



# «Å snakke om det!»

*En kvalitativ studie:*

*Hvordan opplever familieterapeuter å snakke om seksualitet?*

Inger Lise Ekkjestøl

Veileder: Erna Henriette Dahl Tyskø

VID Vitenskapelige Høyskole

Oslo

Masteroppgave

Master i familieterapi og systemisk praksis

Antall ord: 21975

26 mai 2023

## Sammendrag

I denne kvalitative studien ønsket jeg å undersøke hvordan familieterapeuter opplever å snakke om seksualitet. Studiens problemstilling var: Hvordan opplever familieterapeuter å snakke om seksualitet?

For å besvare problemstillingen ble fire familieterapeuter intervjuet. Ved hjelp av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) har jeg analysert og kommet frem til tre hovedfunn og seks underfunn:

### **1. *Kompetanse og faglig støtte oppleves som en forutsetning for å snakke om seksualitet***

- a) Nyutdannede familieterapeuter har lite kunnskap om og trening i å snakke om seksualitet*
- b) Å ha mer fokus på seksualitet i familieterapiutdanningen vil gi økt trygghet på å snakke om seksualitet*
- c) Faglig støtte på arbeidsplassen har betydning for å bli tryggere på å snakke om seksualitet*

### **2. *Å invitere til å snakke om seksualitet er en naturlig del av jobben***

- a) Familieterapeuter har ansvar for å skape rom for å snakke om seksualitet*

### **3. *Det er hjelpsomt å øve på å snakke om seksualitet***

- a) Noen seksuelle tema oppleves som utfordrende å snakke om*
- b) Terapirommet kan være et øvingsrom for å bli tryggere på å snakke om seksualitet*

Hovedfunnene i studien peker på sammenhengen mellom det å ha kunnskap om og trening i å snakke om seksualitet og opplevd trygghet hos familieterapeut knyttet til det å snakke om seksualitet. Samtlige informanter hadde lite kunnskap om og trening i å snakke om seksualitet som nyutdannede familieterapeuter. Det var bred enighet blant informantene om at hvis det hadde vært et større fokus på familieterapiutdanningen, ville det vært med på å gjøre dem tryggere på å snakke om seksualitet som nyutdannede familieterapeuter.

Informantene var opptatt av at det å jobbe på en arbeidsplass der det er lov til og muligheter for å snakke om seksualitet med kollegaene sine, vil gi dem større trygghet knyttet til det å snakke om seksualitet. De var enige om at det er terapeuten sitt ansvar at seksualitet bringes inn i terapirommet. Ved å øve på å snakke om seksualitet i terapirommet, vil de bli tryggere både når de skal snakke om seksualitet generelt, og utfordrende seksuelle tema spesielt.

Nøkkelord: *Familieterapi, seksualitet, familieterapeut, kommunikasjon*

Veileder: Erna Henriette Dahl Tyskø

## Abstract

In this qualitative study I wanted to research how family therapists experience talking about sexuality. The research question is: How do family therapists experience talking about sexuality?

In order to answer the research question, four family therapists were interviewed. By using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) I have analysed the responses and concluded with three main findings and six sub findings:

### **1. Competence and professional support are perceived as a prerequisite for talking about sexuality**

*a) Newly qualified family therapists have little knowledge about and training in talking about sexuality*

*b) Having more focus on sexuality in family therapy education will give increased confidence in talking about sexuality*

*c) Professional support in the workplace is important for becoming more confident in talking about sexuality*

### **2. Inviting to talk about sexuality is a natural part of the job**

*a) Family therapists are responsible for creating room to talk about sexuality*

### **3. It is helpful to practice talking about sexuality**

*a) Some sexual topics are experienced as challenging to talk about*

*b) The therapy room can be a practice room to become more confident in talking about sexuality*

The main findings in the study points to the correlation between knowledge, training and perceived safety for the family therapist to talk about sexuality. All informants had little knowledge and training in talking about sexuality as newly educated family therapists. The informants agreed that more focus on sexuality in the family therapy education, would have made them feel safer when talking about sexuality with clients.

The informants pointed out that working in a workplace where it was allowed and possible to talk about sexuality with their coworker, would make them feel safer when talking about sexuality. There was also a broad agreement that it was the therapist's responsibility to bring sexuality into the therapy room as a topic. By practicing talking about sexuality, the therapists will feel safer, both when talking about sexuality in general, and challenging sexual topics in particular.

Keyword: *Family therapy, sexuality, family therapist, communication*

## Forord

Det å skrive en master var for meg i mange år bare en fjern drøm, men nå er jammen drømmen blitt virkelig. Jeg kan vel si at det har vært en lang og til dels både svingete og humpete reise og noen ganger har jeg hatt mest lyst å hoppe av på neste stasjon. Så er det noen som har motivert meg til å bli med videre. Det er mange som har trodd på meg og heiet på meg langs veien og dere vet hvem dere er.

Jeg hadde ikke kommet i havn hvis ikke det hadde vært for mannen min, Johannes, som i alle disse fem årene tålmodig har laget mat, massert vond nakke og helt uten å surmule har kjørt meg til forelesning i Oslo og utsatt ferie fordi det passet best i «mine masterplaner». Jeg er så glad for at du er min og jeg er deg evig takknemlig! Hjertelig tusen takk til de fantastiske barna mine; Eline, din klokskap, dine heiarop og din uvurderlige støtte på alt fra skrivefeil til fine refleksjoner har vært helt avgjørende for meg i denne prosessen. Viljar, du inspirerer og oppmuntrer meg mer enn du aner. Othelia, at du som 18-åring lar meg få være tett på deg nå, betyr så uendelig mye for mammahjertet mitt. Tusen takk til kjære svigersønn Espen for teknisk support og de skjønne barnebarna mine Marielle, Nora, Theodor og Maud som alltid minner meg på hva som tross alt er viktigst i livet.

Jeg vil også takke resten av den fine familien min og gode venner som har tålt at jeg i perioder har vært fraværende både fysisk, psykisk og sosialt. Dere har trodd på meg, klemt meg, ringt meg og invitert meg igjen, selv om jeg ikke kunne komme sist fordi jeg holdt på med master.

Erna, tusen tusen takk for at du på en trygg og ærlig måte har veiledet meg gjennom dette arbeidet. Du fikk meg til å tro at dette var mulig! Og sist, men ikke minst; Tusen takk til informantene mine for at dere ville dele. Denne masteroppgaven ble til på grunn av dere!

Når jeg nå er fremme ved denne reisens endestasjon, kjenner jeg på stor takknemlighet for alle fine menneskemøter og alt jeg har fått lære. Jeg kan også merke et svakt innslag av vemod fordi det er over, men mest av alt en enorm lettelse for at jeg fremover skal få bruke mye tid sammen med de som betyr mest i livet mitt.

Inger Lise Ekkjestøl

Sauda 25 mai 2023

# Innhold

Sammendrag .....	II
Abstract .....	III
Forord .....	IV
<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	1
1.3 Begrepsavklaringer .....	1
1.4 Oppgavens oppbygging .....	2
<b>2 Teoretisk rammeverk og relevant forskning.....</b>	<b>4</b>
2.1 Sosialkonstruksjonisme .....	4
2.2 Systemteori .....	4
2.2.1 Kybernetikk.....	5
2.2.2 Relasjon .....	5
2.3 Å kommunisere i terapi .....	6
2.4 Sexologi.....	7
2.5. Sexologisk kompetanse; teori og praksis .....	8
2.5.1 Regjeringens strategiplan for seksuell helse.....	10
2.5.2 PLISSIT-modellen .....	11
2.6 Skam.....	13
2.7 Læringsteorier som utgangspunkt for endring.....	14
2.7.1 Banduras sosial-kognitive læringsteori .....	15
2.7.2 Vygotskys teori om den proksimale utviklingszone .....	15
2.8 Faglig støtte og utvikling som psykologisk trygghet.....	16
2.9 Relevant forskning .....	17
<b>3 Metode.....</b>	<b>20</b>
3.1 Fenomenologisk- hermeneutisk vitenskapssyn .....	20
3.2 Kvalitativ tilnærming .....	21
3.3 Semistrukturert intervju .....	21
3.4 Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) .....	22
3.5 Utforming av intervjuguide .....	22
3.6 Utvalg og rekruttering av informanter .....	23
3.7 Gjennomføring av intervjuene .....	24
3.8 Transkribering .....	25
3.9 Analyse.....	25
3.10 Forskningsetiske overveielser .....	27

3.11 Forforståelse .....	28
3.12 Validitet og reliabilitet .....	29
<b>4 Analyse og presentasjon av funn .....</b>	<b>31</b>
4.1 Kompetanse og faglig støtte oppleves som en forutsetning for å snakke om seksualitet .....	31
4.1.1 Nyutdannede familieterapeuter har lite kunnskap om og trening i å snakke om seksualitet .....	32
4.1.2 Å ha mer fokus på seksualitet i familieterapiutdanningen vil gi økt trygghet på å kunne snakke om seksualitet .....	33
4.1.3 Faglig støtte på arbeidsplassen har betydning for å bli tryggere på å snakke om seksualitet .....	34
4.2 Å invitere til å snakke om seksualitet er en naturlig del av jobben .....	36
4.2.1 Familieterapeuter har ansvar for å skape rom for å snakke om seksualitet .....	36
4.3 Det er hjelpsomt å øve på å snakke om seksualitet .....	37
4.3.1 Noen seksuelle temaer kan oppleves utfordrende å snakke om .....	37
4.3.2 Terapirommet kan være et øvingsrom for å bli tryggere på å snakke om seksualitet .....	39
4.4 Oppsummering av funnene .....	40
<b>5 Diskusjon .....</b>	<b>42</b>
5.1 Kompetanse og faglig støtte oppleves som en forutsetning for å snakke om seksualitet .....	42
5.1.1 Seksualitet i familieterapiutdanningen; lite kunnskap og få terapeutiske redskaper .....	42
5.1.2 Å snakke om seksualitet på arbeidsplassen; psykologisk trygghet .....	45
5.2 Å invitere til å snakke om seksualitet er en naturlig del av jobben .....	47
5.2.1 Å snakke om seksualitet i terapi; deltagende subjekt i kommunikasjon .....	47
5.2.2 PLISSIT-modellen; en måte å snakke om seksualitet på .....	49
5.3 Det er hjelpsomt å øve på å snakke om seksualitet .....	50
5.3.1 Når seksuelle tema blir utfordrende: intimitet og skam .....	50
5.3.2 Terapirommet som læringsarena; «å ta litt sats» og «å hoppe i det» .....	51
<b>6 Avsluttende del .....</b>	<b>55</b>
6.1 Implikasjoner for praksis .....	55
6.2 Implikasjoner for forskning .....	55
6.3 Mulige svakheter med studien .....	55
6.4 Avsluttende kommentarer .....	56
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>58</b>
<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>62</b>
<b>Vedlegg 2 .....</b>	<b>65</b>
<b>Vedlegg 3 .....</b>	<b>69</b>
<b>Vedlegg 4 .....</b>	<b>71</b>
<b>Vedlegg 5 .....</b>	<b>72</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er utdannet sykepleier, jordmor og lektor. I 2017 var jeg ferdig med videreutdanning i sexologi og startet samme høst opp som privatpraktiserende sexolog ved et medisinsk senter. Tilfeldighetene ville det slik at jeg akkurat da var den eneste privatpraktiserende sexologen i byen og jeg fikk ganske raskt mange klienter på kontoret mitt, med ulike seksuelle problemstillinger. Året etterpå startet jeg på videreutdanning i familieterapi. I løpet av de to årene lærte jeg mye om familieterapeutiske perspektiver og for meg som var utdannet innen tradisjonell skolemedisin, var dette en ny og spennende måte å tenke på. Etter den ene forelesningen vi hadde om seksualitet på familieterapistudiet, spurte en medstudent (slik jeg tolket det) med håp i stemmen: «Det går an å være familieterapeut uten å måtte snakke om seksualitet, sant?». Dette spørsmålet har jeg tenkt på mange ganger etterpå. Jeg hadde jo jobbet som sexolog uten å ha kunnskap om familieterapi, men ville det være mulig å være familieterapeut uten å snakke om seksualitet? Og hvis familieterapeuter skulle snakke om seksualitet, hvordan ville de oppleve det? Denne undringen førte til at jeg ønsket å skrive om temaet.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen i denne studien var: «Hvordan opplever familieterapeuter å snakke om seksualitet?».

Følgende forskningsspørsmål har vært med på å belyse problemstillingen:

1. Hvilke faktorer oppleves som forutsetninger for å snakke om seksualitet?
2. Hvilke faktorer oppleves som hemmende for å snakke om seksualitet?

## 1.3 Begrepsavklaringer

Jeg har valgt å avklare følgende begreper: Seksualitet, sexologi og seksuell helse. De er beslektede begreper og sees ofte brukt om hverandre både i fagterminologi og i dagligtale. I denne studien valgte jeg i størst mulig grad å bruke begrepet seksualitet, men i intervjuene dukket begrepene sexologi og seksuell helse opp som en naturlig konsekvens av det å snakke om seksualitet. Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2006) kan seksualitet defineres på følgende måte:

*Seksualitet* er en sentral del av det å være menneske gjennom hele livet, og omfatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, oppfatninger, holdninger,

verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Selv om seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er det ikke alle som nødvendigvis oppleves eller uttrykkes. Seksualiteten påvirkes av et samspill av biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (WHO, 2006, egen oversettelse).

*Sexologi* ble av den tyske sexologen Haerbele (Almås & Benestad, 2010) omtalt som den delen av vitenskapen som systematisk beskjeftiger seg med menneskelig seksualitet, stiller spørsmål og prøver å svare på disse på en vitenskapelig måte. Det betyr at en sexolog er en person som forholder seg profesjonelt og vitenskapelig til menneskelig seksualitet. Sexologi som seksuell vitenskap omhandler medisinsk sexologi, seksuell medisin, sosio-sexologi, psyko-sexologi, etno-sexologi, pedagogisk sexologi, seksuell veiledning og terapi og andre områder av sexologisk forskning og praksis. De nordiske landene er enige om å bruke betegnelsen klinisk sexologi som en samlebetegnelse for medisinsk, psykologisk, psykiatrisk og annen helsefaglig behandling av seksuelle problemer (Almås & Benestad, 2010 s. 17-29).

*Seksuell helse* defineres av WHO (Almås & Benestad, 2010) som en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Seksuell helse er ikke bare relatert til fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonssvikt, den forutsetter også en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner. I tillegg mener WHO det er avgjørende å ha muligheten til å ha positive og trygge seksuelle opplevelser uten tvang, diskriminering eller vold. For å kunne oppnå og opprettholde den seksuelle helsen, kreves det at alle menneskers seksuelle rettigheter må respekteres, beskyttes og oppfylles (Almås & Benestad, 2010, s. 152).

Jeg valgte å ikke legge noen føringer i problemstillingen som handlet om hvor familieterapeuter snakket om seksualitet. Grunnen til det var at jeg var interessert i å snakke med mine informanter om aspekt rundt det å snakke om seksualitet uavhengig av om konteksten var i undervisningssammenheng med medstudenter, i samtale med klienten i terapirommet eller sammen med kollegaer på arbeidsplassen.

#### 1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel to presenteres teori og forskning som er relevant for denne studiens problemstilling. I kapittel tre blir det redegjort for studiens metode og de metodiske valgene som er gjort underveis. I kapittel fire redegjøres det for studiens tre hovedfunn og seks



underfunn. I kapittel fem diskuteres studiens funn med utgangspunkt i problemstillingen, relevant teori og forskning. I kapittel seks redegjøres det for studiens implikasjoner for praksis og forskning og mulige svakheter med studien. Avslutningsvis presenteres studiens avsluttende kommentarer.

## 2 Teoretisk rammeverk og relevant forskning

I denne delen presenteres relevant teori og tidligere forskning som handler om hvordan det kan oppleves for familierapeuter å snakke om seksualitet.

### 2.1 Sosialkonstruksjonisme

Sosialkonstruksjonisme har de siste 50-60 årene vært viktige teoretiske kilder i utviklingen av praksis i familierapifeltet (Ness, 2019, s. 45). Begrepet ble først innført av Gergen, som var opptatt av språket i møtet mellom mennesker (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 60-61). Gergen (2010, s. 13) omtalte sosialkonstruksjonisme slik: «Det, vi betrakter som verden, afhænger i høy grad af, hvilken tilgang vi har, og vores tilgang afhænger af de sociale relationer vi er en del af».

Gergen (2010) mente at de sosialkonstruksjonistiske ideene springer ut av en fortløpende dialog og en dialogisk prosess som alle mennesker kan bidra til. Denne dialogen med andre mennesker er med på å konstruere den verden vi lever i. Når vi mennesker tenker på nytt om det vi har lært om oss selv og om verden, vil det ifølge sosialkonstruksjonistisk tankegang, gi oss nye muligheter til å handle. Gergens ordtak «Communicamus ergo sum» betyr «vi kommuniserer, derfor er jeg». På den måten blir virkeligheten vi lever i, et resultat av de samtalene og de relasjonene vi er en del av (Gergen, 2010, s. 13-26, 210).

### 2.2 Systemteori

Generell systemteori ble utviklet av den østerrikske biologen Ludwig von Bertalanffy på 1940-tallet (Hårtveit & Jensen, 2004). Utgangspunktet hans var at han mislikte det mekanistiske synet på menneskelige systemer. Han var opptatt av at et system som en enhet, var i stand til å opprettholde seg selv fordi det var et samspill mellom delene i systemet. En familie kan betegnes som et slikt system på den måten at familiemedlemmene hele tiden er i relasjon til omgivelsene sine. Ifølge Bertalanffy var et slikt system mer enn summen av delene. For å identifisere det, var det ikke tilstrekkelig å bare studere delene. Det var helt nødvendig å studere helheten (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 49). Et systemteoretisk perspektiv kan generere nye måter å forstå problemer på. Det handler om hvordan problemer oppstår, hvordan problemer blir opprettholdt og hvordan problemer kan løses (Johnsen & Torsteinsen, 2015, s. 27-28).

### 2.2.1 Kybernetikk

Kybernetikk stammer fra det greske ordet for «styrmann». Kybernetikk kan defineres som vitenskapen om kommunikasjon og kontroll i dyr og mennesker (Jensen & Ulleberg, 2012, s. 65). Førsteordens kybernetikk (Jensen, 2011) handler om at observatøren er plassert utenfor systemet og at observatøren dermed kan gjøre uavhengige observasjoner uten å være en del av systemet. Annenordenskybernetikk (Jensen, 2011) ble introdusert på begynnelsen av 1980-tallet. Den norske filosofen Hans Skjervheim skrev i 1957 en artikkel som ble kalt «Deltakar og tilskodar», der han blant annet løftet frem ideen om at både deltaker og tilskuer kunne innta begge posisjoner i løpet av en samtale (Skjervheim, 1957). Gregory Bateson regnes som en av grunnleggerne av annenordenskybernetikken og begrepet «Det observerende system» var sentralt. Det innebar at det ikke var mulig for en observatør å studere et system, uten å studere seg selv. Det betyr at det ikke finnes noen tilskuerplass og det er heller ikke mulig for observatøren å innta en nøytral posisjon. Alle er deltakere, fordi det ikke er mulig å stille seg utenfor når man skal studere sosiale fenomener (Jensen, 2011, s. 58-59). Det innebærer slik jeg forstår det, at i møte med klienten vil terapeuten alltid være en del av systemet og på den måten være med på å påvirke og bli påvirket av alt som skjer i relasjonen.

### 2.2.2 Relasjon

Relasjonen mellom terapeut og klient, også kalt den terapeutiske alliansen, er av stor betydning i all terapi (Røkenes & Hansen, 2002; Eide & Eide, 2007; Jensen, 2011; Duncan, 2016). Jensen (2011, s. 26) omtalte begrepet relasjon som å forstå fenomener som uttrykk for et samspill både mellom mennesker og mellom mennesket og den situasjonen mennesket befinner seg i. Røkenes og Hansen (2002) beskrev en relasjon som et resultat av samhandling mellom fagperson og klient. Videre påpekte de at dersom klienten og terapeuten får til en samhandling som er preget av opplevelse av tillit, tilknytning, trygghet og troverdighet, kan relasjonen betegnes som god. En bærende relasjon mellom terapeut og klient defineres av at det er lett å forstå hverandre og det vil gi bedre muligheter for utvikling av gode handlingsalternativ. Dette vil skape gode mulighet for å få til forandring (Røkenes & Hansen, 2002, s. 25-26).

Terapeuten har et særlig ansvar for å skape en god relasjon med klienten. Duncan (2016) mente at for å styrke det relasjonen i møte med klienten, er det viktig at terapeuten anstrenger seg for å vise seg fra sin beste side, oppnår tillit hos klienten og inviterer klienten

til å delta. Det innebærer å være hyggelig, å lytte oppmerksomt til det klienten sier og være oppmerksom på klientens reaksjoner. Validering, altså bekreftelse, inkluderer aksept, empati og positiv aktelse. Positiv aktelse, også kalt verdsettelse, handler om at terapeuten aksepterer klientens opplevelse og verdsetter klienten som menneske (Duncan, 2016, s. 163-167). Jensen (2011, s. 126-128) skrev at når terapeuten er ydmyk og nysgjerrig, bruker spørsmål, åpen og lytter respektfullt bidrar terapeuten til å skape rom for både en demokratisk og dialogisk samtale.

### 2.3 Å kommunisere i terapi

Det å kommunisere med andre mennesker, er en viktig del av en familieterapeuts jobb. Ordet kommunikasjon kommer fra det greske verbet *communicare*, som betyr «å gjøre felles» (Røkenes & Hansen, 2002). Et resultat av å kommunisere er at vi sammen skaper mening. Mellommenneskelig kommunikasjon skjer når atferd blir gitt mening. Samspillet mellom innholdet, hvordan budskapet er kodet, i hvilken kontekst budskapet formidles og hvordan budskapet tolkes, er med på å skape mening. Det å se på innholdet, altså hva som formidles og på samspillet i den aktuelle situasjonen, er nødvendig for å forstå en kommunikasjonssituasjon. Tradisjonelt har både fenomenologisk, hermeneutisk og sosialkonstruksjonistisk tanke sett vært mest opptatt av innholdet i form av opplevelse, intensjoner og meningsdannelse. Tilhengere av systemteoretisk kommunikasjonsteori har vært mer opptatt av relasjoner mellom menneskene som kommuniserer, samspillet og hvor stor rolle konteksten har for opplevelsen av kommunikasjonen (Røkenes & Hansen, 2002, s. 188-189).

Gregory Bateson (Jensen, 2011) var opptatt av at kontekst og informasjon var tett knyttet sammen på den måten at vår forståelse av konteksten vil være med på å bestemme hva vi tenker er informasjon for oss. Han mente at det måtte oppstå en forskjell for at det skal fremstå som informasjon for oss og at denne informasjonen nettopp var en forskjell som gjorde en forskjell (Jensen, 2011, s. 26-31). I samtaler mellom familieterapeut og klient er språket viktig. Filosofen Hans Skjervheim (Jensen, 2009) var opptatt av at det unike med mennesket var språket og den evnen vi har til å kommunisere med hverandre. I en familieterapeutisk relasjon er det ikke mulig for terapeuten å bare være observatør. Det innebærer at terapeuten alltid vil være et deltagende meningsbærende subjekt (Jensen, 2009, s. 58). Ludwig Wittgenstein var opptatt av at det som bestemmer hva språket betyr, er

måten språket brukes på. Språket vårt vil på den ene siden gi mange muligheter, men på den andre siden også kunne være begrensende i forhold til hva det er mulig for oss mennesker å forstå (Andersen, 2005, s. 115).

Anne Øfsti (2010) var også opptatt av språket i terapien. Øfsti mente at ingrediensene i terapi er ord og pauser. Begrepet språkhandling ble lansert av Austin i 1975 og utviklet videre av Searle i 1995. Å snakke et språk, kan være å utføre en språkhandling. Slik sett kan for eksempel det å beskrive et seksuelt problem og det å stille spørsmål om det seksuelle problemet i en samtale mellom familieterapeut og klient, kalles språkhandling. De vil gi muligheter for å forstå mer av hva som menes med språket i bruk og på den måten være med på å utvide vårt terapeutiske repertoar (Øfsti, 2010, s.15-16, 29-30).

Harold Goolishian mente at terapi var å delta i en samtale med mennesker som var i et problem på en slik måte at man sammen utvikler ny mening og ny virkelighet. Ved at familieterapeut og klient utforsker en seksuell utfordring sammen, kan meningene og bekrivelsene endres. Forandringer kan beskrives som utvikling av ny mening gjennom dialog. Når terapeut og klient snakker om et seksuelt problem, vil dette problemet kunne oppløses, eller deltakerne i samtalen kan avslutte terapien og oppløse terapisystemet. Forandringen viser seg ved at det er utviklet ny mening knyttet til det seksuelle problemet som var utgangspunktet for samtalen (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 187-188).

Når familieterapeuter snakker med sine klienter om utfordringer knyttet til seksualitet, er ofte målet å få til en endring knyttet til en bedre parrelasjon, gjøre nye positive erfaringer, utvikle nye mestringsstrategier eller fjerne den seksuelle dysfunksjonen (Almås & Benestad, 2010, s. 40-41). Eide og Eide (2007) trakk frem betydningen av å øve på kommunikasjonsferdigheter for å bli bedre på kommunikasjon. For å få best mulig læringseffekt, mente de det er nødvendig å øve på disse ferdighetene sammen med andre. Det å reflektere over seg selv og egen praksis, vil kunne utvikle evnene til å kommunisere (Eide & Eide, 2007, s. 22-25).

## 2.4 Sexologi

I en historisk kontekst har sexologi hatt mange uttrykk opp gjennom tidene. Almås og Benestad (2010, s. 17-29) omtalte bibelen som den boken som har hatt størst betydning for forvaltning av menneskelig seksualitet. I første mosebok 1, 28 oppfordret Gud menneskene

til å «[...] gjøre deg fruktbar og gi deg en tallrik ætt [...]». I kristendommen lå et ønske om at mennesker reproducerer seg, men også strenge rammer for hvordan og med hvem denne reproduksjonen skal foregå. Det var for eksempel liten bevissthet på seksuell nytelse og glede og sex mellom personer av samme kjønn var forbudt. Senere ble homoseksualitet oppført som en psykiatrisk lidelse, før det senere ble avkriminalisert i 1972 (Almås & Benestad, 2010 s. 17-29).

Greske filosofer som Platon og Aristoteles var opptatt av seksuell atferd, behandling av seksuelle dysfunksjoner, seksualpolitikk og seksualopplysning. I antikkens Hellas var homoseksualitet vanlig og i renessansen var Leonardo da Vinci en av de første som illustrerer anatomiske tegninger av indre kjønnsorganer og samleie. Boken *Èmile* som ble skrevet av Jean-Jacques Rousseau i 1762 omtalte viktigheten av å bevare seksuell uskyld hos barn og unge. Den tyske legen Friedrich Adolf Wilde beskrev i 1838 for første gang pessaret som prevensjonsmetode. Onani ble på Gaustad Asyl i 1870 sett på som en av de viktigste årsakene til sinnssykdom. Katty Anker Møller var en norsk kvinnesakspioner og hun jobbet på begynnelsen på 1900-tallet og frem til sin død i 1945 med legalisering av abort, retten til prevensjon og med seksualopplysning (Almås & Benestad, 2010 s. 17-29).

Begrepet sexologi fikk sitt endelige gjennomslag som vitenskapelig begrep etter at Iwan Block publiserte «The sexual life of our time» i Berlin i 1907. Alfred Kinsey undersøkte amerikanske menn og kvinners seksualitet og disse resultatene ble publisert i 1948 og 1953. William Masters og Virginia Johnson gjorde på 1960- og 70-tallet banebrytende forskning på menneskelig seksualitet, seksuelle dysfunksjoner og behandling av disse. World Association for Sexology (WAS frem til 2005, World Association for Sexual Health etterpå) og Nordic Assosiasjon for Clinical Sexology (NACS) ble dannet i 1978. Norsk Forening for Klinisk Sexologi (NFKS) ble dannet i Oslo i 1982 (Almås & Benestad, 2010 s. 17-29).

## 2.5. Sexologisk kompetanse; teori og praksis

Dermer og Bachenberg (2015) pekte på at seksualitet ofte har vært snakket om på en negativ måte. De hevdet at det har vært en vanlig antagelse gjennom mange år, at klinikere ikke hverken har de grunnleggende kunnskapene, egenskapene eller holdningene som skal til for å kunne snakke om seksualitet på en trygg måte. For å få den kunnskapen, de egenskapene og de holdningene som er nødvendig for å kunne snakke om seksualitet, mente de at det krevdes spesiell sexologisk kompetanse, erfaring, øvelse og veiledning.

Målet var at klinikerne skal få mer kunnskap, selvtillit og terapeutiske verktøy knyttet til seksualitet. Det var viktig at helsepersonell er fordomsfri, snakket om seksualitet med respekt, stilte spørsmål, opplevde at de var trygge og kommuniserte rundt seksuelle temaer uten å bli flau. Samtidig skulle de skape et trygt rom, slik at det var lett for den som mottar hjelp å snakke om seksuelle utfordringer (Dermer & Bachenberg, 2015, s. 49-50).

Zambori og Zaid (2017) var opptatt av forskning som viste at studenter som har mye trening i å jobbe med seksualitet, opplevde å ha større selvtillit på det å ta opp seksuelle tema og delta i diskusjoner der seksualitet var et tema. De pekte også på at det er sammenheng mellom økt seksuelt fokus, seksuell kunnskap og hvor trygge klinikerne opplever å være i møte med klienter med seksuelle utfordringer. De var også tydelig på at hvis utdanningsinstitusjonen ikke har kvalifiserte forelesere som kan undervise om seksualitet, vil det bli utfordrende å utdanne nye klinikere som har kunnskap om seksualitet og som kan snakke om den på en trygg måte (Zambori & Zaid, 2017, s. 605-616).

Når mennesker med seksuelle problemer møter fagfolk som ikke har kompetanse på seksualitet, hevdet Almås (2015) at det kan ta mye energi og føre til redusert livskvalitet for disse menneskene. Dette anså hun som et stort helseproblem. Hun mente at for å bøte på disse utfordringene, er det nødvendig med en større grad av politisk bevissthet og at sentrale myndigheter tar et større ansvar i forhold til hvordan seksualitet skal forvaltes. Videre hevdet hun at mennesker med seksuelle problemer vil kunne få alvorlige plager, når de ikke blir forstått og møtt av fagfolk på en åpen og faglig kompetent måte (Almås, 2015). Mer kunnskap om seksualitet, positive holdninger, ivaretagelse av seksuelle rettigheter og ivaretagelse av seksuelle rettigheter innenfor helsevesenet, mente Almås vil føre til økt bevissthet omkring positiv seksuell atferd, færre negative konsekvenser av seksuelle atferd og bedre seksuell livskvalitet (Almås, 2015).

Parterapeuter skal ha kompetanse om relasjoner. De skal også ha kunnskap om det Øfsti (2010) kaller marginale praksiser knyttet til å tenke utenfor heteronorm-perspektivet. Det er befriende for klientene å oppleve at terapeuten kan bevege seg utenfor komfortsonen for det vi tenker på som normalt i forhold til både kjærlighet og seksualitet. Øfsti påpekte at det er viktig at terapeuter stiller det hun kaller de radikale spørsmålene, slik at alle seksuelle praksiser blir tatt på alvor og kan snakkes om (Øfsti, 2010, s. 125-126).

De fleste tilbud innen seksuell helse i Norge, har vært rettet mot reproduktiv helse. Vildalen (2014) mente at et så snevert syn på seksuell helse kan bidra til at man går glipp av kompleksiteten i det seksuelle samspillet hos de pasientene som opplever seksuelle utfordringer. Hun påpekte også at det undervises lite eller ingenting om seksualitet i helsefagene, noe som vil kunne få konsekvenser for helsearbeidernes yrkesutøvelse. Samtidig er det også med på å opprettholde negative myter og holdninger rundt seksualitet. Ved å unnlate å spørre pasienten om seksuell helse vil man gå glipp av viktig informasjon. I verste fall kan det føre til at man overser alvorlige helseproblemer. Slik sett øker denne mangelen på sexologisk kunnskap faren for både å feilinformere og å feilbehandle pasienten. Det å ha kunnskap om seksualitet vil være viktig for å kunne forstå de seksuelle utfordringene og for å kunne planlegge hvordan pasienten kan hjelpes og hvem som skal hjelpe (Vildalen, 2014, s. 209).

Regjeringen oppnevnte i mars 2021 et utvalg som skulle lage en ny utredning om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. I NOU-rapporten «Den store forskjellen» (2023) fremhevet utvalget betydningen av at helsepersonell har kunnskap og kompetanse om kvinners seksualitet gjennom ulike faser i livet, og at de våger å snakke om seksualitet med pasienten. Videre hevdet de at gjennom informert dialog kan det legges bedre til rette for at alle kvinner får muligheten til å ha gode og trygge seksuelle relasjoner. Utvalget mente også at universiteter og høyskoler bør styrke studentenes formelle opplæring i sexologi og aktivt fremme studentenes opplevde mestring av det å kunne tematisere seksualitet, i temaer som for eksempel normal seksuell funksjon, kjønnsforskjeller og seksuelle dysfunksjoner. Samtidig hevdet de at det er viktig å ufarliggjøre seksuelle dysfunksjoner hos kvinner (NOU, 2023: 5, s. 138-139).

#### 2.5.1 Regjeringens strategiplan for seksuell helse

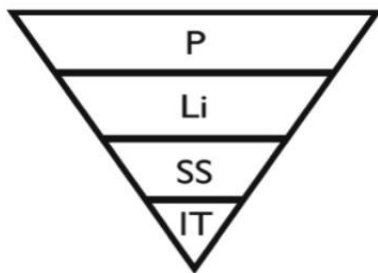
Det å snakke om seksualitet har i de senere årene blitt løftet opp på nasjonalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) har i sin strategiplan «*Snakk om det. Strategi for seksuell helse 2017-2022*» ønsket å sette seksuell helse på dagsorden. Dette er en plan som ønsket å sikre god seksuell helse i hele den norske befolkningen gjennom å sørge for at mennesker i alle aldre får god kunnskap og kompetanse til å kunne ivareta egen seksuell helse. Videre var det et mål om å redusere antall uønskede svangerskap, aborter og seksuelt overførbare infeksjoner. Strategiplanen inneholdt også mål om å sikre kunnskap om og ivareta alle



mennesker sin seksuelle helse og sørge for at helsepersonell respekterer og forstår pasienter og brukere sitt seksuelle behov. En annen målsetting var også å øke kompetansen om seksualitet hos flere yrkesgrupper, som for eksempel ansatte i ulike helseprofesjoner, i barnevern og i skoleverket. For å få til dette, ble det i strategiplanen foreslått at seksualitet skulle tematiseres i grunnutdanningene og/eller gjennom egne etter- og videreutdanningstilbud i regi av høyskoler/universitet. Seksualitet som helseressurs kunne også være et aktuelt fordypningstema på seminarer og i fagmøter (Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8-27).

### 2.5.2 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon i 1976 og er en metode som kan brukes for å forholde seg til seksualitet, snakke om seksualitet og behandle seksuelle problemer på i terapi (Annon, 1976). Annon illustrerte modellen som en trakt, men Almås og Benestad har senere valgt å snu trakten, slik at den i dag ser ut som en pyramide. Innholdet i modellene er imidlertid det samme.



Figur 1 PLISSIT-modellen (Annon, 1976)

P = Permission

*Permission* eller *tillatelse* er første trinnet i modellen. Det handler om *tillatelse* til både å være seksuell og til å ha spørsmål og ta opp problemer som handler om seksualitet. Det at en terapeut spør en klient om seksualitet, vil gi klienten *tillatelse* til å fortelle om sin seksualitet. Det er ikke sikkert klienten våger å åpne opp for å snakke om seksualiteten sin, men det at terapeuten spør, er et signal til klienten om at i dette rommet er det tillat å snakke om seksualitet nå eller når hen er klar for det (Annon, 1976).

LI = Limited Information

*Limited Information* eller *begrenset informasjon* går ut på å gi klienten opplysninger om vanlige eller uvanlige forhold klienten kan kjenne seg igjen i når det gjelder et godt eller et problematisk seksualliv. Når klienten forteller om en seksuell utfordring, vil det på dette trinnet gis *begrenset informasjon* om seksualitet generelt, og gis *begrenset informasjon* som likevel er spisset inn mot for eksempel forekomsten av sexologiske problemer eller sykdom og eventuelle hjelpemidler som kan være aktuelle. Hvis klienten ønsker konkrete behandlingsforslag, beveger vi oss ned til neste trinn i modellen (Annon, 1976).

SS = Specific Suggestions

*Specific Suggestions* eller *spesifikke forslag* handler om å gi klienten konkrete forslag som kan hjelpe for det seksuelle problemet. Det kan for eksempel være konkrete forslag om å gjøre noe med arbeidsmengde, barns tilgang til foreldresoverrommet, henvisning til lege for og utskriving av reseptbelagte medikament (Annon, 1976).

IT = Intensiv Therapy

*Intensiv Therapy* eller *intensiv terapi* krever mer intensiv behandling av det seksuelle problemet og de tre første trinnene i modellen har ikke vært til hjelp. Dette kan for eksempel være seksualterapi, familierterapi og/eller parterapeutiske intervensjoner. På dette trinnet kreves det at terapeuten har kunnskap og erfaring og det er viktig at behandlingen gis av terapeuter med denne kompetansen. Hvis terapeuten føler andre behandlere har bedre kompetanse, skal klienten henvises videre, alternativt invitere terapeuten med kompetanse inn i terapirommet. Familierådgivning, psykoterapi, utredninger ved ønske om kjønnsbekreftende behandling og opplæring i bruk av potensgivende injeksjoner i penis er også eksempler på behandling som kommer inn under intensiv terapi (Annon, 1976).

Almås og Benestad (2006) mente at seksualitet er et tema som er veldig aktuelt for en terapeut som jobber med par. Seksualitet er ofte en viktig del av forholdet og når det oppstår en konflikt mellom et par, viser det seg at det ofte er seksualitet som er opphavet for denne. Seksualterapi og par-/familierterapi har sitt opphav i ulike tradisjoner, men i praksis viser det seg at de kan komplimentere hverandre. Seksualitet er ofte fraværende i parterapi. Frem til slutten på 1990-taller var par- og familierapeuter lite interessert i seksualitet og ble først og fremst praktisert allmennpraktiserende leger, gynekologer, urologer, psykiatere og psykologer. Sexologisk kompetanse er viktig, både for å bli trygg på å

snakke om seksuelle temaer og for å få kunnskap til å bearbeide og forhåpentlig bidra til å løse noen av de seksuelle utfordringene. Det er helt vanlig at kompetente og erfarne terapeuter kan oppleve seg hjelpeløse når seksuelle temaer bringes inn i terapirommet og av den grunn lar være å snakke om seksualitet. Det kan også forekomme at klientene lar være å ta opp utfordringer knyttet til seksualitet fordi de er redd for at terapeuten eller merker at terapeuten blir ubekvemme med det med det resultat at terapien aldri kommer inn på det som egentlig er problemet. For å øke kompetansen anbefales det å kurs, kongresser eller utdanninger. Det skulle vært ønskelig at alle hadde mer kompetanse og trygghet på seksuelle temaer, enten ved selv å kunne snakke om seksualitet eller ved å vite hvor klienten kan henvises videre (Almås & Benestad, 2006, s. 169-172).

Davis og Taylor (2006) kritiserte den opprinnelige PLISSIT- modellen for å være for rigid og mekanisk. De publiserte i 2006 et forslag til hvordan PLISSIT- modellen kunne utvides, slik at det ble mulighet for å bevege seg friere mellom nivåene. Den opprinnelige PLISSIT-modellen tok utgangspunkt i at man alltid startet med tillatelse (Permission), gikk videre til begrenset informasjon (Limited Informasjon), før man gikk til nivået for spesifikk informasjon (SS) og i enkelte tilfeller måtte henvise klienten til intensiv terapi (Intensive Therapy). Davies og Taylor foreslo at terapeuten har mulighet til for eksempel å starte på spesifikk informasjon og gå videre opp eller ned på nivåene i modellen alt etter hvordan terapeuten vurderer det (Davis & Taylor, 2006).

## 2.6 Skam

Seksualitet og skam har i alle år vært nært knyttet sammen. Kaufman (1996) hevdet at det kulturelle tabuet som var knyttet til seksualitet tidligere, ligner på det samme uttalte tabuet som omgir skam i dag. Skam er den mest fremtredende hindringen i alle relasjoner, også i terapeut-klient-relasjonen. Den bryter ned både indre trygghet og mellommenneskelig tillit. Fordi skam er en ambivalent følelse, er den veldig forstyrrende. Følelse av skam kan avbryte bevegelser, gjøre det vanskelig å snakke og gjøre øyekontakt umulig. Seksuell fungering er ofte forbundet med skam og skam kan være med på å generere stress. En normal seksuell utvikling hos et barn starter med at barnet oppdager kjønnsorganet sitt. Onanering i oppveksten, seksuell utforskning, sex-lek, nakenhet, seksuell atferd, seksuell tenning og seksuell dysfunksjon har vært gjenstand for aktivering av skam (Kaufman, 1996, s. 4-63).

Det at skam er så nært knyttet til seksualitet, mente Aars (2011) kunne føre til at både helsearbeidere og pasienter kunne slite med å finne de riktige ordene når de for eksempel skulle snakke om kjønnsorganer. Behandler og pasient kunne grue seg for å ta opp seksuelle temaer i samtaler eller konsultasjoner og han mente at seksualitet som fag i altfor liten grad var inkludert i utdanningene for helsepersonell. Videre hevdet han at opplysning, undervisning og åpenhet rundt seksualitet ville kunne bidra til å løse problemer som ellers kunne skape større problemer for både den enkelte og for par (Aars, 2011, s. 7-15). Schei (2006) skrev om skam knyttet til lege-pasient-relasjon. Det å snakke med legen om seksuelle problemer som for eksempel impotens, vil ofte kunne oppleves skammelig. Samtidig vil det for mange være uvant og det kan være vanskelig for pasienten å vite hvilke ord man skal bruke (Schei, 2006, s. 19-20). Brandenburg og Bitzer (2009) hevdet at noen behandlere kunne føle at når de spurte om seksuelle problemer, kom de for tett på pasientens privatsfære. De kunne også bli bekymret for at det å ta opp seksuelle tema kunne være skadelig for pasientene og/eller gjøre dem forlegne. Hvis behandleren skulle snakke om seksualitet ville det ta altfor mye tid og det var ofte kombinert med en følelse av terapeutisk hjelpeløshet. Det handlet om at mange leger opplevde at de ikke hadde nok trening i å snakke om seksualitet (Brandenburg og Bitzer, 2009, s. 125).

Almås og Benestad (2010) mente at mennesker ofte føler skam for noe vi er og følelsen av skam kan i ytterste konsekvens være så belastende at det kan resultere i redusert livskvalitet. Det kan også være vanlig å skamme seg over at man skammer seg. Behandlingsrommet bør derfor være et sted hvor skammen kan og skal jobbes med på en slik måte at den blir mindre og aller helst forsvinner. Det å tillate seg å ikke vite alt, å være åpen for nye historier og å være klar til å favne seksuelle fenomener man ikke har vært i kontakt med før, er den tryggeste holdningen en terapeut kan ha (Almås & Benestad, 2010, s.6, 226-229).

## 2.7 Læringsteorier som utgangspunkt for endring

Det å utdanne seg til familierapeut innebærer blant annet å lære teori, å få nye perspektiver og å tilegne seg kunnskap om og ta i bruk ulike familierapeutiske metoder i møte med klienter. I studieplanen for videreutdanning i familierapi og systemisk praksis ved VID vitenskapelige høgskole (VID, 2018) presenteres grunnlagsforståelse, faglige tilnærminger og personlig og profesjonell utvikling som viktige kjerneområder i studiet. Disse

tre kjerneområdene bygger på hverandre og i emnet *personlig og profesjonell utvikling* er målet at familieterapistudentene skal utvikle det de kaller et «repertoar av ulike faglige tilnærminger og praksisformer, samtidig som de utvikler sin egen stil» (VID, 2018, s. 2). Det å snakke om seksualitet kan være en del av et slikt repertoar.

For å forstå hvordan slike læringsprosesser foregår, kan det være nyttig å se på teori om læring. Læringsteori defineres som teori om hva læring er, hva som er betingelsene for læring, hvordan læring foregår og hva som er resultatet av læring (Solberg, 2022). I det følgende redegjøres det for Banduras sosial-kognitive læringsteori og Vygotskys teori om den proksimale utviklingssone.

#### 2.7.1 Banduras sosial-kognitive læringsteori

Den amerikanske psykologen Albert Bandura utviklet sosial-kognitiv læringsteori (Lyngsnes & Rismark, 2015). Den går ut på at det er mange ulike faktorer som påvirker mulighetene for læring. All læring skjer i samspill mellom menneske, situasjon og atferd. To begreper står sentralt i sosial-kognitiv læringsteori. Det første er modelllæring; Bandura hevdet videre at man lærer både av egen erfaring (enaktiv læring) og det å observere andre mennesker gjøre oppgaver (vikarierende læring). Det andre er forventning om mestring, på engelsk kalt self-efficacy. Forventning om mestring handler om personens faktiske evner, men også personens oppfatning av egen evne til å utføre oppgaver og hva tanken om egne evner har å si for å starte på og gjennomføre oppgaver. Her vil tidligere suksess og/eller mangel på suksess, verbale budskap fra andre og andre personers suksess og/eller mangel på suksess påvirke egen mestringsforventning. Arbeid i grupper der personene har holdninger og tenker, er også en faktor som kan øke forventningen om mestring (Lyngsnes & Rismark, 2015, s. 56-58).

I et familieterapiperspektiv, mener jeg Banduras sosial-kognitive læringsteori er relevant når det gjelder familieterapeutens opplevelse av å mestre, i denne sammenheng knyttet til trygghet. Det kan være både trygghet i forhold til å snakke om seksualitet og det å være trygg nok på temaet til å velge å bringe seksualitet inn i samtale med klienter.

#### 2.7.2 Vygotskys teori om den proksimale utviklingssone

Sammenhengen mellom språket og læring hos barn var den russiske psykologen Lev Vygotsky (1896-1934) opptatt av. Vygotskys grunntanke var at språket var den viktigste faktoren i all læring. Gjennom språket ble det skapt begreper for tenkning, samtidig som det

ble et redskap for å kunne uttrykke sine tanker og stille spørsmål ved undring. På den måten danner samhandlingen mellom mennesker grunnlaget for all læring (Lyngsnes & Rismark, s. 2015, s. 67). Vygotsky utviklet teorien om den proksimale utviklingssonen, eller den nærmeste utviklingszone (Imsen, 2020). Den går ut på at barnet gjør ting sammen med for eksempel voksne som kan mer enn barnet og som forklarer eller viser hvordan det kan gjøres. Deretter gjør barnet det alene. Målet er å finne ut hva barnet kan klare alene og hva barnet kan klare med hjelp. Rommet mellom det barnet kan klare alene og det barnet kan klare selv, kaller Vygotsky den proksimale utviklingszone. Potensialet til læring ligger i denne proksimale utviklingssonen og det er viktig å gi barnet oppgaver som ligger på et høyere ferdighetsnivå enn det barnet har i utgangspunktet. Barnet skal ha noe å strekke seg etter, men som ligger innenfor det nivået barnet kan beherske (Imsen, 2020, s. 198-202).

Slik jeg tolker det, handler Vygotsky sin teori om den proksimale utviklingszone om læringspotensialet for både barn og voksne mennesker som er i språklig samspill med andre. En samtale mellom familieterapeut og klient kan slik jeg ser det, regnes som et slikt språklig samspill. Jeg anser derfor denne teorien om læring både relevant og nyttig, også for en familieterapeuts læring i en familieterapikontekst.

## 2.8 Faglig støtte og utvikling som psykologisk trygghet

Edmonson et.al. (2016) skrev at begrepet psykologisk trygghet ble i 1965 introdusert av Schein og Bennis, som en viktig forutsetning for blant annet tørre å si ifra og å lære ny atferd. I dag knyttes ofte psykologisk trygghet til arbeidsmiljø og peker på viktig forhold som kan fremme læring og forandringer i omgivelsene vi som arbeidstakere er en del av. Forskningen deres viste hvordan et samspill mellom individider på en arbeidsplass og deres omgivelser, kan påvirke de ansatte sin mulighet til å komme overens med sine kollegaer og til å få utvikle seg. Dette vil igjen ha innvirkning på omgivelsene. I et slikt samspill mellom de ansatte og deres omgivelser, vil man se at i arbeidsmiljø der det er høy grad av psykologisk trygghet, har de ansatte store muligheter for personlig og profesjonell læring (Edmonson et.al., 2016).

Tegneby (2022) som i sin masteroppgave forsket på familieterapeuters utvikling i en kollegial kontekst, pekte på viktige faktorer i den kollegiale samhandlingen som kan bidra til opplevelse av felles faglig utvikling. Familieterapeuter har et ønske om å ha faglig engasjerte kollegaer og at det har en viss smitteeffekt. Når de snakker med sine kollegaer, ønsker de å

bli møtt med en ikke-vitende holdning og det å dele gode og mer utfordrende opplevelser fra praksis bidrar til en felles følelse av å være i utvikling. Det kreves mot og trygghet for å utvikle seg. Tegneby pekte på at transparens kan bidra til trygghet mellom kollegaer og det å være i dialog, dele impulser og det å ta etter aktuelle deler av kollegaers måte å drive terapi på, kan gi en opplevelse av å lære og være i positiv utvikling sammen med kollegaer (Tegneby, 2022, s. 44-56).

## 2.9 Relevant forskning

For å finne frem til relevant forskning, brukte jeg søkemotorer som Oria, Idunn og google scholar. Jeg søkte på ordene «familieterapi», «familieterapeut», «seksualitet» og «å snakke om seksualitet» i ulike kombinasjoner. Selv om jeg fant noe norsk forskning på temaet, valgte jeg også å søke på «family therapy», «family therapist», «sexuality» og «talking about sexuality» på engelsk. Jeg fant lite forskning internasjonalt som spesifikt omhandlet hvordan familieterapeuter opplever å snakke om seksualitet. Jeg valgte derfor å ta med relevant forskning fra en yrkesgruppe som det er naturlig for familieterapeuter å sammenligne seg med. Jeg ser på hvordan psykologer opplever å snakke om seksualitet med sine klienter/pasienter. Jeg opplever at det er viktige fellestrekk for yrkesutøvelsen til familieterapeuter og psykologer, med tanke på at klienter kommer til terapi fordi de trenger hjelp med utfordringer i livet sitt. Dialog er et viktig terapeutisk verktøy og målet med terapien er at det skal oppstå en forandring til det bedre for klienten.

Jeg presenterer dermed to norske masteroppgaver, en engelsk og en amerikansk studie som omhandler hvordan familieterapeuter opplever å snakke om seksualitet og to norske studier som omhandler hvordan psykologer tematiserer seksualitet i klinisk praksis.

Aarnes (2015) sin masteroppgave het: «Seksualitet i terapirommet. En diskursanalyse om terapeuters tanker, følelser og praksis». Dette var en kvalitativ studie, der hun intervjuet fire familieterapeuter. Et av funnene i studien var at diskursen om seksualitet som naturlig i mennesket gir familieterapeutene muligheter for å ta initiativ til å tematisere seksualitet i terapi. Et annet funn var at det er mange mennesker som sliter med seksuelle problemer og det kan oppleves vanskelig å ta det opp og terapeuten må kunne initiere tematiseringen av seksualitet. For noen terapeuter kunne å snakke om seksualitet være vanskelig og de var ofte veldig forsiktige når de nærmer seg temaet. Aarnes fant også at terapeutene nesten ikke har fått noen undervisning i temaet eller trening i hvordan de kan tematisere

seksualitet. Som eneste erfaring tar de med seg egne seksuelle erfaringer inn i samtaler om seksualitet og hun så på hvordan dette påvirker terapeutens profesjonalitet og hvordan det påvirker terapien (Aarnes, 2015).

Nordahl skrev i 2016 en masteroppgave der han ved hjelp av elektronisk spørreundersøkelse til medlemmer av Norsk forening for familierapi, undersøkte hvordan familierapeuters forhold seg til seksualitet som tema i par- og familierapi. Han fikk 217 svar og fant av disse at 52 % av familierapeutene ikke hadde kurs om seksualitet på høyskole/universitetsnivå, mens 37,2 % hadde vært på kurs eller workshops om temaet. 12,6 % av dem har hatt seksualitet som tema i utdanningen sin. 32,2 % av informantene hadde liten eller ingen erfaring med seksuelle tema i sin kliniske praksis. 31,1 % svarte at de hadde snakket med kollegaer om temaet, men de gjennomsnittlig oppgir å være mer komfortable med å snakke med en veileder om seksualitet, enn en kollega. 23 % svarte at de var komfortable med å snakke om seksualitet i terapi og 41 % oppga at de tok initiativ til samtaler om seksualitet (Nordahl, 2016).

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

Harris og Hays utførte i 2007 en spørreundersøkelse av 175 amerikanske familierapeuter knyttet til deres erfaring med å tematisere seksualitet i terapi. Deres forskning viste at kunnskapen om seksualitet økte ved å snakke om seksualitet i terapirommet, men for å bli mer komfortable eller trygge på å snakke om seksualitet var det helt nødvendig for terapeutene å ha utdanning i sexologi og å få klinisk veiledning i praksisfeltet. Dette ville resultere i at når terapeuter følte seg komfortable med å tematisere seksualitet i klinisk arbeid, ville de også inkludere det i klinisk praksis (Harris & Hays, 2007).



Træen og Schaller gjorde en studie i 2013 som undersøkte i hvilken grad norske psykologer tematiserte seksualitet i deres kliniske praksis. Hele 64,3 % svarte at de ikke hadde fått noen formell opplæring i sexologi. Majoriteten av psykologene oppga at de av og til, eller en sjelden gang, stilte spørsmål om seksualitet. Andelen som sa de aldri spurte om dette, var større enn andelen som alltid spurte om seksualitet. Majoriteten av psykologene (58,6 %) sa at de opplevde at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om seksualitet til å jobbe med det i terapi. Flere av psykologene med 10 års klinisk erfaring enn av de med kortere tids erfaring, oppga at de tematiserte seksualitet. De psykologene som hadde sexologisk kompetanse, sa oftere enn de uten kompetanse, at de syntes de hadde fått tilstrekkelig kunnskap på studiet om seksualitet og at de opplevde det uproblematisk å spørre klienter om temaet.

Psykologene som ikke hadde noen form for sexologisk kompetanse fra tidligere, svarte at det var best å vente til klienten selv tok opp temaet. De kunne også kjenne ubehag og usikkerhet når seksualitet kom opp som tema i terapien (Træen & Schaller, 2016).

Bjørkheim og Hegg (2020) gjorde en elektronisk spørreundersøkelse der 300 norske psykologer svarte på spørsmål knyttet til kunnskap om og liberale holdninger til seksualitet. Deres funn viste at kun 29 % av psykologene hadde sexologisk utdanning eller kurs og mer enn 50 % mente de ikke hadde nok kunnskap om seksualitet, seksuelle dysfunksjoner og behandling av disse. De psykologene som hadde deltatt på sexologiske kurs eller utdanning, snakket mer om seksuelle tema i terapi. Det var også en tydelig sammenheng mellom den kompetansen psykologene opplevde å ha om seksualitet og hvor ofte de tematiserte seksuelle temaer i terapi. De psykologene som opplevde høy kompetanse, tok oftere opp seksualitet (Bjørkheim & Hegg, 2020).

Fellestrekk med den forskning jeg har valgt å ta med i denne studien, var at familieterapeuter og psykologer opplevde å ha lite kunnskap om seksualitet generelt og det å snakke om seksualitet spesielt når de kom ut i klinisk praksis. Forskningen viste også en tydelig sammenheng mellom det at kunnskap om seksualitet ga større sannsynlighet for at terapeuten tok opp seksuelle temaer i terapien og lettere kunne snakke med klienten om seksualitet.

## 3 Metode

I dette kapittelet vil jeg først presentere mitt vitenskapsteoretiske ståsted. Jeg gir deretter en grundig beskrivelse av den metoden jeg har brukt for å samle inn og analysere data. Avslutningsvis sier jeg noe om de forskningsetiske overveielserne jeg har tatt høyde for og reflekterer rundt min forforståelse, samt diskuterer studiens kvalitet med utgangspunkt i validitet og reliabilitet.

### 3.1 Fenomenologisk- hermeneutisk vitenskapssyn

Formålet med denne studien å studere, tolke og å prøve å forstå sosiale fenomener. Jeg har valgt fortolkende fenomenologisk analyse, IPA, som analysemetode. Denne analysemetoden bygger på fenomenologi, hermeneutikk og ideografi (Smith et al., 2012, s. 11) og det er derfor naturlig for meg å forankre studien min i et fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapssyn. Thagaard (2011) skrev at fenomenologi ble grunnlagt av Edmund Husserl. Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en dypere mening i enkeltpersoners erfaring. Fenomenologi kan forstås som en systematisk undersøkelse av ulike måter å erfare virkeligheten på. Sentrale element innenfor fenomenologien er personers individuelle perspektiv, erfaringer, selvforståelse og dagligspråk. Den bygger på en grunnleggende antagelse om at realiteten er slik mennesker oppfatter den (Thagaard, 2011, s. 38). Disse erfaringene beskrev Jenssen (et al., 2020) som kunnskap som bygger informantenes livsverden. Dette er kunnskap vi tar for gitt og den danner grunnlaget for informantenes forståelse av virkeligheten (Jenssen et al., 2020, s. 15). Gjennom intervjuene med mine informanter ønsket jeg å få høre deres subjektive erfaringer og opplevelser med det å snakke om seksualitet i terapirommet.

Hermeneutikk er knyttet til innlevelsen eller empatien og går ut på å forstå, ikke bare begripe intellektuelt (Thomassen, 2018). Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer har spilt en stor rolle for utviklingen av hermeneutikken. Gadamer mener vår forståelse alltid er bestemt av oppfatninger og før-forståelser vi har med oss fra opplevelser tidligere i livet. Betingelsen for at forståelse er mulig er at vi forstår og tolker mening innenfor en sosial og kulturell tradisjon. Gadamer kaller helheten av den historisk betingede forforståelse for «forståelseshorisont». Den er vår felles historiske og kulturelle arv (Thomassen, 2018, s.87). Krogh (2009, s. 54-56) skrev at forståelseshorisonten alltid vil være med oss og at den kan endre seg.

Den hermeneutiske sirkelen beskrives som et forhold mellom to horisonter. Den betegner hvordan forståelse utvikler seg gjennom en stadig bevegelse frem og tilbake mellom helhet og del i det materialet vi prøver å forstå (Thomassen, 2018). Tidligere handlet det om å forstå om fortolkning av tekster. I dag kan de hermeneutiske prinsippene også brukes i forhold til forståelse av mening i alle former for kommunikasjon og samhandling mellom mennesker. Det er denne pendelbevegelsen mellom helhet og del som gir mulighet for ny forståelse (Thomassen, 2018, s.87).

### 3.2 Kvalitativ tilnærming

Jeg har i denne studien valgt å benytte kvalitativ tilnærming. Kvarv (2014, s.137) beskrev at kvalitativ tilnærming går ut på å karakterisere og gjennom funnene forsøke å oppnå en helhetlig forståelse av fenomener og forholdet mellom disse i samfunnet. Jeg opplevde at det var tett kontakt og kommunikasjon mellom meg som forsker og informantene mine og denne sosiale prosessen omtales som typisk for denne tilnærmingen. (Kvarv, 2014, s.137). Thagaard (2011, s 11) skrev at tolkning er et sentralt element og den gir forskeren mulighet til å fordype seg i de sosiale fenomenene som studeres. Mine informanter var familieterapeuter som har jobbet flere år med familieterapeutisk arbeid. Jeg ønsket å få vite hvordan de opplever å snakke om seksualitet. Kvalitativ metode gir meg mulighet til å være nysgjerrig og gjennom prosessen med å intervju informantene og transkribere intervjuene kunne fordype meg i og fortolke det som fremkommer i det transkriberte materialet (Thagaard, 2011, s 11). Det er mine fortolkninger av hvordan familieterapeutene opplever å snakke om seksualitet, som blir sluttproduktet.

### 3.3 Semistrukturert intervju

I denne studien har jeg valgt å bruke semistrukturert intervju. Malterud (2017, s. 69, 95) mente at semistrukturerte intervjuer er en god måte å samle inn kvalitative data på og ifølge Thagaard (2011, s. 89) er denne fremgangsmåten mest brukt i kvalitative intervjuer. Den karakteriseres av at temaene jeg som forsker har spurt om, ble utarbeidet på forhånd. Rekkefølgen på temaene ble derimot bestemt underveis i intervjuet. Det ga meg mulighet til å lytte til det informanten snakket om, samtidig som jeg passet på å få informasjon om de temaene jeg hadde planlagt på forhånd. For å få til et godt kvalitativt intervju, var det viktig at jeg som intervjuet var observant på forandring og var åpen for å lære noe nytt. Malterud (2017, s. 133-135) skriver at hvis det i løpet av intervjuet ikke kom opp noe som pirret min

forforståelse, har jeg som ledet intervjuet mest sannsynlig ikke lyttet godt nok. Jeg som forsker kunne tyde informasjonen som kom frem under intervjuet på flere måter. Det å oppdage dilemmaer, motsigelser og paradokser kunne gi meg viktig kunnskap om hvordan informantene opplevde det å snakke om seksualitet i terapirommet (Malterud, 2017, s. 133-135).

### 3.4 Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA)

Jeg har i denne studien valgt fortolkende fenomenologisk analyse som analysemetode, på engelsk kalt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Denne analysemetoden er i tråd med studiens vitenskapsteoretiske forankring, fenomenologi og hermeneutikk. IPA ble først gjort kjent av Jonathan A. Smith i 1996 (Smith et al., 2009, s. 4). IPA er en kvalitativ analysemetode og den bygger som tidligere nevnt på fenomenologi, hermeneutikk og idiografi (Smith et al., 2009, s. 11). Med det fenomenologiske perspektivet menes at IPA er opptatt av å undersøke hvordan mennesker bruker sine erfaringer til å skape mening. Hermeneutikken går ut på å at forskeren må tolke hvordan informantene skaper mening av sine erfaringer og ideografi handler om innsikt i hvordan en person i en gitt kontekst skaper mening fra et fenomen (Smith et al., 2009, s. 11). Malterud (2017) beskrev at den beste måten å få direkte kjennskap til menneskers erfaringer på, er å snakke med dem. Dallos og Vetere (2005) og Smith et al. (2009) har litt ulik inndeling i analysestegene og analysen i min studie vil være inspirert av måten både Dallos og Vetere (2005, s. 59-60) og Smith (et al., 2009) beskriver IPA.

### 3.5 Utforming av intervjuguide

Jeg planla å starte intervjuene med å informere om rammene for intervjuet og å spørre om alder, erfaring som familieterapeut og om arbeidssted. Dette er temaer som for de fleste oppleves trygt å snakke om. Første hovedtema handlet om seksualitet. Det var et bevisst valg fra min side for å hjelpe informantene med å tone seg inn på temaet og at jeg som forsker skulle få et inntrykk av hva de tenkte om begrepet seksualitet. Andre hovedtema omhandlet seksualitet og videreutdanning i familieterapi og tredje hovedtema satte søkelys på seksualitet i terapi. Under alle tre hovedtemaene var det relevante underspørsmål. Skjematisk så det slik ut:

1. Om seksualitet
2. Om seksualitet og videreutdanning i familieterapi

### 3. Om seksualitet i terapi

Thagaard (2011, s. 99-100) skrev at et kvalitativt intervju ofte handler om personlige temaer. For at informantene mine skal åpne seg, er det viktig at hun/han stoler på meg som forsker. Jeg valgte derfor å informere informantene mine, både i informasjonsskrivet på mail (Vedlegg nr. 2) og muntlig før intervjuene startet, om at jeg har taushetsplikt og at jeg i studien vil anonymisere dem slik at det ikke er mulig å gjenkjenne hverken dem eller uttalelsene deres. Jeg sa også at lydbåndopptakene ville bli slettet når de var ferdig transkribert og at transkripsjonene vil bli makulert når sensur på oppgaven har falt. Jeg tenker at å bygge denne tilliten til informantene mine er spesielt viktig når det handler om et så privat og for noen tabubelagt tema som seksualitet. Jeg laget en intervjuguide (Vedlegg nr.3) som skulle være en huskeliste for meg over de temaene jeg ønsket å samle inn data om. I løpet av intervjuet ønsket jeg å komme innom disse spørsmålene, men rekkefølgen var ikke viktig. Jeg valgte å ikke dele intervjuguiden med informantene på forhånd, fordi jeg ønsket å få tilgang på det umiddelbare som dukket opp hos dem, når de fikk presentert spørsmålene.

Thagaard (2011, s. 99) hevdet at det dramaturgiske aspektet ved oppbygningen av en intervjuguide handler om hvordan det emosjonelle nivået utvikler seg i løpet av intervjuet. Min erfaring, som også er en del av min forforståelse, er at temaet seksualitet for mange kan være følelsesladet på den ene eller andre måten. Jeg ønsket helt til slutt å gi dem mulighet til å si noe om aktuelle og relevante synspunkt som de ikke hadde fått sagt noe om tidligere i intervjuet.

Ved å lage intervjuguiden med disse tre hovedtemaene og underspørsmål under hvert hovedtema, håpet jeg å få utfyllende svar på hvordan informantene opplever å snakke om seksualitet. Jeg valgte bevisst å la være å spørre informantene om deres personlige seksualitet, da det ikke var en del av dette forskningsprosjektets intensjon å belyse den tematikken.

#### 3.6 Utvalg og rekruttering av informanter

Jeg har valgt å benytte strategisk utvalg i denne studien. Thagaard (2011, s. 55-56) skrev at strategisk utvalg handler om å velge informanter som har de egenskapene eller kvalifikasjonene som er strategiske i forhold til både problemstillingen jeg har valgt og det

teoretiske perspektivet studien skal ha. Jeg ønsket å rekruttere tre til fire informanter. Smith (et al., 2009, s. 51) foreslo mellom tre og seks informanter som et rimelig utvalg i en IPA fordi denne analysemetodens primære oppgave er å gi en detaljert fremstilling av informantens individuelle opplevelse. Thagaard (2011, s. 59) mente at størrelsen på utvalget vurderes i forhold til et «metningspunkt». Med det menes at når studier av flere enheter antagelig ikke vil gi ytterligere forståelse av de fenomenene som studeres, kan utvalget ansees som tilstrekkelig stort. Jeg endte til slutt opp med å rekruttere fire informanter og jeg regner det som innenfor både med tanke på anbefalt antall og det omtalte metningspunkt.

Inklusjonskriteriene for å være med i denne studien, var at alle mine informanter skulle ha en videreutdanning i familieterapi ved utdanningsinstitusjon i Norge og ha minimum to års erfaring med å jobbe som familieterapeut.

For å rekruttere informanter, la jeg først ut to innlegg på en facebookside som henvender seg til familieterapeuter. Jeg opplevde å få liten respons på disse facebook-innleggene og valgte derfor å ta direkte kontakt med personer i familieterapimiljøet som jeg tenkte kunne være aktuelle kandidater. Jeg fikk til slutt fire positive svar. Informantene mine var tre kvinner og en mann i alderen fra 40 år og oppover. De mottok informasjonsskriv om intervjuet på mail (Vedlegg nr. 2). Det var informasjon om formålet med studien, når jeg planla å gjennomføre den, kontaktinformasjon til veilederen min og meg og et skriv om informert samtykke.

### 3.7 Gjennomføring av intervjuene

De fire intervjuene ble gjort i løpet av en måned på informantenes egen arbeidsplass. De varte fra 47 til 55 minutt. For å være helt sikker på at teknikken ikke skulle svikte, valgte jeg å bruke to digitale diktafoner som lydopptakere i mine intervjuer. Lund og Haugen (2006, s. 162) skrev at pilotstudier inngår i arbeidet med å konstruere en god intervjuguide. Det å få gjøre et eller flere prøveintervju, ville kunne gi meg som forsker verdifull trening og mulighet for å gjøre endringer i intervjuguiden (Lund & Haugen, 2006, s. 162). På grunn av sykdom fikk jeg ikke gjort det planlagte prøveintervjuet. Jeg ser i ettertid at det helt klart hadde vært en fordel for meg å ha fått gjennomført prøveintervjuet, slik at stressnivået muligens hadde senket seg og jeg ville følt meg tryggere i intervjusituasjonen.

Jeg opplevde et relativt høyt stressnivå, særlig under første og andre intervju. Jeg var veldig engstelig for at ikke diktafonene skulle virke, at jeg ikke hadde gode nok spørsmål, at jeg ikke skulle klare å lytte og at jeg skulle glemme å holde kontroll på tiden. Selv om stressnivået ble mindre i de to siste intervjuene, tror jeg nok at min altfor beskjedne erfaring med å intervjuer og redselen for teknisk kollaps, påvirket min mulighet til å både å få med meg det informantene sa på en god nok måte og å stille de gode oppfølgingsspørsmålene. Jeg opplevde likevel at jeg i intervjuene var bevisst på og jobbet hardt for å prøve å lytte og gi informantene tilstrekkelig oppmerksomhet (Thagaard, 2011, s. 102). Det har gitt meg mulighet til å bli nysgjerrig, oppdage, forandre oppfatning og få ny forståelse av de temaene som jeg tok opp i intervjuene (Jensen & Ulleberg, 2012, s. 254).

### 3.8 Transkribering

Når intervjuene var gjort, valgte jeg transkribere dem selv. Kvale og Brinkmann (2019) skrev at å transkribere betyr å skifte fra en form til en annen. Det å transkribere intervjuene fra tale til skriftlig tekst, klargjør intervjuene for analyse. Det er flere element som går tapt når intervjuet transkriberes, blant annet ironi, kroppsspråk, stemmeleie, intonasjon og åndedrett (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 204-205). Å transkribere gir ikke en nøyaktig gjengivelse av det som blir sagt, men kan sies å være en utvelgelse og behandling av det talte ord. Resultatet av transkripsjonen er at noe nytt blir skapt (Olsson & Sörensen, 2003, s. 104).

Det å transkribere fire intervjuer var en omfattende og tidkrevende jobb. Det at jeg prioriterte å transkribere dem selv, i stedet for å sette dem bort til noen andre, gjorde at jeg ble godt kjent med intervjuene mine. Jeg er bevisst på at min fortolkning av intervjuene, blir annerledes når jeg gjennom det transkriberte materialet går glipp av de elementene som handler om for eksempel kroppsspråk og intonasjon. Jeg laget derfor et notat i etterkant av hvert intervju der jeg noterte ned den non-verbale kommunikasjonen jeg la merke til i intervjuet, slik at det også kunne bli en del av min fortolkning. Latter og pauser ble notert og markert i selve transkripsjonen. Lydopptakene ble overført til en datamaskin med kodelås og også lagret på en kryptert minnepinne. Deretter ble lydfilene slettet fra begge diktafonene.

### 3.9 Analyse

Som jeg tidligere har nevnt, vil analysen i denne studien være inspirert av både Dallos og Vetere (2005) og Smith (et al., 2009) sin måte å beskrive IPA på og analysen vil derfor bestå av fem steg:

### Steg 1: Lesing og re-lesing

Første steg er lesing og re-lesing som har som formål at jeg som forsker skal fange det overordnede meningsinnholdet. Jeg hørte gjennom lydopptakene en gang før jeg transkriberte dem. Dette ga meg muligheten til å bli godt kjent med intervjuene mine. I denne perioden opplevde jeg at det skjedde en prosess hos meg som fikk betydning for mitt videre arbeid i denne analysedelen. Intervjuene rullet og gikk inni hodet mitt og jeg opplevde at jeg bearbeider intervjumaterialet selv om jeg ikke aktivt satt og jobbet med det.

Jeg merket meg at jeg noen ganger kunne stilt spørsmålene på en tydeligere måte og i større grad forfulgt informantenes refleksjoner på en bedre måte. Jeg møtte gjentatte ganger min egen forforståelse, på både godt og vondt. Det ble også mulighet for å oppdage og bli stolt over de gode spørsmålene mine og jeg fikk kjenne på følelsen av hvor heldig jeg var som får lov å bruke så mye tid på å snakke om temaet seksualitet.

### Steg 2: Innledende analyse

Andre steg er innledende analyse. Jeg valgte å lime fargede ark på begge sider av transkripsjonen. Hvert intervju fikk sin farge. På venstre side noterte jeg nøkkelord, meningsfortetninger og relevante direkte sitater (in vivo codes) fra transkripsjonen som er relevant for min problemstilling. Disse kodene ble merket med sidetall og linjenummer.

### Steg 3: Forståelse og kobling til eksisterende teori

Steg 3 er min forståelse av funnene og kobling til eksisterende teori. På høyre side av transkripsjonen noterte jeg min forståelse av og reaksjoner til teksten og de koblingene jeg så til relevant teori. Dette omtales som en tidkrevende del av analysen. En måte å gjøre det på er å sette temaene i hierarkiske klynger.

### Steg 4: Utvikling av overordnede og underordnede kategorier

Steg 4 er utvikling av overordnede og underordnede kategorier. Jeg klippet ut nøkkelord, meningsfortetninger og sitater fra venstre side av transkripsjonen og la disse utover bordet. Jeg så her etter sammenhenger og mønster og aktuelle temaer vokste frem etter hvert som jeg studerte og flyttet på disse lappene. De ulike temaene ble plassert i overordnede og underordnede kategorier og disse fikk så navn. I denne prosessen fant jeg temaer, ga dem



navn, slo sammen temaer, delte dem igjen, fant nye temaer med nye navn og til slutt satt jeg igjen med tre hovedkategorier og seks underkategorier.

#### Steg 5: Skrive ut funnene

Det femte steget er å skrive ut funnene. Jeg skrev ut et funn om gangen. Hvert funn ble beskrevet og eksemplifisert med «in vivo codes» fra transkripsjonene og de inneholdt både det informanten sa og slik det ble beskrevet og min tolkning av det informanten sa. Jeg opplevde det å skrive ut funnene som en komplisert, men lærerik prosess.

#### 3.10 Forskningsetiske overveielser

Gjennom hele prosessen med å jobbe med denne studien, måtte jeg som forsker foreta etiske betraktninger. Studien ble meldt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) og vurderingen derfra er at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen. Thagaard (2011, s. 25-30) skrev at det er utarbeidet spesielle etiske retningslinjer i studier der det er direkte kontakt mellom meg som forsker og informantene som studeres. Det krever at jeg som forsker er ærlig og korrekt i presentasjonen av forskningsresultatene mine. Informert samtykke, prinsippet om konfidensialitet og anonymitet og forsvarlig forskningspraksis knyttet til de konsekvensene forskningen kan ha for deltakerne er også viktige etiske prinsipper jeg som forsker må være nøye på å overholde (Thagaard, 2011, s. 25-30). Alle mine informanter skrev under på samtykkeskjema (Vedlegg nr. 2) i forbindelse med intervjuene. De fikk også tilsendt et informasjonsskriv på mail med opplysninger om at deltagelse i denne studien er frivillig og at de når som helst kan trekke seg uten nærmere begrunnelse, med unntak av hvis intervjuene allerede er analysert (Lund & Haugen, 2006, s. 64).

Konfidensielt datamateriale skal oppbevares på en slik måte at uvedkommende ikke får tilgang på det (Olsson & Sörensen, 2003, s. 56). Jeg ivaretok dette ved å sørge for at lydopptakene av intervjuene ble slettet rett etter at de var overført til datamaskinen med kodelås og en kryptert minnepenn. Det transkriberte materialet ble også oppbevart i et låsbart skap og vil bli slettet og makulert etter at studien er levert inn og sensuren har falt. Lund og Haugen (2006, s. 86) skrev at anonymitet innebærer at informantene har krav på at alle opplysninger de gir om personlige forhold, ikke skal kunne identifisere dem. De ble derfor informert om at de ikke skal kunne gjenkjennes og om noe i intervjuet vil kunne

avsløre deres identitet, skal denne delen ikke publiseres (Lund & Haugen, 2006 s. 86). Jeg valgte av samme årsak å omtale informantene mine med tilfeldig valgte navn, som ikke nødvendigvis gjenspeiler det kjønnet de er født med.

Thagaard (2011, s. 214) var opptatt av at jeg som forsker må vurdere om studien kan ha negative konsekvenser for informantene og at de ikke vil ta skade av å være med i denne studien. Temaet var å snakke om seksualitet og for noen kan det være ømtålig og oppleves veldig privat. For å ivareta prinsippet om å ikke gjøre skade, var jeg under intervjuene nøye med å ikke spørre på en slik måte at informantene plutselig snakket om sin egen seksualitet. Om noen av informantene likevel kom inn på temaet egen seksualitet, ble det ikke tatt med i analysen (Thagaard, 2011, s. 214).

### 3.11 Forforståelse

Olsson og Sørensen (2003) skrev at forforståelse handler om kunnskapen, forestillingen og erfaringen jeg som forsker har på det området det skal forskes på. Når jeg beskriver min forforståelse, dannes utgangspunkt for tolkningen (Olsson & Sørensen, 2003, s. 67). For meg handlet forforståelse om hvilken kunnskap og erfaring jeg som forsker hadde med meg inn i studien og dermed hvilke briller jeg hadde på da jeg tolket det informantene mine sa. Jeg er utdannet sexolog og har i de siste fem årene jobbet som privatpraktiserende sexolog ved et medisinsk senter. Jeg har helt siden jeg ble utdannet familieterapeut, vært opptatt av og nysgjerrig på hvordan familieterapeuter opplever å snakke om seksualitet. Det var derfor viktig og helt nødvendig at jeg reflekterte over hvordan min forforståelse kunne påvirke prosessen, både knyttet til spørsmålene mine i intervjusituasjonen og i analysen av funnene.

Et dilemma som handlet om dette beskrives av Thagaard (2011). Siden jeg var utdannet sexolog og temaene i intervjuet var knyttet til seksualitet, kunne jeg risikere at informantene fortalte det de trodde jeg som forsker (og «ekspert» på seksualitet) ville høre? Thagaard hevdet at dette er en nærmest umulig oppgave, fordi uansett hvor åpent jeg møtte dem, så ble informantene mine preget av den relasjonen de etablerte til meg som forsker (Thagaard, 2011, s. 105).

Min viktigste oppgave i forhold til dette dilemmaet var å møte informantene mine med åpent sinn og prøve å unngå at min kunnskap om og min erfaring som sexolog preget intervjusituasjonen i for stor grad. Jeg forsøkte å innta det Arlene Anderson (2003) omtalte

som en ikke-vitende posisjon. Jeg gikk inn i hvert intervju med mål om å forstå hvordan informantene fikk tingene til å gi mening for hen og sammen med informantene jobbe med problemet, heller enn årsaken til problemet. Jeg prøvde å være bevisst på den kunnskapen, erfaringene, ideene og holdningene jeg bragte med meg inn i intervjuene. Anderson mente ikke at disse elementene kan eller bør fjernes, men at jeg skulle være opptatt av å utforske det informantene bringer inn i samtalen. Andersen kalte det å inngå i et dialogisk samspill som er med på å fremme felles søken etter forståelse (Anderson, 2003, s. 179-180).

Thagaard (2011, s. 111) skrev også at på samme måte som min forforståelse vil påvirke det som skjer i intervjusituasjonen, vil den også påvirke den videre forskningsprosessen. Min forforståelse vil prege både analysen og tolkningen av resultatene fra intervjuene (Thagaard, 2011, s. 111). Det var derfor veldig viktig at jeg hele tiden var bevisst på min kunnskap, erfaring og forforståelse og hvilken påvirkning den kunne og ville ha på alle deler av min forskningsprosess.

### 3.12 Validitet og reliabilitet

Grennes (2012) skrev at begrepene validitet og reliabilitet i mange år har vært nært knyttet sammen med den positivistiske, kvantitative vitenskapstradisjonen. Validitet og reliabilitet sier noe om troverdigheten og påliteligheten i en undersøkelse (Grennes, 2012, s. 118-119).

Johannessen (et al., 2011 s. 244-245, 249) skrev at validitet er det samme som troverdighet og i kvalitative undersøkelser handler validitet om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en mest mulig sannferdig måte reflekterer formålet med studien. Videre skrev de at når jeg som forsker skal gjøre rede for validiteten i min studie, var det viktig at jeg var åpen og ærlig i informasjon om de metodene jeg brukte i datainnsamlingen, intervjumetoden jeg valgte og analysen av transkripsjonene. Spørsmålet om validitet handler også om innholdet i det informantene mine sier.

Johannessen (et al., 2011 s. 244-245, 249) var opptatt av at det oppstår metodefeil i kvalitativ forskning fordi jeg vil påvirke både informantene og intervjusettingen. Informasjonen fra informantene betegnes i stor grad som subjektiv fordi den siles gjennom meg. Overførbarhet eller ekstern validitet sier noe om resultatene fra denne studien kan overføres til lignende fenomen (Johannessen et al., 2011 s. 244-245, 249).

Reliabilitet handler om studiens pålitelighet (Thagaard, 2011, s. 22). Postholm og Jacobsen (2011, s. 129-130) skrev at reliabilitet handler om at forsker gjorde et grundig arbeid med datainnsamling, transkribering, analyse og presentasjon av funn. Det regnes som et kvalitetskrav at forsker har sagt noe om utvalgskriteriene for informantene, beskrevet hvordan forskningsmaterialet ble samlet inn og forklarte grundig hvordan materialet mitt ble bearbeidet og analysert. Jeg har prøvd så godt det lot seg gjøre å være åpen og ærlig om hvordan jeg har utført denne studien og det gir andre muligheten til å vurdere kvaliteten på arbeidet mitt og om det oppleves troverdig og pålitelig (Postholm & Jacobsen, 2011, s. 129-130).

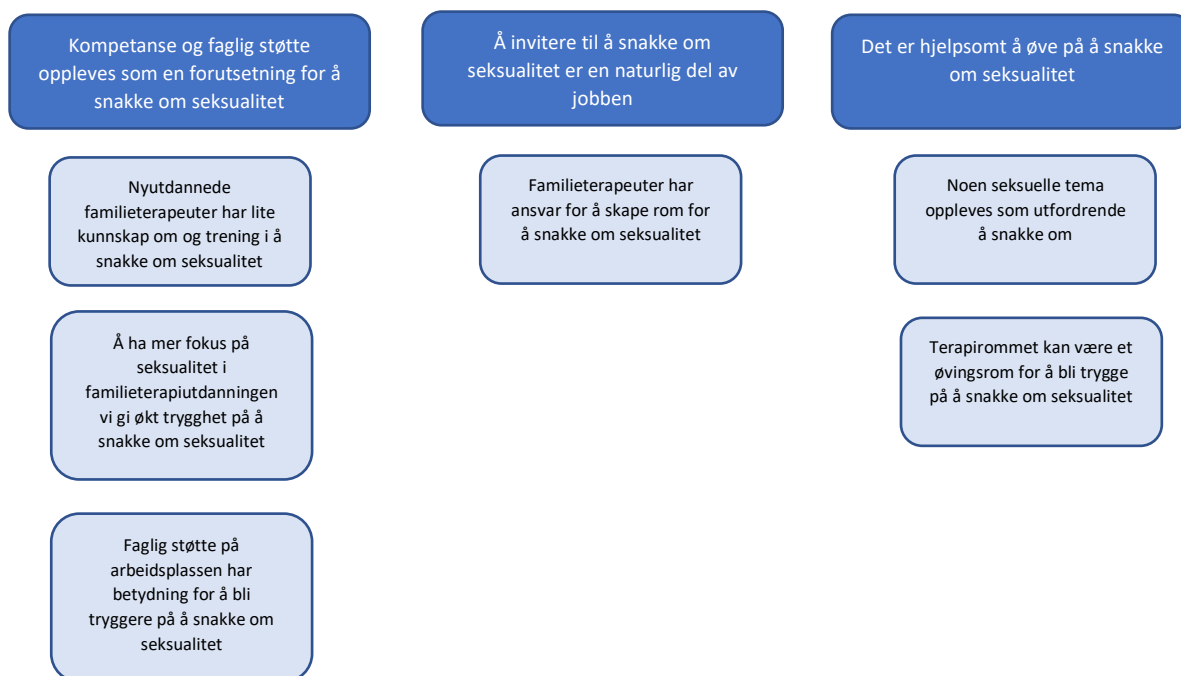
## 4 Analyse og presentasjon av funn

I dette kapittelet skal jeg presentere funnene fra studien. Problemstillingen min var:

«**Hvordan opplever familierapeuter å snakke om seksualitet?**».

Ved hjelp av analysemetoden IPA, har jeg kommet frem til tre hovedfunn og seks underfunn.

Skjematisk fremstilt ser de slik ut, med hovedfunnene i mørk blå og tilhørende underfunn i lysere blå:



Figur 2 Skjematisk fremstilling av hovedfunn med tilhørende underfunn.

For å gjøre sitatene fra intervjuene lettere å lese, valgte jeg å gjøre små endringer i disse. Det innebar at jeg fjernet usammenhengende ord og lyder som for eksempel krent, hm, mm, ja, og nei. Jeg mener likevel at innholdet ble ivaretatt så godt det er mulig, når jeg oversatte fra det talte språk i intervjuene til skrevet tekst. All informasjon som kunne identifisere informantene ble endret eller fjernet og navnene som ble brukt er fiktive navn. Der materialet foran eller bak sitatet mangler, indikerte jeg med tre punktum i klammer [...]. Det er viktig for meg å minne på at mine funn var et resultat av min tolkning. En annen forsker ville tolket det annerledes og sannsynligvis fått andre funn.

### 4.1 Kompetanse og faglig støtte oppleves som en forutsetning for å snakke om seksualitet

Alle informantene trakk frem betydningen av at det å ha kompetanse om seksualitet og det å få faglig støtte som en forutsetning for å snakke om seksualitet. Som nyutdannede

familieterapeuter opplevde flere av dem å ha lite kunnskap om og trening i å snakke om seksualitet. Det var stor enighet om at hvis familieterapiutdanningene økte fokuset på sexologi-faget, ville de oppleve at de ble tryggere på å snakke temaet. Flere av informantene var opptatt av at den faglige støtten på arbeidsplassen knyttet til seksualitet hadde gitt dem mer kunnskap om og større trygghet på å snakke om både de positive og de mer utfordrende sidene ved seksualiteten.

#### 4.1.1 Nyutdannede familieterapeuter har lite kunnskap om og trening i å snakke om seksualitet

Informantene sa at de er opptatt av temaet seksualitet og flere trakk frem at de som nyutdannede familieterapeuter hadde lite kunnskap om og trening i å snakke om seksualitet. De fortalte at de hadde håpet at familieterapiutdanningen i større grad skulle være en arena der de ville få mer kunnskap om og bli tryggere på det å snakke om seksualitet både sammen med klienter og med kollegaer.

Det ble i intervjuene trukket frem at det var lite undervisning om seksualitet i videreutdanningen i familieterapi. En konsekvens av dette var at flere opplevde å ikke ha noen verktøy som handlet om det å snakke om seksualitet. En av informantene eksemplifiserte dette med at i hennes studiet var det et opplegg med to parallelle forelesninger der seksualitet var et av to tema og hun kunne selv velge hvilken forelesning hun ønsket å gå på. Hun sa:

[...] jeg valgte den med seksualitet. Men jeg husker at det var veldig mange som valgte den andre, også fordi det var et relevant og spennende tema da, men for meg var det bare veldig åpenbart at jeg ville få med meg det og det var veldig fint, det husker jeg. Men det var det. [...] så vet jeg også at vi i klassen tematiserte det noe, at det var lite stoff rundt det [...]. (Alva, 57-63)

Alva syntes denne forelesningen hadde vært interessant, men hun opplevde ikke at den var med på å gjøre henne tryggere på å snakke om seksualitet den gangen hun var nyutdannet familieterapeut og temaet dukket i terapirommet (Alva, linje 67-68). En annen informant trakk også frem at hun skulle ønske at det var mer litteratur om sexologi på pensumlisten og flere forelesninger om emnet (Lilly, linje 129-131).

Informantene reflekterte over at det i deres familieterapiutdanning var lite fokus på seksualitet. Det ble trukket frem begrenset tid i utdanningsløpet (Lilly, linje 140-146, Teodor, linje 113-116), det at familieterapiutdanningene kanskje ikke har forelesere som er komfortable med å forelese om seksualitet (Alva, linje 107-108) og det at enkelte familieterapiutdanninger har tradisjon for å være forankret i et kristent grunnsyn og temaet seksualitet muligens vil kunne komme i konflikt med seksualitet som tema (Ingfrid, linje 128-131).

#### 4.1.2 Å ha mer fokus på seksualitet i familieterapiutdanningen vil gi økt trygghet på å kunne snakke om seksualitet

Alle informantene mente at dersom familieterapiutdanningene hadde mer fokus på seksualitet, vil det gi familieterapeuter økt trygghet på å snakke om temaet. Informantene mente det ligger stort potensiale hos familieterapiutdanningene for både å legge inn mer litteratur på pensumlisten og ha flere forelesninger om emnet. Dette mente de vil bidra til at de blir tryggere på å snakke om seksualitet. Et flertall av informantene formidlet et ønske om å få mer kunnskap om seksualitet generelt og det å snakke om seksualitet spesielt. Denne kunnskapen ønsker de skal komme fra personer med erfaring og som jobber med tematikken. Ingfrid sa følgende: «[...] Det hadde vært fint om det hadde vært en som kunne faget som hadde kommet og forelest, en sexolog for eksempel, som kunne også snakket om ulike utfordringer par kan ha eller mennesker kan ha [...]» (Ingfrid, linje 87-90).

To av informantene uttrykte også at for at de skal få opplevelsen av å bli tryggere på å snakke om seksualitet, var det viktig at foreleser hadde erfaring med og selv var trygg på å snakke om temaet. Det var ikke viktig for dem at det måtte være en sexolog (Lilly, linje 136; Alva linje 71-75). Alva trakk frem at for henne ville det gi størst gevinst å få være på forelesing og lytte til personer med erfaring med å snakke om seksualitet. Det ville gitt henne opplevelse av en større trygghet, mer kunnskap og større tilgang på flere og andre ord å bruke i terapirommet (Alva, linje 71-75). Lilly formulerte det slik:

[...] men kunne også gjerne ønske noe undervisning rett og slett [...] Det er noe med å være forberedt på hva man kan møte i terapirommet da og hvilke tilnærminger man kan bruke [...] Så jeg tenker at både teoretisk undervisning, men også dialoggrupper, smågrupper der man kan kna det selv, det har jeg savnet i undervisningen. (Lilly, linje 61-78)

Alle informantene utrykte at mer undervisning om seksualitet i familieterapiutdanningen, ville gjort det lettere for dem som nyutdannede familieterapeuter å snakke om seksualitet både i terapirommet og sammen med kollegaer. Ingfrid mente at både forelesning om seksualitet, øvelser, gruppeøvelser og/eller diskusjonsforum ville gitt henne som familieterapeut større trygghet på å snakke om seksualitet. Lilly sa at for henne ville det vært mest nyttig å få økt kunnskap om hvordan barn opplever sin seksualitet, fordi dette var fjernt fra det hun som voksen kunne oppleve. Hun sa hun også ville hatt mer kunnskap om ulike fetisjer, fordi det var en del av sexologien hun hadde lite kunnskap om (Lilly, linje 122-124, 260).

Flere av informantene foreslo at familieterapiutdanningen kunne hatt valgfrie temaer, der seksualitet var et av dem. Det ble påpekt at mulighet til å løfte opp seksualitet som tema i grupper og å øve på å snakke om seksualitet på samlingene, ville gitt opplevelsen av større trygghet på å snakke om seksualitet i egne møter med klienter i terapirommet. Videre ble det trukket frem at undervisningen om seksualitet må tilrettelegges og flere av informantene ville det vært nyttig å få den i små grupper og at de som var i gruppene var godt kjent og trygge på hverandre (Teodor, linje 78, 103; Alva linje 71-75).

#### 4.1.3 Faglig støtte på arbeidsplassen har betydning for å bli tryggere på å snakke om seksualitet

Det var et gjennomgående tema for alle informantene at det å ha faglig støtte på arbeidsplassen ville ha betydning for å bli tryggere på å snakke om seksualitet. Informantene fortalte om ulike opplevelser både i forhold til hvor akseptabelt det var å snakke om seksualitet som tema på arbeidsplassene deres og hvilken tilgang de hadde til fagpersoner på arbeidsplassene som hadde kunnskap om og som var trygge på å snakke om seksualitet.

Flere informanter uttrykte at de hadde anledning til å snakke med sine kollegaer om seksualitet. En av informantene sa hun opplevde det som uproblematisk å snakke med kollegaene sine om seksualitet og at seksualitet jevnlig var oppe som tema på arbeidsplassen (Teodor, linje 80-81). En annen fortalte at på hennes arbeidsplass var det både kultur for og stor åpenhet i forhold til det å snakke om seksualitet som tema. Hun sa hun opplevde at kollegaene hennes var interessert i å lære mer om seksualitet og hun mente at seksualitet var et viktig tema for familieterapeuter å kunne snakke om (Lilly, linje 264-273). For Ingfrid var det slik at hun som nyutdannet familieterapeut opplevde å ikke ha noen verktøy som



hun kunne ta i bruk når seksualitet ble et tema i møte med klienter. Nå var situasjonen en annen for henne. Hun fortalte at hun i løpet av disse årene hadde opparbeidet seg større trygghet knyttet til det å snakke om seksualitet. Den viktigste grunnen til at det hadde blitt slik, mente hun var fordi han hadde opplevd faglig støtte fra sine kollegaer (Ingfrid, linje 76).

Flere av informantene mente at forholdene på arbeidsplassen var med på å påvirke mulighetene for å bli trygg på å snakke om seksualitet. En av informantene mente at hvis det i det hele tatt fantes noen begrensninger knyttet til seksualitet på hans arbeidsplass, satt disse i så fall i de ansattes egne hoder. Han påpekte at familierapeutene selv hadde et ansvar for å si fra på egen arbeidsplassen, slik at seksualitet som fag kunne få et større fokus (Teodor, linje 213). Han fortalte samtidig at det i løpet av de siste årene hadde blitt ansatt nye kollegaer på arbeidsplassen hans. Mange av disse opplevde han var uerfarne med å snakke om seksualitet og han mente at det nå var på tide å blåse nytt liv i seksualitet som tema for alle på arbeidsplassen (Teodor, linje 205, 213, 214). Implisitt i dette utsagnet ligger det slik jeg ser, et ønske om at de nye medarbeiderne også skal få en mulighet til å bli kjent med faget seksualitet og bli trygge på å snakke om det.

En annen informant hadde samme opplevelse av at nyansatte kollegaer ofte var dårlig trent på å snakke om seksualitet, og at de dermed fikk utfordringer med å snakke om temaet i møte med klienten. For henne var det viktig at arbeidsplassen la til rette for at de som jobbet der fikk mulighet til å tilegne seg ny kunnskap om seksualitet som tema, enten ved selvstudie eller kollegaveiledning. På hennes arbeidsplass hadde de jevnlig fagseminarer og refleksjonsgrupper, der de ansatte hadde mulighet for å ulike temaer, også seksualitet. Jeg tolker dette som at arbeidsplassen til denne informanten tilrettelegger på en måte som kan øke kunnskapen om seksualitet slik at alle de ansatte hadde mulighet til å bli tryggere på å snakke om temaet i terapirommet (Ingfrid, linje 76, 136, 221, 227, 238).

To av informantene hadde tilgang på sexolog på egen arbeidsplass og begge var enige om at det for dem er en faglig berikelse. Lilly sa hun opplever at det å ha sexolog på arbeidsplassen var en stor drivkraft som var med på å holde seksualitet i fokus både hos henne og hos kollegaene hennes. Sexologen fungerte som en slags veileder for sine kollegaer. Hun opplevde at veiledningen fra sexologen var veldig nyttig for å heve kunnskapsnivået om seksualitet generelt og at den samtidig bidro til å gi henne større trygghet når hun skulle snakke om seksualitet med sine klienter spesielt (Lilly, linje 33-39, 152-156, 274). Ingfrid

fortalte om lignende erfaringer. På hennes arbeidsplass hadde sexologen det faglige ansvaret for faget seksualitet. Hun hadde alltid mulighet for å inkludere sexologen når seksualitet ble et tema i terapirommet hvis det var behov for det. Det var sexologen som hadde anbefalt henne å stille spørsmål om seksualitet i første time, så nå gjorde hun alltid det. Hun kunne invitere sexologen inn i samtalene som hun på forhånd visste skulle handle om seksualitet, og hun var alltid med som familieterapeut i disse samtalene. På denne måten opplevde hun å stadig få ny kunnskap om seksualitet, samtidig som hun hele tiden visste hva sexologen og klienten hennes hadde snakket om. Det opplevdes veldig trygt for henne å kunne å stikke inn i døren til sexologen og diskutere utfordringer knyttet til seksualitet (Ingfrid, linje 27, 32, 183, 188, 198, 199, 201, 203, 206, 215, 220). For Teodor og Alva som ikke hadde tilgang til sexolog på egen arbeidsplass, var det vanlig å henvise klientene sine til sexolog de gangene det skulle være behov for det. Begge fortalte at de hadde benyttet seg av denne muligheten flere ganger og at de også kom til å gjøre det i fremtiden (Teodor, linje 93; Alva, linje 136).

#### 4.2 Å invitere til å snakke om seksualitet er en naturlig del av jobben

For noen klienter kan det være utfordrende å ta opp seksuelle utfordringer når de snakker med familieterapeut. Det var bred enighet blant alle informantene om at det å invitere til å snakke om seksualitet var en naturlig del av jobben til en familieterapeut og det var terapeuten som hadde ansvaret for å skape rom for å snakke om seksualitet.

##### 4.2.1 Familieterapeuter har ansvar for å skape rom for å snakke om seksualitet

Det å jobbe som familieterapeut innebærer at det er svært sannsynlig at temaet seksualitet i en eller annen form vil dukke opp i terapirommet. Det kan være både terapeuten og klienten som tar det opp. Informantene sa at de var opptatt av at det var terapeuten som hadde ansvar for å skape rom for klientene slik at de kunne snakke om seksualitet. Ingfrid sa: «[...] jeg tenker jo det ligger i liksom jobben vår [...] når folk kommer i parterapi så er jo seksualiteten en naturlig del av parforholdet, vanligvis [...]» (Ingfrid, linje 231). Teodor fortalte at han prøvde å skape det rommet ved å spørre klientene om de ønsket å snakke om seksualitet i neste time. Implisitt i dette spørsmålet, tolker jeg det som at det ligger både en tillatelse og en invitasjon til å snakke om seksualitet. Han opplevde også at dersom han kjente klienten veldig godt, følte han seg mye friere som terapeut til å snakke med klienten om seksualitet. Han fortalte også om to faktorer som han opplevde var medvirkende til at

han var opptatt av og forsøker å skape rom for å snakke om seksualitet i møte med sine klienter: Det ene var den åpenheten han selv opplevde rundt seksualitet i barndommen og det andre var den erfaringen han hadde med å snakke om seksualitet i sitt eget parforhold (Teodor, linje 128, 132, 134, 136, 156, 167, 252, 255).

En av informantene opplevde motstand fra ledelsen på arbeidsplassen mot å snakke med klientene om seksualitet. Hun sa at hun likevel valgte å bringe seksualitet som tema inn i samtalene og at hun opplevde at hun klarte å skape rom for å snakke om temaet sammen med sine klienter. Hun syntes det var veldig viktig å snakke med de foresatte om barns seksualmønster knyttet til normalutvikling og tegn på seksuelle overgrep. Hun mente også at det at hun inviterte de foresatte til samtaler om barnas og ungdommenes seksualitet, var med på å gi de foresatte mulighet til å snakke med dem om temaet. Disse samtalene opplevde hun hadde stor betydning i forhold til hvordan disse barna og ungdommene ville komme til å forholde seg til seksualitet senere i livet (Alva, linje 116-117, 151- 154, 229, 237-238, 252- 253).

#### 4.3 Det er hjelpsomt å øve på å snakke om seksualitet

«Øvelse gjør mester» er et gammelt og velkjent ordtak. Slik er det også for familierapeuter som skal bli trygge på å snakke om seksualitet. Flere av informantene beskrev at det kan være utfordrende å snakke om seksualitet, men at de til tross for det opplevde at terapirommet kunne være et øvingsrom for å bli tryggere på å snakke om seksualitet.

##### 4.3.1 Noen seksuelle temaer kan oppleves utfordrende å snakke om

Flere av informantene trakk frem som tidligere nevnt, at de ikke var godt nok rustet til å snakke om seksualitet som nyutdannede familierapeuter. I dag opplevde de at det oftest går greit å snakke om seksualitet, men at det noen ganger kunne være seksuelle temaer som opplevdes utfordrende å snakke om.

Flertallet av informantene sa de opplevde at seksualitet var noe av det mest private i livet til et menneske. Ingfrid sa at for henne kunne det noen ganger oppleves for intimt å gå inn i klientens privatsfære. Som et eksempel trakk hun frem at det var utfordrende og vanskelig å vite hva hun skulle bidra med, spesielt når den ene parten i et forhold kommuniserte at hen ønsket noe fra sin partner knyttet til seksualitet (Ingfrid, linje 37, 84, 140,146, 149, 159,161, 195, 204). Alva sa også at hun alltid hadde opplevd seksualiteten som veldig privat og at hun heller aldri hadde vært vant til å snakke om temaet seksualitet da hun vokste opp. Hun

beskrev videre at i hennes jobbkontekst slik den var i dag, så var det utfordrende for henne både å snakke generelt om parets seksualliv og spesielt om nytelse som handlet om det å utforske hva som var fint for han og henne (Alva, linje 34-37, 186-189, 193). Lilly beskrev det slik: «[...] litt ambivalent, for det var akkurat som det var på en måte [...] veldig naturlig og selvfølgelig, men også litt fremmed å snakke om med helt fremmede mennesker» (Lilly, linje 148-150).

Lilly sa videre at selv om hun opplevde at det var utfordrende for henne å snakke om seksualitet i starten, var det nå blitt viktig for henne å være nysgjerrig når de seksuelle temaene ble bragt inn i møte med klienter (Lilly, linje 147-150, 261). Hun beskrev noen fysiske og psykiske symptomer hun kan oppleve når seksualitet blir et tema i terapirommet. Det kan være følelsen av uro, hjertebank, følelsen av å grue seg, usikkerhet og vansker med å holde blikket. Hun fortalte at som et resultat av dette opplevde hun at hun ofte ble veldig ivrig på å tegne på tavlen, hun økte merkbart tempoet i samtalen, hun ble ivrig på å flytte fokus og tok seg liten tid til å dvele (Lilly, linje 164-170, 171-179).

For Teodor kunne det være utfordrende de gangene han opplevde at noen av klientene han møtte, ikke hadde et språk for å snakke om seksualitet. Han har flere ganger opplevd at det ble helt stille når han som terapeut brakte temaet inn i terapirommet. Han fortalte at han også kunne oppleve det krevende å snakke om temaer som for eksempel impotens og det å snakke med kvinner som var eller hadde vært utsatt for seksuelle overgrep (Teodor, linje 117, 121, 130, 155, 173, 196, 247).

Tre av informantene var opptatt av at både terapeutens skam og klientens skam kunne gjøre det vanskelig å snakke om seksualitet. Ingfrid påpekte at selv om seksualitet var viktig for flere av de klientene som kom til henne, opplevde hun at noen klienter synes det var flaut og at det for noen av disse var knyttet en del tabu til det å snakke om seksualitet (Ingfrid, linje 20, 87). Flere av informantene fortalte at det å snakke om seksualitet noen ganger kunne være utfordrende, fordi familieterapeuten selv kunne kjenne på klienten sin skam eller at terapeuten overførte sin egen skam på klienten. Teodor mente at han som familieterapeut hadde et ansvar for å legge forholdene til rette hvis han opplevde at klientene ble blyge eller hadde mye skam knyttet til seksualitet (Teodor, linje 118, 129, 170). Han sa: «Det er jo vanlige folk som jobber på et familievernkontor og vi har alle vårt. Og noen kommer fra

veldig streng oppvekst, kanskje påført mye skam. Og kanskje overfører de skammen til klientene sine [...]» (Teodor, linje 169-172).

Ingfrid var også opptatt av skam knyttet til seksualitet og hun formulerte seg slik: [...] for hvis jeg blir flau over å spørre om det, så vil det smitte over [...] (Ingfrid, linje 137-138). Hun sa videre at i tillegg til at klientene kunne synes det var flaut å snakke om seksualitet sammen med terapeut, kunne det også tenkes at forholdet mellom klientene hadde blitt så anstrengt, at det av den grunn kunne være vanskelig å snakke om temaet i terapirommet (Ingfrid, linje 143, 145). På samme måte som for de andre, understreket Lilly at det var viktig for henne å fremstå slik at hun som terapeut ikke var den som påførte klientene sine skam (Lilly, linje 161-163).

4.3.2 Terapirommet kan være et øvingsrom for å bli tryggere på å snakke om seksualitet  
Samtlige informanter trakk frem at det å kunne snakke om seksualitet i møte med klienter, var og skulle være en naturlig del av det å jobbe som familieterapeut. De mente også at terapirommet kunne være et øvingsrom som ga mulighet for familieterapeuter å bli tryggere på å snakke om seksualitet. De pekte på viktigheten av å trene på å snakke om seksualitet, samt å bruke tidligere erfaringer for læring og utvikling knyttet til seksualitet som tema.

Flertallet av informantene delte at de var opptatt av det språket de skulle bruke for å øve på å snakke om seksualitet. Ingfrid fortalte at en viktig del av jobben hennes som familieterapeut, var å normalisere det å snakke om seksualitet. Hun føyde også til at det var nødvendig for henne å øve på å snakke om alle temaer som berørte det å være menneske, inkludert seksualitet. For henne var mengdetrening på å snakke om seksualitet viktigere og mer nyttig enn å bare lese seg opp på temaet (Ingfrid, linje 49, 81, 242). Hun formulerte seg slik: «[...] så tenker jeg at vi må hoppe i det, og bare gjøre det [...]» (Ingfrid, linje 246-247). Ingfrid trakk frem følgende momenter som viktig for å bli mer trygg på å snakke om seksualitet; å ha kunnskap om faget og være trygg, å forstå hva hun holdt på med, å ha verktøy for å kunne snakke om seksualitet og å ha evne til å ikke bli flau over temaet (Ingfrid, linje 57, 121, 137, 139, 150, 156). Hun sa: «[...] så opplever jeg jo at jo mer trygg jeg er, jo tryggere blir det for klientene at jeg spør [...]» (Ingfrid, linje 136-137).

To av de andre informantene delte langt på vei hennes syn på betydningen av å øve på å snakke om seksualitet. Teodor sa at for han hadde det blitt nærmest umulig å snakke om seksualitet i terapirommet, hvis han ikke hadde hatt mulighet til å øve på det. Han opplevde

fortsatt at han noen ganger måtte «ta litt sats» når seksualitet ble et tema, enten av han som terapeut eller kom opp som et ønske fra klienten (Teodor, linje 123). Alva trakk også frem viktigheten og nødvendigheten av å trene på å snakke om seksualitet. For henne så handlet det om å snakke om seksualitet, trene på å si det høyt, sette ord på det og kjenne på hvordan ordene lå i munnen (Alva, linje 241-246). Hun understreket at hvilke ord hun brukte når hun snakket om seksualitet i møte med klienter, varierte. Som nyutdannet familieterapeut opplevde hun at hun måtte prøve seg frem. Hun var opptatt av å bruke egne ord og prøvde å gjøre temaet seksualitet enkelt å forstå for klienten (Alva, linje 166-170, 176, 220-223, 241-244). Hun sa:

[...] når dialogen starter så lytter jeg jo til hvordan de omtaler det og hvordan de bruker språket da. Og da tror jeg nok at jeg adopterer det, på en måte. Altså tilpasser jeg meg til hvordan de ønsker å si det [...]. (Alva, linje 9, 168-170)

For Teodor var det viktigste å lære seg å kommunisere på en enkel måte om de vanlige seksuelle utfordringene. Både som privatperson og som terapeut mente han at han hadde et ganske rikt språk og når han møtte klienter som også hadde et rikt språk, opplevdes det ikke hverken som noe nytt og eller veldig utfordrende for han. Han påpekte at han hadde blitt mye mer forsiktig, fordi han har opplevd at han har invitert klienter til å snakke om ting knyttet til seksualitet som han oppdaget at de ikke var klare for. Som eksempel spør han nå ofte klientene om hvilke ord de bruker når de snakker om seksualitet, for å sikre at klienten kunne oppleve at det var trygt å snakke om seksualitet i terapirommet. Han hadde noen ganger opplevd å være det han kalte for pågående knyttet til å snakke om seksualitet i møte med sine klienter. I ettertid hadde han mistenkt at han muligens ved å snakke om seksualitet uten at klientene ønsket det eller var klar for det, hadde krenket noen av dem (Teodor, linje 84, 250, 254, 257, 258, 259). Lilly fortalte at for henne hadde kunnskapen om og tryggheten på å snakke om seksualitet kommet, fordi hun valgte å bruke mye tid på å øve på det i samtaler med klienter (Lilly, linje 153-154, 184-196, 303, 310).

#### 4.4 Oppsummering av funnene

Samtlige informanter fortalte om opplevelsen av å ha lite kunnskap i og lite trening på å snakke om seksualitet som nyutdannede familieterapeuter når de skulle starte i sin kliniske praksis. Jeg forstår det som at informantene hadde et ønske om å ha mer kunnskap om seksualitet, flere terapeutiske redskaper å ta i bruk når seksuelle utfordringer ble et tema og

å bli tryggere på å snakke om seksualitet. De pekte på at det å snakke om seksualitet som nyutdannede familieterapeuter, var utfordrende i møte med klienten fordi de hadde hatt så lite forelesninger og øvelse i å snakke om temaet både på grunnutdanning og videreutdanning i familieterapi. De understreket også betydningen av å ha faglig støtte på arbeidsplassen for å bli tryggere på å snakke om seksualitet. Jeg tolker det som at det å kunne snakke med kollegaer om seksualitet, det å kunne diskutere seksuelle problemstillinger og det å ha en arbeidsplass som tillot slike diskusjoner, ville være med på å gi dem en følelse av større trygghet knyttet til det å snakke om seksualitet.

Funnene viste også at det å invitere til å snakke om seksualitet og å legge forholdene til rette for at det skal kunne skje, ble regnet som en naturlig del av en familieterapeuts jobb. Det å øve på å snakke om seksualitet generelt og utfordrende seksuelle problemer spesielt, ville kunne gi familieterapeuter større trygghet på å snakke om temaet både sammen med kollegaer og klienter. Studiens diskusjon vil i fortsettelsen ta utgangspunkt i disse funnene.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet har jeg drøftet funnene jeg har analysert ved bruk av analysemetoden IPA opp mot teori og relevant forskning. For å gjøre drøftingen oversiktlig, valgte jeg å la de tre hovedfunnene danne overskriftene. Jeg valgte også å gi underfunnene nye overskrifter i diskusjonsdelen, og overskriftene danner rammen for selve diskusjonen.

### 5.1 Kompetanse og faglig støtte oppleves som en forutsetning for å snakke om seksualitet

Informantene mente at nyutdannede familieterapeuter har lite kunnskap om og trening i å snakke om seksualitet. De var også opptatt av at det å sette mer fokus på seksualitet i familieterapiutdanningen, ville kunne gi økt trygghet på å snakke om seksualitet. Det var også bred enighet blant informantene om at faglig støtte på arbeidsplassen hadde betydning for å bli tryggere på å snakke om temaet.

5.1.1 Seksualitet i familieterapiutdanningen; lite kunnskap og få terapeutiske redskaper  
Regjeringen la i 2016 frem strategiplanen «Snakk om det. Strategi for seksuell helse 2017-2022» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). En av målsetningene var å styrke kompetansen om seksualitet hos flere yrkesgrupper, inkludert ulike helseprofesjoner, ansatte i barnevern og i skoleverket. Dette skulle gjøres ved å tematisere seksualitet i grunnutdanningene og/eller gjennom egne etter- og videreutdanningstilbud i regi av høyskole/universitet. Seksualitet som helseressurs kunne også være et aktuelt fordypningstema på seminarer og i fagmøter. Informantene etterlyste mer kunnskap om og øvelse i å snakke om seksualitet i sin videreutdanning i familieterapi og det er ingen tvil om at strategiplanen kan være et steg i riktig retning for å øke kompetansen for mennesker som jobber med mennesker.

Et viktig poeng som reiser seg i kjølvannet av denne strategiplanen, er at jeg ikke kan se at det står noe i planen om hvem som skal ha ansvar for å følge opp at den seksuelle fagkompetansen faktisk øker. Den sier heller ikke noe om hvor mye penger som skal bevilges til universiteter og høyskoler, slik at seksualitet kan settes på dagsorden og kyndige forelesere kan leies inn der det er behov for det. Jeg undrer jeg meg over at det kan se ut som at det mangler en plan for hvordan dette skal tas hånd om. Skal ansvaret ligge på et lokalt nivå eller et nasjonalt nivå? Hvem skal holde i trådene og passe på at det blir fulgt opp? Skal det være opp til hver og en utdanningsinstitusjon hvordan dette skal skje? Vil det i



tilfelle være tilstrekkelig for å sikre at mennesker som jobber med mennesker får mer kunnskap om seksualitet og at befolkningen i neste omgang får så mye kunnskap om seksualitet at de er i stand til bedre å ivareta sin egen seksuelle helse?

Som familieterapeut i klinisk praksis møter man mennesker med sammensatte utfordringer, og seksuelle problemer kan være et av flere temaer i terapirommet. Alle informantene i denne studien fortalte at de opplevde å få lite kunnskap om seksualitet på familieterapistudiet. En av informantene sa at hun hadde mulighet til å velge forelesning om seksualitet som en av flere ulike forelesninger som gikk parallelt. Hun beskrev den som interessant, men hun opplevde ikke at den forelesningen bidro i særlig grad til at hun som nyutdannede familieterapeut opplevde å ha nok kunnskap om seksualitet og det å snakke om seksualitet i samtaler med klienter (Alva, linje 67-68). En av de andre informantene fortalte at det var for få forelesninger om seksualitet og for lite litteratur om sexologi på pensumlisten på familieterapistudiet (Lilly, linje 127-131). Dette resulterte i at hun etter endt utdanning manglet terapeutiske verktøy som hun kunne bruke, når hun skulle snakke med klienter om seksualitet (Ingfrid, linje 60-64, 75-75).

Dette samsvarer langt på vei med et av de funnene Trude Aarnes la frem i sin masteroppgave fra 2015. Hun fant at familieterapeuter i sin videreutdanning hadde fått lite undervisning i seksualitet som tema og heller ikke fått trening i hvordan seksualitet kunne tematiseres. Studier som omhandlet psykologers kunnskap om seksualitet, ga et lignende bilde. I studien til Træen og Schaller (2013) svarte over halvparten av informantene at de ikke hadde noen formell utdanning i sexologi. Over halvparten svarte også at de ikke opplevde å ha nok kunnskap om seksualitet til å jobbe med det i terapi. I studien til Bjørkheim og Hegg (2020) noen år senere, fant de at i underkant av 30 % av psykologene hadde sexologisk utdannelse eller kurs og mer enn halvparten svarte at de ikke hadde nok kunnskap i seksualitet. I begge disse to sistnevnte studiene, kom det også frem at de psykologene som hadde fått kunnskap om seksualitet under utdanning, oftere spurte klientene om temaet og snakket mer om seksualitet i terapi (Træen & Schaller, 2013; Bjørkheim & Hegg, 2020).

Informantene opplevde å ha fått for lite kunnskap om seksualitet på familieterapiutdanningen og uttrykt ønske om mer både av forelesninger og litteratur om emnet. Dette tolker jeg slik at de både opplever å ha behov for denne kunnskapen og at den

ville gjort dem tryggere på å snakke om seksualitet. Det er umulig å vite hvilke temaer som bringes inn i terapirommet, og seksualitet kan være et av mange aktuelle tema. Goolishian (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 187-188) mente at terapi var å delta i en samtale med mennesker om problemer, slik at man sammen kan utvikle ny mening. Slik jeg ser det ligger det implisitt i dette utsagnet at slike problemer også kan omhandle seksualitet. Det betyr at seksualitet etter min mening kan og bør være en naturlig del av en samtale mellom familieterapeuten og klienten.

Det at to av informantene opplevde å ha lite kunnskap om seksualitet, mener jeg kan sees det i lys av det Goolishian kaller «å skape ny mening» (Hårtveit & Jensen, 2004, s. 187-188). Jeg tolker det «å skape ny mening» som det samme som å få til en forandring eller for å relatere det til seksualitetens verden, å redusere eller løse klientens seksuelle utfordring. Hvordan er det å skape ny mening og å få til forandring for klienten, når familieterapeuten har lite kunnskap både om seksualitet generelt og det å snakke om seksualitet spesielt? Almås (2015) sa noe om akkurat denne problemstillingen, når hun hevdet at mennesker med seksuelle problemer ofte møter fagfolk som ikke har kompetanse på seksualitet og hvordan håndtere seksuelle problemer. Det at de ikke blir forstått og møtt på en åpen og faglig kompetent måte, mente Almås kunne føre til en opplevelse av redusert livskvalitet for noen av disse menneskene. Hun hevdet samtidig at ansvaret for å forvalte seksualitet på en god måte, ligger hos sentrale myndigheter. Når den seksuelle kunnskapen øker, vil det skape mer positive holdninger knyttet til temaet og bedre ivaretagelse av seksuelle rettigheter. Det vil igjen føre til færre negative konsekvenser av seksuell atferd og gi bedre seksuell livskvalitet (Almås, 2015).

Alle som utdannes til familieterapeuter i Norge i dag har en grunnutdanning. En utfordring Vildalen (2014, s.209) løftet frem, handlet om at pensumet i helse- og sosialfaglig grunnutdanning, inneholdt ingen eller svært få timer om temaet seksualitet. I NOU-rapporten «Den store forskjellen» fra 2023 var det også anbefalt at utdanningsinstitusjoner i Norge burde bestrebe det å styrke studenters kunnskapsnivå på seksualitet slik at studentene ble i stand til å kunne tematisere seksualitet i møte med mennesker de vil få ansvar for i sin jobb (NOU, 2023, s. 138-139). Selv om NOU-rapporten påpeker at dette er en utfordring det er viktig å løse, vil dette i praksis fortsatt bety at familieterapeuter som har grunnutdanningen sin fra helse- og sosialsektoren, kan risikere å enten ikke få eller få for lite

kunnskap om seksualitet og det å snakke om temaet, også i familieterapiutdanningen. Selv om det begynner å bli noen år siden Vildalen (2014) kastet lys på denne utfordringen, kan opplevelsen til mine informanter tyde på at dette fortsatt er en aktuell problemstilling.

#### 5.1.2 Å snakke om seksualitet på arbeidsplassen; psykologisk trygghet

Alle informantene understreket betydningen av faglig støtte på arbeidsplassen for å bli tryggere på å snakke om seksualitet. En av informantene strakk seg så langt som til å si at det var på grunn av den faglige støtten fra kollegaene sine, at hun hadde klart å opparbeide seg den tryggheten hun i dag hadde til det å snakke om seksuelle tema (Ingfrid, linje 76). Dette sammenfaller med det Edmonson et.al (2016) kalte psykologisk trygghet. Det handlet om et samspill mellom de ansatte på arbeidsplassen der alle kom overens med hverandre og der det var store muligheter for både personlig og profesjonell utvikling. Det er derfor rimelig å anta at det på denne informantens arbeidsplass oppleves å være høy grad av psykologisk trygghet. Et annet viktig poeng i forhold til psykologisk trygghet, er den muligheten de ansatte da har til å si ifra hvis det er noe de ønsker skal forandres. Teodor fortalte at han mente de ansatte hadde et ansvar for å si fra på egen arbeidsplass hvis de mente at det var for lite fokus på og /eller kunnskap om seksualitet (Teodor, linje 213). Slik jeg ser det, er det enkelt å gjøre det på arbeidsplasser med høy grad av psykologisk trygghet. På de arbeidsplassene der de ansatte opplever liten grad av psykologisk trygghet, vil det slik Edmondson et.al. (2016) omtalte begrepet, være en mer utfordrende oppgave å si fra. Det kan også henge sammen med at seksualitet for mange er et privat og tabubelagt tema. Følelsen av skam kan være forstyrrende og på den måten at det kan bli altfor vanskelig å snakke om (Kaufman, 1996, s. 4-63). På en arbeidsplass der mange ansatte opplever at seksualitet er vanskelig å snakke om, vil det være mindre grad av psykologisk trygghet knyttet til det å snakke om seksualitet. Slik jeg ser det vil den psykologiske tryggheten fortsette å være lav, inntil det kommer noen som våger å snakke om seksualitet og som dermed bidrar til å bryte mønsteret.

Noen av informantene trakk frem at de opplevde at nyansatte terapeuter på deres arbeidsplass var dårlig trent på å snakke om seksualitet. Det ble etter deres mening opp til både personlig kompetanseheving på temaet og arbeidsplassen med mulighet for fagseminar, refleksjonsgrupper og kollegaveiledning å legge til rette for at disse også kunne bli trygge på å snakke om seksualitet (Teodor, linje 205-214; Ingfrid, linje 221-227). Det å se

slik læring i lys av Bandura sin sosial-kognitive læringsteori (Lyngsnes & Rismark, 2015, s. 56-58) kan være nyttig på flere måter. Bandura var opptatt av at all læring skjer i samspill med andre mennesker. Det tolker jeg som at det å være ansatt på et arbeidssted med tilgang på kollegaer som er villig til å bidra til kompetanseheving, i utgangspunktet vil gi mulighet for godt læringsutbytte.

Et annet viktig element i sosial-kognitiv læringsteori er modell-læring, der den ansatte selv erfarer eller observerer hvordan kollegaer for eksempel tilegner seg kunnskap om seksualitet eller snakker om tematikken i terapi. Det Ingrid fortalte om at hun valgte å tilegne seg kunnskap om seksualitet og hun deltok på kollegaveiledning, fagseminar og refleksjonsgrupper der seksualitet var tema, kan slik jeg ser det være en form for modell-læring. Det å være sammen med på kollegaveiledning med en kollega som har kunnskap om det å snakke om seksualitet, det å være på fagseminar og i refleksjonsgrupper der temaet er seksualitet, vil gi Ingrid mulighet til å bli tryggere på å snakke om temaet i møte med klienten. Dette kan også knyttes til det Bandura kaller forventning om mestring (self-efficacy) (Lyngsnes & Rismark, 2015, s. 56-58). Det handler om både de faktiske evnene personen har, om personens oppfatning av egne evner og hvordan tankene om egne evner vil påvirke oppstart og gjennomføring av oppgaver. For Teodor (linje 80-81) og Lilly (linje 33-39) som på det tidspunktet i karrieren ikke opplevde at det var spesielt problematisk å snakke om seksualitet med sine kollegaer, kan man anta at de har høy forventning om mestring (high self-efficacy). Jeg tenker at dette vil være en stor fordel for de kollegaene som skårer lavt på forventning om mestring. De ville sannsynligvis ha nytte av å se og høre hvordan Teodor og Lilly snakket om seksualitet med kollegaene sine og lære av det.

Det å ha tilgang på sexolog på arbeidsplassen, opplevde både Lilly og Ingrid var det de kalte en faglig berikelse (Lilly, linje 33-39; Ingrid, linje 27-32). Det at en ansatt med mye kunnskap om seksualitet veiledet ansatte som kan mindre om seksualitet, mente Lilly bidro til at hun ble tryggere når hun skulle snakke om seksualitet med sine klienter. Ingrid fortalte at hun kunne stikke innom i døren til sexologen på hennes arbeidsplass hvis det oppsto utfordrende seksuelle problemstillinger. Hun hadde også mulighet til å ta sexologen med inn i samtaler sammen med klienter som var avtalt skulle handle om seksualitet. På denne måten opplevde hun stadig å få ny kunnskap om seksualitet (Lilly, linje, 152-156).

Det å være en del av et arbeidsmiljø, der det er dialog mellom de ansatte og der det er rom for å lære og å lære av hverandre, er i høyeste grad i tråd med sosialkonstruksjonistisk tankegang. Gergen (2010, s. 13-26) var opptatt av dialog og dialogiske prosesser. Han hevdet at dialogen var med på å konstruere den verdenen vi mennesker lever i. Ny kunnskap mente Gergen ville gi nye muligheter for å handle. Det mener jeg kan forstås som at når familieterapeuten sitter i samtale med sin klient, vil det gjennom dialogen skapes forståelse av hva som er klientens utfordring. Gjennom samtalen vil terapeuten få mulighet til å forstå klientens livsverden og gjennom den forståelsen kan terapeuten ved hjelp av terapi ha mulighet for å hjelpe klienten til opplevelse av enten å redusere eller aller helst ta bort utfordringen. Det er rimelig å anta at det samme vil skje når seksualitet blir et tema i dialogen mellom familieterapeut og klient. Den kunnskapen som vokser frem i samtalene mellom familieterapeut og klient, kan også etter min mening være det Bateson (Jensen, 2011, s. 26-31) omtaler som informasjon. Når familieterapeuten på bakgrunn av denne informasjonen, kan sette i verk terapeutiske intervensjoner som vil hjelpe for klientens utfordringer, så vil det kunne kalles en forskjell som gjør en forskjell.

## 5.2 Å invitere til å snakke om seksualitet er en naturlig del av jobben

Det kan noen ganger være utfordrende å vite om det er terapeuten eller klienten som har ansvar for å bringe inn seksualitet i terapien. Det at noen familieterapeuter kan vegre seg for å spørre klienten om seksualitet, kan være grunnen til at terapeuten lar være å bringe temaet inn i samtalen. En del klienter kan også unngå å ta seksualitet opp som tema i terapi, fordi de ikke våger.

### 5.2.1 Å snakke om seksualitet i terapi; deltagende subjekt i kommunikasjon

Seksualitet kan komme opp som tema i samtaler med klienter på mange måter. Flere av informantene fortalte at de som nyutdannede familieterapeuter manglet et språk for å snakke om seksualitet og at de derfor også kunne både grue seg til og unngå å ta det opp som tema i samtale med klienter. En av informantene sa han opplevde det krevende å snakke om seksuelle temaer som impotens og å snakke med kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep (Teodor, linje 121). En annen beskrev tilstedeværelsen av fysiske symptomer som usikkerhet, hjertebank og en trang til å flytte fokus fra temaet seksualitet til andre familieterapeutiske tema, når hun skulle snakke om seksualitet (Lilly, linje 164- 179).

Det kan være interessant å se dette fenomenet i lys av Skjervheim (Jensen, 2009) sin teori om at det er språket vårt og det å kunne kommunisere med hverandre, som gjør et menneske unikt. Skjervheim understreket også betydningen av at et menneske alltid være et deltagende subjekt i kommunikasjonen mellom to eller flere andre mennesker (Jensen, 2009, s. 58). Slik sett kan språket gi familieterapeuter unike muligheter til å forstå klienten og hans utfordringer og å kunne hjelpe klienten slik at problemene blir mindre eller forsvinner. I de tilfellene der det for familieterapeutene er utfordringer knyttet til hvilke ord det er trygt å bruke og det at de dermed kan unngå å snakke om seksualitet, kan språket bli begrensende.

Det å se på erfaringen med at språket, eller i flere av informantenes tilfelle mangel på språk, kan være begrensende, kan sees i lys av systemisk teori om annenordenskybernetikk (Jensen, 2011, s. 58-59). Annenordens-kybernetikk innebærer at man som terapeut i møte med sin klient vil påvirke og bli påvirket. Familieterapeuten bringer med seg sin kunnskap, sine erfaringer og sine ord inn i terapien og det vil være med på å forme måten terapien utøves på. På den annen side vil klienten med sin kunnskap, sine erfaringer og sitt språk, også kunne påvirke terapeuten og dermed terapien. Familieterapeuten, kan slik jeg ser det, bruke språket til å åpne opp for mulighet til å hjelpe klienten ved å snakke om seksualitet og seksuelle utfordringer, men kan som vi ser også å lukke for muligheten. Dette kan samtidig også ha konsekvenser for relasjonen mellom familieterapeut og klient.

Relasjon er et annet viktig begrep i systemteoretisk tenkning og terapeuten har et ansvar for at relasjonen er basert på tillit, oppmerksomhet, aksept, empati og positiv aktelse (Duncan, 2016, s. 163-164). I en situasjon der familieterapeuten opplever at det er vanskelig å snakke om seksualitet og klienten hadde stort behov for å snakke om seksuelle utfordringer, vil det kunne påvirke relasjonen mellom familieterapeuten og klienten. En god relasjon kan betegnes av en følelse av trygghet mellom terapeut og klient (Røkenes & Hansen, 2002, s. 25-26). Hvis klienten merker at familieterapeuten synes det er vanskelig å snakke om seksualitet og til og med unngår temaet, så vil relasjonen slik jeg ser det, kunne bære preg av å være utrygg. Det vil i så fall skape mindre mulighet for å få til en forandring for klienten og å få til det som Jensen (2011) kaller en demokratisk og dialogisk samtale mellom familieterapeuten og klienten (Røkenes & Hansen, 2002, s. 25-26; Jensen 2011, s. 126-128). Det er rimelig å anta at det vil kunne ha negativ innvirkning både på familieterapeutens

mestringsfølelse og på klientens utbytte av terapien. Et annet viktig perspektiv det er verdt å nevne i den relasjonelle sammenheng, er det som handler om når det er trygt nok for terapeuten å snakke om seksualitet. Hva skal til for å bli trygg nok? Videre diskusjon vil være med på å avdekke sannsynlige påvirkningsfaktorer.

#### 5.2.2 PLISSIT-modellen; en måte å snakke om seksualitet på

Familieterapeuter møter mange klienter som både unngår å snakke om seksualitet, men også klienter som mer enn gjerne forteller om sine seksuelle utfordringer. Man kan undre seg over om det er terapeuter eller klienten som har ansvaret for at seksualitet bringes inn i terapirommet. Ingfrid sa: [...] jeg tenker jo det ligger liksom i jobben vår [...] når folk kommer i parterapi, så er jo seksualiteten en naturlig del av parforholdet, vanligvis [...]» (Ingfrid, linje 231). Flere av informantene var opptatt av å prøve å skape rom for å snakke om seksualitet med klientene sine og et eksempel som ble trukket frem var å spørre klientene om de ønsket å snakke om seksualitet i neste time. Jeg tolker det som en måte å både sjekke ut om klientene ønsker eller har behov for å snakke om seksualitet og å gi signaler til klientene om at «her i dette terapirommet er det lov å snakke om seksualitet». Det er dette Annon (1976) kalte å gi tillatelse (Permission) og som ble omtalt som det første nivået i PLISSIT-modellen. Modellen regnes som en metode for å forholde seg til seksualitet. Slik jeg ser det er det viktigste det som ligger i *tillatelsen* til å snakke om seksualitet. Det at det kommuniseres fra terapeuten at det er lov å snakke om seksualitet, gir klienten en mulighet til å snakke om for eksempel utfordrende seksuelle problemer. Hvis den tillatelsen ikke tydelig kommuniseres fra terapeuten, er det stor sannsynlighet for at klienten ikke tar opp seksualitet som et tema i terapien (Aarnes, 2015). Et annet viktig perspektiv er det som handler om hvor kompetent terapeuten opplever å være knyttet til det å snakke om seksualitet.

Som jeg tidligere har nevnt, har ingen av informantene i denne studien hatt mange forelesninger om seksualitet hverken i sin grunnutdanning eller i videreutdanningen i familieterapi. Flere studier viser at det er en klar sammenheng mellom hvor trygg terapeuten føler at hen er på å snakke om seksualitet og hvor ofte terapeuten tar seksualitet som tema opp i møte med klienten. De terapeutene som opplevde å ha høy kompetanse om seksualitet og erfaring med å snakke om temaet, tok oftere opp seksualitet i klinisk arbeid enn de som opplevde å ha lite kunnskap og erfaring med seksualitet (Aarnes, 2015; Bjørkheim & Hegg, 2020; Dermer & Backenberg, 2015; Harris & Wenner, 2007; Marcovic,

2007; Nordahl, 2016; Træen & Schaller, 2016; Zambori & Zaid, 2017). Da blir spørsmålet hvordan det er mulig å øke terapeutenes kompetanse om seksualitet, slik at de ikke vegrer seg og tar ansvar for å bringe inn det seksuelle perspektivet i samtaler med klientene sine.

Med kunnskap om seksualitet og erfaring med å snakke om seksualitet, vil terapeuten også kunne fortsette på de neste trinnene i PLISSIT-modellen. Terapeuten kan da snakke generelt om seksualitet (Limited Information) eller på neste trinn gi råd (Specific Suggestion) i forhold til seksuelle utfordringer. Noen ganger kan det være nødvendig å sende klienten videre til intensiv terapi, Intensive Therapy (Annon, 1976).

Kritiske røster mot PLISSIT-modellen har gått ut på at den i sin beskrivelse av hvordan terapeuten skal forholde seg til seksualitet, har vært altfor opptatt av å gå fra første trinn, til andre trinn, til tredje trinn og i noen tilfeller til fjerde trinn (Davis & Taylor, 2007). Kritikken handlet om at det kunne vært en fordel å hatt en mer flytende bevegelse både oppover og nedover i trinnene i modellen. Jeg er av den oppfatning at modellen kan brukes slik terapeuten erfarer den best. Det viktigste er uansett at den er til hjelp for både terapeuten og klienten.

### 5.3 Det er hjelpsomt å øve på å snakke om seksualitet

Det å øve på noe man ikke kan, kan gi muligheter for ny læring og utvikling. Det å øve på å snakke om seksualitet, vil slik jeg ser det etter hvert også gi en økt trygghet på nettopp det å snakke om temaet. En av informantene sa det slik: «[...] så opplever jeg at jo mer trygg jeg er, jo tryggere blir det for klientene at jeg spør» (Ingfrid, linje 136-137).

#### 5.3.1 Når seksuelle tema blir utfordrende: intimitet og skam

Flere av informantene trakk frem at de opplevde seksualitet som noe av det mest private i livet og at det kan oppleves invaderende å gå inn i andre menneskers privatsfære (Brandenburg & Bitzer, 2009, s. 125). Lilly beskrev det slik: «[...] litt ambivalent, for det var akkurat som det var på en måte [...] veldig naturlig og selvfølgelig, men også litt fremmed å snakke om med helt fremmede mennesker» (Lilly, linje 148-150). Hun kunne også fortelle at når seksualitet ble et tema i terapien, kunne hun kjenne på et fysiske og psykiske ubehag. Det kunne være hjertebank, motorisk uro, usikkerhet, følelse av å grue seg, iver etter å tegne på tavlen, merkbar tempoøkning i samtalen og liten tid til å dvele (Lilly, linje 164-179). Dette sammenfaller med det Aars (2011, s. 7-15) og Schei (2006, s. 19-20) skrev om i forhold til når noen behandlere kan oppleve det utfordrende å finne de riktige ordene. Andre kan føle på



en redsel for at det å ta opp seksuelle problemer med pasienten kan enten skade dem, gjøre dem flau eller få terapeuten selv til å kjenne på det som kalles terapeutisk hjelpeløshet (Brandenburg & Bitzer, 2009, s. 125).

Flertallet av informantene i studien var opptatt av både terapeutens skam og klientens skam (Ingfrid, linje 87; Teodor, linje 169-172; Lilly, linje 161-163). Almås og Benestad (2010) hevdet at det er helt vanlig at vi mennesker føler skam for noe vi er og at vi også kan føle skam fordi vi skammer oss (Almås & Benestad, 2010, s. 226-229). Informantene opplevelse av skam kan også sees i lys av seksualitetens historiske kontekst (Almås & Benestad, 2010). Den påvirkningen bibelen med alle sine påbud og forbud har hatt på seksualiteten mellom mennesker, har slik jeg ser det gitt gode vekstforhold for skammen. Det var mange ting for mennesker å skamme seg over. Det var bare lov å elske mennesker av motsatt kjønn. Det å elske mennesker av samme kjønn var forbudt helt frem til 1972. Det var til og med så alvorlig at det ble satt opp som en egen psykiatrisk diagnose. Det var heller ikke lov å elske med en man ikke var gift med og det var lite fokus på seksuell nytelse. Det var heller ikke lov å ta abort eller å bruke prevensjon og hvis man onanerte kunne man bli sinnsyk (Almås & Benestad, 2010, s. 17-29). Homofili er i dag en mer normalvariant av seksualitet og det å ha sex og leve sammen med mennesker uten å ta hensyn til sivilstatus, er blitt mer vanlig. Slik jeg ser det, er seksualitet fortsatt til en viss grad besudlet av fortidens skam. Det er derfor viktig at behandlingsrommet eller terapirommet bør være et sted hvor skammen kan og skal jobbes med, slik at den reduseres eller forsvinner (Almås & Benestad, 2010, s. 226-229).

### 5.3.2 Terapirommet som læringsarena; «å ta litt sats» og «å hoppe i det»

På samme måte som det hjelper å øve på gangetabellen eller skøyteteknikk, vil det å øve på kommunikasjon forhåpentligvis resultere i bedre kommunikasjonsferdigheter. Det var bred enighet blant informantene at det var viktig å trene på å snakke om seksualitet, da det var utfordrende å snakke om seksualitet uten å ha øvd på det. En av informantene fortalte at han noen ganger måtte «ta litt sats» når seksualitet ble et tema i terapirommet (Teodor, linje 123). Det å «ta sats» kan i denne sammenheng tolkes på flere måter. Det kan handle om å ståsette seg for noe de synes var ubehagelig, det kan være de kjente på skamfølelse for seg eller klient eller begge to. Det kan også være opplevelsen av å ikke ha så mye kunnskap om seksualitet og føle at de er i ferd med å gå inn i et tema det ville bli vanskelig å

manøvrere i som terapeut. Det kan også være at det å «ta litt sats» handlet om å finne mot til å tørre å gå inn i seksualitet som tema sammen med klienten.

Det med å bruke terapirommet som læringsarena for å øve på å snakke om seksualitet kan sees i lys av Eide og Eide (2007, s. 22.25) som påstand om at det er nødvendig å øve på kommunikasjonsferdigheter sammen med andre og at det å reflektere over seg selv og sin egen praksis, vil gi muligheter for å bli bedre på å kommunisere. Det å øve sammen med andre for å bli bedre eller tryggere på å kommunisere, samsvarer også med betydningen av det ordet *communicare*, som betyr «å gjøre felles». Det å snakke med klienter om seksualitet og bruke terapirommet bevisst som øvingsrom, kan slik jeg ser det ha en positiv effekt på familieterapeutens mulighet for å bli tryggere på å snakke om seksualitet.

Lev Vygotsky var opptatt av sammenhengen mellom språket og læring. Det å samhandle med andre, å kunne tenke, snakke og stille spørsmål ved undring er grunnpilarer i all læring (Imsen, 2020, s. 198-202). Å øve kan bety det samme som å lære noe man ikke kan så godt, kanskje ikke i det hele tatt. Flere av informantene trakk frem betydningen av å øve på å snakke om seksualitet. En av informantene mente at mengdetrening på å snakke om seksualitet, var viktigere og mer nyttig enn å bare lese bøker om seksualitet (Ingfrid, linje 242). Hun sa videre: «[...] så tenker jeg at vi må hoppe i det, og bare gjøre det [...]» (Ingfrid, linje 246-247). En annen informant fremhevet at det å ha muligheten til å øve på å snakke om seksualitet var en viktig forutsetning for å kunne snakke om seksualitet sammen med klienten (Teodor, linje 123). Alva sa hun som nyutdannet familieterapeut måtte prøve seg frem i forhold til hvilke ord hun kunne bruke og etter hvert bestemte hun seg for å bruke sine egne ord når hun snakket om seksualitet med klienten (Alva, linje 166-176). Jeg tolker disse utsagnene som et ønske fra informantene om at det å øve på å snakke med klienter om seksualitet og det å få mulighet til å lære og tilegne seg egenskaper de i utgangspunktet ikke hadde så mye kunnskap om, ville gjøre det lettere for dem som familieterapeuter å snakke om seksualitet i møte med klienter.

Vygotsky snakket om den proksimale utviklingssone som en metode for lære (Imsen, 2020, s. 198-202). Gapet mellom det terapeuten kan klare selv og det terapeuten trenger hjelp til å klare (fra øvelse med klient i terapirommet), er terapeuten sin proksimale (nærmeste) utviklingssone. Det er rimelig å anta at en terapeut som gjentatte ganger øver på å snakke om seksualitet med klient i terapirommet, etter hvert vil oppleve større mestring og skyve på

grensene for hva hen kan klare. I den proksimale utviklingssonen ligger den unike muligheten for terapeuten til læring og utvikling (Imsen, 2020, s. 198-202). En viktig gevinst for terapeuten vil kunne være å bli tryggere på og mer komfortabel med å snakke om seksualitet i møte med sine klienter i terapierommet.

Alle informantene var enige om de som nyutdannede familieterapeuter hadde lite kunnskap om og øvelse i å snakke om seksualitet, men de var også tydelige på at det var familieterapeutens ansvar å invitere klienten til å snakke om seksualitet. Det å se disse to fenomenene i lys av Banduras sosial-kognitive læringsteori (Lyngsnes & Rismark, 2015, s. 56-58) kan være interessant. Et viktig begrep i denne teorien var som jeg tidligere har nevnt forventning om mestring (self-efficacy). Det omhandler både familieterapeutens faktiske evner knyttet til det å snakke om seksualitet, familieterapeutens oppfatning av egen evne til å kunne snakke om seksualitet og hvordan tanken om egne evner har betydning for å kunne ta initiativ til å snakke om seksualitet. Informantene fortalte om ulike måter å bringe inn seksualitet som tema i samtalen. En av dem mente at det var en selvfølge for henne i jobben som familieterapeut å ta ansvar for å snakke om seksualitet i møte med klienten (Ingfrid, linje 231) og en annen spurte klientene sine om de ønsket å snakke om seksualitet i neste time (Teodor, linje 128-132). For en tredje informant handlet det å bringe inn seksualitet i samtalen om, til tross for motstand fra ledelsen, at hun mente det å snakke om seksualitet frembragte høy praktisk nytteverdi for klientene og deres barn (Alva, linje 116-117, 151-153).

Det at informantene hadde en felles opplevelse av å ha liten kompetanse både på seksualitet generelt og det å snakke om seksualitet spesielt som nyutdannede familieterapeuter, kan slik jeg ser det, komme i konflikt med informantenes formening om at familieterapeuter hadde ansvar for å bringe seksualitet inn i samtaler med klienten. Når informantene til tross for manglende kunnskap om og øvelse i å snakke om seksualitet, likevel på ulikt vis tar ansvar for at seksualitet kan bli et tema i familieterapeutiske samtaler, vitner det om at informantene enten har mer kompetanse om det å snakke om seksualitet enn det de selv opplever og/eller at de på eget initiativ og ved hjelp av klinisk erfaring har skaffet seg kunnskap om det å snakke om seksualitet. Det kan være gode nok grunner til at det likevel er mulig for informantene å ta ansvar for å bringe seksualitet som et tema inn i møte med klienten.

Slik jeg tolker det, kan det Bandura kaller mestringsforventning, være det samme som den tryggheten familieterapeuten opplever å ha i forhold til kunnskap om seksualitet og evnen til å snakke om seksualitet. Det er rimelig å anta at når mestringsforventningen er høy, er det lettere for familieterapeuten å ta initiativ til å snakke om seksualitet og i motsatt fall når mestringsforventningen er lav, kan det være mer utfordrende for familieterapeuten å ta initiativ til å snakke om seksualitet. Et viktig poeng som det også er verdt å nevne i denne sammenheng, er at mine informanter har minimum to års erfaring med å jobbe som familieterapeuter. Denne kliniske erfaringen over flere år kan med stor sannsynlighet ha bidratt til større trygghet med å jobbe med faget familieterapi, som også kan ha inkludert seksualitet.

## 6 Avsluttende del

I studiens avsluttende del vil jeg redegjøre for implikasjoner for praksis og forskning og mulige svakheter ved studien. Til slutt presenteres studiens avsluttende kommentar.

### 6.1 Implikasjoner for praksis

Min studie kan være et bidrag til at institusjonene som utdanner familieterapeuter vil se betydningen av å prioritere og å øke fokuset på kunnskap om seksualitet generelt, og det å snakke om seksualitet spesielt. Studien kan også inspirere familieterapeuter til å bli nysgjerrige, ønske å lære mer om seksualitet, øve på og våge å snakke om seksualitet i sin kliniske praksis. Når klienten møter en familieterapeut som både ønsker å snakke om seksualitet og er trygge på å snakke om seksualitet i terapi, så vil det gi muligheter for større terapeutisk utbytte for klienten.

### 6.2 Implikasjoner for forskning

Det har tradisjonelt vært knyttet en del utfordringer til det å forske på seksualitet både fordi det beveger seg inn i det innerste av menneskers privates sfære og fordi det i en del tilfeller vil kunne innbefatte sårbare og marginale grupper. Jeg mener at for oss familieterapeuter er det viktig å få tilgang på denne kunnskapen, slik at vi nettopp kan hjelpe alle de klientene som har behov for og som vil ha hjelp av, å snakke om seksualitet. En problemstilling jeg kunne tenkt meg å forske videre på, er hvilke pedagogiske prinsipper organisasjonene som utdanner familieterapeuter kunne tatt i bruk, for at familieterapeuter skal bli tryggere på å snakke om seksualitet. Det kunne også vært spennende å forske på hvordan klientene ønsker at familieterapeuter skal snakke om seksualitet. Jeg tenker at all forskning innenfor familieterapifeltet som omhandler seksualitet, vil bidra til at familieterapeuter får mer kunnskap om temaet og dermed blir bedre i stand til å snakke om seksualitet.

### 6.3 Mulige svakheter med studien

Det er flere mulige svakheter med denne studien. For det første er utvalget lite. Studien har fire informanter og det er derfor rimelig å si at utvalget ikke er representativt for det store flertallet av familieterapeuter. For det andre er det en kjensgjerning at temaet seksualitet for noen kan oppleves ubehagelig å snakke om. Selv om informantene i denne studien har deltatt frivillig, kan det ha oppstått ubehag knyttet til temaet for informantene i løpet av intervjuene, som jeg som forsker ikke har klart å oppdage og som kan ha påvirket svarene deres. Jeg tenkte over dette på forhånd. Jeg tok i den forbindelse også en vurdering på om

jeg skulle dele ut spørsmålene i intervjuguiden på forhånd, men valgte å ikke gjøre det. Jeg ønsket å fange det umiddelbare som dukket opp når spørsmålet ble stilt, men da med en viss fare for at svarene kunne bli påvirket på den måten.

For det tredje hadde jeg lite kunnskap om det å snakke om seksualitet i en familieterapi-kontekst, når spørsmålene i intervjuguiden ble laget tidlig i prosessen. Ved å studere seksualitet i denne konteksten og dykke ned i relevant forskning og teori, har jeg fått ny kunnskap og nye perspektiv på hvordan det oppleves for familieterapeuter å snakke om seksualitet. Hvis jeg skulle laget intervjuguiden i dag, ville den nok sett annerledes ut, med andre formuleringer, andre spørsmål og muligens også et annet fokus. For det fjerde er det stor sannsynlighet for at min forforståelse som sexolog, har påvirket mine valg av spørsmål i intervjuguiden, min måte å formulere meg på i intervjuet, hvordan jeg tolket mitt materiale og hvilke funn som vokste frem i det. Andre forskere med annen utdanning og erfaring ville hatt et annet fokus, spurt andre spørsmål, formulert seg annerledes og ikke minst tolket funnene på andre måter. Jeg har forsøkt å bøte på dette ved å være så transparent og ærlig som mulig i alle ledd både i selve studien og i min egen indre prosess. Å bli utfordret både av veileder og av egen indre dialog på godt etablerte tanker og holdninger rundt det å snakke om seksualitet har vært uvant, men også ekstremt nyttig i arbeidet med denne studien.

#### 6.4 Avsluttende kommentarer

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke faktorer familieterapeuter opplevde som forutsetninger og hvilke faktorer de opplevde som hemmende for å snakke om seksualitet. Problemstillingen min var: *Hvordan opplever familieterapeuter å snakke om seksualitet?* Ved hjelp av IPA som analysemetode kom jeg frem til tre hovedfunn og seks underfunn. I denne avsluttende delen vil jeg oppsummere funnene og gjøre rede for noen mine vurderinger.

Informantene var enige om at de hadde liten forutsetning for å snakke om seksualitet som nyutdannede familieterapeuter. Det var lite fokus på seksualitet både i grunnutdanningen deres og i videreutdanningen i familieterapi. De hadde tro på at mer fokus på seksualitet i videreutdanningen i familieterapi ville gitt dem mer kunnskap om og gjort dem tryggere på å snakke om seksualitet i møte med sine klienter.

Det å ha faglig støtte på arbeidsplassen med mulighet for å snakke sammen om seksualitet og seksuelle utfordringer, trakk informantene også frem som et viktig element for å bli tryggere på å snakke om seksualitet. De mente at familierapeuter har ansvar for å invitere klientene til å snakke om seksualitet og til å legge forholdene til rette for at det skal kunne skje. Det var også bred enighet blant informantene om at det å øve på å snakke om seksualitet generelt og utfordrende seksuelle tema spesielt, ville gjøre dem tryggere både på å bringe seksualitet inn som tema og å kunne snakke om det i møtet med klienter.

Det å gjøre arbeidet med denne studien har vært en utfordrende, men også svært lærerik prosess. Jeg har fått mulighet til å dykke ned i ny og spennende litteratur, jeg har fått studert seksualitet i et familierapi-perspektiv, jeg har lært mye om metode, vitenskapsteori og det å forske og jeg har ikke minst fått et innblikk i hvordan mine informanter opplevde å snakke om seksualitet. Jeg har undret meg, revet meg i håret, sett nye måter å tenke på, svettet, og blitt klokere. Jeg håper at denne studien kan bidra til å inspirere og motivere utdanningsinstitusjoner og familierapeuter til å ha fokus på seksualitet som helseressurs. Jeg har gjennom denne prosessen blitt overbevist om at øvelse virkelig kan gjør mester. Det kan være nettopp den forskjellen Gregory Bateson (Jensen, 2011, s. 26-31) mente ville gjøre en forskjell slik at familierapeuter kan snakke om seksualitet både sammen med kollegaer og ikke minst sammen med klientene sine.

Jeg vil avslutte med et utdrag fra forordet til strategiplanen «Snakk om det!» skrevet av Bernt Høie (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 3):

[...] Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om seksualitet som en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når du er ung eller gammel. Når du er frisk eller syk.

Denne strategien handler om alt dette. Den handler om at vi må snakke mer om seksualiteten vår.

Snakk om kraft!

## Litteraturliste

- Aarnes, T. (2015). *Seksualitet i terapirommet. En diskursanalyse om terapeuters tanker, følelser og praksis. [Masteroppgave]*. VID vitenskapelige høgskole.
- Aars, H. (2011). *Menns seksualitet*. Cappelen Damm Akademisk.
- Almås, E., & Benestad, E. E.P. (2006). *Sexologi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Almås, E. (2015). Sett sexologene i sving. Hentet fra [blogg.forskning.no](http://blogg.forskning.no) 18/4-23.  
<https://blogg.forskning.no/helsebloggen/sett-sexologene-i-sving/1106764>
- Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi. Et postmoderne perspektiv*. Hans Reitzels Forlag.
- Annon, J. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*: Vol. 2, No. 1, s. 1-15.
- Bjørkheim, M, & Hegg, E. (2020). *Du må tørre å spørre: En undersøkelse av norske psykologers kompetanse om og holdninger til seksualitet i terapi. [Masteroppgave]*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Brandenburg, U. & Bitzer, J. (2009). *The challenge of talking about sex; The importance of patient physician interaction*. Elsevier.  
[https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037851220900108X?fr=RR-2&ref=pdf\\_download&rr=7605f72c0f34916b](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037851220900108X?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=7605f72c0f34916b)
- Dallos, R. & Vetere A. (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. Open University Press.
- Dermer, S. & Bachenberg, M. (2015). The Importance of Training Marital Couple, and Family Therapists in Sexual Health. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*. 36, 492-503.
- Duncan, B.L. (2016). *Bli en bedre terapeut*. Gyldendal Akademisk.



- Edmonson, A., Higgins, M., Singer, S. & Weiner J. (2016). *Understanding Psychological Safety in Health Care and Education Organizations; A Comparative Perspective*. Routledge.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Gyldendal akademisk.
- Gergen, K. J. (2010). *En invitation til social konstruksjon*. Forlaget Mindspace.
- Grennes, T. (2012). *Hvordan kan du vite om noe er sant? Veiviser i forsknings- og utredningsarbeid for studenter*. Cappelen Damm akademisk.
- Harris, S.M., & Hays, K.W. (2008). Family therapist comfort and willingness to discuss client sexuality. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 239-250.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Hårtveit, H. & Jensen, P. (2004). *Familien – pluss en. Innføring i familieterapi*. Universitetsforlaget.
- Imsen, G. (2020). *Elevens verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Universitetsforlaget.
- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt. Kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. Gyldendal akademisk.
- Jensen, D. & Kjørstad M. & Seim S. & Tufte P.A. (2020). *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*. Gyldendal norsk forlag AS.
- Jensen, P. & Ulleberg I. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A. & Tufte P.A & Christoffersen L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V.W. (2015). *Lærebok i familieterapi*. Universitetsforlaget.
- Kaufman, G. (1996). *The Psychology of Shame: Theory and Treatment of Shame-based Syndromes*. Springer Publishing Company, Inc.
- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Gyldendal norsk forlag AS.

- Kvale, S. & Brinkmann S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Kvarv, S. (2014). *Vitenskapsteori. Tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Novus.
- Lorås, L. & Ness, O. (2019). *Håndbok i familieterapi*. Fagbokforlaget.
- Lund, T. & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Unipub forlag.
- Lyngsnes, K. & Rismark, M. (2015). *Didaktisk arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Marcovic, D. (2007). *Working With Sexual Issues in Systemic Therapy*. ANZJFT, Volume 28 Number 4 s. 200-209.
- Nordahl, N. C. (2016). Seksualitet som tema I familieterapi. Selvrapportering fra familieterapeuter. [*Masteroppgave*], Høgskolen i Oslo og Akershus.
- NOU: 5. (2023) «Den store forskjellen». Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal akademisk.
- Postholm, M. B. & Jacobsen, D.I. (2011). *Læreren med forskerblikk: innføring i vitenskapelig metode for lærerstudenter*. Cappelen Damm AS.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.
- Schei, E. (2006). *Skam i pasientrollen*. Gyldendal akademisk.
- Skau, G.M. (2002). *Gode fagfolk vokser... Personlig kompetanse som utfordring*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Skjervheim, H. (1957). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug.
- Smith, J.A. & Flowers P. & Larkin, M. (2012). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. SAGE Publications Inc.

- Solberg, M. (2022, 5. desember). Læringsteori. I *Store norske leksikon*. Hentet 12. mai 2023 fra <https://snl.no/l%C3%A6ringsteori>
- Taylor, B. & Davis, S. (2007). *The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness*. DOI 10.1007/s11195-007-9044-x
- Tegneby, K. (2022). *Inspirerende kollegaer. En studie om terapeuters utvikling i en kollegial kontekst*. [Masteroppgave]. VID vitenskapelige høgskole.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2018). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse-og sosialfag*. Gyldendal norsk forlag.
- Torsteinsson, V.W. (2019). Familieterapiens historie. I Lorås & Ness (Red.), *Håndbok i familieterapi* (s. 25- 39). Fagbokforlaget.
- Træen, B. & Schaller, S. (2013). Seksualitet som tema blant norske psykologer i klinisk praksis. *Psykologtidsskriftet*.  
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/02/seksualitet-som-tema-blant-norske-psykologer-i-klinisk-praksis>
- Vildalen, S. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*. Gyldendal Akademisk.
- VID vitenskapelige høgskole, (2018). Master i familieterapi og systemisk praksis.  
<https://www.vid.no/site/assets/files/25695/studieplan-2018-master-i-familieterapi-og-systemisk-praksis-vid.pdf?38bkdz>
- World Health Organization (2006). Definition sexuality. [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)
- Zamboni, B. & Zaid, S.J. (2017). Human sexuality education in marriage and family therapy graduate programs. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Øfsti, A. (2010). *Parterapi: Kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1

Godkjenning fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

839754

### Prosjekttittel

"Å snakke om det!"

### Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for sosialfag / Fakultet for sosialfag Oslo

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Erna Henritte Dahl Tyskø, ernahenriette@hotmail.com, tlf: 41683175

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Inger Lise Ekkjestøl, ingerliseekkestol@gmail.com, tlf: 90778806

### Prosjektperiode

20.08.2021 - 22.05.2022

### Vurdering (1)

---

#### 06.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 6.8.2021. Behandlingen kan starte.

## FORUTSETNINGER FOR VURDERINGEN

Vi legger til grunn at prosjektet ikke registrerer særlige kategorier av personopplysninger om deltakernes seksuelle forhold eller orientering. Vi anbefaler at deltakerne i forkant av intervjuene oppfordres til å unngå slike opplysninger.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 4.7.2022.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte i utvalget til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD 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 behandles 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

NSD 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

NSD 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).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller 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 NSD 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: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos

NSD: Lasse Raa

Lykke til med

prosjektet!

## Vedlegg 2

Informasjonsskriv

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### ***” En kvalitativ studie. Hva er familieterapeuters opplevelse av å snakke om seksualitet”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere hvordan familieterapiutdanningen kan utdanne familieterapeuter som kan snakke om seksualitet og utfordringer knyttet til den. Dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en masteroppgave hvor jeg er interessert i å snakke med familieterapeuter om hvordan de opplever at familieterapiutdanningen og praksis på egen arbeidsplass har fremmet og/eller hemmet det å snakke om seksuell helse og utfordringer i forhold til denne. Studien min har jeg kalt: «Å snakke om det! En kvalitativ studie: Hvordan opplever familieterapeuter å snakke om seksualitet?»

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Fakultet for sosialfag ved VID er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om delta i denne studien fordi du i august 2021 startet på 4. året ved masterutdanningen Familieterapi og systemisk praksis ved VID, samt at du har minimum et års erfaring som familieterapeut. Alle deltakerne i denne studien vil rekrutteres fra dette årskullet. Jeg har informert begge klassene som går 4.året på masterstudiet ved VID og lagt ut en generell invitasjon på facebook-siden til alle studentene.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et personlig semistrukturert intervju. Hvis koronasituasjonen tillater det, ønsker jeg å intervju deg ansikt til ansikt. Hvis

det ikke lar seg gjøre, vil intervjuene foregå på Teams. Jeg kommer veldig gjerne til din arbeidsplass eller et annet sted du velger for å gjennomføre intervjuet. Jeg kommer til å ta opp samtalen på lydbånd. Den vil vare rundt en time og vårt møte vil totalt vare i ca. en og en halv time.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det er frivillig å være med i studien og man kan når som helst og uten begrunnelse trekke seg så lenge dataene ikke allerede er brukt i analysen. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang til dataene utover meg, er min veileder Erna Henriette Dahl Tyskø. Ditt navn og kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Jeg skal anonymisere alle data jeg bruker i undersøkelsen. Jeg har taushetsplikt og de dataene jeg får, både lydopptak, transkribering og samtykkeskjema, vil etter studiens slutt bli slettet og makulert. Frem til da vil alle data oppbevares på kryptert minnepenn.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Masteroppgaven skal leveres i midten av mai 2022. Dine personopplysninger vil bli slettet etter sensur, som vanligvis er rundt 6 uker etter innlevering.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og



- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høgskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Inger Lise Ekkjestøl, 90778806, [ingerliseekkjestol@gmail.com](mailto:ingerliseekkjestol@gmail.com)
- Erna Henriette Dahl Tyskø (Veileder ved VID vitenskapelige Høgskole), 41683175, [Ernahrenriette@hotmail.com](mailto:Ernahrenriette@hotmail.com)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Erna Henriette Dahl Tyskø*  
(Veileder)

*Inger Lise Ekkjestøl*  
(Masterstudent)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «En kvalitativ studie. Hva er familieterapeuters opplevelse av å snakke om seksualitet», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3

### Intervjuguide

#### Intervjuguide

**Rammer: Takk for at du vil delta i prosjektet! Intervjuet vil vare i maks en time og blir tatt opp på lydbånd. Jeg kommer til å anonymisere personer og steder.**

Alder?

Hvor mange år har du jobbet som terapeut?

Hva jobber du med?

Om seksualitet

**Hva er din forståelse av ordet seksualitet?**

Hvor viktig opplever du at seksualiteten er hos mennesket?

**Hvordan har du som familieterapeut tilegnet deg kunnskap om seksualitet?**

Om seksualitet og videreutdanning i familieterapi

**Hvor mye fokus var det på temaet seksualitet i din grunnutdanning?**

Hvor mye fokus var det på temaet seksualitet i din videreutdanning i familieterapi?

- a) Hvordan synes du familieterapiutdanningen legger til rette for å utdanne terapeuter som kan snakke om seksualitet?
- b) Hvilken undervisningsform knyttet til temaet seksualitet hadde du mest nytte av? Evt. Skulle du ønske deg?**
- c) Hvilken undervisningsform knyttet til temaet seksualitet hadde du minst nytte av?

**Hvilke metoder skulle familieterapiutdanningene benyttet seg av for å utdanne terapeuter som kan snakke om seksualitet?**

- a) Hvilken effekt ville evt. disse metodene hatt for deg som terapeut i dag?**

Hvilken kunnskap om seksualitet savnet du i videreutdanningen i familieterapi og systemisk praksis?

**Hvilke muligheter opplever du at familieterapiutdanningen har til å utdanne terapeuter som er tryggere på å snakke om seksualitet?**

Hvilke begrensinger opplever du at familieterapiutdanningen har til å utdanne terapeuter som er tryggere på å snakke om seksualitet?

Om seksualitet i terapi

Hvordan opplever du som familieterapeut å snakke om seksualitet i terapi?

**Hvorfor tror du det kan være utfordrende for noen familieterapeuter å snakke om seksualitet?**

Hvordan er din erfaring med å ta initiativet til å snakke om seksualitet?

**Hvilke seksuelle temaer det er lett å snakke om?**

Hvilke seksuelle temaer det er mer utfordrende å snakke om?

**På hvilken måte bruker du systemisk familieterapi når du snakker om seksualitet?**

Hvilke *muligheter* har du som familieterapeut til å snakke om seksualitet med dine kollegaer på arbeidsplassen din?

**Hvilke *begrensninger* har du som familieterapeut til å snakke om seksualitet med dine kollegaer?**

Hvilke tips ville du gitt dine familieterapi-kollegaer knyttet til det å snakke om seksualitet?

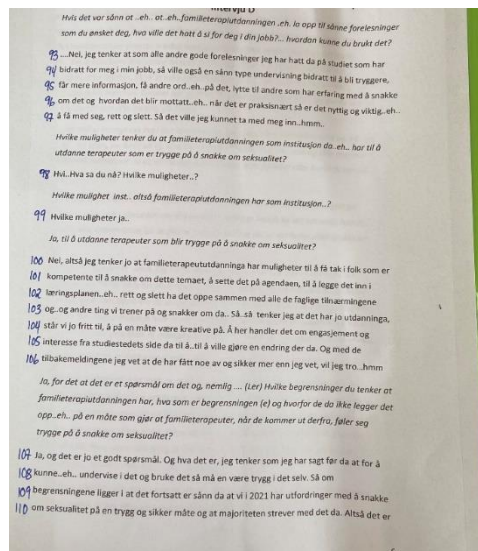
*Er det noe annet du ønsker å si som ikke har kommet frem i vår samtale?*

## Vedlegg 4

### Utsnitt av transkripsjonen før linjenummerering

<p>Kan du huske kor mye, kor mye det var, kor mye undervisning det var?</p> <p><i>Eane refleksjoner: Bok om overgrep, fasinasjon, tiltrekning til temaet seksualitet Vilje gå inn i det, måtte bale med det selv</i></p> <p>Ja, riktig..hmm.. Hvis en..hvis en går over til videreutdanningen i familieterapi da..eh.. kor mye fokus har det vært på temaet seksualitet i den?</p> <p><i>Eane refleksjoner: Valgte forelesningen med seksualitet Synes det var veldig fint Relevant og spennende tema Gå beskjed til skolen om at det var lite stoff om seksualitet</i></p>	<p>Nei, det er lenge siden, så det er vanskelig å huske. Men jeg vet jo at vi hadde noen bøker om det og så valgte jeg selv, og det er faktisk litt artig å tenke på, for vi skulle jo fordype oss i noe, og da valgte jeg på en måte en sånn stor tykk bok som het «La de små barna komme til meg» som handlet om overgrep innenfor kirken da eller i kristne sammenhenger, som var på en måte bare en rekke historier med.. fra de minste overgrepene til de groveste av de rituelle overgrepene som jeg rett og slett leste fra perm til perm. Det var helt, jeg husker det var helt forferdelig, men det var et eller annet i det som som jeg..som fasinerte meg, det er kanskje et ugreit ord, men det tiltrakk meg på et eller annet vis da. Jeg ville på en måte gå inn i det, men det var jo veldig selvalgt da..hmm..ja, noe jeg måtte bale med selv..hmm</p> <p>Det har vært veldig lite, synes jeg..eh.. vi har hatt en forelesning om det..eh..men den mener jeg også var frivillig, altså det gikk to parallelle forelesninger den dagen og den ene handla om seksualitet og den andre handla om noen annet som jeg ikke husker, for jeg valgte den med seksualitet. Men jeg husker at det var veldig mange som valgte den andre, også fordi det var et relevant og spennende tema da..eh.. men for meg var det bare veldig åpenbart at jeg ville..ville få med meg det..eh.. og det var veldig fint, det husker jeg. Men det var det. Og så vet jeg også at vi i klassen tematiserte det noe, at det var lite stoff rundt det og det ble jo tatt imot, altså åpent, altså «okey, da vet vi det» og «det er viktig for oss å vite» og så gjentar det jo å se om de gjør noe med det framover.</p> <p>Ja..hmm</p>	
---	---	--

### Et utsnitt av transkripsjonen med linjenummerering



# Vedlegg 5

## Bilder fra analyseprosessen

