

## **Snakk om sex**

**Seksualitet i parforholdet – i samtaleterapi på  
familievernkontoret**

RØSHOLM, MIRIAM KARIN NOSSUM

VEILEDER

Karlsen, Tor-Ivar

**Universitetet i Agder, 2023**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Master

## **Forord**

Etter fire år med intens lesing og mange eksamener vil jeg først og fremst takke min veileder Professor Tor-Ivar Karlsen ved Universitetet i Agder og leder for forskningsgruppen i sexologi (RESEX) for endeløs tålmodighet, positive svar, motivasjon og nyttig læring. Jeg ønsker å takke min leder på jobb for å tilrettelegge arbeidssituasjonen min slik at jeg fikk mulighet til å fullføre masterstudiet. Jeg vil også rette en stor takk til informantene som avsatte tid til å delta i studien og dele sine tanker med meg. I tillegg vil jeg takke min mann og barn for deres oppriktige tålmodighet med tanke på at masteren har stjålet enormt mye tid fra familielivet. Veien til målet har vært bratt og det har vært tidkrevende å kombinere masterskriving med arbeidet ved familievernkontoret. Det er tilfredsstillende å føle at jeg har kommet til veis ende og kjenne på at jeg har lært mye som kan anvendes i mitt videre arbeid som familieterapeut.

## Sammendrag norsk

**Bakgrunn:** Seksualitet er viktig i et parforhold. Par som sliter, oppsøker ofte familievernkontorer for hjelp og rådgivning. Det finnes litteratur som antyder at familieterapeuter, og annet hjelpepersonell i helse- og sosialtjenesten, ikke tar opp seksualitet i sine møter med klienter og pasienter. Samtaler om seksualitet er ofte beheftet med vanskelige følelser, som gjerne er knyttet til stigma og kulturelle normer.

**Hensikt:** Utforske hvilke tanker og følelser terapeuten kjenner på i møtet med temaet seksualitet. Problemstillingen er definert som følger: «Hvilke tanker og følelser oppstår hos familieterapeuten når seksuelle tema tas opp i terapirommet?»

**Metode:** For å undersøke dette ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med 8 familieterapeuter basert på et vitenskapsteoretisk rammeverk innen fenomenologi og hermeneutikk. Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert ved hjelp av applikasjonen NVivo 12. Analysen ble gjennomført på grunnlag av Malteruds modell for systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** Analysen viste at det var tre hovedtema som gikk igjen i datamaterialet; «Initiativmangel», «Overdrevet omsorg» og «Å følge skriptet». *Mangel på initiativ* var tosidig, informantene oppga at de følte at både klientene og dem selv ikke ville ta initiativ til en samtale omkring seksualitet. Årsakene til dette ble forklart som relatert til «toveistabu», «maktubalanse» og «kompetansemangel». *Overdrevet omsorg* ble beskrevet som et ønske om å ikke påføre klientene ytterligere problemer. Årsakene ble forklart som «engstelse for situasjonsforverring», «opplevelse av flauhet» og at det var «kleint å snakke om». *Det å følge skriptet* var knyttet til å følge uskrevne regler internt på arbeidsplassen og ble forklart som «normer» og «holdninger og bekymringer» for hva kolleger måtte mene.

**Konklusjon:** Terapeutene som ble intervjuet ga uttrykk for mange ulike tanker og følelser knyttet til å snakke om seksualitet, men en gjennomgangstone var at de opplevde en dårlig følelse som de fikk negative tanker rundt. Dette påvirket kroppsforneemelsen og adferden i en slik grad at temaet ble systematisk unngått. Dette i til tross for at ønsket å om å utforske emnet og bli bedre på å håndtere det var til stede. En bedre opplæring i grunnutdanningen, mer øvelse og veiledning, vil være nødvendig for å øke terapeutenes trygghet til å snakke om seksualitet.

**Nøkkelord:** Familieterapeuter, kvalitativ metode, øke tryggheten i samtale om seksualitet.

## English abstract

**Background:** Sexuality is important in a relationship. Couples who are struggling often turn to family welfare offices for help and advice. There is literature which suggests that family therapists, and other personnel in the health and social services, do not bring up sexuality in their meetings with clients and patients.

**Purpose:** Conversations about sexuality are often fraught with difficult feelings, which are often linked to stigma and cultural norms. The problem is defined as follows: "Which thoughts and feelings arise in the family therapist when the person in question brings up sexual topics?"

**Metod:** Based on a scientific theoretical framework within phenomenology and hermeneutics, a focus group interview was conducted with 8 family therapists. The interviews were transcribed ad verbatim and analyzed using the application Nvivo 12. The analysis was carried out based on Malteruds model for systematic text condensation.

**Result:** The analysis showed that there were three main themes that recurred in the data material: "Lack of initiative", "Excessive care" and "Following the script". *The lack of initiative* was two-sided, the informants stated that they felt that both the clients and themselves did not want to initiate a conversation about sexuality. The reasons for this were explained as related to a "two-way taboo", "power imbalance" and "lack of expertise". *Excessive care* was described as a desire not to cause the clients further problems. The reasons were explained as "fear of worsening the situation", "experience of embarrassment" and that it was "little to talk about". *Following the script* was linked to following unwritten rules internally at the workplace and was explained as "norms" and "attitudes and concerns" about what colleagues might think.

**Conclusion:** The therapists who were interviewed expressed many different thoughts and feelings related to talking about sexuality, but a common theme was that they experienced a bad feeling of negative thoughts about sexuality in a couples-therapy session. This affected the body sensation and behavior to such an extent that the topic was systematically avoided. This even though the desire to explore the subject and become better at handling it was present. Better training in basic education, more practice and guidance will be necessary to increase therapists' confidence in talking about sexuality.

**Keywords:** Family therapists, qualitative method, increasing confidence in conversations about sexuality.

## Innhold

1.0 Innledning .....	7
1.1 Hensikt .....	7
1.2 Problemstilling.....	10
2.0 Vitenskapsteoretisk forankring.....	10
2.1 Fenomenologi .....	10
2.2 Hermeneutikk.....	11
2.2.1 Forståelseshorisont og fordom .....	12
3.0 Metode .....	12
3.1 Kontekst.....	13
3.2 Fokusgruppeintervju .....	13
3.2.1 Systematisk beskrivelse av den valgte metoden.....	14
3.3 Fokusgruppeintervju som metode .....	15
3.3.1 Styrker ved fokusgruppeintervju .....	16
3.3.2 Svakheter ved fokusgruppeintervju .....	16
3.4 Forforståelse .....	18
3.5 Dataanalyse.....	18
3.5.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk – fra kaos til organisering .....	19
3.5.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder .....	19
3.5.3 Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening .....	20
3.5.4 Trinn 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper .....	21
3.6 Forskningsetiske forhold .....	23
4.0 Teori.....	25
4.1 Kognitiv teori .....	26
4.1.1 Bakgrunn for klinisk kognitiv teori .....	27
4.1.2 Den kognitive diamanten .....	28
4.2 Samfunnsnormer .....	29
4.3 Tidligere forskning .....	31
5.0 Mine resultater .....	34
5.1 Initiativmangel.....	36
5.1.1 Toveis - tabu .....	36
5.1.2 Maktubalanse.....	37
5.1.3 Kompetansemangel.....	38
5.2 Overdrevet omsorg.....	39
5.2.1 Engstelse for situasjonsforverring.....	39
5.2.2 Flauhet .....	40
5.2.3 Kleint.....	41

5.3 Å følge skriptet.....	42
5.3.1 Normer.....	43
5.3.2 Holdning.....	44
5.3.3 Bekymring.....	44
6.0 Drøfting.....	45
6.1 Hovedfunn 1 – Mangel på initiativ.....	45
6.2 Hovedfunn 2 – Overdrevet omsorg.....	50
6.3 Hovedfunn 3 – Følge skriptet.....	52
7.0 Implikasjoner for praksis.....	57
8.0 Konklusjon.....	58
Referanseliste.....	60
Vedlegg 1. Intervjuguide.....	64
Vedlegg 2. Etisk godkjenning NSD.....	66
Vedlegg 3. Etisk godkjenning FEK.....	68
Vedlegg 4. Oversikt over artikler ekskludert på bakgrunn av tittel.....	69
Vedlegg 5. Oversikt over artikler ekskludert etter lesning av abstract.....	82
Vedlegg 6. Oversikt over artikler inkludert i analyse.....	83

## 1.0 Innledning

Min kliniske erfaring tilsier at dersom et parforhold har vart lenge, oppleves ofte et tap av seksuell intimitet og sensualitet mellom paret. Paret kan oppleve at kommunikasjonen seg imellom blir blokkert, og at intime samtaler uteblir. Dette kan skyldes en rekke årsaker, som barnefødsler, tidsklemma, utroskap, svik, skuffelser, smerter og sykdom. Enkelte opplever at forholdets eksistens er truet, og paret kan oppleve at krangling og konflikter oppstår.

### 1.1 Hensikt

I Norge tilbyr familievernkontorene en gratis tjeneste til mennesker som har behov for å få hjelp til parforholdet sitt. Familievernkontorene arbeider etter Lov om familievernkontorer og er organisert under Barne- og familiedepartementet (Barne- & familiedepartementet, 1998). Dessverre er det mange som ikke kjenner til dette lavterskeltilbudet. Dersom et samlivsbrudd oppstår hos foreldrene, og de har barn under 16 år, har vi i Norge en times obligatorisk mekling. Meklingsordningen skal hjelpe foreldre til å lage gode avtaler for barna etter samlivsbrudd. Det er først i meklingsmøtene at foreldre ofte blir klar over at det ville vært mulig å få hjelp til parforholdet.

På familievernkontorene møter klienter terapeuter med ulik kompetanse og bakgrunn. Det er vanlig at et familievernkontor er bestående av familieterapeuter og psykologer. Utdanning i familieterapi er i dag et toårig deltidsstudium i regi av universiteter eller høyskoler. For å komme inn på denne videreutdanningen er det et krav om en treårig grunnutdanning på bachelornivå som for eksempel sosionom, vernepleier eller sykepleier.

Selv om mennesker søker nytelse, og vi vet at tilfredsstillende seksualitet er helsefrembringende, er dette et neglisjert tema både på grunn- og videreutdanningene i alle helsefaglige retninger (Helsedirektoratet, 2016; Svarstad Solberg et al., 2023).

Det er få studenter som kommer inn på sexologistudiet i Agder og derfor har de fleste terapeuter liten formell kompetanse innen dette fagområdet.

Min kliniske erfaring tilsier at mange par beskriver at kommunikasjonen har blitt fastlåst og polarisert. Som oftest er det minst en av partene som savner seksualiteten. Det å få barn kan være svært utfordrende for parforholdet. Å bygge familie krever mye, både med tanke, tid, prioriteringer og økonomi. Kanskje har paret ulike verdier som først blir synlige etter at barna

er født. Det moderne menneske kan føle at de må strekke til på mange arenaer. Noen eksempler på det kan være at man ønsker en jobbkarriere, et vakkert hjem og barn som presterer godt. I tillegg skal parforholdet og seksuallivet fungere optimalt. Det oppstår mange forventingskrav til paret som igjen kan føre til mye frustrasjon.

Dersom en av foreldrene opplever at ansvars- og arbeidsfordeling er svært skjev, og at konflikter oppstår, kan dette sette parforholdet på prøve. Hvis den ene, eller begge, opplever at tilknytningsforholdet er truet, kan det føre til at man ikke viser seg fra sin beste side og skyver den andre lenger ut av forholdet. På familievernkontoret ses ofte at «den ene lener seg ut av forholdet, mens den andre lener seg inn». Her blir en del av arbeidet å få personen som lener seg inn til å være sin beste versjon slik at det er fristende for den andre personen å bli værende i forholdet, mens for den som lener seg ut av forholdet blir oppgaven å utforske om det er noen følelser av kjærlighet igjen. Kanskje er det mulig å finne frem til gamle følelser og bygge videre på forholdet.

Resultatet etter konsultasjoner på et familievernkontor er ofte at paret enten vurderer det som viktig å arbeide videre med parforholdet, eller at paret velger å avslutte forholdet.

Familievernkontoret har erfaring med at det er en stor omkostning for familiene dersom det oppstår et brudd. Det vil påvirke barna og ikke minst foreldrene, men noen ganger kan det være til det beste at paret går fra hverandre. Dette gjelder spesielt hvis det har vært fastlåste konflikter og krangel over lengre tid. Paradokset ligger i at idet bruddet er et faktum, bør foreldrene finne en måte å samarbeide på. Barn kan ha to hjem, men de har én barndom. Det er derfor viktig at foreldrene samarbeider godt. I noen tilfeller er konfliktnivået så høyt at det beste for barna er at foreldrene ikke har kontakt. Da vektlegges ofte en modell som heter «Sterke barn i to hjem» (Huglen et al., 2020). Dette er en metode som brukes når det ikke er mulig å få foreldrene til å samarbeide på en god måte sammen, men hver for seg skaper hvert sitt gode hjem for barnet uavhengig av hverandre.

Dersom paret likevel har bestemt seg for å holde sammen, er det viktig å stille spørsmål ved deres seksualitet (Rosenthal & Dehle, 2022). Seksualitet er oftest betraktet som privat og til og med som skamfullt. Det er derfor viktig å nærme seg dette temaet på en trygg måte



I boken «Om følelsene» beskriver forfatteren Hans Grelland (Grelland, 2020) hva følelser gjør for oss som mennesker, og hvordan en følelse kan hjelpe oss med å navigere i verden rundt oss. Vi forholder oss til følelser som påvirker oss. Følelsen har et tema som når vi er lei oss handler det om noe vi er triste over, når vi er glade handler det om noe vi glade for. Vi tolker alltid følelsene våre. For eksempel, hvis vi går inn i et rom og en følelse oppstår i kroppen vår, som frykt, vil vi spørre oss selv: «Hvorfor fikk jeg den følelsen nå?» Vi tolker følelsen og gir den en mening.

Det betyr også at vi kan føle noe mot oss selv, vi kan bli sinte på oss selv, skamme oss, og bli frustrerte på oss selv. Vi kan også skamme oss, fordi vi skammer oss, vi kan bli sinte på oss selv fordi vi ble sinte, også videre. Mange følelser kan oppstå i en samtale, og ifølge Grelland kan en samtale oppleves som god terapi dersom den oppleves meningsfull (Grelland, 2020, s. 18,19).

På den andre siden kan samtalen fylle oss med forakt og få oss til å føle oss ukomfortable eller inkompetente. Den kan også få oss til å føle oss usikre. Dette avhenger av mange ulike faktorer. Noen av faktorene for en god samtale kan være hvilken kontekst den foregår i, snakker vi med venner er det kanskje en tryggere ramme enn en autoritet på sjefens kontor. Det har mye å si for følelsen i samtalen, om vi blir sett på som kompetente og dyktige av mottaker, eller om vi blir møtt med liten forståelse og respekt for verdier og holdninger. Føler vi at vi blir lyttet til og at relasjonen er symmetrisk, vil det gi en annen følelse enn om det er en ovenfra-og-ned-holdning hos mottakeren. Noen ganger er det nyttig å be om en pause for å snakke om metakommunikasjonen; altså vurdere hvordan vi snakker med og til hverandre.

Vi uttrykker følelsene våre gjennom smil, tårer, kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Dette forteller oss noe, og det kan også ses og forstås av andre (Grelland, 2020, s. 1). I lys av forskningsspørsmålet (problemstillingen) ønsket jeg å studere følelsene og tankene fra et førstepersonsperspektiv, slik de oppleves av personen som har følelsen.

Terapeuten blir av klienten ofte sett på som "spesialisten», den som har det riktige svaret på alt. Det kan føles som om klienten forventer at terapeuten har en slags oppskrift på hvordan man skal leve livet på den rette måten. Terapeutene forsøker å motvirke denne posisjonen ved å legge til rette for en likeverdig dialog, og ved å stille gode spørsmål slik at klienten kan finne ut av sitt eget liv. Imidlertid kan terapeutens erfaring, opplæring og utdanning bety at vi

i mange tilfeller kan komme med kvalifiserte forslag. Jeg tror det vil være positivt for utfallet av terapien og dialogen med klienten at terapeuten tar opp og avklarer dette temaet.

Temaet seksualitet kan oppleves vanskelig å snakke åpent om i terapirommet, og er noe mange terapeuter unngår å forholde seg til i klientsamtaler (Blalock & Wood, 2015; Fitter et al., 2009; Hall & Farber, 2001; McCann, 2010; Östman, 2008). På grunnlag av dette var jeg nysgjerrig på hvordan terapeutene opplever det å snakke om seksualitet med sine klienter. Hvilke følelser fikk terapeuten? Hvilke tanker førte disse følelsene til?

## 1.2 Problemstilling

Formålet med dette masterarbeidet var å undersøke om seksualitet og seksuell helse kan inkluderes i samtalerapi og rådgivning på en god måte. Å snakke om seksualitet kan være utfordrende både for klient og terapeut. Å kartlegge en klients seksuelle helsetilstand bør imidlertid være terapeutens ansvar og initiativ. Av denne grunn ville jeg fokusere spesielt på de utfordringene som terapeuter kan oppleve i forhold til spørsmål om seksualitet i parforholdet, og dermed med følgende problemstilling:

***«Hvilke tanker og følelser oppstår hos familieterapeuten når seksuelle tema tas opp i terapirommet?»***

## 2.0 Vitenskapsteoretisk forankring

Jeg har valgt å bruke metodikk som er knyttet til fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteori for å belyse problemstillingen. Jeg mener at disse tilnærmingene var de mest hensiktsmessige da jeg søkte å belyse terapeutenes subjektive erfaringer og opplevelser. Jeg ønsket å få tilgang til terapeutens egne tanker, følelser og kroppslige fornemmelser i forhold til tematikken.

### 2.1 Fenomenologi

Fenomenologi er en måte å se på verden rundt oss på. Det handler om å studere tingene og hendelsene rundt oss, og å forstå dem fra våre egne opplevelse og perspektiver (Heidegger, 1962; Husserl & Gibson, 1983; Merleau-Ponty, 1962; Van Manen, 2016).

Thornquist (Thornquist, 2018, s. 110-112) beskriver intersubjektivitet som vår evne til å forstå hva den andre personen sier om egne erfaringer. Thornquist sier videre at vi ikke får en direkte tilgang til personens erfaring, men vi får en tilgang til beskrivelsen av erfaringen.

Fenomenologiens epistemologi refererer til hvordan vi kan skaffe oss kunnskap om verden. I fenomenologien er forskeren selv en del av forskningsprosessen og bruker sin erfaring og menneskelighet til å forstå og tolke fenomener. Dette betyr at forskeren ikke kan være objektiv eller nøytral, men må ta hensyn til sin egen bakgrunn og erfaring når de utfører forskning. Fenomenologiens ontologi refererer til hvordan vi forstår verden og hva som eksisterer. I fenomenologien er mennesket intensjonalt, noe som betyr at vi har en bevissthet og evne til å reflektere og handle i verden. Vi oppfatter ikke bare verden gjennom sansene våre, men vi gir også mening til det vi opplever basert på våre tidligere erfaringer. Dette betyr at vi ikke bare er passive mottakere av informasjon, men aktive deltakere i vår egen erfaring av verden (Husserl, 2013; Larkin et al., 2021; Merleau-Ponty, 1962).

## 2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er en filosofisk tilnærming som handler om forståelse og tolking av tekster, kultur, historie og samfunn. Det sentrale i hermeneutikken er å forstå mening, tolkning og kontekst. En av de sentrale filosofene innen hermeneutikk er Martin Heidegger som argumenterte for at tolkning er en grunnleggende måte å forholde seg til verden på, og at det å forstå noe handler om å avdekke dypere mening og kontekst. En annen sentral filosof innen hermeneutikk er Hans-Georg Gadamer. Han argumenterte for at forståelse ikke kan være objektiv, men må ta hensyn til konteksten og tolkerens egne forforståelser. Gadamer understreket også at tolkning er en dialogisk prosess der man blir påvirket av hverandre. En tredje sentral filosof innen hermeneutikk er Paul Ricoeur. Han argumenterte for at fortolkning er en kreativ prosess som ikke bare handler om å forstå den opprinnelige meningen, men også om å legge til egne tolkninger og perspektiver. Ricoeur mente at tolkning alltid er begrenset av personens egen forforståelse og kontekst (Gadamer, 1975; Heidegger, 2010; Ricoeur, 1981).

Hermeneutikken dreier seg om spørsmål knyttet til hvordan man forstår og tolker noe, og kan gi oss hjelp til å forstå hvordan vi forstår og gir verden mening (Thornquist, 2018, s. 167). Dette er relevant for alt arbeid som har med mennesker å gjøre, særlig i terapi der terapeuten møter klienten med en forforståelse, fortolker kroppsspråket og hva som blir sagt.

Thornquist (Thornquist, 2018, s. 171) hevder at den hermeneutiske sirkelen beskriver en erkjennelsesprosess som veksler mellom delene og helheten for å forstå begge deler best mulig, og at den nye helhetsforståelsen kan gi ny innsikt i enkeltdelene som igjen påvirker og

utvikler helhetsforståelsen. Ifølge Thornquist er sirkelbegrepet kritisert fordi samtalen ikke vil repeteres, men den utvides. Thornquist mener derfor at ordet hermeneutisk spiral blir en bedre beskrivelse siden det viser til at vi er i en ny bevegelse, vi kommer aldri tilbake til akkurat det samme stedet som vi begynte.

### 2.2.1 Forståelseshorisont og fordom

Ifølge Thornquist (Thornquist, 2018, s. 171) har vi alle en forforståelse basert på egne tanker og erfaringer. Denne forforståelsen gjør at vi aldri vil være fordomsfrie, men alltid vil være forutinntatt. To sentrale begreper i hermeneutikken er forståelseshorisont og fordom, det er det som danner summen av oppfatningene, erfaringene og forventningene våre. Både bevisst og ubevisst har vi en del holdninger og oppfatninger som vi ikke retter oppmerksomheten mot, og vi er ikke alltid er bevisst på hva vi bringer inn til vår forståelse, og at mange av våre antagelser er ubevisste.

I min praksis som sexologisk rådgiver er disse begrepene viktige fordi forståelseshorisonten min vil bestå av summen av min formelle og erfaringsbaserte kompetanse.

Forståelseshorisonten vil også være avhengig av hvordan jeg har reflektert rundt eget liv og kunnskap. Ved å hjelpe par med sexologiske problemstillinger er det særlig avgjørende å arbeide med forståelseshorisont og fordommer siden seksualiteten ofte er noe av det mest sårbare for et menneske. Det er et område hvor mange føler mye skam rundt egne lyster og tabubelagte behov. En forsker vil umiddelbart få en forutinntatt oppfatning i møte med sine informanter. Det kan handle om hvilke problemer som blir beskrevet og hvordan informantene fremstår med tanke på klesstil og kroppsspråk.

Som forsker vil det derfor være nyttig å reflektere over eget liv, familiebakgrunn og seksuell historie, noe som vil være med på å påvirke det som skjer i terapirommet (Almås & Benestad, 2017).

## 3.0 Metode

Jeg valgte å bruke kvalitativ metode og et semi-strukturert fokusgruppeintervju som tilnærming til problemstillingen (Malterud, 2011, s. 129-133).

### 3.1 Kontekst

Jeg arbeider på et familievernkontor der vi har klienter som har «normale utfordringer». Normalitetsbegrepet er stort og komplekst, men det finnes saker hvor vi for eksempel henviser til spesialisthelsetjeneste, DPS, lege eller barnevernet. Siden ett av kriteriene for å få samtaler hos et familievernkontor er at man har hjemmeboende barn, er det en del par som ikke får hjelp av det offentlige hjelpeapparatet, men må betale for det selv i privat regi. Dersom et par oppsøker et familievernkontor, gis det tilbud om mellom fem og ti samtaler. Dersom paret begjærer mekling får de opptil syv meklingstimer, men dersom paret kommer for hjelp til konflikthåndtering etter et brudd, er det flere timer tilgjengelig. Dette baseres på en skjønsmessig vurdering av terapeuten i samråd med leder.

### 3.2 Fokusgruppeintervju

En fokusgruppe består som regel av seks til ti personer og blir ledet av intervjueren (Chrzanowska, 2002).

I en fokusgruppe er intervjustilen ikke styrt, og det er ønskelig at det kommer frem mange forskjellige synspunkter om det aktuelle temaet. Det er intervjueren som legger til rette for samtalen og sørger for at alle deltagere blir hørt. Det er ønskelig å skape en trygg, åpen og god atmosfære, som gjør det mulig å si sin mening, selv om deltakerne er uenige og har motstridende synspunkter om saken. Målet med fokusgruppen er ikke enighet eller løsninger på tema, men å få frem alle synspunkter og meninger om saken. Vi kan bli påvirket av gruppen, og dermed få mer nyanserte assosiasjoner, synspunkter og meninger om de aktuelle spørsmålene. Fokusgruppeintervjuer kan vise større variasjoner i opplevelser og erfaringer enn individuelle intervjuer. (Aromataris et al., 2015; Levac et al., 2010; Malterud, 2011; Thomas et al., 2004; Tong et al., 2012).

Det å benytte gruppedynamikken for å få frem flest mulige tanker og synspunkter gjennom denne metodikken var relevant for besvarelsen av problemstillingen.

Det ble brukt en intervjuguide (Vedlegg 1) med relevante spørsmål knyttet til det å være terapeut på et familievernkontor når problemstillinger som dreier seg om seksualitet i parterapi oppstår. Utvelgelsen av intervjuobjekter har foregått ved at ulike familievernkontor i Østlandsområdet ble kontaktet. Det var ønskelig å intervju kolleger med bakgrunn som familieterapeuter. Familieterapeut er en videreutdanning som krever en sosial og helsefaglig

grunnutdanning. Det er viktig å understreke at utvelgelsen kun dreide seg om familieterapeuter fra Østlandet, og at utfallet muligens ville blitt noe annet dersom andre deler av landet var inkludert, men på grunn av både økonomiske og tidshensyn valgte jeg å avgrense på denne måten.

### 3.2.1 Systematisk beskrivelse av den valgte metoden

Det ble vurdert som mest nyttig å holde et fokusgruppeintervju. Jeg ønsket å samle mellom seks og åtte personer, og foreta et lydopptak under intervjuet. Lydopptaket ble transkribert og deretter slettet. Transkriptet ble lagt inn i NVivo 12 (<https://alfasoft.com>) programvare.

NVivo er et godt egnet analyseverktøy for kvalitative datasett og kvalitative forskning. Programvaren gir mulighet til organisering og kategorisering av dataene fra det deltagerne har sagt, og for etterfølgende systematisk analysing av resultatene (Edwards-Jones, 2014).

Jeg valgte å følge Malteruds metode for å analysere kvalitative data. Den metoden er teoretisk forankret i analysemetoden som heter systematisk tekstkondensering. Malteruds metode består av fire trinn hvor det første trinnet går ut på å få et helhetsinntrykk av teksten. Det andre trinnet består i å finne meningsbærende enheter. I det tredje trinnet abstraheres innholdet i de meningsbærende enhetene, og i det fjerde trinnet blir betydningen av dette sammenfattet. (Malterud, 2011). Malteruds metode ble valgt fordi den er en velkjent og validert metode som har blitt brukt på denne typen datasett.

Den første fasen av analyseprosessen var planlagt å starte når datamaterialet var samlet inn etter det første fokusgruppeintervjuet. Dette for å gjøre nødvendige justeringer og sikre bedre datainnsamling før en eventuell neste intervjurunde.

Et informasjonsskriv ble sendt til lederne på fire ulike familievernkontorer. Informasjonen ble distribuert til de ansatte som kunne kontakte meg anonymt. Lederne til de aktuelle kandidatene ville ikke få vite hvem som tok kontakt. Etter kort tid hadde åtte frivillige personer, syv kvinner og en mann i alderen 30-60 år som alle var utdannet familieterapeuter, kontaktet meg. Vi møttes på et av kontorene og holdt fokusgruppeintervjuet der. Intervjuet varte i omtrent 1,5 timer. Jeg benyttet en delvis åpen semistrukturert intervjuguide. En mer detaljert beskrivelse av informantene (med fiktive navn) er gitt i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over informantene som inngår i undersøkelsen. Personene er anonymisert med fiktive navn.

<b>Informant</b>	<b>Kjønn</b>	<b>Aldersgruppe (år)</b>	<b>Bakgrunn/utdanning</b>	<b>Tittel</b>
1. Beate	Kvinne	40-50	Sosionom Familieterapeut Kognitiv terapeut (Ferdig utdannet > 10 år siden)	Familieterapeut
2. Grethe	Kvinne	50-60	Sosionom Familieterapeut (Ferdig utdannet > 10 år siden)	Familieterapeut
3. Elisabeth	Kvinne	50-60	Sosionom Familieterapeut (Ferdig utdannet 5-10 år siden)	Familieterapeut
4. Britt	Kvinne	40-50	Sosionom og utdannet helsearbeider Master Familieterapeut (Ferdig utdannet < 3 år siden)	Familieterapeut
5. Sara	Kvinne	40-50	Sosionom Familieterapeut (Ferdig utdannet < 3 år siden)	Familieterapeut
6. Maren	Kvinne	30-40	Sosionom Master i familierapi Familieterapeut (Ferdig utdannet 5-10 år siden)	Familieterapeut
7. Kåre	Mann	50-60	Sosionom Familieterapeut (Ferdig utdannet 5-10 år siden)	Familieterapeut
8. Helle	Kvinne	40-50	Sosionom Familieterapeut (Ferdig utdannet 5-10 år siden)	Familieterapeut

### 3.3 Fokusgruppeintervju som metode

Det er både styrker og svakheter ved fokusgruppeintervju som metode.

### 3.3.1 Styrker ved fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en metode som egner seg til å undersøke nye områder, og det er mulig at det kan få frem flere emosjonelle, ærlige og sårbare synspunkter enn ved individuelle intervjuer (Brinkmann et al., 2018, s. 80). Når det dreier seg om temaer som seksualitet, som er et følsomt og ofte tabubelagt tema, kan et fokusgruppeintervju gjøre det lettere å uttrykke seg. Det kan komme frem meninger, tanker og følelser som ellers ikke ville kommet frem (Brinkmann et al., 2018, s. 80).

I følge Helsebiblioteket (Helsebiblioteket.no, 2007) er en fokusgruppe spesielt egnet til å finne «forbedringsområder» ut fra hva gruppen savner, og det kan gi ideer til hva som må gjøres annerledes for å oppnå forbedring. Det å samle en gruppe, i stedet for å intervju deltagerne enkeltvis kan medføre at deltakerne må forholde seg til hverandres meninger, tanker og følelser og derved større grad av refleksjon. Fokusgrupper gir mulighet til å gå dypere og mer spesifikt inn på problemstillinger enn i individuelle intervjuer. Dette på grunn av dynamikken i gruppen og hvordan vi påvirkes av hverandre.

I følge Threlfall (Threlfall, 1999) krever denne metoden mindre forberedelse enn individuelle intervjuer, resultatene kommer raskt, og temaene dekkes på mange forskjellige måter. Å bruke fokusgrupper som metode gir fleksibilitet, mulighet til å utforske hele konteksten, de underliggende forholdene og samtidig avdekke deltagerens erfaringer og holdninger (Bjørklund, 2014).

### 3.3.2 Svakheter ved fokusgruppeintervju

Til tross for at gruppedynamikken kan bidra positivt ved å vise flere sider av en sak, kan gruppeintervju også ha en negativ effekt. Det kan føre til motstridende forventninger og frykt for at noen av deltagerne vil være redde for å bringe sine tanker, meninger og følelser til gruppen. Dette er særlig vanlig dersom det er synspunkter som er i motsetning til hva resten av gruppen mener. På denne måten kan det dannes et spenningsfelt i gruppa. Å lede en fokusgruppe krever derfor en del erfaring. Det kan være utfordrende å sørge for at gruppedynamikken skal fungere godt. Dersom dette skal bli gjort på en god måte krever det et grundig forarbeid. Dette gjelder spesielt i forhold til hva man ønsker innsikt i, og hvor fokuset skal rettes. Som leder av intervjuet vil det kreve en god opplæring i metoden på forhånd. Dynamikken i gruppen kan medføre at det er vanskelig for intervjuer å ha kontroll på intervjusituasjonen. Dersom informantene snakker i munnen på hverandre, kan det føre til en



kaotisk situasjon som kan vanskeliggjøre transkriberingen av intervjuet (og analysen) etterpå. Det vil derfor kreve øvelse fra den som intervjuer å styre dette på en god måte, og å høre ordentlig hva som blir sagt. (Brinkmann et al., 2018, s. 80).

En annen svakhet kan være at man kan å miste noen viktige innspill i intervjuet hvis enkelte gruppe-medlemmer tar større plass enn andre og det kan dermed være vanskelig å få frem alles stemme.

Det er omdiskutert hvorvidt en fokusgruppe er valid og reliabel. Reliabilitet, eller pålitelighet, handler om hvorvidt flere studier uavhengig av hverandre kommer frem til samme konklusjon når de studerer samme tema, mens validitet handler om hvorvidt man får fram det man hadde tenkt å studere. Gyldigheten av resultatene fra en fokusgruppe kan reduseres dersom deltagerne ikke sier hva de mener, hvis de er flau eller ikke tør å forsvare sine synspunkteter. Dette kan særlig skje hvis synspunktene deres ikke samsvarer med synspunktene til de andre i gruppa. Det er også mange andre faktorer som kan påvirke validiteten, for eksempel intervjuerens identitet og personlighet, alder, kjønn og bakgrunn. Det kan også være mangel på tillitt mellom gruppe-medlemmene når det gjelder konfidensialitet i gruppen. (Wibeck, 2000).

I følge Threlfall (Threlfall, 1999) er den største ulempen med fokusgrupper at de kan misbrukes og resultatene kan være misvisende. Fokusgrupper kan også lett komme til å skifte mellom det å utforske spørsmålsstillinger til intervjueren, til å bli en vanlig hverdagssamtale. Det hevdes også at det å bruke fokusgruppe kan bli gjort noe ukritisk, og som kan føre til feilaktige konklusjoner, eller at resultatene ikke analyseres på riktig måte. Det kan dermed være nødvendig at flere forskere er involvert i analysen og diskusjon av resultatene. Resultater kan bli generalisert i for stor grad, for eksempel ved å overføre fokusgrupperesultatene til å gjelde en hel befolkning.

I lys av dette er det derfor viktig å spesifisere at statistisk representativitet ikke er målet for en fokusgruppe. Fokusgruppeintervju basert på et lite utvalg, vil ikke kunne si noe om hele populasjonen, det vil si alle terapeuter, men kan gi indikasjoner på dynamikken og faktorer som innvirker på tanker og følelser som oppstår i terapi som omfatter seksuelle tema. (Bjørklund, 2014, s. 47).

### 3.4 Forforståelse

Det å arbeide som familieterapeut, innebærer blant annet å hjelpe mennesker i et parforhold med både egen seksualitet, og den seksualiteten paret skal ha sammen. Min erfaring tilsier at dette vekker en del tanker og følelser hos terapeuten. Forforståelsen min er at noen terapeuter opplever at de ikke har nok kompetanse om temaet, mens andre kanskje føler de ikke har nok erfaringsbasert kunnskap. Jeg har hørt uttrykk som at det er «kleint» eller «pinlig» å snakke om seksualitet i møte med klienter. Jeg ønsket derfor å utforske terapeutens subjektive følelser i møte med klienter fordi det muligens kan gi en indikasjon på hvilken kunnskap terapeuten har behov for å tilegne seg.

Jeg er utdannet foterapeut, døvetolk, døvblindetolk, skrivetolk, klinisk sosionom, familieterapeut, kognitiv terapeut og sexolog. På bakgrunn av dette har jeg vært hos en rekke instanser hvor det har vært mennesker som har hatt behov for hjelp og bistand i ulik grad. I mitt arbeide har jeg blant annet vært mye på sykehus, offentlige instanser og institusjoner. Mennesker har fått psykososial støtte på en rekke områder, men fellesnevneren er at seksualitet ikke ble berørt. Min gjennomgående opplevelse er at fagpersoner har lite innsikt i, og kunnskap om at seksualiteten er et viktig aspekt for mennesket.

### 3.5 Dataanalyse

Jeg har benyttet Malteruds arbeidsmetodikk for dataanalyse av intervju basert på systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011, s. 97).

Det er to prosedyrer med ulik teoretisk forankring som er beskrevet i metodelitteraturen. Begge er detaljert beskrevet og har en solid teoretisk forankring. Det er Giorgis fenomenologiske analyse og Grounded theory. Kirsti Malterud har modifisert metoden systematisk tekstkondensering som er en metode som Giorgi har påvirket. Denne metoden kan brukes til utvikling av nye begreper. (Malterud, 2011, s. 96).

Målet med den fenomenologiske analysen var å få kunnskap om måten informantene oppfattet verden innenfor et visst område. I all kvalitativ forskning må fordommer forsøkes å settes til side, selv om det er kanskje er umulig. Forskeren må ha et bevisst og reflektert forhold til på hvilken måte informantene blir påvirket. (Malterud, 2011, s. 97).

I denne studien ble det viktig å få frem informantenes erfaringer av egne tanker, følelser og kroppslige fornemmelser. Informantenes utsagn er lojalt gjengitt i sitatene.

### 3.5.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk – fra kaos til organisering

Intervjuet ble spilt av tre ganger og transkriberingen ble lest gjennom fire ganger for å danne meg et bilde av helheten. Jeg var bevisst på at helheten er viktigere enn delene (Malterud, 2011, s. 98). Siden analysen utgikk fra et fenomenologisk perspektiv var det viktig å sette forforståelsen til side (Malterud, 2011, s. 99).

I utgangspunktet ønsket jeg å se på dette fra et helhetlig perspektiv og jeg foretrakk at datamaterialet ikke var for stort. Totalt utgjorde det transkriberte intervjuet 30 A4 sider. Målet var å finne frem til midlertidige temaer som kunne belyse problemstillingen. Dette var et tidkrevende arbeid.

I første fase definerte jeg 9 foreløpige temaer som jeg mente kunne belyse problemstillingen. Følgende temaer ble definert:

Tema 1 – Ingen våger å snakke om seksualitet

Tema 2 – Klienten våger ikke å ta opp temaet seksualitet

Tema 3 – Terapeuten våger ikke å ta opp temaet seksualitet

Tema 4 – Det er skambelagt å snakke om naturlige prosesser

Tema 5 – Terapeuten er redd for å være ubehagelig mot klienten

Tema 6 – Terapeutene våger ikke være tydelige

Tema 7 – Seksualitet skal ikke snakkes om på familievernkontor

Tema 8 – Terapeuten unngår samtale om seksualitet

Tema 9 – Terapeuten er redd for å bli oppfattet som en som spør for å tilfredsstille egen nysgjerrighet

### 3.5.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I trinn to ble teksten sortert i forhold til problemstillingen. Den transkriberte teksten ble lest nøye linje for linje for å finne alle meningsbærende enheter. I følge Malterud kan ikke hele teksten bestå av meningsbærende enheter (Malterud, 2011) og derfor ble tekst som jeg anså som irrelevant sortert ut. Alle utsagn som var relevante for problemstillingen ble kategorisert

og systematisert i ulike kodegrupper med analyseverktøyet Nvivo, det vil si alle meningsbærende enheter som hadde sammenheng med de foreløpige temaene fra det første trinnet ble sortert, og temaene ble deretter merket med en kode. På den måten ble alle meninger som har noe til felles samlet under samme koden.

I følge Malterud er det viktig å vurdere om disse kodene representerer det samme fenomenet (Malterud, 2011). Målet var å beskrive terapeutens egne opplevelser av å snakke om seksualitet med klienter på et familievernkantor, og organisere de meningene i kodegrupper som hadde noe til felles.

I følge Malterud er det viktig å utvise fleksibilitet i dette arbeidet og være villig til å endre på både temaene og kodene (Malterud, 2011).

I forbindelse med identifisering av meningsbærende enheter, ble det totale datamaterialet 25 sider. Målet var å sitte igjen med 4-9 kodegrupper. De meningsbærende enhetene ble kondensert til 9 kodegrupper.

Ut ifra dette arbeidet ble følgende koder definert:

Kode 1 - Samfunnsnormer

Kode 2 – Underlegen klient

Kode 3 – Flau terapeut

Kode 4 – For forsiktig

Kode 5 – Paralysert samfunn

Kode 6 - Redd for å påføre klienten skam

Kode 7 - Tabu

Kode 8 - Benektelse

Kode 9 - Frykt

### 3.5.3 Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening

Det tredje analysetrinnet hentet ut essensen av kunnskapen etablert i det andre analysetrinnet. Dette ble gjort ved å identifisere og kode meningsfulle sitater. Sitatene ble systematisk kondensert for å trekke ut mening. Her ble den delen av materialet som ikke ga mening fjernet (Malterud, 2011, s. 104). Resten av materialet, de meningsfulle enhetene, eller sitatene, lå nå organisert i ni kodegrupper som ble vurdert i forhold til hverandre. Her ble empirien redusert

til et dekontekstualisert utvalg av enheter med organisert mening. På denne måte ble 25 sider transkribert tekst, samlet i ni kodegrupper som om mulig kunne si noe om hvorfor det er vanskelig for terapeuten å snakke om seksualitet. Malteruds prosedyre handler om å gi retning til spørsmålene vi stiller til materialet. Prosessen i det tredje analysetrinnet sikret at forskjellen mellom kodegruppene ble tydeliggjort. Deretter ble det arbeidet videre med den enkelte kodegruppen som enhet (Malterud, 2011, s. 105).

Deretter gikk jeg videre i kondenseringsprosessen og valgte ut temaene. Jeg var oppmerksom på at jeg tolket intervjuet fra mitt faglige ståsted. En lege eller fysioterapeut ville muligens tolke noe annet ut av teksten enn det som jeg har gjort (Malterud, 2011, s. 105).

I analysen startet jeg med sitater som jeg oppfattet som innholdsrike og uttrykksfulle. De tekstene som jeg ikke fant meningsfullt å inkludere i sitatet, ble lagt til side, senere gjennomgikk jeg innholdet av disse sitatene for å se om det tilhørte et tema eller en kode. På denne måten gjennomgikk jeg hele mitt empiriske materiale på en svært systematisk og nøyaktig måte. Jeg vurderte hvordan disse sitatene på best mulig måte kunne belyse problemstillingen, og jeg forsøkte å finne hoved sitatet som best illustrerte de abstraherte meningene. (Malterud, 2011, s. 107).

#### 3.5.4 Trinn 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

I analysens fjerde trinn skal teksten bygges opp på nytt, det vil si rekontekstualiseres (Malterud, 2011). Det betyr at tekstbitene settes sammen igjen. Dette må gjøres på en slik måte at leseren får tillit og innsikt, samt at nye beskrivelser eller begreper blir utviklet. De forrige trinnene bestod av løsrevne tekstbiter, men nå vurderte jeg om begrepene jeg hadde utviklet fortsatt var gyldige, beskrevet ut fra den sammenhengen den ble tatt ut fra.

I dette prosjektet var ikke ambisjonene å utvikle nye begreper eller beskrivelser siden det er mulig å bruke navn eller begreper som allerede finnes. Derfor var det ikke så stor forskjell på temaer og koder. I følge Malterud er dette vanlig (Malterud, 2011, s. 108).

Sitatene/de meningsbærende enhetene og begrepene skulle valideres ut fra den sammenhengen som de ble hentet ut fra. Den opprinnelige transkriberingen ble på nytt gjennomlest for å vurdere validiteten i forhold til hva som faktisk ble sagt. Dersom det var vanskelig å kombinere begrepet med opprinnelig rådata måtte validiteten vurderes på nytt. Jeg

utfordret resultatet ved å systematisk lete etter noe som var en motsigelse til de konklusjonene som jeg kom frem til. I analysen måtte jeg vurdere det jeg fant opp mot teorien og empirien. Jeg betraktet litteratursøket mitt for å se om tilsvarende beskrivelser er presentert av andre forskere.

Jeg abstraherte kodene til tre begreper:

- initiativmangel
- overdreven omsorg
- å følge skriptet

### Initiativmangel

Informantene rapporterte at både klientene og de selv ikke våget å ta opp temaet seksualitet i samtalen. Dette skapte en underlegen klient og det som jeg forstod som en flau terapeut. Årsaken til den manglende viljen eller evnen til å ta opp temaet seksualitet, ble av informantene forklart som mangel på kompetanse. Dette er muligens ikke den hele sannheten, for tydelige samfunnsnormer har ført til at temaer knyttet til seksualitet ofte er tabubelagt, i dette tilfellet et toveistabu. I sum fører dette til unnvikelse eller initiativmangel fra terapeutens side.

### Overdreven omsorg

Informantene beskrev også at de ble for forsiktige i samtalen. Dette kom frem ved at de reflekterte rundt ulike temaer hvor de erkjente at de burde ha spurt klientene om noe angående intimitet, seksualitet eller endog vold, som seksuelle overgrep. Det var for eksempel noen klienter som slet med vaginisme, smerteproblematikk og terapeuten hadde vurdert at hun burde spurt etter mulige seksuelle overgrep. I situasjonen føltes det som et spørsmål som ville være belastende for klienten og terapeuten stilte derfor ikke spørsmål. Dette er et eksempel på å være for forsiktig.

Denne såkalte omsorgen kan gjøre vondt verre. Spørsmålet man kan stille seg er om terapeuten egentlig har mest omsorg for seg selv ved å unngå en del spørsmål som er knyttet til seksualitet. Det er tydelig at det vekkes en del overføring og motoverføring fra både klienten og terapeuten som terapeuten ikke har verktøy til å håndtere. Terapeuten ble redd for å forverre situasjonen for klienten ved å påføre skam på klienten. Terapeuten følte det som

både en flau og klein situasjon. Dette medførte en omsorgsfravikelse, men av informantene ble det beskrevet som omsorg. Jeg vil kalle det en overdreven form for omsorg hvor man ubevisst beskytter seg selv mot ubehaget ved en klein situasjon.

### Å følge skriptet

Informantene snakket om oppstarten som terapeut på familievernkantoret. Det hadde vært et etterlengtet arbeid, og som ny arbeidstaker ønsket de å gjøre som forventet. Informantene kjente raskt på at seksualitet var noe som det ikke skulle snakkes om på familievernkantoret. Det var en helt tydelig uformell norm på dette, og det opplevdes vanskelig å vise en annen holdning til temaet. Dette medførte en følelse av frykt for å være annerledes. Informantene opplevde også frykt for å virke som en person som kun stilte spørsmål for å tilfredsstille sin egen nysgjerrighet. Dersom de brakte temaet på banene til andre kolleger følte de at temaet ble avvist og benektet. Det viktigste ble å følge skriptet.

### 3.6 Forskningsetiske forhold

For å få et personvern og en forskningsetisk vurdering, ble studien meldt til Norsk senter for forskningsdata (nå Sikt) i meldeskjema for forsknings- og studentprosjekt og det er sendt inn til Forskningsetisk komité ved Fakultet for helse og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder (FEK). Etiske godkjenninger er mottatt fra NSD (ref.nr. 171265 – Vedlegg 2) og FEK (ref.nr. RITM0188071 – Vedlegg 3).

Siden denne studien ikke hadde intensjon om å skaffe kunnskap om helse og sykdom og heller ikke kunne karakteriseres som «sårbare grupper», ble det ikke søkt om godkjenning av prosjektet fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Helseforskningsloven §4 og §9).

Ved anvendelse av kvalitativ metode i forskning skal alle empiriske data regnes som forpliktende i prosjektet. For å styrke den interne validiteten av en kvalitativ studie er det ifølge Malteruds metodebeskrivelse et viktig virkemiddel å ha et godt teoretisk forarbeid og trinnvis analyse som systematisk tekstkondensering. (Malterud, 2011).

Tre begreper som er viktig for vurdering av resultatene er reliabilitet/pålitelighet, validitet/gyldighet og generaliserbarhet. Disse kan gi indikasjon på om forskningsarbeidet er godt utført, og på hvilken måte man bidrar med ny kunnskap. Pålitelighet handler om hvilken

indre logikk eller sammenheng man har gjennom hele forskningsprosjektet. Det er tydelige kriterier for hvordan analysen utvikles fra empiri, og hvordan teorier kommer inn i analysens siste faser. Dette handler om den best egnete måten å finne ut av problemstillingen. Et kvalitetsaspekt representerer også en gjennomtenkt forskningsetikk. Vi relaterer oss til aktuelle teorier og perspektiver sammen med tidligere forskning. En innvendig er at dette gjør forskningen konservativ. Likevel er det viktig for kvaliteten at forskning blir gjort i små steg. Generaliserbarhet er knyttet til studiens relevans. (Tjora, 2018, s. 79, 80, 81).

Transparens og refleksivitet er også viktig å hensynta. Transparens kan betraktes som et verktøy for pålitelighet, men handler også om hvor godt forskeren greier å formidle analysen og metoden. Validitet betyr å ta stilling til hva studien forteller noe om. På hvilken måte er studien gyldig. Det at studien kan etterprøves av andre handler om reliabilitet/ troverdighet. I hvilken grad kan min studie etterprøves av andre? Vil man finne de samme resultatene? (Tjora, 2018, s. 85, 85).

Det kan forekomme skjevhet (bias) i forskningen, som vil bety at resultatene ikke samsvarer med virkeligheten (Chenail, 2011; Malterud, 2017).

Valget av informanter er en mulig kilde til bias. Det er mulig at det var nettopp informanter som fant seksualitet som et problematisk tema som meldte seg til fokusgruppeintervjuet, eller det kan også hende at det var motsatt, at det var disse informantene som synes det er minst vanskelig å snakke om seksualitet blant yrkesgruppen familieterapeuter. Dersom informanten virkelig ikke vil berøre temaet, er det mulig å tenke at de ikke heller ville velge å delta i et frivillig anonymt intervju. Det er også mulig at jeg ubevisst forventet å finne de resultatene som kom frem, selv om jeg forsøkte å redusere bias med å stille åpne og varierte spørsmål.. Jeg var derfor svært bevisst på hvordan jeg som forsker påvirket forskningsprosessen og forsøkte å ha en så objektiv holdning som mulig.

Maktforholdet er også en dimensjon det er viktig å hensynta. Forskeren har autoritet med tanke på hvilke spørsmål som stilles for å styre i en retning, mens intervjuobjektene har makt i forhold til det og fortelle om det de vil. Spørsmål som kan stilles er i hvilken grad forskeren har nærhet til tematikken, er en insider, eller om det er et ukjent tema (Brinkmann et al., 2018). I mitt tilfelle er jeg en insider siden jeg er tilknyttet et familievernkontor.



Det foreligger alltid en viss risiko for at intervjuobjektene kan bli påført en følelse av utilstrekkelighet og inkompetanse gjennom intervjuet. Dette kan i så fall igjen føre til en skamfølelse som bidrar til at personen føler avmakt slik at man gir opp senere forsøk på samtaler med klienter rundt seksualitet. Dette forsøkte jeg å unngå ved å validere terapeutene og sørge for en god atmosfære i rommet.

#### 4.0 Teori

Jeg belyste oppgaven ved hjelp av kognitiv teori, og et hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapssyn.

Kognitive teorier er en viktig del av den moderne psykologien, og det finnes mange forskjellige perspektiver innenfor dette feltet. Nedenfor er noen av de mest kjente kognitive teoriene listet opp:

1. Kognitiv atferdsterapi er en form for terapi som fokuserer på å endre negative tankemønstre og atferd. Denne terapiformen har vist seg å være effektiv i behandlingen av en rekke psykiske lidelser, inkludert angst og depresjon. (Beck et al., 1979; Hofmann et al., 2012).
2. Kognitiv utviklingsteori, Jean Piagets teori om kognitiv utvikling fokuserer på hvordan barn utvikler seg kognitivt gjennom ulike stadier fra fødsel til ung voksen alder (Piaget & Cook, 1952).
3. Sosial kognitiv teori, Albert Banduras teori om sosial kognisjon setter søkelys på hvordan mennesker lærer ved å observere og imitere andre, samt hvordan deres atferd påvirkes av faktorer som forventninger, holdninger og verdier. Bandura & Walters (1977) hevder at mennesker lærer ved å se på andre og prøve ut nye atferdsmønstre basert på disse observasjonene. (Bandura & Walters, 1977).
4. Informasjonsprosesseringssteori, fokuserer på hvordan mennesker bearbeider informasjon fra omverdenen, og hvordan dette påvirker våre beslutninger, atferd og tanker (Baddeley & Hitch, 1974). Teorien tar for seg ulike aspekter ved kognitiv fungering, som oppmerksomhet, persepsjon, hukommelse og beslutningstaking.

#### 4.1 Kognitiv teori

Jeg valgte kognitiv teori som teorigrunnlag fordi jeg ønsket å undersøke hvilke tanker og følelser som oppstår hos terapeuter når de snakker med klienter om seksualitet på familievernkontoret. Kognitiv teori forklarer hvordan dette henger sammen, og hvordan alle delene i den kognitive diamanten påvirker og forsterker hverandre. Kognitiv teori kan brukes i mange situasjoner, og terapeuter kan bruke den på seg selv med sine egne vanskelige situasjoner med klienter. Den kan også brukes i parterapi sammen med klienter. I prosjektet kunne dette teoretiske perspektivet være relevant-med tanke på å forstå hva som foregikk hos terapeuten i en terapisisituasjon.

Det er mange samtaler som kan regnes for å være nesten dagligdagse for en terapeut slik at ikke særlige mange følelser settes i sving, men temaet seksualitet er ikke et slikt tema, og her kan det oppstå mange tankemessige, følelsesmessige og adferdsmessige reaksjoner som jeg ønsket å studere.

Sentrale trekk ved kognitiv teori er at mennesket er selvbevisst og har en forestillingsevne. Man kan se for seg hva man tror kommer til å til å skje i fremtiden, eller tenke på fortiden. På denne måten lærer man å gjøre ting på en annen måte. Denne prosessen innebærer en konstant og aktiv tolkning av informasjonen vi velger. Kognitiv teori forteller oss at vår oppfatning av verden og oss selv ikke nødvendigvis er et objektivt faktum. Mange mennesker har ubehagelige tanker og ideer om fortid, nåtid og fremtid. Disse tankene kan virke rimelige og uimotsagte for personen det gjelder. Personen tror at han eller hun har sannheten basert på sine egne tanker og følelser. Kognitiv teori forklarer hvordan man kan oppdage og identifisere denne negative måten å tenke på. Personen blir gjort oppmerksom på tanker som er angstfremkallende, urimelige og selvkritiske. Sammen med terapeuten finner klienten en alternativ måte å tenke på som gir en mer positiv og realistisk retning. Som terapeut er det mulig å reflektere over hva som skjer med deg som terapeut hvis du unngår et bestemt tema i terapien, for eksempel seksualitet. Hovedpoenget med kognitiv teori er å forstå konsekvensen (og bakgrunnen for) av uheldige tankemønstre og adferd. Det er viktig å være utforskende til egen tenke måte og til egen indre samtale. På denne måten blir man i bedre stand til å gi seg selv trøst, støtte, forståelse og bekreftelse. Det blir også lettere å utforske andre, alternative og mer konstruktive tanker. (Berge & Repål, 2008, s. 21-23).

Den kognitive tilnærmingen har røtter iblant annet kantiansk filosofi som omhandler hvordan en person i tråd med egne forventninger danner mening ut fra informasjonen han eller hun får. Det kognitive perspektivet er basert på prinsipper hentet fra informasjonsprosessering og konstruktivisme. (Alford & Beck, 1997; Beck, 1967; Berge & Repål, 2008, s. 381).

#### 4.1.1 Bakgrunn for klinisk kognitiv teori

Det var på 1960-tallet at Aaron T. Beck, tidligere adjunkt i psykiatri ved Universitet i Pennsylvania, startet med kognitiv adferdsterapi. På slutten av 1950 tallet og begynnelsen på 1960 tallet forsøkte han å gjøre psykoanalysen valid med ulike eksperimenter. Han trodde at psykoanalysen ville forklare hvordan mennesket tenker og føler, men det viste seg å være feil. Resultatene av disse eksperimentene fikk Beck til å lete etter andre årsaker til først og fremst depresjon. Han begynte å rette fokuset mot de tankene og antagelsene som pasientene hadde. Han så at det var en del felles kjennetegn ved den deprimerte pasienten. Ut av dette utviklet han en kortvarig terapiform, hvor det var pasientens tanker og antagelser som ble satt spørsmålsteget ved. Siden Beck opplevde at dette var hjelpsomt i behandling av depresjon ville han bruke metoden på flere områder. Behandlingen er knyttet mot en forståelse av at en bestemt måte og tenke på kan føre til en lite hensiktsmessig adferd, men det er mulig å endre tenkemåte. Det kan føre til andre varige gode følelser og en endret adferd. (Beck et al., 2013, s. 22).

I en slik klinisk applikasjon av kognitiv teori tar man utgangspunkt i at personen har en lite funksjonell tankegang. Det er nyttig å tenke mer realistisk og tilpasse seg situasjonen. Personen opplever en bedre følelsesmessig og adferdsmessig tilstand på denne måten. Dersom man for eksempel er i en samtale om seksualitet og ikke får frem riktige ord kan terapeuten tenke «Jeg greier aldri å si noe riktig». Denne tanken kan føre til en bestemt handling, som for eksempel å unngå å snakke om noe relatert til seksualitet igjen. Hvis du vurderer overgeneraliseringen vil du oppdage at dette ikke stemmer og at denne ideen ikke er gyldig. Av og til kan man snakke veldig godt rundt temaet seksualitet, kanskje det bare var behov for øvelse. Det er viktig i kognitiv teori at det arbeides med personen dypeste kjerneantagelser om seg selv, om andre og sin egen verden. Det er først når endring i disse dype kjerneantagelsene finner sted at man kan få en virkelig endret varig adferd. Dersom man for eksempel kronisk undervurderer seg selv og egen kompetanse kan den kjerneantagelsen som ligger til grunn være inkompetanse. Det å endre denne oppfatningen til et mer realistisk syn, en person som har både sterke og svake sider, kan endre oppfattelsen av spesielle situasjoner

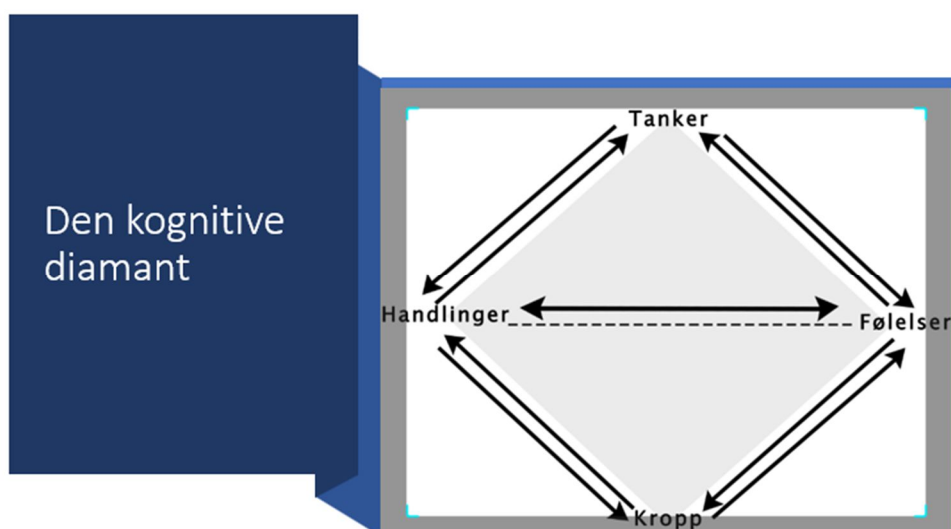
som personen møter på hver dag. I et terapeutisk arbeid kan for eksempel en antagelse være «jeg kan virkelig ikke snakke om seksualitet», men en alternativ måte å tenke på ville være «jeg er faktisk ikke veldig flink til å snakke om seksualitet nå, men jeg kan bli bedre dersom jeg øver på det». (Beck et al., 2013, s. 23).

I behandling av sine pasienter fant Aaron Beck ut at pasientene hadde to ulike tankebaner pågående på samme tidspunkt. På den ene siden assosierte pasienten fritt, men på den andre siden vurderte de seg selv fortløpende. For eksempel fortalte en kvinne om sine seksuelle erfaringer og at hun følte angst. Hun følte angst fordi hun var redd for å kjede psykologen med historien sin. Beck stilte andre pasienter det samme spørsmålet og fant ut at mennesker har negative automatiske tanker som strømmer på dersom de opplever seg presset i en situasjon. Disse tankene var tett forbundet med hvilke følelser personen fikk. Beck begynte derfor å hjelpe mennesker med å utfordre tanker som ikke var nyttige. Det viste seg at pasienten fikk det raskt bedre. (Beck et al., 2013, s. 24).

Beck forklarer at i en terapisisituasjon med en klient er det viktig at terapeuten er oppmerksom på sitt eget ubehag og registrer egne automatiske negative tanker. Dette bør gjøres både i løpet av samtalene, men også etterpå. Terapeuten må bli bevisst egne tanker og evaluere dem. (Beck et al., 2013, s. 157).

#### 4.1.2 Den kognitive diamanten

Sentralt i Becks kliniske kognitive teori er den kognitive diamanten som vist i Fig. 1.



Figur 1. Den kognitive diamanten (Berge & Repål, 2010).

Denne figuren viser hvordan tanker, følelser, kroppsformannelser og adferd gjensidig påvirker og forsterker hverandre. Først oppstår en følelse, deretter vil personen tenke over hva som var årsaken til at man følte det på en bestemt måte. Hvilke tanker man får om dette vil forsterke eller minske intensiteten på følelsen. Det vi tenker og føler vil påvirke vår kroppslige respons som igjen vil føre til en bestemt handling. Adferden vår vil også påvirke de andre delene i diamanten. Det gir mening å konsentrere seg om pusten i en presset situasjon. En rolig pust gir et bedre utgangspunkt til å bli oppmerksom på egen tenkning. (Berge & Repål, 2010).

Ifølge Aaron Beck (1979) får de fleste av oss negative automatiske tanker i en presset situasjon. Det er særlig tanker om inkompetanse og følelse av verdiløshet som ofte gjør seg gjeldene. Kognitiv teori bruker en metafor om at tankene er som en fjernkontroll hvor du kan skifte kanal hele tiden. Tankene oppstår umiddelbart og de skifter raskt. Dette gis utslag også i kroppslige symptomer. Mange får kroppslig ubehag som hjertebank, økt pustefrekvens, urolig mage, numne fingre, følelsen av tunnelsyn med mer. Disse kroppsformannelsene vil også påvirke tankene og følelsene. Den kognitive diamant kan være et viktig verktøy i å belyse at tanker, følelser, kroppsformannelser og adferd er knyttet sammen og forsterker hverandre gjensidig i en evig spiral. (Beck et al., 1979).

Den vil også være et nyttig verktøy som terapeuten kan bruke på seg selv med tanke på egenutvikling.

#### 4.2 Samfunnsnormer

Kognitiv teori kaster lys på tankemønstre og hvordan våre tankemønstre påvirker atferden vår. Tanker oppstår imidlertid ikke i et sosialt vakuum – normene som omgir oss påvirker også tankemønstrene. Det blir derfor naturlig å trekke inn Michel Foucault med tanke på samfunnsnormene våre i dag og for å belyse vår måte å tenke på. Michel Foucault var en fransk filosof og idéhistoriker som har satt viktige spor etter seg. Foucault ble født i 1926 og døde i 1984. Foucault blir betraktet som strukturalist og postmodernist, og det han har skrevet har blitt koblet til både marxisme og konservatisme, sosialdemokrati og nyliberalisme. Foucault var opptatt av hvordan vår forståelse av virkeligheten skapes, formes og eventuelt transformeres. I sine verk beskriver Foucault at enhver samfunnsanordning kunne vært annerledes, og at den derfor også kan bli til noe annet. Fremgangsmåten Foucault bruker kan ikke oppfattes som en systematisk metode. (Foucault, 1975; Hammer, 2021).

Foucaults (1976) første verk i sin planlagte trilogi om «Seksualitetens historie» handler ikke om hvordan samfunnet har laget regler for seksualitet, men om hvordan mennesker har plassert seg selv som subjekter for seksualiteten. I Foucaults arbeider presenteres ikke seksualitet som en avskilt del av mennesket. Han viser en studie av menneskets forhold til seg selv, og som et menneske med begjær. Når en studerer seksualitet tar man vanligvis utgangspunkt i seksualitet som noe kjent som en ønsker å studere holdninger og reguleringer knyttet til. Foucault så det ikke på denne måten. Han mente at seksualiteten formes på ulike måter i ulike kulturer og til ulike tider. En av Foucaults hovedtanker var å vise sammenhengen mellom kunnskap og makt. Makten uttrykkes gjennom institusjoner, som blant annet fengsel, kirken og sykehus, og disse bruker et språk som skaper sannheter. Institusjoner utøver makt over mennesker ved at de definerer hva som er galt, umoralsk eller straffbart. Hans grunnleggende antakelse er at vår holdning til seksualitet i dag er påvirket av historiske forhold og institusjonell konservatisme. Kirkens dogmatiske forhold til seksualitet har påvirket både academia og medisinsk kunnskap. Disse har så i sin tur lagt grunnlag for hvilke samfunnsnormer som anses som moralske, og derav hvilke handlinger og meninger som er umoralske. De viktigste moralske samfunnsnormene er derfor knyttet til heteronormalitet og at seksualitet primært er knyttet til reproduksjon, noe som igjen har ført til en sementering av kjønnsroller og oppfatningen av hva kjønn er. Foucaults antagelse er derfor relativt deterministisk, våre holdninger og tankemønstre er påvirket av samfunnet rundt oss. (Foucault, 1976).

Foucault er i sine verk ute etter å gi tankevekkere. Han vil få de akademiske kretsene til å føle seg mindre sikre på seg selv. Foucault opptrer ikke som en kritiker, og sier ikke at vitenskapen tar feil, eller handler umoralsk. Foucault bare beskriver, og setter fortidens tankesett opp mot vårt eget. Ikke på en slik måte at vi får inntrykk av at vi selv befinner oss i slutten på en fornuftig utvikling. Tvert imot blir vi gjort oppmerksomme på at fortidens mennesker var rasjonelle, med sin måte å tenke på. (Foucault, 1972).

Å tenke annerledes var Foucaults viktigste bidrag til historien, og han får oss til å stille spørsmål ved det vi tar for gitt. Han utfordrer også selve kategoriene vi bruker når vi tenker. Han har bidratt til et alternativ til en svart/hvit tankegang knyttet til hva som er riktig og galt, og har hjulpet oss til å se at det finnes flere nyanser. En slik tankegang har ført til større aksept for at man er forskjellige. (Foucault, 1966).

Michael Foucault vil altså mene at bakgrunnen for de tankene man har er samfunnsnormene (Foucault, 1975). Dette ser jeg på som et veldig viktig supplement til den kognitive diamanten. De tankene som skaper tanker og følelser hos terapeuten er ofte normstyrte.

#### 4.3 Tidligere forskning

Av tidligere forskning rundt min problemstilling fant jeg kun åtte artikler som jeg anser som relevante. Jeg har foretatt et systematisk datasøk både nasjonalt og internasjonalt.

Følgende databaser i EBSCOhost ble valgt:

- Social Work Abstracts
- SocINDEX

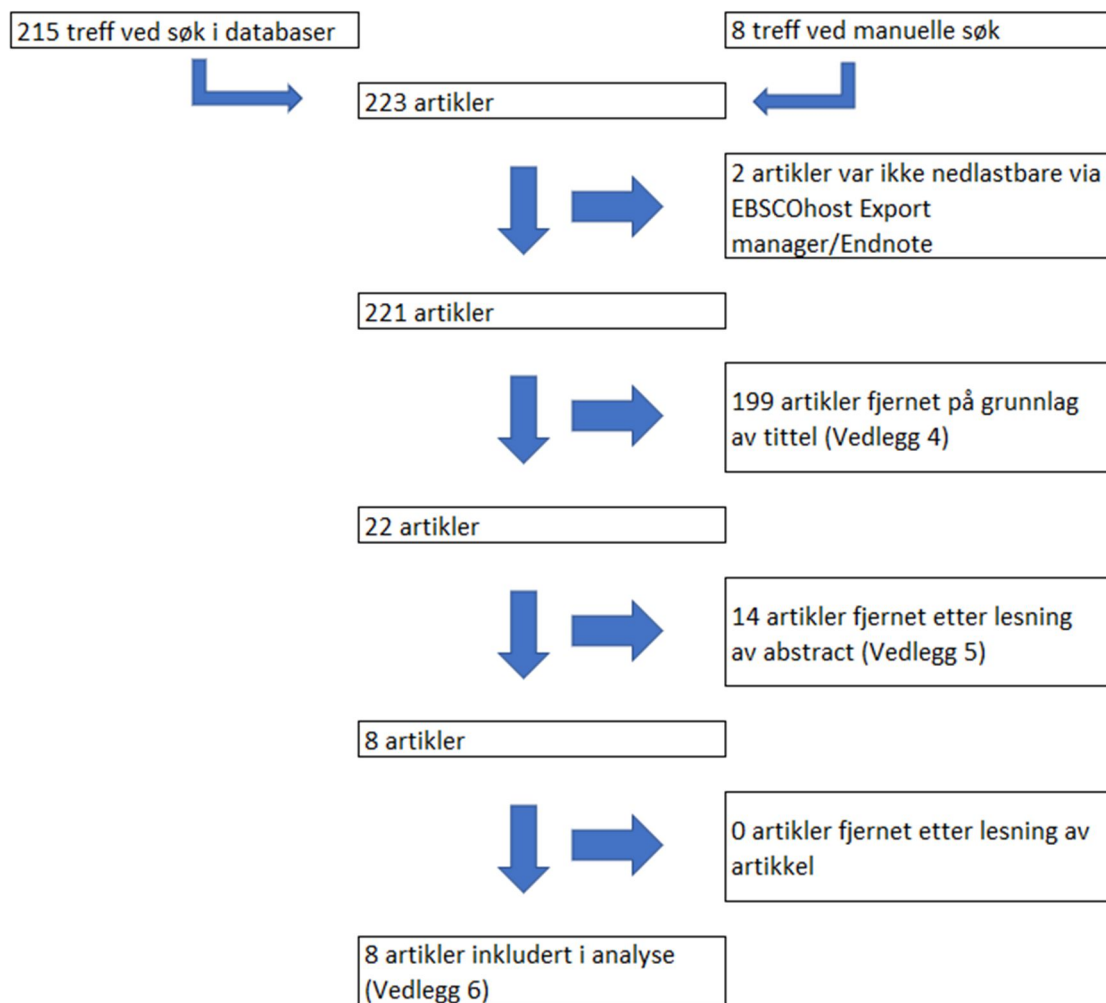
Søkekriteriene som ble benyttet var:

The screenshot shows the 'Current Search' interface in EBSCOhost. It includes a 'Boolean/Phrase' section with the search query: 'couples therapy AND family therapy AND sexual\*'. Below this is a 'Limiters' section with two active filters: 'Published Date: 20000101-20220431' and 'Scholarly (Peer Reviewed) Journals'. To the right, the 'Limit To' section is expanded, showing 'Scholarly (Peer Reviewed) Journals' selected with a checked box, and 'References Available' unselected. Below these are date range inputs: 'From: 2000' and 'To: 2022' under the label 'Publication Date'. A horizontal slider bar is visible at the bottom of the date range section.

Som da ga følgende treff:

The screenshot shows the 'Source Types' filter in EBSCOhost. It has three options: 'All Results' (checked), 'Academic Journals (214)' (unchecked), and 'Magazines (1)' (unchecked).

Datasøket er oppsummert i Figur 2 på neste side.



Figur 2. Flyttdiagram over datasøk av artikler som er referert til i arbeidet.

Markovic (Markovic, 2007) skriver om en kvalitativ studie av familieterapeuter i England for å vise hvordan det ble arbeidet med seksuelle tema i terapi. Studien avdekket at dette ble problematisk på grunn av en rekke årsaker, for eksempel kan klienter føle skam eller være flau når de diskuterer seksualitet, mens noen kan være bekymret for å bli dømt av terapeuten. I tillegg kan kulturelle eller religiøse faktorer gjøre noen personer uvillige til å diskutere seksuelle spørsmål. Ulike forhold i oppveksten, følelsesmessige hindringer og profesjonell usikkerhet gjorde det også vanskelig å snakke om seksualitet.

Harris og Hays (Harris & Hays, 2008) gjennomførte en undersøkelse blant 175 familieterapeuter i USA for å undersøke praksisen deres med å håndtere seksualitet i terapi. Resultatene viste at terapeutene håndterte samtale om seksualitet bedre gjennom opplæring,



veiledning og erfaring med å ha samtaler om seksualitet. Dette førte til at terapeutene følte seg tryggere, og de integrerte også seksuelle tema hyppigere i sin kliniske praksis.

Thorngren og Christensen (Thorngren & Christensen, 1999) viste til Schnarch sin uttalelse i et intervju. Han uttalte at dersom en terapeut føler engstelse eller ubehag knyttet til seksualitet som tema i terapi, fører dette til at terapeuten unngår temaet. Dette kan påvirke terapien negativt, fordi seksualitet kan være avgjørende for livskvaliteten til klienten. Derfor er det viktig at terapeuten tar tak i sin egen engstelse og jobber med dette, slik at de kan gi god hjelp til klientene når det gjelder seksualitet.

I en kvalitativ studie gjort av Jensen (Jensen, 2008), ble det undersøkt hvordan psykoterapeuter integrerte sine personlige erfaringer i sin profesjonelle rolle. Studien viste at terapeutene hadde med seg egne erfaringer og livshistorier inn i terapirommet, og at disse kunne påvirke deres terapeutiske tilnærming og praksis. Jensen påpekte imidlertid også at terapeutene hadde muligheten til å utvikle en selvrefleksivitet som ville gi dem muligheten til å identifisere hva som hemmet dem fra å tematisere visse temaer. Dette innebærer at terapeutene ville kunne bli mer bevisst på sine egne følelser og opplevelser, og dermed i større grad kunne skille mellom egne reaksjoner og klientens behov.

Studien utført av Træen og Schaller i 2013 undersøkte hvordan psykologer i Norge håndterer seksualitet som tema i terapi. Undersøkelsen var basert på en spørreundersøkelse med 1064 psykologer som arbeidet med klinisk terapi. Resultatene viste at mange psykologer unngikk å ta opp seksualitet som tema i terapien, og dette ble begrunnet med mangel på kunnskap om emnet. Videre viste resultatene at jo eldre psykologene var og jo mer erfaring de hadde, jo mer sannsynlig var det at de tok opp seksualitet som tema i terapien. Dette kan tyde på at eldre psykologer og de med mer erfaring følte seg mer komfortable med å håndtere seksualitet som tema i terapien. Det var også enkelte psykologer som innrømte at de ikke tok opp seksualitet som tema fordi de trodde klientene ville finne det ubehagelig eller fordi de var usikre på hvordan de skulle håndtere temaet i terapien. (Træen & Schaller, 2013).

Ifølge Vildalen & Langfeldt (2014) kan det få positive effekter både for individet og samfunnet dersom seksualitet er et naturlig tema for terapeuter i samtale med klienter. Individet kan få en bedre livskvalitet og samfunnet får bedre helsehjelp i befolkningen. Dersom flere hadde inkludert seksualitet i terapien ville seksualitet fått større plass. Samtalen kunne også åpnet for hva som føles vanskelig med seksualiteten. Gode måter å håndtere en

klients seksualitet på kan tydeliggjøres og overføres til andre livsområder som krever bedre mestringsstrategier. Dette handler om å forstå hele personen for deretter bruke denne kunnskapen i terapien. (Vildalen & Langfeldt, 2014).

Artikkelen "Some Call it Love: Exploring Norwegian Systemic Couple Therapists' Discourses of Love, Intimacy and Sexuality" av Øfsti (Øfsti, 2008) handler om hvordan norske parterapeuter snakker om kjærlighet, intimitet og seksualitet i parterapi. I denne studien ble parterapeuter intervjuet, og det ble benyttet kvalitativ metode for å undersøke hvilke diskurser terapeuten hadde, samt hvordan de ble brukt i terapirommet.

Masteroppgaven med tittelen "Seksualitet i terapirommet - En diskursanalyse om terapeutens tanker, følelser og praksis" (Aarnes, 2015) handler om terapeuters holdninger og praksis knyttet til temaet seksualitet i terapirommet. Oppgaven bruker diskursanalyse for å undersøke terapeuters diskurser vedrørende seksualitet og på hvilken måte praksisen påvirkes av disse diskursene.

## 5.0 Mine resultater

Analysen av data viste tre abstraherte hovedfunn; «initiativmangel», «overdrevet omsorg» og «å følge skriptet». Resultatene er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2. Oppsummering av resultatene fra analysen.

Meningsbærende enhet	Foreløpig tema	Kode	Tema	Ekstrahert mening
Terapeuten etter samtale med klienten: Hun sa «at hun egentlig verket etter å spørre om noe intime greier».	Klienten våger ikke å ta opp temaet	Underlegen klient	Maktubalanse	Initiativmangel
Terapeuten: «Jeg holder egentlig veldig mye tilbake. Det føles for privat å spørre om dette».	Terapeuten våger ikke å ta opp temaet seksualitet	Flau terapeut	Kompetansemangel	
«Klienten venter på at terapeuten skal ta opp temaet seksualitet og vice versa».	Ingen våger å snakke om seksualitet	Samfunnsnormer	Toveistabu	
«Jeg føler at jeg invaderer klienten. Jeg er redd klienten skal oppleve meg som nysgjerrig, en som graver i deres private saker».	Redd for å være ubehagelig mot klienten	For forsiktig	Engstelse for situasjonsforverring	Overdrevet omsorg
«Det finnes en sjenanse og snakke om det», «Vi har ikke snakket om for eksempel kvinners overgangsalder før nå».	Det er skambelagt å snakke om naturlige prosesser	Paralysert samfunn	Flauhet	
Terapeuten: «Hvordan står det til med intimiteten. Vi bruker noen veldig utydelige ord».	Våger ikke være tydelige	Redd for å påføre klienten skam	Kleint	
«Jeg følte det var en uskreven regel i familievernet om at man ikke kan ta opp temaet seksualitet».	Seksualitet skal ikke snakkes om	Tabu	Normer	Å følge skriptet
«Her snakker vi ikke om sex. Det gjør vi bare ikke».	Avviser samtale om seksualitet	Benektelse	Holdning	
«Kanskje er det slik vi er redde for å bli oppfattet av klienten som for invaderende?».	Redd for å bli oppfattet som en som spør for å tilfredsstille egen nysgjerrighet	Frykt	Bekymring for situasjonsforverring	

## 5.1 Initiativmangel

Initiativmangelen ble abstrahert med bakgrunn i temaene «toveistabu», «maktubalanse» og «kompetansemangel».

Temaene ble abstrahert til initiativmangel fordi det fører til at terapeuten ikke tar ansvar og bringer seksualitet på banen. Inntrykket jeg fikk gjennom analysen av intervjuet var at samtale om seksualitet var vanskelig både for klienten og terapeuten. Det oppstod et lukket rom mellom klient og terapeut. Seksualitet er ofte det aller viktigste i et parforhold, i alle fall for en av partene. Seksualitet er som regel viktig for mennesket, men samtaler om seksualitet blir ofte utelatt på familievernkontoret. På den måten unngår man å snakke om en del av menneskets helse som for de fleste er avgjørende for et godt liv. I samtalen mellom terapeuten og klienten finnes det en maktubalanse hvor det er terapeuten som sitter på den formelle makten. Det er terapeuten som styrer samtalen, gir den retning, bestemmer hva som vektlegges, og som stiller spørsmålene. Dersom terapeuten ikke stiller et eneste spørsmål om seksualiteten viser det klienten at enten er ikke dette et viktig tema, eller at det ikke er velkomment å snakke om det på familievernkontoret. Det blir vanskelig for klienten å komme med egne behov og ønsker. Det er terapeuten som er premissleverandør i denne settingen.

En av informantene sa:

*«Jeg følte meg anspent, ble svett i hendene, fikk ikke puste.»*

En annen sa:

*«Vi har så mye viktig vi skal gjennom. Barneoppdragelse og sånt noe, det er vanskelig å få tid til sex snakk også på en liten time.»*

*«Sånn egentlig innerst inne tror jeg det hadde blitt en bedre og nærere terapitime dersom jeg hadde våget å spørre. Innerst inne vet jeg at jeg burde ha spurt. Det er bare veldig vanskelig.»*

### 5.1.1 Toveis - tabu

I fokusgruppeintervjuet fant jeg sitater som kan vitne om at det finnes et toveistabu mellom klientene og familierapeutene. Det ser ut som at begge parter ønsker å snakke om

seksualitet, men klienten våger ikke å ta opp seksuelle temaer med terapeuten. Kanskje opplever klienten at det ikke er velkomment å ta opp slike temaer siden terapeuten ikke nevner dette. En av informantene reflekterte over dette og sa:

*«Klienten venter på at terapeuten skal ta opp temaet seksualitet og vice versa.»*

Terapeuten på sin side er redd for å påføre klienten enda mer lidelse og våger heller ikke tematisere dette. Resultatet er at ingen våger å snakke om seksualitet, og det oppstår en mangel på initiativ fra terapeutens side. Det ser ut som at samtalen går «rundt grøten». Klienten og terapeuten går i sirkler rundt sentrale temaer uten å tørre berøre temaet seksualitet og temaet seksualitet forblir taust.

En av informantene fortalte at klienten hadde sagt:

*«Jeg ønsket meg spørsmål om jeg har vært overgrepsutsatt, men terapeuten spurte aldri om det. Det følte upassende å snakke om dette uten å bli invitert til det først. Ingen har noen gang stilt meg det spørsmålet og jeg har derfor aldri snakket om dette med noen.»*

En av informantene fortalte:

*«Jeg har ikke hatt mange kjærester selv. Har vokst opp ganske beskyttet. Det er mye jeg ikke har noen erfaring om. Det blir umulig å snakke med klienter om dette.»*

Resultatet er også her en mangel på initiativ fra terapeutens side.

### 5.1.2 Maktubalanse

Terapeuten arbeider på et familievernkontor og er på hjemmebane. Det er klienten som har bestilt time og vet ofte ikke helt hva man går til med mindre klienten har vært til samtaler tidligere. Klienten kan ha en forventning om hvordan det skal bli, men alle terapeutene arbeider forskjellig. Rammen for samtale blir gjennomgått i begynnelsen av første time ved at terapeuten går gjennom taushetsplikt og oppbevaring av personopplysninger. Etter dette er det terapeuten som er veiviser på hva som er akseptabelt å snakke om. Det at terapeuten manglet initiativ til å ta opp temaet seksualitet førte til utrygghet hos klienten. Klienten er i en

underlegen posisjon. Det kan medføre at klienten heller ikke våger å ta opp temaet seksualitet. Det er en helt klar skjevhet i maktbalansen.

En av informantene sa:

*«Jeg navigerer samtalen over på noe annet dersom jeg føler at klienten er på vei til å snakke om noe som er kleint, noe seksuelt liksom, da skifter jeg retning.»*

Det at terapeuten er den som har ansvaret for å samtalen gir en viss makt over situasjonen, og terapeuten har mulighet til å styre samtalen i den retningen man vil. Dette kan gjøres på ulike måter som for eksempel ved å stille små spørsmål, vektlegge noe klienten har sagt, en helt klar digresjon, eller annet. Det blir nærmest umulig for klienten å tvinge frem samtale rundt seksualitet dersom terapeuten avviser det.

### 5.1.3 Kompetansemangel

Det å ha kompetanse betyr å ha faglig kunnskap, erfaringer og gode holdninger.

En av informantene sa:

*«Jeg holder egentlig veldig mye tilbake, det føles for privat å spørre om dette.»*

Dette tolket jeg som at terapeuten ikke våger å ta opp essensielle spørsmål som hun har tenkt på. Det kan vitne om at terapeuten føler seg pinlig berørt. Det finnes «noe» som er for privat til å spørre om. Dette sitatet antyder også en mangel på kompetanse. Dersom terapeuten hadde fått en opplæring på hvilken måte seksualitet er viktig for mennesket hadde kanskje ikke terapeuten stoppet seg selv i å stille avgjørende spørsmål for klientens videre seksuelle helse.

Et annet sitat som viser manglende kompetanse er:

*«Hjemme hos oss snakket vi aldri om seksualitet. Jeg fikk ikke et språk på dette, følte mye skam rundt disse tingene i tenårene. Da var det kjipt å ikke ha noen jeg kunne spørre.»*

Dette sitatet viser at når man ikke blir opplært til å ha et språk rundt seksualitet, gir det utslag i manglende kompetanse om å snakke om temaet senere.

## 5.2 Overdrevet omsorg

Overdrevet omsorg ble abstrahert med bakgrunn i temaene: «engstelse for situasjonsforverring», «flauhet» og «kleint».

### 5.2.1 Engstelse for situasjonsforverring

Analysen og intervjuet viste også at terapeuten ofte har en overdrevet omsorg. Denne misforståtte omsorgen dreier seg i hovedsak om at terapeuten har en overbevisning om at dersom enkelte spørsmål stilles vil det være til en belastning for klienten i stedet for god hjelp. Denne overdrevne omsorgen fører til kun en manglende progresjon i terapi, og en mangel på omsorg. Det hjelper ikke å mene at dette kommer fra et godt sted hos terapeuten, det dreier seg om manglende initiativ, mangel på omsorg og ikke minst mangel på kompetanse. I tillegg er terapeuten ofte flau. Terapeuten kan få følelser av ubehag og få tanker om at dette bør unngås. Det medfører en adferd preget av unngåelse. Terapeuten vil ikke belaste klienten ytterligere og er redd for å gjøre vondt verre.

Terapeuten kan bli engstelig for å virke ubehagelig mot klienten, og blir av den grunn for forsiktig. På denne måten kan klienten føle at det var bortkastet å komme til samtale med en fagperson som ikke våger å stille spørsmål eller rette temaet mot noe seksuelt. Et sitat i intervjuet som viser dette er:

*«Jeg føler at jeg invaderer klienten. Jeg er redd klienten skal oppleve meg som nysgjerrig, en som graver i deres private saker.»*

En informant sa:

*«Det ble altfor drøyt å spørre om dette, særlig etter første time. Vi har ikke blitt kjent engang. Det føltes feil å spørre etter noe så privat som det første jeg gjør, liksom. Men senere vil jeg spørre, helt klart. Jeg synes ikke man skal droppe sexpraten heller.»*

En tidligere klient av familievernkontoret hadde uttalt at det ikke ble stilt noen spørsmål knyttet til seksualiteten, selv om det var nettopp dette vedkommende hadde ønsket å snakke om. Informanten sa at klienten hadde sagt:

*«Jeg skjønner ikke hvorfor ingen spurte etter sexlivet vårt. Det vi egentlig ville snakke om, det var så flaut å skulle be om dette selv.»*

En annen informant sa:

*«Det er så mye annet viktig å ta tak i før man kan jobbe med seksualiteten. For eksempel hadde jeg en alvorlig deprimert klient. Da ble det viktigere å rette fokuset mot depresjonsplagene, heller enn å arbeide med seksualiteten. Den må komme senere som et overskuddsfenomen.»*

*«Jeg følte ikke at jeg kunne spørre om det har skjedd noe galt hjemme, liksom. Det ville ha føltet ille for klienten. Det er jeg sikker på.»*

Overdreven omsorg knyttes til at vi ikke tørr bryte ut av de normene som er så knugende i forhold til seksualitet.

### 5.2.2 Flauhet

Analysen av intervjuet viste at terapeuten synes temaet seksualitet er pinlig. Et sitat som belyser flauhet, er:

*«Det finnes en sjenanse å snakke om det, vi har ikke snakket om for eksempel kvinners overgangsalder før nå.»*

Det viser at det er skambelagt å snakke om naturlige prosesser. For eksempel er overgangsalder kanskje i en gradvis endring, men fortsatt blir det parodierte i medier som litt galskap hos kvinnen. Kvinnen blir gjort narr av med tanke på hetetokter og hjernetåke. Det blir vitset om og på den måten ikke hensyntatt som en svært viktig faktor for god helse. Noen av terapeutene var engstelig for at klienten skulle misforstå dersom man stilte spørsmål om seksualiteten. To sitater som illustrerer dette, er:



*«Tenk om klienten tror jeg flørter med han, eller noe.»*

En informant sa:

*«Jeg blir engstelig, redd for å ikke være god nok, ikke strekke til når det gjelder temaet seksualitet. Jeg kan jo ikke noe om det, liksom.»*

### 5.2.3 Kleint

Et tema som gikk igjen hos terapeuten var følelsen av at samtalen var klein. Samtalen føles ubehagelig for terapeuten som ikke holder ut den pressede situasjonen. I denne sammenhengen greier ikke terapeuten å tenke på klientens beste, men tenker på det beste for seg selv. Det oppstår sterke følelser som fører til at terapeuten mister evnen til å reflektere over egen praksis og mister mentaliseringsevnen. Terapeuten gjør nærmest hva som helst for å rømme unna situasjonen, selvsagt uten fysisk å forlate rommet. På denne måten dannes disse vage og utydelige setningene som er mer tåkeleggende enn klargjørende.

En av informantene sa:

*«Jeg føler meg så forbaska uncomfy når det dukker opp spørsmål til seksualiteten. Det er bare så ubehagelig.»*

Det at noe oppleves som kleint eller flaut, dreier seg litt om den samme følelsen. Et sitat som tydeliggjør dette, er:

*«Hvordan står det til med intimiteten.»*

Dette viser en terapeut som ikke våger å snakke i et tydelig språk med tydelige ord. Vi beskytter oss selv mot den kleine følelsen ved å bli vage og utydelige i språket. Det er mulig at det beskytter terapeuten, men ikke desto mindre blir det et uklart språk for klienten som antagelig er lite til nytte. Terapeuten kan i tillegg ha en frykt for å påføre klienten skam. Det er kanskje en skam som terapeuten føler selv og av den grunn ikke våger å ta i emnet.

*«Jeg føler meg påtrengende.»*

Dette var et utsagn fra en av informantene. Jeg tolker det dithen at terapeuten er engstelig for å være ubehagelig mot klienten. Det fører til at terapeuten blir for forsiktig, og vil ikke belaste klienten ytterligere. Dette er nok ment som god omsorg, men resultatet er motsatt. Det fører til en omsorgsretarding. Dette kan også handle om rådende samfunnsnormer som vi ikke legger merke til med mindre vi velger å rette fokus mot det. Samfunnet generelt bugner over av seksualitet i medier, men det vises mest unge og spreke kropper. På grunn av dette kan man få en oppfatning om at seksualitet bare er noe som er forbeholdt de yngre, og at seksualitet har en utløpsdato. Det er mulig at dette også er med på å bidra til både en mangel på initiativ hos terapeuten, og en overdrevet omsorg.

På bakgrunn av eksponeringen som mediene gir av seksualitet, og andre faktorer, ser det ut som at det eksisterer flauhet hos terapeuten om å snakke om naturlige prosesser hos mennesket. På denne måten blir det vanskelig å få hjelp selv til enkle spørsmål.

En av informantene sa:

*«Det er først nå at vi greier å snakke noe potensproblemer.» «Dette har vært tabuisert i alle år.»*

*«Vi reiste til månen før klitoris ble oppdaget.»*

En annen informant sa:

*«Jeg ønsket å opplyse kvinnen om at det er vanlig med skjedetørrehet etter fylte 50 år, men jeg syntes det ble så pinlig at jeg feiget ut.»*

Jeg tolket den siste uttalelsen overfor som en forlegenhet hos terapeuten, og et mer eller mindre lammet samfunn som helhet. Dette fører igjen til en omsorgsretarding.

### 5.3 Å følge skriptet

Å følge skriptet ble abstrahert med bakgrunn i temaene normer, holdning og bekymring. Det første de fleste av oss fanger opp som nyansatt er de uskrevne normene som er på alle arbeidsplasser. Disse normene former holdningene våre på sikt og dette skaper arbeidsmiljøet. Arbeidsmiljøet og holdningene våre vil påvirke arbeidet med klientene. De fleste av oss

ønsker å følge skriptet som blir tildelt oss ved oppstart på arbeidsplassen. Skriptet blir ikke utlevert i et skriftlig format, men fungerer som en stilltiende konsensus mellom kolleger og ledelsen. De fleste av oss fungerer slik som det er forventet av oss. Dette kommer av at vi er indoktrinerte til å ha en bestemt måte og agere på. (Guilmette, 2014).

### 5.3.1 Normer

Fokusgruppeintervjuet viste at mange av terapeutene hadde følt at det var en norm, en uskreven regel, at det ikke skal snakkes om seksualitet på familievernkontoret. En av informantene sa:

*«Jeg følte det var en uskreven regel i familievernet om at man ikke kan ta opp seksuelle temaer med klienten.»*

Terapeuten hadde et ønske om å bli oppfattet som kompetent og faglig sterk av de andre kollegene. Det er lett å få med seg alle uskrevene normer, og de aller fleste av oss vil følge disse normene uten å stille spørsmålstegn ved disse.

Det er lett å oppfatte en stemning på arbeidsplassen. Det handler om kroppsspråk, reaksjoner på utsagn, underliggende holdninger og alle andre verbale og non-verbale uttrykk. Det handler også om det som ikke blir sagt. Alt dette er med på å gi terapeuten en følelse av hva som er greit å snakke om og hva som er tabubelagt. En av informantene hadde fått direkte beskjed om at seksuelle temaer var noe man ikke snakket om på familievernkontoret. Hun hadde fått følgende beskjed ved oppstart:

*«Her snakker vi ikke om sex. Det gjør vi bare ikke.»*

Hun fikk en klar ordre om at man ikke skal snakke om seksualitet, dette var tabu. Her er ikke normen uklar, men helt tydelig. Det finnes et skript som skal følges. Alle former for samtale rundt seksualitet ble avvist totalt. Det ble heller ikke gitt noen faglig grunn for dette.

Setningen «det gjør vi bare ikke» er nærmest et språk vi ville hatt til et barn. Det finnes noe som er så til de grader upassende at «det gjør vi bare ikke».

En av informantene fortalte at dersom seksualitet blir et tema er det alltid problemfokusert. Det er ikke snakk om noe gledelig ved seksualiteten. Noen sitater for å vise dette er:

*«Jeg har snakket om abort, kjønnssykdommer, og sånt noe.»*

*«Det hender at vi snakker om prestasjonsangst, eller at kvinnen sliter med smerter og et dårlig selvbilde, sånt noe har vi snakket om.»*

*«Dersom vi snakker om noe sexrelatert, er det alltid noe som er trøblete. Det er vanlig med manglende lyst, særlig hos kvinnen. Vi snakker ikke om noe som er fint med seksualiteten.. det gjør vi ikke.»*

### 5.3.2 Holdning

Sitatet *«Her snakker vi ikke om sex. Det gjør vi bare ikke»* viser en holdning som benekter enhver befatning med seksualitet. Den avviser alle forsøk på refleksjon og diskusjon. Det kreves en helt særegen personlighet for å være villig til å argumentere for seksualitet i en slik situasjon. Det å bli møtt med denne holdningen fører igjen til at temaet seksualitet blir tabubelagt. Det gir en følelse av at det på en måte er farlig, skittent eller upassende å snakke om seksualitet, siden det er noe vi ganske enkelt bare ikke gjør. Temaet benektes helt og holdningen er tydelig, skriptet må følges. Den nyansatte kan få en følelse av at det vil foreligge represalier, eller annen sanksjonering dersom man stiller et spørsmålsteget ved dette tilsynelatende åpenbare faktum. Et sitat som viser at en klient ble avvist var dette:

*«Det at klienten vil ha informasjon om prevensjon, syklus og graviditet får hun heller ta med fastlegen, altså. Det blir utenfor mitt mandat føler jeg.»*

### 5.3.3 Bekymring

Et annet rådende tema er bekymring hos terapeuten. En av informantene sa:

*«Kanskje er det slik at vi er redde for å bli oppfattet som for grenseløse av klienten.»*

Terapeuten kan være engstelig for å bli oppfattet som en som stiller spørsmål for å tilfredsstill sin egen nysgjerrighet. Denne frykt følelsen medfører at vi fortsetter å følge et uhensiktsmessig skript.

Det er heller ikke sikkert at terapeuten kun har omtanken rettet mot klientene, men også mot både ledelsen og andre kolleger. Det er ikke lett å være den nye som bringer inn et ukjent materiale og hevde at seksualitet er viktig for mennesket dersom det foreligger en fryktkultur og en normativ ledelsesstruktur som handler om å unngå temaet seksualitet. En av informantene sa:

*«Dersom folk har mye annet de trenger å jobbe med må seksualiteten vente.. de må jobbe med konfliktene mellom seg først.»*

Dette viser en holdning om at det er noe annet som er noe annet som presser mer på, det er noe som må fikses før det er noen vits i å snakke om seksualiteten. Det er ingen tanker om at det kanskje er nettopp mangel på seksualitet som gjør vedkommende deprimert, eller som gir symptomer som konflikt og krangel hjemme. Det åpnes ikke en gang opp for å reflektere rundt dette.

Et sitat som viser frykt for ledelsen, er dette:

*«Jeg var så takknemlig over å ha fått jobb på et familievernkontor, det føles som høystatus. Jeg var seriøst redd for at noen skulle klage på meg til min leder. Det ville vært flaut. Tenk om han hadde angret på ansettelsen.»*

## 6.0 Drøfting

I drøftingen har jeg hatt et ønske om å adressere hovedfunnene fra analysen; Mangel på initiativ, overdrevet omsorg og å følge skriptet.

### 6.1 Hovedfunn 1 – Mangel på initiativ

Mitt første hovedfunn i forskningen er at terapeuten svært ofte har et manglende initiativ til å snakke om seksualitet. I terapitimen hendte det at terapeuten fikk en tanke om at det hadde vært nyttig å ta opp temaet seksualitet, men en gjennomgangstone var at det oppstod ulike vanskelige følelser hos terapeuten som hindret utforskning av temaet. Disse følelsene som oppstod ble tolket. Dette er i tråd med kognitiv teori og Aaron Becks kognitive diamant. Det viste seg at terapeuten tolket de negative assosiasjonene og følelsene til tanker om manglende kunnskap og klinisk erfaring knyttet til seksualitet. Disse negative tankene preget følelsene og kroppsfornemmelsene. Terapeutene fikk et kroppslig ubehag som hjertebank, økt

pustefrekvens og urolig mage. Dette førte til en adferd hvor det ble viktigst å unngå temaet seksualitet. Terapeuten tok ikke initiativ til en samtale knyttet til seksualitet, men styrte derimot bevisst unna ved å skifte fokus eller snakke om andre ting. Følelsene som oppstod fikk en negativ fortolkning og devaluerende tanker fikk utspille seg. Det er mulig å være kritisk til den kognitive diamanten fordi at samfunnsperspektivet blir borte. I den kognitive diamanten er det kun individet som er i fokus, men ikke hva som skaper tankene. Akkurat når det gjelder seksualitet så vet vi at det er samfunnet rundt oss som påvirker de tankene vi får. Jeg har med dette et litt kritisk blikk på den kognitive teorien som mest er individbasert og ikke tar hensyn til det samfunnet som vi er en del av.

Noen av informantene sa at de opplevde seksualitet som noe veldig privat, og at det føltes invaderende å spørre om dette. Terapeuten ville vente til klienten tok det opp selv. Her ser det ut som om terapeuten mener det er viktig å spørre om seksualiteten, men at det må gjøres til rett tid. Ifølge denne informanten er det viktig å tematisere seksualiteten i terapien, men at det ikke kan gjøres i første time. Det må ha gått noen timer, og terapeuten og klienten må ha blitt skikkelig kjent først.

Dette samsvarer med Graugaard (Graugaard et al., 2019) som beskriver seksualiteten som noe veldig privat for mennesker. Det er vanlig at klienter føler på skam i forbindelse med å skulle ta opp noe som er vanskelig med seksualiteten (MacGinley et al., 2019). Dette gjør det vanskelig å be om hjelp til seksuelle utfordringer. Klienten vet heller ikke hva det er mulig å få hjelp til.

I mitt intervju fant jeg ut at mange terapeuter mener at det er mer nyttig å snakke om andre forhold ved klientens situasjon før man snakker om seksualitet. Noen sa at bestillingen til familievernkontoret var å fordele husarbeidet bedre, da føltes det ikke riktig å belyse seksualiteten. Ifølge disse informantene menes det at seksuell helse er noe som er adskilt fra andre helsemessige tilstander. En informant fortalte at klienten var deprimert. Han mente at det ble viktigst å behandle depresjonen først, deretter kunne man ha vurdert et initiativ samtale om seksualiteten. Informanten tenkte ikke på at kanskje var klienten deprimert nettopp på grunn av en dysfunksjonell seksualitet. Informanten viste en holdning om at seksualitet er noe lite viktig, noe som er resultatet av energioverskudd, ikke noe som er et virkelig behov for mennesket.

I en del tilfeller vil det selvsagt være galt å starte en kartlegging rundt seksualitet, for eksempel dersom det er voldsproblemer mellom paret.

Intervjuet viste at det finnes et toveistabu mellom terapeuten og klienten. Terapeuten ventet på at klienten skulle ta opp temaet seksualitet, mens klienten håpet på spørsmål fra terapeuten. Dette fører til at hverken terapeuten eller klienten tørr å snakke om seksualitet. (Graugaard et al., 2019, s. 736; Traumer et al., 2019).

Graugaard forklarer at det finnes forskning som viser at hindringer for samtale rundt seksualitet er vanlige (Graugaard et al., 2019, s. 737). Noen av de vanligste hindringene for å snakke om seksualitet er at både terapeut og klient føler at temaet er ubehagelig. Terapeuten vil ikke gjøre klienten forlegen, klienten vil ikke gjøre terapeuten forlegen. Dette er også med på å forklare toveistabuet.

Mangel på initiativ er et forsøk på omsorg. Manglende initiativ kan også være knyttet til at terapeuten forventer av seg selv at han skal ha svar på alle spørsmål som blir stilt. Denne tanken har ført til at terapeuten kjenner på liten formell kompetanse. En av informantene uttalte:

*«Jeg åpner ikke opp for spørsmål for tenk så flaut om jeg ikke kan svare.»*

Terapeutene i intervjuet følte seg utilstrekkelige på temaet.

Mitt resultat samsvarer også med Markovic (Markovic, 2007, s. 7) sine funn. Her ble det belyst ulike begrensinger i samtale om seksualitet. Markovic belyser både ytre og indre begrensinger. De indre begrensingene knytter seg blant annet mot hvordan seksualitet ble snakket om i opphavsfamilien og hvilket verdigrunnlag man har. Studien viste også at terapeutene opplevde seksualitet som et upassende tema.

De ytre faktorene som Markovic fant var mangel på tilgjengelig litteratur, ingen øvelse i å snakke om seksualitet og manglende rollemodeller. Arbeidsplassene la ikke til rette for muliggjørelse av slike samtaler. Markovic mente at kulturen også spiller en sentral rolle. (Markovic, 2007).

Alt dette leder i retning av å unngå temaet seksualitet. Terapeuten styrte inn på de «trygge» områdene. Dette er områder som terapeuten følte seg mer komfortabel med å snakke om. Terapeuten har manglende kompetanse på hvordan man kan hjelpe klienten, mens klienten ikke vet hva det er mulig å få hjelp til. Terapeuten kan kjenne på tidspress og klienten kan også føle tidspresset til terapeuten. Klienten kan være bekymret for reaksjonen til terapeuten og om han kommer til å virke dømmende. Terapeuten kan være redd for å gå inn i noe som det er umulig å vite hva man går til, og hva som er forventet utfall. Klienten på sin side er redd for å ta fatt i problemet og innrømme at det finnes. (Graugaard et al., 2019, s. 737).

Terapeuten kan ha manglende trening i å snakke om seksualitet. Både terapeuten og klienten kan kjenne på følelser av skam, og at det er pinlig. Videre kan terapeuten ha manglende kunnskap om seksuelle problemer, og klienten kan ha tvil om hvilke ord og uttrykk det er mulig å bruke. Terapeuten kan være usikker på om seksualitet er viktig. Klienten kan ha frykt for at terapeuten skal synes at seksualitet er et lite viktig tema. Terapeuten kan noen ganger føle at han ikke har ansvar for å snakke om seksualitet, og vil overlate det til noen andre. (Graugaard et al., 2019, s. 736; Haboubi & Lincoln, 2003).

Det er i tråd med mitt funn også. Informanten var meget bestemt om at enkelte spørsmål som omhandler seksualitet må tas med fastlegen og hun mente at kompetansen rundt enkle spørsmål var utenfor familierapeutens område.

Mange terapeuter har ikke mulighet til etterutdanning og veiledning og kan være bekymret for eget kompetansenivå. Klienten kan også være bekymret for manglende kompetanse hos terapeuten. Både terapeuten og behandler kan føle frykt for å seksualisere samtalen. (Graugaard et al., 2019, s. 736; MacGinley et al., 2019).

Terapeuten kan ikke vite hvilke barrierer som vil ligge hos seg selv, klienten eller hos kollegaene sine. Terapeuten må derfor være åpen for hvilken retning samtalen tar. Det kan være vanskelig dersom terapeuten forventer av seg selv at man skal kunne vite svaret på alt som kommer med en gang. (Graugaard et al., 2019, s. 736).

Dette er i tråd med mine funn hvor terapeuten er bekymret for evnene og kunnskapen til å hjelpe. Terapeutene hadde en følelse av at dersom de skulle oppleves som profesjonelle må de kunne gi alle svar på alle spørsmål umiddelbart.



Dette gjelder også Harris og Hays (2008) sine funn om at dersom fagpersoner skal kunne evne å snakke om seksualitet vil de ha behov for veiledning, undervisning og bevisstgjøring. Det ble viktig for terapeutene å få en økt erfaring med å snakke om seksualitet. Dersom dette gjøres, vil det kunne bidra til at fagpersoner føler seg tryggere og mer komfortable med å inkludere også denne delen av den menneskelige helsen i arbeidet sitt. (Harris & Hays, 2008).

Schnarch (Thorngren & Christensen, 1999) beskriver også unnvikelsesadferd i intervjuet med Thorngren og Christensen. Han fant ut at dersom terapeuten er engstelig, vil teamet bli unngått.

Træen & Schaller (2013) beskriver opplevelsen av å ikke ha nok kunnskap om seksuelle temaer og hvordan dette utspiller seg med tanke på unngåelse i sine studier. Selv om studien var rettet mot psykologer, kan resultatene ha relevans også for familierapeuter. Studien viser at mangel på kunnskap om seksualitet og usikkerhet rundt temaet kan hindre terapeuter i å ta det opp i terapien. Det er derfor viktig at terapeuter får tilstrekkelig opplæring og veiledning om hvordan de kan håndtere seksualitet som tema i terapien, slik at de kan gi den best mulige hjelpen. Når terapeuten reflekterer over sitt eget arbeid og seg selv som terapeut, kan det gi innsikt som bidrar til å utvikle familierapifaget både når det gjelder form og innhold. Terapeutens selvrefleksjon kan hjelpe ham eller henne med å identifisere styrker og svakheter i terapien, samt øke bevisstheten om hvordan egne verdier og oppfatninger påvirker terapiprosessen. Terapeuten kan også utforske hvordan hans eller hennes kulturelle bakgrunn, erfaringer og verdier påvirker terapien og på denne måten gjøre et bedre terapeutisk arbeid. Selvrefleksjonen kan bidra til å utvikle familierapifaget ved å finne nye tilnærminger som kan forbedre terapien. (Træen & Schaller, 2013).

Jensen (Jensen, 2008) beskriver hvordan den personlige erfaringen spiller en rolle i den profesjonelle rollen og hvordan selvrefleksivitet er viktig.

I denne sammenhengen er den kognitive diamanten et nyttig verktøy å benytte på seg selv som terapeut. I tråd med det Jensen beskriver vil dette kunne bidra til å bli bedre kjent med seg selv og bli klar over eget reaksjonsmønster og «blind spots».

Inkludering av seksualitet som et tema i terapi kan ha positive effekter på både individet og samfunnet som helhet ved å redusere stigma og øke kunnskapen om seksuell helse og trivsel.

Terapeuter som inkluderer seksualitet som et tema kan hjelpe klientene med problemer knyttet til seksualiteten, øke bevisstheten og mestringen av deres seksuelle liv. Det er viktig at terapeutene har nødvendig kompetanse og kunnskap for å gjøre dette på en effektiv og god måte. (Vildalen & Langfeldt, 2014).

I min forskning fant jeg at dersom terapeuten får rettet et fokus mot alle elementene i den kognitive diamanten, vil det være hjelpsomt for terapeuten med tanke på å inkludere seksualitet som tema i terapien.

Mine funn samsvarer med Træen og Schallers forskning (Træen & Schaller, 2013) som sier at forskning med fokus på tankene til terapeuten, hvordan terapeuten tenker om sin terapi eller om seg selv som terapeut, kan føre til mer innsikt og bedre kvalitet på terapien.

Trude Aarnes refererer i sin masteroppgave (Aarnes, 2015) til Øfsti (Øfsti, 2008) at terapeuten bruker både et profesjonelt og et folkelig respons med temaet seksualitet. Det er særlig temaer vedørende etiske eller moralske spørsmål, som for eksempel enkelte seksuelle problemstillinger, som kan føre til at terapeuten føler seg utrygg.

Aarnes tror at det er her kjernen ligger med tanke på at terapeutens tematisering av seksualitet blir utelatt eller hemmet (Aarnes, 2015).

Mine funn viser det samme, siden terapeuten ikke opplever en formell kompetanse som en grunnmur, er den tilsynelatende letteste utveien å utelate temaet. Når terapeuten føler seg flau og lite kunnskapsrik er dette også et bidrag til å enten droppe temaet helt, eller kun berøre overflaten.

## 6.2 Hovedfunn 2 – Overdrevet omsorg

Som et hovedfunn nummer to i min studie fant jeg en overdrevet eller misforstått omsorg rettet fra terapeuten mot klienten. Terapeuten følte at enkelte spørsmål ville være av for stor belastning for klienten, slik at de unnlot å stille disse spørsmålene.

Studier viser at personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep gjennomsnittlig forteller om disse etter 17 år (Brattfjell & Flåm, 2019). Mange har ventet så lenge med å komme frem med dette fordi at de aldri har fått stilt spørsmålet av noen. Men mange av de overgrepsutsatte har lengtet etter å få det spørsmålet. Det er et skambelagt tema og det kan være svært

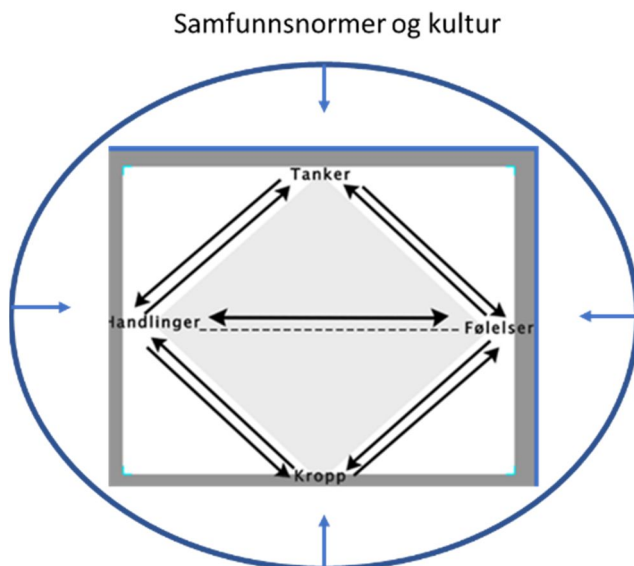
vanskelig for klienten selv og be om hjelp til dette (MacGinley et al., 2019). I min studie fant jeg at terapeutene i stor grad var engstelige for å påføre klienten skam, og som en person som stiller spørsmål for å tilfredsstille egen nysgjerrighet. Dette ble forklart med at de ville ta hensyn til klienten. Dersom man bruker den kognitive diamanten, vil man kunne rette fokuset mot følelseselementet i den. Informantene beskrev en følelse som dukket opp i kroppen, tankene knyttet til følelsen dreide seg om at «dette kan være belastende for klienten», «dette kan umulig være bra for klienten» Det førte til flere tanker som «dette er ikke godt for meg heller» «Jeg klarer ikke takle denne situasjonen» Tankene som dukket opp var «følelse av å være kunnskapsløs». Disse tankene forsterket både tankene, følelsene og kroppsformemmelsene. Jeg fant at alle elementene i den kognitive diamanten lot seg bli gjeldende og adferden ble unngåelse. Terapeuten unngikk et tema som man innerst inne vet burde bli belyst. Dersom terapeuten skulle holde ut å arbeide som terapeut ble årsaksforklaringen at man hensyntok klientene. Dette var av omsorg til klientene. Det er lettere å tenke den tanken, enn at man tar mest hensyn til seg selv. Dette kan også være ubevisste strategier og handlingsmønstre. Terapeutens følelser er dessuten også påvirket av samfunnets normer.

Hva kan være årsaken til at disse følelsene og tankene oppstår?

Den franske filosofen Michael Foucault kan kobles til dette med tanke på at han mente at mennesket opptrer som lydige roboter som utfører det som er forventet av oss (Reus & Smith, 1984). Det er flere normer og holdninger i samfunnet som gjør at vi ønsker å beskytte klientene mot samtale om seksualitet. Det er fordi det eksisterer skam og stigma rundt seksualitet. Seksualitet er tabubelagt og ofte skambelagt tema hos mange. Dette kan gjøre at klientene føler seg ubekvemme med å snakke om seksuelle problemer eller bekymringer, og kan hindre dem i å søke hjelp eller åpne seg for terapeuten. Seksualitet er ofte sett på som noe privat og personlig, og det kan være en forventning om at slike samtaler skal holdes mellom partnere eller innenfor en intim sfære. Dette kan gjøre at klientene føler seg ukomfortable med å diskutere seksuelle problemer med en terapeut. Seksuelle samtaler kan være sensitive og kan innebære en grad av eksponering og sårbarhet for klientene. Dette kan føre til bekymring for overtramp eller misbruk fra terapeuten side, spesielt i tilfeller der klienten har en historie med traumer eller overgrep. Reus-Smith-modellen er en terapeutisk tilnærming som brukes i seksualterapi for å hjelpe klientene med å identifisere og løse seksuelle problemer. Modellen

fokuserer på å hjelpe klienten med å utvikle et mer positivt syn på seksualitet og å utforske deres individuelle behov og ønsker. (Reus & Smith, 1984).

I dette kan man se på den kognitive diamanten i lys av samfunnsnormene. Da vil modellen se ut som vist i figur 3.



Figur 3. Samfunnsnormer og kultur. Modifisert utgave (Berge & Repål, 2010).

Denne figuren viser at samfunnet spiller en rolle på hvordan individet opptrer i kulturen. På denne måten er dette en kritikk mot den kognitive diamanten. Den tar ikke hensyn til resten av samfunnet slik Foucault beskriver, men tar kun individet i betraktning. Individet står aldri alene, det er et produkt av kulturen og samfunnet man lever i. Figuren viser en sirkel som går rundt den kognitive diamanten. Dette er for å belyse hvordan samfunnsnormer og kulturen påvirker individet.

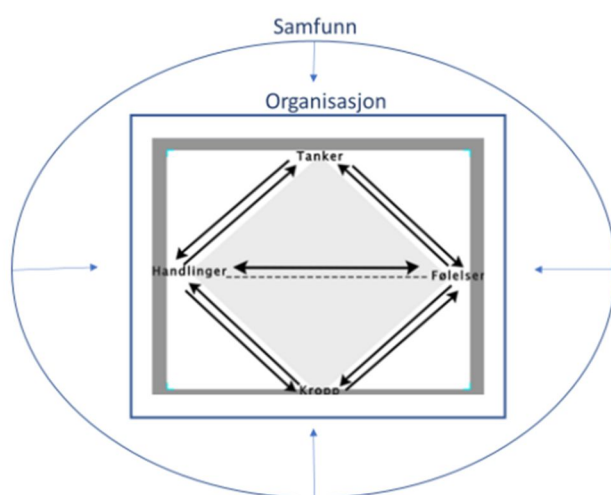
Det er selvsagt ikke slik at all omsorg er overdreven omsorg, det å være fintfølende og lydhør overfor klienten er helt nødvendig for å kunne ivareta klienten på en tilstrekkelig måte (Wagner et al., 2019).

### 6.3 Hovedfunn 3 – Følge skriptet

Å følge skriptet betyr å følge et forhåndsbestemt handlingsmønster eller plan. I psykologien brukes begrepet skript som en måte å beskrive mentale strukturer eller skjemaer som gir oss en "oppskrift" for hvordan vi skal håndtere en bestemt situasjon eller utføre en bestemt

oppgave. For eksempel kan en person ha et skript for hvordan man går på jobb eller en person kan ha et skript for hvordan man håndterer sosiale situasjoner. Det kan inkludere hva man sier, hvordan man oppfører seg, og hvordan man reagerer på andres handlinger. Å følge skriptet kan være en effektiv måte å navigere gjennom en situasjon. Det er den tilsynelatende enkleste utveien, men det å følge skriptet kan også føre til at man blir forutsigbar eller rigid i sin tenkning og handling. Det kan også hindre evnen til å tilpasse seg nye situasjoner. (Anderson, 1976; Bandura & Walters, 1977).

Informantene snakket om at de fulgte et skript ved oppstarten av arbeidet på familievernnet. Det var en kultur som ikke stod nedskrevet noen steder, men det ble formidlet mer eller mindre implisitt og eksplisitt. En av informantene hadde fått en direkte beskjed om at «her snakker vi ikke om seksualitet, det gjør vi bare ikke». Informantene fikk en følelse av at det ikke var viktig med seksualitet, og de fikk en følelse av at det var nesten skadelig å snakke om seksualitet. Det ble vanskelig å argumentere for at dette burde impliseres i praksis siden det heller ikke er pensum på videreutdanningen. Det ble umulig å fronte at seksualitet er en del av mennesket. Det ble lettere å følge skriptet beskrevet av Michael Foucault (Foucault, 1994) og stilltiende akseptere en praksis som hindrer enhver samtale om seksualitet. Det finnes også andre tabubelagte områder som ikke familievernnet vil snakke om som for eksempel spiritualitet, eller alternative retninger. Dette er ikke tema for dette prosjektet.



Figur 4. Samfunn og organisasjon. Modifisert utgave (Berge & Repål, 2010).

Figur 4 viser med sirkelen hvordan samfunnet påvirker organisasjonen, og ved firkanten inne i sirkelen at organisasjonen påvirker hvert enkelt individ som arbeider der. Tankene våre er påvirket av normer og den kulturen vi befinner oss i til enhver tid.

Foucault har skrevet en artikkel om «Foucauldian» teori hvor han beskriver fenomenet disiplin (Foucault, 1975; Tadros, 1998). For å belyse dette brukte Foucault Panopticon eksempelet. Panopticon var et fengsel med et vaktårn i midten av cellene. Cellene var plassert i flere etasjer, men fangevokterne kunne når som helst ta en titt på hva fangene gjorde. Fangene på sin side visste ikke når man ble observert. Foucault brukte denne metaforen hvor man observerer fangene til å belyse at vanlige mennesker blir undertrykt i samfunnet og at normene blir internalisert i oss. Fangene visste ikke nøyaktig når de ble observert, men bare at på et tidspunkt vil de bli iaktatt. Dette virket disiplinerende på fangene. Foucault mener at vi mennesker har fått tilegnet oss mange ubevisste normer som gjør at vi er internalisert til en viss måte å tenke på. Disse tankene blir en del av oss og dette vil styre tanker og adferden vår. Dette virker disiplinerende på oss slik at vi får felles følelser, tankesett og felles type adferd. De felles tankene rundt seksualitet kan for eksempel være at seksualitet er skadelig, og det er en del oppfatninger rundt kjønnsstereotyper, samt at kvinner er «skjøger» som må holdes under oppsyn. Det motsatte er normalisering hvor man forsøker å ta et oppgjør med disse normene. Målet er at terapeutene skal forsøke å normalisere sitt forhold til disse kulturelle sosiale normene som styrer tanker, følelser og adferd.

Hvilke normer er det som styrer adferden til alle som har å gjøre med seksualitet? Det er beskrevet veldig godt av Foucault i «Galskapens historie» (Foucault, 1992). Etter opplysningstiden ble fokuset rettet mot fornuft. Seksualitet ble sett på som noe uønsket og det var ikke akseptabelt at man hadde sex for nytelsens skyld. Kirken hadde overtatt og rendyrket denne oppfatningen. Dessuten hadde kirken overtatt de sosialt overordnede normene som styrte seksualiteten, her var fokuset på reproduksjon. Seksualitet var ment for reproduksjon og ikke nytelse. Barns seksualitet, for eksempel onani, ble sett på som skadelig og ikke minst synet på kvinner var noe som det ble rettet et negativt fokus. Seksualiteten ble sykliggjort ved at all seksualitet som ikke er heterofil seksualitet, eller som er ment å reprodusere, tilhører psykiatrien. Dersom Foucault har rett i at det er dette som er de overordnede tankene som styrer våre tanker og følelser omkring seksualitet, er det ikke rart at vi er redd for å påføre klientene våre den smerten som ligger i om de skulle bli oppfattet som avvikere eller sexfikserte. (Tang, 1998).

Foucault har et metaperspektiv på samfunnets utvikling, seksualitetens historie, det beskriver en utvikling av hysteriseringen av kvinner og pedagogiseringen av barn. Dette påvirker alle som er en del av dette samfunnet. Arbeidet ligger i å få normalisert dette disiplinerende fenomenet. Når vi kommer inn på dette med skript kan vi velge to veier, den ene er det at vi gjør som samfunnet for øvrig vil at vi skal gjøre. Eller vi kan betrakte det på et lavere nivå som en del av en organisasjon som har sine egne normer, verdier og historie som preger vår adferd. Dette gjelder også i familievernet. Vi har våre normer som kanskje avviker noe i forhold til en annen arbeidsplass. Dette til tross for at samfunnsnormene er de samme. Den samme tankegangen kan appliseres på et organisasjonsnivå – i alle organisasjoner og på alle arbeidsplasser eksisterer bestemte kulturer. (Foucault, 1961, 1973).

I denne forbindelsen er det aktuelt å beskrive en organisasjonskultur som;

*«...et sett med normer og verdier som utvikles i en organisasjonskultur hvor medlemmer samhandler med hverandre og omgivelsene. Der ligger de store ytre rammene og som kommer til uttrykk med medlemmenes handlinger og holdninger i jobben. Når man opptrer i tråd med hva de andre gjør, opptrer man i tråd med kulturen» (Bang, 2013).*

Samfunnet påvirker individet, men det gjør også den organisatoriske konteksten man jobber innenfor.

Studier har vist at klienter mener egen seksualitet og seksuelle helse er viktig for livskvaliteten, men likevel tar de ikke initiativ til samtaler om seksualitet i møte med ulike instanser (Blalock & Wood, 2015; Fitter et al., 2009; Hall & Farber, 2001; McCann, 2010; Östman, 2008).

Dersom man skal ivareta klientenes seksuelle behov og gi et godt helsetilbud må fokuset også rettes mot seksualiteten (Bates, 2011; Helsedirektoratet, 2016).

Flere studier har vist at helsepersonell sjeldent tar opp seksualitet og seksuell helse med klientene sine (Corbett et al., 2017; Haboubi & Lincoln, 2003; Helland et al., 2013; Miller &

Byers, 2009; Træen & Schaller, 2013). Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2016) mener at dette er en av årsakene til at det ikke er en god seksuell helse i Norge.

I Norge finnes det få spesialister i klinisk sexologi (Almås et al., 2014; Almås & Giami, 2006). Det betyr at det er fagpersoner uten formalisert sexologisk utdanning som møter klienter med ulike seksuelle problemer og behov (Reissing & Giulio, 2010; Træen & Schaller, 2013).

Studier har vist at helsepersonell heller henviser til psykolog dersom det dukker opp en seksuell problemstilling istedenfor å snakke med pasienten selv (Haboubi & Lincoln, 2003).

Mine funn viser at det er en tradisjon på familievernkontorene om å henvise til fastlegen, eller til en sexolog i privat regi, dersom man støter på en seksuell utfordring.

Anbefalinger fra WHO (World-Health-Organization, 2015) og Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2016) er at seksualitet bør tematiseres, likevel viser min studie at dette ikke blir gjort. Studien hadde derfor som formål å se nærmere på hvordan familierapeutene forholdt seg tankemessig og følelsesmessig til seksualitet i terapi med sine klienter.

I kontrast til hva som anbefales av WHO (World-Health-Organization, 2015) er fokuset på seksualitet i helsevesenet problemfokuseret. Det fremkom også i min studie at terapeutene rettet fokuset mot hva som var galt eller problematisk. Det var ikke snakk om forelskelse, gode følelser og seksuell glede. Det var ikke snakk om kroppspositivisme eller nytelse, men snarere hva som er vanskelig med seksualiteten.

Wellings og Johnson (Wellings & Johnson, 2013) peker på at det forebyggende arbeidet handler om problematisk seksualitet. De mener at helsevesenet, skoler og myndighetene har hatt fokuset på å forebygge sykdommer, uønsket graviditet, og dårlige seksuelle erfaringer.

Ebrahim et al. (Ebrahim et al., 2002) fant at menn og kvinner som var aktive seksuelt var i bedre fysisk form. og hadde lavere forekomst av depresjon sammenlignet med de som ikke var seksuelt aktive. Å bedre seksuell helse burde ikke bare fokusere på å hindre negative opplevelser, men også på å snakke om de positive sidene med for eksempel nytelse og begjær. Det er et bidrag til god helse og livskvalitet (Graugaard et al., 2012).



Det å inkludere seksualitet i terapitimene hos familievernnet vil trolig kunne ha en positiv effekt på klientens liv.

Dette er relevant for alle fagfelt hvor samtale om seksualitet er naturlig (Nilsson, 2014).

Mitt tredje funn var også viktig med tanke på organisasjonskulturen som igjen er påvirket av samfunnsperspektivet. Den ene informanten var bekymret for at leder skulle angre på ansettelsen. Her virker det som at terapeuten legger bånd på seg selv i et terapiløp i redsel for at klienten ikke skal være fornøyd og klage på vedkommende. Det kan virke som at terapeuten i liten grad kan stå opp for seg selv faglig, og dermed heller bruker unngåelse som mestringsstrategi.

### 7.0 Implikasjoner for praksis

Hva kan gjøres for å øke evnen til terapeutene om å snakke om temaet seksualitet med klientene på familievernkontoret?

Det vil være viktig med veiledning innen sexologi med fokus på Sexual Attitudes Readjustment (SAR) (Wanlass et al., 1983). SAR innebærer at man blir kjent med egne følelser knyttet til seksualitet. Det er nødvendig å ha jevnlig veiledning for å reflektere over kliniske problemstillinger og forbli kjent med egne følelser knyttet til seksualitet. Dette har en betydning for å kunne kommunisere godt med klienter.

SAR-elementet kan dermed bidra til å utvikle en solid faglig forståelse og kunnskap for sexologisk rådgivning, og hjelpe familieterapeuter til å utvikle effektive intervensjoner og behandlinger for å støtte klienter i å forbedre sin seksuelle helse og trivsel.

I tillegg til SAR-elementet er det nødvendig å endre/utvide pensumet på familievernutdanningene. En kartlegging av SRHR i forskrift og lokale program-, studie- og emneplaner for utvalgte utdanningsløp i Norge- Rapport Desember 2022, viste at tema knyttet til seksualitet var mangelfullt i de aller fleste helse- og sosialfaglige utdanningsløp i Norge (Areskoug Josefsson & Solberg, 2022). Dette gjelder trolig også for utdanningene i familieterapi.

I 2016 ga Helsedirektoratet ut «Snakk om det!», den første samlede strategiplanen i Norge som tar for seg hvordan den seksuelle helsen blant den norske befolkningen kan forbedres. To mål strategiplanen hadde var å sikre ivaretagelsen av seksuell helse i de norske helse- og omsorgstjenestene, samt sikre at helsepersonell forstår klientens seksuelle behov (Helsedirektoratet, 2016).

På et overordnet teoretisk nivå kan man gå inn i og endre tankemønstre og adferd til terapeutene. Dersom det skal være mulig er det nødvendig med veiledning utenfra samt tid til å reflektere.

## 8.0 Konklusjon

I min analyse av klientsamtaler omkring seksualitet, fant jeg at terapeutene følte seg ubekvemme og at negative automatiske tanker strømmet på. Kroppsfornemmelsene kunne gi ubehag som anstrengt pust og vondt i magen. I sum munnet dette i en unngåelsesadferd, hvor strategien ble å snakke om noe annet enn seksualitet, og dreie temaet over på et trygt område. I tillegg til dette så det ut som at terapeuten ikke har et eget sortert forhold til seg selv og egne tanker, følelser, kroppsfornemmelser og adferd knyttet til samtaler om seksuelle tema. Tilsynelatende arbeides det daglig uten særlig mulighet til å få god veiledning, videreutdanning eller debrifing og på denne måten opprettholdes tabuene.

Resultatene i min studie kan indikere at terapeutene i liten grad tematiserer seksualitet i samtale på familievernkontor. Dette kan være med på å gi en følelse av at seksualitet ikke er viktig. Det virker som at holdningen er at det er andre tema som må snakkes om først. Dette kommer til uttrykk ved at terapeutene fremstår som ambivalente i hvorvidt de mener at seksualitet er et viktig tema, og når i terapitimene de i så tilfelle bør ta opp temaet. Et første skritt på veien mot dette kan tenkes å øke familieterapeutenes kunnskap om seksualitet i grunnutdanningen. Det virker som at det er gode hensikter både fra WHO og Helsedirektoratet med å implementere sexologi i utdanningsløpene, men likevel blir det ikke gjort (Areskoug Josefsson & Solberg, 2022). Det kan tyde på at et omfattende holdningsendringsarbeid må til.

For å besvare problemstillingen vil jeg si at terapeutene har mange ulike tanker og følelser knyttet til å snakke om seksualitet, men en gjennomgangstone var at de opplevde en dårlig følelse som de fikk negative tanker rundt. Dette påvirket kroppsfornemmelsen og adferden i

en slik grad at temaet ble systematisk unngått. Dette i til tross for at ønsket å om å utforske emnet og bli bedre på å håndtere det var til stede. Det er vanskelig å peke ut en helt ensrettet og tydelig årsaksforklaring på hvorfor det har blitt slik, men det er mulig å konkludere med at en bedre opplæring i grunnutdanningen, mer øvelse og veiledning, vil være nødvendig for å øke terapeutenes trygghet med å snakke om seksualitet.

## Referanseliste

- Alford, B. A. & Beck, A. T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. Guilford Press.
- Almås, C., Almås, E., Karlsen, T.-I. & Giami, A. (2014). Sexology in Norway in 2001 and 2011: a comparative and cross-sectional study. *Sexologies*, 23(1), e9-e17.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg. utg.). Universitetsforl.
- Almås, E. & Giami, A. (2006). Sexology as a challenge to the health care system: the Norwegian version. *Sexologies*, 15(1), 35-43.
- Anderson, J. R. (1976). *Language, memory, and thought*. Hillsdale, New Jersey: L. I. Erlbaum Associates Inc Publishers.
- Areskoug Josefsson, K. & Solberg, S. (2022). Kartlegging av SRHR i forskrift og lokale program-, studie- og emneplaner for utvalgte utdanningsløp i Norge – Rapport Desember 2022. *OsloMet - storbyuniversitetet*. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3045676>
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil, H. & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *JBI Evidence Implementation*, 13(3), 132-140.
- Baddeley, A. D. & Hitch, G. (1974). Working memory. I *Psychology of learning and motivation* (Bd. 8, s. 47-89). Elsevier.
- Bandura, A. & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Bd. 1). Englewood cliffs Prentice Hall.
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur: en begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(4), 326-336.
- Barne- & familiedepartementet, o. (1998). *Familievernkontorloven*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-06-19-62>
- Bates, J. (2011). Broaching sexual health issues with patients. *Nursing times*, 107(48), 20-22.
- Beck, A. (1967). Measurement of depression: The depression inventory. *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*, 12.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Beck, J. S., Beck, A. T. & Lindegård Henriksen, O. (2013). *Kognitiv adfærdsterapi : grundlag og perspektiver* (2. udg. utg.). Akademisk Forlag.
- Berge, T. & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen : lær deg kognitiv terapi* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Bjørklund, O. (2014). Fokusgruppe - Noen metodiske betraktninger. *Økonomisk fiskeriforskning*, 2014-05. <https://okonomiskfiskeriforskning.no/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/Fokusgruppe-Noen-metodiske-betraktninger.pdf>
- Blalock, K. M. & Wood, S. K. (2015). Women living with serious mental illness: The impact of sexual stigma and sexual wellness on quality of life. *Women & Therapy*, 38(1-2), 77-88.
- Brattfjell, M. L. & Flåm, A. M. (2019). "They were the ones that saw me and listened." From child sexual abuse to disclosure: Adults' recalls of the process towards final disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 89, 225-236.
- Brinkmann, S., Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Doing interviews* (2nd edition. utg.). SAGE.
- Chenail, R. J. (2011). Interviewing the investigator: Strategies for addressing instrumentation and researcher bias concerns in qualitative research. *Qualitative report*, 16(1), 255-262.
- Chrzanowska, J. (2002). *Interviewing Groups and Individuals in Qualitative Market Research*. London: SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781849209342>
- Corbett, R., Elsom, S., Sands, N. & Prematunga, R. (2017). An exploratory investigation of sexual health screening in the first 12 weeks of case management in populations with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 160-169.

- Ebrahim, S., May, M., Shlomo, Y. B., McCarron, P., Frankel, S., Yarnell, J. & Smith, G. D. (2002). Sexual intercourse and risk of ischaemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(2), 99-102.
- Edwards-Jones, A. (2014). *Qualitative data analysis with NVIVO*. I. Taylor & Francis.
- Fitter, J., Hayter, M. & Wylie, K. R. (2009). What factors influence individuals and couples to seek help for sexual and/or relationship difficulties from primary care professionals: an exploratory qualitative study. *Sexual and relationship therapy*, 24(3-4), 333-346.
- Flick, U. & Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (Sixth edition. utg.). SAGE.
- Foucault, M. (1961). *Madness and Civilization: A history of Insanity in the Age of Reason*, translated by R. Howard. New York: Pantheon Random House. I.
- Foucault, M. (1966). (1970). *The order of things: An archaeology of the human sciences*. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge* (AMS Smith, Trans.). New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. (French original 1963). I. English reprint. Vintage Books Inc., New York.
- Foucault, M. (1975). (1995). *Discipline and punish: The birth of the prison* (A. Sheridan, Trans., ). New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1976). 1990): *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*. Trans. Robert Hurley. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1992). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Gyldendal.
- Foucault, M. (1994). *Overvåkning og straff: et moderne fengsels historie*. Gyldendal.
- Foucault, M. (1975). *Discipline and punish*. A. Sheridan, Tr., Paris, FR, Gallimard.
- Gadamer, H.-G. (1975). *Truth and Method* (New York. Continuum, 231.
- Graugaard, C., Frisch, M. & Pedersen, B. K. (2012). *Seksualitet og sundhed*.
- Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). *Sexologi : faglige perspektiver på seksualitet* (1. utgave. utg.). Munksgaard.
- Grelland, H. H. (2020). *Om følelsene* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Guilmette, L. (2014). In what we tend to feel is without history: Foucault, affect, and the ethics of curiosity. *The Journal of Speculative Philosophy*, 28(3), 284-294.
- Haboubi, N. & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation*, 25(6), 291-296.
- Hall, D. A. & Farber, B. A. (2001). Patterns of patient disclosure in psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 29(2), 213-230.
- Hammer, S. (2021, 2021). *Michel Foucault i Store norske leksikon på snl.no*.  
[https://snl.no/Michel\\_Foucault](https://snl.no/Michel_Foucault)
- Harris, S. M. & Hays, K. W. (2008). Family Therapist Comfort with and Willingness to Discuss Client Sexuality. *J Marital Fam Ther*, 34(2), 239-250. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00066.x>
- Heidegger, M. (1962). *Being and time* Harper and Row. New York.
- Heidegger, M. (2010). *Being and Time*; State University of New York Press: New York, NY, USA, 2010. ISBN 9781438432762, 108-110.
- Helland, Y., Garratt, A., Kjekken, I., Kvien, T. & Dagfinrud, H. (2013). Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 42(1), 20-26.
- Helsebiblioteket.no. (2007, 10.12.2019). *Fokusgruppeintervju*. Helsebiblioteket.no.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/fokusgruppeintervju>
- Helsedirektoratet. (2016). *Snakk om det!* H.-o. omsorgsdepartementet.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf).

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440.
- Huglen, I., Hidalgo, W., Young, M. & Stokkebekk, J. (2020). Sterke barn i to hjem: Resiliensorientert familieterapi med skilte familier i vedvarende konflikt. *Fokus på familien*, 48(4), 231-251.
- Husserl, E. (2013). *Cartesian meditations: An introduction to phenomenology*. Springer Science & Business Media.
- Husserl, E. & Gibson, W. R. B. (1983). *Ideas: general introduction to pure phenomenology*. Collier Books New York.
- Jensen, P. (2008). *The Narratives which connect... : a qualitative research approach to the Narratives which connect therapists' personal and private lives to their family therapy practices* [University of East London].
- Larkin, M., Flowers, P. & Smith, J. A. (2021). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. *Interpretative phenomenological analysis*, 1-100.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, 5, 1-9.
- MacGinley, M., Breckenridge, J. & Mowll, J. (2019). A scoping review of adult survivors' experiences of shame following sexual abuse in childhood. *Health & social care in the community*, 27(5), 1135-1146.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Markovic, D. (2007). Working With Sexual Issues in Systemic Therapy. *Aust. N.Z. j. fam. ther*, 28(4), 200-209. <https://doi.org/10.1375/anft.28.4.200>
- McCann, E. (2010). Investigating mental health service user views regarding sexual and relationship issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 251-259.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception* Routledge & Kegan Paul. London, UK, 182.
- Miller, S. A. & Byers, E. S. (2009). Psychologists' continuing education and training in sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(3), 206-219.
- Nilsson, P. (2014). Are empathy and compassion bad for the professional social worker? *Advances in Social Work*, 15(2), 294-305.
- Piaget, J. & Cook, M. (1952). *The origins of intelligence in children* (Bd. 8). International Universities Press New York.
- Reissing, E. D. & Giulio, G. D. (2010). Practicing clinical psychologists' provision of sexual health care services. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(1), 57.
- Reus, V. I. & Smith, G. R. (1984). The Reus-Smith behavioral assessment model for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, (20(2)), 123-140.
- Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences: Essays on language, action and interpretation*. Cambridge university press.
- Rosenthal, M. N. & Dehle, C. (2022). Coming Together: Synthesizing Sex Therapy with Integrative Behavioral Couple Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-14.
- Svarstad Solberg, A., Stojiljkovic, M. & Areskoug Josefsson, K. (2023). Sykepleierutdanningen må sikre kunnskap om seksuell helse. *Sykepleien Forskning*, (90884), e-90884.
- Tadros, V. (1998). Between governance and discipline: The law and Michel Foucault. *Oxford Journal of Legal Studies*, 18(1), 75-103.
- Tang, K.-L. (1998). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
- Thomas, J., Harden, A., Oakley, A., Oliver, S., Sutcliffe, K., Rees, R., Brunton, G. & Kavanagh, J. (2004). Integrating qualitative research with trials in systematic reviews. *Bmj*, 328(7446), 1010-1012.
- Thorngren, J. M. & Christensen, T. M. (1999). An Interview with David Schnarch. *The Family journal (Alexandria, Va.)*, 7(2), 187-194. <https://doi.org/10.1177/1066480799072016>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.

- Threlfall, D. K. (1999). Using focus groups as a consumer research tool. *Journal of marketing practice : applied marketing science*, 5(4), 102-105. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004560>
- Tjora, A. H. (2018). *Viten skapt : kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm akademisk.
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S. & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC medical research methodology*, 12(1), 1-8.
- Traumer, L., Jacobsen, M. H. & Laursen, B. S. (2019). Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 57-66.
- Træen, B. & Schaller, S. (2013). Talking to patients about sexual issues: experiences of Norwegian psychologists. *Sexual and relationship therapy*, 28(3), 281-291. <https://doi.org/10.1080/14681994.2013.768338>
- Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge.
- Vildalen, S. & Langfeldt, T. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner : med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*. Gyldendal akademisk.
- Wagner, S. L., Pasca, R. & Regehr, C. (2019). Firefighters and empathy: does it hurt to care too much? *Journal of loss and trauma*, 24(3), 238-250.
- Wanlass, R. L., Kilmann, P. R., Bella, B. S. & Tarnowski, K. J. (1983). Effects of sex education on sexual guilt, anxiety, and attitudes: A comparison of instruction formats. *Archives of sexual behavior*, 12, 487-502.
- Wellings, K. & Johnson, A. M. (2013). Framing sexual health research: adopting a broader perspective. *The Lancet*, 382(9907), 1759-1762.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersøkningsmetode*. Studentlitteratur.
- World-Health-Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization.
- Øfsti, A. K. S. (2008). *Some Call it Love: Exploring Norwegian Systemic Couple Therapists' Discourses of Love, Intimacy and Sexuality*.
- Östman, M. (2008). Severe depression and relationships: The effect of mental illness on sexuality. *Sexual and relationship therapy*, 23(4), 355-363.
- Aarnes, T. (2015). *Seksualitet i terapirommet - En diskursanalyse om terapeutens tanker, følelser og praksis* [Diakonhjemmets Høgskole]. <http://hdl.handle.net/11250/297263>

## Vedlegg 1. Intervjuguide

### **Intervjuguide, Snakk om sex i familievernet!**

#### **1.0 Forberedelser/bakgrunn:**

- Problemstilling: *«Hvilke tanker og følelser oppstår hos familierapeuten når seksuelle tema tas opp i terapirommet?»*
- Forberedelser: Intervjuguide og taleopptak på analog opptaker.
- Intervjuer/forsker: Miriam Nossun Røsholm, mastergradsstudent i master for psykososial helse, spesialisering i sexologi, Institutt for psykososial helse, Universitetet i Agder.
- Forforståelse: Jeg arbeider som familierapeut selv og har videreutdanning i sexologi.

#### **2.0 Innledning til intervjuet**

- Takke deltakerne for å stille opp.
- Formål med intervjuet:  
Forskning viser at indre begrensninger, som personlig bakgrunn, følelsesmessige hindringer, personlige verdier og profesjonell usikkerhet medførte at å snakke åpent om seksualitet ble ansett som upassende. Hensikten med intervjuet var å få en større forståelse av hvor skoen trykker.
- Anonymitet
- Fortelle hvordan dataene blir behandlet. Avklare tillatelse til å ta opp intervjuet på analog lydopptaker. Intervjuene vil bli skrevet ned like etter de finner sted og anonymisert i den prosessen. Lydfilene vil etter nedskrivning bli slettet.
- Det er frivillig å delta i prosjektet.
- Du vil signere et samtykkeskjema som vi oppbevarer nedlåst i 5 år etter prosjektet er avsluttet.
- Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Dersom du senere ønsker



å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

- Det kan forekomme spørsmål om et oppfølgingsintervju.
- Innhold: Gå igjennom hovedspørsmål/tema
- Tid: Intervjuet vil ta ca 1-1,5 time.

### **3.0 Intervjuet**

Kan dere fortelle meg litt om deres profesjonelle bakgrunn:

- Utdanning
- Arbeidserfaring i familievernet

Kan dere fortelle om en terapisisituasjon der seksualitet er aktuelt å ta opp?

Hvordan opplevde dere en denne situasjonen?

Gripe fatt i noen av de problematiske forholdene og invitere til en drøfting/samtale rundt dette.

Etter deres oppfatning, hva må til for at seksualitet skal bli mindre tabubelagt i terapirommet?

Avslutningsspørsmål: «Jeg har ikke flere spørsmål. Har du mer du gjerne vil si eller spørre om før vi avslutter intervjuet?»

### **4.0 Avslutning**

- Debriefing: Hvordan det opplevdes å bli intervjuet/snakke om disse temaene.
- Tusen takk for at dere stilte opp!

## Vedlegg 2. Etisk godkjenning NSD

**NSD** MELDESKJEMA FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER Norsk ▾ Miriam Karin Nossum Røsholm ▾

[Meldeskjema](#) / [Snakk om sex i familievernet!](#) / [Vurdering](#)

### Vurdering

☰ 28.06.2022 ▾  **Skriv ut**

**Dato**  
28.06.2022

**Type**  
Standard

**Referansenummer**  
171265

**Prosjekttittel**  
Snakk om sex i familievernet!

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

**Prosjektansvarlig**  
Tor-Ivar Karlsen

**Student**  
Miriam Nossum Røsholm

**Prosjektperiode**  
01.08.2022 - 31.12.2024

[Meldeskjema](#) 

#### Kommentar

##### OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

##### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

##### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2024.

# Masteroppgave våren 2023, Miriam Karin Nossun Røsholm

## TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter/klienter.

## PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema](https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema).

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3. Etisk godkjenning FEK

Ref.nr. RITM0188071



Miriam Karin  
Nossun Røsholm

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Ref. [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 25/11/2022

**Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Snakk om sex i familievernet**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen  
Forskningsetisk komite  
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER  
POSTBOKS 422 4804 KRISTIANSAND  
TELEFON 38 14 10 00  
ORG. NR 970 548 200 MVA - [post@uia.no](mailto:post@uia.no) -  
[www.uia.no](http://www.uia.no)

FAKTURAADRESSE:  
UNIVERSITETET I AGDER,  
FAKTURAMOTTAK  
POSTBOKS 383 ALNABRU 0814 OSLO

Vedlegg 4. Oversikt over artikler ekskludert på bakgrunn av tittel

1. Abbasi, I. S. & Alghamdi, N. G. (2017). When Flirting Turns Into Infidelity: The Facebook Dilemma. *American Journal of Family Therapy*, 45(1), 1-14.  
<https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1277804>
2. Abbott, D., Springer, P. & Hollist, C. (2012). Therapy With Immigrant Muslim Couples: Applying Culturally Appropriate Interventions and Strategies. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 11(3), 254-266. <https://doi.org/10.1080/15332691.2012.692946>
3. Addison, S. M. & Coolhart, D. (2015). Expanding the Therapy Paradigm with Queer Couples: A Relational Intersectional Lens. *Family Process*, 54(3), 435-453.  
<https://doi.org/10.1111/famp.12171>
4. Aducci, C. J. (2012). "Ask the Person that Lived It. That Would Be Me." A Discursive Therapy Approach to Countering Social Inequalities In a Couple's Therapy Session. *Journal of Feminist Family Therapy*, 24(4), 340-356. <https://doi.org/10.1080/08952833.2012.710817>
5. Allan, J. (2004). Mother blaming: a covert practice in therapeutic intervention. *Australian Social Work*, 57(1), 57-70.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=74619&site=ehost-live>
6. Anderson, S. & Miller, R. (2006). The Effectiveness of Therapy with Couples Reporting a History of Childhood Sexual Abuse: An Exploratory Study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 28(3), 353-366. <https://doi.org/10.1007/s10591-006-9015-x>
7. Askew, J. & Davey, M. (2004). Women Living with Men Who Use Viagra: An Exploratory Study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 3(4), 23-41.  
[https://doi.org/10.1300/J398v03n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J398v03n04_02)
8. Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H. & Christensen, A. (2005). Infidelity in Couples Seeking Marital Therapy. *Journal of Family Psychology*, 19(3), 470-473. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.3.470>
9. Atwood, J., Klucinec, E. & Neaver, E. (2006a). A Combined- Constructionist Therapeutic Approach To Couples Experiencing Erectile Dysfunction: Part I. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 28(4), 393-402. <https://doi.org/10.1007/s10591-006-9017-8>
10. Atwood, J., Klucinec, E. & Neaver, E. (2006b). A Combined-Constructionist Therapeutic Approach to Couples Experiencing Erectile Dysfunction: Part II. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 28(4), 403-418. <https://doi.org/10.1007/s10591-006-9022-y>
11. Atwood, J. D. & Scholtz, C. (2005). Power Differentials in Relationships: Who's the Boss? Assessment and Therapeutic Considerations. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 4(4), 57-77. [https://doi.org/10.1300/J398v04n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J398v04n04_04)
12. Atwood, J. D. & Schwartz, L. (2002). Cyber-Sex: The New Affair Treatment Considerations. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 1(3), 37-56.  
[https://doi.org/10.1300/J398v01n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J398v01n03_03)
13. Awosan, C. I. & Hardy, K. V. (2017). Coupling Processes and Experiences of Never Married Heterosexual Black Men and Women: A Phenomenological Study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 43(3), 463-481. <https://doi.org/10.1111/jmft.12215>
14. Baima, T. R. & Feldhousen, E. B. (2007). The Heart of Sexual Trauma: Patriarchy as a Centrally Organizing Principle for Couple Therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 19(3), 13-36.  
[https://doi.org/10.1300/J086v19n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J086v19n03_02)
15. Basham, K. (2004). Transforming the legacies of childhood trauma in couple and family therapy. *Social Work in Health Care*, 39(3/4), 263-285.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=76383&site=ehost-live>

16. Bassz, B. A. (2000). Two Positions for Sexual Intercourse Useful in the Treatment of Male Sexual Dysfunction. *Family Journal*, 8(4), 416. <https://doi.org/10.1177/1066480700084016>
17. Belous, C. K. (2015). Couple Therapy With Lesbian Partners Using an Affirmative-Contextual Approach. *American Journal of Family Therapy*, 43(3), 269-281. <https://doi.org/10.1080/01926187.2015.1012234>
18. Bent-Goodley, T. B. (2009). A black experience-based approach to gender-based violence. *Social Work*, 54(3), 262-269. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=60043&site=ehost-live>
19. Bepko, C., Johnson, T., Bepko, C. & Johnson, T. (2000). Gay and lesbian couples in therapy: perspectives for the contemporary family therapist. *Journal of Marital & Family Therapy*, 26(4), 409-419. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00312.x>
20. Bhugra, D. & De Silva, P. (2000). Couple therapy across cultures. *Sexual & Relationship Therapy*, 15, 183-192. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=snh&AN=SN029611&site=ehost-live>
21. Bird, M. H. (2006). Sexual addiction and marriage and family therapy: facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 32(3), 297-311. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01608.x>
22. Bischoff, R. J. (2003). Infidelity: The Implications of Current Research for Couple Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 2(4), 73-78. [https://doi.org/10.1300/J398v02n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J398v02n04_05)
23. Bischoff, R. J. (2006). The Implications of Newsworthy Research to the Practice of Couple Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 5(3), 79-85. [https://doi.org/10.1300/J398v05n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J398v05n03_05)
24. Bischoff, R. J. (2008). Recent Research on Couple Communication. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 7(1), 71-72. <https://doi.org/10.1080/15332690802129721>
25. Blow, A., Timm, T. & Cox, R. (2008). The Role of the Therapist in Therapeutic Change: Does Therapist Gender Matter? *Journal of Feminist Family Therapy*, 20(1), 66-86. <https://doi.org/10.1080/0895280801907150>
26. Blow, A. J. (2005). Face It Head On: Helping a Couple Move Through the Painful and Pernicious Effects of Infidelity. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 4(2/3), 91-102. [https://doi.org/10.1300/J398v04n02\\_09](https://doi.org/10.1300/J398v04n02_09)
27. Blumer, M. C., Papaj, A. & Erolin, K. (2013). Feminist Family Therapy for Treating Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Feminist Family Therapy*, 25(2), 65-79. <https://doi.org/10.1080/08952833.2013.777871>
28. Blumer, M. L. C., Green, M. S., Knowles, S. J. & Williams, A. (2012). Shedding Light on Thirteen Years of Darkness: Content Analysis of Articles Pertaining to Transgender Issues In Marriage/Couple and Family Therapy Journals. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38(Supp S1), 244-256. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00317.x>
29. Brown, J. (2001). Intimacy, Gender and Self Psychology: Considerations for Relationship Counselling. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 22(3), 137-146. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2001.tb00468.x>
30. Brown, J. (2015). Couple therapy for gay men: exploring sexually open and closed relationships through the lenses of hetero-normative masculinity and attachment style. *Journal of Family Therapy*, 37(3), 386-402. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12053>
31. Brown, K. S. (2019). #metoo: Sexual Harassment within Psychology, Social Work, and Marriage/Couple and Family Therapy Training Programs. *Journal of Feminist Family Therapy*, 31(4), 195-210. <https://doi.org/10.1080/08952833.2019.1676958>
32. Brown, K. S. (2020). Introduction to Special Issue on Women's Health: Reproductive Health and Sexual Health. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32(1/2), 1-4. <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1763074>

33. Busby, D. M., Hanna-Walker, V. R., Leavitt, C. E. & Carroll, J. S. (2022). The sexual wholeness model: An initial evaluation with two samples. *Journal of Marital & Family Therapy*, 48(2), 643-664. <https://doi.org/10.1111/jmft.12529>
34. Butler, M., Rodriguez, M.-K., Roper, S. & Feinauer, L. (2010). Infidelity Secrets in Couple Therapy: Therapists' Views on the Collision of Competing Ethics Around Relationship-Relevant Secrets. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(2), 82-105. <https://doi.org/10.1080/10720161003772041>
35. Caplan, W. (2006). Sexual appetite: a technique for disarming resistance in the treatment of sexual complaints. *Smith College Studies in Social Work*, 76(3), 53-66. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=52639&site=ehost-live>
36. Carlson, T. S., McGeorge, C. R., DeJean, S. L., Grams, W. A., Linde, S. & Michael, R. V. (2005). A Feminist Conceptual Analysis of the Predominant Introductory Textbook in Couple and Family Therapy Training. *Journal of Feminist Family Therapy*, 17(2), 17-39. <https://doi.org/10.1300/J086v17n02-02>
37. Carlson, T. S., McGeorge, C. R. & Toomey, R. B. (2013). Establishing the Validity of the Affirmative Training Inventory: Assessing the Relationship between Lesbian, Gay, and Bisexual Affirmative Training and Students' Clinical Competence. *Journal of Marital & Family Therapy*, 39(2), 209-222. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00286.x>
38. Carneiro, R. (2013). The Impact of Christianity on Therapy with Latino Families. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 35(1), 137-146. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9209-3>
39. Carr, A. (2006). Thematic review of family therapy journals in 2005. *Journal of Family Therapy*, 28(4), 420-439. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2006.00362.x>
40. Carr, A. (2007). Feedback for the ANZJFT. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 28(1), 51-51. <https://doi.org/10.1375/anft.28.1.51>
41. Carr, A. (2014a). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 158-194. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12033>
42. Carr, A. (2014b). Thematic review of family therapy journals in 2013. *Journal of Family Therapy*, 36(4), 420-443. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12061>
43. Carr, A. (2019). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(4), 492-536. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12225>
44. Cava-Tadik, Y., Brown, G. L. & Mangelsdorf, S. C. (2020). Fathers' Satisfaction With Physical Affection Before and After the Birth of a New Baby: Cross-Parent Effects and Associations With Family Dynamics. *Journal of Family Issues*, 41(4), 415-436. <https://doi.org/10.1177/0192513X19875779>
45. Chen, C. G. & Carolan, M. T. (2010). The Phenomenon of Comparative Development Between Female Survivors and Their Partners: Implications for Couples Therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 32(4), 396-411. <https://doi.org/10.1007/s10591-010-9128-0>
46. Christensen, S. A. & Miller, R. B. (2006). Areas of Desired Change Among Married Midlife Individuals. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 5(3), 35-57. [https://doi.org/10.1300/J398v05n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J398v05n03_03)
47. Cohn, A. S. (2014). Romeo and Julius: A Narrative Therapy Intervention for Sexual-Minority Couples. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(1), 73-77. <https://doi.org/10.1080/08975353.2014.881696>
48. Coop Gordon, K. & Mitchell, E. A. (2020). Infidelity in the Time of COVID-19. *Family Process*, 59(3), 956-966. <https://doi.org/10.1111/famp.12576>
49. Coppola, J., Gangamma, R. & Hartwell, E. (2021). "We're just two people in a relationship": A qualitative exploration of emotional bond and fairness experiences between transgender

- women and their cisgender partners. *Journal of Marital & Family Therapy*, 47(3), 648-663. <https://doi.org/10.1111/jmft.12467>
50. Cote, I. & Lapierre, S. (2013). J'avais pas le choix parce que sinon je me faisais battre: La violence sexuelle en contexte conjugal [I had no choice because otherwise I was getting beaten. Sexual violence in marital disputes.]. *Canadian Social Work Review*, 30(2), 185-202. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=86683&site=ehost-live>
51. Coy, J. S., Lambert, J. E. & Miller, M. M. (2016). Stories of the Accused: A Phenomenological Inquiry of MFTs and Accusations of Unprofessional Conduct. *Journal of Marital & Family Therapy*, 42(1), 139-152. <https://doi.org/10.1111/jmft.12109>
52. Dankoski, M. E. & Pais, S. (2007). What's Love Got to Do With It? Couples, Illness, and MFT. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(1/2), 31-43. [https://doi.org/10.1300/J398v06n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J398v06n01_04)
53. Davies, B., Gibbons, I. & Hughes, A. (2021). Treating Comorbid Sexual Dysfunctions Using the Intersystem Sex Therapy Approach. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 43(1), 12-19. <https://doi.org/10.1007/s10591-020-09552-8>
54. Devlin, J. M., Hill, L., Berry, J., Felder, K. & Wilson, C. (2019). Therapeutic Practices for Sexually Abused Children and Adolescents: Resources for Marriage, Family, and Couples' Counselors. *Family Journal*, 27(4), 359-365. <https://doi.org/10.1177/1066480719844017>
55. Distefano, A. S. (2009). Intimate partner violence among sexual minorities in Japan: exploring perceptions and experiences. *Journal of Homosexuality*, 56(2), 121-146. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=59473&site=ehost-live>
56. Dupree, W. J., White, M., Olsen, C. & Lafleur, C. (2007). Infidelity Treatment Patterns: A Practice-based Evidence Approach. *American Journal of Family Therapy*, 35(4), 327-341. <https://doi.org/10.1080/01926180600969900>
57. Edwards, L., Goodwin, A. & Neumann, M. (2019). An Ecological Framework for Transgender Inclusive Family Therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 41(3), 258-274. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9480-z>
58. Edwards, L. L., Robertson, J. A., Smith, P. M. & O'Brien, N. B. (2014). Marriage and Family Training Programs and Their Integration of Lesbian, Gay, and Bisexual Identities. *Journal of Feminist Family Therapy*, 26(1), 3-27. <https://doi.org/10.1080/08952833.2014.872955>
59. Esmiol Wilson, E., Knudson-Martin, C. & Wilson, C. (2014). Gendered Power, Spirituality, and Relational Processes: Experiences of Christian Physician Couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 13(4), 312-338. <https://doi.org/10.1080/15332691.2014.953652>
60. Fife, S. T., Stewart, C. M. & Hawkins, L. G. (2020). Family-of-Origin, Sexual Attitudes, and Perceptions of Infidelity: A Mediation Analysis. *American Journal of Family Therapy*, 48(2), 142-159. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1684218>
61. Forbat, L., Robertson, J. & McNamee, P. (2018). Couple therapy following prostate cancer surgery: a manual to guide treatment. *Journal of Family Therapy*, 40, S86-S110. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12129>
62. Francis Laughlin, C. & Rusca, K. A. (2020). Strengthening Vicarious Resilience in Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Narrative Approach to Couples Therapy. *Family Journal*, 28(1), 15-24. <https://doi.org/10.1177/1066480719894938>
63. Gabb, J. & Singh, R. (2015). Reflections on the challenges of understanding racial, cultural and sexual differences in couple relationship research. *Journal of Family Therapy*, 37(2), 210-227. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12044>
64. Gambescia, N., Sendak, S. K. & Weeks, G. (2009). The Treatment of Erectile Dysfunction. *Journal of Family Psychotherapy*, 20(2/3), 221-240. <https://doi.org/10.1080/08975350902970154>
65. Garcia, M., Košutić, I. & Melendez-Rhodes, T. (2020). Talking About Teen Talk: Young People's Experiences in a Sexuality Education Program. *Sexuality Research & Social Policy: Journal of NSRC*, 17(3), 415-428. <https://doi.org/10.1007/s13178-019-00405-0>



66. Giammattei, S. V. (2015). Beyond the Binary: Trans-Negotiations in Couple and Family Therapy. *Family Process*, 54(3), 418-434. <https://doi.org/10.1111/famp.12167>
67. Gilbert, L., El-Bassel, N., Terlikbayeva, A., Rozental, Y., Chang, M., Brisson, A., Wu, E. & Bakpayev, M. (2010). Couple-based HIV prevention for injecting drug users in Kazakhstan: A pilot intervention study. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 38(2), 162-176. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=80207&site=ehost-live>
68. Girard, A. & Woolley, S. R. (2017). Using Emotionally Focused Therapy to Treat Sexual Desire Discrepancy in Couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(8), 720-735. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1263703>
69. Gorman, L. & Blow, A. (2008). Concurrent Depression and Infidelity: Background, Strategies for Treatment, and Future Research. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 7(1), 39-58. <https://doi.org/10.1080/15332690802129705>
70. Gottman, J. M., Gottman, J. S., Cole, C. & Preciado, M. (2020). Gay, Lesbian, and Heterosexual Couples About to Begin Couples Therapy: An Online Relationship Assessment of 40,681 Couples. *Journal of Marital & Family Therapy*, 46(2), 218-239. <https://doi.org/10.1111/jmft.12395>
71. Habibi, M., Sayed Alitabar, S. H., Pouravari, M. & Salehi, S. (2019). Reliability, validity and factor structure for the attitudes toward infidelity scale. *Journal of Research & Health*, 9(4), 294-301. <https://doi.org/10.29252/jrh.9.4.294>
72. Halford, T. C., Owen, J., Duncan, B. L., Anker, M. G. & Sparks, J. A. (2016). Pre-therapy relationship adjustment, gender and the alliance in couple therapy. *Journal of Family Therapy*, 38(1), 18-35. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12035>
73. Harris, S. & Harriger\*, D. (2009). Sexual Attraction in Conjoint Therapy. *American Journal of Family Therapy*, 37(3), 209-216. <https://doi.org/10.1080/01926180802152032>
74. Hartwell, E. E., Serovich, J. M., Gafsky, E. L. & Kerr, Z. Y. (2012). Coming Out of the Dark: Content Analysis of Articles Pertaining to Gay, Lesbian, and Bisexual Issues in Couple and Family Therapy Journals. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38(Suppl S1), 227-243. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00274.x>
75. Hartwell, E. E., Serovich, J. M., Reed, S. J., Boisvert, D. & Falbo, T. (2017). A Systematic Review of Gay, Lesbian, and Bisexual Research Samples in Couple and Family Therapy Journals. *Journal of Marital & Family Therapy*, 43(3), 482-501. <https://doi.org/10.1111/jmft.12220>
76. Hawkins, L. G., Eggleston, D. & Brown, C. C. (2019). Utilizing a Narrative Therapy Approach with Couples Who Have Experienced a Traumatic Brain Injury to Increase Intimacy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 41(3), 304-315. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9484-8>
77. Hawkins, L. G., Mullet, N., Brown, C. C., Eggleston, D. & Gardenhire, J. (2019). All Survivors Have the Right to Heal: A #Metoomen Content Analysis. *Journal of Feminist Family Therapy*, 31(2/3), 78-99. <https://doi.org/10.1080/08952833.2019.1633840>
78. Hayes, S. & Unwin, P. (2016). Comparing the cultural factors in the sexual exploitation of young people in the UK and USA: Insights for social workers. *Revista de Asistentia Sociala (Social Work Review)*, 15(1), 27-39. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=88584&site=ehost-live>
79. Henke, T., Carlson, T. & McGeorge, C. (2009). Homophobia and Clinical Competency: An Exploration of Couple and Family Therapists' Beliefs. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 8(4), 325-342. <https://doi.org/10.1080/15332690903246101>
80. Henry, R. & Zeytinoglu, S. (2012). African Americans and Teen Dating Violence. *American Journal of Family Therapy*, 40(1), 20-32. <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.578033>
81. Hertlein, K. & Weeks, G. (2009). Toward a New Paradigm in Sex Therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 20(2/3), 112-128. <https://doi.org/10.1080/08975350902967234>
82. Hertlein, K. M., Shadid, C. & Steelman, S. M. (2015). Exploring Perceptions of Acceptability of Sexting in Same-Sex, Bisexual, Heterosexual Relationships and Communities. *Journal of*

- Couple & Relationship Therapy*, 14(4), 342-357.  
<https://doi.org/10.1080/15332691.2014.960547>
83. Hertlein, K. M. & Skaggs, G. (2005). Assessing the Relationship Between Differentiation and Infidelity: A Structural Equation Model. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 4(2/3), 195-213. [https://doi.org/10.1300/J398v04n02\\_16](https://doi.org/10.1300/J398v04n02_16)
84. Hertlein, K. M. & Weeks, G. R. (2007). Two Roads Diverging in a Wood: The Current State of Infidelity Research and Treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(1/2), 95-107. [https://doi.org/10.1300/J398v06n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J398v06n01_09)
85. Hill, M. R. & Thomas, V. (2002). Racial and Gender Identity Development for Black and White Women in Interracial Partner Relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 1(4), 1-35. [https://doi.org/10.1300/J398v01n04\\_01](https://doi.org/10.1300/J398v01n04_01)
86. Holt, A. & Lyness, K. P. (2007). Body Image and Sexual Satisfaction: Implications for Couple Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(3), 45-68. [https://doi.org/10.1300/J398v06n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J398v06n03_03)
87. Hooghe, A., Neimeyer, R. & Rober, P. (2011). The Complexity of Couple Communication in Bereavement: An Illustrative Case Study. *Death Studies*, 35(10), 905-924. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553335>
88. Hunt-Amos, S., Bischoff, R. J. & Pretorius, R. (2004). The Husband's Experience of His Wife's Childhood Sexual Abuse: An Exploratory Study and Implications for Couple Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 3(4), 1-21. [https://doi.org/10.1300/J398v03n04\\_01](https://doi.org/10.1300/J398v03n04_01)
89. Ivey, D. C., Wieling, E. & Harris, S. M. (2000). Save the Young--the Elderly Have Lived Their Lives: Ageism in Marriage and Family Therapy[\*]. *Family Process*, 39(2), 163. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39202.x>
90. Janusz, B., Józefik, B. & Peräkylä, A. (2018). Gender-related Issues in Couple Therapists' Internal Voices and Interactional Practices. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 39(4), 436-449. <https://doi.org/10.1002/anzf.1331>
91. Johnson, D. J., Holyoak, D. & Cravens Pickens, J. (2019). Using Narrative Therapy in the Treatment of Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse in the Context of Couple Therapy. *American Journal of Family Therapy*, 47(4), 216-231. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1624224>
92. Johnson, S., Lebow, J., Johnson, S. & Lebow, J. (2000). The "coming of age" of couple therapy: a decade review. *Journal of Marital & Family Therapy*, 26(1), 23-38. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00273.x>
93. Johnson, S. M. & Wittenborn, A. K. (2012). New Research Findings on Emotionally Focused Therapy: Introduction to Special Section. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38(Supp S1), 18-22. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00292.x>
94. Jones, K. & Hertlein, K. (2012). Four Key Dimensions for Distinguishing Internet Infidelity From Internet and Sex Addiction: Concepts and Clinical Application. *American Journal of Family Therapy*, 40(2), 115-125. <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.600677>
95. Jones, K. & Tuttle, A. (2012). Clinical and Ethical Considerations for the Treatment of Cybersex Addiction for Marriage and Family Therapists. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 11(4), 274-290. <https://doi.org/10.1080/15332691.2012.718967>
96. Jordan, L. S., Grogan, C., Muruthi, B. & Bermúdez, J. M. (2017). Polyamory: Experiences of Power from Without, from Within, and in Between. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1141135>
97. Kissil, K. & Davey, M. (2010). The Prostitution Debate in Feminism: Current Trends, Policy and Clinical Issues Facing an Invisible Population. *Journal of Feminist Family Therapy*, 22(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/08952830903453604>
98. Kissil, K. & Davey, M. (2012). Health Disparities in Procreation: Unequal Access to Assisted Reproductive Technologies. *Journal of Feminist Family Therapy*, 24(3), 197-212. <https://doi.org/10.1080/08952833.2012.648139>

99. Kline, T. M., Martz, G., Lesperance, C. J. & Waldo, M. C. (2008). Defining life partnerships: does sexual orientation matter? *Journal of Homosexuality*, 55(4), 606-618.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sw&AN=58946&site=ehost-live>
100. Lasala, M. C. (2004). Extradyadic sex and gay male couples: comparing monogamous and nonmonogamous relationships. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85(3), 405-412.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sw&AN=75370&site=ehost-live>
101. Lefebvre, A. A., Dugal, C., Brassard, A., Lussier, Y., Lafontaine, M. F., Godbout, N. & Péloquin, K. (2021). The role of relationship dissatisfaction in the dyadic associations between attachment insecurity and intimate partner violence among couples seeking therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 47(4), 982-998.  
<https://doi.org/10.1111/jmft.12537>
102. Lin, C., Moore, D. D., Nylund, D. & Espinoza, S. A. (2020). Clinical Issues among Chinese Gay Men in Counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 14(1), 18-37.  
<https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1711290>
103. Love, H. A. (2019). Sexual Assault: The Therapist, Supervisor, and Self. *Journal of Feminist Family Therapy*, 31(2/3), 66-77. <https://doi.org/10.1080/08952833.2019.1633839>
104. Maccio, E. M. (2010). Influence of family, religion, and social conformity on client participation in sexual reorientation therapy. *Journal of Homosexuality*, 57(3), 441-458.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sw&AN=80103&site=ehost-live>
105. MacIntosh, H. B. & Johnson, S. (2008). Emotionally Focused Therapy for Couples and Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Marital & Family Therapy*, 34(3), 298-315.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x>
106. Maier, C. A. (2015). Feminist-Informed Emotionally Focused Couples Therapy as Treatment for Eating Disorders. *American Journal of Family Therapy*, 43(2), 151-162.  
<https://doi.org/10.1080/01926187.2014.956620>
107. Maier, C. A., Stevenson Wojciak, A. & McGeorge, C. R. (2022). Examining Gender in Heterosexual Couple Relationships Utilizing the Biobehavioral Family Model: Implications for Couple Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 21(2), 105-128.  
<https://doi.org/10.1080/15332691.2021.1900010>
108. Malpas, J. (2006). From Otherness to Alliance: Transgender Couples in Therapy. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(3/4), 183-206. [https://doi.org/10.1300/J461v02n03\\_10](https://doi.org/10.1300/J461v02n03_10)
109. Mamalakis, P. M. (2001). Painting a Bigger Picture: Forgiveness Therapy with Pre-Marital Infidelity: A Case Study. *Journal of Family Psychotherapy*, 12(1), 39.  
[https://doi.org/10.1300/J085v12n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J085v12n01_04)
110. Margolin, L. (2017). Dilators, Q-tips, and Extortion: How to Train a Woman for Intercourse in the "Post-Feminist" Era. *Journal of Feminist Family Therapy*, 29(4), 189-204.  
<https://doi.org/10.1080/08952833.2017.1348177>
111. Marroquin, C. (2022). "We Don't Ever Give Up, We Just Find a Different Way In": An Interview with Dr. Katherine Hertlein, Ph.D. on Feminism and Women in Academia. *Journal of Feminist Family Therapy*, 34(1/2), 213-222.  
<https://doi.org/10.1080/08952833.2022.2066287>
112. MATERIALS RECEIVED. (2005). *Journal of Marital & Family Therapy*, 31(3), 297-297.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01570.x>
113. Maxey, V. A. (2021). The Intersectional Growth Model: The Satir Growth Model Informed by Intersectional Feminism. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 43(1), 54-68. <https://doi.org/10.1007/s10591-020-09553-7>
114. McDowell, T., Emerick, P. & Garcia, M. (2014). Queering Couple and Family Therapy Education. *Journal of Feminist Family Therapy*, 26(2), 99-112.  
<https://doi.org/10.1080/08952833.2014.893805>

115. McElwain, A., Grimes, M. & McVicker, M. (2009). The Implications of Erotic Plasticity and Social Constructionism in the Formation of Female Sexual Identity. *Journal of Feminist Family Therapy*, 21(2), 125-139. <https://doi.org/10.1080/08952830902911347>
116. McGeorge, C. R., Carlson, T. S., Erickson, M. J. & Guttormson, H. E. (2006). Creating and Evaluating a Feminist-Informed Social Justice Couple and Family Therapy Training Model. *Journal of Feminist Family Therapy*, 18(3), 1-38. [https://doi.org/10.1300/J086v18n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J086v18n03_01)
117. McGeorge, C. R. & Stone Carlson, T. (2016). The State of Lesbian, Gay, and Bisexual Affirmative Training: A Survey of Faculty from Accredited Couple and Family Therapy Programs. *Journal of Marital & Family Therapy*, 42(1), 153-167. <https://doi.org/10.1111/jmft.12106>
118. Messam, T., McKay, M. M., Kalogerogiannis, K. & Alicea, S. (2010). Adapting a family-based HIV prevention program for homeless youth and their families: The HIV prevention outreach for parents and early adolescents family program. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 303-318. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=80088&site=ehost-live>
119. Messent, P. (2019). Honouring the small and specific. *Journal of Family Therapy*, 41(1), 1-3. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12254>
120. Meyer, C. G. & Chen, H.-M. (2019). Vanilla and Kink: Power and Communication in Marriages with a BDSM-Identifying Partner. *Sexuality & Culture*, 23(3), 774-792. <https://doi.org/10.1007/s12119-019-09590-x>
121. Morgan, P., Love, H. A., Durtschi, J. & May, S. (2018). Dyadic Causal Sequencing of Depressive Symptoms and Relationship Satisfaction in Romantic Partners Across Four Years. *American Journal of Family Therapy*, 46(5), 486-504. <https://doi.org/10.1080/01926187.2018.1563004>
122. Morgis, B. L., Ewing, E. S. K., Liu, T., Slaughter-Acey, J., Fisher, K. & Jampol, R. (2019). A Hold Me Tight Workshop for Couple Attachment and Sexual Intimacy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 41(4), 368-383. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09504-x>
123. Mosher, C. M. (2001). The Social Implications of Sexual Identity Formation and the Coming-Out Process: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Family Journal*, 9(2), 164-173. <https://doi.org/10.1177/1066480701092011>
124. Mosley, M. A. & Lancaster, M. (2019). Affection and Abuse: Technology Use in Adolescent Romantic Relationships. *American Journal of Family Therapy*, 47(1), 52-66. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1586592>
125. Muruthi, B., McCoy, M., Chou, J. & Farnham, A. (2018). Sexual Scripts and Narrative Therapy with Older Couples. *American Journal of Family Therapy*, 46(1), 81-95. <https://doi.org/10.1080/01926187.2018.1428129>
126. Maas-DeSpain, A. & Todahl, J. L. (2014). Rape, Sexual Violence, and Acquiescence in Intimate Relationships: Screening, Assessment, and Clinical Decision Making. *Journal of Feminist Family Therapy*, 26(1), 28-49. <https://doi.org/10.1080/08952833.2014.875447>
127. Nasim, R. & Nadan, Y. (2013). Couples Therapy with Childhood Sexual Abuse Survivors (CSA) and their Partners: Establishing a Context for Witnessing. *Family Process*, 52(3), 368-377. <https://doi.org/10.1111/famp.12026>
128. Negash, S. & Morgan, M. (2016). A Family Affair: Examining the Impact of Parental Infidelity on Children Using a Structural Family Therapy Framework. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 38(2), 198-209. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9364-4>
129. Negash, S., Nalbone, D. P., Wetchler, J. L., Woods, S. & Fontaine, K. L. (2015). Intimacy in the Midst of Caregiving: Examining Relationship and Sexual Satisfaction of Parents Raising Children with Special Needs. *Journal of Family Psychotherapy*, 26(3), 190-209. <https://doi.org/10.1080/08975353.2015.1067532>

130. Negash, S., Roberson, P. N. E., Seshadri, G. & Ayres, K. (2021). Relational Factors and Sexual Health for Female College Students in Exclusive Heterosexual Relationships. *Sexuality & Culture*, 25(6), 2111-2128. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09867-0>
131. Negash, S., Sheppard, N. V. N., Lambert, N. M. & Fincham, F. D. (2016). Trading Later Rewards for Current Pleasure: Pornography Consumption and Delay Discounting. *Journal of Sex Research*, 53(6), 689-700. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1025123>
132. Nelson, T., Piercy, F. P. & Sprenkle, D. H. (2005). Internet Infidelity: A Multi-Phase Delphi Study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 4(2/3), 173-194. [https://doi.org/10.1300/J398v04n02\\_15](https://doi.org/10.1300/J398v04n02_15)
133. Neustifter, R. (2008). Common Concerns Faced by Lesbian Elders: An Essential Context for Couple's Therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 20(3), 251-267. <https://doi.org/10.1080/08952830802273616>
134. Neustifter, R. & Powell, L. (2015). Intimate Partner Violence Survivors: Exploring Relational Resilience to Long-Term Psychosocial Consequences of Abuse by Previous Partners. *Journal of Family Psychotherapy*, 26(4), 269-285. <https://doi.org/10.1080/08975353.2015.1097240>
135. Newstrom, N. P., Harris, S. M. & Miner, M. H. (2021). Sexual Consent: How Relationships, Gender, and Sexual Self-Disclosure Affect Signaling and Interpreting Cues for Sexual Consent in a Hypothetical Heterosexual Sexual Situation. *Sex Roles*, 84(7/8), 454-464. <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01178-2>
136. Nova, E., McGeorge, C. & Stone Carlson, T. (2013). Bisexuality and Lesbian, Gay, and Bisexual Affirmative Training: An Exploration of Family Therapy Students' Beliefs and Clinical Experiences. *Journal of Feminist Family Therapy*, 25(4), 212-232. <https://doi.org/10.1080/08952833.2013.777886>
137. Novak, B. (2012). BOLEČINA ZARADI ZAVRŽENOSTI: AFEKTIVNA DINAMIKA NEZVESTOBE IN RELACIJSKA DRUŽINSKA PARADIGMA. *AFFECTIVE DYNAMICS OF INFIDELITY AND RELATIONAL FAMILY PARADIGM.*, 51(6), 389-403. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=snh&AN=84976072&site=ehost-live>
138. Novak, J. R., Sandberg, J. G. & Davis, S. Y. (2017). The Role of Attachment Behaviors in the Link between Relationship Satisfaction and Depression in Clinical Couples: Implications for Clinical Practice. *Journal of Marital & Family Therapy*, 43(2), 352-363. <https://doi.org/10.1111/jmft.12201>
139. Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., Lam, P. & Murphy, D. (2006). Health choices: motivational enhancement therapy for health risk behaviors in HIV-positive youth. *AIDS Education and Prevention*, 18(1), 1-11. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sw&AN=54423&site=ehost-live>
140. Orathinkal, J. & Vansteenwegen, A. (2004). Towards Developing a Family Therapy for Melanesia. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(3), 148-154. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2004.tb00605.x>
141. Papaj, A., Blumer, M. C. & Robinson, L. (2011). The Clinical Deployment of Therapeutic Frameworks and Genogram Questions to Serve the Servicewoman. *Journal of Feminist Family Therapy*, 23(3/4), 263-284. <https://doi.org/10.1080/08952833.2011.604533>
142. Parnell, K. J., Scheel, M. J., Davis, C. K. & Black, W. W. (2018). An Investigation of Couples' Help-Seeking: A Multiple Case Study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 40(1), 110-117. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9427-9>
143. Péloquin, K., Byers, E. S., Callaci, M. & Tremblay, N. (2019). Sexual Portrait of Couples Seeking Relationship Therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 45(1), 120-133. <https://doi.org/10.1111/jmft.12328>
144. Pereira, M., Dattilio, F., Canavarro, M. & Narciso, I. (2011). Couple-Focused Interventions for HIV-Serodiscordant Couples During Transition to Motherhood.

- Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 33(2), 143-160.  
<https://doi.org/10.1007/s10591-011-9152-8>
145. Peterson, S. H. (2007). The importance of fathers: contextualizing sexual risk-taking in "low-risk" African American adolescent girls. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 15(2/3), 329-346.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=58156&site=ehost-live>
146. Poulsen, S. S. & Thomas, V. (2007). Cultural Issues in Couple Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(1/2), 141-152. [https://doi.org/10.1300/J398v06n01\\_12](https://doi.org/10.1300/J398v06n01_12)
147. Powell, L. & Neustifter, R. (2012). An Updated Social Context for Therapy with Elder Lesbian Couples. *Journal of Feminist Family Therapy*, 24(3), 213-229.  
<https://doi.org/10.1080/08952833.2012.648140>
148. Priest, J. & Wickel\*, K. (2011). Religious Therapists and Clients in Same-Sex Relationships: Lessons from the Court Case of Bruff v. North Mississippi Health Service, Inc. *American Journal of Family Therapy*, 39(2), 139-148.  
<https://doi.org/10.1080/01926187.2010.530196>
149. Quek, K. M.-T., Eppler, C. & Morgan, M. L. (2014). Qualitative Study on Cis-Male Students' Gender Perspectives in the Couple and Family Therapy Classroom. *Journal of Feminist Family Therapy*, 26(4), 199-217. <https://doi.org/10.1080/08952833.2014.956281>
150. Quek, K. M.-T., Hsieh, N. W.-M. & Eppler, C. (2021). Collectivist Discourses in Relational Intersectionality: Insights from Chinese American Christian Couples. *Journal of Family Issues*, 42(11), 2487-2508. <https://doi.org/10.1177/0192513X20983387>
151. Raiz, L., Davies, E. A. & Ferguson, R. M. (2003). Sexual functioning following renal transplantation. *Health & Social Work*, 28(4), 264-272.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=46913&site=ehost-live>
152. Reibstein, J. (2013). Commentary: a different lens for working with affairs: using social constructionist and attachment theory. *Journal of Family Therapy*, 35(4), 368-380.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00562.x>
153. Reid, R., Carpenter, B., Draper, E. & Manning, J. (2010). Exploring Psychopathology, Personality Traits, and Marital Distress Among Women Married to Hypersexual Men. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9(3), 203-222.  
<https://doi.org/10.1080/15332691.2010.491782>
154. Rock, M., Carlson, T. S. & McGeorge, C. R. (2010). Does Affirmative Training Matter? Assessing CFT Students' Beliefs About Sexual Orientation and Their Level of Affirmative Training. *Journal of Marital & Family Therapy*, 36(2), 171-184.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00172.x>
155. Rodríguez-González, M., Martins, M. V., Bell, C. A., Lafontaine, M.-F. & Costa, M. E. (2019). Differentiation of Self, Psychological Distress, and Dyadic Adjustment: Exploring an Integrative Model Through an Actor-Partner Analysis. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 41(3), 293-303. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09493-x>
156. Roper, S. W., Fife, S. T. & Seedall, R. B. (2020). The Intergenerational Effects of Parental Divorce on Young Adult Relationships. *Journal of Divorce & Remarriage*, 61(4), 249-266. <https://doi.org/10.1080/10502556.2019.1699372>
157. S. Kisler, T. & Lock, L. (2019). Honoring the Voices of Polyamorous Clients: Recommendations for Couple and Family Therapists. *Journal of Feminist Family Therapy*, 31(1), 40-58. <https://doi.org/10.1080/08952833.2018.1561017>
158. Saeed Abbasi, I., Rattan, N., Kousar, T. & Khalifa Elsayed, F. (2018). Neuroticism and Close Relationships: How Negative Affect is Linked with Relationship Disaffection in Couples. *American Journal of Family Therapy*, 46(2), 139-152.  
<https://doi.org/10.1080/01926187.2018.1461030>
159. Seedall, R., Houghtaling, A. & Wilkins, E. (2013). Disclosing Extra-Dyadic Involvement (EDI): Understanding Attitudes, Subjective Norms, and Perceived Behavioral Control.

- Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 35(4), 745-759.  
<https://doi.org/10.1007/s10591-013-9243-9>
160. Serovich, J. M. & Serovich, J. M. (2000). Helping HIV-positive persons to negotiate the disclosure process to partners, family members, and friends. *Journal of Marital & Family Therapy*, 26(3), 365-372. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00305.x>
161. Shamai, M., Fogel, S. & Gilad, D. (2016). Experiencing Couple Relationships in the Line of Fire. *Journal of Marital & Family Therapy*, 42(3), 550-563.  
<https://doi.org/10.1111/jmft.12147>
162. Shannon, S. & Bartle-Harring, S. (2017). Unique Characteristics of Cohabitors Seeking Therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 43(1), 115-130.  
<https://doi.org/10.1111/jmft.12169>
163. Shi, L. (2021). Trauma Symptoms and Relationship Satisfaction: An Examination of Self and Partner Contribution in Dual-Trauma Outpatient Clinical Couples. *American Journal of Family Therapy*, 49(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1845251>
164. Simpson, S., Hawkins, J. & Bean, R. (2020). Family therapy for substance use among sexual minority youth: A review of treatment options. *The American Journal of Family Therapy*, 48(5), 431-445. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1734502>
165. Skinner, M. D. & Goodfriend, W. (2009). Perceptions of positive relationship traits in gay and lesbian couples. *Journal of Homosexuality*, 56(3), 319-335.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=60483&site=ehost-live>
166. Smoliak, O., LaMarre, A., Rice, C., Tseliou, E., LeCouteur, A., Myers, M., Vesely, L., Briscoe, C., Addison, M. & Velikonja, L. (2022). The politics of vulnerable masculinity in couple therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 48(2), 427-446.  
<https://doi.org/10.1111/jmft.12530>
167. Soloski, K. L., Minaiy, C., Purcell, J. B. K., Macey, P., Smock Jordan, S., Talley, A. E. & Nedela, M. (2018). Are You in, or Are You Out? Implications of Inclusion Criteria in Sexual Minority Health Disparities Research. *Journal of Bisexuality*, 18(3), 353-381.  
<https://doi.org/10.1080/15299716.2018.1532373>
168. Sommantico, M., Donizzetti, A., Parrello, S. & De Rosa, B. (2019). Gay and lesbian couplesâ relationship quality: Italian validation of the Gay and Lesbian Relationship Satisfaction Scale (GLRSS). *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 23(3), 326-348.  
<https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1621231>
169. Spengler, E. S., DeVore, E. N., Spengler, P. M. & Lee, N. A. (2020). What Does "Couple" Mean in Couple Therapy Outcome Research? A Systematic Review of the Implicit and Explicit, Inclusion and Exclusion of Gender and Sexual Minority Individuals and Identities. *Journal of Marital & Family Therapy*, 46(2), 240-255. <https://doi.org/10.1111/jmft.12415>
170. Sterrett-Hong, E. M., Birkett, M., Kuhns, L., Zhang, D. & Mustanski, B. (2021). The Impact of Closeness to Non-Parental Adults in Social Networks on Substance Use among Young Men Who Have Sex with Men. *Journal of Homosexuality*, 68(10), 1727-1744.  
<https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1705670>
171. Stith, S. M., Rosen, K. H., McCollum, E. E. & Thomsen, C. J. (2004). Treating intimate partner violence within intact couple relationships: outcomes of multi-couple versus individual couple therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 30(3), 305-318.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01242.x>
172. Strait, J. G., Sandberg, J. G., Larson, J. H. & Harper, J. M. (2015). The relationship between family-of-origin experiences and sexual satisfaction in married couples. *Journal of Family Therapy*, 37(3), 361-385. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12007>
173. Su, L., Miller, R., Canlas, J., Li, T.-S., Hsiao, Y.-L. & Willoughby, B. (2015). A Cross-Cultural Study of Perceived Marital Problems in Taiwan and the United States. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 37(2), 165-175. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9337-7>

174. Sutherland, O., LaMarre, A., Rice, C., Hardt, L. & Jeffrey, N. (2016). Gendered Patterns of Interaction: A Foucauldian Discourse Analysis of Couple Therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 38(4), 385-399. <https://doi.org/10.1007/s10591-016-9394-6>
175. Tadros, E. & Smithee, L. C. (2022). Treating incarcerated lesbian couples with the Tadros Theory of Change. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 34(1), 63-85. <https://doi.org/10.1080/10538720.2021.1921649>
176. Tambling, R. (2012). Solution-Oriented Therapy for Survivors of Sexual Assault and Their Partners. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 34(3), 391-401. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9200-z>
177. Telford, L. (2004). Therapy with Lesbian Couples. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(3), 141-147. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2004.tb00604.x>
178. Torres, J. G. (2019). A Biopsychosocial Perspective on Bisexuality: A Review for Marriage and Family Therapists. *Journal of Bisexuality*, 19(1), 51-66. <https://doi.org/10.1080/15299716.2019.1596863>
179. Trute, B., Docking, B., Hiebert-Murphy, D., Trute, B., Docking, B. & Hiebert-Murphy, D. (2001). Couples therapy for women survivors of child sexual abuse who are in addictions recovery: a comparative case study of treatment process and outcome. *Journal of Marital & Family Therapy*, 27(1), 99-110. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=snh&AN=4114997&site=ehost-live>
180. Tseng, C. F., PettyJohn, M. E., Huerta, P., Miller, D. L., Agundez, J. C., Fang, M. & Wittenborn, A. K. (2021). Representation of Diverse Populations in Couple and Family Therapy Intervention Studies: A Systematic Review of Race/Ethnicity, Sexual Orientation, Age, and Income in the United States from 2014 to 2019. *Family Process*, 60(2), 424-440. <https://doi.org/10.1111/famp.12628>
181. Twist, M. L. C., Bergdall, M. K., Belous, C. K. & Maier, C. A. (2017). Electronic Visibility Management of Lesbian, Gay, and Bisexual Identities and Relationships in Young Adulthood. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(4), 271-285. <https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1238798>
182. Ungar, M. (2006). Practicing as a postmodern supervisor. *Journal of Marital & Family Therapy*, 32(1), 59-71. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01588.x>
183. Van Houdenhove, E., Gijs, L., T'Sjoen, G. & Enzlin, P. (2015). Asexuality: A Multidimensional Approach. *Journal of Sex Research*, 52(6), 669-678. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.898015>
184. Van Ness, N., Miller, M. M., Negash, S. & Morgan, M. (2017). Embracing Our Eroticism: A Foucauldian Discourse Analysis of Women's Eroticism. *Journal of Feminist Family Therapy*, 29(3), 103-126. <https://doi.org/10.1080/08952833.2017.1245062>
185. VanBergen, A., Blalock, J., Bryant, A., Bortz, P. & Bartle-Haring, S. (2020). Couples and Trauma History: A Descriptive Overview of Interpersonal Trauma and Clinical Outcomes. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 42(4), 335-345. <https://doi.org/10.1007/s10591-020-09548-4>
186. Vatcher, C.-A., Bogo, M., Vatcher, C. A. & Bogo, M. (2001). The feminist/emotionally focused therapy practice model: an integrated approach for couple therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 27(1), 69-83. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=snh&AN=4114994&site=ehost-live>
187. Walker, M. (2013). When Clients Want Your Help to "Pray Away the Gay": Implications for Couple and Family Therapists. *Journal of Feminist Family Therapy*, 25(2), 112-134. <https://doi.org/10.1080/08952833.2013.777875>
188. Walker, M., Hernandez, A. & Davey, M. (2012). Childhood Sexual Abuse and Adult Sexual Identity Formation: Intersection of Gender, Race, and Sexual Orientation. *American Journal of Family Therapy*, 40(5), 385-398. <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.627318>



189. Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Li, X., Koci, V. & Lunn, S. (2014). The impact of parent involvement in an effective adolescent risk reduction intervention on sexual risk communication and adolescent outcomes. *AIDS Education and Prevention*, 26(6), 500-520. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=89652&site=ehost-live>
190. Washington, K. & Wyatt, H. (2020). Exploring the Link between Autoimmune Disorders and Pain with Sexual Activity in Ova-Having Individuals. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32(1/2), 135-151. <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1755169>
191. Wells, M. A., Lobo, E., Galick, A., Knudson-Martin, C., Huenergardt, D. & Schaepper, H. (2017). Fostering Trust Through Relational Safety: Applying Socio-Emotional Relationship Therapy's Focus on Gender and Power With Heterosexual Adult-Survivor Couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(2), 122-145. <https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1238795>
192. White, J. W., McMullin, D., Swartout, K., Sechrist, S. & Gollehon, A. (2008). Violence in intimate relationships: a conceptual and empirical examination of sexual and physical aggression. *Children and Youth Services Review*, 30(3), 338-351. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=58158&site=ehost-live>
193. Willert, A. & Semans, M. (2000). Knowledge and Attitudes About Later Life Sexuality: What Clinicians Need To Know About Helping the Elderly. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 22(4), 415. <https://doi.org/10.1023/A:1007896817570>
194. Williams, K. & Knudson-Martin, C. (2013). Do Therapists Address Gender and Power in Infidelity? A Feminist Analysis of the Treatment Literature. *Journal of Marital & Family Therapy*, 39(3), 271-284. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00303.x>
195. Wu, Z., Rou, K., Xu, C., Lou, W. & Detels, R. (2005). Acceptability of HIV/AIDS counseling and testing among premarital couples in China. *AIDS Education and Prevention*, 17(1), 12-21. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=76394&site=ehost-live>
196. Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D. & Gangamma, R. (2014). Couple Communication, Emotional and Sexual Intimacy, and Relationship Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 275-293. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072>
197. Young, T., Negash, S. & Long, R. (2009). Enhancing Sexual Desire and Intimacy via the Metaphor of a Problem Child: Utilizing Structural-Strategic Family Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(5), 402-417. <https://doi.org/10.1080/00926230903065971>
198. Young, T. L. (2007). The F.A.S.T. Model: Feminist Assessment for Use in Sex Therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 19(2), 1-23. [https://doi.org/10.1300/J086v19n02\\_01](https://doi.org/10.1300/J086v19n02_01)
199. Zala, S. (2012). Complex Couples: Multi-Theoretical Couples Counselling with Traumatized Adults Who have a History of Child Sexual Abuse. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(3), 219-231. <https://doi.org/10.1017/aft.2012.27>

Vedlegg 5. Oversikt over artikler ekskludert etter lesning av abstract

1. Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S. & Wright, J. (2015). The Effect of Cognitive-Behavioral Group Marital Therapy on Marital Happiness and Problem Solving Self-Appraisal. *American Journal of Family Therapy*, 43(2), 103-118. <https://doi.org/10.1080/01926187.2014.956614>
2. Burgess Moser, M., Johnson, S. M., Dalglish, T. L., Wiebe, S. A. & Tasca, G. A. (2018). The Impact of Blamer-softening on Romantic Attachment in Emotionally Focused Couples Therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 44(4), 640-654. <https://doi.org/10.1111/jmft.12284>
3. Eunjung, R. & Almeida, R. V. (2004). Spousal Use of Pornography and Its Clinical Significance for Asian-American Women: Korean Women as an Illustration. *Journal of Feminist Family Therapy*, 16(4), 75-89. [https://doi.org/10.1300/J086v16n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J086v16n04_05)
4. Flemke, K. (2009). Triggering Rage: Unresolved Trauma in Women's Lives. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 31(2), 123-139. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9084-8>
5. Johnson, S. & Zuccarini, D. (2010). Integrating Sex and Attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 36(4), 431-445. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x>
6. Kiliçer, B., Naşit Gurcag, S., Civan, A., Akyıl, Y. & Prouty, A. M. (2021). Feminist Family Therapy in Turkey: Experiences of Couple and Family Therapists. *Journal of Feminist Family Therapy*, 33(2), 105-130. <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1848053>
7. McGeorge, C., Carlson, T. & Guttormson, H. (2009). The Feminist Couple Therapy Scale: A Measure of Therapists' Ability to Promote Equality in Couple Relationships. *Journal of Feminist Family Therapy*, 21(3), 198-215. <https://doi.org/10.1080/08952830903079060>
8. Meeussen, L., Van Laar, C. & Verbruggen, M. (2019). Looking for a Family Man? Norms for Men Are Toppling in Heterosexual Relationships. *Sex Roles*, 80(7/8), 429-442. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0946-0>
9. Rostosky, S. S., Riggle, E. D. B., Dudley, M. G. & Wright, M. L. C. (2006). Commitment in same-sex relationships: a qualitative analysis of couples' conversations. *Journal of Homosexuality*, 51(3), 199-223. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=57658&site=ehost-live>
10. Rouleau, E., Farero, A. & Timm, T. (2018). Attachment, Conflict Resolution, and Sexual Satisfaction in Adoptive Couples. *Adoption Quarterly*, 21(4), 307-326. <https://doi.org/10.1080/10926755.2018.1513107>
11. Shoshana Bulow, L. (2009). Integrating Sex and Couples Therapy: A Multifaceted Case History. *Family Process*, 48(3), 379-389. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01289.x>
12. Tapia-Villanueva, L., Molina, M. E., Aspillaga, C., Cruzat, C., Pereira, X., Poulsen, G., Sotomayor, P. & Armijo, I. (2014). Factors Preventing Gridlock in Chilean Couples' Relationships Based on the Discourse of Couples Therapists and Highly Adjusted Couples. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(4), 462-478. <https://doi.org/10.1002/anzf.1076>
13. Wiebe, S. A. & Johnson, S. M. (2016). A Review of the Research in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Family Process*, 55(3), 390-407. <https://doi.org/10.1111/famp.12229>
14. Zimmerman, K. (2012). Clients in Sexually Open Relationships: Considerations for Therapists. *Journal of Feminist Family Therapy*, 24(3), 272-289. <https://doi.org/10.1080/08952833.2012.648143>

Vedlegg 6. Oversikt over artikler inkludert i analyse

Forfatter, år, publikasjons- sted	Type studie	Metode	Mål	Kjennetegn ved deltakerne	Resultat	Konklusjon
(Markovic, 2007)	Kvalitativ studie	Semi strukturerte og gruppeintervjuer. Resultatet ble undersøkt ved en diskurs analyse.	Undersøke hvordan psykologene tar opp seksuelle tema med sine klienter.	Deltagerne var både unge og eldre psykologer	Det er nødvendig med systematisk trening og opplæring for å kunne snakke om seksualitet	Det er nødvendig med bedre opplæring og veiledning i studiet, samt bedre rutiner i arbeidspraksisen.
(Harris & Hays, 2008)	Kvalitativ studie	175 familierapeuter ble undersøkt for å finne ut i hvilken grad de snakket om seksuelle tema med sine klienter	Finne ut hva som skal til for at familierapeutene følte seg komfortable med å snakke om seksualitet	Familieterapeuter som var kliniske medlemmer av American Association for Marriage and Family Therapy	Basert på funnene i denne studien ser det ut til at komforten med seksuelt innhold bare øker når terapeuter oppfatter seg selv som kunnskapsrike om sex og når de mottar seksualitetsopplæring og veiledningserfaringer som spesifikt tar for seg seksualitets spørsmål	Resultatene indikerer at seksualitetsopplæring og veiledningsopplevelser er hjørnesteinen for en terapeuts grunnleggende komfortnivå. Det er gjennom seksualundervisning og veiledning at sexkunnskap tilegnes og komfortnivået økes. Når komforten med seksuelle diskusjoner øker, er det mer sannsynlig at terapeuter deltar i seksualitetsdiskusjoner med klientene sine.

Forfatter, år, publikasjons- sted	Type studie	Metode	Mål	Kjennete gn ved deltakern e	Resultat	Konklusjon
(Thorngren & Christensen , 1999)	Viser til Schnarch teori om at terapeut en må ta tak i egen engstels e for å snakke om seksualit et i terapi	Intervju med forfatteren og terapeuten David Schnarch	Finne ut hva som hindrer terapeut en i å snakke om seksuell e tema	Forfatter og terapeut	Terapeuten må arbeide med egen engstelse for å kunne snakke om seksuelle tema	Klienter blir ofte konstruert i en terapi timer til å passe inn i teorier som allerede eksisterer
(Jensen, 2008)	Kvalitati v studie	Narrativ metode	Vise hvordan psykolog ene bruker sine private erfaring er i sin profesjo nelle rolle	Norske familieter apeuter	Egne erfaringer påvirker hvordan psykolog utøver praksis med klienter	Det er nødvendig å bli kjent med seg selv slik at man kan skille mellom egne og klientens reaksjoner. Utvikle selvrefleksj on.
(Træen & Schaller, 2013)	Spørreundersøk else med 1064 psykolog er i klinisk terapi	Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Belyse hvorvidt psykolog ene tok opp seksualit et i terapi	Psykologer	Psykologene unngikk å snakke om seksualitet med klientene på grunn av manglende kunnskap. Dersom psykologene var eldre og hadde mer erfaring tematiserte de seksualitet i større grad. Psykologene var redde for å gi klientene større ubehag.	Psykologer som har fått veiledning og opplæring tematiserer oftere seksualitet i terapi

Masteroppgave våren 2023, Miriam Karin Nossun Røsholm

Forfatter, år, publikasjons- sted	Type studie	Metode	Mål	Kjennete gn ved deltakern e	Resultat	Konklusjon
(Vildalen & Langfeldt, 2014)	Bok	Intensjonen til forfatteren er todelt. Hun vil vise at seksualiteten er sterkt integrert i menneskets utvikling, og i relasjonene. Hun vil vise Thore Langfeldts 40-årige banebrytende bidrag innen sexologien.	Forfatter en ønsker å få satt opp seksualit et på studiepl aner og pensuml ister innen helse-, pedagog ikk - og sosialfag utdanni ngene.	Menneske ts utvikling fra fødsel til død	Finne konkret stoff som bidrar til kunnskap og forståelse for bedre å kunne hjelpe pasienter de møter i sin kliniske praksis.	Boken er viktig og nyttig både for leger, andre fagfolk og studenter.
(Øfsti, 2008)	Kvalitati v metode basert på fem terapeut er	Intervjuer og videomaterial e  Diskursanaly se og poststruktura listisk teori	Norske systemis ke parterap euters diskurse r om kjærligh et og intime relasjon er er utforske t med sikte på å belyse parterap i som et fagfelt der diskurse r om kjærligh et, seksualit et og intime relasjon er trekkes frem, utveksle s og forhandl es.	Fem familier eapeuter i Norge	Øke selvrefleksi viteten hos terapeuter.  Analysen er ment å gi ny innsikt systemisk parterapi praksis i forhold til betydninge n av selvrefleksi vitet	Studiens begrensning er diskuteres, refleksivitet sspørsmål utforskes og ideer for videre forskning foreslås.

Forfatter, år, publikasjons- sted	Type studie	Metode	Mål	Kjennetegn ved deltakerne	Resultat	Konklusjon
(Aarnes, 2015)	Kvalitativ undersøkelse Diskursanalyse	Halvstrukturert intervju	Finne ut hva terapeutene tenker om å tematisere seksualitet i terapi. Hvordan behandler de seksualitet som tema i terapi, og hvordan de tenker rundt dette valget.	Fire familier terapeuter	Studiet 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.	Bedre opplæring og veiledning er nødvendig, samt bedre rutiner i arbeidspraksisen.