapeutiske ferdigheter, og det var en bonus. Temaet jeg skriver om fremstår som enda mer viktig nå som jeg har gått i dybden av det, og utforsket det.

Jeg vil takke min hovedveileder Anne Øfsti for utfordrende spørsmål og fantastisk støtte underveis. Min biveileder Sidsel Schaller har gitt viktige og gode innspill i prosessen og vært en viktig støttespiller for meg. Hjertelig takk til venner, familie, kollegaer og medstudierende for støtte og hjelp. Jeg hadde aldri kommet meg gjennom denne prosessen uten å ha alle dere rundt meg.

Jeg vil også takke Jogeir Berg som gjorde en utmerket jobb ved å språkvaske oppgaven slik at den er blitt mer lesevennlig.

Sammendrag

Oppgaven er en kvalitativ studie med halvstruktureerte intervju av fire familierapeuter. Forskningsspørsmålet er: hva tenker de om å tematisere seksualitet i terapi. Hvordan behandler de seksualitet som tema i terapi, og hvordan de tenker rundt dette valget. Jeg har intervjuet fire familierapeuter ansatt ved private og offentlige familievernkontorer og institutter. Diskursanalyse er brukt som metode. Den teoretiske forankring av studien er sosialkonstruksjonisme. Det er utført svært få internasjonale og ingen norske studier av familierapeuter om dette temaet. Disse studiene viser at det er vanskelig for psykoterapeuter å snakke om seksualitet i terapi. Det som fremkommer er at mange terapeuter utelater temaet i klinisk praksis.

Hovedfunnene i studien er at diskursen om seksualitet som naturlig i mennesket, noe som gir terapeutene et handlingsrom til å tematisere det i terapi. Det fremkommer at det er vanskelig å snakke om seksualitet. Noe som fører til at terapeutene nærmer seg temaet med forsiktighet. Terapeutene har så å si ikke fått undervisning i temaet seksualitet, eller trening i å tematisere det. Dette fører til at det eneste de har med seg inn i terapi er sine egne erfaringer. De har med seg sitt personlige forhold til seksualitet inn i sin profesjonelle rolle. Noe som kan gi dem erfaringer og kunnskap til å gå inn i problemstillinger, men det kan også hemme deres profesjonalitet slik at terapien blir påvirket negativt.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	s. 6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s. 6
1.2 Presentasjon og utdyping av problemstilling.....	s. 8
1.3 Relevans for studiets fag- og praksisfelt.....	s. 10
1.4 Teorioppbygging	s. 11
1.5 Forskningsteori, metode og analyse.....	s. 11
1.6 Oppgavens oppbygging.....	s. 11
2 Teori.....	s. 13
2.1 Seksualitet.....	s. 13
2.1.1 Seksualitetens historiske, kulturelle og sosiale utvikling.....	s. 15
2.1.2 Helsevesenet og seksualitet.....	s. 18
2.1.3 Paradokset mellom seksualitet på individ og samfunnsnivå.....	s. 20
2.2 Familieterapi i Norge.....	s. 22
2.2.1 Form og innhold.....	s. 23
2.2.2 Kommunikasjon og relasjon i terapi.....	s. 25
2.2.3 Familieterapi og seksualitet som tema.....	s. 29
2.2.4 Hvilke konsekvenser kan det få når seksualitet ikke blir tematiserer i terapi?.....	s. 31
3 Metode.....	s. 33
3.1 Sosialkonstruksjonisme.....	s. 33
3.2 Hermeneutikk og kvalitativ metode.....	s. 33
3.3 Diskursanalyse.....	s. 34
3.4 Innsamling av data.....	s. 36
3.5 Transkribering og analyse av data.....	s. 38
3.6 Egen refleksjon.....	s. 40
3.7 Forskningsetiske overveielser/tillatelser.....	s. 41

4 Analyse og funn.....	s. 43
4.1. Seksualitet er en naturlig for mennesket og bør derfor tematiseres i terapi og kunne initieres av terapeuten.....	s. 43
4.1.1 Seksualitet er naturlig for mennesket og derfor et naturlig tema i terapi.....	s. 43
4.1.2 Mange sliter med seksuelle problemer og har vanskelig for å ta det opp.....	s. 46
4.1.3 Terapeuten må kunne initiere seksualitet i terapi.....	s. 50
4.2 Terapeutens personlige liv påvirker det profesjonelle uttrykket.....	s. 51
4.2.1 Terapeutens personlige forhold til seksualitet er med i terapien.....	s. 51
4.2.2 Når terapeutens personlige erfaringer blir hemmende i terapien.....	s. 55
4.3 Hvis det fremkommer seksuell tvang, overgrep eller lovstridige aktiviteter i terapi er terapeuten forpliktet til å gå inn i det.....	s. 59
4.4 Trening gjør mester	s. 61
4.4.1 Faktisk kunnskap.....	s. 61
4.4.2 Veiledning.....	s. 64
4.4.3 Trening i å snakke om seksualitet.....	s. 65
5 Oppsummering.....	s. 69
5.1 De sosialkonstruksjonistiske påvirkninger.....	s. 69
5.2 Seksualitet er naturlig for mennesket og parforhold og bør derfor kunne tematiseres i terapi.....	s. 71
5.3 Seksualitet er et vanskelig tema som må behandles med forsiktighet.....	s. 71
5.4 Det er terapeutens ansvar å kunne åpne opp for seksuelle tema.....	s. 72
5.5 Terapeutens personlige liv er med og påvirker det profesjonelle uttrykket.....	s.72
5.6 Kunnskap og trening gjør mester.....	s.73
5.7 Terapeuten er forpliktet til å gå inn i lovstridig aktivitet som fremkommer i terapi.....	s. 73
6 Implikasjoner for praksis.....	s. 74
Litteraturliste.....	s. 75
Vedlegg: 5	

1 Innledning

Denne oppgaven handler om seksualitet og terapi i et sosialkonstruksjonistisk rammeverk. Sosialkonstruksjonisme er en måte å forstå verden på. Konstruksjonister ønsker en åpen dialog som stadig gir plass til nye stemmer og en fornying av gamle stemmer, samt ytterligere utvidelse av det aktuelle feltet (Gergen og Gergen 2005). Dette er en måte å tenke om seksualitet på, at alle har sin egen kunnskap om hvordan seksualitet skal være, ikke ut fra biologiske drifter, selv om også det har sin plass, men at forestillingene deres er utviklet gjennom sosio-kulturelle påvirkninger. På samme måte er mitt syn på terapeuter og deres måte å utøve terapi på, ikke bare en metode som kan kopieres. Men den er i høyeste grad utviklet i en skjønn forening mellom personlighet, erfaring, kunnskap og individuelle idealer og talenter. Derfor bør terapi i større grad også ses nærmere på ut i fra terapeutens syn og meninger, da den kan påvirke terapiens innhold i stor grad (Jensen og Ulleberg 2011).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg arbeider ved et privat institutt som terapeut og sexolog. Her møter jeg enkeltpersoner og par med seksuelle problemer. Mange av klientene har gått i psykoterapi tidligere, der deres seksuelle problemer aldri ble tatt opp eller møtt, og dermed forble uløste ved terapiens avslutning. Klienter har erfart ulike holdninger hos psykoterapeuter. De beskriver forskjellige måter med hensyn til å snakke om seksualitet. Noen klienter venter på at terapeuten skal initiere en samtale om seksualitet. Når dette ikke skjer, mener de at terapeuten kommuniserer at seksuelle tema ikke er aktuelt å snakke om, og derfor initierer de heller ikke temaet selv. Andre klienter bringer selv seksualitet opp som tema, men opplever at temaet blir avvist av terapeuten. Det kan synes som om terapeuten ”overhører” temaet eller at terapeuten snakker temaet ut av terapien. Begge strategier ser klientene på som et tydelig signal om at seksualitet er et «ikke tema». Noen opplever at seksualitet blir tematisert enten på initiativ fra terapeut eller klient. Enkelte terapeuter sier ganske raskt at seksualitet har de ingen eller liten kompetanse på og at de vil anbefale klienten å oppsøke terapeut med sexologisk kompetanse. Andre terapeuter jobber med det seksuelle problemet en stund og hvis man blir stående fast på grunn av kompetansemangel hos terapeuten, vil enten terapeut eller klient foreslå at terapien fortsetter hos terapeut med kompetanse i emneområdet.

Klienter som er blitt avvist med sitt seksuelle problem, gir uttrykk for at dette setter dem tilbake, det vil si at de gir litt opp. Som en konsekvens av måten de ble møtte på, bruker derfor mange lang tid før de oppsøker en terapeut med sexologisk kompetanse. Der temaet blir en del av terapien, gir klientene uttrykk for at de gjennom det får aksept for problemet sitt. At det er helt greit å ha et seksuelt problem.

En kvalitativ studie av familierapeuter i England ønsket å belyse hvordan de jobbet med seksuelle tema i terapi, hva som var deres resurser og hindringer (Marcovic 2007). Funnene i studien var indre begrensninger, som personlig bakgrunn, følelsesmessige hindringer, personlige verdier, profesjonell usikkerhet og at det er et upassende tema. De ytre hindringene fantes innen profesjonen, som mangel på trening i å snakke om temaet, mangel på litteratur, veiledning, og hindringer vedrørende arbeidsplassens rammer. I tillegg mener forfatteren at kulturelle normer i samfunnet var ytre hemmende faktorer (ibid.).

En amerikansk spørreundersøkelse av 175 familierapeuters praksis med å tematisere seksualitet i terapi viser at veien til å inkludere seksualitet som tema, er undervisning og veiledning sammen med klinisk erfaring i å snakke om seksualitet. Dette medfører at terapeuter føler seg komfortable med å tematisere seksualitet i klinisk arbeid, og da vil de også inkludere det i klinisk praksis (Harris og Hays 2007).

Min erfaring viser at det er ulikt hvorvidt seksualitet blir et tema i terapi eller ikke. Er det gitt hvilke temaer som kan tas opp eller tar man opp det temaet som kommer opp? Er det terapeut eller klient som avgjør dette? Og på hvilket grunnlag kan en terapeut «snakke seg ut» av problemstillingen som klienten har brakt på banen?

I møte med klienter har det stor betydning hvilken forforståelse terapeuten har på hva seksualitet er og hvordan seksualiteten kan forvaltes. Det finnes mange diskurser om seksualitetens plass i menneskets liv. Noen klienter har få eller erfarer at egne diskurser er for trange å leve i. Ved at terapeuten åpner opp for egne diskurser, kan det føre til at klienten får en utvidelse av sine forestillinger om hvilken plass seksualiteten kan ha i livet deres (Almås og Benestad 2006). Gjennom terapeutens diskurser kan klienter ha mulighet til å utvide egne forestillingsverdener, og det kan det bli enklere for dem å finne sin egen måte å forvalte seksualiteten på. Det finnes mange diskurser om hvordan seksualiteten skal utleves, og/eller hvilken plass det skal ha i personers liv. De diskursene som terapeuten anvender, vil påvirke deres terapeutiske samtaler, som igjen kan føre til at ”sannheter” om seksualitet opprettholdes

og at andre marginaliseres eller utelukkes (Øfsti 2010). For en optimal terapi er det svært relevant å finne mer ut hvordan terapeuter tenker seg at seksualitet i klinisk praksis kan tematiseres.

1.2 Presentasjon og utdyping av problemstilling

Seksuelle problemer kan være av somatisk og psykisk art eller de kan være en følge av relasjonelle problemer. De kan også opptre som et isolert problem, som kan føre til problemer i en eksisterende eller nystartet parrelasjon (Træen og Schaller 2013). Seksuelle problemer hos enkeltpersoner eller par kan føre til både fysiske, psykiske og relasjonelle problemer for klienten og en eventuell partner (ibid.).

Ved å integrere sexologisk årvåkenhet i den kliniske hverdag vil det være mulig for de fleste behandlere å bidra til en bedring av klientens seksualitet innenfor de rammer hvor vedkommende befinner seg, selv om en ikke går inn med spesifikk sexologisk behandling (Almås og Benestad 2006).

Seksualitet som tema kan bringes inn i terapi for å utforske eksisterende seksuelle problemer eller som en samtale for å forebygge dem eller bruke seksuell mestring som utgangspunkt til annen mestring (Træen og Schaller 2013, Vildalen 2014). Hvis terapeuter åpner opp for temaet, vil også klienten oppleve at seksuelle problemer er noe som skal tas alvorlig. Innsiktsfull åpenhet inspirerer til å forvalte all seksualitet på måter som ikke er overgripende eller åpenbart skadelig (Almås og Benestad 2006). Hvis det derimot har blitt et tema terapeuten unngår, kan klientens forestillinger om at seksualiteten er et «privat» problem som man må løse selv, eller at skammen deres blir forsterket ved at unngåelsesstrategi, blir befestet. Hvis problemene blir værende og i mange tilfeller forsterket, kan det gi andre helseplager (Vildalen 2014).

Hva er det som gjør at terapeuter i liten grad tematiserer seksualitet i terapi? Det er utført svært få studier på dette temaet både i Norge og internasjonalt. I Marcovics (2007) studie, som er omtalt tidligere, fant forskeren at de fleste syntes at det var vanskelig å bringe seksuelle emner inn i terapien. Dette var vanskelig på grunn av mangel på kunnskap om emnet, mangel på systematisk trening i å snakke om emnet og de personlige barrierene som hver enkelt terapeut i større eller mindre grad var bærer av. Den dominerende diskursen var at seksualitet er et vanskelig/upassende tema å snakke om i terapi (ibid.).

Den amerikanske studien, som er beskrevet tidligere, så på sammenhengen mellom terapeutenes kliniske trening og utdanning, ervervet sexologisk kunnskap og deres fortrolighet med seksuelle emner, samt deres villighet til å la seksualitet inkluderes i terapi (Harris og Hays 2008). Studien viser at terapeutens grad av å føle seg komfortabel med seksuelle temaer hadde den største innvirkning på hvorvidt en terapeut initierte diskusjonene. Schnarch (1991) mener at når en terapeut opplever engstelse vedrørende seksuelle tema i terapi er det synonymt med at disse temaene blir unngått.

En norsk studie fra 2013 har sett på kliniske psykologers tematisering av seksualitet i terapi. 1064 psykologer deltok i en spørreskjemaundersøkelse om holdninger til og praksis med å tematisere seksualitet i sitt kliniske arbeide. Resultatene tyder på at respondentene opplevde at de ikke hadde nok kunnskap om emnet og derfor ikke inkluderte spørsmål om seksualitet i terapien (Træen & Schaller 2013). Studien omhandler psykologer, men jeg tror det kan ha overføringsverdi til å gjelde også for andre psykoterapeuter. Det handler om årsaker til hvorfor enkelte temaer kan være vanskelige å tematisere i rollen som psykoterapeut, ikke hva slags profesjonsutdanning man har. En kvalitativ studie viser at psykoterapeuter har med seg sine personlige erfaringer i den profesjonelle rollen (Jensen 2008). Han skriver at hvis terapeuter i større grad utvikler en selvrefleksivitet, har de mulighet til å se hva som hemmer dem i å tematisere visse emner (ibid.).

Både på individ- og samfunnsnivå kan det få positive følger hvis seksualitet kan være et naturlig tema i terapeuters samtaler med klienter. Individet får hjelp til å se og utforske sine problemer, noe som ofte gir bedre livskvalitet. Og samfunnet får dekket større deler av sitt overordnede ansvar i å legge til rette for helsehjelp til befolkningen. Dette handler ikke om at alle psykoterapeuter skal bli eksperter på seksuelle problemer. Sexologi som fagfelt er alt for bredt og stort til det. Men hvis flere terapeuter hadde åpnet opp for en samtale om klientens seksualitet som en integrert del av terapien, hadde det ført til at fokus på seksualitet kunne fått en mer naturlig plass hos individet. Samtalen kunne også åpnet opp for problemer i forhold til seksualiteten. God mestring av klientens seksuelle liv kan klarlegges og overføres til andre deler av livet hvor man trenger bedre mestringsstrategier. Dette handler om å lære flere deler av klienten å kjenne, for så å bruke det aktivt i den videre terapien (Vildalen 2014). Behandlere bør bli kjent med sine egne begrensninger og muligheter og eventuelt samarbeide

med andre fagpersoner eller henviser til terapeut med sexologisk kompetanse (Almås og Benestad 2006).

Forskningsspørsmål: Hva tenker familieterapeuter om å tematisere seksualitet i terapi.

1.3 Relevans for studiets fag- og praksisfelt

Træen og Schaller (2013) finner i sin studie at et fåtall norske psykologer tematiserer seksualitet i terapirommet. De sier at de håper at fremtidige studier vil se på om andre profesjoner lar seksualitet være et tema. De uttrykker også ønske om at det blir sett nærmere på *hvordan* helsepersonell snakker med klienter om seksualitet. Forskning av eget fagfelt og med fokus på terapeuten og hvordan terapeuter tenker om sin terapi eller om seg selv som terapeut, kan føre til økt innsikt og bidra til å utvikle familieterapifaget; ikke bare med hensyn til terapiens form, men også dens innhold. Formålet med studien er å se nærmere på utslagsgivende sammenhenger for om en terapeut inkluderer seksuelle temaer i terapi eller ei. Øfsti (2008) skriver i sin avhandling at kunnskapen som blir brukt i parterapi, er ganske eksistensiell av natur. Terapeuten bruker både det profesjonelle svaret og det folkelige svaret. Temaer som i særlig grad kan få terapeuten til å ta rollen som den alvorlige profesjonelle, er temaer som tradisjonelt tilhører større etiske eller moralske spørsmål, som for eksempel enkelte seksuelle problemstillinger (ibid.). Her tror jeg noe av kjernen ligger når terapeuters tematisering av seksualitet i terapi blir hemmet eller utelatt.

Studien kan bidra til økt forståelse av hva familieterapi inneholder, og hvilke mekanismer som gjør seg gjeldende når seksualitet som tema blir kommunisert i terapi. Mitt forskningsfokus er utviklet ut fra den eksisterende forskning og teorier i fagfeltene, og ønsket med forskningen er å tilføre noe nytt i et felt som det internasjonalt og nasjonalt i svært liten grad er forsket lite på.

Øfsti (2008) hevder i sin avhandling at et av de punktene som overrasket henne, var at systemiske terapeuter i liten grad har vært opptatt av å se på terapeuten (hun) og hvordan hun tenker. Fokuset har altså vært klienten. Jeg mener derfor at det vil være utviklende for familieterapifaget å ha fokuset på terapeuten og hvordan terapeuten tenker om og forholder seg til situasjoner i terapi.

1.4 Teorioppbygging

Teoridelen, som i all hovedsak handler om temaene seksualitet og terapi med ulike innfallsvinkler på disse temaene, blir belyst fra et sosialkonstruksjonistisk vitenskapssyn. Her går jeg inn i de sosiokulturelle årsaker til seksualitetens stilling i samfunnet i dag. Jeg ser på både innhold og form i familierapi. Fokuset vil særlig være på terapeuten og hva som påvirker henne i sin profesjonelle praksis. Videre vil de historiske, samfunnsmessige og helsevesenets forhold til seksualitet bli belyst fra ulike sider. Grunnet studiens sosialkonstruksjonistiske rammeverk er mye teori hentet fra norske forskere og teoretikere for å favne det sønorske. Samtidig har jeg brukt teori og forskning fra utenlandske forfattere i stor utstrekning, etter en aktiv utvelgelse. Jeg har forsøkt å dekke bredden i det fagfeltet jeg forsker på, både faglig og internasjonalt.

Jeg har skrevet eget metodekapittel, som jeg har valgt å skrive etter teoridelen, som en naturlig introduksjon til analysen.

1.5 Forskningsteori, metode og analyse

Dette er en kvalitativ studie, der jeg utfører dybdeintervju av fire terapeuter om deres tanker om å tematisere seksualitet i terapi. Kvalitativ metode sammenfaller med studiens mål om å gå i dybden av terapeutenes tanker. Jeg bruker diskursanalyse som metode. Diskursanalyse har utgangspunkt i konstruksjonismen, med dens vektlegging av språket og individet.

(Jørgensen og Phillips (1999)).

Mitt vitenskapssyn er forankret i sosialkonstruksjonisme, postmodernisme og hermeneutikk. Disse begrepene blir behandlet slik at min forankring blir synlig. Jeg har valgt diskursanalyse som forskningsteori og -metode. Da diskurs som forskningsmetode innebærer at forskningen må være forankret i diskursteori, vil hele oppgaven være preget av dette. Igjen betyr dette at sosialkonstruksjonistiske ideer vil gå som en tråd gjennom hele oppgaven. All teori knyttet til metode, blir fremlagt og diskutert i metodekapittelet.

1.6 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis har jeg gjort rede for bakgrunnen for studien og noe fra relevant forskning, samt oppgavens betydning for fag- og praksisfelt. I teorikapittelet er seksualitet beskrevet i en

sosialkonstruksjonistisk tilnærming. Jeg har skrevet om forskning og teorier om familierapi og hva som kan påvirke terapeutens handlingsrom for om seksualitet kan tematiseres. I metodekapittelet kommer en utdyping både av de teoretiske perspektivene på mitt vitenskapssyn, samt av metode og analysemetode.

Kapittel fire inneholder analyse av intervjuene og drøfting av disse. Påfølgende kapittel gir en kort oppsummering av funnene i studien. Implikasjoner for videre forskning, praksis og undervisning utgjør siste kapittel.

2 Teori

Fokuset i denne forskningen er seksualitet og terapi forankret et i sosialkonstruksjonistisk vitenskapssyn. Oppgaven handler om hvordan terapeuter snakker om seksualitet, derfor har jeg valgt å sette fokuset på seksualitet i et individ- og samfunnsperspektiv. Seksualitet er satt inn i en historisk sammenheng og inn i vår vestlige kultur. Videre har jeg skrevet om familieterapi, dens innhold og form, samt hvilke krysningspunkter familieterapi og seksualitet har. Teorier om hva som kan være medvirkende til at terapeuter velger eller velger bort å implementere seksuelle tema i terapi blir beskrevet. Men med et sosialkonstruksjonistisk vitenskapsgrunnlag har det også vært naturlig å inkludere internasjonal forskning og teori fordi den er med på å danne kunnskap som påvirker det norske samfunnet. For å finne den helt spesifikke kunnskap og ideer som kan være med å belyse forskningsspørsmålet mitt, har jeg valgt ut teori og forskning med et kritisk blikk. Samtidig kommer jeg med aktuell kritikk i forhold til forskning eller teorier som jeg utdyper i oppgaven.

2.1 Seksualitet

Ordet seksualitet har mange og ulike definisjoner. Når man ser på definisjonene og følger dem gjennom tidene, ses samfunnets endrede holdninger og utvikling. Det avspeiles i tidsriktige definisjonsendringer. Nedenfor er to definisjoner fra WHO med om lag 20 års tidsforskjell.

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme, og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører hverandre og selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som seksuell. Seksualiteten påvirker altså våre tanker, handlinger og vårt samspill med andre mennesker (WHO 1986).

Definisjonen sier noe om samfunnets diskurs om seksualitet. Den kan sies å være individorientert og i liten grad påvirket av forhold og mennesker utenfor en erotisk relasjon.

I 2006 kom WHO med en ny definisjon av seksualitet:

...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.” (WHO 2006a).

Dette er definisjonen 20 år senere. Her er «kvinne og mann» erstattet med kjønnsidentiteter og roller. Seksuell orientering er inkludert. Jeg tolker endringen slik at den ikke bare er basert på reproduksjon og trofaste forhold som varer livet ut, men at den forholder seg til nye diskurser i samfunnet. Det kommer tydelig frem i siste setning om hva seksualiteten kan influeres av. Denne definisjonsendringen kan sies å avspeile de endringer sexologien har hatt i denne tidsperioden. Dette er min foretrukne definisjon.

Her er det ikke tvil om at seksualiteten er en naturlig del av mennesket, og at den påvirker vårt samspill med andre. Her knyttes ikke seksualiteten bare til individet eller i samspill med en annen, men tydeliggjør alle de faktorene i kulturen, historien og samfunnet forøvrig som er med å påvirke seksualiteten. Seksualitet blir beskrevet som influert av en interaksjon med blant annet menneskets biologi. Dette kommer ikke frem i den første definisjonen, sannsynligvis fordi det blir sett på som en selvfølge. Derfor er det bra at det eksplisitt blir skrevet. I den siste definisjonen er biologi nevnt sammen med flere implisitte deler av seksualiteten. Dette tyder på at man er blitt mer bevisst den biologiske diskursen, og den åpner opp for ulike meninger om hvor stor plass det biologiske har i sammenheng med de andre påvirkningene. Definisjonen fra 2006 setter seksualiteten inn i den store sammenhengen og gir den en mer tidsriktig plass i mennesket. Når seksualiteten kan sies å være utsatt for så stor påvirkning fra ulike hold, kan konsekvensen være at negative påvirkninger kan føre til en skjev utvikling (Vildalen 2014 og Langfeldt 2013). Samtidig innebærer de gode

påvirkningene, et potensiale for en naturlig og sunn utvikling av seksualiteten (ibid.). Med denne definisjonen burde seksualiteten ha sin naturlige plass i all psykoterapi.

Bruken av ordet naturlig er vanskelig å definere. Det kan defineres som: medfødt, instinktiv, i samsvar med naturen, forståelig, forventet, ikke tilgjort. Naturlig er mer normativt enn deskriptivt. Handlinger som mennesket utfører kan betegnes som naturlige. Men mangfoldigheten av mennesker vil innebære at det ett menneske vil omtale som naturlig, vil en annen si er unaturlig, fordi det blir knyttet opp til egne diskurser. En terapeut kan si at seksualitet er et naturlig tema i terapi, underforstått fordi hun finner det greit å snakke om. Mens en annen vil si at seksualitet er unaturlig å snakke om, da hun av ulike grunner aldri tar opp dette temaet.

2.1.1 Seksualitetens historiske, kulturelle og sosiale utvikling

Seksualitetens kår har vært svært ulik gjennom tidene. For å forstå seksualitetens stilling i Norge i dag, settes den derfor inn i en kulturhistorisk og sosial sammenheng.

Kirken og enkelte ledende filosofer har vært viktige premissleverandører for forvaltningen av seksualiteten i Europa. Legestanden har videreført dette negative synet og etter hvert implementert det i sin vitenskap.

Augustin, Rousseau og Freud har vært viktige premissleverandører for seksualitetens plass hos individ og samfunn. I følge Langfeldt (2005) hadde de alle et seksualfiendtlig menneskesyn. Blant annet mente de at samleie var eneste måte å praktisere seksualitet på, og slik sto de for en reproduktiv diskurs. Felles for dem er at de skrev selvbiografier som omhandlet egen seksualitet som annerledes enn det aksepterte seksuelle uttrykk i deres samtid. Når man kjenner til samfunnets seksualfiendtlige holdning i tiden de levde, kan man tenke seg hvor skammelig de må ha følt egen seksualitet. Man kan derfor skjønne sammenhengen med hvordan de utviklet sitt seksualsynd. Biskop Augustin levde på 400 tallet e.Kr. Han skrev historiens første psykologiske selvbiografi, der han forteller om sine to lidenskaper; den seksuelle og den religiøse. Etter noen års usikkerhet omkring dette ble han overbevist av biskop Ambrosius. Seksualitet var ikke en naturlig del av mennesket, men noe som skulle dempes og kontrolleres. Den franske filosofen Rousseau mente at mennesket måtte finne en væremåte som var mer i pakt med naturen. Han mente at barnet måtte skånes for skadelige seksuelle påvirkninger fra samfunnet. I sin selvbiografi skriver han om sin

sadomasochistiske identitet. Han mente at denne hadde sitt utspring i barndommen, da han ble ristet på naken rompe av en barnepike. Med fordømmelsen av sadomasochisme i samfunnet på den tiden, kan man skjønne at han utviklet en negativ seksualfilosofi. Alt som var knyttet til begjæret, var syndig og skadelig for sjelen (ibid.). Freud videreførte disse teoriene på sin måte, da han hevdet at bak enhver nevrose lå en fortrent forføring. Dette innebar at barnet måtte skjermes mot seksuell påvirkning fordi det var årsaken til seksuelle avvik (Freud 1966). Freud så på seksualiteten som kjernen i all menneskelig erfaring, og hans teorier har slått fast at en skakkjørt seksualitet er årsaken til ulike sykdommer og lidelser. I Norge var onani hovedårsaken til innleggelse av kvinner ved Gaustad sykehus i 1885 (Langfeldt 2005). Dette viser hvordan datidens forklaringsmodeller mellom seksuell aktivitet og psykisk sykdom hadde en sentral plass, noe som legevitenskapen aksepterte som retningsgivende for sitt fag. (ibid.).

Foucault var filosof og idehistoriker. Gjennom sitt forfatterskap har han vist til ulike diskurser om seksualitet gjennom historien. Foucault var opptatt av at i moderniteten ble seksualiteten temmet og disiplinert, på samme måte som store deler av samfunnet ble. Det var en videreføring av maktutøvelse over folket. Han mente at det var to hoved-diskurser om seksualitet. (Foucault 1999). «Ars erotica» var den nytelsesbaserte seksualiteten som hadde en lang tradisjon i asiatiske land. Den opprettholdt sin makt fordi den ble hemmeligholdt og ikke avslørt. Denne praksisen ble det ikke stilt spørsmål ved eller utført studier av. Man mente at når en praksis ga glede og nytelse, så var det ingen grunn til å se nærmere på den. Den andre diskursen var «scientia sexualis», som var Vestens diskurs om seksualitet. Her var ikke fokuset å finne veien til nytelse, men å avdekke sannheten. Foucault mente at nøkkelen til «scientia sexualis» var bekjennelsen. Bekjennelse var et kjent begrep innen religion, historie og litteratur. Bekjennelsen var allment akseptert i samfunnet. Når vi bekjenner noe, ser vi oss selv som subjekt. I denne seksualldiskursen er man opptatt av de fysiske prosessene av reproduksjonen og ikke av de menneskelige erfaringene, som i «ars erotica» (ibid.). Seksualiteten ble vitenskapeliggjort gjennom «scientia sexualis», noe som førte til legevitenskapens interesse. Gjennom Foucaults arkeologi har han fått frem hvor stor del av seksualiteten som er kontekstuell, en sammenheng han var den første til å vise. Dels blir seksualiteten årsaken til alle synder, dels forskyves det viktige punktet fra seksualakten til begjæret som et slags hemmelig onde. (ibid.).

«Scientia Sexualis» er opphavet til det synet på seksualitet som fremdeles er godt synlig i samfunnet vårt, både innenfor helsevesenet, med hensyn til innhold i seksualundervisning i skolen og slik det uttrykker seg gjennom samfunnets utøvelse av makt ved ansvarsfraskrivelse for seksualitetens påvirkning på menneskets utvikling, følelsesliv og relasjoner. (Langfeldt 2013, Vildalen 2014).

Biologen Kinsley skrev i samarbeid med flere sitt hovedverk, «The human male» i 1948. Dette er et forskningsarbeid som løfter frem en skjult virkelighet i folks sexliv. Det var den første boken om hvordan folk utøver sin seksualitet, hvilket kjønn de har sex med, når det foregår og hvilke seksuelle handlinger de utfører med hvem (Pedersen 2005). Den viser en stor kulturell og sosial variasjon i seksuelle uttrykk. Det er kommet kritikk i kjølvannet av Kinseys forskningsresultater. Mange mener at det er en svakhet at han unnlater å berøre menneskets følelser, nytelse eller verdier og moral, heller ikke kjærlighet, ømhet eller intimitet (ibid.).

Etter moderniteten kom oppblomstringen av den romantiske diskurs, og folk ble opptatt av barnebegrensning slik at ikke kvinnene skulle slite seg ut på risikofylte svangerskap og fødsler. Da kom et nytt syn på seksualiteten, nemlig som en del av kjærligheten. Hjemmet oppsto som et særskilt miljø til forskjell fra arbeidet, og ekteskapets emosjonelle binding overtok for det praktiske ekteskapet. Først etter 1. verdenskrig ble prevensjonsmidler for å unngå svangerskap, utviklet. Dette førte til at kvinner i større grad kunne oppleve seksualitet som noe positivt for dem selv, ikke bare som en plikt i ekteskapet (Langfeldt 2013).

Sosiologene Simon og Gagnon (2005) utviklet teorier om at seksualiteten ikke utelukkende er styrt av drifter, men er noe som blir formet i det livet man lever i den kulturen man vokser opp. De var påvirket av perspektiver fra symbolsk interaksjonisme som blir forbundet med Mead.

De utviklet skriptteorien som har gitt en ny forståelse av mennesker og hvordan de opplever seksualitet. Seksualitet blir forstått som kulturbundet. I motsetning til Freud mener de at det ikke er noen avgjørende sammenheng mellom seksualiteten i barndommen og i voksenlivet. De mener at mennesket lærer å være seksuelle gjennom de samme mekanismer som de bruker på å lære annen sosial adferd; gjennom å strekke seg etter normen. Mennesket tilegner seg mønstre av seksualadferd i en akkumulasjonsprosess gjennom hele livet. I denne prosessen er det ikke en kopiering av andres seksualadferd, men en individuell tilpasning gjennom

forhandling. De delte inn i kulturelle scenarier, interpersonlige script og intrapsykisk script (ibid.). Kulturelle scenarier er koder for vår seksualitet på kollektivt nivå. De inneholder systemer av hva som er akseptabelt og hva som ikke er det. Disse scenariene er ikke statiske, men er stadig i endring i kraft av hver enkelt seksuell aktør og bidragsytere som er representanter for scenariene i det offentlige rom. Flere aktører og institusjoner i samfunnet er med på å fortolke og dermed endre det seksuelle scriptet; som religiøse ledere, massemedia og helsepersonell. Etterhvert fremforhandles nye uttrykk. Scenariene er formulert på et allment plan og er for abstrakte for å tilpasses konkrete situasjoner. Mennesker improviserer for å tilpasse sine egne behov, og dermed endres samfunnets definisjon av seksualitet. Det interpersonlige scriptet handler om forhandlingen mellom de personene som skal ha det seksuelle møtet, hvordan de skal ha særegne roller i et seksuelt møte, som kan falle innenfor det sosiale scriptet. Det intrapsykiske scriptet tar hensyn hver enkelt sitt behov av lengsler og ønsker når rollene skal forhandles frem og formes (ibid.).

Med scriptteorien har Gagnon og Simon gitt en dypere forståelse av seksuell handling; at det involverer et reflekterende individ som samhandler med et annet individ eller flere, og med samfunnets normer som påvirkning.

2.1.2 Seksualitet og helsevesenet

Seksualitet er influert av biologiske, sosiale, relasjonelle og kulturelle faktorer. Den er en del av helsebegrepet. Den kan være helsefremmende og gi mestringsfølelse, men den kan også gi problemer og sykdom. Den vestlige skolemedisinen er en del av vår medisinske kultur. I denne tradisjonen har det vært og er fremdeles et skarpt skille mellom somatisk sykdom og psykiske lidelser. Enten er sykdom eller lidelse klassifisert som somatisk, altså forårsaket av kroppslige årsaker, eller som psykiske lidelser med psykiske og sosiale årsakssammenhenger. Det kan sies å være lite samarbeid mellom de to delene i helsevesenet, heller et skarpt skille. Også helsevesenet har begynt å oppdage at det skarpe skillet mellom psyke og soma ikke er reelt (Vildalen 2014.). I de senere årene kan det sies å ha foregått en tilnærming mellom dem, men i et sakte tempo (ibid.).

Seksualiteten har ikke blitt omfavnet av noen av fagområdene i helsevesenet. Dette kan handle om at sexologien ikke føyer seg inn som en naturlig del hverken i den somatiske eller i den psykiske helsen. I følge WHO er seksualitet nært knyttet både til kropp og psyke (WHO

2006). Sexologi er faget som omhandler seksualiteten. World Association for Sexologi skiftet navn i 2005 til World Association for Sexual Health nettopp for å tydeliggjøre seksualitetens helsefremmende, men også sykdomsfremmende sammenheng. Helsebegrepet gir en forankring til seksualiteten som kan gi den tilgang til et fagmiljø og en seriøs behandling og forvaltning. Når i tillegg seksualiteten har hatt den vanskelige stillingen i samfunnet historisk, har det kanskje vært lett for helsefagmiljøer ikke å ta fatt i den og innlemme den i andre fagdisipliner (Almås 2010). Seksualitet er sannsynligvis blitt sett på som uangripelig, beheftet med både tabuer og negativitet.

Allerede i 1975 anbefalte WHO at sexologi skulle være en del av utdanningen av helsepersonell (ibid.). Flere land i Europa har i dag sexologiutdanning på master- og doktorgradsnivå.

Norsk forening for klinisk sexologi ble stiftet i 1982. Den første norske utdanningen på universitetsnivå ble etablert ved Universitetet i Agder i 2001. Dette er en 60 studiepoengs videreutdanning i sexologi.

Jeg mener at seksuell helse må defineres som en integrert del av det generelle helsebegrepet, hvis ikke opprettholdes den fragmenterte forståelsen av seksualitet som noe eget – ved siden av mennesket (Vildalen 2014:214).

Det norske helsevesenet integrerer ikke seksualiteten i helsebegrepet, til tross for at dette er gjort av WHO i flere tiår. I Norge er seksuelle problemer et privat anliggende som det i liten målestokk finnes henvisningsmuligheter for (Vildalen 2014). Av denne grunn er det private institutter som i stor grad tar i mot klienter med denne type problemer. Mangelen på henvisningsmulighet kan av befolkningen bli oppfattet som at seksuelle problemer ikke blir sett på som problemer. Det kan føre til redusert helse og sosial dysfunksjon (ibid.). Derimot kan det anses som noe privat man selv må løse, **hvis** problemer skulle oppstå. Implisitt i en fraværende behandlingsmulighet ligger en stigmatisering av mennesker med seksuelle problemer, som noe man ikke bør ha, noe sykt som bare enkelte får. Øfsti (2008) skiver at dagens sammenheng mellom kunnskap og terapi innen familierapifeltet har påvirkninger fra Foucaults arkeologi. Hun mener at Foucault er betydningsfull på to måter. Han redegjorde for teorier om seksualitet, og det medførte en forståelse av seksualitet som et begrep som blir kontekstpåvirket. Det andre momentet er hans forklaring av hvordan makt og kunnskap er sammenbundet. Samfunnsmakten påvirker for eksempel helsevesenet og lovverk til å forme

seksualiteten slik de mener at den skal forstås (ibid.). Denne forståelsen blir diskursiv ved helsevesenets utøvelse av forståelsen, som i samfunnet vårt innebærer at det nærmest bare er den reproduktive helsen som er den akseptable delen av seksualiteten. Vildalen (2014) mener at den manglende seksualundervisningen i helsefagene påvirker hvordan helsearbeidere utøver yrket sitt. Manglende kunnskap hos helsepersonell kan bidra til å opprettholde myter og fordommer og utfordrer ikke negative holdninger til seksualitet. Uvitenheten fører også til manglende innhenting av vesentlig informasjon om problemstillingen, noe som kan medføre fare for å overse alvorlige problemer. Den manglende kunnskapen fører også til en manglende forståelse av hvordan problemet kan løses, det vil si innhenting av eksperter fra andre fagområder som er helt nødvendige for å løse problemet (Almås og Benestad 2006 og ibid.). Når kulturen vår er så tydelig seksualisert på ett plan, blir det kontrastfylt at helse- og sosialvesenet er så fjernt fra å ta menneskers seksualitet alvorlig og inkludere den i sine fag (Almås og Benestad 2006).

2.1.3 Paradokset mellom seksualitet på individ og samfunnsnivå

WHO's definisjon av helse blir en slags paraplybetraktning av seksualitet, og alt som influerer på den, slik at den oppleves som den gjør, hos enkeltindivider. Hvis man ser nærmere på ordets opprinnelse og følger det gjennom samfunnets og individets øyne, får man en ny dimensjon å forstå dens betydning i dag.

Ordet seksualitet tror man oppsto på 1700-tallet. Før dette brukte man erotikk for å beskrive seksuelle handlinger (Langfeldt 2013). Ordet seksualitet ble et uttrykk for den medisinske reproduksjon, som ble en rådende diskurs, som både kirken og den medisinske vitenskapen snakket frem. Erotik ble benyttet i bildende kunst og i litteratur og film. Det er fylt av lidenskap, begjær og glede. «Ars erotica» - diskursen er bærer av ordet erotikk og handler om nytelsen, lysten og gleden. Etter dette ble seksualiteten i større grad et ord for en diskurs som var knyttet til vitenskapelige fagfelt som medisin, psykologi og filosofi, men også som moral i religiøs sammenheng (ibid.).

Når man tar et raskt overfladisk sveip over samfunnet og den siden som er lett å få øye på, som innhold i musikk, film, reklame og ukeblad/aviser, ser man tilstedeværelsen av seksualitet i høy grad. Mange vil hevde at vi har et overseksualisert samfunn. Denne utviklingen som også handler om en kommersialisering av seksualiteten, og som startet på 80-

og 90- tallet, var en følge av den seksuelle frigjøringen på 60- og 70-tallet. Med kvinnes rettighetskamp ble subjektets behov en slags ny rettighet som kunne tas i bruk. Mange organisasjoner som representerer det seksuelle mangfoldet, som homofile, BDSM (bondage, discipline, sadist, machochist), og transpersoner så sin mulighet til å fremme sine medlemmers rettigheter ved å stå frem i samfunnet. Det som tidligere ble sett på som seksuelle perversjoner, ble på en måte erstattet av nye livsstiler som ble betraktet med stolthet (Schmidt 1996). Etterhvert kom internett og sosiale medier, som nye arenaer for å fremme egne synspunkter og nye subjektive behov. Samfunnet har akseptert den digitale verden, og mediene har også blitt en arena for den seksuelle frigjøring. Samtidig har internett utviklet seg til et medium i eksplosiv fart. Her har også seksualiteten fått gjennomslag med stor kraft både ved pornografi, chattesider og kjøp av sex. Slik kan man finne alt hva man er interessert i eller bare er nysgjerrig på. Den liberale diskursen førte til at det fremsto en ny seksualnorm, som i følge Schmidt (ibid.) ville fjerne forbudene som har vært. Den ville skape eller regulere menneskers seksuelle omgang på en mer fredelig, likeverdig, mer forutsigbar og mer forhandlende måte. Han kaller det en selvbestemmelsesdiskurs, som ikke bare omfatter seksualitet, men å kunne ta egne valg i egne liv. Smidt (ibid.) mener at en mer latent side av debatten av voldtekt, har en virkning på dagens seksualdiskurs. Til den seksuelle vold hører det også med, vurderende blikk, bemerkninger om kropp og utseende, pornografi på arbeidsplassen, å ta på eller beføle en annens kropp. Disse handlingene ble også tidligere sett på som upassende eller krenkende. I kjølvannet av den seksuelle voldsdebatten er disse handlingene blitt ført inn i voldsdebatten, og de er kommet under begrepet vold. Den koblingen fjerner samfunnet og menneskene fra seksuell oppmerksomhet som inkluderer seksuelle ønsker og komplimenter for kropp, altså en fjerning fra ordet erotikk, som handler om lyst og gleder.

Schmidt (ibid.) hevder at en avskaffelse av den gamle seksualmoralen, er blitt erstattet av en interaksjons- eller forhandlingsmoral mellom partene. Erotikken er blitt fraværende og flørting kan fort oppfattes som krenkende. Både erotikken og flørtingen er blitt tilsløret og hemmet av den nye seksualitetsdiskursen, som ble grunnlaget for den seksuelle identitetspolitikken (Almås og Benestad 2006, Mühleisen 2013).

Giddens (1992) mener at intimitet betyr å åpne opp for emosjoner som aldri blir åpnet for et større publikum, men bare i nær relasjon. Det finnes ikke forskning på om og hvordan folk i en sexrelasjon snakker om dette sammen.

Seksualitet er også svært tabuisert i samfunnet vårt (Almås og Benestad 2006). Mellom det seksualiserte ytre og den private seksualiteten er mellomrommet hvor menneskets seksualitet trenger hjelp eller støtte og må frem i lyset. Og det er her det oppstår en splid, en stor forskjell om hva individet ser på som seksualitet i forhold til sin egen opplevde eller ønskede seksualitet og det som bringes opp i samfunnet.

Det er i dette krysningspunkt at politi, skole, religiøse institusjoner og helse- og sosialvesen møter seksualiteten i sin profesjonelle praksis. Når de ikke har fått profesjonsrettet kunnskap eller trening i å samtale om seksuelle tema, er det bare sine egne personlige erfaringer de har som redskap. De har disse erfaringene med seg, og de har det tabloide uttrykket som mange ikke har et forhold til og kanskje heller ikke ønsker å forholde seg til i deres profesjonelle møter. Det er først på dette punktet at mange terapeuter skjønner at seksualitet er noe spesielt å forholde seg til i profesjonell praksis. Hvis ikke arbeidsplassen har lagt inn i interne retningslinjer om hvordan seksualitet skal møtes, er det opp til hver enkelt arbeidstaker hvordan man forholder seg til det, og ønsker å forholde seg (Almås og Benstad 2006, Vildalen 2014).

2.2 Familieterapi i Norge

Psykoterapi på 50-tallet dreide seg om det psykodynamiske perspektivet som rettet seg mot individualterapi (Hårtveit og Jensen 2004). Freud mente at psykiske problemer kunne ha sin rot i individets konflikt med familie eller andre relasjoner, men dette utforsket han bare gjennom psykoanalysen (ibid.). Freud var altså tidlig ute med å danne grunnlag for tanker om et familiedynamisk perspektiv, men det var andre som utviklet det videre. Den første organisasjonen som jobbet med familieterapi, ble startet i USA og navnet på denne terapiformen ble «Marriage- and Family Psychotherapy». Den systemiske tenkingen som danner grunnlaget for den norske utdanningen, startet med relasjonelle forhold i familier og par. Da utdanningen startet i Norge ble faget familieterapi.

Med familieterapifeltet ble det en overgang fra et individ- og årsaks-virkningsperspektiv til et relasjonsperspektiv og en sirkulær forståelse. Det handler om relasjonsperspektivet i kommunikasjonsteori, i moderne systemteori og innenfor sosialkonstruksjonisme og poststrukturalisme (Jensen og Ulleberg 2011). Familieterapeuter kan arbeide med

enkeltindivider, to, eller flere personer i familie eller annen relasjon. Andre jobber med organisasjoner og andre større systemer. Utdanning i familieterapi gir en innsikt og trening i hvordan terapier kan forløpe, med metoder og redskaper. Den sosialkonstruksjonistiske tanken i terapien handler om at problemer oppstår mellom mennesker i den konteksten de lever i og i den forestillingsverden som hver enkelt har. Når man åpner opp for individets forestillinger og ser på dem i lys av deres sosiokulturelle historie, kontekst og relasjoner, ser man ofte at problemer kan være påvirket av mange utenforliggende faktorer, som kan føre til at klientene kan slippe å bære ansvaret selv (Gergen og Gergen 2005).

Sosialkonstruksjonismen er opptatt av makt og at interaksjon er forbundet med makt. Foucault mener at samfunnet rommer et repertoar av dominerende narrativer. Disse narrativene er med på å forme vår tenkning og erfaring, vår selvrefleksjon, våre indre samtaler og vår interaksjon med hverandre. Noen narrativer har høyere status enn andre, noe som medfører at noen narrativer blir undertrykket eller marginaliserte (Dallos og Draper 2007). Terapeuten har altså en makt i form av sine narrativer, som påvirker klienten. Denne makten kan være ubevisst hos terapeuten som dermed viderefører egne diskurser, som kanskje er de samme som gjelder normativt i samfunnet. Hvis terapeuten er oppmerksom på sine diskurser og den makten som de utgjør i profesjonelt arbeid, har hun en mulighet til å dekonstruere diskursene og «tatt-for-gitthetene». Først da har klienten en mulighet for å mestre livet sitt på en bedre måte ved å få tilgang til andre diskurser enn de som er kjent for henne/ham. Dette kan være diskurser som rommer marginaliteten i forhold til ledende diskurser i samfunnet som klienten føler fellesskap med (Øfsti 2008). I stor grad kan dette sies å være aktuelt for marginalisering av seksuelle handlinger eller levemåter.

2.2.1 Form og innhold

Ved oppstart av et terapiforløp, vil formuleringen av hva dette kan dreie seg om, hvilke sammenhenger det kan ha, være avhengig av både klient og terapeut. Men dette beror på terapeuten spørsmål også. En terapeut som prøver å klarlegge store deler av klienten(e)s kontekst, vil sannsynligvis ha større mulighet til å favne om det essensielle enn en som åpner opp for få innfallsvinkler (Dallos & Draper 2007). Familieterapi handler om terapi der det relasjonelle, er en måte å se sammenhenger på, altså det som skjer mellom mennesker og som kan skape problemer. Øfsti (2008) hevder at familieterapifeltet har vært mer opptatt av terapiens metoder enn innhold

Fenomenologien har sitt utspring fra hermeneutikken, som er en filosofisk retning.

Fenomenologien ble utviklet av den filosofen Husserl til en vitenskapelig metode for analyse av bevisste erfaringer (Jensen og Ulleberg 2011). Han utviklet en metode for å undersøke hva som ligger forut for refleksjon, altså forforståelse eller fordommer. En fenomenologisk holdning innebærer å møte et tema, for eksempel seksualitet, fordomsfritt og utforske det med et åpent sinn. I flere av retningene innen familierapi er dette en grunnleggende holdning. Terapeuten vil gå til fenomenet slik klienten opplever det, og analysere og undersøke fenomenet via følelser, hukommelse, meninger og holdninger.

Jensen og Ulleberg (2011) skriver om erfaring og skjønn som vil utvikles gjennom terapi. Det finnes mange ulike terapeutiske retninger innen familierapi. Men, felles for de fleste er at de handler om metode og ikke om innhold. Det finnes også manualbaserte terapiformer som multisystemisk terapi MST, der innholdet er en del av metoden. Terapeuten følger en manual, og er dermed sikret å gjennomgå alle trinnene i manualen. Dermed sikres en viss kontroll med hva som blir gjennomgått av temaer i løpet av et terapiforløp. Fordelen kan være den kontrollen som dette innebærer, ulempen kan være at man ikke får med andre viktige aspekter som ikke ligger i manualen.

Men det er ikke de ulike terapiformene som er utslagsgivende for hvor god terapien blir. Studier viser at kvaliteten på den terapeutiske alliansen i all psykoterapi er helt vesentlig for et godt resultat (Jensen og Ulleberg 2011). Freud utviklet psykoanalysen som terapiform. I psykoanalysen bruker terapeuten seg selv i bevisst grad som redskap i terapien. Dette har blitt utviklet i ulike terapiformer i ettertid. I systemiske terapier ser man også terapeuten som viktig for resultatet av terapien. Dette fører i følge Bordin (1979 i Dallos og Draper) med seg:

Et terapeutisk bånd, der klienten gjennom å knytte seg til terapeuten følelsesmessig, opplever en positiv forventning om hjelp, samarbeid og engasjement fra terapeutens side. Terapeutisk mål, en felles forståelse av hvilket mål som settes, hvordan det skal nås, og hvordan terapien skal foregå.

PLISSIT-modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Annon (Almås og Benestad 2006). Annon utviklet modellen for å beskrive ulike nivåer av behandling for seksuelle problemer. Første trinn er «permission(P)», som innebærer at klienten må gis anledning til å ta opp sine seksuelle funderinger, spørsmål eller problemer. Dette kan gjøres ved at

terapeuten spør om seksualiteten til klienten, slik at han får en mulighet til å snakke om det. Neste steg er «limited information(LI)», som innebærer enkel informasjon. Det kan være alminneliggjøring av fenomener, henvisning til organisasjoner eller sexolog, enklere råd om seksualfunksjon eller samtale om seksualitet og relasjonspåvirkning. Neste trinn er «specific suggestions(SS)», som innebærer konkrete råd og krever et høyere kunnskapsnivå om emnet. «intensive therapy(IT)» kan være lengre terapi og som krever spesialistkompetanse. Denne modellen kan være en måte å forholde seg til seksuell helse på. Almås og Benestad (2006) skriver at alle som arbeider med mennesker, burde være på minimum laveste nivå.

2.2.2 Kommunikasjon og relasjon i terapi

I familierapi er samtalen det primære redskapet for terapeuten. Blant mange relasjonsorienterte kommunikasjonsteoritradisjoner er familierapi nærmere knyttet til enkelte av dem. Gregory Bateson (i Ølgaard 2004) var zoolog og antropolog og opptatt av de mentale prosesser i mennesket, som hva er mentale prosesser og hvordan skal vi tenke og snakke om det. Han utviklet kommunikasjons- og systemteori. Han har utviklet mange innfallsvinkler på kommunikasjon og tilbyr et grunnleggende kommunikasjonsperspektiv på verden. Bateson (ibid.) utviklet begrepet koding av kommunikasjon. To av disse kodingene, den analoge og den digitale, er alltid tilstedeværende i terapi. Analog koding er det nonverbale uttrykket som den andre kan oppfatte. Pauser og stemmeleie i tale, gestikulering av armer, ansiktsuttrykk og mimikk er eksempler på det analoge språket. Ordene man bruker i tale, tilhører digital kommunikasjon (ibid.). Kommunikasjon har alltid et innhold og et forhold (Jensen og Ulleberg 2011). En triadisk modell er utviklet for å vise dette forholdet mellom innhold og forhold (ibid.). Det er tre relasjoner i triaden: Mellom klient og terapeut, mellom klient og temaet for eksempel seksualitet, og mellom terapeut og temaet, for eksempel seksualitet. Disse tre relasjonene utvikler seg gjennom terapitimen og endrer seg i takt med utsagn fra begge.

Foucault(1999) har vært opptatt av samfunnets og institusjonens makt over individet. Denne institusjonelle makten kommer til uttrykk gjennom normer, rutiner og strategier. Det er en indirekte makt som ikke er så åpenbar og gjennomskuelig hvis man ikke er klar over den. I ulik grad vil en terapeut være påvirket av dette, og det kan påvirke i relasjon til klienten. I terapi møtes en profesjonell og en klient, altså en privatperson. Dette kan føre til en asymmetri fordi klienten ønsker å tilpasse seg for å få best mulig hjelp, eller hun/hen/han kan

være redd for å bli oppfattet som en vanskelig klient, noe som igjen kan føre til et kortere behandlingsforløp enn ellers (ibid.). Jensen og Ulleberg (ibid.) nevner videre at den profesjonelle, altså terapeuten har en definisjonsmakt til hvordan problemet skal forstås og hvordan løsningen best kan være. Terapeuten kan altså la egne forestillinger få fremtredende plass hvis man ikke er klar over denne makten.

Goodson (i Jensen og Ulleberg 2011) har kommet frem til fem livsområder som er med på å forme en profesjonsutøver og måten man utøver sitt arbeid på. Disse områdene i livet er erfaringer og bakgrunn, livsstil, hvor man er i livet sitt, yrkesvalg, hendelser og kritiske hendelser. Terapeuten som person har altså påvirkning på terapien. Dette har Diakonhjemmet høgskole, familieterapiutdanningen, som eneste i Norge tatt inn i utdanningen i 2004, gjennom emnet kalt «personlig og profesjonell utvikling». Emnet går som en tråd gjennom hele utdanningen (Jensen 2008).

I møtet som finner sted i terapi, er det en dialog mellom deltakerne. Bakhtin (i ibid.), en litteraturforsker som har sett på språket, mener at dialogen er et avgjørende trekk ved det å være menneske. Hans ide om at mennesker har både en indre og en ytre dialog, kan gi ytterligere refleksjon til forståelse av terapeutens prosesser i terapi. Monologen, altså der terapeuten har monolog, kan ses som en ekspertmodell. Tilsvarende representerer relasjonsmodellen dialogen.

«Den ikke-vitende-posisjon» er blitt utviklet av Anderson og Golishian (Jensen og Ulleberg 2011). Her får man frem terapeutens aktive deltakelse i terapien. Det tilstrebes at terapeuten kan legge bort forutinntatte holdninger om løsninger. Terapeuten møter klienten med ekte nysgjerrighet, åpenhet og interesse. Det er ønskelig med et mest mulig likeverdig forhold mellom klient og terapeut. Terapeuten kan aldri helt forstå klienten, men er hele tiden opptatt av å forstå.

Anerkjennelse av klienten er en viktig del av terapeutens handlingsrom og for å fremme likeverdet. Anne Lise Løvlie Schibbye (2009) har utviklet en dialektisk relasjonsforståelse. Hennes teori bygger på en forståelse av at mennesket kan forholde seg både til seg selv og til det forhold det har til omgivelsene. Dette er en del av en likeverdig relasjon der man prøver å forstå den andres virkelighet, til tross for at den avviker svært fra egen oppfatning. For å kunne anerkjenne et annet menneske, er forståelse et viktig begrep. En terapeut kan gjennom

å lytte til både det analoge og det digitale uttrykket, sammen danner de en helhet, som kan gi forståelse av klientens verden. Men det vil alltid være terapeutens tolkning av hvordan det er (ibid.).

Bekreftelse av den andres fortelling eller opplevelse er også en del av en anerkjennende holdning hos terapeuten. Det kan ta tid å utvikle bekreftelse når terapeuten møter virkeligheter som strider mot hennes moral eller fornuft. Bekreftelse er vesentlig når terapeuten skal oppnå tillit hos klienten (ibid.).

At klienten kan føle en åpenhet slik at hun kan fortelle om problemene sine til terapeuten, er en del av tilliten mellom dem. De forhold som terapeuten selv strever med eller ikke har kunnskaper om, kan bli utelatt fra samtalen (Jensen og Ulleberg 2013). Når terapeuten unngår seksuelle temaer i terapi, mener Schnarch (1991) at det er terapeutens engstelse som er årsaken. Flere mener at dette spesielt kan dreie seg om moralske temaer eller andre temaer som vekker sterke følelser i oss (Jensen 2009, Vildalen 2014, Langfeldt 2013, Almås og Benestad 2006)). Terapeuter viser ofte egne holdninger eller følelser i det analoge språket, som klientene kan fange opp, og dermed unngå emnet, fordi hun/hen/han skjønner at det ikke blir forstått og tatt i mot av terapeuten (Almås og Benestad 2006).

Selvrefleksivitet er nært knyttet opp mot forståelse av en klients uttalelser (Schibbye 2009). For å skjønne hva man skal forstå, må man først se hva man tror man har forstått. Hvis man merker at man vurderer det som klienten(hun) sier i stedet for å bekrefte henne, kan en selvrefleksjon føre til en avgrensning av seg selv. Altså kan en selvrefleksiv holdning føre til at man avgrenser seg i terapi, og da blir anerkjennelsen lettere å oppnå. Dette vil også klienten merke. Hvis terapeuten merker at hun styrer samtalen gjennom sine spørsmål, er det ved selvrefleksjon mulig å avgrense seg i forhold til hva som kan være vanskelig å stille seg åpen til, altså tillate seg å miste kontrollen over terapien.

Nysgjerrighet er en kvalitet ved en anerkjennende relasjon og en viktig side ved en ikke- vitende posisjon (Jensen 2008). Ved å nærme seg ulike deler av en historie med nysgjerrighet, kan man få frem mer overordnede historier. Det kan også bli en utvidelse i stedet for ensidighet og innsnevring av klientens opplevelse eller historie (ibid.).

Resonansbegrep er utviklet for å kunne forstå hvordan terapeutens personlige og private erfaringer fra eget liv påvirker deres terapeutiske praksis (Jensen og Ulleberg 2011).

Med resonans menes hva som vekker gjenklang i terapeuten og hvordan det påvirker terapeutens punkteringer. En terapeut kan for eksempel ha opplevd ubehagelige situasjoner av seksuell karakter, lik den historien som kommer opp i samtaler av seksuell karakter. Hvordan vil terapeuten oppfange dette, og hva vil det føre til. Begrepet resonans omfatter både personlig resonans, hva som i en aktuell terapirelasjon vekkes av egne erfaringer hos terapeuten. Det omfatter også den relasjonelle resonansen som innebærer samklangen mellom egne erfaringer og det som kommer opp i terapi. Det omfatter også forholdet mellom disse to igjen (ibid.). Et aktuelt ubehag for terapeuten kan altså føre til at klienten ikke får mulighet til å gå inn i det egenopplevde eller at det blir avkortet eller ikke utforsket nok.

«Relasjonell resonans kan bidra til både gode og utviklende relasjoner, trange og fastlåste relasjoner og til konflikter og maktovergrep.» (ibid.:309).

Med resonansbegrepet kan terapeuter ved å observere egne følelser og tanker i møte med klienter, bli mer oppmerksom på hvordan det kan brukes for å få en bedre allianse med klienten.

Almås og Benestad (2006) mener at mange terapeuter tror at de har et teoretisk og intellektuelt aksepterende forhold til det uvanlige. Da kan det oppleves både overraskende og overveldende når man kjenner på følelser og holdninger man ikke var oppmerksom på.

Resonanskartet fremstiller skjematisk de ulike mulighetene til resonans. I en terapi kan det være gjensidig resonans. Det innebærer en felles forståelse. Noen terapeuter vil oppleve at de takler å ha parallelle livssituasjoner som klienten, uavhengig om det kan være ulikt i tid. Terapeuten kan eventuelt dele fra sine erfaringer, men den gjensidige resonansen kan like gjerne være uartikulert. Dette kalles gjensidig støttende resonans. Hvis en terapeut ved selvrefleksjon oppdager at hun bruker sine personlige erfaringer som eneste måte å gå inn i en problemstilling, kan hun se det som en utfordring og bevisst gå inn og se på sin egen reaksjon og følgene det får for klienten. Dette kalles utfordrende resonans. Andre vil hevde at de har store problemer med å være terapeut for klienter med en viss problemstilling fordi de ikke klarer å distansere seg fra egne følelser fra tilsvarende situasjoner eller opplevelser. Eller terapeuten kan oppleve utsagn fra klienten som provoserende eller ubehagelig uten å skjønne hvorfor, noe som kan føre til at terapeuten mister nysgjerrigheten, interessen og empatien for klienten. Dette kan bli et hinder for terapi eller en utfordring for terapeuten til å utvikle seg som terapeut. Dette kalles gjensidig dissonans (Jensen og Ulleberg 2011).

En form for undertrykkende resonans blir betegnet som faglig kolonialisering (ibid.). Det innebærer fravær av gjensidighet og en utvikling av underkastelse fra klientens side. Dette betyr altså ikke at det er faglig forsvarlig, men at man bruker sine personlige erfaringer og moralske verdier til å influere på profesjonell praksis. Monologen blir her den dominerende kommunikasjonsformen. Denne makt-demonstrasjonen reduserer den gjensidige resonansen, og de etiske konsekvensene bør tas opp i veiledning hvis en terapeut ved selvrefleksjon kjenner igjen dette. Bare da kan det gi en god innsikt og en vei videre å jobbe med seg selv for terapeuten.

I følge Jensen og Ulleberg (2011), kan faglig kolonialisering kan foregå indirekte. Det innebærer at terapeuten ikke selv ser at hennes profesjonelle arbeid er styrt av egne erfaringer eller at moralske verdier er styrende. Hun kan selv tro at det er faglig forsvarlig og eneste måte å se en problemstilling på.

Hvis den foregår direkte, misbruker terapeuten makten som ligger i sin profesjon og løser det bevisst uten den nysgjerrigheten som en likeverdige dialog skal inneholde (ibid.).

Faglig imperialisme brukes som en forsterkning av direkte faglig kolonisering, men blir brukt mot klientens uttrykte uvilje og motstand. Her er det en tydelig mangel på respekt for klienten (ibid.). Dette handler om makt-og-grep mot klienten og er svært alvorlig.

2.2.3 Familieterapi og seksualitet som tema

I de første artikler og bøker fra systemiske terapeuter fra tidlig på 50-tallet var ikke seksualitet nevnt. Det var først i *Handbook of Family Therapy* av Gurman og Kniskern i 1981 og 1991 at det ble skrevet om årsakene til at sexterapi og familieterapi ikke hadde vært koblet sammen (Markovic 2007). Videre i boka er det angitt gode argumenter for hvorfor de bør kobles sammen igjen. Samme tema om å reintegrere fagområdene kommer etter hvert i flere bøker.

Ackerman og Skeyner som representerte psykodynamisk familieterapi, hevdet at utforskning av seksualiteten var helt fundamentalt i terapeutisk arbeid med enkeltindivider, par og familier (I Markovic 2007). Ut fra et tverrgenerasjonssynssett mente Lieberman (1979) at familieterapeuter burde arbeide med seksuelle dysfunksjoner (ibid.). «Seksuelt genogram» ble utviklet i 1989, og det ble et verktøy for å utforske seksualhistorier mellom generasjoner. Zumaya et al. har fra en konstruktivistisk forståelse kritisert det normative paradigmes makt

og dermed lagt vekt på hvordan man fungerer seksuelt i seksualterapi (ibid.). Schnarch (1991), som er amerikansk psykiater og sexolog, har skrevet mange bøker om seksuelle problemer. Han skriver at familieterapeuter burde tematisere seksualitet i større grad enn de gjør. Han hevder at de ikke skjønner hvor mye det relasjonelle samspillet utgjør med hensyn til årsak, utvikling og løsning på seksuelle problemer i parforhold.

En gjennomgang av det faglige innholdet i familieterapiutdanningen ved Diakonhjemmet høgskole og ved Høgskolen i Oslo, som er de utdanningsinstitusjonene som studiens informanter er utdannet ved, har i sine studieplaner hverken nevnt seksualitet som tema eller trening i å forholde seg til seksuelle problemer i terapi (<http://www.hioa.no>, <http://www.diakonhjemmet.no>).

Almás og Benestad (2006) hevder at seksuelle problemer kan utfordre terapeuter både moralsk, følelsesmessig og faglig. De holder fram at kompetansen man får gjennom grunnutdanningen ikke ivaretar noen av disse elementene. Da blir det opp til terapeuten om man vil la seg engasjere og i de fleste tilfeller blir man berørt, og da må terapeuten tåle å høre det man blir berørt av uten å stoppe samtalen (ibid.).

En studie av Yallop & Fitzgerald (1997) konkluderer med at mange kliniske terapeuter ikke forstår sin egen seksualitet, og derfor vil de føle seg ukomfortable med å initiere samtale om klientens seksualitet. Studien til Markovic (2007) viser at terapeutene følte at mye av hindringene lå i dem selv, i deres person. Dette mente det hadde sammenheng med deres personlige erfaringer i tillegg til at det gjenspeiler den kulturelle konteksten de lever i hvor seksualitet oppleves som et vanskelig samtaletema i alle sammenhenger.

Den amerikanske studien av familieterapeuter kom frem til at de terapeutene som følte seg komfortable i terapi med seksuelle temaer, initierte disse temaene i større grad enn andre. De fant også at økt kunnskap om seksualitet, veiledning og klinisk erfaring var det som økte følelsen av å være komfortable i samtaler om sex (Harris og Hays 2008).

Det har vært og er fremdeles slik at det negative fokuset av seksualiteten blir mer vektlagt enn de positive, både i skoleverket og i helsevesenet (Vildalen 2014). Dette fokuset har sannsynligvis en sammenheng med den historiske tradisjonen vi har av at nytelsen og seksualitetens gleder ikke har vært det viktigste. Vildalen (ibid.) mener at det manglende fokuset på seksualitet og kropp gjelder for mennesket i alle aldre.

2.2.4 Hvilke konsekvenser kan det få når seksualitet ikke blir tematisert i terapi?

Det er komplisert å finne hvor utbredt seksuelle problemer er. Grunnet ulikt syn på årsakssammenheng, i tillegg til ulike forskningsmetoder, kan det være vanskelig å finne prevalenser. Flere internasjonale studier viser at 45 -60 % av kvinner og 20 – 30 % menn har seksuelle dysfunksjoner (i Træen og Lewin 2008: 270). Kjønnforskjellene her kan være at menn i mindre grad enn kvinner vil innrømme at de har seksuelle problemer, for i dagens samfunn er det fremdeles en diskurs om at det er kvinnene som har seksuelle problemer (ibid.). En norsk studie fra 2010 viser at 13 % av voksne menn og 37 % av kvinner i så stor grad har redusert seksuell lyst at det fører til stress (Træen og Stigum 2010). Dette kan tyde på at seksuelle problemer ikke er uvanlig og at de kan påvirke livskvaliteten til mennesker og deres seksualpartnere; samt at det ofte påvirker andre relasjoner. Sett i et helseperspektiv fortjener seksuell helse å være et likestilt fagområde med andre og «offentlig» anerkjente spesialfaglige områder av helsen, som nevrologi, ortopedi, gynekologi, psykiatri og liknende (Almås 2010, Vildalen 2014).

Terapeutens manglende tematisering av klientens seksualitet kan derfor få følger for terapien (Vildalen 2006, Almås og Benestad 2006). Mange hadde fått både bedre hjelp ved tidligere intervensjon, både fordi problemer kan utvikle seg til å bli verre over tid og kan føre til andre helseproblemer (Vildalen 2014, Almås og Benestad 2006). Dette er en delvis sannhet, fordi det med tiden hender at problemet oppløses uten spesielle tiltak. Det er heller ikke alle seksuelle problemer som vil medføre utvikling av andre helseproblemer. Men sosiale problemer kan man også se i kjølvannet av uløste seksuelle problemer (ibid.). Almås og Benestad (2006) mener at det også kan være hensiktsmessig å stille spørsmål om seksualitet fordi det kan åpne opp for følelser av å bli tatt på alvor. Dette henger sammen med at seksualiteten for individet kan være et viktig tema, og da ønsker de en speiling av dette gjennom terapeuten. Det er ikke alltid at klienter selv skjønner at deres problemer er en følge av seksuell problemer. Hvis ikke terapeuten etterspør seksuelle følelser, får ikke klienten mulighet til å se denne sammenhengen (ibid.). Hvis de derimot kommer til en terapeut som stiller spørsmål om deres seksualitet, kan de få individuelle og kontekstuelle sammenhenger frem i terapien. Vildalen (2014) mener at dette er et problem som helsevesenet må ta alvorlig.

Marcovic (2007) fant gjennom sin forskning at seksualitet i særlig grad ble utelatt når det gjaldt familier med barn i terapi. Hun holder fram at dette kan føre til at terapien opprettholder problemene.

Et bifunn i studien av norske psykologer var tilbakemelding fra flere av respondentene som ikke hadde svart på spørreskjemaet. Dette hadde sammenheng med at de jobbet med barn eller familier med barn, og at det derfor ikke var aktuelt å snakke om seksualitet. Svaret deres sier noe om enkelte terapeuters ekskludering av seksualitet hos barn. Og derved også seksuelle problemstillinger knyttet til barndom (Træen og Schaller 2013). Hvis terapeuter i større grad hadde inkludert seksualitet som tema i psykoterapi, kunne mange helseproblemer vært forebygget med hensyn til menneskelig lidelse, samtidig som samfunnsøkonomiske aspekter hadde kunne blitt bedre ivaretatt (Vildalen 2014).

Klienter merker raskt om de ikke blir profesjonelt møtt i terapi (Almås og Benestad 2006). Det kan være at de blir møtt med taushet når de kommer inn på et seksuelt tema. Taushet er et signal om at temaet kan være så skamfullt at det ikke en gang kan snakkes om i terapi. Tausheten blir derved en sterk terapeutisk intervensjon. Ikke å bli møtt eller oppleve at problemet ens blir for lett vint behandlet, kan føre til at svært mange klienter lukker seg for lang tid (ibid.)

3 Metode

Denne studien skal belyse hvilke tanker terapeuter har om å tematisere seksualitet i terapi. Det er en kvalitativ studie med delvis strukturerte intervjuer av fire familierapeuter som arbeider med familier eller par. Jeg intervjuet dem med opptak av intervjuet på bånd. Det vitenskapsteoretiske grunnlaget i studien er sosialkonstruksjonistisk. Videre har jeg brukt diskursanalyse som teori og analysemetode.

3.1. Sosialkonstruksjonisme

Sosialkonstruksjonisme er en filosofisk retning innen samfunnsvitenskap og psykologi. Den regnes som en del av postmodernismen, som hevder at all virkelighet dannes gjennom språket. Modernistisk tankegang legger vekt på menneskets evne til å skape, forbedre og forandre sine omgivelser ved hjelp av vitenskap, teknologi eller eksperimentering. Modernismen gikk inn for å undersøke alle sider av tilværelsen på nytt med det formål å finne ut hva som hemmet fremgangen, for slik å kunne finne nye og mer progressive måter å oppnå de samme tingene på. Postmodernismen oppsto som en slags utvikling av modernismen. Menneskelig forståelse er bare mulig gjennom språket. Enhver forståelse vil være avhengig av en historisk, sosial og kulturell kontekst. I sosialkonstruksjonismen betrakter man menneskers virkelighetsforståelse som kontinuerlig formet av opplevelsene de har, og den situasjonen de befinner seg i. Sosialkonstruksjonisme kan ses på som en motsetning til essensialismen. Det er gjennom relasjoner at verden konstrueres (Gergen & Gergen 2005). Gergen og Gergen (ibid.) hevder at den sosialkonstruksjonistiske idé handler om at det alltid finnes plass til en ny stemme, en visjon og en revisjon, samt ytterligere utvidelse av et gitt felt. Kulturen vi lever i, vil prege mennesket. Det er i samtale med andre at mennesket utvikler sin forståelse av den verden det lever i; noe som innebærer at sosiale handlinger har sin rot i den forståelsen som er blitt utviklet. Enhver måte å konstruere verden på rommer bestemte tradisjoner, som er ladet med særlige verdier, og utelater samtidig alt som ikke inngår i tradisjonen. En kritisk holdning til de verdiene som finnes i samfunnet og dekonstruksjon av disse, er en viktig oppgave for vitenskapen. Det er først ved et kritisk blikk at man ser den verdiladning som språket inneholder.

3.2. Hermeneutikk og kvalitativ metode

Hermeneutikk betyr tolkningslære. Å fortolke folks handlinger og meninger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende, er sentralt

(Thagaard 2010). Man studerer en mening i lys av den sammenhengen man studerer. Observasjon av et fenomen gir en «tynn» beskrivelse. Hermeneutikken søker etter å lage en tykkere forståelse av fenomenet.

En kvalitativ metode er valgt fordi det er best egnet til å besvare forskningsspørsmålet. Kvalitativ metode går i dybden og vektlegger å finne forståelse av fenomener, framfor hendelser og antall (Thagaard 2009). Den egner seg til å studere personlige og sensitive emner.

3.3. Diskursanalyse

En av mange kvalitative metoder er diskursanalyse. Diskursanalyse er valgt fordi den passer best til mitt forskningsspørsmål; terapeuters tanker om hvordan de forholder seg til å tematisere seksualitet i terapi. Innholdet av tanker som kommer ut i tale, er i følge sosialkonstruksjonismen påvirket av det man har opplevd og erfart og i den konteksten vi stadig befinner oss. Foucault er sentral for utviklingen av diskursanalyse som en måte å forstå verden på. Analysen ble først tatt opp igjen, og utviklet av feministiske forskere på 80-tallet (Willig 2001). Foucault regnes som diskursanalysens opphavsmann (Jørgensen og Philips 2011). Han har utviklet teorier og begreper og gjennomført flere undersøkelser. Hans bøker om «Seksualitetens historie» er et historisk verk hvor han plasserer diskurser om seksualitet inn i en sosio-kulturell sammenheng. Han holder fram at det finnes ikke sannhet, men derimot diskursive konstruksjoner. Han ønsker å avdekke strukturen i de ulike konstruksjonene for å kunne kjenne til hva som hører med i diskursen og hva som er implikasjonene av den. Diskursanalyse er både teori og metode og kan ikke brukes løsrevet fra hverandre (ibid.). Det handler om filosofiske premisser om språkets rolle i den sosiale konstruksjonen av verden, teoretiske modeller, metodologiske retningslinjer og spesielle teknikker for analyse. Diskursanalyse fokuserer på hvordan kunnskap og ”sannheter” skapes gjennom diskurser, og om maktrelasjoner i diskurser.

Foucault har sagt at diskursene lever sitt eget liv i praksis. De finnes altså ute i verden, og diskurser endrer seg i den konteksten man befinner seg i og over tid.

Det finnes flere sosialkonstruksjonistiske diskursanalyser, men de deler felles vitenskapsteoretiske premisser.

Diskursbegrepet blir i stor grad i anvendt i samfunnet vårt og kan beskrives som :

..en idé om, at sproget er strukturert i ulike mønstre, som våre utsagn følger, når vi agerer inden for forskjellige social domæner – man taler for eksempel om «medicinsk diskurs» eller « politisk diskurs» (Jørgensen og Phillips 1998:9).

Det finnes flere diskursanalytiske retninger, blant annet Foucaults diskursanalyse, diskurspsykologi, kritisk diskursanalyse og Laclau og Mouffes diskursteori. Men felles for alle diskursanalytiske retninger er noen felles premisser, slik som Vivien Burr utdyper. (I Jørgensen og Phillips 1998:12). Hun mener at felles er en kritisk innstilling overfor selvfølgelig kunnskap fordi det ikke finnes objektive sannheter. Hun ser det slik at hvert individ konstruerer sin virkelighetsoppfatning gjennom den virkelighet som individet oppfatter, og som er unikt for hvert individ (ibid.). Dette bygger på strukturalistisk og poststrukturalistisk språkfilosofi, som mener at det bare er gjennom språket vi har tilgang til virkeligheten.

Andre felles premisser er at mennesket er kulturelle og historiske skapninger, og at premissene både er spesifikke og foranderlige. Dette er med på å konstruere den sosiale verden. Dette er motpolen til essensialismen som ontologisk betyr at alle ting har en essens, og at denne essensen utgjør virkeligheten. Det tredje punktet er sammenhengen mellom kunnskap og sosiale prosesser. Kunnskap utformes i sosial interaksjon, og de ulike sannhetene kjemper om plass. Siste fellespremiss er sammenhengen mellom kunnskap og sosial handling. I hvert individs verdensbilde vil enkelte handlinger ligge helt naturlig, mens andre sosiale handlinger vil bli helt utenkelige. Dette vil føre til konkrete sosiale konsekvenser (ibid.).

For å nyttiggjøre seg ulike diskursanalytikers spesielle muligheter, blir det ansett som en fordel å bruke elementer fra forskjellige diskursanalytiske tilnærminger i forskning (Jørgensen og Phillips 1999). Jeg har valgt å bruke Foucaults diskursanalyse og diskurspsykologi. Felles for dem er at de stiller seg kritiske til kognitivismen. Diskurspsykologi var inspirert av etnometodologi og konversasjonsanalyse, og diskurspsykologien var opptatt av hvordan man forhandlet frem meninger i hverdagslivet. Foucaults diskursanalyse stiller spørsmål om sammenhengen mellom hvordan folk tenker eller føler og hva de gjør. Den er opptatt av hva slags subjekter og objekter som blir konstruert gjennom diskurser og hva slags handlinger og væremåter som disse gjør tilgjengelige (Willig 2001). Den vektlegger at diskurser letter, tillater, hindrer og begrenser hva mennesker kan si. Dette passer godt med min forskning, der

jeg ser på hvordan familieterapeuter tenker om å tematisere seksualitet i terapi. Jeg ser etter diskursive konstruksjoner og implikasjonene for dem. Diskurser er kontekstavhengige. Noen diskurser dominerer i samfunnet, og de blir nærmest «tatt for gitt». Konkurrerende diskurser vil utvikles og sloss om hegemoni. Foucaults diskursanalyse kan også se historisk på utvikling av diskurser.

3.4. Innsamling av data

Grunnet mitt inntrykk av at terapeuter ikke snakker så lett om seksualitet i terapi, hadde jeg en forutinntatt holdning om at det ville bli vanskelig å skaffe informanter. Jeg tenkte at dette var et tema som mange hadde et litt vanskelig forhold til, og som de av den grunn ikke ønsket å bli intervjuet om. Først ønsket jeg å snakke med lederne for flere familieterapikontorer slik at jeg kunne legge frem studien muntlig og kanskje motivere lederne til å legge frem studien mest mulig positivt for terapeutene. Både private og offentlige institusjoner ble kontaktet med informasjon om studien med spørsmål om de ville gi informasjonen videre til terapeutene ved kontoret. Da det viste seg nærmest umulig å få dem i tale, mailet jeg informasjon med forespørselen til dem og om lederen kunne sende all informasjon videre til terapeutene med forespørsel om noen ønsket å delta (vedlegg 1).

Jeg har intervjuet fire familieterapeuter som har lang klinisk erfaring. Den fjerde var i slutten av sin familiterapiutdanning, men hun hadde jobbet som terapeut en tid.

Først gjennomførte jeg 4 intervjuer. I ett av intervjuene ble lyden gjengitt dårlig, noe som medførte at det i store deler av intervjuet var problematisk å høre hva informanten sa. Derfor fant jeg det mest hensiktsmessig å ta ut dette intervjuet fra studien. En ny informant ble intervjuet, slik at det totalt ble fire intervjuer. Informantene valgte selv hvor de ville bli intervjuet. Tre intervjuer ble utført på mitt kontor og to på deres eget kontor.

Motivasjonen for å være informant, var en blanding av at temaet var viktig og at de hadde bestemt seg for å si ja til denne type forespørsler fordi forskning er viktig for fagutvikling. Et pilotintervju ble vurdert, men da jeg hadde brukt lang tid for å finne informanter, ville jeg heller bruke alle intervjuene mine i analysen for å få et bredere informasjonsmateriale. På denne måten fikk jeg et dypere materiale enn hvis jeg hadde brukt det første som et pilotintervju. Men jeg erfarte hensikten med et pilotintervju, fordi jeg ikke bare etter første

intervju, men etter hvert intervju opplevde at jeg hadde utviklet meg som forskende intervjuer. Jeg var mer avslappet i rollen, stilte tydeligere spørsmål, mindre redd for å avbryte informanten og jeg arbeidet i det hele tatt mer rasjonelt og planmessig. Jeg opplevde at intervjuene forgikk som flytende samtaler. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Jeg merket at jeg var redd for at det tekniske utstyret, som var uvant for meg å bruke, skulle svikte. Dette påvirket meg en del, særlig i første intervju, og kan ha gjort at jeg ble en dårligere intervjuer enn i de etterfølgende intervjuene.

Alle informantene skrev under på samtykkeerklæring (vedlegg 2). Jeg prøvde å oppnå en god relasjon til informantene da det er viktig for det materialet som kom frem (Thagaard 2010). Jeg følte meg mer til pass og mestret situasjonen bedre for hver gang. Det var uvant å være forsker og ikke terapeut. Som terapeut er det klientens behov som er i fokus. Som forsker er det mitt forskningsspørsmål som er i fokus. Jeg måtte stadig minne meg på dette slik at jeg husket at det var forskerhatten jeg hadde på meg.

Da jeg gjennomførte intervjuer på mitt kontor, ommøblerte jeg stolene slik at jeg satt på en annen måte i forhold til intervjupersonen enn slik jeg vanligvis gjør i terapi. Dette ble utført fordi jeg ikke så lett skulle gå inn i min vante terapeutrolle. Jeg hadde skrevet ned en intervjuguide som jeg kunne bruke under intervjuet (vedlegg 3). Disse spørsmålene brukte jeg mest som påminnere for meg selv. Ofte forløp samtalen naturlig og gled fra det ene temaet over i neste uten at jeg kikket på støttespørsmålene.

Som utgangspunkt til å snakke om seksualitetens plass i parforhold, hadde jeg laget to korte «case» som handler om seksualitet i parrelasjon (vedlegg 4). Disse var skrevet med et innhold som ikke var normativt. Dette ble gjort i håp om at det tydelig ville få frem informantenes tanker. Jeg opplyste dem om at en kvalitativ studie innebærer få informanter, og det kan være lettere å identifisere informantens identitet gjennom teksten. For å unngå å bli gjenkjent, eller å være redd for det, anbefalte jeg dem derfor til ikke å fortelle noen om sin deltakelse i studien. Jeg gjorde også informantene oppmerksomme på at jeg skulle finne diskurser i intervjuene, og at de kanskje ikke ville kjenne seg igjen hvis de leste sluttproduktet. Jeg opplevde at innholdet i casene var med på å få frem ulike diskurser hos informantene.

3.5. Transkribering og analyse av data

Alle intervjuene ble transkribert ord for ord. I diskursanalyse er det ikke bare ordene og setningene som blir analysert, men også måten informanten snakker på. Jeg brukte en forenklet utgave av «Jeffersons Notation System for Transcription» (Jeffersen 1983). Jeg understreket ord som ble lagt vekt på, markerte pauser med mer enn fem sekunder i teksten. Utrop, latter og andre lyder ble nedtegnet. Måten noe blir sagt på, kan påvirke meningsinnholdet (Willig 2001). Disse markeringene i teksten finnes der transkripsjonsteksten er med i analysen. Der jeg har funnet det meningsfullt, har jeg tatt disse ikke-språklige effektene med i analysen.

Intervjuene har jeg lyttet til flere ganger, både med tanke på å gjenkjenne diskurser og bare for å lytte. Og det har på en måte vært nyttig å høre med «andre» ører. Dette er en anbefalt metode for å kunne «se» teksten fra ulike vinkler, og kanskje oppdage noe nytt (Jørgensen og Philips 1999). En analyse er en måte å fremstille informantens måte å snakke om temaer som belyser forskningsspørsmålet. Som forsker tolker jeg hva jeg tror er informantens forståelse. Allerede under det første intervjuet merket jeg at jeg hadde startet analyseprosessen. Jeg kjente igjen enkelte diskurser, og syntes det var inspirerende. Da jeg startet transkripsjonen av det første intervjuet, gjorde jeg skriftlige notater underveis av tanker som dukket opp som var knyttet til teksten underveis i skrivingen. I analysen har jeg brukt de seks trinnene i fouchauldiansk diskursanalyse til Carla Willig (2001:109).

1. Gjenkjenne temaet som fremtrer tydelig og åpenbart i teksten.

Her identifiserer man de ulike måtene som temaene kommer til syne. Man ser ikke bare etter nøkkelord, men alt som kan henviser til temaene; både implisitte og eksplisitte referanser. Mine forskningsspørsmål omhandler hvordan man tenker om å snakke om seksualitet i terapi. En av informantene sa at hun «har et ganske avslappet forhold til seksualitet og tenker at det er ganske naturlig». Her gjenkjennes tema direkte i form av den diskursive konstruksjonen fordi seksualitet blir omtalt som naturlig.

2. Gjenkjenne bredere diskurser

Etter å ha identifisert de deler av teksten som bidrar til å konstruere temaer, ser man på forskjellene mellom temaene, eller hvilke temaer som hører sammen i en større

meningsbærende betydning; altså samle temaene i diskurser. Etter å ha gjennomgått teorien, var noen temaer lettere enn andre å sette inn under bredere diskurser. En av mine informanter snakker om at «seksualitet handler om en del av primærbehovene», og dette temaet plasserte jeg under den større diskursen som handler om at terapeuter mener at seksualitet er naturlig for mennesket, og derfor hører det med til psykoterapeuters emneområde.

3. Fokus på handling

Her ser man nærmere på konteksten som konstruksjonene finnes i. Hva oppnås ved å konstruere objektet akkurat på denne måten og akkurat der hvor det finnes i teksten? Hva er funksjonen? I hvilken sammenheng ser man det i forhold til teksten den står i?

En av informantene snakker om de situasjonene hun alltid går inn i med hensyn til temaet seksualitet. Det er når det fremkommer i terapien at det handler om overgrep eller tvang. Dette er et typisk eksempel på at hun her forteller at ved mistanke om seksuell tvang, vil hun alltid gå aktivt inn. Det er handlingen hennes, ved alltid å gå inn i temaet seksuell tvang når det kommer opp, at dette henviser den diskursen hun har om at seksuell tvang er et tema for seg som må behandles annerledes enn andre seksuelle tema.

4. Posisjonering av subjekt, altså der subjektet er.

Dette må ikke forveksles med en rolle subjektet innehar fordi den kan skiftes på. Diskurser produserer både subjekter og objekter. Implisitt i en diskurs ligger subjektposisjoner og hvilke subjektposisjoner som utløser rettigheter eller plikter. En av mine informanter snakker om forskjellene på menn og kvinner. Hun posisjonerer altså subjektet avhengig av kjønn og dermed som en kjønnet diskurs.

5. Ikke-verbal praksis kan settes inn i en diskurs.

Her ser man på sammenhengen mellom diskurs og praksis. Her gjenkjenner man praksis eller mangel på praksis, og som gjennom det tilkjenner at den er en del av en diskurs. En av informantene forteller at hun har valgt å gå på to kurs i parterapi for å lære. Denne handlingen plasserer henne i en diskurs hvor kunnskapsutvikling er viktig for psykoterapeuter.

6. Subjektivitet.

Dette er den måten som subjektet stadig ser verden på og som går igjen; hva subjektet tenker, føler og erfarer, og som gjør at man er innenfor en diskurs. En av informantene forteller at «det knyter seg» inni henne når hun snakker med et par hvor de er blitt enige om at kvinnen

skal kunne ha sex med andre menn. Ved å fortelle om denne følelsen vil man kunne plassere henne inn i en diskurs om at hun ikke synes det er greit å ha flere sexpartnere i et ekteskap.

Med diskurspsykologi analyserer man teksten med tanke på å finne posisjoneringer (ibid.), med andre ord hvordan subjekter bruker diskurser og hvilken effekt det får. En informant fortalte hvordan hun i starten av alle nye terapier fortalte klientene hvilke emner som terapien kunne omfatte, hvor seksualitet ble nevnt som et av temaene. Dette viser diskursen hun ønsker å formidle til sine klienter, nemlig at seksualitet er greit å snakke om i terapi.

Man kan også se på variasjonene i hva folk sier, eksempelvis om de motsier seg selv. Alt avhenger av kontekst og hva som passer. En av informantene snakker om at hun fordømmer bruk av porno. Samtidig sier hun at hun må prøve å forstå det, altså en diskurs om at porno er akseptabelt. Tabuisering av visse emner kan gjøre at man velger diskurser fremfor andre. En informant forteller om kollegers tilbaketrekning, at de er feige når vold kommer opp i terapi. På denne måten får hun frem sin diskurs om at vold må en terapeut snakke om. Dette kan si noe om diskurser man fortrenger; å hevde sin diskurs gjennom å uttrykke hva andre mener. En informant sier at klientene blir overrasket over at hun tør å ta opp seksuelle temaer i terapi. Dette tolker jeg som informantens diskurs om at hun tør noe, som blir sagt gjennom beskrivelse av hva andre uttrykker.

3.6 Egen refleksjon

I en diskursanalyse skal forskeren finne sine egne tolkninger av hva informanten mener om temaet. Og dette er påvirket av mine diskurser om emnet. Slik er det på et vis flere parter involvert. Hva informanten sier i ord, hvordan jeg tolker dette. Samtidig har informanten og jeg en samtale, som begge blir påvirket av. Jeg opplevde å ha god kontakt med informantene og med god flyt i samtalen. De snakket lett og åpent om emnet. Jeg er klar over at jeg i forskerrollen har med hele meg, altså mine personlige og profesjonelle erfaringer og meninger (Jørgensen og Philips 1999). Jeg er selv familieterapeut, så jeg kunne lett identifisere meg med informanten og terapirollen. Jeg har jobbet utelukkende med seksuelle problemer i 10 år, og jeg har utdanning i sexologi. Analysen og drøftingen bærer nok preg av mitt ståsted som en ikke-vitende terapeut, opptatt av å dekonstruere diskurser, en som er trygg i møte med klienter med ulike seksuelle problemstillinger. Jeg oppfatter meg ikke som normativ, men har stor bredde på hva som er menneskers ulike behov og hva som kan integreres i et parforhold.

Jeg mener at jeg har utviklet meg i min selvrefleksivitet og at jeg i høy grad avgrensner meg i terapeutrollen. Disse momentene kan ha gjort at jeg lettere oppdager viktige funn i teksten, samtidig som jeg er så kjent og trygg med problemområdet og i terapirollen at jeg nettopp av den grunn kanskje lettere kan overse viktige uttalelser fra informantene. Jeg vil hevde at det er mange som har seksuelle problemer, som de aldri får hjelp med og som kan forringe deres livskvalitet i betydelig grad. Sannsynligvis har dette også påvirket spørsmålene og analysen. Så jeg ønsker virkelig å utforske dette temaet, med en forhåpning om at de diskursene som fremkommer, kan føre til en endring på både individ- og samfunnsnivå på sikt. Jeg vet at jeg har denne intensjon. Og det påvirker meg, til tross for at jeg under intervjuene og i analysearbeidet forsøkte å være så nøytral som mulig.

3.7 Forskningsetiske overveielser/tillatelser

Alle innsamlede data er behandlet konfidensielt og er blitt oppbevart etter samme kriterier som gjelder for pasientjournaler. Studien ble meldt til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS), med svar om at studien ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (vedlegg 6). Jeg har ikke intervjuet klienter og derfor har det ikke vært nødvendig med søknad til regional etiske komité. Alle informantene har signert på samtykkeskjema (se vedlegg). Analysen kan karakteriseres som en dialog mellom forskerens og informantens forståelse (Thagaard 2009). Forskerens analysebearbeiding består av å bringe egen tolkning inn i materialet. Derfor er det forskerens faglige perspektiv som avgjør utformingen av strukturene av analyse og tolkning. Thagaard (ibid.) holder fram at det er knyttet etiske dilemmaer til denne situasjonen. Forskeren gjør sin egen fortolkning av hva informantens selvforståelse er. Det kan derfor oppstå dilemmaer med å få frem det fortolkede budskapet, samtidig som informantenes anonymitet skal ivaretas. Alle intervjuene er forsøkt anonymisert slik at informantene ikke kan gjenkjennes. Hendelser som er lett gjenkjennbare, har jeg omskrevet. Dette er forsøkt gjort uten å miste meningsinnholdet. Makuleringsdato for lydbandopptak er satt.

Gjennom et informasjonsskriv (vedlegg har jeg informert alle informantene på forhånd om hensikten med undersøkelsen og om hvordan resultatene skal formidles og brukes. De har også blitt informert om at de når som helst, og uten begrunnelse, kan trekke seg fra studien (se vedlegg 5). Før intervjuene ble gjennomført, informerte jeg også muntlig om dette. Da studien inneholder sensitive tema, har jeg underveis vurdert at respondentene ikke i ettertid skulle få

problemer på grunn av det som kom frem under intervjuene (Thagaard 2009). Det er kjent at hvis informanten kjenner igjen egne utsagn i teksten i en analytisk sammenheng der forskeren utvikler og provoserer slik at det bryter med egen selvforståelse, kan det føre til konflikter, som inntil da har vært latente (ibid.). Før intervjuet informerte jeg derfor om at utsagn kunne oppleves som ikke gjenkjennbare når de ble fremstilt i min analyse.

4 Analyse og funn

På grunnlag av transkripsjonsteksten har jeg utført analysen. Når jeg har lest og lyttet til teksten, har jeg festet meg ved det som omhandler forskningsspørsmålet «hva tenker familieterapeuter om å tematisere seksualitet i terapi?». Disse funnene har jeg så samlet i overordnede temaer eller diskursive konstruksjoner. Noen har jeg delt inn i underpunkter. På denne måten avgrensers jeg analyseområdet, og analysen blir dypere og mer spisset. Jeg har samlet analyse og funn da det er en mer logisk måte for meg å jobbe med teksten på. Dette er mye brukt i kvalitativ forskning (Willig 2001).

4.1. Seksualitet er naturlig for mennesket og bør derfor tematiseres i terapi, og initieres av terapeuten

4.1.1 Seksualitet er naturlig for mennesket og derfor naturlig tema i terapi

Eli: Men det går jo ikke an å legge bort seksualiteten. Han kan jo ikke si til henne at hun bare skal legge bort en halv side av seg selv.

Elis uttrykksmåte «en halv side av seg selv» sier noe om den store plassen, altså halve mennesket, som seksualiteten har. Men denne uttalelsen tolker jeg henne som om seksualitet er naturlig for mennesket og i et parforhold. Hun sier at man kan ikke legge bort en halv side av seg selv; dette som et uttrykk for en iboende seksualitet i hvert individ. Den er naturlig forekommende og kan derfor ikke legges bort. Jeg oppfatter det som en slags menneskerett å få leve med sin seksualitet. Jeg oppfatter ordet naturlig som et normativt ord og ikke som deskriptivt. Bruken av ordet fremmer en diskurs der det naturlige og seksualiteten hører sammen med mennesket. En motdiskurs kan være at seksualiteten er et spesielt og vanskelig tema som bare sexologer kan behandle, altså en diskurs om at dette ikke er tema i familieterapi. Foucault (1999) bruker betegnelsen «scientia sexualis» om en diskurs der seksualitet anses som et biologisk fenomen, som handler om reproduksjon hvor følelser, lyst og lengsler ikke har noen plass. Alt annet er avvik og bør behandles som sykdom. Kinsey var den første vitenskapsmannen som skrev om hvordan folk har seksualitet, og med denne forskningen åpnet det seg opp en større normalisering av ulike seksuelle handlinger som ikke var rettet mot reproduksjon (Langfeldt 2005). Giddens (1992) teori om «rene forhold», omhandler dagens seksuelle likestilling av partene i et forhold. Som en logisk konsekvens må

det forhandles frem løsninger ved ulike behov. Dette hevder også Schmidt (1996), at den liberale diskurs som oppsto etter likestillings på 60- og 70-tallet innebærer en likeverdig forhandlings-situasjon for par. Og her ligger nettopp grunnen til at seksualitet kan føre til problemer i et forhold, ved at partene har ulike behov. Dette er sammenfallende med Elis uttalelser, at seksualitet ikke kan legges bort, hvis den ene har behov for det. Det krever at det reflekteres rundt det, og derfor er det naturlig å åpne opp for det i parterapi. Jeg tolker Eli slik at hun opplever et slags ansvar fordi hun tenker at seksuelle problemer kan høre med i psykoterapi. Familieterapi har et relasjonsperspektiv og en sirkulær forståelse (Jensen & Ulleberg 2011). Enkelte seksuelle problemer kan forklares med en årsak-virkning forståelse, men ofte har det sammenheng med relasjoner og påvirkning av ytre faktorer. Dette er diskursen om seksualitet i mennesket som er naturlig og som dermed hører med i parterapi.

I følge WHO (2006a) sin definisjon av seksualitet kommer det tydelig frem at seksualiteten er naturlig for mennesket, og at den påvirker vårt samspill med andre. Gagnon og Simon (2005) hevder at seksualiteten ikke bare er en biologisk drift, men at mennesker lærer å være seksuelle gjennom de samme mekanismer som de bruker på å lære annen sosial adferd på, gjennom å strekke seg etter normen. Det er en individuell tilpasning gjennom en akkumuleringsprosess i livet som danner hvert individs mønster. Jeg ser dette som et uttrykk for at seksualiteten er tilstede mer eller mindre gjennom hele livet, og som kan være i endring. Hvis ikke opplevelsen av parets seksualitet er gjenstand for refleksjon, kan konsekvensene være en skjevutvikling (Vildalen 2014, Langfeldt 2013). Dette er altså en konsekvens hvis ikke seksualiteten tematiseres.

Marie: Men jeg la merke til at det var veldig mange gamle bøker på arbeidsplassen min om sex og en bok, som jeg bare måtte beholde: «Kvinnens seksuelle ansvar». Den var så pass interessant at jeg bare måtte gripe den, og jeg ble overrasket over at jeg fant så utrolig mange bøker som omhandler dette temaet, og så lite vi snakker om det her i dag. For det synes jeg at vi gjør, vi snakker veldig lite om det. Jeg har nesten en følelse av en motsatt utvikling.

Her snakker Marie om overraskelsen over disse bøkene som hun fant, og hvor mange det var, med bakgrunn i så lite de likevel snakker om seksualitet på arbeidsplassen i dag. De gamle bøkene tilstedeværelse, og det store antallet, forteller om en kultur som har vært på kontoret tidligere, for noen tiår siden da det var mer vanlig å snakke om seksualitet enn nå. Dette

sammenfaller med Markovic (2007) sitt funn når hun har gått igjennom litteratur om systemisk terapi. Der kommer det frem at det er et marginalisert tema, som blir tematisert hvis terapeuten åpner for det. Flere studier viser at seksualitet er et marginalisert tema i psykoterapi (Markovic 2007, Harris og Hays 2008, Træen og Schaller 2013). Marie sier: *vi snakker veldig lite om det*. Jeg oppfatter henne slik at tatt i betraktning den viktigheten som hun mener ligger i å snakke om seksualitet, er det for lite samtale om det i dag. Jeg tolker henne som om det blir en slags diskrepans mellom det behovet hun tror klientene har, og det som er praksis i dag. Hun sier denne setningen to ganger, noe som forsterker det hun sier. Her utdyper hun det en gang til, når hun sier *en motsatt utvikling*. Norske spesialister i sexologi skriver at seksualiteten mangler i helsevesenets møte med klienter. Seksualitet er et tabuisert tema. De forklarer det med seksualitetens manglende plass i utdanning av helsearbeidere, i tillegg til det fravær av et seriøst og faglig fokus i samfunnet vårt (Almås og Benestad 2006, Langfeldt 2013 og Vildalen 2014). Jeg tolker Marie som bekymret over utviklingen. Dette sier meg noe om hennes diskurs om hvor viktig hun mener seksualiteten er i menneskers liv og som et naturlig tema i terapi. Jeg tolker utsagnet hennes om en negativ utvikling, at tematisering av seksualiteten i terapi er blitt mindre enn den var, og dermed et tilbakeskritt.

Helsevesenet har vært fraværende i å inkludere seksualitet i helsevesenet (Harris and Hays 2008, Vildalen 2014, Langfeldt 2013). Når man vet at det offentlige helsevesenet ikke har egne spesialister i sexologi, er psykoterapi en mulighet for klienter til å åpne opp for det. Jeg tenker at dette handler om en diskurs om at seksualitet er naturlig, og at det av den grunn bør inkluderes i psykoterapi. Psykoterapi omhandler menneskets følelsesmessige og kognitive vanskeligheter eller utfordringer.

Ida: Og forøvrig jobber vi med problemstillinger knyttet til vold, seksualitet, utroskap, sorg og andre typer hendelser som er vanlige i et livsløp. Så allerede i de første minuttene av samtalen vår, har jeg sagt ordet seksualitet. Så det er liksom en ramme som signaliserer, tenker jeg. Hvis det er en del av temaet, er det mulig å snakke om det her.

Ved å si til alle klienter at hun jobber med seksualitet, tolker jeg Ida slik at hun ser på temaet som naturlig i jobben sin på et familievernkontor. Jeg oppfatter henne slik at hun bevisst har denne innledningen for å klargjøre hva terapien kan inneholde. Samtidig synliggjør hun sin diskurs om at seksualitet naturlig hører med til et parforhold og at eventuelle problemer kan tematiseres. Å ha en felles forståelse av hvilke terapeutiske mål som settes, med andre ord

hvilke temaer som kan behandles i terapi, er en del av den terapeutiske alliansen (Dallos og Draper 2007). Seksualitet er i en særstilling med hensyn til å kunne snakkes om i andre enn private relasjoner. Av denne grunn ble PLISSIT-modellen utviklet. Den tydeliggjør også at terapeuter må gi tillatelse (‘permission’) til klienten om at seksualitet er et område de kan snakke om (Annon 1976). Idas måte å introdusere temaet på gir tillatelse til å ta opp seksuelle temaer. Implisitt ligger også en bekreftelse i at hun ønsker å samtale om emnet.

4.1.2 Mange sliter med seksuelle problemer og har vanskelig for å ta det opp

Eli: Det er både hva som kommer frem i presse og media, at det er mange flere enn vi tror som sliter med seksuelle problemer. Og så hører du at det er mange som har det vanskelig, ikke helt vet hvordan de skal nærme seg hverandre, kanskje spesielt etter utroskap. Og ikke er det noe sted de kan henvende seg med det.

Eli tror at det er mer av seksuelle problemer enn det folk flest tror. Hun både hører og leser om det. Hun har en diskurs om at seksualitet er naturlig. Og hun er opptatt av å ta opp seksuelle problemer i terapi. Ved et positivt syn på at seksuelle problemer finnes, og en forståelse av at det finnes få steder man kan få hjelp, vil hun sannsynligvis lettere enn de som er uenige, fange opp trender om dette i samfunnet. Norsk forskning viser til at 13 % av menn og 37 % av kvinner har redusert lyst i så stor grad at det fører til stress (Træen og Stigum 2010).

Utenlandske studier viser til enda høyere funn (Træen og Lewin 2008). Vansker med å ta det opp i terapi, kan ha mange årsaker. Når man følger de historiske og samfunnsmessige kummerlige forhold som seksualitet har måttet leve under i den vestlige verden som Foucault (1999) beskriver, er det rester av dette som fremdeles eksisterer. Det har også pågått en debatt innad i det psykoterapeutiske fagmiljøet om klienter kan ta skade av eksponering av traumatiske opplevelser som voldtekt i terapirommet. Noen hevder at det kan skje en re-traumatisering av klienten hvis de eksponeres for traumeminner. Andre mener at nettopp eksponering av traumeopplevelsen er en terapeutisk form som er nødvendig for mange for å kunne romme traumene og for å komme videre (Hokland 2006). Forskning viser at enkelte vil kunne oppleve en re-traumatisering ved å eksponere seg for traumeopplevelsene (ibid.). Dette tror jeg ikke bare handler om faglige argumenter, men om at enkelte terapeuter projiserer sin egen redsel for å gå inn i seksuelle traumer over på klienten gjennom å hevde at klienten kan re-traumatiseres. Almås og Benestad (2006) mener at re-traumatisering kan forkomme i terapi

ved mangel på respekt for avtaler, ved maktovergrep og uklare sosiale grenser mellom behandler og klient. Denne debatten tror jeg er blitt fanget opp av terapeuter som vanligvis ikke jobber med seksuelt traumatiserte klienter, og at de overfører denne redselen for å re-traumatisere til å gjelde alle seksuelle problemer. Derfor blir seksuelle problemer generelt et farlig område, som man ikke våger seg inn i. Dette tror jeg kan handle om kunnskapsmangel, en redsel for å påføre skade eller som en unnskyldning for seg selv fordi man kan føle ubehag ved å snakke om seksualitet. Eli skjønner at det er et problem som ikke samfunnet tar seg av i samme grad som andre helseproblemer. Dette blir også fremholdt av Vildalen (2014). Når man ser hvor tabuisert seksualitet som tema er i samfunnet, skjønner man sammenheng med at det kan være vanskelig å tematisere profesjonelt når terapeuten ikke har profesjons-tilknyttet kunnskap og samtale trening. De må bruke sine egne personlige erfaringer. Når hverken de politiske myndigheter eller helsevesenet ser de helseproblemene som seksualitet kan medføre, og at det i tillegg er et tabuisert tema i resten av samfunnet, fører det nok ofte til at folk blir gående med problemene sine uten å få hjelp til å løse dem (Langfeldt 2013, Vildalen 2014, Almås og Benestad 2006). Per i dag finnes det svært få henvisningsmuligheter til terapeuter med spesialkompetanse på seksuelle problemer. Når forskning også viser at psykoterapeuter tematiserer seksualitet i liten grad, kan det være en logisk konsekvens av at seksuelle problemer blir holdt tilbake (Træen og Schaller 2013).

Maria snakker om hvordan hun skjønner at klientene har problemer med sexen.

Marie: De bruker de ordene at vi er ikke kjæresten lenger, og da hører jeg det veldig lett at vi er ikke intime på samme måten som vi har vært før (pause) at vi (pause) vi er ikke nære, altså nære er vel et ord som vi bruker mye som er ... - jeg er jo bevisst på ikke å gå inn og kalle en spade for en spade, fordi at det kanskje, det kan godt være at det er feilaktig, men det har jeg ikke veldig inntrykk av, og jeg synes at jeg får bekreftet det at det er litt varere for noen å gå rett inn og snakke om seksualitet, så det å bruke ord som nærhet, intimitet, kjæreste, det er en slags sondering for meg, hvor vi kan bruke de ordene uten å snakke direkte.

Ved å benytte de ordene som klientene bruker, når hun skjønner at de ønsker å snakke om seksualitet, så sier hun noe om måten seksualitet som tema snakkes om, en slags indirekte ordbruk om seksualitet, som begge parter skjønner. Jeg opplever at hun har en varhet for disse ordene som kan handle om klienters seksualitet, og at hun lett får teften av teamet gjennom klientens hentydninger. Hun lager flere forbehold for om dette er slik, men hun ender opp

med å si at *hun ikke har veldig inntrykk av at det er feil*. Dette kan handle om at Marie er usikker på hva som egentlig er det riktige. Derfor tar hun forbehold om uttalelsen sin. Men det kan også være at hun ikke ønsker å komme med bastante utsagn, fordi hun ønsker å gå frem i takt med klienten. Og at hun har erfart at det vil være ulikt for klientene hvor direkte eller indirekte hun kan snakke. Dette handler om det analoge uttrykket som er med å skape gjensidig resonans (Jensen og Ulleberg 2008). Hun er opptatt av gjensidig resonans, og da bruker hun varhet for å føle seg frem til hvilke ord hun kan bruke. Hun ønsker å bekrefte og anerkjenne klientens problemer. Hun er opptatt av å få en allianse. Hun velger ikke å kalle en spade for en spade, men bruker ord som intimitet, nærhet og kjæreste. Når seksualitet sjelden blir tematisert hverken profesjonelt eller privat, blir det ofte vanskelig for terapeuter å vite hvilke ord hun kan bruke. I norsk språk er det vanskelig å finne gode, allment aksepterte ord som samtidig er spesifikke nok til å beskrive det ønskede. Ved penetrasjonssmerter i skjedeinngangen ved samleie har man store valgmuligheter for bruk av ord. Alt fra: «det er ubehagelig der når vi, ja, når vi...» til «jeg har vondt i fitta når vi knuller». Både terapeut og klient kan være usikre og nølende i valg av terminologi, særlig når terapeuten er uvant med å tematisere seksualitet og klienten merker usikkerheten.

Helle snakker om hva som påvirker henne i møte med seksuelle tema.

Helle: Det er det som er erfaringen, å gjøre det mange ganger, så blir det mer ord på det som egner seg til terapiprat – hvordan jeg skal uttrykke meg, hvordan jeg kan spørre og samtidig ivareta en viss sjenanse både hos paret og eventuelt hos meg. I hvert fall hos dem.

F: Ja, at du skal ivareta dem for du tenker at det er en slags sjenanse der

Helle: Ja, det er jo veldig privat, ikke sant? Og hvordan lager jeg en ramme for at noe så privat kan snakkes om uten at det er å løpe inn med en hammer, hvis det oppleves sånn.

Helle er opptatt av hvordan hun skal uttrykke seg fordi temaet er vanskelig. Hun sier at hun ønsker å ivareta en sjenanse hos dem og kanskje hos seg selv. Hun tar altså for gitt at de har en sjenanse knyttet til teamet. Og så blir det opp til henne å finne en måte, de riktige ordene. Jeg opplever at hun føler at det ligger mye ansvar hos henne. Og dette ansvaret må hun løse selv. Hun tar også for gitt at seksualiteten er veldig privat, og hun er redd for å løpe inn med en hammer. Ved å bruke denne metaforen, ser jeg for meg at hun slår dem i hodet med en hammer. Hun er redd for å gjøre noe forferdelig, gå over streken, skremme dem. Det sier meg også hvor utrolig varsomt hun mener at hun må gå frem når alternativet er et slag i hodet med

hammeren. Tatt i betraktning Helles erfaringer fra overgrep, tolker jeg at dette kan handle om hennes redsel for det som er vanskelig i henne, og så projiserer hun denne redselen over på klienten.

Marie: Ved andre problemer i en kjærestereelasjon som krangling for eksempel - da blottstiller folk de tåpeligste krangler, og da snakker vi om det. Vi har en kultur fremdeles, man stiller ikke spørsmål i min vennsammenheng, vi snakker ikke eksplisitt om sex, hvor gjør man det egentlig?

F: Så du tenker at det speiler samfunnet da, at seksualiteten er en litt hemmelig uttafordel i de fleste sammenhenger, som du ikke snakker om med venner, ja, og i lunchen her på jobb for eksempel (begge ler).

Marie: Vitser, å være litt morsomme, man snakker om sex som om det er så lett å snakke om, og så er det ikke lett å snakke om når det kommer til stykket, når man skal gå helt inn i hvordan man tenker selv om ting.

Her snakker Marie om den særstilling seksualiteten som tema har både i terapi og i samfunnet forøvrig. Hun sier at *da blottstiller folk de tåpeligste krangler*. Jeg tolker henne slik at klienter lett kan fortelle om det som hun mener er litt tåpelige krangler. Her har de med andre ord ingen sperrer for hva de deler i terapi. Men når det gjelder seksuelle temaer så kommer de i en særstilling. Her kommer Marie inn på hvordan man snakker om sex i samfunnet. Ved utsagnet: *vi snakker ikke eksplisitt om sex, hvor gjør man egentlig det?* mener hun at sex er et ikke-tema i samfunnet. Det snakkes ikke om, i hvert fall ikke hvis *man skal gå helt inn i hvordan man tenker selv om ting*. Ordet egentlig uttrykker noe absolutt. Jeg forstår henne slik at hun stiller spørsmål ved noe som bare har ett svar, men som hun oppfatter som litt håpløst, nemlig at seksualiteten ikke blir snakket om. Jeg tolker henne veldig vidt, at hun mener at man heller ikke innen et parforhold snakker så mye om sex.

Hun snakker også om måten seksualiteten kan snakkes om, nemlig med humor. Det er tillatt i samfunnet. Humor legitimerer sexprat, men bare hvis det er humor. Hun snakker om samtaler med venner, hvor det heller ikke foregår sexprat. Jeg oppfatter henne slik at blant venner er dette noe man kan snakke mye om, men heller ikke her er sexprat en naturlig i samtalen. Når jeg nevner det å snakke om sex i lunchen på jobben, så ler vi begge. Dette ser jeg som et uttrykk for at det er helt utelukket, så utelukket, at vi begge ler. Implisitt ligger at hun ikke tar

utsagnet mitt som et reelt spørsmål, men mer som en morsom kuriositet, et tankespinn. Hun speiler samfunnet. Sexprat er tabu, bortsett fra når det snakkes humoristisk om det.

4.1.3 Terapeuten må kunne initiere tematisering av seksualitet

Marie: Jeg gikk på et kurs hos Espen Esther og Elsa Almås. Det er fryktelig mange år siden. Jeg tenker at det er 15 år siden eller noe sånt. Men ting som jeg tok med meg fra det kurset, var det å ha tillatelse til å gå inn der, at det er viktig, men at det går på å lese signaler, og ord og vendinger, men at det også er andre veien, og at jeg må tydeliggjøre at det går an å snakke med meg om det, og det gjorde veldig inntrykk på meg den gangen, og da tenkte jeg at det er viktig å ta med seg; at jeg må signalisere når jeg har anledning til dem, hvis jeg har en følelse av at dette er et område som det hadde vært fint å snakke om - og så må jeg på en eller annen måte hentyde.

Her snakker Marie om hvordan hun ved å komme innpå seksualitet, viser klientene at hun kan snakke om det. Hun nærmer seg, men spør ikke direkte. Jeg tolker henne slik at dette er et tilbud fra henne til klientene som de selv velger om de vil ta i mot eller ei. Hun sier at å ha en tillatelse til å gå inn i det, er en viktig rettesnor for henne. Jeg tolker det som om hun mener at klienten kan ha grunner, og det er en rett for dem til ikke å snakke om emnet hvis de ikke ønsker det. Jeg opplever henne som respektfull for klientens behov. Hun legger trykk på det to ganger, og jeg oppfatter det som en forsterkende måte å si det på. Dette handler om klientens rett til ikke å ville snakke om seksualitet. Det er en kjent sammenheng mellom skam, dårlig samvittighet, skyldfølelse og tilbakeholdelse av seksuelle temaer (Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014). Det kan være mange grunner til dette, men poenget er at Marie respekterer det. Den australske studien viser at terapeutene trodde at en av hindringene til at det er vanskelig å tematisere seksualitet i terapi, er grunnet ubalanse i makt mellom terapeut og klient. Grunnet terapi som konsept, kan det være at klienter føler seg i en underlegen posisjon og dermed ikke tør å bringe opp et seksuelt tema. De kan være redde for at det ikke passer, at terapeuten blir avvisende og at det vil føre til kortere terapiforløp enn ventet. Når terapeuten var komfortabel med det seksuelle temaet, var det som sterkest påvirket, om hun initierte en samtale om emnet (Harris og Hays 2008). Denne studien så ikke på sammenhenger mellom å være bekvem og følelser i terapeuten. Den undersøkte sammenhenger mellom utdanning i sexologi, kunnskapsintegrering, veiledning og klinisk erfaring i å tematisere seksualitet i terapi med hensyn til å kjenne seg komfortabel med og

dermed terapeut initiert samtale (ibid.). Det dreide seg både om ulikhet i kjønn, alder og seksuell orientering (Markovic 2007). Ingen av disse funnene er i min studie Dette kan være terapeutens egne diskurser som uttrykkes gjennom klienten. Det den australske studien kan si noe om, er at enkelte mennesker ikke tar opp seksualitet som tema fordi terapeuten har feil alder, kjønn eller seksuell legning. Jeg tror at jo vanskeligere et problem er for klienten, jo mer var blir hun for hvem hun skal dele det med. Mange håper at problemer skal gå over med tiden, noe som ofte skjer med problemer. Min erfaring er at enkelte mennesker trenger lang modningstid før de kan ta opp vanskelige emner. En invitasjon til å snakke om det kan være med i denne modningsprosessen, noe som også støttes av erfarne sexologer (Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014).

4.2 Terapeutens personlige liv påvirker det profesjonelle uttrykket

I analysen fremkommer det en tydelig diskurs om at informantene merker, føler eller vet at deres tidligere personlige erfaringer er med dem i profesjonelt liv. Jeg har delt analysen i to. Den første delen inneholder tekst der de selv trekker frem at tidligere erfaringer er med i terapirommet. Den andre delen belyser når deres tidligere erfaringer blir en hindring i deres profesjonalitet.

4.2. 1Terapeutens personlige forhold til seksualitet er med i terapi

Idas far drev en privat institusjon for psykisk utviklingshemmede. Hun var mye sammen med beboerne, og jobbet der i feriene gjennom flere år.

Ida: Jeg tenker at jeg som 18-19 åring tok med noen av beboerne for å kjøpe is, så har den ene kneppet opp buksa og sitter og masturberer på en benk midt i småbyen vår, hvor det er mange forbipasserende, mens den andre er på vei til noe annet. Og sånne typer situasjoner gjør at du bare erfarer at jammen dette går jo bra. Det at folk blir sjokkerte - det er jo en del av vedkommende sin måte å være i verden på. Jeg tenker at det jeg har fått være med på som ung, har jeg, sett at grensene tøyes ganske mye, og det skjer ikke noe fælt. Folk kan rynke på nesen - ser litt brutalt ut, men det skjer jo ikke noe mer enn det. Det er jo bare nakenhet. Så tenker jeg at det har vært en grei læring i forhold til at jeg også kan holde ut i en del ubehagelige ting, for det går jo over, det går greit. Det er litt spennende å se hva som skjer i en selv og i andre når man snakker om noe som er uvant.

Ida forteller om episoder med nakenhet og seksualitet som hun mener har vært med på å forme hennes avslappethet i forhold til å snakke om seksuelle emner. Hun har lært å holde ut ubehagelige ting. Hun sier *grensene tøyes ganske mye, og det skjer ikke noe fælt*. Det sier meg at det hun var redd for, ikke skjedde annet enn at folk ble *sjokkerte - kan rynke litt på nesen - ser litt brutalt ut, men det skjer ikke mer enn det*. Jeg tolker det som det gikk bedre enn hun hadde fryktet. Denne situasjonen med beboerne som viser nakenhet og seksualitet, gir et godt bilde på seksualldiskursen i samfunnet vi lever i. Det er ikke mer enn 60 år siden at enkelte barns hender ble bundet fast i sengen om natten for å forhindre onani (Langfeldt 2005). Nakenhet er tabu, og seksualitet er tabu i dag. En dominerende diskurs i dag handler om at seksualiteten tilhører det private, og skal ikke blottstilles for allmennheten. Denne diskursen viser seg gjennom at den private sfære deler man ikke med andre, kanskje bare med en kjæreste eller med de aller nærmeste. Dette er noe man verner om. Ingen skal få innsyn, og det tales ikke om. Kontrasten er det som fremkommer i media, film og reklame. Her overeksponeres seksuelle uttrykksmåter slik at mange føler at det blir for mye. De ønsker det ikke. På grunn av dette paradokset tror jeg mange har behov for å gjøre det private enda mer privat. Når det private kommer for nære de som er utenfor den private sfære, opplever mange det som ubehagelig fordi dette er privat og ikke for utenforstående. Hvis vi derimot hadde en seksualldiskurs om seksualiteten som naturlig, hadde forbipasserende som så gutten som spiste is og onanerte på en benk, registrert det hun så, og tenkt at det er godt med fint vær og at barna kan nyte solen, isen og årstiden. Så hadde hun kanskje tenkt at dette sannsynligvis er en funksjonshemmet gutt, som bryter tabuet med å onanere i et offentlig rom. Og så hadde de ikke latt seg merke mer med det. Ida sier at det til og med oppleves litt spennende. At hun bruker ordet spennende, tolker jeg som at hun synes dette er noe positivt og utfordrende i livet hennes, noe hun ikke ville vært foruten. Dette ser hun at hun har taklet bra, og da var det verdt å stå i det. Jeg oppfatter henne som om hun mener at opplevelsene også har overføringsverdi *til å holde ut i andre ubehagelige situasjoner*. Dette er med andre ord en god erfaring som har gitt henne en følelse av mestring. Erfaringen har vært med på å gjøre henne mer avslappet i terapeutrollen. Dette samsvarer med Jensens forskning om at personlige erfaringer er med i profesjonell praksis. Han fant at noen temaer er sterkere med enn andre, og det er blant annet seksualitet og kjærlighetsliv, samt temaer som er sterkt moralsk befengt (Jensen 2008). Dette vil være en logisk følge når man ser på seksualitetens plass i norsk historie og samfunnsutvikling. Synet på seksualiteten er en videreføring av Foucaults *scientia sexualis*, der man er opptatt av de seksuelle prosesser i reproduksjonen, men ikke nytelses- eller

handlingsaspektet ved seksualiteten(1999). Mitt inntrykk er at bortsett fra i det sexologiske fagmiljøet i Norge er det svært få steder hvor seksualitet blir seriøst diskutert.

F: Er det andre ting i ditt personlige liv som du tenker påvirker dette. Eller som du kan ha med deg og som påvirker dette med å snakke om seksualitet? Du snakket om at du hadde vært utsatt for overgrep.

Helle: Ja, og så er det å ha sex veldig bra, jeg har begge deler, jeg har begge deler.

Når jeg spør om hva som påvirker henne og nevner at hun har vært utsatt for seksuelle overgrep, svarer hun ja, og går raskt over til å si at hun også opplever å ha veldig god sex. Jeg oppfatter det som om hun ønsker å fortelle at hun også har gode sexopplevelser, at hun har begge deler. Det er mulig at hun sier det for å fremheve overfor seg selv at hun også har de gode opplevelsene, at de negative opplevelsene ikke skal få ta for stor plass. Hun gjentar seg selv. Jeg tolker dette som om hun blir sittende litt i egne tanker å dvele over det hun har sagt.

Helle: Ja, det absolutt en gradering, eskalering. Det er noe som er mye lettere å snakke om enn annet

F: Hva tenker du er lettest?

Helle: Overgrepene er vanskelige. Det vil jeg absolutt tro.

F: Tenker du da i forhold til deg selv, dine egne erfaringer?

Helle: Ja, jeg synes jo i grunn at det er ganske slemt. Så vil ikke kunne synes at det er lett. Og da må jeg jo finne en link. Komme inn i empatien eller en knagg hos den andre. At det blir et fellesfokus.

På spørsmål om hva som er lettest å snakke om, svarer hun med å uttrykke det som er vanskeligst, nemlig om overgrep. Det sier noe om hvor overveldende disse vanskelige følelsene er, og jeg tror det betegner en erkjennelse av redselen for hvordan hun skal mestre det. Her snakker Helle om hvordan hun tror det blir å snakke med noen om temaet overgrep. Som terapeut har man med seg sine personlige erfaringer. Når man som terapeut blir eksponert for temaer som er sterkt følelsesfremkallende i eget liv, kan man kjenne en personlig resonans (Jensen og Ulleberg 2011). Jeg ser dette som en normalreaksjon. Jensen (2008) fant i sin studie at terapeutens personlige erfaringer er med i det profesjonelle uttrykket. Resonansen har to sider. Helle kjenner begge, både den personlige resonansen, at

hun vet at dette handler om hennes opplevelser, men at hun også kjenner en relasjonell resonans i samklang mellom det som kommer opp av egne erfaringer og det som kommer opp i terapi. Og så er det et forhold mellom disse to igjen. Her viser Helle en selvrefleksiv holdning for en situasjon hun skjønner vil komme i fremtiden. Hun vet at når en klient snakker om opplevelser knyttet til overgrep, vil hun kjenne sin personlige resonans. Schibbye skriver at selvrefleksivitet er nært knyttet opp mot forståelse av klientens uttalelse (ibid.). Helle skjønner at dette hun kjenner inni seg, kan bli en hindring i alliansen med klienten. Det er hva man gjør med denne resonansen som blir det avgjørende. Norske sexologer er sterkt kritiske til den mangelfulle kunnskapsbase og mangel på trening i å snakke om seksualitet som preger utdanningsinstitusjonene i Norge. De mener at det blir opp til terapeuten selv om hun vil tåle å bli berørt av det hun hører (Almås og Benestad 2005, Vildalen 2014). Helle er tydelig på at dette er med henne, dette vanskelige, som hun tror vil bli utfordrende når hun møter det i terapi. Med hennes utsagn: *og da må jeg jo finne en link*, viser at hun ikke tenker på å trekke seg fra den. Det virker som om hun leter etter en løsning for dette vanskelige. Gjennom å beskrive en utfordrende resonans, snakker hun seg inn i en diskurs om at sex er viktig å snakke om i terapi. Enkelte terapeuter med tilsvarende erfaringer som Helle, ville lukket samtalen. For her kommer terapeutens mulighet til makt frem, hun kan overhøre eller snakke temaet ut av terapien. Dette gir handlingsrom til mot-diskursen om at seksualitet ikke skal snakkes om i terapi, som det kan være ulike grunner til. Dette handler ofte om en mestringsstrategi fordi terapeuten ikke orker å forholde seg til det hun blir fortalt eller de sterke personlige følelsene hun kjenner. Så dette er en helt bevisst holdning fra Helle. Ved å bruke ordet «ganske slemt» tror jeg at hun erkjenner at det kommer til å bli vanskelig for henne, nettopp fordi det vil vekke ubehagelige følelser. Helle fremmer her diskursen om at egne erfaringer er med, selv når hun er i terapeutrollen. Som familierapeut kommer alle før eller senere i en terapisituasjon der seksuelle temaer blir berørt. For mange vil de personlige følelsene og tanken som man ikke er forberedt på, fremkomme. Dette kan for mange bli overraskende og for mange overveldende (Almås og Benestad 2006).

Kunnskap om at de personlige erfaringene kan bli vanskelig i møte med klienter er ikke inkludert i utdanningsplanen for familierapeuter i Norge. Alle familierapeuter har en grunnutdanning før terapeut-utdanningen, men i Norge innehar pensum i helse og sosialutdanning ingen eller svært få timer om temaet seksualitet (Vildalen 2014). Marcovik (2007) sin studie viser at terapeuter som ikke var bekvem med egen seksualitet, var et hinder for å tematisere seksuelle emner i terapi. Den norske studien av psykologer viser at flere

psykologer over 45 år eller med mer enn 10 års klinisk erfaring, tematiserte seksuelle emner oftere enn de under 45 år eller med mindre enn 10 års klinisk praksis (Træen og Schaller 2013). Dette har sammenheng med at både økende alder og klinisk praksis, gir praksis og trening i å snakke som gjør at de etter hvert føler seg mer komfortable og dermed lettere initierer emnet.

Ida snakker om at disse hendelsene har vært medvirkende til at hun ikke er redd for utfordringer, noe som igjen har ført til at hun snakker greit om seksuelle emner i terapi. Men hun mener at det er flere grunner til dette.

Ida: Men det er klart at mitt forhold til seksualitet har jo betydning når jeg sitter og er medmenneske og terapeut i forhold til hva jeg tenker det er mulig å snakke om. Jeg tenker at mitt forhold til seksualitet har noe med mine toleransegrenser for å kunne snakke om seksualitet. Jeg er jo kjent med diskurstenkning og dekonstruksjon av disse.

Det jeg opplever at Ida holder fram, er at hun har et avslappet forhold til seksualitet. Hun sier at «mitt forhold til seksualitet har noe med mine toleransegrenser». Med bakgrunn i at Ida snakker selvfølgelig og avslappet om seksualitet, tolker jeg at hun har et avslappet forhold til egen seksualitet. Hun snakker om en diskurs om at det er greit å snakke om. Implikasjonen er et godt forhold til egen seksualitet, og det har gjort at hun snakker lett om seksualitet. Hun henviser til sexologisk kunnskap og erfaringen med den åpenbare seksuelle utfoldelse i et offentlig rom som ungdommene med psykisk utviklingshemming viste. Jeg oppfatter at hun har brede toleransegrenser, noe som er nødvendig for å møte ulike menneskers seksualitet. Denne diskursen er nødvendig for at terapeuten skal føle seg komfortabel i sin profesjonelle rolle, og som igjen kan føre til at terapien kan bli utviklende for klienten. Forskere har også funnet at oppveksten var med på å forme terapeutenes personlige forhold til sex (Marcovic 2007, Jensen 2008).

4.2.2 Når terapeutens personlige erfaringer blir hemmende i terapien

Marie: Nesten som å være til stede i hvordan de har sex og hvordan det oppleves, så er det litt blottstillende av hva man selv ... - hvis jeg skal komme med forslag, til hvordan det kan føles, så gjør jeg jo det ut i fra min egen erfaring, men også erfaring som jeg har hørt og sett av andre. Jeg tror det er det som gjør at det blir mer personlig. Det er jo rart liksom når jeg sier

det. Men jeg bruker jo helt trygge betegnelser og sier at mange, en del kvinner jeg har snakket med kan oppleve det sånn, eller jeg bruker generaliseringer, jeg sier jo ikke at det er mine erfaringer, men det er det at jeg er med dem inn i dette som er veldig intimt, prøver å foreslå ord og vendinger, og følelser på det som gjør at jeg kjenner at jeg risikerer noe mer enn det.

Marie forteller hvordan hun opplever det når hun snakker med klienter om sex. Hun sier at det er som å være til stede i hvordan de har sex og hvordan de opplever det. Det virker som hun går helt inn i følelsene deres, gjennom sine egne. Hun stenger ikke av egne følelser. Jeg tolker henne slik at hun lar egne personlige følelser få være tilstede, og dermed forstyrrer det hennes profesjonelle rolle. Hun føler seg blottstilt fordi hun gjennom sine forslag føler at hun utleverer seg selv og sitt private sexliv.

Jeg tolker Marie slik at hun ikke helt skjønner dette selv, når hun hører seg selv snakke om det. Hun forklarer at hun generaliserer, men til tross for dette så opplever hun at hun *risikerer noe mer*. Hun har jobbet lenge som terapeut, men kan fremdeles føle seg blottstilt og med *inn i det*. Jeg kan tenke meg at siden hun er så overrasket over dette og undrende, så avgrensner hun automatisk egne følelser i forhold til andre temaer som kommer opp i terapi. Men at det fremdeles er vanskelig å slå av de følelsesmessige private erfaringene av seksuell karakter som dukker opp i henne når sex er tema, eller spesielle team innen seksualitet. Terapeuter får tilgang til klienters intime, private rom. Intimt kan beskrives som en handling eller situasjon mellom en eller flere personer, og som er ment bare for disse. Seksuelle handlinger mellom mennesker blir i vårt samfunn sett på som svært intimt, og som de færreste deler med andre. I terapi blir disse intime rommene ofte ikke delt med terapeuten. I psykoterapi er det viktig at terapeuten kan kjenne en gjensidig resonans. Når dette skjer, oppleves en allianse med klienten som er helt nødvendig for god terapi. Terapeuter kan av og til gjenkjenne situasjoner eller følelser som klienten forteller om. Når terapeuten gjenkjenner dette og avgrensner egne erfaringer eller følelser, kaller man det gjensidig støttende resonans (Jensen og Ulleberg 2011). Denne avgrensingen av følelser er svært viktig for å kunne være en god terapeut. Det virker som Marie ikke skjønner at det er dette som skjer hos henne. Hun føler derfor situasjonen som ubehagelig og at hun risikerer noe. Klienter kan oppleve at terapeuten kan bli invaderende eller tråkke over deres grenser. Dette er svært uheldig. Jeg vet ikke hva som skjer med terapien i Maries tilfelle, men jeg antar at det ikke oppleves godt for henne. Og dette kan klienten i så fall også få en følelse av. Marie er opptatt av å bekrefte og anerkjenne klientens

opplevelser. Dette er helt vesentlig for å oppnå en allianse med klienten (Jensen og Ulleberg 2011).

Helle snakker om når den ene i et parforhold bruker porno (Case 1 om Anita og Geir).

Helle: *Jeg ville jo synes for min del at (pause) hvis jeg hadde bodd med en mann som var frenetisk opptatt av å se porno på soverommet, så ville jeg synes det var ekkelt. Ja, jeg ville synes det.*

F: *Men hvis det ikke var frenetisk, men at det var, ja, to ganger i måneden da*

Helle: *Jeg synes fremdeles ikke at jeg kunne forstå det. Da ville jeg sett på hvilken måte dette kunne forstås, og i den forståelsen går det an (pause) å utvide et perspektiv, både for Anita og Geir. Og så er det litt avhengig av hvordan - jo mer jeg tenker på det, jo mer vrir det seg. Det kommer an på hvilken type porno det er. Ja, for meg ville det handle om det altså. Jeg klarer ikke være fordømmende før jeg vet hva det handler om. Jeg har heller ikke lyst til det.*

F: *Men dette ordet fordømmende, hvor kom det inn nå?*

Helle: *Det kom inn i forhold til porno, altså egentlig skal man overhodet ikke like porno.*

Her kommer det frem hvordan Helle gjennom å sette seg inn i Anitas sted får frem sine egne følelser og holdninger. Ved å si: *jo mer jeg tenker på det, jo mer vrir det seg*, tolker jeg dette som hennes egne følelser som vrir seg av ubehag inni henne. Dette blir en bekreftelse på at Helle er imot porno. Noe som hun bekrefter gjennom å bruke ordet fordømmelse, som en slags tatt-for-gitt-het, som hun sier *egentlig skal man overhodet ikke like porno*. Hun viser til en diskurs om at porno er uakseptabelt. Hun prøver å gå inn en slags forståelse av pornobruk, og hun snakker om å utvide et perspektiv. Her kommer diskursen om at porno er akseptabelt. Her kommer det frem to konkurrerende diskurser. Jeg opplever at hun virkelig helhjertet forsøker å se annerledes på det, men så kan hun kjenne at det vrir seg. Jeg oppfatter at følelsene hennes tar overhånd, og de sier at hun kan ikke akseptere porno. Hun lar egne følelser og holdninger avgjøre hvordan hun skal forholde seg til et tema profesjonelt. Dette kan også handle om mangel på avgrensing. Foucault (1999) hevder at gjennom institusjonene og rollen som terapeut utøver samfunnets diskurser en rolle i terapisisuasjonen. Øfsti (2008) skriver om diskursene i samfunnet som overføres i terapi gjennom terapeuten. Dette er ofte de dominerende diskursene som terapeuten har som sannheter og tatt - for- gittheter. Gjennom å fremme egne diskurser kan terapeuten begrense klientens muligheter for å finne løsninger.

I den ikke-vitende posisjonen er terapeuten likeverdig med klienten. Klienten er ekspert på seg selv, og terapeuten er ekspert i metoder på å forsøke å forløse klientens innsikt i egne problemer. Ekspertrollen for terapeuten er en rolle som innebærer at terapeuten har en definisjonsmakt, som klienten kan bli utsatt for, uten selvinnsett til å skjønne hva som skjer (Jensen 2008). Dette kalles indirekte faglig kolonialisering. Når terapeuten ikke ser at det profesjonelle arbeidet styres av personlige erfaringer eller moralske verdier, kan det utvikle seg til en form for misbruk av terapeutisk makt (Jensen og Ulleberg 2011). Ved selvrefleksjon kan terapeuten bli klar over hvilke prosesser som utspilles i terapien. Hvis ikke kan terapeuten sine egne personlige holdninger påvirke klienten, ved at det blir uttrykt som tatt – for – gittheter. Ved selvrefleksjon kan Helle se at dette handler om egne diskurser. Og hvis hun oppdager at hennes personlige meninger og moral er hemmende i terapien, så kan hun sette seg inn i andre diskurser om bruk av porno.

Både Marie og Helle har med seg sine personlige følelser og holdninger inn i terapien. De klarer ikke å avgrense seg, og dette kan føre til at både alliansen og terapien blir hemmet. Det er ikke terapimetoden som avgjør hvor god terapien blir. Studier viser at det er kvaliteten på den terapeutiske alliansen som er helt vesentlig for et godt resultat (Jensen og Ulleberg 2011).

Det er gjort få studier på terapeuters opplevelse av hva som påvirker deres profesjonelle rolle. Øfsti (2008) fant i sin studie om terapeuters diskurser om kjærlighet at terapeuten har diskurser som kan bli styrende og dominerende i terapi. Gjennom sin kvalitative studie om hva som påvirker terapeutene i deres profesjonelle praksis, fant Jensen (2008) at terapeutenes personlige opplevelser og liv er med dem i den profesjonelle rollen. Særlig ved tematisering av problemer av moralsk karakter vil terapeutens personlige opplevelser fremkomme. Almås og Benestad (2006) skriver at mange terapeuter tror at de har et teoretisk og intellektuelt aksepterende forhold til ulike temaer. Da kan det oppleves både overraskende og overveldende når man kjenner på følelser og holdninger man ikke var klar over. Flere studier viser at psykoterapeuter synes at det er vanskelig å snakke om seksualitet i terapi (Marcovic 2007, Harris og Hays 2008, Træen og Schaller 2013). I Marcovic sin studie fremkommer det at terapeutenes personlige historie er med dem, og at den kan være hemmende i terapi. Jeg vil hevde at seksualitetens stilling i samfunnet i dag som et tema som ikke kan sidestilles med andre temaer, er årsak til at dette er så vanskelig i terapi. Den veldige privatiseringen av personlige seksuelle opplevelser, helsevesenets neglisjering av seksualiteten som del av helsen, utdanningsinstitusjonens ansvarsfraskrivning av å implementere seksualitet i pensum,

men derimot en over-seksualisering i media som folk stadig blir utsatt for, gir mange negative assosiasjoner til hva seksualitet egentlig dreier seg om.

Scharch (1991) skriver at tatt i betraktning av at terapeutens personlige erfaringer er med i terapien, er det merkelig at dette aspektet ikke er med i lærebøker om seksuelle problemer.

4.3. Hvis det fremkommer seksuell tvang, overgrep eller lovstridige aktiviteter i terapi er terapeuten forpliktet til å gå inn i det

Eli: *Jeg går nok for å være veldig uredd. Jeg er ikke redd for å gå inn i situasjoner, jeg er ikke redd for å ta opp vanskelige temaer. Og har det vært voldsproblematikk og sånn, så kan man ikke late som om det ikke har vært der. Og hvis man skal få til et godt og trygt samarbeid for dem også, den klienten som jeg på en måte skal støtte og hjelp, den må vite at jeg tør å gå inn i situasjoner og sette grenser sammen med den personen hvis det har vært eller er mistanke om vold/overgrep. Jeg vet at det er mange som ikke gjør det, jeg vet at jeg har kollegaer som, når vi er to terapeuter, jeg har merket at de har trukket seg veldig unna når ting blir litt, ehm, ja, (pause) - utrygge. blir feige, jatter kanskje med, særlig med den mannlige parten som er fysisk større da, tar parti der fordi de er redde for å gjøre seg upopulære.*

Eli: *Men det er klart, hvis de har spesielle behov, eller, det er store forskjeller mellom paret, og den andre er helt imot det, hva som skal gjøres, så hvis jeg opplever at det blir litt kleint, så tar jeg tak i det for da tenker jeg at det er noe annet - ja, hvis den andre føler seg seksuelt tvunget.*

Eli snakker både om sin tid i barnevernet og som parterapeut. Hun snakker om når voldsproblematikk har fremkommet: *så kan man ikke late som om det ikke har vært der.* Hun fremmer her diskursen om at terapeuter er forpliktet til å involvere seg hvis det under terapien fremkommer tvang, overgrep eller en annen lovstridig handling. Jeg opplever at dette er et helt klart standpunkt som ikke skal fravikes for henne. Ved å fortelle om kollegaers reaksjon: *de har trukket seg veldig unna når ting blir litt, ehm, ja, (pause) utrygge - blir feige, jatter kanskje med, særlig med den mannlige parten som er fysisk større da, tar parti der fordi de er redde for å gjøre seg upopulære,* viser Eli tydelig at kollegaene har en uakseptabel

fremgangsmåte. Hun ser på handlingen til kollegaene, og på den måten får hun frem egen diskurs. Ved å trekke frem denne uakseptable diskursen som hun mener at kolleger har vist, fremmer hun også den diskursen hun følger, nemlig at man ikke kan trekke seg unna situasjonen, den må man gå inn i. De trekker seg tilbake når situasjonen blir utrygg, og hun tror at det er deres redsel for å bli upopulære. Det kan høres ut at som om de blir redde, og ikke tør å stå i det. Det er tydelig at Eli også kjenner en utrygg situasjon, fordi hun bruker ordet *utrygt*, men hun tåler å stå i den, fordi hennes diskurs om å gå inn i det vanskelige er større enn hennes utrygghet. Dette handler om en utfordrende resonans, som sier noe om terapeutens følelse som utfordrende, men man velger å utfordre den (Jensen og Ulleberg 2011).

Denne uredde innstillingen som hun forklarer det med, opplever jeg at hun ikke tillater egenopplevd redsel, fordi «plikten» er det primære i situasjonen. Den norske studien om psykologers tematisering av seksualitet viste at negative seksuelle temaer om vold og overgrep var temaer som oftere ble tematiserte enn andre temaer (Træen og Schaller 2013). De mener at det store fokuset det har vært i de senere årene på vold i samfunnet generelt, men også i parforhold, fører til at flere terapeuter går inn i denne tematikken oftere enn seksuelle temaer med positive fortegn. Denne forklaringsmodellen blir fremhevet av flere (Almås og Benestad 2006, Langfeldt 2005, 2013, Vildalen 2014).

Eli snakker her om hvis hun opplever at den ene parten føler en form for tvang, så tar hun det opp. Ved å si: *og den andre er helt imot*, tolker jeg det slik at hun er var for slike uttrykk, og da tar hun det opp, med andre ord hvis motstanden går over en foreslått praksis eller handling i en slags tvunget opplevelse fra den ene partens side. Ved å uttrykke: *så hvis jeg opplever at det blir litt kleint*, forteller hun om egne følelser som kommer opp i henne, som hun tar alvorlig. Denne varheten fra hennes side tyder på at hun er klar over at vold og overgrep skjer i parforhold, og at hun lytter etter dette både i ord og nonverbale uttrykk, samt i egen resonans. Terapeuter som derimot ikke er så klar over at fenomenet vold i parforhold eksisterer, ville ikke vært var for hverken analoge eller digitale uttrykk. Da ville det heller ikke blitt punktuert av terapeuten. Denne varheten hos terapeuten som er et redskap for å forstå hva klienten ønsker å uttrykke, blir også fremhevet av flere sexologer (Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014).

4.4 Trening gjør mester

Analysen viser at terapeutene mener at flere aspekter ved deres kunnskapsutvikling er med på å bedre dem i å tematisere seksualitet i terapi.

Her har jeg analysert tekst som har med kunnskapsutvikling både gjennom kurs, bøker, foredrag, veiledning, trening ved rollespill, veiledning og fra praktisk erfaring som terapeut. Jeg har delt det inn i ulike temaer for å få en dypere forståelse av informantenes tanker og meninger innen hvert tema.

4.4.1 Faktisk kunnskap

Marie: LHBT heter det i vår bransje nå, så var jeg på et seminar for noen år siden. (pause) Dette med trans (pause) seksualitet, og da følte jeg og lærte litt om det som jeg følte er litt sånn kludrete, å forstå hvordan det kan oppleves og hvordan den verdenen er. Men sånn som jeg forstår det, så er det jo også veldig subjektivt. Det er så mange varianter av det, og da tenker jeg at da må man jo nettopp gå til de man snakker med og høre - hvordan er det for deg, og at jeg stoler på det. Fordi - folk har ikke forventninger om å få et klart svar, er jeg normal eller, hvis du skjønner, - .ha fokus på hvordan skal vi takle dette sammen.

Jeg oppfatter at det hun ønsker å formidle, er at det hun lærte på kurset, er å la subjektet, med andre ord klienten få definere seg selv. Hun legger trykk på subjektet, noe som forsterker at hun ikke nødvendigvis må inneha kunnskapen. Derimot må hun spørre hvordan klienten opplever seg. Det virker som hun er blitt mer klar over det nå. Og dermed blir kravene som hun trodde hun hadde til seg, mindre. Som hun sier «det er lite forventning fra klienten om å få et klart svar». Jeg opplever en slags lettelse hos henne. Hun forklarer hvordan det skal være: *ha fokus på hvordan skal vi takle dette sammen.* Jeg tolker dette som om hun hadde en forventning til å forstå eller ha løsninger, og det er vanskelig ved en helt ukjent tematikk, som transetematikk. Nå har hun skjönt at dette er noe man løser sammen, og hun kan senke skuldrene sine. Her har altså kurset gitt henne ny innsikt som jeg tror kan gi en overføringsverdi til de aller fleste problemstillinger. Nettopp derfor ser hun at å få ny kunnskap, er helt vesentlig for hennes rolle som terapeut og for å kunne være god i denne rollen.

Media-bildet blir eksponert av ulike seksuelle uttrykk. Mange av disse uttrykkene kan oppleves som både ukjente, uforståelige og ubehagelige. Som privatperson velger om man vil møte disse uttrykkene eller fjerne seg fra dem. Som terapeut i møte med ulike seksuelle uttrykk kan man føle både forventningspress, usikkerhet, utilstrekkelighet eller ønske om å slippe å møte det. En terapeut som tror at hun må romme kunnskap om alle fenomener og problemstillinger, vil før eller senere komme til kort. Uansett hvor kunnskapsrik man er, vil man aldri vite akkurat hvordan denne klienten opplever å være i det. Dette handler om hvilken terapeutisk metode man er komfortabel med. En terapeut i ekspertrollen vil oppleve det problematisk å møte et fenomen eller problemstilling hun ikke kjenner til. Med en ikke-vitende tilnærming vil ikke ukjente fenomener oppleves som en trussel fordi man lar klienten definere sine tanker og følelser om fenomenet. Men kunnskap gir trygghet fordi det kan utvide den forestillingen man hadde eller fjerne et ubehag fordi å lære mer om et fenomen, ofte gir en dybdeforståelse.

Eli: Og det kurset synes jeg var kjempebra for jeg går ikke rundt og sier disse ordene, jeg heller. Men hvis jeg sitter i en familie med ungdom, og de kommer med ord, det er ganske vanlig når de blir forbanna, så kan ikke jeg bli forstyrret og miste fokus - når de kaller mora si for fitte, men da må du tåle å høre det. Det var ikke alle på kurset som likte å høre ordene, men jeg ble veldig begeistret for hun som holdt kurset.

Eli forteller om kurset hun var på som blant annet handlet om å tåle å høre seksualiserte skjellsord. Jeg oppfatter det slik at hun kunne se forskjell på sin egen begeistrede reaksjon opp mot noen på kurset, som hun merket hadde en negativ holdning til budskapet. Jeg tolker at hennes erfaring med å møte ordet fitte i terapi, gjorde at hun skjønnte nødvendigheten av å venne seg til denne seksualiserte ordbruken som er i bruk som skjellsord både blant ungdom og voksne. Hun mener at det er ganske vanlig med skjellsord som fitte når ungdom er forbannet. Jeg forstår henne slik at i terapi må terapeuten tåle ordene som kommer, uansett om de ikke tilhører eget vokabular. Ved å snakke om hvordan andre kan reagere på ordet fitte, får hun frem sin egen diskurs om at man må tole å høre den type ord i terapi. Man kan ikke bli satt ut bare av den grunn. Hun sier at: *så kan ikke jeg bli forstyrret og miste fokus når de kaller mora si for fitte*. Eli skjønner at noen kan bli forstyrret og miste fokus ved å høre ordet fitte. Og det er ikke legitimt for henne. Derfor trekker hun frem dette kurset, som har gitt henne nyttig kunnskap. Terapeuter kan reagere på ord som de finner upassende eller støtende, og det kan føre til at de enten sier noe om det eller at deres analoge uttrykk formidler deres

oppfatning. Dette kan virke forstyrrende på alliansen med klienten(e). Jeg tror at det ofte ikke skal mere til enn et enkelt ord, så kan alliansen bli svekket og terapien bli negativt påvirket av det. Mange skjellsord er seksualiserte, slik som fitte, hore, fitteslikker og rævpuler. Noen bruker disse ordene ofte eller av og til, mens enkelte aldri ville tatt dem i sin munn. Mange kan sannsynligvis oppleve ordene som svært krenkende, umoralske eller så grove at de ikke kan akseptere bruken av dem. I terapeutens private liv kan vi ha vår mening om slik språkbruk, men i terapirommet derimot, skal vi opptre profesjonelt, og da må terapeuter tåle mer (Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014).

Eli: Og så har jeg fått en del klinisk (ler) kunnskap og teori om det gjennom skolen og jobben. Så det er klart det har sine fordeler.

Eli snakker videre om at hun bruker sin sykepleierbakgrunn som en slags legitimering overfor klienten for å kunne snakke nærmere om seksualitet. Her trekker Eli frem den kunnskapen hun tilegnet seg på sykepleierskolen og i klinisk praksis. Hun ser det som en fordel, sier hun. Hun ler etter å ha sagt klinisk, og jeg, som selv er sykepleier, tolker det som om hun ser tilbake på situasjoner som omhandler nakenhet og kropp, noe som har gitt henne en erfaring andre yrkesgrupper ikke får. Hun sier at det klart har sine fordeler. Jeg opplever at hun ser på dette som en slags herding av seg, at hun tåler mer hvor hun har måtte takle ulike situasjoner som kan ha vært utfordrende.

I samfunnet vårt er det bare barn man ser nakne i offentligheten, vanligvis ikke voksne. Som sykepleier er man nødt til å forholde seg til nakne og halvnakne kroppar i alle aldre. Man må både se på, ta på og snakke om kroppen med den som eier den. Så denne erfaringen som Eli fremhever, har utvilsomt gitt henne en kunnskap som fører til trygghet. Kunnskap om seksuelle temaer er en av de grunnleggende faktorene som kan føre til at terapeuter snakker mer om seksuelle temaer i terapi (Harris 2008, Marcovic 2007, Træen og Schaller 2013). Kunnskap om seksualitet kan øke følelsen av trygghet i en samtale. Man vet mer om hva seksualitet kan dreie seg om, og man slipper å være urolig for om det kommer noe ubehagelig fordi man vet hva temaet handler om. Manglende kunnskap i seksualundervisningen av helseprofesjonene kan bidra til å opprettholde myter og fordommer og utfordrer dermed heller ikke negative holdninger til seksualitet (Almås og Benestad 2006 og Vildalen 2013). Jeg tror at dette handler om den manglende plassen seksualiteten har fått i samfunnet vårt, og som har sine historiske røtter. Seksualitet har ikke blitt innlemmet i helsepolitisk arbeid, og derved

mangler direktiver med tilhørende økonomiske midler til å implementere den i helseutdanninger og helsevesenet (Almås 2010). Det er også et tydelig paradoks mellom seksualitetsuttrykkene på individ- og samfunnsnivå. Den over-seksualiseringen som foregår på samfunnsnivå, henger ikke sammen med den privatiseringen og ansvarsfraskrivningen som samfunnet gjør på individnivå. Det er i dette gapet terapeuter møter klienter. Hun har med seg sine personlige erfaringer, og så kjenner hun til det seksuelt media-skapte bildet som hun kanskje unngår privat, fordi det er ubehagelig og ukjent. Som terapeut må hun plutselig forholde seg til det som klienten tar opp. Det sier seg selv at det blir vanskelig å opprettholde sin profesjonelle rolle når det kommer opp temaer som hun ikke har fått kunnskap om å møte. Det fremkommer en tydelig diskurs som handler om at kunnskap er grunnleggende for å kunne tematisere seksualitet i terapi.

4.4.2 Veiledning

Helle: Hvordan de snakker om det, hvordan de (pause) kanskje utvider det intime rommet sitt i stedet for bare å tenke samleie. Hva kan de gjøre der? Det var det tipset jeg fikk fra en terapeut. Å se på det seksuelle rommet og sex litt inni. Og da fikk jeg et bilde på hvordan jeg kunne navigere innenfor det, og det ville jeg gjort. Og så spurte dem i forhold til det sensuelle rommet deres hvor stort det er, og hva de gjør eller snakker om der.

Her trekker Helle frem noe hun har fått kunnskap om fra en slags veiledning. Når det er en terapeut hun kjenner og som har lengre klinisk erfaring enn henne, mener jeg at det kan kalles veiledning. Jeg tolker henne dithen at dette er en tryggere arena, nemlig å reflektere og utvide rommet. Jeg opplever at det er slik Helle tilnærmer seg ved andre problemstillinger. Altså, hvis Helle kan være i den metoden hun er vant til, så vil det oppleves mer komfortabelt. Jeg opplever at hun ved veiledningen fikk en måte å nærme seg på som var en utvidelse for henne. Veiledningen har hun brukt aktivt, og hun ser at hun har lært noe. Ved å uttrykke: *i stedet for bare å tenke samleie*, sier dette noe om hennes diskurs at mange bare har samleie og ikke annen seksuell aktivitet. Dette er noe tatt – for - gitt, som alltid følger med en diskurs, hvis personen har en dominant diskurs. Slike tatt-for-gittheter bør dekonstrueres for at flere diskurser kan få plass. Øfsti (2008) mener at terapeuter er lite klar over dette, og at de begrenser muligheten for aksept av klientens personlige utfoldelse og marginalitet.

Helle: *Altså vi påvirker jo som terapeuter. Og det å ... (pause) ja, må bare tenke meg om - det å akseptere det, eller er vi åpne for at en slik virkelighet er relevant. Det er jo et dilemma. Da ville jeg tatt det inn i veiledning, ikke sitte alene med det. Tatt det inn i delingen. Snakket med andre om det fordi jeg skal jo ikke stå i veien for meg selv som terapeut eller paret som trenger hjelp.*

Helle skjønner den påvirkning hun har som terapeut. I den siste setningen blir det tydelig for meg at hun ser faren som egne holdninger og følelser kan representere i å begrense mulighetene som terapeuten presenterer i terapi. Jeg oppfatter Helle som en terapeut som aktivt får hjelp til å reflektere over det hun står i, som her er et dilemma. Hun har veiledning som naturlig mulighet og nødvendighet for å bli en bedre terapeut. Faglig veiledning er en utbredt metode for å ta opp vanskelige problemstillinger, eller der man som terapeut står fast. Da vil man kunne få hjelp til å reflektere rundt problemstillingen, og sammen med veileder finne nye innfallsvinkler eller rammer som problemet kan forstås i. Veiledning ble funnet som en basal opplæringsmetode for å gi terapeuter redskaper til å tematisere seksualitet i terapi (Schnarch 1991, Harris og Hays 2008, Marcovik 2007). For å bli komfortabel i en terapi med seksuelt tema, er veiledning helt nødvendig. Jeg må også sette dette i forbindelse med den kulturen vi lever i. Hadde den rådende diskursen i samfunnet vært at seksualitet ble diskutert og snakket om på lik linje som med innvandringspolitikk, miljøspørsmål og økologisk mat, hadde nok terapeuter også hatt bedre grunnlag for å snakke om seksualitet i terapi. Dette kommer også frem som et moment hos Almås og Benestad (2006). Men på grunn av den kunstige distanserte plassen som seksualitet har i samfunnet vårt, oppstår disse vanskelighetene i terapi.

4.4.3 Trening i å snakke om seksualitet

Marie: *Jeg snakker definitivt lettere om seksualitet i dag enn som nyutdannet for 19 år siden. Tror det er trygghet og erfaring, men at jeg har erkjent at det er, jeg kommer til å snakke uanstrengt, og det å ikke få, (pause) stresset med å kjenne at jeg blir litt sånn rød i kinnene, Gud, det må ikke skje, for da virker det som om dette er vanskelig for meg. Også det å innse at det har vært mange sånne bøyger å komme igjennom (pause), og at det er befriende at jeg føler kanskje at det er de siste ti årene jeg har (pause) funnet den roen i det jeg beskriver nå, men jeg husker enda de der, hvis det da er sju år, så er det lang tid å øve seg på at det skal bli (pause) naturlig å gjøre det, men at da krevede det en bevissthet og sånn det å våge det da. Jeg*

husker tilbake dit, og det er veldig godt ikke å være der lengre, for det er....nei, det kan ikke være sånn, at hver enkeltterapeut må finne ut av dette selv. Det bør være med i utdanningen. Så jeg tror det å lære seg å snakke om det, som vi snakker nå, og øve seg på å snakke om det, er en like viktig del som å lære om seksualitet mer klinisk, trening i å snakke. Jeg tror at det er minst, minst like mye der skoen trykker. Det er en viktig bit av det å være terapeut da, og det å få til å snakke uanstrengt med folk om sex, og også en respekt for at det utfordrer på en litt annen måte.

Hun bruker ordet definitivt når hun forteller at hun snakker lettere om seksualitet i dag enn for 19 år siden. Her mener jeg at hun gjennom dette ordet mener hundre prosent, ingen tvil. Marie fremhever at erfaring i å tematisere sex, med andre ord at mengdetrening gir trygghet. Jeg tolker hennes uttrykk med redsel for blussende kinn som en slitsom periode. Blussende kinn er et uttrykk for rødme, som kan komme ved sjenanse, noe ubehagelig, fordi hun ønsker å fremstå som trygg. Blussende kinn vitner heller om det motsatte. Det tyder på at hun ønsker å fremstå profesjonelt, og det er ikke, i hennes øyne, blussende kinn et uttrykk for. Hun sier at da kan det virke som om det er vanskelig for meg. Dette sier meg at Marie mente, i hver fall da, at en terapeut ikke skal synes at noe er vanskelig. Jeg synes at hun hadde høye forventninger til seg selv som nyutdannet. Dette handler kanskje også om erfaring, at etter hvert skjønner man som terapeut at det er greit å synes at noe er vanskelig å møte i terapi. Det er i hvert fall menneskelig. Hun sier at det er *befriende* å ha funnet roen. Dette ordet befriende, komme fri fra noe, er en god betegnelse på hvor tungt og vanskelig dette har vært for henne. Å snakke om seksualitet i terapi var noe hun hadde bestemt seg for, men *det krevde en bevissthet*. Hun fremhever sin diskurs om at hvis man skal snakke om seksualitet i terapi, må man være svært bevisst. Det sier meg noe om hvor vanskelig hun erfarte at det var. Ved å bruke ordet våge, som hun også legger trykk på, tyder det på at dette er et viktig ord. Hun våget noe, jeg tolker henne slik at hun kunne kjenne sine egne personlige erfaringer komme opp i henne i terapi. Dette var ubehagelig, men hun valgte å stå i det. At terapeuten har med sine egne erfaringer, som kommer opp i henne i terapi er et velkjent fenomen (Schnarch 1991, Jensen 2008, Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014, Marcovic 2007). Her snakker Marie om en diskurs om en bevisst holdning til å tematisere seksualitet. I studien av norske psykologer var det 70 % som aldri eller sjelden tematiserte seksualitet i terapi. Jeg antar at noe av forklaringen til det er at de har følt denne vanskeligheten ved å tematisere det, eller at de er så redde for at det skal bli vanskelig, så de unngår temaet.

Marie sier at det man trenger som terapeut, er å snakke om det, og hun legger trykk på ordet snakke. Jeg tolker det som et uttrykk for at samtaletrening er helt vesentlig. Hun sier *som vi snakker nå*. Det er et uttrykk for at samtaletrening er helt vesentlig. Det kan være trening i å snakke om seksualitet, som inkluderer å bruke passende ord, Jeg forstår henne som at det nødvendigvis ikke må være planlagte rollespill, men trening i å snakke om seksualitet, som inkluderer å finne passende ord, få refleksjoner under og etter samtalen, er med på å venne terapeuten til sexprat i en vanlig samtale. Hun har brukt 9 år på å finne roen. Hun sier at *det kan ikke være slik* at hver enkelt terapeut må finne ut av det selv med hensyn til å tematisere seksualitet i terapi. Hun synes det er helt uakseptabelt at hver enkelt terapeut må finne ut av det selv. Jeg antar at hun mener at endring må til, dette viktige temaet burde vært undervist om i utdanningen. Hun sier også at man må respektere at dette temaet er mer utfordrende enn andre temaer i terapi. Marie har kjent det på kroppen, hun har holdt ut, og klart det. Men hun synes klar i sin diskurs om at det kan ikke være slik det fungerer nå.

Det fremkommer en tydelig diskurs hvor annerledes og vanskelig det er å snakke om dette temaet i forhold til andre temaer i terapi. Jeg mener at dette avspeiler det tabuet som seksualiteten er omkranset av, noe som også bekreftes av flere erfarne seksualterapeuter (Schnarch 1991, Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014, Langfeldt 2013). Når terapeuter skal snakke om sex i terapi, står de derved uten det ordforrådet som trengs. Min erfaring er at de seksuelle ordene som brukes, blir tilpasset hver enkelt klient. Men hvordan skal en terapeut velge mellom ord som fitte, tiss, mus, dåse, der nede eller det kvinnelige kjønnsorgan, når hun aldri har tematisert dette området av kroppen i profesjonell praksis. En terapeut som etter hvert opparbeider mengdetrening i å snakke om seksualitet, vil venne seg til fryktprovoserende situasjoner, og blir slik mer komfortabel med ulike seksuelle emner, uttrykksformer og variasjoner (Almås og Benestad 2006). Schnarch skriver at det er personlig krevende for terapeuter å tematisere sex i terapi fordi de oftest hverken har kunnskap om sex eller trening i å snakke om emnet. Når han skriver personlig krevende, oppfatter jeg det som om terapeutens personlige liv kommer opp i henne og kan forstyrre. Fordi sex ikke er et vanlig samtaleemne, er det først når man er i en profesjonell kontekst og emnet bringes på banen at mange terapeuter skjønner at det kan være vanskelig. For å bli godkjent som sexolog i Norge, må man både underveis og etter en 60 poengs teoretisk utdanning ha mange timer veiledning. Hensikten er ikke bare at man får veiledning der man står fast i terapien, men også at man i veiledningen får trening i å snakke om sex, bruke ord og uttrykk som man ikke er vant til å bruke i profesjonell praksis.

Ordtaket «trening gjør mester» gjelder også dette temaet. Grunnet den stillingen seksualitet som tema har i samfunnet i dag og at det ikke er med i utdanningsplanene for familieterapeuter eller generelt fraværende i grunnutdanninger, er ikke familieterapeuter forberedt til et profesjonelt møte med temaet seksualitet (Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014). Med denne totale neglisjeringen av menneskets ikke-reproduktive seksualitet fra helsevesenets side blir det opp til hver enkelt terapeut å våge seg inn i emnet, og etter noen år, føle seg mer komfortabel. De har med seg egne erfaringer, og de har med seg det tabloide bildet av seksualitet. I denne blandingen av følelser og inntrykk skal de være profesjonelle. Det høres tungt ut. Og er det slike familieterapeuter som er ønskelige?

5 Oppsummering

Med grunnlag i forskningsspørsmålet «Hvordan tenker familierapeuter om å tematisere seksualitet i terapi» oppsummerer jeg funnene i analysen og drøftingen av disse. Det initieres med de sosialkonstruksjonistiske påvirkninger, deretter blir de dominerende diskurser kort oppsummert.

5.1 De sosialkonstruksjonistiske påvirkninger

Forskning viser at seksualitet er et marginalisert tema i terapi (Marcovic 2007, Harris og Hays 2008, Træen og Schaller 2013). Innholdet i familierapi, hvilke temaer man tar opp eller tillater at klienten tar opp, er ikke gitt (Jensen 2008, Øfsti 2008). Derfor blir det opp til terapeuten hva hun tillater. Den maktutøvelse som ligger implisitt i slik familierapi, blir utført i dag og fører til at seksualitet i liten grad blir tematisert. Denne maktutøvelsen kommer tydelig frem i denne forskningen, som faktisk viser at det bare er terapeuten som bestemmer hvilke temaer som er akseptert. Hvis terapeuten ikke føler seg komfortabel med å tematisere seksualitet, blir det et ikke-tema (Harris og Hays 2008). Denne maktutøvelsen ble løftet frem og synliggjort av Foucault (1999). Han mente at samfunnets diskurser om seksualitet påvirket institusjoner og terapeuter slik at de kom i en maktposisjon til å gi tillatelse eller ikke til å tematisere seksualiteten. Med et sosialkonstruksjonistisk syn er det forholdsvis lett å følge de diskurser i samfunnet som har lagt grunnlaget for dagens diskurs om seksualitet. Foucault (1999) betegnet det vestlige synet på seksualitet som «scientia sexualis». Dette innebar en seksualitet som primært var reproduktiv og hvor seksualitet knyttet til nytelse og lyst, var utelukket. Seksualiteten ble kategorisert, og det som ble oppfattet som avvik ble sykliggjort av psykiatrien (ibid.). Religiøse ledere har også vært svært viktige bidragsytere til å fremme denne diskursen da det passet inn i religionens syn på seksualitet. Den konkurrerende diskursen i verdenssammenheng var «ars erotica», men noen egentlig konkurranse var det ikke da denne diskursen bare var gjeldende i Asia. Her var det fokus på seksualitetens følelsesuttrykk som nytelse og lyst, samt at seksualiteten ikke skulle forskes på eller kategoriseres. Den skulle bare være slik den levde hos mennesket uten å bli sett nærmere på (ibid.). Helsevesenet er fremdeles talerør for den reproduktive diskursen (Vildalen 2014, Langfeldt 2013, Almås og Benestad 2006). Helsevesenet har ikke inkludert seksualitet i sine fagområder. Unntaket er den reproduktive delen av seksualiteten. Den reproduktive helsen forutsetter et heterofilt samleie. Dette innebærer at graviditet, fødsel og forebygging av svangerskap og seksuelt overførte sykdommer (SOI) er aksepterte områder av

menneskets seksuelle liv. Disse områdene har det medisinske fagmiljøet akseptert og utforsket på lik linje med andre medisinske fagområder. Andre deler av den seksuelle helsen, som de følelsesmessige og relasjonelle sidene er i stor grad oversett og ekskludert (ibid.). WHO inkluderte seksualitet i sitt helsebegrep i 1975 og har gjennom sin definisjon av seksualitet stadig utviklet og nyansert sitt syn i tråd med den samfunnsmessige utviklingen. Her er seksualitet ikke bare knyttet til reproduksjon, men også til følelser, relasjoner, som sykdomsforebyggende og – fremkallende. Det sexologiske fagmiljøet er det eneste fagmiljøet som har delt WHO sin definisjon av helsebegrepet (Vildalen 2014). For å tydeliggjøre sin tilknytning til helsebegrepet, endret de i 2005 navnet på sin fagorganisasjonen fra World Association for Sexology til World Association of Sexual Health (Almås 2010). Kvinnenes likestillingskamp på 60- og 70-tallet førte også til en aksept av at individet skulle kunne definere seg selv. Dermed utviklet det seg en ny diskurs med aksept av ulike seksuelle preferanser og identiteter. Det ble ikke lengre sett på som seksuelle avvik, som det hadde blitt tidligere, men som en mer tolerert måte å uttrykke seg på eller leve i. Denne frigjøringsprosessen av ulike seksuelle uttrykk utviklet seg i takt med internetts utbredelse i samfunnet. Dette bidro til lett tilgang til opplysning om seksualitet. Grupperinger og organisasjoner som representerte marginale samfunnsgrupper som homofile, transpersoner og BDSM (bondage disiplin sado masochisme) ble plutselig svært synlige i det offentlige bildet gjennom media-oppslag og i sosiale medier som internett. Da mange tiltrekkes av å lese om det som er annerledes, tidligere forbudte seksuelle praksiser og nytt og pikant stoff om seksualitet, har media utnyttet media dette i stor grad (Schmidt1996). Dette bildet av det marginale seksuelle uttrykket ble svært synlig. Men den seksualiteten som majoriteten av mennesker lever i, ble ikke eksponert i like stor grad. Den er blitt privatisert og hemmeligholdt i større grad, kanskje som en motreaksjon. Gagnon og Simon (2006) skriver at denne frigjøringen av seksuelle uttrykk har påvirket det sosiale skriptet for større deler av befolkningen. De mener at det som skjer privat, ikke lengre er et offentlig anliggende fordi lovverket har sidestilt kjønnene og visse tidligere forbudte handlinger i private relasjoner (ibid.). Av denne grunn har dette gitt mennesker som har sex i private relasjoner, en tillatelse til å gjøre det de ønsker når det ikke lenger finnes et lovverk som regulerer hvilke handlinger som er tillat (ibid.).

5. 2 Seksualitet er naturlig for mennesket og bør derfor kunne tematiseres i terapi

Denne grunnleggende diskursen om at seksualiteten og mennesket er ett, legger videre føringer for hvordan informantene forholder seg til å tematisere seksualitet i terapi. For dem er det naturlig at alt som hører med til parforhold skal tematiseres. Følgelig har de en diskurs om at det bør kunne tematiseres i terapi. Ordet «bør» innebærer at sex ikke alltid hører med i parterapi, men at det hører med hvis det er behov for det. Naturlig er ikke et deskriptivt ord, men blir brukt normativt.

Mot-diskursen er «sex er et unaturlig emne i parterapi». Denne fant jeg ikke snev av, men det kan skyldes at jeg har bare fire informanter. I Markovic (2007) sin studie kom denne mot-diskursen frem, men her var det ti informanter og da kommer det frem flere diskurser. En studie viser at 70 % av norske psykologer sjelden eller aldri tematiserer sex i terapi. Denne mot-diskursen er sannsynligvis en dominerende diskurs i denne studien hvis de hadde blitt spurt om det.

5. 3 Seksualitet er et vanskelig tema som må behandles med forsiktighet

Denne diskursen som fremkom hos informantene, speiler det norske samfunnet. Da terapeuter ikke har profesjonell opplæring i sexologi og hvordan det kan påvirke relasjoner eller kunnskap og trening i å snakke om sex, blir det deres personlige forhold til sex de har som redskap i terapeutisk praksis. I en profesjonell rolle står de ved tematisering av sex uten profesjonalitet. De er overlatt til sin personlige erfaring. Klienter er heller ikke vant til å snakke om sex, i hvert fall ikke til en tredje person. Mange snakker heller ikke innad i parforholdet om sex. Det er en kjent sammenheng mellom skam, dårlig samvittighet, skyldfølelse og tilbakeholdelse av seksuelle temaer (Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014). Vanskelig kan representere den følelsesmessige usikkerheten som fremkommer når man skal snakke om et ukjent emne med ukjent terminologi. Den kan også være et uttrykk for mangel på den profesjonelle tryggheten som terapeuten vanligvis innehar, men som er fraværende ved tematisering av sex. Terapeutens kan bli engstelse for å bli for pågående eller nysgjerrig. Seksualitet blir sett på som intimt og privat. Av denne grunn tror nok mange terapeuter at man må være litt forsiktige og føle seg frem for ikke å støte eller såre klienten.

Dette uttrykte flere av respondentene i Marcovic sin studie (2007). Min analyse viser klart at informantene er mer vare i forhold til dette temaet enn andre temaer, leter seg frem til de riktige ordene,

5.4 Det er terapeutens ansvar å kunne åpne opp for seksuelle tema

Denne diskursen er en følge av de to foregående diskursene. Seksualitet står i en særstilling i samfunnet av temaer som er vanskelige å snakke om, både privat og profesjonelt (Schnarch 1991, Almås og Benestad 2006, Vildalen 2014). Grunnet terapi som konsept kan det være at klienter føler seg i en underlegen posisjon og dermed ikke tør å bringe opp et seksuelt tema. De kan være redde for at det ikke passer, at terapeuten blir avvisende og at det vil føre til kortere terapiforløp enn ventet. Annon utarbeidet PLISSIT modellen for hvordan man kan forholde seg til behandling av seksuelle problemer (i Almås og Benestad 2006). Første nivå i modellen er «permission». Det innebærer en gjensidig tillatelse mellom klient og terapeut til å snakke om seksualitet. Dette innebærer at terapeuten må eksplisitt gi uttrykk for at hun kan tematisere seksualitet. Samtidig som klienten har rett til både å tematisere om seksualitet eller ikke å ønske å gjøre det. Almås og Benestad (2006) mener at alle som jobber med mennesker bør være på første nivå eller høyere.

5.5 Terapeutens personlige liv er med og påvirker det profesjonelle uttrykket

Hovedfunnet er denne diskursen. Den klarlegger vesentlige elementer i terapirollen som heller ikke er allment kjent og akseptert i dag. Familieterapi har vært mer opptatt av form enn innhold i terapi (Øfsti 2008, Jensen 2008). Det innebærer at fokus på terapeuten og hennes rolle har blitt utforsket i mindre grad enn klientens opplevelser og resultater av terapi. Dette har medført at det har utviklet seg til en allment akseptert praksis at terapeuter kan avvise temaer som er uønsket for dem i terapien. Det er nok varierende i hvor stor grad terapeuten er bevisst dette. Mange terapeuter lager seg sannsynligvis egne diskurser om at seksualitet er et så spesielt tema, at det trengs spisskompetanse, at seksualitet er alt for privat, at det kan provosere eller ydmyke klienten og at det kan ødelegge den terapeutiske alliansen å tematisere det. Flere studier viser at terapeutens personlige liv og erfaringer er med i profesjonell praksis (Jensen 2008, Marcovic 2007).

5. 6 Kunnskap og trening gjør mester

Kunnskap om seksualitet som menneskelige følelser, handling og hvordan det kan påvirke relasjoner er totalt fraværende i undervisningen av familieterapeuter i Norge (<http://www.hioa.no>, <http://www.diakonhjemmet.no>). Denne manglende implementeringen og synliggjøringen av seksualitet som menneskelig og dermed gjenstand for at problemer kan oppstå, fører til at terapeutene står helt uten profesjonell håndteringsevne når de møter dette i terapi. Dette medfører at det er ene og alene opp til enhver terapeut om man velger å tematisere dette emnet i terapi, eller om man bruker unngåelsesstrategier for å holde det på avstand. Dermed blir det en tilfeldighet om klientenes problemer blir belyst ut i fra perspektivet med hans/deres seksuelle uttrykk, følelser eller savn. Det kommer frem at kunnskapsutvikling om seksuelle temaer, faglig veiledning av terapeut med sexologisk kompetanse og trening i å snakke om seksualitet, rollespill og trening i å forholde seg til temaet i klinisk arbeid, øker terapeutenes kompetanse på sikt. Det som fremkommer, er helt i tråd med den minimale forskningen som er utført og det seksualterapeuter skriver om emnet (Schnarch 1991, Markovic 2007, Harris og Hays 2008, Træen og Schaller 2013, Vildalen 2014, Langfeldt 2013, Almås og Benestad 2006). Denne diskursen sier også noe om hva som mangler i utdanningssystemet. Tatt i betraktning at mine informanter er positive til å tematisere seksualitet, reiser spørsmålet seg om hvordan det er for de som ikke tematiserer seksualitet og hva gjør det med terapien hvis de stadig unngår emnet. Hvordan påvirker det terapiforløpet?

5. 7 Terapeuten er forpliktet til å gå inn i lovstridig aktivitet som fremkommer

Vold og voldtekt ble løftet opp som samfunnsproblem på 70- og 80- tallet. Det førte til en økt bevisstgjøring i befolkningen om at dette eksisterer, og at det er uakseptabelt. I psykoterapi er fokuset rettet mot problemer, altså noe som skal endres til det bedre. Dette fokuset på vanskelige problemområder er kanskje lettere å gå inn i enn å se på en velfungerende seksualitet med overføringsverdi til annen mestring. Samfunnet vårt, manifestert gjennom helsevesenets praksis, har ikke hatt fokus på «ars erotica», men på reproduksjonen. Så det er kanskje mer naturlig for terapeuter å ta tak i det som må tematiseres og frem i lyse, altså det lovstridige. Studien av norske psykologer viser at i den grad seksualitet ble tematisert, var det overveiende negative sider ved seksualiteten og ikke de positive (Træen og Schaller 2013).

6 Implikasjoner for videre forskning, utdanning og praksis

På grunnlag av funnene i studien har jeg refleksjoner omkring videre forskning. Mine funn viser at det er vanskelig å tematisere seksualitet i terapi. Mine informanter mener at det er deres jobb som psykoterapeut å initiere tematisering av seksualitet. Til tross for at de har dette utgangspunktet, kom det frem at det kan være forbundet med både vanskeligheter og ubehag. Det hadde vært interessant om gjentatt forskning på terapeuters tematisering av seksualitet gir de samme funnene eller andre diskurser. Kvantitativ forskning på samme emne vil også være interessant for å få kunnskap om problemomfangets størrelse. Terapeuters diskurser om seksualitetens plass hos mennesket og i parforhold hadde også gitt et mer nyansert bilde av hva de egentlig tenker om seksualitet, og om deres diskurser i terapi. Forskning på klienters tanker om å tematisere seksualitet i terapi og hvordan de har opplevd tidligere terapier med hensyn til det seksuelle perspektivet, hadde også kunnet gi et bilde fra deres synsvinkel; om det er så vanskelig for dem som det kommer frem i denne studien.

Funnene i denne studien kan være et incitament for utdanningsinstitusjonene for familieterapeuter å implementere temaet seksualitet i utdanningen. Det kan både inkludere kunnskap om seksualitetens uttrykksform hos mennesket, i de vanligste seksuelle problemstillinger i parforhold og single, samt trening i å snakke om seksualitet med for eksempel rollespill. Denne undervisningen bør innbefatte å se på sin egen seksuelle historie for å gi studentene en mulighet til å se nærmere på hva som kan påvirke deres profesjonelle rolle. Ved å løfte frem dette temaet i undervisningen, vil det kunne bidra til å gjøre studentene mer oppmerksomme på at dette kan være utfordrende. Da har de studentene som ønsker det, en mulighet til å jobbe med tematikken selv også.

Fagorganisasjoner har også mulighet til å løfte frem temaet for sine medlemmer, altså terapeuter i klinisk arbeid. I samarbeid med familieterapeuter med sexologisk kompetanse kan de arrangere både kurs og workshops innen temaet seksualitet i terapi. Sannsynligvis er det mange terapeuter som vil oppleve det som en utvidelse av deres profesjonelle redskapskasse.

Litteraturliste

- Almås, E og Benstad, E.E.P. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almås, E. (2010). Behovet for sexologisk utdanning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.7(4): 293-302.
- Bauman Zygmundt. (2003). *Liquid love*. Cambridge: Polity Press.
- Dallos, R. og Draper, R. (2007). *Familieterapi. Systemisk teori og praksis*. København: Hans Reitzels forlag.
- Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten*. Oslo: Pax forlag.
- Freud, S. (2000). *Three essays on the theory of sexuality. The definitive edition translated and revised by Strachey, J*: USA. Basic Books.
- Gagnon, J.H. and Simon, W. (2005). *Sexual Conduct: The Social Sources og Human Sexuality*. 2. Edition. New Brunswick (USA) /London (UK): Aldine transaction.
- Gergen, K.J og Gergen, M. (2005). *Social konstruktion ind i samtalen*. Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Giddens, A. (1994). *Intimitetens forandring. Seksualitet, kærlighed og erotik i det moderne samfund*. København: Hans Reitzels forlag.
- Harris, S.M. og Hays, K.W. (2008). Family therapist comfort with and willingness to discuss client sexuality: *Journ of Marital and Family Therapy*. 34 (2): 239-259.
- Jeffersen, G. (1983). Transcription Notation. I: J. Atkinson and J. Heritage (red.). *Structures of Social Interaction*. New York: Cambridge University Press.
- Jensen, P. (2007). *The narratives which connect. A qualitative Reseach Aproach to the narratives which connect Therapist Personal and Private Lives to their Familiy therapy Practice*. London: Doctorate of Systemic Psychotherapy by the Univesrity of East London in conjunction with the Tavistock Clinic.
- Jensen, P. og Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Jørgensen, M. W. og Philips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Langfeldt, T. (2005). *Erotikk og fundamentalisme- fra Mesopotamia til kvinnefronten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Langfeldt, T. (2013). *Seksualitetens gleder og sorger. Identiteter og uttrykksformer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lorentzen, J. og Muhleisen, W. (2013). *Å være sammen. Intimitetens nye kulturelle vilkår*. Oslo/Trondheim: Akademika forlag.
- Markovic, D. (2007.) Working With Sexual Issues in Systemic therapy. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*. 28 (4): 200-209.
- Muhleisen, W. (2013). *Seksualitet i kunsten: En fortelling om seksuell frigjøring, sex(y) fangenskap og begjærlige fluktforsøk*. I: J.Lorentzen og W. Muhleisen (red.) *Å være sammen. Intimitetens nye kulturelle vilkår*. Oslo/Trondheim: Akademis forlag
- Pedersen, W. (2005). *Nye seksualiteter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scheff, T. J. (2003). Shame in self and society. *Symbolic interaction*, 26 (2), s. 239-262.
- Schibbye, A.-L.L. (2009) *Relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, G. (1996). *Hvad skete der med seksualiteten? Refleksjoner over sex og afseksualisering*. København: Hans Reitzels forlag.
- Schnarch, M.D. (1991). *Constructing the Sexual Crucible. An Inegration of Sexual and Marital Therapy*. New York: W.W.Norton & Company.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Træen, B og Lewin, B. (2008). *Sexology in context*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Træen, B. og Schaller, S. (2013a) Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis. *Tidskr. for norsk psykologforening*. 50: 98-107.

Træen, B. og Schaller, S. (2013b). Talking to patients about sexual issues: experiences of Norwegian psychologists. *Sexual and Relational Therapy*. 28 (1).

Doi:10.1080/14681994.2013.768338

Træen, B. og Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5): 445-456.

Vildalen, S.(2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Willig C.(2001). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in theory and practice*. Maidenhead: Open University Press.

WHO (2006): [http://www.who.int/reproductivehealth/sexual health/sh definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/sexual%20health/sh%20definitions/en/)

Yallop, S.og Fitzgeralds (1997). Exploration of occupational therapists`comfort with clients sexuality issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44: 53-60.

Øfsti, A.K.S. (2008). *Some call it love. Exploring Norwegian Systemic Couple Therapists´ Discourses of Love, Intimacy and Sexuality*. London: Doctorate of Systemic Psychotherapy awarded by the University of East London in conjunction with the Tavistock Clinic.

Øfsti, A.S.K. (2010). *Parterapi, kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. Oslo: Universitetsforlaget.

<http://www.hioa.no/studres/Programplaner/Familieterapi+/Etter-og-videreutdanning/Pilestredet/Familieterapi>

<http://www.diakonhjemmet.no/DHS/content/view/full/16302>

Sex og terapi

Jeg jobber som familieterapeut/sexolog ved et privat institutt i Oslo. Klienter forteller at psykoterapeuter de har vært hos tidligere forholder seg ulikt til seksualitet som tema i terapi. Noen snakker om seksualitet, andre snakker noe om det, avhengig av tema og noen snakker ikke om seksualitet i terapien.

En artikkel i det norske psykologtidsskriftet i februar i år viste resultatene av en spørreundersøkelse blant om lag 1000 norske psykologer. Psykologene ble spurt om de snakket med klienter om seksuelle temaer. Studien viste at 75% av og til, sjelden eller aldri spurte om seksualitet i terapier.

Jeg er derfor nysgjerrig på hvordan psykoterapeuter tenker om hvordan de forholder seg til dette.

Jeg har kalt prosjektet:

«Hvordan snakker psykoterapeuter om seksualitet

- deres tanker, holdninger og praksis»

Jeg er interessert i å se nærmere på hva de tenker om seksualitet som tema i terapi. Jeg er derfor interessert i å intervjuer både terapeuter som ikke inkluderer seksualitet som tema og de som gjør det.

Jeg ønsker også å belyse hvordan de ser på seksualitetens plass i parforhold og hos single. Hvor viktig er seksualiteten? Hva hvis et par er uenige? Kan seksualitetens plass variere gjennom ulike livsfaser eller er den en konstant størrelse?

Jeg er interessert i å komme i kontakt med psykoterapeuter (psykolog, familieterapeut, psykiater, gestaltterapeut etc.) som arbeider med par/enkeltindivider.

Det er frivillig å bli med på undersøkelsen, og man kan når som helst og uten begrunnelse trekke seg fra den. Hvis du ønsker å bli med på undersøkelsen kommer jeg til din arbeidsplass, hvis du ønsker det. Intervjuet blir tatt opp på bånd og det vil vare om lag 1 time. Totalt vil det nok ta en og en halv time.

Alle data jeg bruker i undersøkelsen vil bli anonymisert. I tillegg har jeg taushetsplikt slik at opplysninger jeg får, ikke utleveres til andre. Alle deltakere må signere på samtykkeskjema. Ved studiens slutt, blir alle lydbånd og samtykkeerklæringer makulert.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Jeg er masterstudent i familierapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmet høgskole. Anne Øfsti tlf 91323117 er veilederen min. Hvis du vil høre mer om undersøkelsen eller du tror du vil delta i den kan du kontakte meg på tlf. 97407773 eller sende mail til: trudearnes@hotmail.com

Vennlig hilsen Trude Aarnes

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i studien om tematisering av seksualitet i terapi

Jeg har fått nok informasjon om hva intervju undersøkelsen innebærer, at det er frivillig og at jeg når som helst kan trekke meg uten begrunnelse. Jeg ønsker derfor å stille til intervju.

Dato:

Signatur.....

Hva vi skal snakke om under intervjuet

Teksten under er ment som en informasjon til deg om hva intervjuet vil dreie seg rundt. Spørsmålene blir ikke gjennomgått som de står. Det blir som en samtale mellom deg og meg rundt disse temaene.

1. Hvilke tanker har du om å snakke om seksualitet i terapi?

- Noen hevder at seksualitet er et spesialområde som ikke hører hjemme i psykoterapi. Hva tenker du om det?
- Hvis du snakker om seksualitet: Er det noen seksuelle temaer som lettere inkluderes i terapien mens andre ikke blir inkludert (eks. masturbasjon, seksuelle overgrep, homofili, utroskap?)
- Artikkelen i psykologtidsskriftet viser at terapeutene mener at økt kunnskap om seksuelle emner og trening i å snakke om seksualitet hadde gitt dem økt mestring i å inkludere seksualitet i terapi. Hva tenker du om det?
- Tenker du at ditt personlige liv og erfaringer influerer på terapeutrollen i forhold til seksualitet som tema? – På hvilken måte?
- Tenker du at livssynet ditt påvirker om du snakker om seksualitet eller hvilke temaer som kan/ikke kan inkluderes?
- Hvis du aldri eller sjelden snakker om seksualitet i terapi (og du ønsker å gjøre det i større grad) er det noe du kan tenke deg skal til for at du skulle kunne snakke om det?

2. Hvilke tanker om seksualitet/holdninger har du til seksualitet?

- Hvor viktig er seksualiteten hos mennesket?
- Er det noen forskjell på seksualitetens plass om man er singel eller i parforhold?
- Hva med masturbasjon hos single og i parforhold?

Avslutningsvis, er det noe som du vil si som du synes er viktig for å belyse disse temaene?

Vedlegg 4

Case 1

Kari og Petter kommer til sin første parterapitime på familievernkontoret.

I løpet av de siste to årene har kranglene kommet oftere fordi Petter trekker seg unna når Kari signaliserer at hun har lyst på kos eller sex. De har barn på 2 og 4 år, begge har krevende stillinger og de trener flere ganger i uken. Kari har gitt Petter et ultimatum, enten blir han med til terapi, noe han motstridende samtykker i. Hvis ikke vil hun finne seg en elsker. De har ikke hatt noe form for sex siden yngstemann ble født, og hun «holder det ikke ut lenger».. Han mener at ikke tiden strekker til. Hun, derimot mener at han prioriterer feil. Han prioriterer jobb, barna, trening og møter med venner.

Case 2

Geir og Anita har vært gift i 5 år og har gått i parterapi noen ganger. Hun forteller om et problematisk forhold, der hun ikke opplever å bli sett av Geir. Hun synes at hun har tydeliggjort hva hun ønsker seg av han. Han, mener at han gjør disse tingene uten at det får noen betydning. Etter hvert kommer det frem at Geir jobber hjemmefra om kveldene ved pc'en. Han har arbeidsplass på soverommet slik at han kan sitte uforstyrret med lukket dør.

Anita synes dette er vanskelig å snakke om, men hun får til slutt fortalt at hun av og til har overrasket ham i å se pornofilmer på nettet samtidig som han masturberer. Hun synes dette er helt forkastelig og at det ikke hører hjemme i et ekteskap. Begge er fornøyd med den sexen de har i fellesskap. Han, derimot er veldig klar på at dette er hans personlige del som hun ikke skal bry seg med. Der har det stått en stund, siden hun oppdaget pornotittingen for første gang. Og begge forsvarer sine oppfatninger og ser ikke ut til å komme noe nærmere hverandre.



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Anne Øfsti
Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184 Vinderen
0319 OSLO

Vår dato: 16.09.2013

Vår ref:35406 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

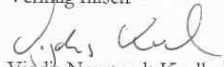
35406	<i>Hvordan snakker psykoterapeuter om seksualitet- deres tanker holdninger og praksis</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Øfsti</i>
Student	<i>Trude Aarnes</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Trude Aarnes, Eltonveien 29, 0586 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7401 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrie.svarve@svt.ntnu.no
TRONHØI: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdinaa@svt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35406

Personvernombudet kan ikke se at det innhentes verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger i prosjektet. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Vi anbefaler at det i informasjonsskrivet tilføyes følgende:

- navn og kontaktopplysninger på veileder
- opplysninger om forventet prosjektslutt

Forventet prosjektslutt er 30.05.2014. Lydbåndopptak og samtykkeerklæringer slettes.