

Henrik Seong Larsen Refsnes og Maja Muscher

"Seksualitet er alltid tilstedeværende"

En kvalitativ tilnærming av hva som skal til for å lykkes med å tematisere seksualitet i terapi: erfaringer blant psykologer med bakgrunn i sexologi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Katrine Høyer Holgersen

Medveileder: Ingunn Hagen

Januar 2024

Henrik Seong Larsen Refsnes og Maja Muscher

"Seksualitet er alltid tilstedeværende"

En kvalitativ tilnærming av hva som skal til for å lykkes med å tematisere seksualitet i terapi: erfaringer blant psykologer med bakgrunn i sexologi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Katrine Høyer Holgersen
Medveileder: Ingunn Hagen
Januar 2024

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Forord

Etter et fantastisk halvår tilbrakt på vakre Bali, kan vi med vemod og lettelse avslutte et kapittel som både har gitt oss faglig og personlig innsikt i et svært viktig tema, som dessverre er skyggelagt i psykologutdanningen. Med dette kan vi si oss svært tilfreds med å ha erstattet en kald og grå lesesalplass med solfylte dager og en berikelse av minner som vi tar med oss resten av livet.

I denne studien er det vi selv som har formulert forskningsspørsmålet, innhentet datamaterialet og gjennomført analysen. Studien er et selvstendig prosjekt og er ikke en del av et større forskningsprosjekt. Vi har samarbeidet gjennom hele prosessen, og arbeidet er fordelt tilnærmet likt. Det er våre egne preferanser og ferdigheter som har vært bestemmende for bidragene. Maja har arbeidet mye med introduksjonen, mens Henrik har arbeidet mer med diskusjonen. Vi har i fellesskap arbeidet både med metode og resultater.

Vi ønsker å benytte anledningen til å hylle veilederne våre. Til hovedveileder Katrine Høyer Holgersen: Tusen takk for detaljerte og konstruktive tilbakemeldinger. Vi setter stor pris på dine oppmuntrende ord og gode humør. Til biveileder Ingunn Hagen: Vi er svært takknemlige for din faglige kompetanse innenfor kvalitative forskningsmetoder, og kunne ikke vært foruten din oppklaring.

Studentorganisasjonen Psykologistudenter om psyke og sex (POPS) fortjener også en oppmerksomhet. Takk til alle frivillige og deres engasjement for å øke kunnskapen om seksualitet og kjønnsmangfold.

Ikke minst ønsker vi å rette en stor takk til informantene våre. Tusen takk for at dere satt av tid til å delta i prosjektet. Det har vært utrolig lærerikt for oss å få innblikk i deres synspunkter. Erfaringene deres tar vi definitivt med oss videre som kommende psykologer.

Til slutt; *terima kasih* (tusen takk), Bali.

Henrik Seong Larsen Refsnes og Maja Muscher

Canggu, januar 2024

Abstract

Background: Sexuality is regarded as an integral part of human life. Recent studies have shown that although patients consider it necessary to address, the majority of patients are reluctant to bring up the topic of sexuality with their healthcare providers, and therefore expect health care providers to initiate conversations about sexuality. However, most healthcare providers fail to accommodate the needs of their patients to incorporate sexuality in conversations. Sexual dysfunctions or difficulties are relatively prevalent in the Norwegian population, and commonly co-occur with mental illness, making sexuality a highly relevant topic for psychologists. Considering that there are few sexologists in Norway, psychologists are likely to encounter the topic of sexuality in their clinical practice. Most studies have focused on limiting factors for initiating conversations about sexuality, such as lack of time, knowledge and higher education on the topic of sexuality along with structural barriers.

Aim: This study aims to explore the experiences of Norwegian psychologists with a background in sexology of broaching the topic of sexuality with patients. The research question is: “What is needed to successfully address sexuality in therapy?”.

Methods: Six semi-structured interviews were conducted with clinical psychologists specializing in sexology. Three themes were generated using reflexive thematic analysis.

Results: The results emphasize important prerequisites for successfully integrating sexuality in therapy. (1) Firstly psychologists must permit open discussions about sexuality and simply “just ask”. (2) The distinctiveness of the topic of sexuality was highlighted as it posits challenges pertaining boundaries and clinician’s feelings of insecurity. (3) The participants also conveyed notions of sexuality as a meaningful element in understanding a patient's problems, and also underscored favorable outcomes of addressing sexuality from a positive point of view. From an overarching perspective, the field of sexology is yet to be recognized as a field of study, which is echoed in psychologists lacking integration of sexuality in their clinical work .

Conclusions: This study impart unique insights in how clinicians can facilitate conversations about sexuality with patients. The most important conclusion that can be drawn from this study is that psychologists should take on the responsibility to address sexuality with patients. The findings have several clinical implications and directions for future research.

Key words: *human sexuality, sexual health, psychotherapy, sexology, thematic analysis.*

Sammendrag

Bakgrunn: Seksualitet blir betraktet som et fundamentalt aspekt ved den menneskelige væren. Til tross for at pasienter anser det som nødvendig å adressere seksualitet, har nyere studier vist at majoriteten av pasienter er tilbakeholdne med å ta opp seksualitet som tema med helsepersonell, og forventer derfor at helsepersonell tar initiativ til samtaler om seksualitet. De fleste helsepersonell lykkes imidlertid ikke med å imøtekomme pasientenes behov for å ta opp seksualitet. Seksuelle dysfunksjoner eller vansker er relativt utbredt i den norske befolkningen, og sameksisterer ofte med psykiske lidelser, noe som gjør seksualitet til et svært relevant tema for psykologer. Tatt i betraktning at det er få sexologer i Norge, er det sannsynlig at psykologer vil møte på seksualitet som tema i klinisk praksis. Likevel har de fleste studier fokusert på barrierer for å initiere til samtaler om seksualitet, som manglende tid, kunnskap og høyere utdanning om seksualitet som tema, samt strukturelle barrierer.

Formål: Hensikten med denne studien er i stedet å utforske erfaringene til norske psykologer med bakgrunn i sexologi når det gjelder å ta opp seksualitet med pasienter. Problemstillingen er: "Hva skal til for å lykkes med å tematisere seksualitet i terapi?"

Metode: Vi utførte seks semistrukturerte intervjuer med psykologer med autorisasjon i sexologi. Tre temaer ble utviklet ved bruk av refleksiv tematisk analyse.

Resultater: Resultatene understreker viktige forutsetninger for å lykkes med å adressere seksualitet i terapi. (1) For det første må psykologer tillate åpne diskusjoner om seksualitet og simpelthen "hoppe i det" ved å stille spørsmål. (2) Seksualitet er et særegent tema som medfører utfordringer knyttet til grenser og usikkerhet hos psykologer. (3) Fokus på seksualitet kan bidra til å gi en bredere forståelse av pasienters problematikk. I tillegg fremheves nytteverdien av å tematisere seksualitet fra et positivt synspunkt. Fra et overordnet perspektiv er sexologien fremdeles ikke anerkjent som et selvstendig fagområde, noe som gjenspeiles i psykologers manglende integrering av seksualitet i klinisk praksis.

Konklusjon: Denne studien gir verdifull innsikt i hvordan psykologer kan tematisere seksualitet med pasienter. Den viktigste konklusjonen som kan trekkes fra denne studien er at psykologer bør påta seg ansvaret for å ta opp seksualitet i terapi. Resultatene har flere kliniske implikasjoner og betydning for videre forskning.

Nøkkelord: *menneskelig seksualitet, seksuell helse, psykoterapi, sexologi, tematisk analyse.*

Innholdsfortegnelse

Introduksjon.....	1
Seksualitet.....	2
Seksuell helse og sexpositivisme.....	3
Psykologiske aspekter ved seksualitet.....	4
Livskvalitet og seksuell helse.....	4
Vansker med seksualitet.....	5
Psykiske lidelser og seksuelle vansker.....	6
Psykofarmakologi og seksuelle bivirkninger.....	7
Sexologi som fagfelt.....	8
PLISSIT-modellen.....	9
Tematisering av seksualitet.....	10
Barrierer for tematisering av seksualitet.....	12
Hvordan ta opp seksualitet med pasienter?.....	14
Eksisterende kunnskapshull.....	15
Hensikten med studien.....	16
Metode.....	16
Bakgrunn for valgt metode.....	16
Vitenskapelig forankring.....	16
Kvalitativ orientering.....	17
Ontologisk og epistemologisk posisjon.....	17
Dataorientering og meningsnivå.....	18
Refleksivitet.....	19
Etiske betraktninger og personvern.....	21
Datainnsamling.....	22
Deltakere og rekruttering.....	22
Utforming av intervjuguide.....	23
Intervju.....	23

Analyse.....	23
Transkripsjoner og sitater.....	23
Refleksiv tematisk analyse.....	24
Stegene i refleksiv tematisk analyse.....	24
Steg 1: Bli kjent med datamaterialet.....	25
Steg 2: Utarbeide preliminnære koder.....	25
Steg 3: Søke etter temaer.....	26
Steg 4: Vurdering av temaer.....	27
Steg 5 og 6: Navngi temaer og rapportere funn.....	27
Resultater.....	28
Hovedtema 1: Inngangen.....	29
Undertema 1: “Man sier at man sår noen frø”.....	29
Undertema 2: Relevant sammenheng.....	30
Undertema 3: “Det er bare å spørre”.....	32
Hovedtema 2: “Seksualiteten gjør noe med oss”.....	34
Undertema 1: Seksualitet er ikke et nøytralt tema.....	34
Undertema 2: Grensesetting.....	35
Undertema 3: Frykt for å åpne “Pandoras eske”.....	36
Hovedtema 3: Forestillinger om seksualitet.....	39
Undertema 1: Seksualitet som en del av et puslespill.....	39
Undertema 2: “Seksualitet er en gave vi har fått”.....	40
Undertema 3: “Det er ikke tradisjon for å snakke om seksualitet”.....	41
Diskusjon.....	43
Hva hindrer tematisering av seksualitet?.....	43
Seksualitet som tema kan være utfordrende.....	43
Seksualitet gjør noe med oss.....	43
Seksualitet og psykologrollen.....	44
Misoppfatninger om hva sexologi egentlig er.....	45
Psykologer må ha kunnskap om seksualitet, men man må ikke være “ekspert”.....	46

Lite undervisning om seksualitet i psykologutdanningen.....	47
Kunnskap i kraft av å være psykolog.....	47
Det er viktigere å spørre.....	48
Hvorfor skal psykologer spørre om seksualitet?.....	49
Seksualitet som en ressurs.....	50
Hvordan kan psykologer tematisere seksualitet?.....	51
Det må legges til rette for at seksualitet blir et tema i terapi.....	51
Seksualitet kan settes inn i en sammenheng.....	53
Styrker og svakheter ved studien.....	54
Implikasjoner og videre forskning.....	55
Konklusjon.....	56
Referanser.....	57
Appendiks.....	87
Appendiks A: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	87
Appendiks B: Automatisk vurdering av Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør...	90
Appendiks C: Intervjuguide.....	92

Introduksjon

Seksualitet er en sentral del av menneskers liv, og den er beskrevet å være en berikelse så vel som en plage (Christensen et al., 2011, s. 1898; Field et al., 2013, s. 1841; Graugaard et al., 2015, s. 27; Irvine, 2009, s. 70-71; Jackson et al., 2019, s. 915-916; Lee et al., 2016b, s. 707; Zemishlany & Weizman, 2008, s. 89). Fra et samfunnsperspektiv ser man at seksualitet i større grad har blitt tatt på alvor, særlig i folkehelsearbeidet (Mitchell et al., 2021, s. e608; Sandfort & Ehrhardt, 2004, s. 185-186). Her i Norge ble betydningen av seksualitet fremhevet da regjeringen utarbeidet "Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)" (Helsedirektoratet, 2021, s. 99). Hensikten med denne strategien var å styrke den seksuelle helsen i den norske befolkningen, og den er fremdeles høyst relevant for helsepersonell å ha kjennskap til. Blant annet ble det understreket at det må tilrettelegges slik at helsepersonell får kompetanseheving om seksualitet og seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7-27). Seksuell helse betraktes som en ressurs gjennom *hele* livsløpet (World Health Organization [WHO], 2006, s. 5), og derfor var et av siktemålene i strategien å integrere seksuell helse i helse- og omsorgstjenester, både fra et sykdomsforebyggende, men også et helsefremmende perspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25-26).

Seksuelle vansker er relativt vanlig i den norske befolkningen (Fischer & Træen, 2022, s. 35; Træen & Stigum, 2010, s. 455), og har til og med blitt beskrevet som et folkehelseproblem (Andresen et al., 2022, s. 3670; Bell et al., 2022, s. 1934; Træen et al., 2007, s. 319). Ikke minst sees seksuelle problemer ofte i forbindelse med psykiske lidelser (Herder et al., 2023, s. 974; Waldinger, 2015, s. 470-476). Likevel er seksualitet et tema som sjeldent tas opp av hverken helsepersonell (Miller & Byers, 2009, s. 213, 2012, s. 1047; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 59; Træen & Schaller, 2013, s. 285) eller pasienter (Kingsberg, 2004, s. 200; Kingsberg et al., 2013, s. 1797; McInnes, 2003, s. 264; Traumer et al., 2019, s. 63). Dette til tross for at mange pasienter ønsker, om ikke forventer, å bli spurt om seksualitet (Engelen et al., 2020, s. 211; Igerc & Schrems, 2023, s. 6845; Ryan et al., 2018, s. 3).

Et sentralt spørsmål er derfor: Hvorfor blir ikke seksualitet i større grad tematisert av psykologer? Flere barrierer for å tematisere seksualitet er identifisert. Først og fremst opplever helsepersonell (Bloom et al., 2016, s. 334; Haboubi & Lincoln, 2003, s. 293; Kazukauskas & Lam, 2010, s. 21; Saunamäki & Engström, 2013, s. 536) og psykologer (Miller & Byers, 2009, s. 216, 2012, s. 1048; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 59; Walters & Spengler, 2016, s. 354) å ha for lite kunnskap og manglende trygghet til å ta opp tematikken. Det er derfor interessant å forstå hvordan det kan bli enklere å adressere seksualitet, i tillegg

til å få større innsikt i forståelsen av seksualitet som tema og dens plass i psykologisk behandling. Dette er bakgrunnen for vår studie. Ettersom begrenset kunnskap og utrygghet ser ut til å hindre vellykket tematisering, ønsker vi å lære av erfaringene til den faggruppen som har høyest kompetanse og faglig trygghet, nemlig sexologer som er psykologer.

Seksualitet

Seksualiteten begynner å utvikle seg allerede tidlig i barndommen (Bungener et al., 2022, s. 422; DeLamater & Friedrich, 2002, s. 10; Diamond et al., 2015, s. 3), og den har blitt beskrevet å kunne oppfattes som allestedsnærværende i menneskers liv (Almås & Benestad, 2017, s. 153; Shakespeare, 2000, s. 164). Seksualitet er et komplekst fenomen som omfatter psykologiske, biologiske og sosiale faktorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7; Lehmiller, 2014, s. 22; WHO, 2006, s. 5), og det er i dag en bred konsensus om at seksualitet er et viktig aspekt ved den menneskelige væren (Flynn et al., 2016, s. 1642-1649; Frisch et al., 2011, s. 1369-1372; Graugaard, 2017, s. 1; Graugaard et al., 2015, s. 27; Russel et al., 2020, s. 595). Blant annet er et særtrekk ved seksualitet at den utløser en rekke følelser og behov hos mennesker (Cruz et al., 2017, s. 552; Graugaard, 2017, s. 1), herunder alt fra kjærighet og intimitet (Brock & Jennings, 2007, s. 244; Impett et al., 2014, s. 271) til skam og usikkerhet (Alix et al., 2020, s. 440-443; Irvine, 2009, s. 70-71). Seksualiteten er med andre ord noe som påvirker mennesker på ulike måter.

I denne studien er det definisjonen til WHO (2006) som ligger til grunn, hvor seksualitet blir definert på følgende måte:

Seksualitet er et sentralt aspekt ved å være menneske gjennom hele livet og omfatter sex, kjønnsidentitet og -roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, lyst, tro, holdninger, verdier, atferd, praksiser, roller og relasjoner. Til tross for at seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, blir ikke alle av dem alltid erfart eller uttrykt. Seksualitet blir påvirket av interaksjonen mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, juridiske, historiske, religiøse og spirituelle faktorer. (s. 5, vår oversettelse)

WHO opererer altså med en bred definisjon av seksualitet som fastslår at seksualiteten er mangefasettert, blant annet ved å omfatte alt fra sex og reproduksjon til kjønnsidentitet og nytelse. Definisjonen understreker samtidig at seksualiteten vil kunne variere fra individ til individ hva angår både subjektiv opplevelse og uttrykk av seksualitet. Videre poengterer

WHOs definisjon at seksualiteten er interaktiv, og at systemiske faktorer, deriblant politikk, juss og religion, har innvirkning (WHO, 2006, s. 6-8). Sistnevnte moment viser til at seksualiteten kan oppleves og uttrykkes ulikt på grunn av disse faktorene, noe som også må sees i lys av den historiske konteksten. Forståelsen av seksualitet har nemlig gjennomgått store endringer opp gjennom historien som følge av kulturelle, religiøse og politiske forestillinger (Castelo-Branco et al., 2008, s. 51-52; Weeks, 2003, s. 2). Den tradisjonelle oppfatningen av at seksualitet hovedsakelig handler om reproduksjon og drifter (Freud, 1905/1920, s. 7; Gullestad, 2018, s. 1-2), er i liten grad forankret i stadig mer sekulære samfunn (Graugaard, 2017, s. 1; Parker, 2009, s. 253; Weeks, 2017, s. 394-395). Definisjonen til WHO (2006, s. 5) er i tråd med samtidens forståelse av seksualitet, der seksualiteten anerkjennes som mangfoldig (Nimbi et al., 2022, s. 899; WHO, 2015, s. 1; Williams et al., 2013, s. 273).

Ifølge Langfeldt og Porter (1986, s. 5) er seksualiteten et grunnleggende behov som påvirker menneskers følelser, tanker og atferd. Ifølge dem omfatter seksualiteten langt mer enn kun sex og orgasme. Lehmilller (2014, s. 2) påpeker blant annet at konseptualiseringen av sex har endret seg enormt, fra simpelthen å bety vaginalt samleie, og til at betegnelsen i dag også kan omfatte for eksempel onani, analt samleie og “sexting”. En mye sitert studie demonstrerte sågar at det ikke nødvendigvis er selvforklarende hvorfor mennesker velger å ha sex. Meston og Buss (2007, s. 496-498) viste nemlig at informantene rapporterte om hele 237 ulike grunner til å ha sex, hvilket belyser kompleksiteten av menneskelig seksualitet.

Seksuell helse og sexpositivisme

WHO (2006, s. 4) skiller mellom begrepene “seksualitet” og “seksuell helse”. I denne studien vil de to begrepene imidlertid brukes om hverandre grunnet deres konseptuelle likheter. Ifølge WHO (2006, s. 5, vår oversettelse) er menneskers seksuelle helse determinert av “fysisk, emosjonell, mental og sosial velvære i forhold til seksualitet”. Ordlyden “i forhold til seksualitet” viser til at det er et hierarkisk forhold mellom seksuell helse og seksualitet, der seksualitet kan betraktes som en overordnet betegnelse som innbefatter seksuell helse (Belous & Schulz, 2022, s. 2). Med andre ord kan seksuell helse forstås som et avgrenset begrep som betegner helsemessige aspekter ved seksualitet som blir påvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Lehmilller, 2014, s. 23; Sinković & Towler, 2018, s. 1239).

Videre konstaterer WHO at seksuelle rettigheter skal ivaretas for å fremme seksuell helse i befolkningen (Edwards & Coleman, 2004, s. 190; WHO, 2006, s. 4-6). Ved å fremheve betydningen av seksuelle rettigheter kan den seksuelle helsen også oppfattes som

nært forbundet med menneskerettigheter (Kismödi et al., 2017, s. 6; Miller et al., 2015, s. 27; WHO, 2015, s. 4). WHO (2006, s. 17) konkretiserer i tillegg at det er betydningsfullt å tilnærme seg seksualitet og seksuell helse fra både et positivt og holistisk perspektiv i stedet for kun å fokusere på negative aspekter. På denne måten anerkjenner WHO en sexpositivistisk tilnærming i forståelsen av seksuell helse og seksualitet (Burnes et al., 2017b, s. 472; Nimbi et al., 2022, s. 899; Williams et al., 2013, s. 273). Ifølge sexolog Chris Donaghue (2015, s. 5, vår oversettelse) handler sexpositivisme om å være “åpen, fleksibel og ikke-dømmende om ens seksuelle preferanser”. Essensen av sexpositivisme bunner i en forståelse om at ens forhold til seksualitet er subjektivt, og at ens forhold til seksualitet kan forbedres (White et al., 2023, s. 1225). Subjektivitet er altså et nøkkelord, og dermed er det ikke nødvendigvis en fasit på hva som regnes som “bra” eller “dårlig” knyttet til seksuell praksis (Kimmes et al., 2015, s. 289; Popovic, 2006, s. 182). I stedet anerkjenner en sexpositivistisk tilnærming at det eksisterer et mangfold, der hovedmålet er å bidra til å normalisere seksualiteten (Nimbi et al., 2022, s. 898; Williams et al., 2013, s. 273). Seksualitet og seksuell helse betraktes altså som en ressurs i individet, fremfor utelukkende å fokusere på patologiske aspekter og forebygging (Burnes et al., 2017b, s. 471; Cruz et al., 2017, s. 550; Harden, 2014, s. 457; Williams et al., 2013, s. 273).

Psykologiske aspekter ved seksualitet

Livskvalitet og seksuell helse

Mye tyder på at seksualitet er viktig for menneskers livskvalitet (Christensen et al., 2011, s. 1898; Field et al., 2013, s. 1841; Graugaard et al., 2015, s. 27; Jackson et al., 2019, s. 915-916; Lee et al., 2016b, s. 707; Zemishlany & Weizman, 2008, s. 89). En større dansk studie (Frisch et al., 2011, s. 1369-1372) illustrerer for eksempel hvor betydningsfullt et tilfredsstillende seksualliv er for mennesker. I denne studien rapporterte omtrent 90 prosent av både mannlige og kvinnelige deltakere at et godt sexliv var "ekstremt viktig", "veldig viktig" eller "viktig" for deres seksuelle helse. Studien til Flynn og kolleger (2016, s. 1642-1649) inkluderte over 3000 amerikanske voksne, og undersøkte hvilken betydning seksuell helse har for livskvalitet. Resultatene viste at over 60 prosent av mennene og 40 prosent av kvinnene, rapporterte at seksuell helse var viktig for deres livskvalitet.

Seksualitet synes å være en sentral del i mange menneskers liv gjennom hele livsløpet (WHO, 2006, s. 5). Det er også i nyere forskning vist at det er en oppfatning av at eldre mennesker ikke er seksuelt aktive eller at seksualitet ikke utgjør en viktig rolle for den eldre befolkningen (Gewirtz-Meydan et al., 2018, s. 150; Schaller et al., 2020, s. 71; Sinković &

Towler, 2018, s. 1239; Wada et al., 2015, s. 46). Derimot foreligger det en rekke studier som har vist at den seksuelle helsen er viktig for livskvaliteten til eldre mennesker (Boyacıoğlu et al., 2023, s. 5; Kim & Kang, 2015, s. 99-102; Lee et al., 2016a, s. 140; Von Humboldt et al., 2023, s. 371-372; Stowell et al., 2023, s. 8; Træen et al., 2017, s. 7). Jackson og kolleger (2019, s. 915-916) demonstrerte blant annet at reduksjon i seksuell lyst, seksuell aktivitet og seksuell funksjon det foregående året, var forbundet med lavere livskvalitet og flere depressive symptomer hos eldre menn og kvinner (> 50 år).

Vansker med seksualitet

Før det presenteres hvordan seksualitet kan ha en negativ innvirkning i menneskers liv, er det nødvendig med en begrepsavklaring. To begreper som hyppig omtales i forskningslitteraturen er “seksuelle dysfunksjoner” og “seksuelle vansker” (Træen & Stigum, 2010, s. 445). Ifølge WHO (1992, s. 191) “ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer”, omfatter seksuelle dysfunksjoner en rekke tilstander (f.eks. manglende seksuell lyst, manglende lubrikasjon hos kvinner og erektile dysfunksjoner hos menn) som har konsekvenser for seksuelle relasjoner. Betegnelsen “seksuelle vansker” omhandler i større grad det subjektive ubehaget som individet opplever, men i forskningslitteraturen brukes ofte “seksuelle vansker” og “seksuelle dysfunksjoner” om hverandre (Træen & Stigum, 2010, s. 445). Denne studien skiller heller ikke mellom de to begrepene.

Seksuelle dysfunksjoner er ikke uvanlig i løpet av livet, og synes å være tilfelle for mennesker på tvers av ulike kulturer (DeRogatis & Burnett, 2008, s. 298; Kessler et al., 2019, s. 597; Lewis et al., 2004, s. 37; McCabe et al., 2016, s. 149). En omfattende krysskulturell studie (Laumann et al., 2005, s. 40-43) inkluderte deltakere fra Europa, Nord-Amerika, Sør-Amerika, Asia, Afrika og Oseania. Studien viste at det var relativt vanlig for kvinner å oppleve svekket interesse for sex, og at svekket interesse for sex varierte mellom 26 og 43 prosent i de ulike geografiske områdene. Det ble også rapportert av kvinnene at en del opplevde manglende evne til å oppnå orgasme, hvilket varierte fra 18 til 41 prosent. Hos mennene fant man ut at mellom 21 og 31 prosent opplevde prematur ejakulasjon. I tillegg ble det rapportert om erektile vansker der prevalensen varierte fra 13 til 28 prosent.

Også i Norge synes det å være en relativt høy prevalens av seksuelle vansker (Bell et al., 2022, s. 1934; Carvalheira et al., 2014, s. 161; Fischer & Træen, 2022, s. 35; Træen et al., 2007, s. 315). I den norske studien til Træen og Stigum (2010, s. 446-450) ble det innhentet data fra voksne i aldersspennet fra 18 til 67 år. Resultatene viste at prematur ejakulasjon var

det hyppigst forekommende seksuelle problemet hos menn under 60 år. For mennene som var over 60 år, ble erektil dysfunksjon hyppigst rapportert. Av kvinnene var det manglende seksuell lyst som ble rapportert å være det vanligste seksuelle problemet, både hos yngre og eldre deltakere. Videre viste resultatene at kvinnene rapporterte om betydelig mer vansker med å oppnå orgasme sammenlignet med mennene, uavhengig av alder, men at orgasmeproblemer hos menn ble hyppigere rapportert hos de eldste, mannlige deltakerne. På bakgrunn av at seksuelle vansker synes å være relativt vanlig, har seksuelle vansker blitt utnevnt som et folkehelseproblem (Andresen et al., 2022, s. 3670; Bell et al., 2022, s. 1934; Træen & Stigum, 2010, s. 455). Med andre ord er seksualitet et svært aktuelt tema i det norske helsevesenet (Sørensen, 2010, s. 366).

Psykiske lidelser og seksuelle vansker

Psykiske lidelser er forbundet med høyere forekomst av seksuelle vansker (Laurent & Simons, 2009, s. 574; Waldinger, 2015, s. 472-476; Zemishlany & Weizman, 2008, s. 102), og flere studier tyder på at enkelte psykiske plager kan medføre vansker med seksualitet (Brotto et al., 2016, s. 542; Hosain et al., 2013, s. 520; Wilcox et al., 2014, s. 2542). Det kausale forholdet mellom mental helse og seksuell helse er imidlertid ikke entydig (Bahnsen et al., 2022, s. 1563; Vanwesenbeeck et al., 2014, s. 155). Det er for eksempel motstridende forskningsresultater knyttet til hvorvidt depressive symptomer predikerer erektil dysfunksjoner eller ikke (Araujo et al., 1998, s. 463, 2000, s. 540; Shabsigh et al., 1998, s. 850; Liu et al., 2018, s. 1078). I stedet for å vektlegge hvorvidt det er psykiske plager som forårsaker seksuelle vansker, eller *vice versa*, har det blitt foreslått at det er et bidireksjonalt forhold (Althof et al., 2005, s. 795; Clayton et al., 2014, s. 1362; Gombert et al., 2021, s. 69-70; Shiri et al., 2007, s. 673). Til støtte for dette har to metastudier (Atlantis & Sullivan, 2012, s. 1503; Liu et al., 2018, s. 1078) påvist et bidireksjonalt forhold mellom depresjon og erektil dysfunksjoner. Metastudien til Atlantis og Sullivan (2012, s. 1503) demonstrerte at risikoen for å utvikle seksuelle dysfunksjoner økte med 50 til 70 prosent ved depresjon, og at det var en forhøyet risiko for å utvikle depresjon ved seksuelle dysfunksjoner med hele 130 til 210 prosent.

I en nyere systematisk oversiktsartikkel konkluderer Herder og kolleger (2023, s. 974) at det er relativt høy prevalens av seksuelle vansker blant psykiatriske pasientpopulasjoner. Likevel tyder studier på at pasienters seksuelle helse ofte blir oversett innenfor psykisk helsevern (Corbett et al., 2017, s. 165; Træen & Schaller, 2013, s. 290). Angst og depresjon er blant de vanligste psykiske lidelsene i den norske befolkningen (Bråten et al., 2023, s. 8;

Folkehelseinstituttet, 2018, s. 25; Helsedirektoratet, 2015, s. 27). En rekke studier har vist at disse lidelsene har en sammenheng med seksuelle vansker (Ernst et al., 1993, s. 186; Figueira et al., 2001, s. 373-376; Ghassemzadeh et al., 2017, s. 211-212; Laurent & Simons, 2009, s. 576-583; Michael & O'Keane, 2000, s. 341; Velurajah et al., 2021, s. 182-184).

Misnøye og vansker med seksualitet har også blitt forbundet med andre psykiske lidelser (Herder et al., 2023, s. 974; Vanwesenbeeck et al., 2014, s. 156; Waldinger, 2015, s. 472-476). I to metastudier ble det funnet en høyere prevalens av seksuelle dysfunksjoner hos schizofrenipasienter (Korchia et al., 2023, s. 1116; Zhao et al., 2020, s. 1480-1486). I tillegg er posttraumatisk stresslidelse (PTSD) sterkt forbundet med seksuelle dysfunksjoner (Bentsen et al., 2015, s. 85; Bird et al., 2021, s. 1419; Cosgrove et al., 2002, s. 883; Kotler et al., 2000, s. 313; Tran et al., 2015, s. 847-848), noe som også er gjeldende ved ikke-seksuelle traumer (Yehuda et al., 2015, s. 1107-1108).

Videre synes seksuelle dysfunksjoner å være forbundet med spiseforstyrrelser (Castellini et al., 2016, s. 7-8, 2021, s. 10), personlighetsforstyrrelser (Ciocca et al., 2023, s. 101-102), ADHD (Soldati et al., 2020, s. 1659-1661) og rusmisbruk (Ghosh et al., 2022, s. 228; Grover et al., 2014, s. 361). Ut fra disse studiene ser det ut til at seksuelle vansker sameksisterer med psykiske lidelser i en rekke tilfeller (Christensen et al., 2011, s. 1898; Herder et al., 2023, s. 972; Laurent & Simons, 2009, s. 575). Stemningslidelser, angstlidelser, traumer, rusmisbruk, spiseforstyrrelser og psykoseproblematikk, som alle har blitt koblet opp mot seksuelle vansker, er vanlige problemstillinger å møte på som psykolog (Helsedirektoratet, 2015, s. 27; Lassemo et al., 2016, s. 15; Mykletun et al., 2009, s. 17-20; Surén et al., 2022, s. 2). Disse funnene har viktige implikasjoner for psykologer som arbeider klinisk generelt. Det faktum at seksuelle vansker synes å være en relativt vanlig problematikk for pasienter i psykisk helsevern (Herder et al., 2023, s. 972), tyder på at seksualitet som tema i terapi ikke er forbeholdt helsepersonell med spesialisert sexologisk kompetanse.

Psykofarmakologi og seksuelle bivirkninger. Det ser ut til at psykofarmakologisk behandling kan utløse eller i hvert fall forverre seksuelle vansker (Clayton et al., 2014, s. 1368; Montejo et al., 2010, s. 3411-3412; Werneke et al., 2006, s. 393). Det foreligger desidert mest forskning på antidepressiva mot depresjon (Serretti & Chiesa, 2011b, s. 142). Vanlige seksuelle bivirkninger ved behandling med antidepressiva er redusert libido, forsinket ejakulasjons- og orgasmevansker, samt redusert tenning (Clayton et al., 2002, s. 364; Higgins et al., 2010, s. 149; Montejo et al., 2019a, s. 926). Metastudier har demonstrert at behandling med antidepressiva er assosiert med seksuelle dysfunksjoner (Reichenpfader, 2014, s. 27; Serretti & Chiesa, 2009, s. 264). En metastudie fant for eksempel ut at det var

høyere insidensrate av seksuelle dysfunksjoner i mellom 25 til 80 prosent av tilfeller (Serretti & Chiesa, 2009, s. 263). Forskningslitteraturen har også påvist en lignende assosiasjon mellom behandling med antipsykotika og psykoselidelser, selv om det kausale forholdet er tvetydig (Dumontaud et al., 2020, s. 9; La Torre et al., 2013, s. 204-205; Montejo et al., 2021, s. 2; Park et al., 2012, s. 154). For eksempel demonstrerte en metaanalyse at antipsykotika er assosiert med seksuelle dysfunksjoner, men samtidig ble det belyst at enkelte antipsykotiske medikamenter har en svakere forbindelse enn andre (Serretti & Chiesa, 2011a, s. 134).

Oppsummert er det mye som tyder på at medikamentell behandling av psykiske lidelser kan påvirke seksualitet i varierende grad. Likevel er det sjeldent at pasienter tar opp seksuelle bivirkninger på eget initiativ (Atmaca, 2020, s. 1044; Balon, 2006, s. 1505; Jacobsen et al., 2020, s. 61; Montejo et al., 2010, s. 3411, 2019b, s. 11). Eksempelvis viste Montejo og kolleger (2001, s. 13) at rapportering av seksuelle dysfunksjoner blant pasienter som fikk medikamentell behandling mot depresjon, økte betraktelig når helsepersonell brukte spørreskjemaer sammenliknet med selvrapporing. Med andre ord bør helsepersonell stille konkrete spørsmål om seksuelle dysfunksjoner for å kartlegge seksuelle bivirkninger som følge av medikamentell behandling (Jacobsen et al., 2020, s. 63; Montejo et al., 2019b, s. 11; Serretti & Chiesa, 2011b, s. 142). Helsepersonell bør også formidle mulige bivirkninger av medikamentene i forkant av behandlingen da seksuelle dysfunksjoner kan ha store innvirkninger på livskvaliteten til pasienter (Atmaca, 2020, s. 1044; Baldwin, 2004, s. 457; Reichenpader et al., 2014, s. 28; Werneke et al., 2006, s. 393).

Sexologi som fagfelt

En definisjon av sexologi er “studiet av menneskets seksualitet” (Coleman, 2010, s. 135, vår oversettelse), og beskrives som en tverrfaglig disiplin som integrerer både medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kunnskap (Nimbi et al., 2022, s. 895). Menneskelig seksualitet favner et bredt spekter av temaer, og krever derfor at man benytter metodologier fra ulike fagfelt (Almås, 2011, s. 296; Lehmler, 2014, s. 28). Likevel har det blitt påpekt at sexologi fremdeles burde betraktes som et selvstendig fagområde, da sexologiske problemstillinger ofte ikke vektlegges innenfor medisinske, psykologiske og sosialfaglige disipliner (Almås & Benestad, 2017, s. 13). Når det gjelder etablering av sexologi som fagfelt, ser man at det vokste frem på slutten av 1800-tallet i Europa og USA, men ble betydelig bremsset som følge av andre verdenskrig (Almås & Giami, 2006, s. 38). Likevel har mye skjedd siden etterkrigstiden. I 1974 ble seksuell helse tematisert under et møte i regi av Verdens Helseorganisasjon (WHO, 1975, s. 9). Målet var å løfte frem sexologi som et eget

utdannings- og opplæringsområde for helsepersonell. Etter det beskriver Almås og Benestad (2017, s. 31) at sexologien har “blomstret”. Fire år senere ble “World Association for Sexual Health” (WAS) etablert, og ikke lenge etter ble “Nordic Association for Clinical Sexology” (NACS) etablert. I Norge har fagfeltet sexologi blitt utviklet og opprettholdt av engasjerte pionerer (Almås & Benestad, 2017, s. 32).

Klinisk sexologi har som formål å “kunne forstå, veilede, hjelpe og behandle mennesker med seksuelle problem og funksjonshinder” (Landmark et al., 2012, s. 106). “Sexolog” er i dag ikke en beskyttet tittel, som impliserer at den som vil kan bruke sexolog som yrkesbeskrivelse (Sørensen, 2010, s. 368). Altså eksisterer det ingen formelle retningslinjer for krav om kompetansen til sexologer. For å motvirke dette, etablerte Norsk forening for klinisk sexologi (NFKS), i samarbeid med NACS, en autorisasjonsordning for å nettopp kvalitetssikre kompetansen til sexologer (Almås & Giami, 2006, s. 38). NACS tilbyr autorisasjon som “spesialist i sexologisk rådgivning” og “spesialist i klinisk sexologi” basert på en rekke krav om helsefaglig- eller sosialfaglig utdanning, videreutdanning innenfor sexologi på minimum 60 studiepoeng, sexologisk erfaring og veiledning (Almås et al., 2023, s. 151). Ifølge NFKS sin nettside finnes det per dags dato omtrent 115 autoriserte sexologer i Norge. Siden 2001 har Universitetet i Agder tilbudt videreutdanning i sexologi som samsvarer med kompetansekravene til NACS-autorisasjonen (Almås, 2011, s. 297-298). I videreutdanningen legges det stor vekt på den såkalte “PLISSIT-modellen” (Almås et al., 2023, s. 151), en modell som beskriver hvordan helsepersonell kan tilnærme seg seksuelle vansker (Almås, 2011, s. 297).

PLISSIT-modellen

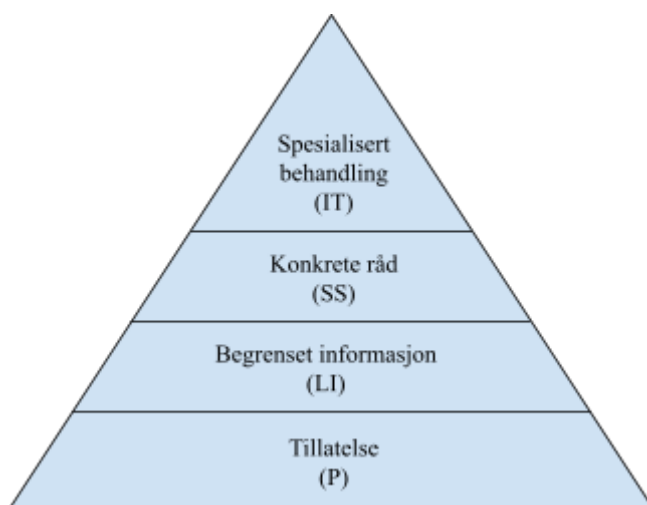
I 1976 presenterte Jack S. Annon en modell rettet mot hvordan helsepersonell kan avhjelpe seksuelle problemer. Denne modellen kalles PLISSIT, og er et akronym som står for de engelske ordene “permission” (P), “limited information” (LI), “specific suggestions” (SS) og “intensive therapy” (IT). I det følgende vil PLISSIT-modellen presenteres i korte trekk ettersom det første nivået er relevant for resultatene til gjeldende studie. Det vil også henvises til modellen i diskusjonen.

Hovedtrekkene i PLISSIT-modellen er at man kan tilnærme seg seksualitet på fire ulike nivåer (se Figur 1). Det første nivået er “permission” som handler om å tillate at seksualitet blir et tema i terapien. Ifølge Annon (1976, s. 4-5) er det først og fremst terapeutens ansvar å gi tillatelse til pasientens seksuelle problemstillinger. Det er mulig å gi tillatelse på ulike måter, enten ved at pasienter får direkte spørsmål om seksualitet, ved at

helsepersonell uttaler seg offentlig om seksualitet eller ved å gi andre tegn som plakater og brosjyrer om seksualitet (Almås & Benestad, 2017, s. 70; Almås et al., 2023, s. 149). Annon (1976, s. 5-8) fremhever at pasienter kan oppleve skam rundt seksuelle vansker, og at P-nivået derfor kan bidra til avstigmatisering og normalisering rundt seksuelle tanker, følelser og handlinger.

Figur 1

PLISSIT-modellen



Notat. Nivåene er hierarkisk fordelt der bunnen av pyramiden er det første nivået, og toppen er det siste nivået. Vår illustrasjon av PLISSIT-modellen er basert på Almås og Benestad (2017, s. 70).

De to neste nivåene i modellen handler henholdsvis om å bidra til kunnskapsøkning gjennom å gi relevant informasjon om den aktuelle sexologiske problemstillingen (LI-nivået), og å tilby relevante forslag for å imøtekomme pasientenes problematikk (SS-nivået) .

Det siste nivået i PLISSIT-modellen innebærer behandling som er mer omfattende og spesialisert enn de foregående nivåene (Annon, 1976, s. 8-14). Ifølge modellen kan det ofte være tilstrekkelig for pasienter å avhjelpe i de tre første nivåene (Almås et al., 2023, s. 148; Timm, 2009, s. 19). For andre pasienter vil det være nødvendig med spesialiserte behandlingsforløp (Almås & Benestad, 2017, s. 72), hvilket inngår i det siste nivået. Slike terapiformer stiller imidlertid store krav til terapeutens kompetanse (Annon, 1976, s. 13).

Tematisering av seksualitet

Forskningslitteraturen tyder på at det er en inkongruens mellom helsepersonell sin oppfatning av at seksualitet er viktig og deres kliniske praksis (Helland et al., 2013, s. 21; Seitz et al., 2020, s. 531; Zhang et al., 2020, s. 2209). Haboubi og Lincoln (2003, s. 291-293) gjennomførte en spørreundersøkelse blant et stort utvalg av leger, sykepleiere, ergoterapeuter

og fysioterapeuter med formål om å kartlegge tematisering av seksualitet i behandling. Funnene viste at 68 % aldri tok opp temaet i terapi, til tross for at flertallet (90 %) rapporterte at temaet var viktig å adressere. Til og med ved mistanke om seksuelle vansker, har eksempelvis psykiatere unngått å ta opp temaet med sine pasienter (Seitz et al., 2020, s. 531).

Når det gjelder hvorvidt psykologer tar opp temaet i terapi, viser studier liknende resultater. Miller og Byers (2009, s. 206-213) kartla amerikanske og canadiske psykologers vaner om å tematisere seksualitet ved hjelp av spørreskjemaer. Spørreskjemaet tok utgangspunkt i en fireukersperiode, og viste at 21 % av psykologene spurte pasientene sine om seksualitet, og spurte om seksualitet i 40 % av inntakssamtalen. Reissing og Di Giulio (2010, s. 60) viste på lik linje at 60 % av psykologene i deres studie sjelden eller aldri tok opp seksualitet. Norske psykologer er heller intet unntak hvis vi ser på resultatene i Træen og Schallers spørreundersøkelse fra 2013. Den vanligste tendensen blant de 1064 psykologene som deltok i studien, var å adressere seksualitet “av og til” eller “en sjelden gang” (Træen & Schaller, 2013, s. 285). Videre er det mye som tyder på at det er de negative aspektene ved seksualitet som vektlegges dersom temaet blir tatt opp (Cruz et al., 2017, s. 563; Miller & Byers, 2010, s. 98; Southall & Combes, 2022, s. 528). Blant norske psykologer var negative seksuelle opplevelser, seksuell funksjon og seksuell orientering de hyppigste temaene som ble brakt frem. Positive seksuelle erfaringer og seksuell tilfredsstillelse ble derimot sjeldent tematisert (Træen & Schaller, 2013, s. 286).

Ifølge nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2018a, s. 10-13, 2018b, s. 10-13, 2018c, s. 10-23), er ikke seksualitet en del av standard kartlegging, og det impliserer at enten helsepersonell eller pasienter må ta initiativ til å tematisere seksualitet. Når det gjelder hvem som har ansvar for å ta det opp, kan det virke som at pasienter og helsepersonell har ulik oppfatning, ifølge Zhang og kollegers (2020, s. 2209) oversiktsartikkel. Studien til Helland og kolleger (2013, s. 21-22) viste at 88 % av helsepersonell ansatt i Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering anså det som pasientens ansvar å ta opp seksualitet. Det at helsepersonell ikke initierer samtale om seksualitet med sine pasienter er problematisk, da studier viser at pasienter sjeldent selv tar opp temaer som omhandler seksuelle vansker. Studier tyder likevel på at pasienter i ulike aldersgrupper *ønsker* å bli spurt om disse temaene av helsepersonell fremfor å ta det opp selv (Fuzzell et al., 2016, s. 1468; Helland et al., 2017, s. 131; Kingsberg, 2004, s. 200; Schaller et al., 2020, s. 77), og noen pasienter har en forventning om at helsepersonell tar det opp (Zhang et al., 2020, s. 2209).

Kvalitative studier tyder på at en trygg kommunikasjon om seksualitet mellom

helsepersonell og pasienter er viktig (Cathcart-Rake et al., 2020, s. 1060; Helland et al., 2017, s. 135). På denne måten kan det se ut til at helsepersonells usikkerhet rundt seksualitet kan påvirke hvorvidt pasienter frembringer temaet. En studie viste eksempelvis at heterofile samt skeive ungdommer registrerte fastleger sin usikkerhet når seksualitet ble et tema, blant annet ved endring av ansiktsuttrykk. Ungdommene rapporterte også at de opplevde at temaet var for privat til å ta opp, og at de fryktet å bli dømt (Fuzzell et al., 2016, s. 1469-1470). En nylig dansk kvalitativ studie viste at pasienter med kroniske lidelser eller kreft hadde opplevd å bli avvist eller oversett av helsepersonell i sitt forsøk på å tematisere seksualitet. Slike opplevelser bidro til at pasientene ble tilbakeholdne med å ta opp temaet ved senere anledninger (Traumer et al., 2019, s. 63-64). Andre studier viser at pasienter nettopp unngår å ta opp seksualitet for å skåne helsepersonell for ubehag (Cathcart-Rake et al., 2020, s. 1060; Helland et al., 2017, s. 137). Altså er helsepersonell sine reaksjoner på pasienters åpenhet om seksualitet av stor betydning (Fuzzell et al., 2016, s. 1469; Traumer et al., 2019, s. 63-64).

Barrierer for tematisering av seksualitet

Forskningslitteraturen som beskriver barrierer for tematisering av seksualitet blant helsepersonell er bred, og det er ingen entydige svar på årsaken til at temaet blir underkommunisert av helsepersonell. En gjennomgang av kvalitative studier ble utført av Dyer og das Nair (2013, s. 2658-2665), der funn fra en rekke britiske studier publisert mellom 2002 og 2007 blir oppsummert. I denne studien ble det identifisert hele 19 faktorer til at helsepersonell vegrer seg for å tematisere seksualitet. Fremtredende årsaker var eksempelvis mangelfull tid, usikkerhet vedrørende kompetanse om seksualitet og frykt for å “opening up a can of worms”. En rekke studier har imidlertid vist at helsepersonell kan oppleve ubehagelige følelser i møte med problematikken (Bungener et al., 2022, s. 425; Naughton, 2022, s. 415; Saunamäki & Engström, 2013, s. 536; Urry et al., 2019, s. 1281; Zhang et al., 2020, s. 2209; Åling et al., 2021, s. 260), i tillegg til at helsepersonell unngår temaet i frykt for å gjøre pasienter forlegne (Baker-Green, 2017, s. 8; Helland et al., 2013, s. 22; Urry et al., 2019, s. 1281). Det kan dessuten være utfordrende for helsepersonell å sette grenser når seksualitet blir et tema (Martin et al., 2011, s. 254). Grensesetting omfatter både personlige, profesjonelle og arbeidsplassene sine grenser (O’Mullan et al., 2021, s. 276; Urry et al., 2023, s. 6), og beskrives som nødvendig for å bevare profesjonalitet og for å ivareta seg selv på grunn av etisk forsvarlighet (O’Mullan et al., 2021, s. 276).

Når det gjelder norske psykologer, viste Træen og Schaller (2013, s. 286) at over halvparten av psykologene i deres studie (58.6 %) opplevde å ha for lite kunnskap om

seksualitet til å ta det opp med pasienter. En stor andel av forskningen retter seg mot nettopp mangler ved den grunnleggende psykologutdanningen, og peker på at begrenset kunnskap og kompetanse om seksualitet er en viktig forklaring på at psykologer unngår å ta opp temaet med pasienter (Miller & Byers, 2008, s. 142; Mollen & Abbott, 2022, s. 280; Mollen et al., 2020, s. 378). Kritikken handler i stor grad om at utdanningen sjelden integrerer seksualitet i hverken generelle eller isolerte fag (Abbott et al., 2023, s. 63; Mollen & Abbott, 2022, s. 283), og dermed ikke gir kommende psykologer grunnlag til å tematisere seksualitet (Træen & Schaller, 2013, s. 284). Dersom utdanningsinstitusjoner derimot implementerer seksualitet i utdanningen, virker det som at fokuset hovedsakelig ligger på patologiske aspekter fremfor positive aspekter ved seksualitet (Arakawa et al., 2013, s. 318; Miller & Byers, 2010, s. 98; Mollen et al., 2020, s. 386). Konsekvensene av mangelfull utdanning er at psykologer og helsepersonell opplever at de ikke har adekvat kompetanse og trening i å ta opp tematikken med pasienter, og opplever derfor usikkerhet når de tar opp temaet (Cruz et al., 2017, s. 550; Miller & Byers, 2009, s. 216; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 60; Southall & Combes, 2022, s. 528). Flere forfattere har derfor kommet med forslag til hvordan psykologutdanninger kan integrere seksualitet i læreplanen (Mollen & Abbott, 2021, s. 283-284; Zeglin et al., 2018, s. 117).

Litteraturen som beskriver hvordan helsepersonell kan tematisere seksualitet med pasienter, forklarer at det ikke nødvendigvis er problemfritt (Cruz et al., 2017, s. 561-562; O'Mullan et al., 2021, s. 276). Viderehenvisning forstås derfor som betydningsfullt i tilfeller hvor helsepersonell mangler nødvendig kunnskap og kompetanse til å gi nødvendig helsehjelp (Cruz et al., 2017, s. 562; O'Mullan et al., 2021, s. 6; Timm, 2009, s. 21). Samlet sett antyder deler av forskningslitteraturen at utdanning kan forstås som en utslagsgivende faktor for hvorvidt helsepersonell adresserer seksualitet med sine pasienter (Abbott et al., 2023, s. 63).

Nylige kvalitative studier fra Australia, utført av Urry og kolleger (2019, s. 278, 2022, s. 31, 2023, s. 125) viser derimot at bildet virker å være mer sammensatt. Den ene studien til Urry og kolleger (2019, s. 1283-1284) viste eksempelvis at psykologer, psykiatere og psykiatriske sykepleiere kunne betrakte seksualitet som et perifert tema i den forstand at andre temaer ble ansett som viktigere å prioritere i terapi. En oppfølgingsstudie av samme forfattere (Urry et al., 2022, s. 551) går ett steg videre og spesifiserer at overordnede faktorer knyttet til organisasjonsstrukturer har innflytelse på hvorvidt helsepersonell tematiserer seksualitet. Temaet anses som perifert av helsepersonell ettersom arbeidskulturen ikke legger til rette for at temaet integreres i praksis gjennom fravær av kliniske verktøy,

kartleggingskjemaer og prosedyrer. Derfor foreslås det at tiltak for å integrere seksualitet i klinisk praksis burde rette seg mot individuelle, men også overordnede strukturer (Urry et al., 2023, s. 7).

Hvordan ta opp seksualitet med pasienter?

Til tross for at både Træen og Schallers studie (2013, s. 284) og andre internasjonale studier (Miller & Byers, 2009, s. 217; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 61) påpeker at psykologutdanningen ikke strekker til når det gjelder undervisning og opplæring i seksualitet, belyser også førstnevnte at utdanning innen sexologi ikke er *avgjørende* for å ta opp seksualitet med klienter (Træen & Schaller, 2013, s. 289-290). Det som hadde størst sammenheng med hvor ofte norske psykologer tematiserte seksualitet, uavhengig av kjønn, alder og lengde på klinisk erfaring, var deres holdninger og forestillinger om å adressere seksualitet i terapi. Kort oppsummert stilte psykologer som anså seksualitet som en selvfølge i anamneseintervjuet, og de som betraktet det som psykologers ansvar å ta opp temaet, oftere spørsmål om seksualitet. Timm (2009, s. 19) fastslår på lik linje at psykologer ikke nødvendigvis trenger formell utdanning for å ta opp seksualitet, mens Miller & Byers (2009, s. 218) understreker at det er viktig å utvikle metoder som psykologer uten spesifikk kompetanse innen sexologi kan benytte i terapi.

Cruz og kolleger (2017, s. 547) og Timm (2009, s. 15) beskriver hvordan psykologer spesifikt kan integrere seksualitet i terapi. Førstnevnte tar utgangspunkt i et sexpositivistisk standpunkt, mens Timm (2009, s. 19-21) viser hvordan helsepersonell kan ta opp seksualitet med utgangspunkt i PLISSIT-modellen. Det er først og fremst viktig at helsepersonell har en bevisst og positiv holdning til seksualitet (Cruz et al., 2017, s. 551; Fischer & Træen, 2016, s. 13). Blant annet blir det anbefalt at psykologer aktivt reflekterer over sine holdninger og reaksjoner når seksualitet blir et tema i terapi, og igangsetter kritiske selvrefleksjoner (Cruz et al., 2017, s. 553; Ford & Hendrick, 2003, s. 84-85; Mosher et al., 2017, s. 498; Pillai-Friedman et al., 2015, s. 202; Urry et al., 2023, s. 5). Seksualitet er et tema med mye variasjon, og derfor er helsepersonell nødt til å nærme seg tematikken med åpenhet, validering og respekt (Williams et al., 2013, s. 273). I tillegg oppfordres helsepersonell til å oppsøke relevant informasjon på egen hånd da dette kan bidra til større trygghet (Cruz et al., 2017, s. 554; Gewirtz-Meydan et al., 2019, s. 7; Harris & Hays, 2008, s. 245; O'Mullan et al., 2021, s. 278; Timm, 2009, s. 22).

Videre anbefales det at helsepersonell legger til rette for å skape et trygt rom ved å henvende seg til pasienter med en åpen og ikke-dømmende holdning (Cruz et al., 2017, s. 559; Zeglin et al., 2018, s. 109; Åling et al., 2021, s. 259). Dette kan bidra til at spørsmål om seksualitet oppleves som trygt for pasienter (Zéler & Troadec, 2020, s. 606; Åling et al., 2021, s. 259). Når det gjelder tidspunkt for når seksualitet burde tematiseres, regnes tidlig i terapiforløpet, og gjerne i løpet av inntakssamtalen, som et godt utgangspunkt. Dette for å signalisere at seksualitet er et like viktig tema som andre temaer (Cruz et al., 2017, s. 558; Zéler & Troadec, 2020, s. 606), noe som også kan presiseres muntlig. Riktig bruk av seksuelt språk fremheves også som et sentralt punkt. Det innebærer blant annet at helsepersonell tilpasser seg pasientens språk for begreper knyttet til seksualitet, i tillegg til at helsepersonell bruker språk hun eller han er komfortabel med. Det anbefales også å øve seg på å bruke seksuelle begreper da dette bidrar til økt trygghet (Cruz et al., 2017, s. 560-561; Timm, 2009, s. 24).

Eksisterende kunnskapshull

Forskningslitteraturen har altså identifisert at både utrygghet og begrenset kunnskap kan hindre tematisering av seksualitet (Cruz et al., 2017, s. 553; Dyer & das Nair, 2013, s. 8; Miller & Byers, 2009, s. 216, 2012, s. 1048; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 60). Mens flere studier har undersøkt *hvorfor* helsepersonell *ikke* adresserer seksualitet, er det langt færre studier som belyser *hvordan* helsepersonell *kan ta opp* seksualitet. Etter vårt kjennskap er det bare studien til O'Mullan og kolleger (2021, s. 274) og Gewirtz-Meydan og kolleger (2019, s. 195) som har anvendt en kvalitativ tilnærming for å undersøke det sistnevnte tidligere. Informantene i førstnevnte studie var imidlertid australske ergoterapeuter med sexologisk kompetanse, mens informantene i den andre studien var israelske leger med videreutdanning i sexologi. Både yrkesbakgrunn, kulturell bakgrunn og pasientgruppene er imidlertid en vesentlig forskjell i de nevnte studiene. Psykologer er i en særskilt posisjon når det gjelder å berøre et så privat tema som seksualitet sammenliknet med andre helseprofesjoner (Southall & Combes, 2022, s. 528). Det er derfor viktig å belyse psykologers erfaringer. Så vidt vi vet, har norske psykologers erfaring i liten grad blitt undersøkt tidligere. Vedde (2017, s. 1) inkluderte norske psykologer i sin masteroppgave. Formålet med masteroppgaven var å få innsikt i mulige årsaker til hvorfor seksualitet blir tematisert eller ikke, i motsetning til hvordan seksualitet blir et tema. Vedde sin masteroppgave hadde dessuten ikke et inklusjonskriterium om at psykologene skulle ha kompetanse i sexologi.

Sett under ett er det få kvalitative studier som har undersøkt tematisering av seksualitet med et “hvordan”-perspektiv, og vi har enda til gode å komme over en studie som i så tilfelle har intervjuet psykologer. Behovet for ytterligere forskning blir fremhevet av Træen og Schaller (2013, s. 291) der de konkretiserer at det mangler empiri om psykologers praktiske opplevelse av å adressere seksualitet. Kvalitativ forskning på tematisering av seksualitet blant psykologer med sexologikompetanse eksisterer altså ikke, til tross for at det antakelig er mye lærdom å hente fra denne gruppen (Almás et al., 2023, s. 157; Almás & Giami, 2006, s. 42).

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å utforske erfaringene til psykologer med sexologibakgrunn og deres refleksjoner knyttet til å adressere seksualitet med pasienter. Det overordnede forskningsspørsmålet er følgende: “Hva skal til for å lykkes med å tematisere seksualitet i terapi?”. For å besvare dette spørsmålet er et sentralt underspørsmål “Hvilken relevans har temaet seksualitet i terapi?”.

Metode

Bakgrunn for valgt metode

De fleste studiene som har undersøkt seksualitet i psykoterapeutisk kontekst, har benyttet kvantitative forskningsdesign (Dyer & das Nair, 2013, s. 2). Vi anvender en kvalitativ tilnærming basert på refleksiv tematisk analyse. Kvalitative studier har til forskjell fra kvantitativ forskning som formål å få innsikt i et fenomen gjennom prosessen med å forstå et individ (Creswell, 2007, s. 37; Aspers & Corte, 2019, s. 151; Hennink et al., 2020, s. 10). Et fokus på enkeltindividet gir mulighet til å utforske et tema fra ulike vinkler. Dette gir grunnlag til å forstå et fenomen på et dypere plan, og kan avdekke ulike lag og sammenhenger (Howitt, 2010, s. 10; Roald et al., 2021, s. 73). I vår studie er det nettopp informantenes subjektive erfaringer som er av interesse, og en kvalitativ tilnærming er derfor egnet (Austin & Sutton, 2014, s. 436; Malterud, 2016, s. 122).

Vitenskapelig forankring

I kvalitativ forskning er det essensielt å være bevisst på at en rekke antakelser påvirker fortolkningen av datamaterialet. I tillegg betraktes det som en kvalitetssikring at forskere formidler hvilke teoretiske antakelser som ligger til grunn (Braun & Clarke, 2019, s. 592; Meyrick, 2006, s. 803-804). Ved å beskrive eksplisitt hvilket teoretisk fundament som

underbygger analysen, blir det samtidig enklere for andre å forstå og vurdere våre interpretasjoner (Braun & Clarke, 2022b, s. 188). I det følgende presenterer vi derfor studiens vitenskapelige forankring i henhold til anbefalinger om å være transparent rundt det kvalitative rammeverket (Attride-Stirling, 2001, s. 386; Braun & Clarke, 2006, s. 80, 2019, s. 594; Meyrick, 2006, s. 803). Vi vil beskrive hvordan vår studie er lokalisert langs fire ulike kontinua: kvalitativ orientering, metateoretisk rammeverk, dataorientering og meningsnivå (Braun & Clarke, 2022b, s. 9-10).

Kvalitativ orientering

Det har blitt foreslått at man kan skille mellom to primære orienteringer innenfor kvalitativ forskning: erfaringsbasert orientering og kritisk orientering (Braun & Clarke, 2022b, s. 159; Reicher, 2000, s. 3). I svært enkle trekk er hovedforskjellen mellom disse orienteringene at en erfaringsbasert orientering anerkjenner den sosiale virkeligheten, mens en kritisk orientering i større grad vektlegger at den sosiale virkeligheten er konstituert (Byrne, 2022, s. 1396; Clarke & Braun, 2014, s. 1947). Denne studien har en mer erfaringsbasert orientering ettersom det er informantenes subjektive erfaring som er av interesse (Braun & Clarke, 2012, s. 59; Byrne, 2022, s. 1396). I tillegg er en erfaringsbasert orientering velegnet når mening forstås ut fra informantenes perspektiv (Braun & Clarke, 2022b, s. 160) slik som i vårt tilfelle.

I kontrast til en kritisk orientering, antar en erfaringsbasert orientering at man får tilgang til informantenes “indre tilstand” gjennom språket. Språket kan imidlertid konseptualiseres på ulike måter. For eksempel blir språket betraktet som et “speil” ved en såkalt reflekterende tilnærming (Braun & Clarke, 2022b, s. 164; Hall, 1997, s. 24) Med andre ord vil det si at hva informantene formidler, simpelthen gjenspeiler hva informantene faktisk tenker og føler (Byrne, 2022, s. 1396; Clarke & Braun, 2014, s. 1947). Vår studie underbygges i stedet av en teoretisk antakelse om at informantenes språk er intensjonell (Braun & Clarke, 2022b, s. 164; Hall, 1997, s. 25). Vi antar derfor at språket avdekker informantenes egen, subjektive virkelighet (Braun & Clarke, 2006, s. 85, 2012, s. 60). Som vi skal se, er den erfaringsbaserte orienteringen og den intensjonelle konseptualiseringen av språk, forbundet med valg av metateorier (Braun & Clarke, 2022b, s. 164-165).

Ontologisk og epistemologisk posisjon

All vitenskap underbygges av et filosofisk metateoretisk fundament som påvirker prosessen fra å formulere forskningsspørsmål og til å tolke data (Braun & Clarke, 2006, s. 85; Byrne, 2022, s. 1395). Metateorier kan forstås som overordnede antakelser om virkeligheten

og kunnskap, og er relatert til henholdsvis ontologi og epistemologi (Braun & Clarke, 2022b, s. 166). Enkelt forklart handler ontologi om virkeligheten og hva som eksisterer, mens epistemologi tar for seg hva kunnskap er, hvorvidt kunnskap er pålitelig eller ikke samt hvordan kunnskap kan produseres (Guba & Lincoln, 1994, s. 108; Schiller, 2016, s. 89-92; Tebes, 2005, s. 214). Denne studien er opptatt av de *subjektive* erfaringene til psykologer med sexologibakgrunn, samtidig som vi anerkjennes at begrepet seksualitet gjenspeiles av kulturelle og tidsmessige aspekter. For å besvare problemstillingen, tok vi utgangspunkt i et metateoretisk fundament som er lokalisert mellom ontologiske og epistemologiske ytterpunkter, og kan omtales som henholdsvis kritisk realisme og kontekstualisme (Braun & Clarke, 2022b, s. 167).

Kritisk realisme tar utgangspunkt i at virkeligheten eksisterer uavhengig av menneskets bevissthet, samtidig som at virkeligheten forstås å bli påvirket av språk og kultur, og står dermed i kontrast til den naive realismen (Hayfield et al., 2019, s. 530; Pilgrim, 2014, s. 2; Schiller, 2016, s. 89-90). Med andre ord tar vi høyde for at konseptet seksualitet påvirkes av dagens kultur og tid, og vi har derfor valgt å benytte kontekstualisme som epistemologisk posisjon. Hovedtrekket i kontekstualismen er at kunnskap antas å være mediert av nettopp kontekst, i motsetning til positivismen. I praksis betyr det at mennesker ikke kan studeres isolert, og forskningsfunn må sees i lys av konteksten. Kunnskapen som etableres er altså et resultat av samspillet mellom informantene og forskerne (Braun & Clarke, 2022b, s. 179; Madill et al., 2000, s. 10). I dette tilfellet vil konteksten være preget av at Norge har et liberalt syn på seksualitet sammenliknet med andre land (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 19; Træen et al., 2019, s. 816). Informantene våre kan dessuten betraktes som eksperter hva gjelder seksualitet, og kan derfor tenkes å ha innvirkning på måten kunnskap blir generert i møte med forskerne.

For å oppsummere har denne studien en erfaringsbasert orientering med en kritisk realistisk og kontekstualistisk posisjon, der språket blir betraktet som intensjonell. På denne måten anerkjenner vi at informantene kan formidle deres egen virkelighet gjennom språket, samtidig som vi også tar høyde for at kontekstuelle faktorer innvirker i informantenes erfaringer (Braun & Clarke, 2012, s. 60; Pickens & Braun, 2018, s. 435; Hayfield et al., 2019, s. 530).

Dataorientering og meningsnivå

Vår studie benytter en mer induktiv orientering til datamaterialet. Det vil si at vi har tatt utgangspunkt i at datamaterialet inneholder meningsbærende enheter (Braun & Clarke,

2022b, s. 56). Analysen er derfor i større grad datadrevet, til forskjell fra en deduktiv orientering som er mer teoridrevet (Braun & Clarke, 2006, s. 83-84). Videre ble datamaterialet kodet på både et semantisk og latent nivå. Semantisk koding handler om at meningen ligger mer på overflaten i datamaterialet, for eksempel gjennom hva informantene eksplisitt har formidlet. Motsatt er latent koding mer implisitt der meningen er underliggende, hvilket forutsetter en aktiv, analytisk rolle fra forskere (Braun & Clarke, 2022b, s. 57-58; Byrne, 2022, s. 1397). Hverken dataorientering eller meningsnivå er dikotomiske, og det er mulig å ha en viss sammenblanding (Braun & Clarke, 2019, s. 592). Ved at vår studie er mer induktiv vil det si at vi har hatt få begrensninger under kodeprosessen, og at vi prioriterte informantenes erfaring heller enn å tilpasse kodingen til teoretiske antakelser (Braun & Clarke, 2012, s. 59). Likevel har PLISSIT-modellen vært relevant i å forstå enkelte mønstre, og på denne måten har vi også elementer av deduktiv dataorientering (Braun & Clarke, 2006, s. 84). I vår studie er graden av meningsnivå determinert av skjønn; viktigst er det at analysen skal være meningsfull (Byrne, 2022, s. 1397). Dette har vi brukt som et ledende prinsipp.

En oversikt over studiens vitenskapelige forankring er presentert i Tabell 1. En induktiv orientering til data er forenlig med at vi har en erfaringsbasert orientering og vår ontologiske og epistemologiske posisjon (Braun & Clarke, 2012, s. 59). Det faktum at vi ikke prioriterer et meningsnivå over et annet, kan være passende i henseende til at studien er lokalisert mellom de ontologiske og epistemologiske ytterpunktene (Braun & Clarke, 2006, s. 84-85; Byrne, 2022, s. 1397-1398).

Tabell 1

Oppsummering av studiens vitenskapelige forankring

Vitenskapelig forankring	Vår posisjon
Kvalitativ orientering	Erfaringsbasert orientering
Ontologisk posisjon	Kritisk realisme
Epistemologisk posisjon	Kontekstualisme
Orientering til data	Induktiv ← Deduktiv
Meningsnivå	Semantisk ↔ Latent

Notat. “←”-symbolet viser at studien har en mer induktiv enn deduktiv dataorientering. “↔”-symbolet viser at studien ikke favoriserer meningsnivå.

Refleksivitet

Et særtrekk ved refleksiv tematisk analyse er at forskeres subjektivitet og refleksive rolle betraktes som en ressurs, i stedet for en barriere som skal forebygges (Braun & Clarke, 2019, s. 591, 2021b, s. 334). Refleksivitet hos forskere har blitt trukket frem å være betydningsfullt for å sikre metodisk kvalitet i kvalitative studier (Braun & Clarke, 2022b, s. 13; Creswell & Miller, 2000, s. 127; Meyrick, 2006, s. 804). Refleksivitet handler om at forskere er kritiske til forskningsrollen og reflekterer over egne forutinntattheter under kunnskapsproduksjon (Malterud, 2001, s. 484; Berger, 2015, s. 220). Dette innebærer at forskere er bevisst på hvordan ens subjektivitet kan påvirke forskningsprosessen (Braun & Clarke, 2022b, s. 14; Finlay, 2003, s. 4).

Refleksivitet er spesielt relevant i vår studie ettersom vi har en kritisk realistisk og kontekstualistisk posisjon som begge fastslår at kontekstuelle faktorer innvirker i forståelsen av virkeligheten og kunnskap (Braun & Clarke, 2022b, s. 179; Hayfield et al., 2019, s. 530; Pickens & Braun, 2018, s. 435; Sims-Schouten et al., 2007, s. 103). Et eksempel på en kontekstuell faktor i vår studie, er at alle informantene har en sexpositivistisk tilnærming. På grunn av vår vitenskapelige forankring, har vi tatt høyde for at denne konteksten innvirker i informantenes erfaringer. Med andre ord har ikke informantenes beskrivelser blitt fortolket uten å inkludere en sexpositivistisk forståelsesramme. Personlig har vi selv liberale holdninger og verdier om seksualitet. Vårt positive syn på seksualitet er altså en kontekst som vi også har vært bevisst på gjennom den analytiske prosessen.

Ettersom vi antar at informantene ikke kan forstås isolert (Braun & Clarke, 2023b, s. 4), impliserer vårt teoretiske standpunkt at vi som forskere er deltakende i “informantenes verden”. Jevnt over gjennom forskningsprosessen, har det altså vært viktig for oss å etterstrebe en refleksiv rolle (Madill et al., 2000, s. 10; Malterud, 2001, s. 484; Pilgrim, 2014, s. 2; Sargent & Abela, 2021, s. 21). Med andre ord har resultatene fra denne studien blitt til gjennom et samspill mellom informantenes beskrivelser og våre egne antakelser og fortolkninger (Berger, 2015, s. 231; Braun & Clarke, 2022b, s. 179; Finlay, 2003, s. 5).

I praksis går refleksivitet ut på at forskeren redegjør for sin bakgrunn og hvordan den kan påvirke forskningsprosessen (Braun & Clarke, 2023a, s. 704; Creswell & Miller, 2000, s. 127; Madill et al., 2000, s. 10; Meyrick, 2006, s. 804). Allerede før forskningsspørsmålet ble formulert, skrev vi ned refleksjoner rundt vår egen forforståelse om seksualitet som tema innenfor psykologien. Forforståelse er et begrep som handler om forutgående forestillinger om et fenomen som skal utforskes (Svendsen & Säätelä, 2007, s. 93), og det var viktig for oss

å stadfeste vår forforståelse før vi gikk videre inn i forskningsprosessen (Berger, 2015, s. 221; Madill et al., 2000, s. 10; Malterud, 2001, s. 484; Solbue, 2011, s. 826).

Som psykologstudenter har vi tilegnet oss både teoretisk og klinisk forståelse av psykisk helse. Ettersom vi er på siste året i utdanningen vår og har hatt pasienter, har vi gjort oss opp egne meninger knyttet til om det er tilstrekkelig fokus på seksualitet. Fra et faglig perspektiv, hadde Maja lite kunnskap og erfaring med tematikken i forkant av studien. Hun har derimot lenge hatt en interesse for parterapi og seksualitetens rolle i parrelasjoner. Henrik har vært interessert i seksualitet og sexologi gjennom hele utdanningsforløpet. Han har på eget initiativ ordnet praksisplasser i Oslo knyttet til overgrepssproblematikk og kjønnsinkongruens. I løpet av studietiden har han vært leder og aktiv i Psykologistudenter om psyke og sex (POPS), en studentorganisasjon bestående av psykologistudenter som ønsker å belyse temaer innenfor psykisk og seksuell helse. Felles for studentenes forståelsesramme er at begge opplever at seksualitet har vært underkommunisert i teoretisk undervisning og i vår kliniske terapiopplæring.

Vi ble gjort oppmerksom på PLISSIT-modellen allerede under det første intervjuet, og leste oss opp på modellen i etterkant. Selv om intervjuguiden ikke ble utarbeidet i henhold til et teoretisk rammeverk, antar vi at PLISSIT-modellen til en viss grad påvirket de andre intervjuene. For eksempel ved at vår egen forståelse av informantenes beskrivelser ble sett i lys av modellen. Likevel har vår studie en mer induktiv orientering, slik at vi også var bevisst på at PLISSIT-modellen ikke skulle interferere med studiens vitenskapelige forankring. Igjen var vi ute etter å være åpne og utforskende, og vi stilte derfor ikke informantene eksplisitte spørsmål om PLISSIT-modellen. Vi anerkjenner altså at PLISSIT-modellen har innvirket noe i våre fortolkninger, særlig for undertemaet “man sier at man sår noen frø”. Derimot har modellen plausibelt hatt liten betydning for de andre fortolkningene våre.

Etiske betraktninger og personvern

Det er flere forskningsetiske betraktninger i kvalitativ forskning. I denne studien ble det tatt særlig hensyn til informert samtykke, konfidensialitet og gjenkjennbarhet. Informantene fikk tilsendt informasjonsskriv om studien per e-post. I informasjonsskrivet ble informantene kjent med prosjektets formål og hva en eventuell deltakelse ville innebære. Videre ble det opplyst om at det er frivillig å delta, og at det er mulig å trekke samtykket. Det ble også gjort rede for oppbevaring og behandling av personopplysninger i informasjonsskrivet. I tillegg ble informantenes rettigheter presentert, deriblant retten til å korrigere eller slette opplysninger. En samtykkeerklæring ble signert i forkant av intervjuene

(se Appendiks A). Informasjon om informantens rettigheter og studiens formål ble gjentatt før intervjuene startet. Alle informanter samtykket til bruk av lydopptak. Prosjektet er for øvrig vurdert og godkjent av Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (se Appendiks B). Prosjektet ble ikke meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (REK) ettersom utvalget består av behandlere og hensikten er deres erfaringer knyttet til hvordan et spesifikt tema kan adresseres. Med andre ord bortfaller formålet med vårt prosjekt fra helseforskningslovens virkeområde, og prosjektet er derfor ikke fremleggingspliktig (Helseforskningsloven, 2008, § 2; Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 3; Lekven et al., 2012, s. 2366).

Personidentifiserende data om informantene er aidentifisert ved bruk av koder. Umiddelbart etter hvert enkelt intervju, ble lydfilen fra lydopptakeren overført til en ekstern, passordbeskyttet minnepenn. Lydfilen ble deretter slettet fra lydopptakeren av hensyn til personvern. Etter at transkripsjonene var fullført, ble minnepennene videre oppbevart i et låst skap ved Institutt for psykologi (NTNU). Kun aidentifiserte transkripsjoner ble lagret lokalt på forfatterens egne bærbare datamaskiner.

Under intervjuene ble informantene forespurt om de ønsket å få tilsendt sitater som ville bli brukt i oppgaven før innsending. Samtlige informanter takket ja til dette, og fikk gjennomgå sine egne uttalelser.

Datainnsamling

Deltakere og rekruttering

Denne studien benyttet et strategisk utvalg da hensikten med studien var å undersøke hvordan man vellykket kan tematisere seksualitet i psykoterapi, gjennom å intervju psykologer som har adekvat sexologisk kompetanse. Strategisk utvalg benyttes når man velger deltakere på bakgrunn av at de vurderes å kunne besvare studiens problemstilling (Bryman, 2012, s. 418). I denne studien var inklusjonskriteriene at informantene måtte være autoriserte psykologer og samtidig være godkjent som enten spesialist i klinisk rådgivning eller som spesialist i klinisk sexologi. Aktuelle informanter ble kontaktet gjennom Norsk forening for klinisk sexologi (NFKS). Studiens formål og interesse for deltakelse ble beskrevet kortfattet i e-posten som ble sendt til 15 personer. Innledningsvis fikk vi totalt tolv svar, hvor ni var interessert i deltakelse, tre takket nei og tre responderte ikke på henvendelsen. Personene som viste interesse fikk tilsendt informasjonsskriv med en ny forespørsel om deltakelse. Av de ni som viste interesse var det én som meldte avbud og to som ikke responderte. Det endelige utvalget ble derfor bestående av totalt seks psykologer

med lik kjønnsfordeling. Informantenes arbeidserfaring som autorisert spesialist i sexologisk rådgivning eller spesialist i klinisk sexologi varierte mellom cirka fem år til over tjue år.

Utforming av intervjuguide

Semistrukturerte intervjuer ble benyttet for å besvare forskningsspørsmålene. DiCicco-Bloom og Crabtree (2006, s. 315-317) beskriver semistrukturerte dybdeintervjuer som intime og personlige hvor formålet er å få tilgang til detaljerte historier. Slike intervjuer gir mulighet for dybdeforståelse av et spesifikt tema ved at intervjustrukturen tillater både spontante og åpne spørsmål (Magaldi & Berler, 2020, s. 4826). Ved utforming av intervjuguiden ønsket vi å starte bredt med åpne spørsmål om deltakernes erfaringer med å tematisere seksualitet, for så å bevege oss inn på tematikken med mer spesifikke spørsmål. Intervjuguiden vår er presentert i Appendiks C.

Intervju

Fire intervjuer ble avholdt med fysisk oppmøte. To av intervjuene ble gjennomført digitalt av praktiske hensyn. Intervjuene hadde en varighet på mellom 45 og 60 minutter. Vi bestemte oss for at begge skulle være til stede under intervjuene da vi så flere fordeler med en slik løsning. Vi planla grovt hvem som skulle ta ansvar for hvilke spørsmål, men var enige om at begge kunne komme med innspill der det var naturlig. Under intervjuene hadde vi med intervjuguiden, og fulgte den i varierende grad. En av fordelene med at begge deltok i alle intervjuene, var at det gjorde det mulig for oss å reflektere rundt det informantene delte underveis i intervjuene. Det gjorde også at vi begge ble godt kjent med datamaterialet fra alle deler av prosessen. Vi opplevde at vi fikk bedre utgangspunkt til å formulere tilleggsspørsmål samt å bemerke informantenes kroppsspråk, signaler og det som foregikk i rommet. Samarbeidet var dessuten fordelaktig for datainnsamlingen da dette ga rom for flere perspektiver på tematikken.

Analyse

Transkripsjoner og sitater

Intervjuene ble manuelt transkribert av oss. I henhold til Braun og Clarkes (2006, s. 88) anbefalinger om ortografisk transkripsjon, ble de verbale dataene transkribert ordrett. I tillegg inkluderte vi auditive bemerkninger som kunne ha betydning for fortolkningen ved senere gjennomlesing, for eksempel pauser, latter og endringer i toneleie. Av praktiske hensyn ble lydopptakene likt fordelt mellom oss slik at begge transkriberte tre intervjuer hver. Etter at transkripsjonene var fullført, leste vi gjennom transkripsjonene som vi ikke hadde

transkribert selv. For å sikre at verdifull auditiv informasjon ikke skulle gå tapt, ble vi enige om at vi samtidig skulle lytte til transkripsjonenes tilhørende lydopptak.

Informantene i denne studien er tildelt pseudonymer. Informantene er rekruttert fra et svært lite fagmiljø. Således kan det være en betydelig økt risiko for at informantene blir gjenkjent ved ukritisk bruk av sitater. Informantenes pseudonymer er derfor kjønnsnøytrale. Ved bruk av sitater har personopplysninger blitt fjernet, også av hensyn til informantens anonymitet. Stort sett presenteres sitatene verbatim, men enkelte ord har blitt endret for å bidra til leservennlighet. Flere sitater har symbolene “(…)” som viser til at originalt innhold i transkripsjonene er ekskludert. Vi har blant annet fjernet våre egne støtteord (f.eks. “Mm” og “Hm”) og utsagn med digresjoner. Sitatene inkluderer også andre nonverbale bemerkelser, og blir eksempelvis presentert som “(Latter)”. Klammeparenteser, altså “[]”, benyttes for å oppklare enkelte utsagn, for eksempel ved å tydeliggjøre konteksten og hva informantene prater om.

Refleksiv tematisk analyse

Denne studien har benyttet refleksiv tematisk analyse som analysemetode. Oppsummert er det en metode som brukes for å identifisere, analysere og finne mønstre i et datasett (Braun & Clarke, 2021b, s. 330, 2023b, s. 1). Refleksiv tematisk analyse har blitt hyppig brukt i forskning på psykoterapi, og ansees som en anvendelig og fleksibel metode (Clarke & Braun, 2018, s. 107). I en sammenlikning av ulike former for kvalitative analysemetoder, foreslår Braun & Clarke (2021a, s. 44) at refleksiv tematisk analyse egner seg for personer med lite erfaring med kvalitativ forskning, noe som var vårt utgangspunkt før arbeidet med denne studien. Metoden karakteriseres av å være teoretisk fleksibel, men som vi har sett, er den ikke ateoretisk (Clarke & Braun, 2018, s. 109; Braun & Clarke, 2023a, s. 699).

Stegene i refleksiv tematisk analyse

Braun og Clarke (2006, 2022b) beskriver seks steg for å gjennomføre en refleksiv tematisk analyse. Analysen ble utført i tråd med disse stegene. Som et overordnet prinsipp ble analysen likevel gjennomført innenfor en iterativ prosess. Det vil si at forskeren ikke skal forholde seg helt fastlåst til de trinnvise stegene, men at det i stedet ansees som nyttig å gå frem og tilbake underveis i prosessen (Braun & Clarke, 2021b, s. 331). Analysen bærer preg av både selvstendighet og samarbeid, der vi først har analysert på egen hånd og deretter reflektert i fellesskap. Nylig har Braun og Clarke (2023a, s. 706) kritisert at forskere i altfor

liten grad presenterer den analytiske prosessen. Vi velger derfor å beskrive fremgangsmåten for hvordan vi har deltatt i prosessen samt hvordan vi har utviklet temaene.

Steg 1: Bli kjent med datamaterialet. Første steg i analysen går ut på å få kjennskap til datamaterialet. Å bli grundig kjent med datamaterialet forutsetter at forskeren gjennomleser transkripsjonene og lytter til lydopptakene, gjerne flere ganger (Braun & Clarke, 2022b, s. 42-43). I vårt tilfelle var vi begge til stede under intervjuene. Med andre ord begynte prosessen med å få kjennskap allerede under datainnsamlingen (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Da informantene ble intervjuet, skrev vi ned alle momenter som var av interesse. Eksempler på bemerkninger vi noterte oss var “Seksualitet kan være et kleint tema” og “Tar opp seksualitet direkte”. Etter hvert intervju diskuterte vi hva som var aktuelt i forhold til forskningsspørsmålet.

Vi ble også godt kjent med datamaterialet gjennom å transkribere intervjuene på egen hånd (Byrne, 2022, s. 1398). For å sikre at transkripsjonen i større grad var analytisk, hadde vi en aktiv rolle der vi noterte ned umiddelbare refleksjoner underveis (Braun & Clarke, 2006, s. 87-88). Før vi gikk over til neste steg i analysen, foretok vi ytterligere gjennomlesninger av transkripsjonene og forsøkte å identifisere preliminaire mønstre (Braun & Clarke, 2022b, s. 43). Et felles digitalt dokument ble opprettet som omfattet en oversikt av analytiske merknader som var sentralt for forskningsspørsmålet.

Steg 2: Utarbeide preliminaire koder. Steg to i analysen handler om å formulere koder som beskriver datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Koder kan betraktes som meningsbærende byggesteiner, og danner videre grunnlag for utvikling av temaer (Braun & Clarke, 2022b, s. 52). For ikke å overse relevante nyanser, valgte vi å gjennomgå datamaterialet gjentatte ganger (Braun & Clarke, 2021b, s. 332).

I første omgang ble transkripsjonene skrevet ut og igangsatt med penn og papir. Et ledende prinsipp i denne delen av analysen var at alle delene av datamaterialet var like verdifulle (Braun & Clarke, 2022b, s. 59). Vi foretok en åpen, datadrevet og semantisk kodeprosess, noe som førte til få begrensninger. Det viktigste var å ha tilstrekkelig antall koder for å inkludere alle nyansene (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Preliminære koder ble notert i marginen, for eksempel skrev vi “Fordel å sette seksualitet inn i en sammenheng der temaet er relevant” og “Seksualitet er ikke et nøytralt tema”. I fellesskap kom vi frem til en forståelse av hva som var relevant og irrelevant før vi gikk videre.

Da transkripsjonene skulle gjennomgås for andre gang, ble det valgt å endre på rekkefølgen til gjennomgangen. Denne avgjørelsen kan ha bidratt til å skape et analytisk

blikk som var mindre påvirket av rekkefølgen, og dermed medført forbedringer av koder (Braun & Clarke, 2022b, s. 71). For å systematisere kodeprosessen, opprettet vi et digitalt dokument med tabeller bestående av koder og tekstutdrag (se Tabell 2). Da koder og tekstutdrag skulle settes inn i tabellen, ble relevante deler av datamaterialet igjen evaluert. På denne måten ble enkelte koder sammenslått slik at det ble færre koder, mens for brede koder ble delt inn i ulike koder som var mer meningsfulle (Braun & Clarke, 2022a, s. 9).

Tabell 2

Eksempler på koder

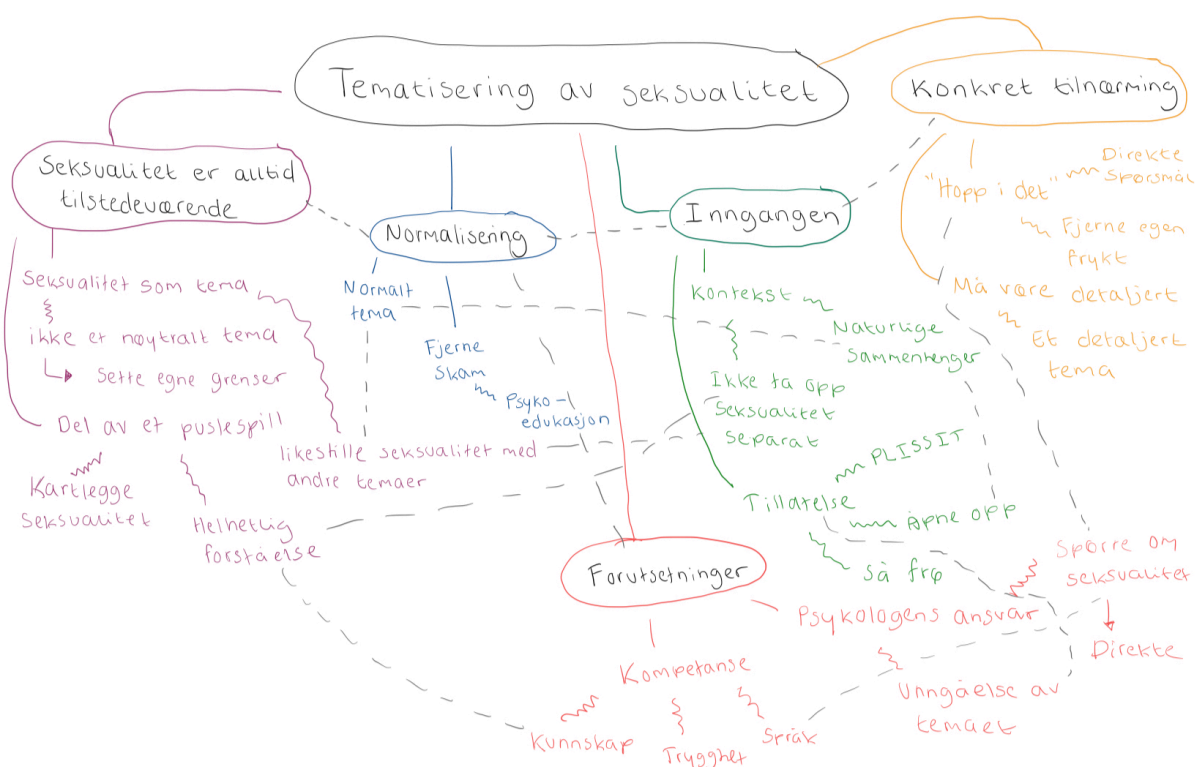
Tekstutdrag	Koder
<i>“Men når folk ikke har sex, så blir de fleste av oss dårlige. Jeg vet ikke om dere selv kjenner til det (Latter)? Og det inkluderer jo både sex med seg selv og sex med en partner. Vi ser jo at de fleste helst har sex med en partner. Men, at de som har vansker med å ha sex med seg selv, de er mye mer utsatt da.” (Mio)</i>	Sex nødvendig for å ha det bra Seksualitet er viktig for alle Sex med seg selv er positivt Sårbarhet ved ikke å ha sex med seg selv
<i>“Det har hendt at jeg liksom har tilbudt og så har de sagt nei. Og to timer senere så «du forresten, du ehm, jeg har tenkt litt og så, det du spurte om, kanskje. Det setter i gang en prosess, kanskje da, hos klienten.” (Noor)</i>	Viktig å invitere til samtale om seksualitet Gi tillatelse Så frø Tar tid for pasienter å åpne seg om seksualitet
<i>“Hun følte at psykologen ble litt brydd og synes det var vanskelig, så hun skulle ta hensyn til psykologen, tror jeg. Og det forteller mange andre også.” (Kim)</i>	Pasienter kan oppleve at de må ta hensyn til psykologen Pasienter merker når psykologer er ukomfortabel Pasienter initierer ikke til samtale om seksualitet hvis psykologen er brydd

Steg 3: Søke etter temaer. Etter etablering av koder, begynte vi å utvikle preliminnære temaer, også omtalt som kandidattemaer. Vi startet prosessen med å vurdere sammenhenger mellom kodene (Braun & Clarke, 2022b, s. 79). Alle kodene ble skrevet ned på egne papirlapper der vi tegnet opp mulige forbindelser mellom dem. Deretter digitaliserte vi prosessen ved å plassere koder som berørte samme konsept inn i tabeller. Underveis ble det oppdaget at forbindelsene fra forrige ledd ikke var tilfredsstillende. I tråd med den iterative prosessen, gjennomgikk vi relevante tekstutdrag og vurderte tilhørende koder på nytt (Braun & Clarke, 2006, s. 86). Bestemte deler av analysen var i større grad deduktivt orientert for å utvikle spesifikke koder (Braun & Clarke, 2023a, s. 706) der PLISSIT-modellen var utgangspunktet. Samtidig som analysen ble mer fortolkende, ble det også utviklet flere latente

koder (Braun & Clarke, 2021b, s. 332). Vi utarbeidet et såkalt “tematisk kart” (se Figur 2) for å få en ny oversikt over forbindelser mellom koder, kandidattemaer og mulige undertemaer (Braun & Clarke, 2022b, s. 85).

Figur 2

Tematisk kart som illustrerer prosessen med å utvikle temaer



Kandidattemaer ble utviklet ved å formulere såkalte “sentrale organiserende konsepter” (Clarke & Braun, 2014, s. 1951). Alle temaer har et sentralt organiserende konsept, og det beskriver essensen av konseptuelle likheter for hvert (kandidat-)tema (Braun & Clarke, 2022b, s. 229). Etter å ha arbeidet med sentrale organiserende konsepter, var resultatet fem kandidattemaer som hadde tilhørende koder.

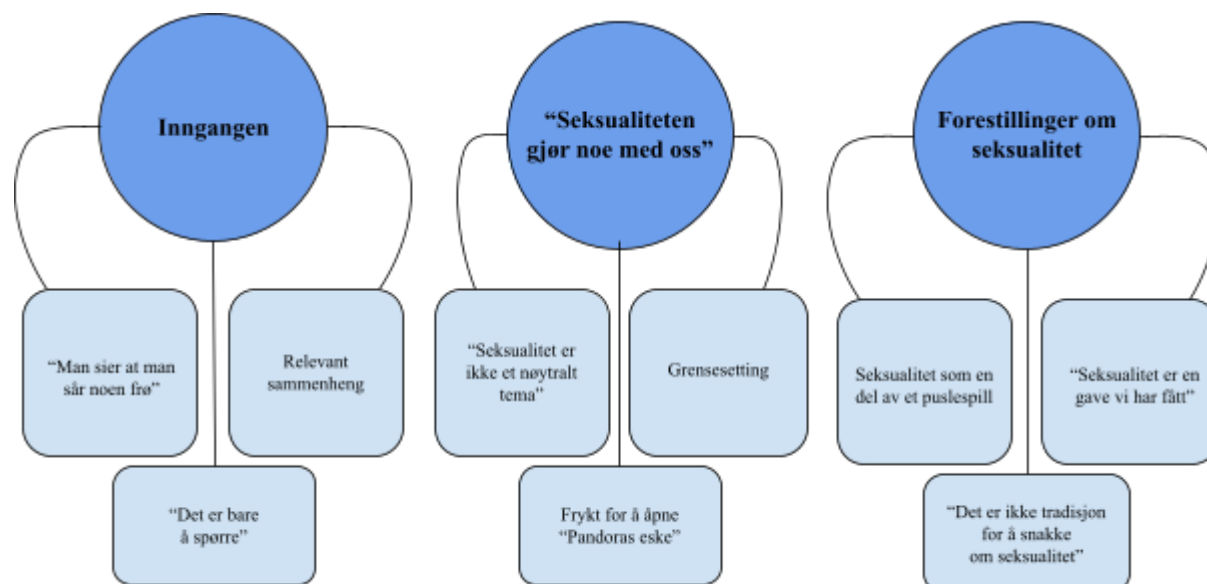
Steg 4: Vurdering av temaer. I det fjerde steget evaluerte vi holdbarheten til kandidattemaene. Vurderingene forutsatte at vi gikk gjennom relevante tekstutdrag, men vi valgte også å gjennomgå hele datamaterialet på nytt slik at nye mønstre kunne oppdages (Braun & Clarke, 2022b, s. 97). Temaenes sentrale organiserende konsept ble redefinert, og de fem kandidattemaene ble redusert til tre hovedtemaer.

Steg 5 og 6: Navngi temaer og rapportere funn. De to siste stegene overlapper med hverandre (Braun & Clarke, 2022b, s. 108). Vi fortsatte å redefinere temaene og deres

undertemaer, og ble oppmerksom på at det var nødvendig med ytterligere justeringer da vi holdt på å rapportere funnene skriftlig (Braun & Clarke, 2006, s. 93). I denne delen av analysen utførte vi svært mange endringer, og på et tidspunkt hadde vi utvidet temaene fra to til tre nivåer, bestående av to overordnede temaer, fire hovedtemaer og tilhørende undertemaer. Etter selvstendige re-analyser og samarbeid, kom vi omsider frem til at det var mer meningsfullt å presentere funnene våre innenfor to nivåer. For øvrig omdøpte vi temanavn i analysens slutfase slik at navnene var mer informative og fengende (Braun & Clarke, 2022b, s. 111). De endelige resultatene er presentert i Figur 3.

Figur 3

Visuell fremstilling over sluttresultatene



Notat. Figuren illustrerer analysens to nivåer; (fra øverst til nederst) hovedtemaer og undertemaer.

Resultater

Basert på analysen ble det utviklet tre hovedtemaer og totalt ni underordnede temaer:

- 1) Inngangen
- 2) "Seksualitet gjør noe med oss"
- 3) Forestillinger om seksualitet

Hovedtema 1: Inngangen

Hovedtemaet “Inngangen” omfatter hvordan informantene har erfart å tilnærme seg seksualitet i møte med pasienter. Mer spesifikt handler dette hovedtemaet om praktisk tilrettelegging for å lykkes med å tematisere seksualitet. Essensen er at psykologer kan skape en inngang til at seksualitet blir et tema på ulike måter, både gjennom tilrettelegging og direkte spørsmål.

Undertema 1: “Man sier at man sår noen frø”.

Jevnt over formidlet informantene at det er viktig at psykologer “åpner opp” for at seksualitet kan bli et tema i terapi. I den forbindelse refererte halvparten av informantene til PLISSIT-modellen. De resterende informantene beskrev også betydningen av å gi pasienter tillatelse til å kunne prate om seksualitet, men uten å henvise til PLISSIT-modellen eksplisitt. Informantene fremhevet at særlig det første nivået i modellen, altså tillatelse, er svært viktig når det kommer til å skulle frembringe tematikken. For eksempel uttrykte Noor følgende:

“Nei, jeg vet ikke om dere har snakket med andre psykologer som har nevnt den der PLISSIT-modellen? (...) Ja den er jo et veldig sånn fint utgangspunkt i forhold til å tematisere seksualitet. Og nederst er jo ‘permission’, tillatelse. Man skal liksom alltid ha tillatelse.”

Informantene trakk frem at det er mulig å signalisere tillatelse om å prate om seksualitet på ulike måter, for eksempel verbalt i form av at psykologer initierer til tematikken ved å stille spørsmål om pasienters seksuelle helse. Det ble imidlertid formidlet at psykologer også kan gi tillatelse mer implisitt uten å bruke et verbalt språk, for eksempel gjennom psykologers kroppsspråk. Andre informanter fortalte hvordan bilder, plakater og bøker relatert til seksualitet, kan bidra til å gi et signal om at psykologen synes det er i orden å prate om seksualitet:

“Vi signaliserer allerede på venteværelset ved å ha [Pride-]flagg hengende. Vi har en plakat som sier ‘love is love’. Altså det er noe med at man allerede på venteværelse signaliserer at vi er opptatt av, og kan møte, det som på en måte ikke er henvist da [seksualitet], hvor det ikke er henvisningsgrunn, men hvor man tenker helhetlig. I min bokhylle så er det bøker som signaliserer sexologifaget. Det tenker jeg er viktig.” (Billie)

“Det var interessant da jeg skrev ‘sexolog’ på dørskiltet mitt. At jeg var psykolog og ordet ‘seksualitet’ sto. Så var det noen barn som sa: ‘Det var så godt å vite’... At ungdommer kunne komme hit og snakke om sex.” (Kim)

Flere av informantene tok til orde for at seksualitet er et personlig tema, og at seksualitet derfor ikke nødvendigvis blir et tema i terapiens innledende forløp. For eksempel hadde flere

av informantene erfart at de hadde gitt tillatelse tidlig i behandlingsforløpet, men at pasienter på daværende tidspunkt ikke ønsket å fokusere på seksualitet. Således ble det understreket av informantene at det viktigste med å gi tillatelse, er at psykologer demonstrerer at seksualitet *kan* tematiseres, men å gi tillatelse er ikke ensbetydende med at seksualitet nødvendigvis *blir* et tema. Ved at psykologer gir tillatelse får imidlertid pasienter mulighet til å prate om ens egen seksualitet:

“Altså man skal få muligheten. Det er det som er det viktigste for meg, altså å tematisere muligheten til å tematisere det. Og da er det min jobb å lage den arenaen, og så er det opp til ungdommen, egentlig, å gå videre med det.” (Billie)

De fleste informantene fortalte at nettopp fordi de hadde gitt tillatelse, kunne det være lavere terskel for pasienter å ta opp temaet senere i terapiforløpet. To av informantene brukte metaforen “å så frø” om å gi tillatelse, og viste til at det kan ta tid før pasienter ønsker å prate om seksualitet. Det ble pekt på at pasienters tillit til psykologer har betydning for om seksualitet blir et tema:

“Man kan legge frø! (...) Man kan spørre: ‘Hvordan har du det med seksualiteten din?’. Så kan de si: ‘Bare bra’. (...) Men da har du allerede sådd et frø, og da kan det gå tre uker eller tre måneder, eller... lang tid. Og så sier de: ‘Ja du spurte om det, og da sa jeg at det var greit, men da var jeg litt usikker eller jeg kjente deg ikke så godt, sånn at da ville jeg ikke snakke så mye om det, men nå kan jeg fortelle deg’.” (Iben)

Mio elaborerte at det hovedsakelig er to hovedårsaker som bidrar til at seksualitet faktisk blir et tema: For det første er det essensielt at pasienter opplever en trygg behandlingsrelasjon til psykologen, og for det andre må pasienten ha tillit til at tematiseringen av seksualitet vil ha positive behandlingsutfall. Mio pekte på at seksualitet ikke nødvendigvis er spesifisert i et henvisningsgrunnlag, men at pasienter likevel kan ha seksualitet som en sekundær problematikk. Dersom behandling av hovedproblemet har vært effektiv kan det bli lavere terskel for pasienter å ta opp seksualitet:

“Om folk ikke har et fungerende sexliv, så vil egentlig alle jobbe med det til slutt. Altså det er ikke alle som vil begynne med det, fordi det er ikke det som er aktuelt i deres liv der og da. (...) Men, om man har en bra behandlingsrelasjon... (...) og man har løst en rekke andre problemer... så vil jo folk gjerne passe på å få ordnet det også, før de drar liksom [før behandlingen avsluttes].” (Mio)

Undertema 2: Relevant sammenheng

Et sentralt spørsmål som samtlige informanter reflekterte over, handlet om tidspunktet for når seksualitet skulle tematiseres. Beskrivelsene til informantene varierte i noen grad, men

fem informanter formidlet at det er viktig at seksualitet blir tematisert tidlig i et behandlingsforløp. Kun én informant ga uttrykk for at seksualitet ikke nødvendigvis blir et tema tidlig i forløpet. Iben uttalte for eksempel:

“Når man utforsker eller gjør en utredning, så er seksualitet et tema som man alltid bør ta med.”

Alle informantene, bortsett fra en, poengterte at anamnese er en kontekst som egner seg til å spørre pasienter om seksualitet. For eksempel ble det vist til at anamneser omfatter spørsmål om fysisk og psykisk helse, og at man derfor også bør inkludere spørsmål om seksuell helse. Mio fremhevet at anamnese er en svært viktig kontekst der seksualitet bør bli adressert:

“Ofte når folk søker å forandre noe, for eksempel depresjon, så kan det jo være viktige seksuelle utfordringer i det [pasienter som har psykiske lidelser som hovedproblematikk kan ha seksuelle problemer i tillegg]. (...) Om jeg ikke spør om seksualitet i anamnesen, så er det en stor risiko for at pasientene aldri tar det opp. For da blir det et signal fra meg om at ‘her snakker vi ikke om sex’.”

Seksualitet er imidlertid ikke et tema som kun prates om i begynnelsen av et behandlingsforløp. Ut fra informantenes beskrivelser var det flere som uttrykte at psykologer bør tematisere seksualitet i de “riktige” øyeblikkene. Informantene hadde erfart at det var vesentlig å være respektfull i møte med tematikken. Slik som Noor bemerket, kan det oppleves påtrengende dersom pasienter får uventede spørsmål om seksualitet:

“Det er jo noe med å ta det opp når det passer seg i en terapitime. Man kan ikke bare buse ut med det liksom. ‘Du, hvordan går det med sex?’, altså det funker ikke (Latter).”

Essensen av det informantene formidlet, handlet altså om å tematisere seksualitet ut fra en passende sammenheng. Det vil med andre ord si at spørsmål om seksualitet blir “flettet inn” i samtalen etter hvorvidt seksualitet er et relevant tema. Et eksempel som ble nevnt av flere informanter, var å spørre pasienter om seksualitet dersom samtalen handlet om pasienters parforhold. En av informantene belyste at seksualitet blir normalisert ved at psykologer tar opp seksualitet i forbindelse med en passende kontekst:

“Jeg tenker at det viktigste når man gjør det [adresserer seksualitet] er egentlig å ikke skille det ut, uten at man tar det sammen med alt annet. For om du behandler... det som alt annet, da blir det lettere for klienten å gjøre det også. (...) Så jeg kan ta et eksempel. Her har jeg tatt opp en anamnese i dag. Og da var første spørsmålet om oppveksten, om den var bra, dårlig eller middels. (...) Og så snakker vi litt om det. Og så spør jeg om hvordan det var med venner i oppveksten. (...) Hvordan var det med vold, om hen fikk juling og sånne ting. Og så spør jeg om hen har vært utsatt for seksuelle overgrep. (...) Ja... Da blir liksom alt sammen knyttet til oppveksten, og så når jeg snakker om partner, så blir det på samme måte, at da... spør jeg

liksom om hvordan de traff hverandre, hvor lenge de har vært sammen, og hvordan det fungerer i praksis og hvordan det fungerer seksuelt. (...) Så jeg tar det hele tiden i forbindelse med... de andre tingene. Så jeg tar det ikke opp som en separat ting.” (Mio)

Undertema 3: “Det er bare å spørre”

Etter informantenes erfaring var det ikke utfordrende å frembringe seksualitet som tema med pasienter, hvilket hadde sammenheng med egen bakgrunn og at pasientene deres hadde kjennskap til informantenes sexologiske kompetanse. Noor sa for eksempel:

“Altså på det stedet her så er det jo litt sånn... Her er det veldig lett å tematisere seksualitet (...). Og her forventer jo klienter at de skal snakke om det. Så her har de en forventning om at når de kommer, så slipper de liksom alt det, hva skal jeg si, forarbeidet.”

Samtlige informanter fortalte at seksualitet som tema hovedsakelig ble initiert av dem selv, og sjeldnere av pasienter. Det var også enighet blant informantene om at psykologer har et ansvar for å adressere seksualitet. Informantene understreket at psykologer uansett har muligheten til å viderehenvise pasienter til en spesialist innenfor sexologi dersom egen kompetanse ikke strekker til. Noen av informantene hadde for eksempel opplevd å bli kontaktet av pasienter som hadde vært i langvarige behandlingsforløp der seksualitet aldri ble tematisert:

“Jeg møter mange [pasienter] som kanskje har gått i behandling i fem til ti år. Og de var jo hos kompetente, mine kompetente kolleger. Og som for eksempel har vært utsatt for seksuelle overgrep, men de har aldri spurt om hvordan seksualiteten fungerer i dag.” (Mio)

Kim elaborerte ved å fremheve hvor enkelt det faktisk er å adressere seksualitet da vedkommende uttalte:

“Jeg brukte ti minutter, tror jeg. Og så går hun til en psykolog i fem år.”

Det som utpekte seg i informantenes beskrivelser, handlet om at psykologer er nødt til å “hoppe i det”. Det vil si at pasienter simpelthen blir spurt om seksualitet av psykologer. Noor fremhevet at psykologer vanligvis “valser” rett inn i andre temaer, og hadde erfart at man i utgangspunktet kan tilnærme seg seksualitet på tilsvarende måter:

“(...) Vi valser jo rett inn i temaer, sånn som depresjon, psykoser og seksuelle traumer. Der går vi jo rett... Altså det er ikke annerledes med seksualitet. Det går fint an å gå inn i det også, tenker jeg. Sånn at det er ikke annerledes enn å gå inn i andre temaer.”

Alle informantene var enige om at man kunne spørre pasienter om det meste, såfremt det forelå en trygg behandlingsrelasjon. Etter informantenes synspunkt var det viktigere at

seksualitet ble tematisert enn at psykologer ikke tok opp temaet på bakgrunn av begrenset sexologikompetanse. Følgende utsagn illustrerer dette:

“Du må bare gå rett på sak, og snakke litt.” (Kim)

“Den største delen av problemet er at man ikke spør i det hele tatt.” (Mio)

Et annet mønster som var gjentakende i informantenes beskrivelser, handlet om å være konkret. Flere informanter hadde erfart at det var hensiktsmessig å adressere seksualitet ved å ha en tydelig og eksplisitt tilnærming. Blant annet ble det pekt på at det kan være nyttig å stille direkte spørsmål om seksualitet, i tillegg til at avhjelping rundt seksuelle problemstillinger ofte forutsetter at psykologer tilbyr spesifikke råd:

“(…) Også tror jeg... Men samtidig klare å være direkte liksom. Tydelig. Direkte. Spesifikk. Seksualitet er et... har noen veldig konkrete sider som man må tørre å snakke om da.” (Alex)

Informantene hadde opplevd at det som regel var en fordel å være direkte med pasienter. “Billie” elaborerte der vedkommende uttalte at man ikke bør “gå rundt grøten”, og at man i stedet bør “kalle en spade for en spade”:

“(…) Og da er jeg veldig konkret. Det er jo det ofte man må være når man jobber sexologisk. Det nytter ikke å gå rundt grøten, og kalle en spade for en spade. Og det setter jo pasientene ofte pris på, fordi det tyder også på at du som behandler både tør og kan romme dem, og vet hva du snakker om.”

Selv om informantene trakk frem en ufarliggjørende oppfatning om at “det bare er å spørre”, ble det likevel presisert at informantene var ydmyke og respektfulle overfor pasienters ønsker. Erfaringene til informantene tilsa at tilpasning av spørsmål og å “åpne opp” seksualitet på en mer forsiktig måte, var sentralt i enkelttilfeller. Med andre ord er det ikke alltid nyttig at pasienter får direkte spørsmål om seksualitet:

“(…) Man skal jo ikke stille folk til veggs på at du må snakke om seksualiteten din (Latter).” (Alex)

Det ble beskrevet at enkelte pasienter hadde svært store utfordringer med å prate om seksualitet. I slike tilfeller hadde noen av informantene erfart at det kunne være hensiktsmessig å begynne med psykoedukasjon, og at de gradvis tilnærmet seksualitet slik at temaet ble ufarliggjort.

“Det blir på en måte (...) å nærme seg temaet litt forsiktig. Jeg merket det kanskje mest da jeg hadde anorgastiske kvinner, som ikke ville ta på seg selv og syntes det å snakke om sex var forferdelig skummelt og farlig. Og da pleide jeg (...) å tegne, liksom hvordan kjønnsorganene

var skrudd sammen (...). Og så sa jeg: 'Sånn er kroppen din laget. Og så er den laget for at du kan... Det og det kan skje, og hvis du gjør sånn og sånn, så fungerer du på den og den måten, da'. Det brukte jeg som en sånn nøytral tilnærming.' (Kim)

Flere informanter understreket imidlertid at alle spørsmål om seksualitet uansett burde ha en hensikt. I tillegg ga informantene uttrykk for at det ikke var en fasit på hvilke konkrete spørsmål som ble stilt, men at det i stedet var pasientenes aktuelle problemstilling som var styrende. Likevel fremhevet de fleste at de alltid spurte pasienter om tilfredshet ved seksuell helse. Disse momentene blir illustrert med følgende sitater:

"(...) Det som er viktig, det er at hvis du stiller et spørsmål, så skal du ha et formål med det." (Iben)

"Jeg tenker at man er veldig opptatt av (...) psykisk helse og fysisk helse. Så da kan man spørre om: 'Hvordan står det til med din seksuelle helse da? Er det greit om jeg spør om det?'. " (Noor)

Hovedtema 2: "Seksualiteten gjør noe med oss"

Det andre hovedtemaet, "Seksualiteten gjør noe med oss", omfatter at det er noe særegent med seksualiteten som trolig kan medvirke på intensjonen om å tematisere seksualitet. Hovedtemaet består av tre undertemaer som tar for seg hvordan egenskaper ved seksualitet kan påvirke både pasienter og psykologer (undertema 1), hvordan seksualitet kan utfordre den profesjonelle psykologrollen (undertema 2), og at temaet kan fremkalle usikkerhet hos psykologer (undertema 3).

Undertema 1: Seksualitet er ikke et nøytralt tema

Informantene beskrev flere årsaker til at temaet blir underkommunisert i terapi. Først og fremst pekte informantene på at det er noe med selve temaet seksualitet som kan gjøre det utfordrende å ta opp. Det henger sammen med at temaet kan oppleves som intimt og et tema som berører en grunnleggende del av oss. Noor satte ord på hvordan temaet kan oppleves for mange:

"Altså det er veldig 'touchy', det er veldig privat. Seksualiteten er jo noe av det mest private og sårbare vi har. Det er liksom det innerste rommet i oss på en måte."

Noor understreket at denne opplevelsen ikke bare gjelder pasienter, men også for terapeuter:

"Psykologen har jo også en seksualitet. (...) Det bare blir for nært, rett og slett, tror jeg."

I likhet med Noor, beskrev Kim at seksuelle problemer ofte forekommer samtidig med grunnleggende tilknytningsvansker.

“Så det med ‘bonding’ og å skape relasjon og tilknytning og sånne ting, det er veldig viktige problemstillinger som er knyttet opp til seksualitet. Så vi ser at hvis du har tilknytningsproblemer, så får du ofte seksuelle problemer også. Fordi sex er jo en tilknytningsmekanisme, ikke sant?”

Flere informanter utdypet at seksualitet dermed ikke kan betegnes som et nøytralt tema. To av informantene satte dette i sammenheng med at temaet kan fremkalle uventede følelser hos pasienter og psykologer. Temaet kan derfor bli utfordrende å ta opp, da psykologer samtidig må kjenne på og håndtere egne følelsesmessige reaksjoner i terapirommet. Disse reaksjonene ble beskrevet å være av både positiv og negativ art, alt etter psykologens egne erfaringer, preferanser og holdninger. Alex og Noor poengterte at det er viktig å anerkjenne og ha et bevisst forhold til de naturlige kroppslige og emosjonelle reaksjonene som kan oppstå i møte med tematikken.

“Vi har lov til å like, eller ikke synes at dette er... kan synes at ting er ekkelt og spennende. Det er lov, men det er jo også noe, og hva... hvordan forholder man seg til det i en terapirelasjon?” (Alex)

“(...) Og så erkjenne at det er et ‘touchy’ tema, selv om det ikke bør være annerledes. Men, men, det gjør noe med oss, på en måte.” (Noor)

Undertema 2: Grensesetting

Flere informanter understreket at det var viktig å ha tydelige grenser når seksualitet ble tematisert. Det ble for eksempel vist til at det var viktig å finne en balanse mellom å være direkte og å verne om sitt eget privatliv. Alex beskrev at det psykologer formidler i terapi skal være relevant for pasienters problemstilling, og at det ikke er nødvendig at psykologer deler om sitt eget privatliv for å nå inn til pasienter:

“(...) Men man skal være relevant. Man skal ikke brette ut om sitt eget sexliv for eksempel. Det tenker jeg er veldig viktig. Jeg kan bruke meg selv i terapi, men det skal være veldig forsiktig, og... jeg forteller veldig sjeldent at (...) jeg har en partner for eksempel. At det... Ikke sant, det er ting jeg ikke... Så liksom det der med å ha grenser, samtidig som man skal være ganske tydelig på det som er viktig å snakke om; det tror jeg er viktig.”

Informantene reflekterte rundt at tematisering av seksualitet kan påvirke behandlingsrelasjonen mellom pasient og psykolog, og at psykologer kan frykte at det oppstår en upassende dynamikk dem imellom. Kim hadde selv erfart at pasienter viste romantisk interesse til vedkommende, og beskrev at slike eksempler kan skape ubehag hos psykologer:

“Man knytter seg til en person gjennom seksualiteten. (...) Men jeg tror nok det også kan skremme noen psykologer og terapeuter, at de er redde for at pasienter skal knytte seg til terapeuten... gjennom seksualitet. (...) Og hvis pasienten blir veldig forelsket i deg eller veldig sånn opptatt av sexen eller noe sånt, så må man jo bare passe på å holde den avstanden og ta det opp.”

Billie vektla å anvende en psykoedukativ tilnærming hvor også somatikk ble integrert for å bevare egne grenser. Å ha en faglig innfallsvinkel fra start kan fungere som en form for ufarliggjøring, samtidig som at man signaliserer at det som formidles først og fremst er faglig forankret:

“(...) Det har vært viktig for meg, da. Og å lese meg opp og være såpass opptatt av medisin (...) som fag for å forstå seksuelle dysfunksjoner. Å forstå hvordan det virker inn på de forskjellige seksuelle dysfunksjonene. Og da ufarliggjør du temaet. Da sitter du ikke bare og føler og snakker, og risikerer å bli privat omkring din egen seksualitet. For jeg tror det er det veldig mange er redde for, at de skal blottstille seg. Men hvis du på mange måter kan (...) en del da, om hvordan de seksuelle funksjonene til menn og kvinner, eller gutter og jenter, blir påvirket av en psykisk sykdom og en somatisk sykdom, så har du innfallsvinkelen.”

Undertema 3: Frykt for å åpne “Pandoras eske”

Informantene hadde erfart at seksualitet som tema kan medføre usikkerhetsmomenter på ulike måter. Et gjentakende mønster i informantenes beskrivelser handlet om at seksualitet kan føre til usikkerhet. Flere informanter trakk frem at psykologer trolig kan oppleve utrygghet på grunn av redsel for tap av kontroll. En av informantene illustrerte denne frykten ved å bruke metaforen om at psykologer vegrer seg for å åpne “Pandoras eske”. Andre informanter viste til at psykologer kunne være usikre på om relasjonen med pasienten ble negativt påvirket som følge av å prate om seksualitet:

“Også er man veldig redd for, hva skjer hvis... (...) Hva skjer med relasjonen her, hvis vi begynner å snakke om sex? Er det... (...) Begynner det å ose erotikk i rommet? Eh, hvis man er usikker på egen seksualitet... Det kan være mange sånne temaer også, som kan... gjøre at det blir... en usikkerhet.” (Alex)

“Jeg tror egentlig at de fleste er redde for å åpne denne ‘Pandoras eske’, for de vet ikke helt hva som ramler ut. ‘Hvordan skal jeg håndtere det?’. Altså det er mest det som holder dem igjen, tror jeg.” (Billie)

Alle informantene trakk frem usikkerhet som en av hovedårsakene til at seksualitet ikke blir adressert i terapi. Gjennom å ha veiledet andre psykologer og helsepersonell, hadde noen informanter erfart at utrygghet var en viktigere barriere enn kunnskap. For eksempel ble det beskrevet at alle psykologer innehar terapeutisk kompetanse som også kan anvendes ved seksuelle problemstillinger. Flere informanter understreket at kunnskapen kan være

tilstrekkelig, men at det er utryggheten som tar overhånd. Mio utdypet dette ved å uttale at man kan bli “blendet av det seksuelle”.

“(...) De [helsepersonell] har blitt blendet av det seksuelle. De er veldig flinke (...), og da i overgrepssproblematikk så kan man jo forvente at de egentlig skal gjøre det nøyaktig tilsvarende. (...) Men generelt sett så er det ofte at de ikke gjør det. For man blir helt sånn: (Hyler) Livredd. (...) Og så roter man det fryktelig til da. Selv om man egentlig kan det.”
(Mio)

Videre reflekterte informantene over hva som kan fremme trygghet. Gjennomgående fortalte informantene at tilstrekkelig kunnskap kan fasilitere større trygghet, hvilket kan oppnås gjennom videreutdanning i sexologi, relevante kurs, veiledning samt personlig interesse for seksualitet. Kim beskrev blant annet at det er mulig for psykologer å bli mer komfortabel, og at økt kunnskap kan fremme trygghet:

“Mange terapeuter har jo ikke den tryggheten. Jeg tror de kan få den. Psykologene kan få det mye lettere. Men de burde jo ha seksualundervisning i studiet. Det er jo helt absurd at det er trukket ut og puttet inn i en egen utdanning som heter sexologi, ikke sant?” (Kim)

To av informantene belyste at den kliniske erfaringen med tematisering av seksualitet kunne være sentralt for trygghet. Noor reflekterte over at psykologer gjerne blir mer komfortable med å ta opp tematikken dersom de har lang nok erfaring som psykolog:

“Jeg har tenkt mye på det, hva er greia, men kanskje det har med erfaring å gjøre da. Jeg vet ikke, at jo lenger du er psykolog, jo tryggere blir du i stolen, jo tryggere blir du kanskje på å ta det opp.” (Noor)

De fleste informantene formidlet at de hadde veiledet psykologer som hadde vært usikre på tematikken. Det ble understreket at veiledningen ikke var særlig komplisert eller omfattende. Tvert om var det ofte tilstrekkelig med enkle tilbakemeldinger, for eksempel i form av å trygge psykologene på at de hadde adekvat kompetanse:

“(...) Og så er det noe med å trygge på at ‘dette er viktig, og dette kan du’. Jeg tror det rett og slett er mangel på erfaring, egentlig, mer enn kompetanse, ofte.” (Billie)

“(...) Sånne enkle ting kan være nok til at en kollega sier: ‘Ja, Kim, det skal jeg forsøke’. Og så får jeg en telefon tilbake: ‘Ja, tusen takk, det gikk veldig bra’.” (Kim)

I forbindelse med betydningen av trygghet, var det flere informanter som trakk frem at psykologer også kunne kjenne seg usikre på hvordan de skulle ordlegge seg når de snakket med pasienter om seksualitet. For eksempel beskrev Iben at et profesjonelt språk for seksualitet har stor betydning:

“Psykologen hadde ikke noe profesjonelt språk, så han brukte ‘guttegarderobespråk’. For pasienten ble dette helt galt, og hun bare avsluttet terapien.” (Iben)

Essensen av det informantene formidlet var at det “mangler” et språk for seksualitet. Informantene poengterte derfor at trygghet rundt å prate profesjonelt om seksualitet, avhenger av å øve seg på å bruke “seksuelle ord”. To av informantene formidlet at psykologer bør praktisere ved å si bestemte ord og selv kjenne etter hvilke ord man er komfortabel med:

“For det er noe med språket, altså ordene vi bruker. Vi har jo ikke noe språk for seksualitet. Det er noe med å få det språket, det seksuelle språket, det har vi ikke. (...) Så hvilke ord er man komfortabel med å si? Altså kan man si ‘penis’? Er det greit om man sier ‘pikk’? (...) Men altså, det er det å finne hvilke ord man er komfortabel med å bruke. Si ord sånn som ‘orgasme’, ‘tenning’, og bare øve seg på å si de ordene, egentlig. Altså skal man bruke det [språket] så må det komme (...) ut naturlig, det kan ikke bare... Man kan ikke bare sitte der.” (Noor)

“Ja, altså du må jo trene deg på å bruke ordene. Du må stå i speilet og si ‘pikk’ og si ‘penis’, og kjenne på: ‘Hvordan synes jeg det er da?’.” (Kim)

Flere av informantene hadde erfart å bli mer komfortable på egen seksualitet gjennom å arbeide med den enten selvstendig eller med kolleger, for eksempel på kurs om seksualitet eller i videreutdanning. Blant annet ble det trukket frem at psykologer kan oppnå større trygghet i egen seksualitet ved å sette ord på den. Andre belyste at psykologer, gjennom å arbeide med egen seksualitet, får økt bevissthet rundt hvordan det oppleves for pasienter å prate om et så personlig tema:

“Du kan gå på kurs og lære om seksualitet, og lære at det ikke er farlig å snakke om det, og bruke kurset til å åpne deg og snakke om egen seksualitet. En av de viktigste tingene der er (...) at du kan snakke om egen seksualitet så du kjenner at du er trygg på den. Og da kan du også snakke om andres seksualitet, da.” (Kim)

“Det er noe med... å kanskje tenke at det å ta en runde med sin egen seksualitet er viktig, tror jeg. Det burde man jo egentlig gjøre uansett, å få rydda opp i liksom gammel grums. Å bare få den seksualiteten på plass. Da er man jo i et litt annet utgangspunkt for å kunne snakke om seksualitet. (...) Det er noe med å tenke på det, fordi klienten skal jo sitte og fortelle om sin seksualitet til deg, og det er noe med å kjenne litt på det selv; Hadde du selv vært komfortabel med å fortelle din egen historie? Det er noe med å ta den runden der, og det tenker jeg er lurt.” (Noor)

Noor hadde selv erfart at det var nyttig å gå gjennom sin egen seksualhistorikk tidligere, for eksempel ved å lage en tidslinje og gjennomgå signifikante hendelser knyttet til seksualiteten:

“Man går inn på sin egen seksuelle historie, rett og slett. Bare ‘liner’ opp. Altså vi er flinke til å lage livshistorier med klienter. (...) Vi kan gjøre det med seksualiteten. ‘Når var det jeg

debuterte igjen? Når var det jeg først begynte å få sånne tanker? Seksuelle tanker? Når var det? Var jeg fem, ti, tolv år', ikke sant? (...) 'Var det en god erfaring, eller var det på fylla, på fest liksom? Eller var det en kjæreste?'. Liksom bare ta en sånn gjennomgang. 'Åja, det var sånn det var egentlig'. (...) Og så: 'hva er det egentlig jeg tenner på og ikke? Hva er mitt tenningsmønster? Hvordan skjedde det? Har jeg mye skam knyttet til dette, da? Hvordan (...) står det egentlig til med seksualiteten?' Bare gjøre seg sånne... Å bli mer bevisst din egen seksualitet, da." (Noor)

Hovedtema 3: Forestillinger om seksualitet

Dette temaet omhandler informantenes egne oppfatninger om seksualitet i den terapeutiske settingen. Temaet beskriver også hvorvidt seksualitet som tema skiller seg fra andre temaer, og hvilke implikasjoner det har for både psykologer. Felles for alle informantene var at de hadde en grunnholdning om at seksualitet var et vel så relevant og viktig tema i terapi som andre temaer.

Undertema 1: Seksualitet som en del av et puslespill

Informantene knyttet tematisering av seksualitet til en overordnet holdning om at seksualitet generelt sett er noe individer er opptatt av, og at mange problemstillinger kan knyttes til nettopp seksualitet. Seksualiteten betraktes som noe som alltid er tilstede:

“Men det handler jo om å tenke at seksualiteten alltid er tilstedeværende hos klientene. Så hvis man jobber med depresjon, hva er det som er sorg, savn, tap... eller rett og slett nedtrykthet? Det kan være mangel på en seksuell partner. Det kan være at man blir avvist, at man føler seg ubrukelig, seksualiteten er ofte veldig nærme.” (Iben)

“(...) Men jeg tenker at seksualitet er et tema som alle mennesker er opptatt av, alle mennesker på hele jorden er opptatt av seksualitet. Altså du, jeg, vi... alle tenker på dette, og er opptatt av dette store deler av tiden vår.” (Noor)

I tillegg til å normalisere seksualitet som et relevant tema for pasienter, beskrev flere informanter at seksualitet i mange tilfeller kan forstås som et grunnleggende element i pasienters problematikk som ofte går ubemerket dersom psykologer ikke adresserer temaet. På denne måten kan man si at uten seksualitet så forsvinner en viktig del av puslespillet. Til tross for at informantene var enige om at seksualitet ikke alltid er et relevant tema for et terapiforløp, belyste flere at seksualitet i flere tilfeller kan betraktes som en “manglende brikke” til å forstå pasientens plager. Alex forklarte konsekvensene av å neglisjere seksualitetens rolle i langtidsterapi:

“Når man skal jobbe med mennesker over tid, så er det ofte et sånt puslespill på en måte, som man må forstå. Og du, du tar bort noen viktige puslebrikker da [hvis man ikke tematiserer seksualitet], som gjør at det (Latter) kanskje blir vanskeligere å se noen viktige ting.”

I likhet med Alex, formidlet Billie at tilstandsbildene til pasienter ofte kan være komplekse. I noen tilfeller kan seksualitet være en underliggende årsak til pasienters plager som kommer til uttrykk på forskjellige måter. Informantene vektla derfor at det er viktig å ta seksualiteten i betraktning *uavhengig* av det umiddelbare kliniske tilstandsbildet.

“(...) Altså [pasienter som] kommer inn med en depresjonsdiagnose, og så viser det seg å være en seksuell orienteringssak. Jeg kan få en ‘hunch’ om at det her er et eller annet som vedkommende ikke snakker om. Og så kommer det inn gjennom en helt annen forkledning. Så jeg prøver (...) å tematisere seksualitet som en del av en helhet for å så i hvert fall se om det er noe som pasientene er opptatt av.”

Kim pekte videre på konsekvensene av å ikke ta opp seksualitet eller avvise pasientens ønske om å tematisere seksualitet i terapi.

“Det er jo på en måte det som kan være problemet, da. De kommer altså med et problem som egentlig har røtter i seksualiteten, og så blir det ikke berørt, og så blir man gående i terapi lenge og skjønner ikke helt hvorfor ingenting skjer, ikke sant?”

Undertema 2: “Seksualitet er en gave vi har fått”

De vanligste henvisningsårsakene til informantene omhandlet seksuelle traumer, seksuelle overgrep, kjønnsinkongruens, seksuell lyst, tenningsmønstre og seksuelle dysfunksjoner. Ordlyden til de nevnte problemstillingene innebærer en negativ konnotasjon, for eksempel i form av avvikende tilstander. Informantene pekte imidlertid på nytten av å tematisere seksualitet i en positiv forstand da et utelukkende negativt fokus kan bidra til å skape et *større* problemfokus for pasienter. Alex formulerte det slik:

“(...) Men også det å ta det positive ved seksualiteten på alvor da. Ikke sant, det å... (...) Seksualitet kan lett bli et problem, når man snakker om det som er dumt. Men det å... snakke om den gode, positive seksualiteten, og ta den veldig på alvor... Det tror jeg at jeg har lært [gjennom sin kliniske erfaring med sexologiske problemstillinger].”

Noor problematiserte den overdrevne vektleggingen av negativ seksualitet i terapi, og belyste at det også burde være rom for de positive sidene ved seksualitet. Noor fremhevet mer spesifikt betydningen av å ha en sexpositivistisk holdning til seksualitet i møte med pasienter:

“Men i bunn så ligger det positive synet på seksualiteten. At det er (...) helt okay å kunne snakke om lysten, liksom. Man må ikke bare snakke om traumer (Latter). Så jeg tenker at det er... Jeg tenker at det nok også er viktig når man skal snakke om seksualitet som psykolog, (...) å ha den positive grunnholdningen, da.”

Videre brukte Noor en analogi om “å lære å kjøre bil” for å konkretisere at seksualitet kan forstås på en liknende måte:

“Det er litt sånn som det er å lære å kjøre bil, ikke sant? (...) Da lærer man jo alt som kan gå galt, alle ulykkene. (...) Man må jo lære om det, (...) men altså, kan man ikke lære om den der friheten som man får av å kjøre bil? Det er så digg å kjøre bil. Det er så deilig, du får en helt annen frihet da. Det er litt det samme som seksualitet; å lære om hvor godt det kan være, de positive aspektene, berikelsen det er; ikke bare hva som kan gå galt.”

To av informantene belyste videre at utforsking av positiv seksualitet også kan fungere som et redskap i terapi. Informantene pekte på at spørsmål om onani kan være et nyttig startpunkt for tematisering av seksualitet. Mio fortalte at kartlegging av pasienters onanivaner eksempelvis kan forstås som et mål på deres seksuelle helse:

“(...) Jeg pleier å spørre om de kan onanere. (...) For det er en sånn god indikator på (...) hvordan det går med seksualiteten din. Om du ikke kan det [onanere], da er det et dårlig tegn (Latter) på en eller annen måte. Men da pleier jeg å spørre liksom, hva handler det om?”

Billie belyste dessuten at tematisering av onani kan være et nyttig hjelpemiddel for pasienter til å forstå sine egne vansker. Fokus på positiv seksualitet kan med andre ord gi pasienter en inngang til å utforske underliggende årsaker til deres vansker og skape en form for mening og sammenheng:

“Altså jeg spør alltid om de [pasientene] onanerer og fremsnakker det. Altså fremsnakker deres seksualitet. Og åpner opp for at dette ikke nødvendigvis trenger å være kjønnsinkongruens. Det kan også være at en orienterer seg mot samme kjønn... Altså prøver å tematisere den biten der for å hjelpe å bryte opp.”

I likhet med Noor, belyste Billie at positiv seksualitet også kan tas opp ved tilfeller med traumer. Billie beskrev dette som utfordrende, men fortalte at positive sider ved seksualitet fint kan tematiseres med barn som har alvorlige traumer ved et senere tidspunkt i terapiforløpet.

“(...) Og veldig, altså veldig sterkt traumatiserte barn. Og der synes jeg det kan være vanskelig. Men det å på en måte allikevel gjøre det med å gi en forståelse av at seksualitet er noe man har med seg helt fra man er født, og det er viktig at man bestemmer selv. Og etter hvert som man har kommet i gang med en god behandling, at man også kan snakke om forelskelse og de fine tingene, da. Men der kjenner jeg at jeg synes det er vanskelig fordi du sitter og vet så mye om hva barnet er blitt påført av voksenseksualitet, da.”

Undertema 3: “Det er ikke tradisjon for å snakke om seksualitet”

Samtlige informanter reflekterte rundt hvorfor seksualitet ikke tematiseres blant psykologer. Basert på beskrivelsene til informantene, ble det vist til at seksualitet ikke er integrert innenfor psykologien og at dette kan være en forklaring. Det ble blant annet uttrykt at psykologer i liten grad får undervisning om seksualitet i utdanningsforløpet, og at

seksualitet som tema sjeldent vektlegges senere i arbeidslivet blant kolleger. Samtlige informanter hadde erfart begrenset undervisning om seksualitet da de selv var psykologstudenter. To av informantene uttalte at seksualitet aldri var et tema i løpet av utdanningen:

“(...) Altså da jeg startet på studiet så gledet jeg meg til å... For jeg har alltid vært opptatt av det [seksualitet] da. Og så var det bare, det var ikke ett ord, ikke ett ord liksom, ingenting.”
(Noor)

“Jeg tror vi hadde én forelesning på psykologutdanningen. (...) Og skal man jobbe med overgrepssproblematikk, så hadde man trengt... i hvert fall seks uker liksom. (...) Så det var... ikke i nærheten av det som trengtes.” (Mio)

Gjennomgående ble det gitt uttrykk for at manglende fokus på seksualitet også gjenspeiler seg blant psykologer, og essensen av det informantene fortalte kan oppsummeres slik: Nettopp fordi seksualitet ikke er et tema som det prates høyt om, kan det medføre at psykologer heller ikke tar seksualiteten i betraktning i møte med pasienter. “Mio” formidlet følgende:

“Men så, det grunnleggende problemet her, er at man... både på psykolog- og legeutdanningen, på grunn av at sex har vært tabubelagt, så har man ikke snakket om det. (...) Men fordommer og problematikk som vi har i samfunnet, det avspeiler seg også blant psykologer.”

Flere av informantene belyste at sexologi ikke anerkjennes som et seriøst fagområde av enkelte kolleger, og at det fremdeles eksisterer en rekke misoppfatninger rundt hva sexologi faktisk er. Iben uttalte følgende:

“Man vet ikke hva det sexologiske fagområdet er! Det er nok mange som tror at sexologi er et sånn ‘runkefag’ liksom, mens det egentlig er et dypt akademisk og bredt kunnskapsområde.”

Flere informanter viste til at Norsk Psykologforening ikke tilbyr en spesialistutdanning innenfor sexologi, og reflekterte rundt hvilke signaler dette kan sende til psykologer. Fra noen av informantene ble det trukket frem at “sexolog” som tittel ikke er beskyttet, og at hvem som helst i utgangspunktet kan kalle seg sexolog. Ifølge disse informantene er det derfor ikke oppsiktsvekkende at sexologi som fagfelt i liten grad er anerkjent:

“Enhver kan jo kalle seg sexolog. Det kan jo enhver person gjøre. (...) Sexologifeltet er jo litt sånn... Altså det er mange psykologer som blir litt sånn, rynker litt på nesa og det er ikke helt anerkjent. Psykologforeningen anerkjenner jo ikke det studiet som spesialisering, ikke sant, det er jo noe med det temaet.” (Noor)

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hva som skal til for å lykkes med å tematisere seksualitet ved å utforske erfaringene blant psykologer som har sexologikompetanse. Resultatene våre viste at det er mulig å skape en inngang slik at seksualitet blir et tema, både gjennom tilrettelegging og ved å stille direkte spørsmål (hovedtema 1). Videre viste denne studien at det er noe særegent med seksualitet som tema som kan påvirke tematiseringen (hovedtema 2). Til slutt belyser resultatene våre at det er viktig å ta høyde for subjektive forestillinger og holdninger om seksualitet (hovedtema 3).

Hva hindrer tematisering av seksualitet?

For å få økt kunnskap om hvordan seksualitet kan tematiseres på en vellykket måte, peker resultatene fra denne studien på at det vil være vesentlig med en helhetlig forståelse av tematikken. Det synes derfor verdifullt å få innblikk i faktorer som bidrar til å fremme vellykket tematisering av seksualitet. På en annen side fremkommer det også informasjon som viser at det er nødvendig å forstå mulige årsaker til hvorfor psykologer sjeldent tar opp temaet (Dyer & das Nair, 2013, s. 2659)

Seksualitet som tema kan være utfordrende

Seksualitet gjør noe med oss. Årsaker til at psykologer vegrer seg for å tematisere seksualitet, må sees i lys av *hva* seksualitet er. Et viktig funn i vår studie er nemlig at det er noe særegent med seksualitet. Som nevnt, er seksualiteten iboende i ethvert menneske og har betydning for menneskers identitet og livskvalitet (Flynn et al., 2016, s. 1649-1650; Frisch et al., 2011, s. 1375; Jackson et al., 2019, s. 915; Love & Farber, 2017, s. 1489; Træen & Schaller, 2013, s. 292). Tilsvarende illustrerer den brede definisjonen til WHO (2006, s. 5) at seksualitet ikke bare omfatter menneskers seksualliv, men at seksualiteten berører en rekke aspekter gjennom livet. På denne måten kan man, slik som Langfeldt og Porter (1986, s. 5) poengterer, forstå at seksualitet også innvirker i menneskers tanker, følelser og atferd. Seksualiteten er altså alltid til stede (Almås & Benestad, 2017, s. 153).

En mulig forklaring på redselen for å tematisere seksualitet kan skyldes at seksualitet er et mer personlig tema i forhold til andre temaer i terapi (f.eks. depresjon og angst). I vår studie ble det formidlet at seksualiteten *gjør* noe spesielt med både pasienter og psykologer. Mer spesifikt ble det pekt på at seksualitet kan fremkalle uventede følelser både hos pasienter og psykologer. Disse følelsene kan oppleves som ubehagelige, særlig dersom psykologer har egne seksuelle vansker eller har et generelt ubehag rundt å prate om seksualitet (Pukall, 2009, s. 1040; Timm, 2009, s. 17-18). Det ble derfor i vår studie fremhevet at psykologer bør være

bevisst på egne følelser som kan fremkalles. Og ifølge informantene er det nettopp *hva* seksualitet kan gjøre med psykologer som kan skape usikkerhet rundt å ta opp seksualitet. Funnene våre er i tråd med andre studier som også trekker frem at seksualitet som tema utløser ubehagelige følelser hos helsepersonell. Dette kan bidra til å forklare hvorfor seksualitet blir underkommunisert (Naughton, 2022, s. 415; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 61; Rele & Wylie, 2007, s. 1702; Urry et al., 2019, s. 1284-1285). For eksempel viste studien til Dyer og das Nair (2013, s. 2666) at helsepersonell opplevde sjenanse og ubehag ved å ta opp seksualitet. Tilsvarende ble det i Bungener og kolleger (2022, s. 425) sin studie rapportert at helsepersonells egen skam bidro til at seksualitet ikke ble diskutert med pasienter. Det kan dermed se ut til at når seksualitet frembringes i terapi, blir psykologer påvirket på enkelte områder som skiller seg fra andre temaer som ikke er like sensitive.

Seksualitet og psykologrollen. Et videre hovedfunn i vår studie handler om å etablere tydelige grenser, noe som også fremheves i andre studier (Martin et al., 2011, s. 254-255; O'Mullan et al., 2021, s. 276-277). Etablering av grenser henger sammen med seksualitetens særegenhet som tema. Tatt i betraktning at seksualitet er et personlig tema som også kan føre til ubehag blant terapeuter (Dyer & das Nair, 2013, s. 2666; Naughton, 2022, s. 415; Zhang et al., 2020, s. 2209), ble det fremhevet at bevissthet rundt ens rolle som psykolog er verdifullt. Blant annet ble det formidlet at psykologer har egne seksuelle preferanser og forestillinger om seksualitet. Det det dermed understreket at seksualitet ikke er et nøytralt tema, for eksempel ble det uttalt at "sex (...) har man jo litt mer sånn svart-hvitt-forhold til, at det er ting vi synes er ekkelt, og det er ting vi synes er spennende". Poenget i denne konteksten er at psykologers subjektive holdninger og verdier kan havne i konflikt med temaer som berettes av pasienter (Cruz et al., 2017, s. 556; Ford & Hendrick, 2003, s. 83-84; Wilson, 2019, s. 64). Det er derfor vesentlig at psykologer reflekterer over egen forutinntatthet, hvilket sammenfaller med annen forskning som fremhever at kritisk selvrefleksjon er av betydning i møte med seksuelle problemstillinger (Cruz et al., 2017, s. 553; Timm, 2009, s. 22; Urry et al., 2023, s. 7). Med andre ord belyser denne studien at det kan oppstå et tvetydig skille mellom psykologers subjektive holdninger og den profesjonelle rollen som psykolog. Som psykolog er imidlertid profesjonsetikken tungtveiende. Dette fremgår av de fagetiske retningslinjene som er utarbeidet av Norsk Psykologforening (2022, s. 3), som fastslår at psykologer skal etterstrebe etisk bevissthet. Det er derfor vesentlig å forholde seg profesjonell og ikke overstyres av egen forutinntatthet eller fordommer (Abbott et al., 2023, s. 63; Cruz et al., 2017, s. 553; Zeglin et al., 2018, s. 108).

De fagetiske retningslinjene fastslår videre at psykologer har et ansvar for å ivareta en profesjonell relasjon til pasienter, herunder at det ikke skal opprettes seksuell kontakt mellom psykologer og pasienter. I tillegg understrekes det at psykologer bør være bevisst på at seksualitet kan påvirke den terapeutiske relasjonen (Norsk Psykologforening, 2022, s. 8), noe som også belyses i vår studie. Mer spesifikt vises det til at psykologer kan unngå tematisering i frykt av at det kan oppstå upassende situasjoner. I likhet med vår studie, har andre studier også vist at frykt for uønsket seksuell interesse og seksuell grenseoverskridelse er mulige forklaringer på hvorfor helsepersonell vegrer seg for å prate med pasienter om seksualitet (Cruz et al., 2017, s. 554; Quinn et al., 2011a, s. 174; Åling et al., 2021, s. 262).

Misoppfatninger om hva sexologi egentlig er

Studien vår belyser at seksualitet og sexologi i liten grad er integrert i det psykologiske fagområdet, noe som blir fremhevet av Farmer og Binik (2005, s. 46). En mulig konsekvens som trekkes frem er at sexologi ikke anerkjennes som et fagområde, noe som kan sees i forbindelse med at sexologi i liten grad er vektlagt i den norske psykologutdanningen (Træen & Schaller, 2013, s. 284). Et sentralt funn i vår studie er derfor at det ikke er tradisjon for psykologer å vektlegge seksualitet, noe som trolig bidrar til at seksualitet er et underkommunisert tema (Binik & Meana, 2009, s. 1025; Engelen et al., 2020, s. 211; Seitz et al., 2020, s. 531). Sådan kan det antas at enkelte psykologer har en oppfatning om at sexologiske problemstillinger bortfaller fra deres rolle som helsepersonell. Dette sammenfaller med to kvalitative studier som viste at helsepersonell ikke oppfattet seksuelle vansker som deres primæroppgave (Urry et al., 2019, s. 1283; Quinn et al., 2011b, s. 24). Et lignende funn ble rapportert i masteroppgaven til Vedde (2017, s. 34-35), der norske psykologer formidlet at enkelte problemstillinger er mer relevant for sexologer enn psykologer.

Urry og kolleger (2019, s. 1285) fremhever at helsepersonells oppfatninger av seksualitet og dens betydning i klinisk arbeid, blir påvirket av overordnede strukturer, for eksempel utdanningsinstitusjoner og andre institusjonelle kontekster (Urry et al., 2022, s. 546). Et slikt overordnet perspektiv kan støtte opp under våre funn om at manglende integrering av sexologi i det psykologiske fagområdet, kan medbringe misoppfatninger om hva sexologi er, og dermed bidra til at seksualitet sjeldent tematiseres. Ved å ta høyde for at overordnede strukturer innvirker på oppfatninger om seksualitetens relevans i klinisk praksis, kan man få en mer helhetlig forståelse av helsepersonells utfordringer med å tematisere seksualitet (Urry et al., 2023, s. 551). For å motvirke misoppfatningene som eksisterer, blir

det i vår studie trukket frem at sexologi i større grad burde bli integrert i psykologutdanningen. Det har for eksempel blitt foreslått at implementering av sexologi i den obligatoriske utdanningsplanen, trolig kan bidra til en reduksjon i antall viderehenvisninger til spesialister (Træen & Schaller, 2013, s. 284). Ut fra studien til Urry og kolleger (2022, s. 553) kan det imidlertid se ut til at det er nødvendig å foreta flere strukturelle endringer enn kun i utdanningen, herunder på arbeidsplasser og i den kliniske yrkesutøvelsen for øvrig.

Psykologer må ha kunnskap om seksualitet, men man må ikke være “ekspert”

På en side viser resultatene i denne studien at trygghet og kunnskap om seksualitet er betydningsfullt for å lykkes med adressering av temaet, i likhet med en rekke andre studier (Bloom et al., 2016, s. 334; Haboubi & Lincoln, 2003, s. 293; Kazukauskas & Lam, 2010, s. 21; Miller & Byers, 2012, s. 1048; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 59; Saunamäki & Engström, 2013, s. 536; Træen & Schaller, 2013, s. 14; Walters & Spengler, 2016, s. 354). På en annen side fremkommer det også en viss tvetydighet knyttet til hva som regnes som et tilstrekkelig kunnskapsnivå. For eksempel har det blitt understreket i andre studier (Pukall, 2009, s. 1040; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 61; Træen & Schaller, 2013, s. 287-288) at kunnskap ikke er det eneste av betydning.

Et av de viktigste funnene i vår studie er imidlertid at spesialisert kunnskap om seksualitet, i form av for eksempel videreutdanning i sexologi, ikke nødvendigvis er *avgjørende* for å lykkes med å tematisere seksualitet. En diskusjon om betydningen av kunnskap vil derfor presenteres. Informantene våre har både tatt utgangspunkt i egne erfaringer og reflektert mer generelt rundt psykologers opplevelser. Det er derfor sentralt å skille mellom å *tematisere* seksualitet og å *behandle* seksuelle problemstillinger. Distinksjonen mellom disse begrepene kan forstås i lys av PLISSIT-modellen ettersom den fastslår at de fleste seksuelle problemstillinger kan avhjelpes *uten* spesialisert kunnskap. Det er dermed nærliggende å anta at dette gjelder ved tematisering. På en annen side konkretiserer PLISSIT-modellen at det i noen tilfeller er nødvendig med behandling av en spesialist (Annon, 1976, s. 3). Med andre ord er det ikke nødvendig med et like høyt kunnskapsnivå ved tematisering sammenlignet med behandling av seksuelle vansker.

Lite undervisning om seksualitet i psykologutdanningen

Et dominerende syn i denne studien er at den norske psykologutdanningen er mangelfull når det gjelder undervisning om seksualitet, noe som sammenfaller med konklusjonen til Træen og Schaller (2013, s. 284). Mangelfull eller ingen undervisning om seksualitet problematiseres på lik linje i internasjonal forskningslitteratur i både USA,

Canada, Storbritannia og Australia (Abbott et al., 2023, s. 62; Burnes et al., 2017a, s. 517; Miller & Byers, 2008, s. 142, 2009, s. 214, 2010, s. 98, 2012, s. 1048; Mollen & Abbott, 2022, s. 283-284; Mollen et al., 2020, s. 386). Flere forskere har derfor kommet med tydelige anmodninger om behovet for integrering av seksualitet som tema i psykologutdanninger for å gjøre kommende psykologer tryggere på tematikken. Blant annet har det blitt lagt frem forslag for hvordan man kan oppnå et tilstrekkelig kunnskapsnivå (Mollen & Abbott, 2021, s. 283-284; Mollen et al., 2020, s. 387; Zeglin et al., 2018, s. 117). Det som synes å være viktigst er å implementere spesifikk trening med seksuelle problemstillinger heller enn generell opplæring (Hanzlik & Gaubatz, 2012, s. 230; Miller & Byers, 2008, s. 142; Abbott et al., 2023, s. 64).

Kunnskap i kraft av å være psykolog. Studien vår fremhever flere fordeler med videreutdanning i sexologi. Det er derimot usannsynlig at alle psykologer kommer til å ta videreutdanning i sexologi, til tross for at dette viser seg å være nyttig for helsepersonell dersom utdanningen dekker relevante aspekter (Miller & Byers, 2009, s. 217; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 61). Å ha *noe* kunnskap trekkes frem som en viktig forutsetning for at psykologer skal kunne ta imot problemstillinger som omhandler seksualitet, da psykologer må kunne tilby pasienter noe tilbake. Denne oppfatningen støttes likeledes av Zeglin og kolleger (2018, s. 109) og regjeringens strategi for seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 26) som beskriver kunnskap som en sentral forutsetning for at helsepersonell skal kunne romme seksualitet i deres tjenester.

På en annen side blir det pekt på at psykologer i stor grad allerede har det som trengs for å ta opp seksualitet med klienter ved å være psykolog. Dette underbygges av Pukall (2009, s. 1040) som vektlegger at generelle ferdigheter som terapeut er vel så viktig som spesifikk kunnskap om, og å være komfortabel med, å snakke om seksualitet. Et viktig funn i vår studie er altså at psykologer har grunnleggende kompetanse til å tematisere seksualitet med pasienter. Studien til O'Mullan og kolleger (2021, s. 279) støtter opp under dette ved at ergoterapeutene rapporterte at deres profesjon var tilstrekkelig til å adressere seksualitet, og at det var viktigere med trygghet enn spesialkunnskap om seksualitet. Selv om den nevnte studien inkluderte ergoterapeuter, har psykologer likevel en bred kompetanse som kan anvendes på en rekke problemstillinger (Southall & Combes, 2022, s. 528).

Psykologer har dessuten et generelt ansvar i å vurdere egen kompetanse og tilegne seg ytterligere kunnskap ved behov, og at dette også gjelder når det kommer til seksualitet (Byers, 2011, s. 26; Reissing & Di Giulio, 2010, s. 62). Studien vår belyser at psykologer kan tilegne seg kunnskap om seksualitet på egen hånd, og at dette i utgangspunktet ikke skiller seg fra

ansvaret i å oppsøke informasjon for å lære om andre temaer. Ikke minst fremheves det at deltakelse på kurs, seminarer, workshops og veiledning av erfarne sexologer er nyttige tiltak for å bli mer komfortable med seksualitet som tema, i likhet med andre (Reissing & Di Giulio, 2010, s. 61-62; Zeglin et al., 2018, s. 117). Vår studie understreker at utforskning av egen seksualitet og trening i å bruke seksuelt språk er nyttige tiltak, noe som er forenlig med anbefalingene til Cruz og kolleger (2017, s. 560) og Timm (2009, s. 23).

Det er viktigere å spørre

“Enkelt forklart, bare spør dem”, uttalte Kingsberg (2004, s. 200, vår oversettelse). Dette sitatet oppsummerer et av våre viktigste funn, nemlig at det veier tyngre at seksualitet blir adressert enn at temaet unngås på bakgrunn av begrenset sexologisk kompetanse. Våre funn samsvarer med studien til O’Mullan og kolleger (2021, s. 277) der det ble understreket at ergoterapeuter simpelthen bør “hoppe i det” ved å spørre pasienter om seksualitet. Ergoterapeutene i den nevnte studien belyste at man må anerkjenne egne begrensninger, men at man likevel kan ha en mer utforskende tilnærming og eventuelt tilegne seg relevant kunnskap. I vår studie trekkes det frem, på lik linje med andre (O’Mullan et al., 2021, s. 277; Taylor & Davis, 2007, s. 136; Timm, 2009, s. 21), at det alltid er mulig å viderehenvise pasienter dersom psykologer opplever å ikke være i stand til å behandle problemstillingen. Ifølge Cruz og kolleger (2017, s. 562) er det viktig at psykologer anerkjenner egne begrensninger, og viderehenvisning i slike tilfeller kan være det beste alternativet. Det blir samtidig pekt på at viderehenvisning ikke er problemfritt. Det har for eksempel blitt fremhevet at pasienter kan oppleve viderehenvisning som en form for avvisning (Kingsberg, 2004, s. 203). Binik og Meana (2009, s. 1023, vår oversettelse) uttalte “Hvorfor separere sex fra relasjoner og resten av livet?”, der de belyser at det kan være lite gunstig at psykologer viderehenviser pasienter kun på bakgrunn av at pasienter har en seksuell problemstilling. Sitatet illustrerer, i likhet med vår studie, at seksualitet er en del av den helhetlige forståelsen av pasienter (Almås & Benestad, 2017, s. 94; Træen & Schaller, 2013, s. 292). Således kan det være mer hensiktsmessig at psykologer er påpasselige med å evaluere hvorvidt de faktisk kan avhjelpe pasienters problemstilling, i stedet for at viderehenvisning er det eneste alternativet (Cruz et al., 2017, s. 562).

Hvorfor skal psykologer spørre om seksualitet? Et relevant spørsmål handler om hvorvidt seksualitet alltid skal tematiseres i terapi, og eventuelt hvorfor det er slik. Essensen av våre funn korresponderer med den amerikanske psykoterapeuten, Virginia Wink Hilton, (1997, s. 546) sitt postulat om at den vanligste feilen terapeuter begår, er å unngå tematisering

av seksualitet. På den ene siden fremheves det i vår studie at det er pasienters primærproblematikk som har terapeutisk forrang. Likeledes er det slett ikke alltid at seksualitet skal utgjøre en stor plass i terapien (Almås & Benestad, 2017, s. 94), for eksempel dersom en pasient er til behandling for en spesifikk fobi. I tråd med dette fremgår det av vår studie at psykologer skal tilby behandling for den konkrete problematikken som er aktuell i pasienters liv. Slik kan man presumptivt anta at det ikke er en forutsetning om at psykologer spør pasienter om seksualitet i alle tilfeller. På en annen side konkretiserer vår studie at psykologer bør frembringe seksualitet i møte med pasienter uavhengig av henvisningsårsaken, og det av ulike grunner. I denne sammenhengen må det igjen vises til WHO's (2006, s. 5) brede definisjon av seksualitet som omhandler at seksualitet er verdifullt for mennesker gjennom hele livsløpet. En slik forståelse av seksualitetens betydning henger sammen med et annet funn i vår studie, nemlig at seksualiteten er en del av en helhetlig forståelse av pasienter (Almås & Benestad, 2017, s. 94; Træen & Schaller, 2013, s. 292). Som det ble pekt på i vår studie, er pasienters aktuelle situasjon som et puslespill der seksualitet kan være en verdifull brikke å utforske. Ved fravær av spørsmål om seksualitet kan man derfor gå glipp av et sentralt tema i pasienters liv (Timm, 2009, s. 15). Slik det fremgår av vår studie, er det imidlertid en forskjell mellom å spørre om seksualitet og å gå mer dyptgående inn i tematikken. Såfremt at pasienten ikke ønsker at seksualitet skal bli ytterligere tematisert, er det som regel heller ikke nødvendig. Det essensielle er altså at pasienter får anledning til å ta opp temaet.

Hva angår spørsmålet om *hvorfor* psykologer skal spørre om seksualitet, er det også sentralt å nevne potensielle konsekvenser av å unngå tematisering. Fra flere studier ser det ut til at en del pasienter sjeldent ønsker å initiere på å prate om seksualitet med helsepersonell (Kingsberg, 2004, s. 200; Kingsberg et al., 2013, s. 1797; McInnes, 2003, s. 264; Traumer et al., 2019, s. 63). En mulig konsekvens av at psykologer ikke spør om seksualitet, er dermed at seksualitet heller ikke blir et tema i behandlingsforløpet (Urry et al., 2019, s. 1285), noe som også trekkes frem i vår studie. Dette kan være problematisk ettersom flere studier antyder at det ikke er uvanlig med komorbiditet mellom enkelte psykiske lidelser og seksuelle vansker (Korchia et al., 2023, s. 1116; Laurent & Simons, 2009, s. 583; Polland et al., 2019, s. 380; Van Lankveld & Grotjohann, 2000, s. 492-493; Waldinger, 2015, s. 472-476; Zhao et al., 2020, s. 1480-1486), og i studien til Træen & Stigum (2010, s. 455) er konklusjonen frapperende: Seksuelle vansker i den norske befolkningen utgjør et folkehelseproblem. Med andre ord er det plausibelt at pasienter som oppsøker psykolog for psykiske plager, også kan

ha seksuelle utfordringer. Således er det mye som taler for at seksualitet bør tematiseres i psykologisk behandling.

Videre fremhever denne studien at seksualitet kan være et aktuelt tema til tross for at seksualitet ikke nødvendigvis er spesifisert i henvisningsgrunnlaget. Ved å ta den ovennevnte informasjon i betraktning, er det nærliggende å anta at en del pasienter innenfor psykisk helsevern har seksuelle vansker (Zemishlany & Weizman, 2008, s. 89). Det finnes derimot få studier som har undersøkt prevalensen av seksuelle vansker blant pasienter som oppsøker psykolog (Herder et al., 2023, s. 972; Reissing & Giulio, 2010, s. 57). Til vårt kjennskap finnes det heller ingen norske studier som har undersøkt seksuelle problemer blant pasientpopulasjoner innenfor psykisk helsevern. Både studien til Wylie og kolleger (2002, s. 155-156) og studien til Sewalem og kolleger (2022, s. 4) undersøkte prevalensen av seksuelle dysfunksjoner blant pasienter som var under psykiatrisk behandling, og viste at over 40 prosent hadde seksuelle vansker. Relativt høy prevalens for seksuelle dysfunksjoner ble også rapportert i Herder og kollegers (2023, s. 972) systematiske oversikt for depresjon (45-93 %), angst (33-75 %), tvangslidelse (25-81 %) og schizofreni (25 %). Til tross for at forskningslitteraturen er begrenset på dette området, kan man igjen vise til at det er estimert en relativt høy prevalens av seksuelle vansker i den norske befolkningen for øvrig (Træen & Stigum, 2010, s. 455), og det kan derfor være hensiktsmessig at psykologer implementerer spørsmål om seksualitet under kartlegging (Herder et al., 2023, s. 974; Lafortune et al., 2023, s. 10; Liu et al., 2018, s. 1080). Samlet illustrerer disse funnene at pasienter i det minste bør bli spurt om seksualitet.

Seksualitet som en ressurs. Funnene våre sammenfaller i stor grad med en sexpositivistisk tilnærming i den forstand at informantene oppfordrer til å vie oppmerksomhet til de positive aspektene ved seksualitet (Burnes et al., 2017b, s. 471). Dette sammenfaller med Cruz og kolleger sine råd (2017, s. 555) som belyser at seksualitet bør sees sammen med den helhetlige forståelsen av pasienter. En sexpositivistisk tilnærming er for øvrig forenlig med WHO's (2006, s. 17) definisjon av seksualitet som inkluderer både negative og positive aspekter ved seksuell helse. Både datamaterialet og forskning antyder at psykologer ofte tematiserer seksualitet i forbindelse med risikoatferd og negative seksuelle erfaringer og at de føler seg mest komfortable med en slik innfallsvinkel (Ravenhill et al., 2020, s. 1390; Træen & Schaller, 2013, s. 286). Dette er ikke overraskende da undervisning i stor grad tar for seg negative aspekter ved seksualitet (Abbott et al., 2023, s. 62) samtidig som at helsepersonell peker på at seksualitet, og dermed også positiv seksualitet, blir nedprioritert grunnet mangelfull tid (Dyer & das Nair., 2013, s. 2667; Urry et al., 2022, s. 549). Træen og Schaller

(2013, s. 290) forklarer mer spesifikt at psykologer kan antas å ha et såkalt “problemfokus” i terapi, da pasienter tross alt henvender seg til dem grunnet vansker de ønsker å få hjelp med. Forfatterne av studien problematiserer dette, i likhet med informantene i vår studie, i den forstand at et utelukkende problemfokus hindrer pasienter i å finne hensiktsmessige løsninger (Graugaard, 2017, s. 2; Træen & Schaller, 2013, s. 290).

Fra et mer overordnet perspektiv, belyser Almås og kolleger (2022, s. 267) at sexpositivisme ikke minst kan bidra til bedre folkehelse, dersom man går videre fra forebyggingsperspektivet. Eksempelvis kan tematisering av positive sider ved seksualiteten fungere som en ressurs hos pasienter med kronisk lidelse (Almås & Benestad, 2017, s. 62). Som nevnt er sammenhengen mellom seksuell helse og livskvalitet godt etablert (Christensen et al., 2011, s. 1898; Field et al., 2013, s. 1841; Graugaard et al., 2015, s. 27; Jackson et al., 2019, s. 915-916; Lee et al., 2016b, s. 707; Zemishlany & Weizman, 2008, s. 89). Det å integrere negative, men også positive aspekter ved seksualitet i terapi kan med andre ord være nyttig for pasienten gjennom å bidra til økt livskvalitet, resiliens og velvære (Burnes et al., 2017b, s. 471; Graugaard, 2017, s. 2; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 25). Med andre ord ligger det mye verdi i å berøre seksualitet, og ikke minst positiv seksualitet, i terapi.

Hvordan kan psykologer tematisere seksualitet?

Denne studien hadde som hensikt å undersøke hvordan psykologer i praksis kan tematisere seksualitet. Fra studien vår er det særlig to hovedpunkter som bemerkes: For det første kan psykologer tilrettelegge slik at seksualitet blir et vellykket tema, og for det andre er det ulike måter psykologer kan spørre om seksualitet.

Det må legges til rette for at seksualitet blir et tema i terapi

I denne studien fremgår det tydelig at psykologer kan foreta en rekke valg som kan fasilitere for at tematiseringen av seksualitet blir vellykket. Det som utpeker seg handler om at psykologer kan gi tillatelse til pasienter om at seksualitet kan prates om i terapirommet. Som nevnt handler det første nivået i PLISSIT-modellen nettopp om tillatelse (Annon, 1976, s. 4-5), og våre funn om betydningen av tillatelse må derfor sees i lys av denne modellen. For at psykologer skal kunne ta initiativ til å frembringe seksualitet som tema i terapi, er det særlig det første nivået som er viktig. Sådant viser vår studie at det er hensiktsmessig for psykologer å ta utgangspunkt i PLISSIT-modellen. Prinsippene i PLISSIT-modellen er praktisk anvendelige, og den belyser samtidig at tematisering av seksualitet ikke nødvendigvis avhenger av spesialisert kompetanse om seksualitet (Timm, 2009, s. 19;

Graugaard, 2017, s. 2). Dermed underbygger PLISSIT-modellen våre funn om at spesialisert kunnskap ikke i alle tilfeller er avgjørende.

Som nevnt, kan psykologer tilrettelegge slik at seksualitet blir et tema i terapirommet, både direkte ved å spørre pasienter om seksualitet og ved andre typer signaler (Almås & Benestad, 2017, s. 70; Timm, 2009, s. 19; Zeglin et al., 2018, s. 109). Studien til Almås og kolleger (2023, s. 152) tyder på at seksualitet tillates dersom klienter har kjennskap til at helsepersonell har sexologisk kompetanse, og studien illustrerer dermed at seksualitet kan tillates på andre måter enn kun ved verbal utspørring. Tilsvarende hadde informantene i vår studie i liten grad erfart at tematisering av seksualitet var utfordrende, nettopp på grunn av at informantenes sexologiske kompetanse var kjent for pasientene. Det ble derfor beskrevet at pasientene hadde en forventning om at seksualitet skulle bli et tema. Disse funnene tyder på at pasienters kjennskap til psykologers sexologiskkompetanse, har betydning for vellykket tematisering. Det er imidlertid kun et fåtall psykologer som har autorisasjon som spesialist i sexologisk rådgivning eller spesialist i klinisk sexologi. I de fleste tilfeller vil derfor ikke psykologers kompetanse om seksualitet være kjent for pasienter. Det er derimot mulig for psykologer å signalisere kunnskap om seksualitet på andre måter. Studien vår trekker frem konkrete eksempler, som å ha plakater, bøker eller bilder knyttet til seksualitet synlig på arbeidsplassen. Slike former for tilrettelegging i miljøet omtales også av andre (Almås & Benestad, 2017, s. 70; Almås et al., 2023, s. 149). Ut fra dette kan man fastslå at seksualitet kan tillates på måter som krever relativt lite av psykologer (Annon, 1976, s. 6). Det essensielle er at psykologer kan bidra til å skape en arena der det er trygt å prate om seksualitet.

Denne studien understreker imidlertid at tillatelse ikke nødvendigvis medfører at pasienter forteller om seksuelle vansker umiddelbart. Dette kan forstås ut fra at seksualitet er et sensitivt tema, og at pasienter derfor kan være tilbakeholdne med å ta opp seksualitet (Traumer et al., 2019, s. 63-64). Taylor og Davis (2007, s. 136-137) problematiserer derfor at helsepersonell ikke bør anta at seksualitet er irrelevant, og vektlegger i stedet at tillatelse bør gis flere ganger for å sikre at seksualitet faktisk blir tematisert. I motsetning til vår studie, blir det ikke direkte fremhevet at psykologer må gi tillatelse flere ganger. I stedet vises det til at tillatelse er som "å så et frø"; Ved at psykologer åpner opp for at temaet kan diskuteres i terapi, blir pasientene gitt en mulighet til å ta opp utfordringer eller annen tematikk relatert til seksualitet. Erfaringene til informantene i vår studie antyder at pasienter ikke bestandig tar opp temaet til å begynne med, men fordi seksualitet er tillatt, er det lavere terskel for pasienter å ta opp temaet senere i terapiforløpet. Dette synes å stemme overens med annen

empiri som tyder på at pasienter har lettere for å diskutere seksualitet senere i et terapiforløp (Farber & Hall, 2002, s. 365; Hall & Farber, 2001, s. 225-226). I Farbers (2003, s. 599) oversiktsartikkel ble seksualitet identifisert som et av temaene som pasienter oftest holder tilbake i psykoterapi. Videre ble det konkludert at det kan se ut til at både varighet av behandling og terapeut-pasient-relasjonen, har en positiv sammenheng med at pasienter har lettere for å prate om seksualitet. Likeledes hadde informantene i vår studie erfart at pasienter kunne være mer tilbøyelige til å ta opp seksualitet dersom det var en trygg relasjon til behandler og dersom behandling for annen problematikk hadde vært effektiv.

Seksualitet kan settes inn i en sammenheng

Et sentralt spørsmål som denne studien undersøkte, handler om *når* i terapiforløpet seksualitet blir tema. Et av hovedfunnene i vår studie, er at seksualitet bør frembringes når temaet er relevant. Dette funnet må igjen sees sammen med at seksualitet er et personlig tema, og sådan kan det tenkes at lite gjennomtenkte spørsmål om seksualitet oppleves påtrengende for pasienter (Cruz et al., 2017, s. 554; Dyer & das Nair, 2013, s. 2666). I tråd med dette, og i likhet med vår studie, har det blitt fremhevet at spørsmål om seksualitet skal ha et formål (Almås et al., 2023, s. 152). Det er derfor viktig at psykologer har respekt for at temaet kan være sensitivt for pasienter (Cruz et al., 2017, s. 560). For eksempel ble det i vår studie uttalt at psykologer bør unngå å “buse ut” med spørsmål om seksualitet.

Denne studien viser både at det er hensiktsmessig å tematisere seksualitet tidlig og å bruke de “riktige” øyeblikkene. I likhet med vår studie, har det blitt foreslått i andre studier (Cruz et al., 2017, s. 558; Træen & Schaller, 2013, s. 288; Zéler & Troadec, 2020, s. 606) at anamnese er en passende kontekst til å ta opp seksualitet. I vår studie blir det i tillegg problematisert at det er vanlig praksis at pasienters fysiske og psykiske helse blir kartlagt under innkomstsamtaler, men at spørsmål om seksuell helse er fraværende. Ifølge Timm (2009, s. 19-20) er det særlig to fordeler ved å stille pasienter spørsmål om seksualitet i behandlingens tidlige stadium: Ved at psykologer tar opp seksualitet, blir det for det første signalisert til pasienter at temaet er viktig. Og for det andre ufarliggjøres temaet ved at psykologen gir tillatelse til pasienter om at seksualitet kan frembringes. Disse bemerkningene ble også fremhevet i vår studie.

Videre ble det understreket at seksualitet kan frembringes når en gitt sammenheng i terapien tilsier relevans. Sagt på en annen måte er det flere temaer i terapi der seksualitet kan være relevant, men der det ikke nødvendigvis er åpenbart at man kan tematisere seksualitet. Det ble for eksempel trukket frem at man kan stille spørsmål om pasienters seksualliv dersom

pasienter forteller om parforhold, eller spørre om seksuelle overgrep dersom temaet er knyttet til omsorgssvikt og vold i oppveksten. Dette kan sees i sammenheng med studien til Zéler og Troadec (2020, s. 602) som tyder på at seksualitet som tas opp i forbindelse med en relevant kontekst, bidrar til at seksualitet blir til en meningsfull del av samtalen med helsepersonell. Hovedpoenget er altså at det ikke er nødvendig å separere seksualitet som et isolert tema, men at psykologer i stedet kan forsøke å normalisere seksualitet.

Styrker og svakheter ved studien

Denne studien har flere svakheter som bør belyses. For det første kan ikke funnene i denne studien generaliseres da utvalget er snevert, bestående av seks informanter. Målet i kvalitativ forskning handler imidlertid om å frembringe individers subjektive opplevelser av et fenomen fremfor å generalisere (Nadim, 2015, s. 131). Poenget i denne studien var nettopp å få en dybdeforståelse av våre informanters opplevelser, heller enn å formidle generelle erfaringer til norske psykologer med bakgrunn i sexologi (Malterud, 2001, s. 486). Vi har likevel presentert en grundig redegjørelse, noe som gir et tilstrekkelig grunnlag for andre å vurdere studiens overføringsverdi. På denne måten kan det argumenteres for at funnene i denne studien har en viss grad av overførbarhet til andre grupper (f.eks. psykologer uten sexologibakgrunn eller annet helsepersonell) eller andre kontekster (Bitsch, 2005, s. 85; Lincoln & Guba, 1985, s. 298; Meyrick, 2006, s. 806). Funnene kan også betraktes som hypotesegenererende for videre, større studier på området.

Vår refleksivitet gjennom hele forskningsprosessen kan betraktes som en styrke ved denne studien (Braun & Clarke, 2023b, s. 2). Som nevnt har vi hatt et bevisst forhold til egen påvirkning, for eksempel ved at vi innledningsvis fastslo egen forforståelse av tematikken. Vi har samtidig hatt en transparent tilnærming der vi har presentert egne forutinntattheter og teoretiske antakelser. Dette er en styrke ettersom lesere i større grad kan vurdere og forstå våre fortolkninger (Meyrick, 2006, s. 806). Forskeres subjektivitet kan imidlertid være en begrensning, spesielt ved lav grad av refleksivitet (Malterud, 2001, s. 484). Vi har derfor forsøkt å styrke studiens validitet gjennom å samarbeide med informantene. Samtlige informanter fikk anledning til å komme med innspill på brukte sitater for å sikre at vi hadde oppfattet meningen i det de sa som riktig. Flere informanter ga oss i tillegg konkrete råd til relevant litteratur på området. Studiens holdbarhet har videre blitt styrket gjennom tilbakemeldinger fra veiledere på metodologiske aspekter ved studien (Creswell & Miller, 2000, s. 128-129).

Den største styrken med denne studien var imidlertid at den utforsker et forskningsområde som fremdeles er marginalt i norsk og internasjonal forskningslitteratur (Træen & Schaller, 2013, s. 291). Dette er den første kvalitative studien som undersøker norske psykologer, som også er autoriserte sexologer, sine erfaringer med å tematisere seksualitet. Til tross for at funnene ikke kan generaliseres, kan det argumenteres for at de kliniske implikasjonene fremdeles kan være nyttige for helsepersonell innen psykisk helse uten spisskompetanse på sexologi, da studien presenterer hvordan helsepersonell kan gå frem for å tematisere seksualitet. Vi har benyttet et unikt utvalg med informanter som har ekspertise på sexologi og bred klinisk erfaring med sexologiske og psykologiske problemstillinger. Til tross for at utvalget er lite, er utvalget heterogent ettersom informantenes alder, lengde på erfaring som sexolog og pasientgruppene de jobber med, varierer betraktelig.

Implikasjoner og videre forskning

Studien kan betraktes å ha kliniske implikasjoner ved å formidle et innblikk i hvordan psykologer med bakgrunn i sexologi forstår og integrerer seksualitet i deres kliniske praksis. Det viktigste funnet synes å være at behandlere signaliserer tillatelse for å ta opp temaet gjennom indirekte og direkte metoder. Denne kunnskapen kan ha implikasjoner for psykologer også når de ikke har bakgrunn som sexologer. Tematisering av seksualitet bør dessuten betraktes som psykologens ansvarsområde i den forstand at det er psykologer som tar opp temaet. Videre tyder resultatene på at psykologer, eller behandlere innen det psykiske helsefeltet, selv bør ta ansvar for å øke egen trygghet på temaet ved å oppsøke relevant faglitteratur, kurs, workshops og veiledning. Denne studien kan også ha implikasjoner på et overordnet nivå ved å tyde på at seksualitet med fordel bør tematiseres i standard, klinisk psykologisk praksis. Helst bør seksualitet integreres innledningsvis i et pasientforløp i det anamnesticke intervjuet som en del av standard kartlegging. Videre tyder resultatene på at universitetsutdanningene med fordel kan integrere seksualitet i både praktiske og teoretiske fag for å forberede kommende psykologer på å håndtere problemstillinger som omhandler seksualitet.

Når det gjelder behov for videre forskning, tyder resultatene på at pasienters opplevelser av å tematisere seksualitet som en del av psykologisk behandling, bør undersøkes i norsk kontekst. Til nå har problemstillingen blitt undersøkt blant eldre pasienter som har mottatt helsehjelp (Schaller et al., 2020) og blant pasienter ved revmatologisk rehabilitering (Helland et al., 2013). Det gjenstår fremdeles å undersøke opplevelsene til pasienter som

mottar psykologisk behandling eller i det allmenne psykiske helsevernet. I likhet med Urry og kolleger sin studie (2023), kan videre forskning også undersøke norske psykologers refleksjoner rundt nyttige tiltak som kan iverksettes for at seksualitet skal integreres i deres kliniske praksis.

Konklusjon

Denne studien utforsket hva som skal til for å tematisere seksualitet i psykologisk behandling, basert på erfaringene til psykologer som er autorisert som sexologer. For å lykkes med å tematisere seksualitet, er det viktigst at man “hopper i det”. Det vil si at seksualitet som tema ufarliggjøres; nøkkelen er simpelthen at pasienter blir spurt om seksualitet. Videre understreker denne studien at positive holdninger til seksualitet er vesentlig, der man anerkjenner at *hele* seksualiteten er et relevant tema i terapi, snarere enn å ha et utelukkende “problemfokus”. Denne studien belyser at seksualitet bør tas opp i forbindelse med en relevant kontekst, slik at seksualitet implementeres som en alminnelig del av samtalen. På en annen side fremhever denne studien at seksualitet er et særegent tema som fremkaller følelser både hos pasienter og psykologer. Det er derfor sentralt at psykologer tilnærmer seg temaet med respekt og ydmykhet, for eksempel gjennom å “så frø” ved å gi pasienter mulighet til å kunne prate om seksualitet. Tatt i betraktning at det kan oppstå etiske problemstillinger når seksualitet bringes frem som tema, er det vesentlig at psykologer etablerer og opprettholder profesjonalitet. Denne studien problematiserer i tillegg at det ikke er standard praksis for psykologer å tematisere seksualitet, noe som er en mulig forklaring på hvorfor seksualitet ikke blir tematisert. Til tross for at det kan være utfordrende å ta opp seksualitet i terapi, er seksualitet et svært relevant tema i terapi. Et minstekrav er at psykologer i det minste spør om seksualitet.

Referanser

- Abbott, D. M., Vargas, J. E. & Santiago, H. J. (2023). Sexuality training in counseling psychology: A mixed-methods study of student perspectives. *Journal of Counseling Psychology, 70*(1), 52-66. <https://doi.org/10.1037/cou0000641>
- Alix, S., Cossette, L., Cyr, M., Frappier, J. -Y., Caron, P. -O. & Hébert, M. (2020). Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study. *Journal of Child Sexual Abuse, 29*(4), 373-498. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1678543>
- Almås, E. (2011). Behov for sexologisk utdanning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 7*(4), 293–302. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2010-04-02>
- Almås, E., Alstad, B., Jørgensen, B. B., Eide, B., Jensen, H. G., Mulelid, A., Omdal, A., Strømø, S. & Wästlund, M. (2023). Behandling av traumatisert seksualitet via PLISSIT-modellen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 20*(2), 147-158. <https://doi.org/10.18261/tph.20.2.6>
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Almås, E., Benestad, E. E. P., Gianotten, W. L., Perelman, L. & Wylie, K. (2022). The multiple roles of sexological organisations. *Sexologies, 31*(3), 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2022.04.001>
- Almås, E. & Giami, A. (2006). Sexology as a challenge to the health care system: the Norwegian version. *Sexologies, 15*(1), 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2005.11.009>
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Méasson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O. & Wylie, K. (2005). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 2*(6), 793–800. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00145.x>
- Andresen, J. B., Graugaard, C., Andersson, M., Bahnsen, M. J. & Frisch, M. (2022). Sexual Inactivity and Dysfunction in Denmark: A Project SEXUS Study. *Archives of Sexual Behavior, 51*(8), 3669–3688. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02348-x>
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral

- Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
- Arakawa, D. R., Flanders, C. E., Hatfield, E. & Heck, R. (2013). Positive psychology: What impact has it had on sex research publication trends? *Sexuality & Culture*, 17, 305-320. <https://doi.org/10.1007/s12119-012-9152-3>
- Araujo, A. B., Durante, R., Feldman, H. A., Goldstein, I. & McKinlay, J. B. (1998). The Relationship Between Depressive Symptoms and Male Erectile Dysfunction: Cross-Sectional Results From the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 458-465. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00011>
- Araujo, A. B., Johannes, C. B., Feldman, H. A., Derby, C. A. & McKinlay, J. B. (2000). Relation between Psychosocial Risk Factors and Incident Erectile Dysfunction: Prospective Results from the Massachusetts Male Aging Study. *American Journal of Epidemiology*, 152(6), 533–541.
<https://doi.org/10.1093/aje/152.6.533>
- Aspers, P. & Corte, U. (2019). What is Qualitative in Qualitative Research. *Qualitative Sociology*, 42(2), 139-160. <https://doi.org/10.1007/s11133-019-9413-7>
- Atlantis, E. & Sullivan, T. (2012). Bidirectional Association Between Depression and Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1497–1507. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x>
- Atmaca, M. (2020). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction: Current Management Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 1043-150. <https://doi.org/10.2147/ndt.s185757>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Austin, Z. & Sutton, J. (2014). Qualitative Research: Getting Started. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 67(6), 436-440. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v67i6.1406>
- Bahnsen, M. K., Graugaard, C., Andersson, M., Andresen, J. B. & Frisch, M. (2022). Physical and mental health problems and their associations with inter-personal sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark: Baseline assessment in a national

- cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(10), 1562-1579.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.07.004>
- Baker-Green, R. (2017). Nurses experiences discussing sexuality with urinary catheter patients. *International Journal of Urological Nursing*, 11(1), 6–12.
<https://doi.org/10.1111/ijun.12114>
- Baldwin, D. S. (2004). Sexual dysfunction associated with antidepressant drugs. *Expert Opinion on Drug Safety*, 3(5), 457–470. <https://doi.org/10.1517/14740338.3.5.457>
- Balon, R. (2006). SSRI-associated sexual dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1504-1509. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1504>
- Bell, A. R., Giil, E. & Træen, B. (2022). Reduced Sexual Desire in Young Norwegian Women: A Mixed-Methods Study. *Sexuality & Culture*, 26(5), 1919–1939.
<https://doi.org/10.1007/s12119-022-09977-3>
- Belous, C. K. & Schulz, E. E. (2022). The Sex Positivity Scale: A new way to measure sex positivity as a trait. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-18.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2022.2140136>
- Bentsen, I. L., Giraldi, A., Kristensen, E. & Andersen, H. S. (2015). Systematic Review of Sexual Dysfunction Among Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Sexual Medicine Reviews*, 3(2), 78–87. <https://doi.org/10.1002/smrj.47>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219–234.
<https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Binik, Y. M. & Meana, M. (2009). The Future of Sex Therapy: Specialization or Marginalization? *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 1016–1027.
<https://doi.org/10.1007/s10508-009-9475-9>
- Bird, E. R., Piccirillo, M. L., Garcia, N. M., Blais, R. K. & Campbell, S. B. (2021). Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Sexual Difficulties: A Systematic Review of Veterans and Military Personnel. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1398–1426. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.011>

- Bitsch, V. (2005). Qualitative Research: A Grounded Theory Example and Evaluation Criteria. *Journal of Agribusiness*, 23(1), 75-91.
<http://dx.doi.org/10.22004/ag.econ.59612>
- Bloom, Z. D., Gutierrez, D., Lambie, G. W. & Ali, S. (2016). Counselors' comfort with sexuality, attitudes towards pornography, and propensity to assess and treat client issues related to pornography use. *Journal of Mental Health Counseling*, 38(4), 327-345. <https://doi.org/10.17744/mehc.38.4.04>
- Boyacıoğlu, N. E., Oflaz, F., Karahmet, A. Y., Hodaei, K. H., Afşin, Y. & Taşabat, S. E. (2023). Sexuality, quality of life and psychological well-being in older adults: A correlational study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 17, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100177>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 75-165. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Red.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 57–71). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021a). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37–47.
<https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021b). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352.
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022a). Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3-26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>

- Braun, V. & Clarke, V. (2022b). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE.
- Braun, V. & Clarke, V. (2023a). Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychology Review*, 17(4), 695-718.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2161594>
- Braun, V. & Clarke, V. (2023b). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Brock, L. J. & Jennings, G. (2007). Sexuality and Intimacy. I J. A. Blackburn & C. N. Dulmus (Red.), *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy* (s. 244-265). John Wiley & Sons, Inc.
<https://doi.org/10.1002/9781118269640.ch10>
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Graham, C., Nobre, P. & Wylie, K. (2016). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538–571. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4. utg.). Oxford University Press.
- Bråten, R. H., Sten-Gahmberg, S., Bugge, C., Kristiansen, I. S., Gardsjord, E. S. & Sæther, E. M. (2023). Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 60(4), 1–13. <https://doi.org/10.52734/vhhp4493>
- Bungener, S. L., Post, L., Berends, I., Steensma, T. D., De Vries, A. L. C. & Popma, A. (2022). Talking About Sexuality with Youth: A Taboo in Psychiatry? *The Journal of Sexual Medicine*, 19(3), 421–429. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.01.001>
- Burnes, T. R., Singh, A. A. & Witherspoon, R. G. (2017a). Graduate counseling psychology training in sex and sexuality: An exploratory analysis. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 504-527. <https://doi.org/10.1177/0011000017714765>
- Burnes, T. R., Singh, A. A. & Witherspoon, R. G. (2017b). Sex Positivity and Counseling Psychology: An Introduction to the Major Contribution. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 470-486. <https://doi.org/10.1177/0011000017710216>

- Byers, E. S. (2011). Beyond the birds and the bees and was it good for you? Thirty years of research on sexual communication. *Canadian Psychology, 52*(1), 20-28
<https://doi.org/10.1037/a0022048>.
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity, 56*(3), 1391–1412.
<https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Cathcart-Rake, E., O'Connor, J., Ridgeway, J. L., Breitkopf, C. R., Kaur, J. S., Mitchell, J., Leventakos, K. & Jatoi, A. (2020). Patients' Perspectives and Advice on How to Discuss Sexual Orientation, Gender Identity, and Sexual Health in Oncology Clinics. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 37*(12), 1053-1061.
<https://doi.org/10.1177/104990912091>
- Carvalho, A., Træen, B. & Štulhofer, A. (2014). Correlates of men's sexual interest: a cross-cultural study. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(1), 154-164.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12345>
- Castellini, G., Lelli, L., Ricca, V. & Maggi, M. (2016). Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation, 25*(2), 1-20.
<https://doi.org/10.1515/hmbci-2015-0055>
- Castellini, G., Rossi, E. & Ricca, V. (2021). Are There Common Pathways for Eating Disorders and Female Sexual Dysfunction? *The Journal of Sexual Medicine, 19*(1), 8–11. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.10.006>
- Castelo-Branco, C., Huezco, M. L. & Lagarda, J. L. B. (2008). Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century. *Maturitas, 60*(1), 50–58.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.02.002>
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C. & Frisch, M. (2011). Associations between physical and mental health problems and sexual dysfunctions in sexually active Danes. *The journal of sexual medicine, 8*(7), 1890-1902. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02145.x>
- Ciocca, G., Di Stefano, R., Collazzoni, A., Jannini, T. B., Di Lorenzo, G., Jannini, E. A., Rossi, A. & Rossi, R. (2023). Sexual Dysfunctions and Problematic Sexuality

- in Personality Disorders and Pathological Personality Traits: A Systematic Review. *Current Psychiatry Reports*, 25(3), 93–103.
<https://doi.org/10.1007/s11920-023-01409-9>
- Clarke, V. & Braun, V. (2014). Thematic Analysis. I Teo, T. (Red.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (s. 947–1952). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_311
- Clarke, V. & Braun, V. (2018). Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 107–110. <https://doi.org/10.1002/capr.12165>
- Clayton, A. H., Haddad, S. E., Iluonakhamhe, J.- P., Martinez, C. P. & Schuck, A. E. (2014). Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(10), 1361-1374.
<https://doi.org/10.1517/14740338.2014.951324>
- Clayton, A. H., Pradko, J. F., Croft, H. A., Montano, B., Leadbetter, R. A., Bolden-Watson, C., Bass, K. I., Donahue, R. M. J., Jamerson B. D. & Metz, A. (2002). Prevalence of Sexual Dysfunction Among Newer Antidepressants. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(4), 357-366. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0414>
- Coleman, E. (2010). From sexology to sexual health. I P. Aggleton & R. Parker (Red.), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights* (1. utg., s. 135-144). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203860229>
- Corbett, R., Elsom, S., Sands, N. & Prematunga, R. (2017). An exploratory investigation of sexual health screening in the first 12 weeks of case management in populations with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 160–169. <https://doi.org/10.1111/inm.12257>
- Cosgrove, D. J., Gordon, Z. L., Bernie, J. E., Hami, S., Montoya, D., Stein, M. B. & Monga, M. (2002). Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Urology*, 60(5), 881–884. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)01899-x](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)01899-x)
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (2. utg.). SAGE Publications.

- Creswell, J. W. & Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2
- Cruz, C., Greenwald, E. & Sandil, R. (2017). Let's Talk About Sex: Integrating Sex Positivity in Counseling Psychology Practice. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 547–569. <https://doi.org/10.1177/0011000017714763>
- DeLamater, J. & Friedrich, W. N. (2002). Human sexual development. *Journal of Sex Research*, 39(1), 10–14. <https://doi.org/10.1080/00224490209552113>
- Derogatis, L. R. & Burnett, A. L. (2008). The Epidemiology of Sexual Dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 289–300. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00668.x>
- Diamond, L. M., Bonner, S. B. & Dickenson, J. (2015). The Development of Sexuality. I M. E. Lamb & R. M. Lerner (Red.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science: Socioemotional Processes* (7. utg.). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy321>
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Donaghue, C. (2015). *Sex Outside the Lines: Authentic Sexuality in a Sexually Dysfunctional Culture*. BenBella Books.
- Dumontaud, M., Korchia, T., Khouani, J., Lançon, C., Auquier, P., Boyer, L. & Fond, G. (2020). Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 98, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109804>
- Dyer, K. & das Nair, R. D. (2013). Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2658–2670. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>
- Edwards, W. M. & Coleman, E. (2004). Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189–195. <https://doi.org/10.1023/b:aseb.0000026619.95734.d5>

- Engelen, M. M., Knoll, J. L., Rabsztyń, P. R. I., Maas-van Schaaijk, N. M. & Van Gaal, B. G. I. (2020). Sexual Health Communication Between Healthcare Professionals and Adolescents with Chronic Conditions in Western Countries: An Integrative Review. *Sexuality and Disability*, 38(2), 191–216. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09597-0>
- Ernst, C., Földényi, M. & Angst, J. (1993). The Zurich Study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 179-188. <https://doi.org/10.1007/BF02190725>
- Farber, B. A. (2003). Patient self-disclosure: A review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 589-600. <https://doi.org/10.1002/jclp.10161>
- Farber, B. A., & Hall, D. (2002). Disclosure to therapists: What is and is not discussed in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 359-370. <https://doi.org/10.1002/jclp.1148>
- Farmer, M. A. & Binik, Y. M. (2005). Psychology is From Mars, Sexology is From Venus: Can They Meet on Earth? *Canadian Psychology*, 46(1), 46-51. <https://doi.org/10.1037/h0085824>
- Field, N., Mercer, C. H., Sonnenberg, P., Tanton, C., Clifton, S., Mitchell, K. R., Erens, B., Macdowall, W., Wu, F., Datta, J., Jones, K. G., Stevens, A., Prah, P., Copas, A. J., Phelps, A., Wellings, K. & Johnson, A. M. (2013). Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1830–1844. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62222-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62222-9)
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C. & Hayes, K. E. (2001). Sexual Dysfunction: A Neglected Complication of Panic Disorder and Social Phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30(4), 369–377. <https://doi.org/10.1023/a:1010257214859>
- Finlay, L. (2003). The reflexive journey: mapping multiple routes. I L. Finlay & B. Gough (Red.), *Reflexivity: A Practical Guide for Researchers in Health and Social Sciences* (s. 3-20). Blackwell Science.

- Fischer, N. & Træen, B. (2022). Prevalence of sexual difficulties and related distress and their association with sexual avoidance in Norway. *International Journal of Sexual Health*, 34(1), 27-40. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1926040>
- Fischer, N. & Træen, B. (2016). Medisinstudenters intensjon om å tematisere seksualitet i behandlingsrommet. *Scandinavian Psychologist*, 3, 1-18. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e14>
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A. & Weinfurt, K. P. (2016). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642–1650. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten - kortversjonen: Helsetilstanden i Norge 2018*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Ford, M. P. & Hendrick, S. S. (2003). Therapists' Sexual Values for Self and Clients: Implications for Practice and Training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.1.80>
- Freud, S. (1920). *Three Essays on the Theory of Sexuality* (A. A. Brill, Overs.). Global Grey. (Opprinnelig utgitt 1905). <https://www.globalgreybooks.com/three-essays-on-the-theory-of-sexuality-ebook.html>
- Frisch, M., Lindholm, M. & Grønbaek, M. (2011). Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. *International Journal of Epidemiology*, 40(5), 1367–1381. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr104>
- Fuzzell, L., Fedesco, H. N., Alexander, S. C., Fortenberry, J. D. & Shields, C. G. (2016). “I just think that doctors need to ask more questions”: Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Education and Counseling*, 99(9), 1467-1472. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.004>

- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. & Ayalon, L. (2018). Ageism and Sexuality. I L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Red.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (s. 149-162). SpringerOpen.
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Gewirtz-Meydan, A., Levkovich, I., Mock, M., Gur, U. & Ayalon, A. (2019). Promoting a discussion on later life sexuality: Lessons from sexologist physicians. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(2), 193–210.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1437258>
- Ghassemzadeh, H., Raisi, F., Firoozikhojastefar, R., Meysamie, A., Karamghadiri, N., Nasehi, A. A., Fallah, J., Sorayani, M. & Ebrahimkhani, N. (2017). A Study on Sexual Function in Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) Patients With and Without Depressive Symptoms. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(3), 145-213.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12160>
- Ghosh, A., Kathiravan, S., Sharma, K. & Mattoo, S. K. (2022). A Scoping Review of the Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction in Adults with Substance use Disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(2), 216–233.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.11.018>
- Gombert, M., Ballester, P., Segura, A. & Peiró, A. M. (2021). Introducing sexual dysfunction in mental care. *Expert Opinion on Drug Safety*, 20(1), 69-79.
<https://doi.org/10.1080/14740338.2020.1849135>
- Graugaard, C. (2017). Sexuality as a health-promoting factor - theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*, 14(10), 1-2.
<https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.117>
- Graugaard, C., Pedersen, B. K. & Frisch, M. (2015). *Seksualitet og sundhed*. Vidensråd for Forebyggelse. https://vidensraad.dk/sites/default/files/node/field_report_download/vidensraad_seksualitet-sundhed_2015.pdf
- Grover, S., Mattoo, S. K., Pendharkar, S. & Kandappan, V. (2014). Sexual Dysfunction in Patients with Alcohol and Opioid Dependence. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), 351-450. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.140699>

- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (s. 105–117). Sage Publications.
- Gullestad, S. E. (2018). Seksualitet i et psykoanalytisk perspektiv: Et forsvar for drift og begjær. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(9), 806-821.
<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/09/seksualitet-i-et-psykoanalytisk-perspektiv>
- Haboubi, N. H. J. & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation*, 25(6), 291-296.
<https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
- Hall, D. A. & Farber, B. A. (2001). Patterns of patient disclosure in psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 29(2), 213-230. <https://doi.org/10.1521/jaap.29.2.213.17262>
- Hall, S. (1997). The Work of Representation. I S. Hall (Red.), *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices* (s. 13-28). SAGE.
- Hanzlik, M. P. & Gaubatz, M. (2012). Clinical PsyD trainees' comfort discussing sexual issues with clients. *American Journal of Sexuality Education*, 7(3), 219-236.
<https://doi.org/10.1080/15546128.2012.707080>
- Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 455-469.
<https://doi.org/10.1177/1745691614535934>
- Harris, S. M. & Hays, K. W. (2008). Family Therapist Comfort with and Willingness to Discuss Client Sexuality. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 239–250.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00066.x>
- Hayfield, N., Terry, G., Clarke, V. & Ellis, S. (2019). “Never Say Never?” Heterosexual, Bisexual, and Lesbian Women’s Accounts of Being Childfree. *Psychology of Women Quarterly*, 43(4), 526-538. <https://doi.org/10.1177/0361684319863414>
- Helland, Y., Dagfinrud, H., Haugen, M.-I., Kjekken, I. & Zangi, H. (2017). Patients' Perspectives on Information and Communication About Sexual and Relational Issues

in Rheumatology Health Care. *Musculoskeletal Care*, 15(2), 131–139.

<https://doi.org/10.1002/msc.1149>

Helland, Y., Kjekken, I., Garratt, A., Kvien, T. K. & Dagfinrud, H. (2013).

Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 42(1), 20-26. <https://doi.org/10.3109/03009742.2012.709274>

Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (Rapport IS-2314). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf

Helsedirektoratet. (2018a). *Psykiske lidelser – barn og unge: Nasjonalt pasientforløp*.

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. (2018b). *Psykiske lidelser – voksne: Nasjonalt pasientforløp*.

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>

Helsedirektoratet. (2018c). *Rusbehandling (TSB): Nasjonalt pasientforløp*.

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb>

Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*

(LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Veileder til lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/veileder-til-helseforskningsloven.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods* (2. utg.). SAGE.
- Herder, T., Spoelstra, S. K., Peters, A. W. M. & Knegtering, H. (2023). Sexual dysfunction related to psychiatric disorders: a systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(7), 965-976. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad074>
- Higgins, A., Nash, M. & Lynch, A. M. (2010). Antidepressant-associated sexual dysfunction: Impact, effects, and treatment. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 2, 141-150. <https://doi.org/10.2147/dhps.s7634>
- Hilton, V. W. (1997). Sexuality in the therapeutic process. I L. E. Hedges, R. Hilton, V. W. Hilton & O. B. Caudill (Red.), *Therapists at risk: Perils of the intimacy of the therapeutic relationship* (s. 541–646). Jason Aronson.
- Hosain, G. M., Latini, D. M., Kauth, M., Goltz, H. H. & Helmer, D. A. (2013). Sexual Dysfunction among Male Veterans Returning from Iraq and Afghanistan: Prevalence and Correlates. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 516–523. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02978.x>
- Howitt, D. (2010). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology* (2. utg.). Pearson. <https://www.pearsonhighered.com/assets/samplechapter/h/o/w/i/Howitt%20Web%20Sample.pdf>
- Igerc, I. & Schrems, B. (2023). Sexual well-being needs of patients with chronic illness expressed in health care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19-20), 6832–6848. <https://doi.org/10.1111/jocn.16773>
- Impett, E. A., Muise, A. & Peragine, D. (2014). Sexuality in the context of relationships. I D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus & L. M. Ward (Red.), *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 1: Person-based approaches* (s. 269–315). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14193-010>
- Irvine, J. M. (2009). Shame Comes Out of the Closet. *Sexuality Research & Social Policy*,

6(1), 70-79. <https://doi.org/10.1525/srsp.2009.6.1.70>

- Jackson, S. E., Firth, J., Veronese, N., Stubbs, B., Koyanagi, A., Yang, L. & Smith, L. (2019). Decline in sexuality and wellbeing in older adults: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 245, 912–917. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.091>
- Jacobsen, P., Thorley, E. M. & Curran, C. (2020). Real-world patient experience with sexual dysfunction and antidepressant use in patients with self-reported depression: A cross-sectional survey study. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 36, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.03.002>
- Kazukauskas, K. A. & Lam, C. S. (2010). Disability and Sexuality: Knowledge, Attitudes, and Level of Comfort Among Certified Rehabilitation Counselors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 54(1), 15–25. <https://doi.org/10.1177/0034355209348239>
- Kessler, A., Sollie, S., Challacombe, B., Briggs, K. & Van Hemelrijck, M. (2019). The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU International*, 124(4), 587-599. <https://doi.org/10.1111/bju.14813>
- Kim, J. S. & Kang, S. (2015). A Study on Body Image, Sexual Quality of Life, Depression, and Quality of Life in Middle-aged Adults. *Asian Nursing Research*, 9(2), 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.12.001>
- Kimmes, J. G., Mallory, A. B., Cameron, C. & Özlem Köse. (2015). A treatment model for anxiety-related sexual dysfunctions using mindfulness meditation within a sex-positive framework. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 286–296. <https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1013023>
- Kingsberg, S. A. (2004). Just ask! Talking to patients about sexual function. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2(4), 199–203. <https://doi.org/10.1016/j.sram.2004.11.007>
- Kingsberg, S. A., Wysocki, S., Magnus, L. & Krychman, M. L. (2013). Vulvar and Vaginal Atrophy in Postmenopausal Women: Findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(7), 1790–1799. <https://doi.org/10.1111/jsm.12190>

- Korchia, T., Achour, V., Faugere, M., Albeash, A., Yon, D. K., Boyer, L. & Fond, G. (2023). Sexual Dysfunction in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 80(11), 1110-1120.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2696>
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E. & Coleman, E. (2017) Sexual Rights as Human Rights: A Guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(S1), 1-92.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>
- Kotler, M., Cohen, H., Aizenberg, D., Matar, M. A., Loewenthal, U., Kaplan, Z., Miodownik, H. & Zemishlany, Z. (2000). Sexual Dysfunction in Male Posttraumatic Stress Disorder Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 309–315.
<https://doi.org/10.1159/000012413>
- Lafortune, D., Girard, M., Dussault, É., Philibert, M., Hébert, M., Boislard, M.- A., Goyette, M. & Godbout, N. (2023). Who seeks sex therapy? Sexual dysfunction prevalence and correlates, and help-seeking among clinical and community samples. *PLOS ONE*, 18(3), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282618>
- Landmark, B. F., Almås, E., Brurberg, K. G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., Svendsen, K. O., Sørensen, D., Tollefsen, M. F., Aars, H. & Reinart, L. M. (2012). *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer* (Rapport nr. 2-2012). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. https://www.fhi.no/global/assets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert_rapport_2012_seksuell_helse.pdf
- Langfeldt, T. & Porter, M. (1986). Sexuality and family planning: Report of a consultation and research findings. World Health Organization.
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F. & Sørgaard, K. W. (2016). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 11–19.
<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- La Torre, A., Conca, A., Duffy, D., Giupponi, G., Pompili, M. & Grözinger, M. (2013). Sexual Dysfunction Related to Psychotropic Drugs: A Critical Review Part II: Antipsychotics. *Pharmacopsychiatry*, 46(06), 201–208.
<https://doi.org/10.1055/s-0033-1347177>

- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E. & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39–57. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250>
- Laurent, S. M. & Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 573–585. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.007>
- Lee, D. M., Nazroo, J., O'Connor, D. B., Blake, M. & Pendleton, N. (2016a). Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0465-1>
- Lee, D. M., Vanhoutte, B., Nazroo, J. & Pendleton, N. (2016b). Sexual health and positive subjective well-being in partnered older men and women. *Journals of Gerontology Series B*, 71(4), 698-710. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw018>
- Lehmiller, J. J. (2014). *The Psychology of Human Sexuality* (1. utg.). Wiley-Blackwell.
- Lekven, J., Gisvold, S. E. & Hardang, J. (2012). Hvilke prosjekter skal legges frem for regional etisk komité? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(21), 2366-2367. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1082>
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E. & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 35-39. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry* (1. utg.). SAGE Publications.
- Liu, Q., Zhang, Y., Wang, J., Li, S., Cheng, Y., Guo, J., Tang, Y., Zeng, H. & Zhu, Z. (2018). Erectile Dysfunction and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(8), 1073–1082. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.05.016>

- Love, M. & Farber, B. A. (2017). Let's not talk about sex. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1489–1498. <https://doi.org/10.1002/jclp.22530>
- Madill, A., Jordan, A. & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91(1), 1–20. <https://doi.org/10.1348/000712600161646>
- Magaldi, D. & Berler, M. (2020). Semi-structured Interviews. I V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Red.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (s. 4825-4829). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_857
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(2), 120-129. <https://doi.org/10.1177/1403494815621181>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Martin, C., Godfrey, M., Meekums, B. & Madill, A. (2011). Managing boundaries under pressure: A qualitative study of therapists' experiences of sexual attraction in therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 248-256. <http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2010.519045>
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W. & Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- McInnes, R. A. (2003). Chronic illness and sexuality. *Medical Journal of Australia*, 179(5), 263-266. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05535.x>
- Meston, C. M. & Buss, D. M. (2007). Why Humans Have Sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 477–507. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9175-2>
- Meyrick, J. (2006). What is good qualitative research? A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 643-823. <https://doi.org/10.1177/1359105306066643>

- Michael, A. & O'Keane, V. (2000). Sexual dysfunction in depression. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental*, *15*(5), 337–345.
[https://doi.org/10.1002/1099-1077\(200007\)15:5%3C337::aid-hup207%3E3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/1099-1077(200007)15:5%3C337::aid-hup207%3E3.0.co;2-h)
- Miller, A., Kismödi, E., Cottingham, J. & Gruskin, S. (2015). Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *Reproductive Health Matters*, *23*(46), 16–30.
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.007>
- Miller, S. A. & Byers, E. S. (2008). An exploratory examination of the sexual intervention self-efficacy of clinical psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, *2*(3), 137-144. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.3.137>
- Miller, S. A & Byers, E. S. (2009). Psychologists' Continuing Education and Training in Sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *35*(3), 206-219.
<https://doi.org/10.1080/00926230802716336>
- Miller, S. A. & Byers, E. S. (2010). Psychologists' sexual education and training in graduate school. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *42*(2), 93-100.
<https://doi.org/10.1037/a0018571>
- Miller, S. A. & Byers, E. S. (2012). Practicing Psychologists' Sexual Intervention Self-Efficacy and Willingness to Treat Sexual Issues. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(4), 1041–1050. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9877-3>
- Mitchell, K., Lewis, R., O'Sullivan, L. F. & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *The Lancet Public Health*, *6*(8), e608–e613. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00099-2)
- Mollen, D. & Abbott, D. M. (2022). Sexuality as a competency: Advancing training to serve the public. *Training and Education in Professional Psychology*, *16*(3), 280–286.
<https://doi.org/10.1037/tep0000378>
- Mollen, D., Burnes, T. R., Lee, S. & Abbott, D. A. (2020). Sexuality training in counseling psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, *33*(3), 375–392.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1553146>

- Montejo, Á. L., Calama, J., Rico-Villademoros, F., Montejo, L., González-García, N. & Pérez, J. (2019a). A Real-World Study on Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction in 2144 Outpatients: The SALSEX I Study. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 923–933. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1365-6>
- Montejo, Á. L., de Alarcón, R., Prieto, N., Acosta, J. M., Buch, B. & Montejo, L. (2021). Management Strategies for Antipsychotic-Related Sexual Dysfunction: A Clinical Approach. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 1-18. <https://doi.org/10.3390/jcm10020308>
- Montejo, Á. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A. & Rico-Villademoros, F. (2001). Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(suppl 3), 10-21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11229449/>
- Montejo, Á. L., Majadas, S., Rico-Villademoros, F., Llorca, G., de la Gándara, J., Franco, M., Martín-Carrasco, M., Agüera, L. & Prieto, N. (2010). Frequency of Sexual Dysfunction in Patients with a Psychotic Disorder Receiving Antipsychotics. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(10), 3404–3413. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01709.x>
- Montejo, Á. L., Prieto, N., de Alarcón, R., Casado-Espada, N., de la Iglesia, J. & Montejo, L. (2019b). Management Strategies for Antidepressant-Related Sexual Dysfunction: A Clinical Approach. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1-19. <https://doi.org/10.3390/jcm8101640>
- Mosher, C. M. (2017). Historical Perspectives of Sex Positivity: Contributing to a New Paradigm Within Counseling Psychology. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 487–503. <https://doi.org/10.1177/0011000017713755>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>

- Nadim, M. (2015). Generalisering og bruken av analytiske kategorier i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift*, 23(3), 129-148.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2015-03-01>
- Naughton, T. (2022). “Talk about sex?”: Therapists’ experience of facilitating discussion of the topics of gender and sexuality in therapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 24(4), 402-418. <https://doi.org/10.1080/13642537.2023.2175889>
- Nimbi, F. M., Galizia, R., Rossi, R., Limoncin, E., Ciocca, G., Fontanesi, L., Jannini, E. A., Simonelli, C. & Tambelli, R. (2022). The Biopsychosocial Model and the Sex-Positive Approach: an Integrative Perspective for Sexology and General Health Care. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(3), 894–908.
<https://doi.org/10.1007/s13178-021-00647-x>
- Norsk Psykologforening. (2022, 25. november). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*.
<https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/etikk/etiske-retningslinjer-for-nordiske-psykologer>
- O’Mullan, C., O’Reilly, M. & Meredith, P. (2021). Bringing sexuality out of the closet: What can we learn from occupational therapists who successfully address the area of sexuality in everyday practice? *Australian Occupational Therapy Journal*, 68(3), 272–281. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12723>
- Park, Y. W., Kim, Y. & Lee, J. H. (2012). Antipsychotic-Induced Sexual Dysfunction and Its Management. *The World Journal of Men’s Health*, 30(3), 153-159.
<http://dx.doi.org/10.5534/wjmh.2012.30.3.153>
- Parker, R. (2009). Sexuality, culture and society: shifting paradigms in sexuality research. *Culture, Health & Sexuality*, 11(3), 251–266.
<https://doi.org/10.1080/13691050701606941>
- Pickens, C. & Braun, V. (2018). “Stroppy Bitches Who Just Need to Learn How to Settle”? Young Single Women and Norms of Femininity and Heterosexuality. *Sex Roles*, 79(4), 431-448. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0881-5>
- Pilgrim, D. (2014). Some implications of critical realism for mental health research. *Social Theory & Health*, 12(1), 1-21. <https://doi.org/10.1057/sth.2013.17>

- Pillai-Friedman, S., Pollitt, J. L., & Castaldo, A. (2015). Becoming kink-aware - a necessity for sexuality professionals. *Sexual and Relationship Therapy, 30*(2), 196–210. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.975681>
- Polland, A. R., Davis, M., Zeymo, A. & Iglesia, C. B. (2019). Association between comorbidities and female sexual dysfunction: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *International Urogynecology Journal, 30*(3), 377–383. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3739-7>
- Popovic, M. (2006). Psychosexual diversity as the best representation of human normality across cultures. *Sexual and Relationship Therapy, 21*(02), 171-186. <https://doi.org/10.1080/14681990500358469>
- Pukall, C. F. (2009). Sex Therapy is Special Because it Deals with Sex. *Archives of Sexual Behavior, 38*(6), 1039–1040. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9468-8>
- Quinn, C., Happell, B. & Browne, G. (2011a). Sexuality and Consumers of Mental Health Services: The Impact of Gender and Boundary Issues. *Issues in Mental Health Nursing, 32*(3), 170–176. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.531518>
- Quinn, C., Happell, B. & Browne, G. (2011b). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing, 20*(1), 21–28. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x>
- Ravenhill, J. P., Poole, J., Brown, S. D. & Reavey, P. (2020). Sexuality, risk, and organisational misbehaviour in a secure mental healthcare facility in England. *Culture, Health & Sexuality, 22*(12), 1382–1397. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1683900>
- Reichenpfader, U., Gartlehner, G., Morgan, L. C., Greenblatt, A., Nußbaumer, B., Hansen, R. A., Van Noord, M. Lux, L. & Gaynes, B. N. (2014). Sexual Dysfunction associated with Second-Generation Antidepressants in Patients with Major Depressive Disorder: Results from a Systematic Review with Network Meta-Analysis. *Drug Safety, 37*(1), 19–31. <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0129-4>
- Reicher, S. (2000). Against methodolatry: Some comments on Elliott, Fischer, and Rennie.

- British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 1-110.
<https://doi.org/10.1348/014466500163031>
- Reissing, E. D. & Di Giulio, G. (2010). Practicing Clinical Psychologists' Provision of Sexual Health Care Services. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(1), 57-63. <https://doi.org/10.1037/a0017023>
- Rele, K. & Wylie, K. (2007). Management of psychosexual and relationship problems in general mental health services by psychiatry trainees. *International Journal of Clinical Practice*, 61(10), 1701–1704.
<https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01455.x>
- Roald, T., K ppe, S., Bechmann Jensen, T., Moeskj r Hansen, J. & Levin, K. (2021). Why do we always generalize in qualitative research? *Qualitative Psychology*, 8(1), 69–81.
<https://doi.org/10.1037/qup0000138>
- Russell, S. T., Mallory, A. B., Bishop, M. D. & Dorri, A. A. (2020). Innovation and Integration of Sexuality in Family Life Education. *Family Relations*, 69(3), 595–613.
<https://doi.org/10.1111/fare.12462>
- Ryan, K. L., Arbuckle-Bernstein, V., Smith, G. W. & Phillips, J. (2018). Let's Talk About Sex: A Survey of Patients' Preferences When Addressing Sexual Health Concerns in a Family Medicine Residency Program Office. *PRiMER: Peer-Review Reports in Medical Education Research*, 2(23), 1-6.
<https://doi.org/10.22454/primer.2018.728252>
- Sandfort, T. & Ehrhardt, A. A. (2004). Sexual Health: A Useful Public Health Paradigm or a Moral Imperative? *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 181–187.
<https://doi.org/10.1023/b:aseb.0000026618.16408.e0>
- Sargent, J. & Abela, A. (2021). Psychiatrists' Perceptions of Schizophrenia and Its Recovery: A Thematic Analysis. I M. Borcsa & C. Willig (Red.), *Qualitative Research Methods in Mental Health: Innovative and Collaborative Approaches* (s. 15-35). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-65331-6_2
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 531–540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>

- Schaller, S., Træen, B., & Kvalem, I. L. (2020). Barriers and Facilitating Factors in Help-Seeking: A Qualitative Study on How Older Adults Experience Talking about Sexual Issues With Healthcare Personnel. *International Journal of Sexual Health*, 32(2), 65–80. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1745348>
- Schiller, C. J. (2016). Critical realism in nursing: an emerging approach. *Nursing Philosophy*, 17(2), 71-153. <https://doi.org/10.1111/nup.12107>
- Seitz, T., Ucsnik, L., Kottmel, A., Bitzer, J., Teleky, B. & Löffler-Stastka, H. (2020). Let us integrate sexual health—do psychiatrists integrate sexual health in patient management? *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 527–534. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01016-9>
- Serretti, A. & Chiesa, A. (2009). Treatment-Emergent Sexual Dysfunction Related to Antidepressants: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29(3), 259–266. <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e3181a5233f>
- Serretti, A. & Chiesa, A. (2011a). A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 130-140. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e328341e434>
- Serretti, A. & Chiesa, A. (2011b). Sexual Side Effects of Pharmacological Treatment of Psychiatric Diseases. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 89(1), 142-147. <https://doi.org/10.1038/clpt.2010.70>
- Sewalem, J., Kassaw, C. & Anbesaw, T. (2022). Sexual dysfunction among people with mental illness attending follow-up treatment at a tertiary hospital, Jimma University Medical Center: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.999922>
- Shabsigh, R., Klein, L. T., Seidman, S., Kaplan, S. A., Lehrhoff, B. J. & Ritter, J. S. (1998). Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology*, 52(5), 848–852. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(98\)00292-1](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(98)00292-1)
- Shakespeare, T. (2000). Sexuality and Disability. *Qualitative Health Research*, 18(3), 159–166. <https://doi.org/10.1023/a:1026409613684>

- Shiri, R., Koskimäki, J., Tammela, T. L. J., Häkkinen, J., Auvinen, A. & Hakama, M. (2007). Bidirectional Relationship Between Depression and Erectile Dysfunction. *The Journal of Urology*, 177(2), 669–673. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2006.09.030>
- Sims-Schouten, W., Riley, S. C. E. & Willig, C. (2007). Critical Realism in Discourse Analysis: A Presentation of a Systematic Method of Analysis Using Women's Talk of Motherhood, Childcare and Female Employment as an Example. *Theory & Psychology*, 17(1), 101-124. <https://doi.org/10.1177/0959354307073153>
- Sinković, M. & Towler, L. (2018). Sexual Aging: a Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. *Qualitative Health Research*, 29(9), 104973231881983. <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>
- Solbue, V. (2011). In search of my hidden preconceptions as a researcher. *Reflective Practice*, 12(6), 817-827. <http://dx.doi.org/10.1080/14623943.2011.609248>
- Soldati, L., Bianchi-Demicheli, F., Schockaert, P., Köhl, J. P., Bolmont, M., Hasler, R. & Perroud, N. (2020). Sexual Function, Sexual Dysfunctions, and ADHD: A Systematic Literature Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1653–1664. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.03.019>
- Southall, D. J. L. & Combes, H. A. (2022). Clinical psychologists' views about talking to people with psychosis about sexuality and intimacy: a Q-methodological study. *Sexual and Relationship Therapy*, 37(4), 512–536. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1749255>
- Stowell, M., Hall, A., Warwick, S., Richmond, C., Eastaugh, C. H., Hanratty, B., McDermott, J., Craig, D. & Spiers, G. F. (2023). Promoting sexual health in older adults: Findings from two rapid reviews. *Maturitas*, 177, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107795>
- Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A. & Hart, R. K. (2022). Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 5(7), 1-4. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22079>

- Svendsen, L. Fr. H. & Säätelä, S. T. S. (2007). Hva er forståelse? I L. Fr. H. Svendsen & S. T. S. Säätelä (Red.), *Det sanne, det gode, det skjønne: En innføring i filosofi* (2. utg., s. 81-98). Universitetsforlaget.
- Sørensen, D. (2010). Den norske seksualfolkehelsa. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(4), 366–369. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2010-04-11>
- Taylor, B. & Davis, S. (2007). The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sexuality and Disability*, 25, 135-139. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- Tebes, J. K. (2005). Community Science, Philosophy of Science, and the Practice of Research. *American Journal of Community Psychology*, 35(3-4), 213–230. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-3399-x>
- Timm, T. M. (2009). “Do I Really Have to Talk About Sex?”: Encouraging Beginning Therapists to Integrate Sexuality into Couples Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 8(1), 15–33. <https://doi.org/10.1080/15332690802626692>
- Tran, J. K., Dunckel, G. & Teng, E. J. (2015). Sexual Dysfunction in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 847–855. <https://doi.org/10.1111/jsm.12823>
- Traumer, L., Jacobsen, M. H. & Laursen, B. S. (2019). Patients’ experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 57–66. <https://doi.org/10.1111/scs.12600>
- Træen, B., Hald, G. M., Graham, C. A., Enzlin, P., Janssen, E., Kvaalem, I. L., Carvalheira, A. & Štulhofer, A. (2017). Sexuality in older adults (65+)—an overview of the literature, part 1: sexual function and its difficulties. *International Journal of Sexual Health*, 29(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1224286>
- Træen, B., Martinussen, M., Öberg, K. & Kavli, H. (2007). Reduced sexual desire in a random sample of Norwegian couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(3), 303-322. <https://doi.org/10.1080/14681990701381203>

- Træen, B. & Schaller, S. (2013). Talking to patients about sexual issues: experiences of Norwegian psychologists. *Sexual and Relationship Therapy, 28*(3), 281–291. <https://doi.org/10.1080/14681994.2013.768338>
- Træen, B. & Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(5), 445–456. <https://doi.org/10.1177/1403494810371245>
- Træen, B., Štulhofer, A., Janssen, E., Carvalheira, A. A., Hald, G. M., Lange, T. & Graham, C. (2019). Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. *Archives of Sexual Behavior, 48*(3), 815–829. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1256-x>
- Urry, K., Breakey, G. R., Scholz, B. & Chur-Hansen, A. (2023). Approaches for improving sexuality and sexual health care in mental health settings: A qualitative study exploring clinicians' own perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing, 32*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/inm.13234>
- Urry, K., Chur-Hansen, A. & Khaw, C. (2019). “It’s just a peripheral issue”: A qualitative analysis of mental health clinicians’ accounts of (not) addressing sexuality in their work. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(6), 1278–1287. <https://doi.org/10.1111/inm.12633>
- Urry, K., Chur-Hansen, A. & Khaw, C. (2022). “It’s Not Really a Part of Standard Practice”: Institutional Silencing of Sexuality Within Australian Mental Health Settings. *Qualitative Health Research, 32*(3), 543–555. <https://doi.org/10.1177/10497323211061340>
- Van Lankveld, J. J. D. M. & Grotjohann, Y. (2000). Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Archives of Sexual Behavior, 29*, 479–498. <https://doi.org/10.1023/a:1001995704034>
- Vanwesenbeeck, I., ten Have, M., de Graaf, R. (2014). Associations between common mental disorders and sexual dissatisfaction in the general population. *The British Journal of Psychiatry, 205*(2), 151–157. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135335>

- Vedde, I. H. (2017). *Seksualitet er viktig, men...: En kvalitativ studie av psykologers opplevelser av å snakke om seksualitet i terapi* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO vitenarkiv. https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/57272/13/Masteroppgave_Vedde.pdf
- Velurajah, R., Brunckhorst, O., Waqar, M., McMullen, I. & Ahmed, K. (2021). Erectile dysfunction in patients with anxiety disorders: a systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 34(2), 177–186. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-00405-4>
- Von Humboldt, S., Ribeiro-Gonçalves, J. A., Costa, A., Low, G., Benko, E. & Leal, I. (2023). Sexual well-being in older adults: A qualitative study with older adults from Portugal and Slovenia. *Sexuality Research and Social Policy*, 20(1), 364–376. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00709-8>
- Wada, M., Clarke, L. H. & Rozanova, J. (2015). Constructions of sexuality in later life: Analyses of Canadian magazine and newspaper portrayals of online dating. *Journal of Aging Studies*, 32, 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.12.002>
- Waldinger, M. D. (2015). Chapter 27 - Psychiatric disorders and sexual dysfunction. I D. B. Vodušek & F. Boller (Red.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 130, s. 469-489). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00027-4>
- Walters, N. T. & Spengler, P. M. (2016). Clinical errors and therapist discomfort with client disclosure of troublesome pornography use: Implications for clinical practice and error reduction. *Psychotherapy*, 53(3), 354–359. <https://doi.org/10.1037/pst0000079>
- Weeks, J. (2003). *Sexuality* (2. utg.). Routledge.
- Weeks, J. (2017). *Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality Since 1800* (3. utg.). Routledge.
- Werneke, U., Northey, S. & Bhugra, D. (2006). Antidepressants and sexual dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(6), 384–397. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00890.x>

- White, A., Boehm, M., Glackin, E. & Bleakley, A. (2023). How Sexual Information Sources are Related to Emerging Adults' Sex-Positive Scripts and Sexual Communication. *Sexuality & Culture*, 27(4), 1224–1245. <https://doi.org/10.1007/s12119-022-10061-z>
- Wilcox, S. L., Redmond, S. & Hassan, A. M. (2014). Sexual Functioning in Military Personnel: Preliminary Estimates and Predictors. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2537–2545. <https://doi.org/10.1111/jsm.12643>
- Williams, D. J., Prior, E. & Wegner, J. (2013). Resolving Social Problems Associated with Sexuality: Can a “Sex-Positive” Approach Help?. *Social Work*, 58(3), 273–276. <https://doi.org/10.1093/sw/swt024>
- Wilson, M. R. (2019). Too taboo?: Preliminary explorations of counselor experiences of client sexuality. *Journal of Counseling Sexology & Sexual Wellness: Research, Practice, and Education*, 1(1), 60-68. <https://doi.org/10.34296/01011010>
- World Health Organization. (1995). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Report of a WHO meeting (Rapport nr. 572)*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38247/WHO_TRS_572_eng.pdf?sequ
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>
- World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf
- Wylie, K. R., Steward, D., Seivewright, N., Smith, D. & Walters, S. (2002). Prevalence of sexual dysfunction in three psychiatric outpatient settings: A drug misuse service, an alcohol misuse service and a general adult psychiatry clinic. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 149–160. <https://doi.org/10.1080/14681990220121284>

- Yehuda, R., Lehrner, A. & Rosenbaum, T. Y. (2015). PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5), 1107–1119.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12856>
- Zeglin, R. J., Van Dam, D. & Hergenrather, K. C. (2018). An Introduction to Proposed Human Sexuality Counseling Competencies. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(2), 105–121.
<https://doi.org/10.1007/s10447-017-9314-y>
- Zéler, A. & Troadec, C. (2020). Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients' Feelings?. *Sexual medicine*, 8(4), 599-607.
<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.08.012>
- Zemishlany, Z. & Weizman, A. (2008). The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction. I R. Balon (Red.), *Sexual Dysfunction: The Brain-Body Connection* (s. 89-106). Karger. <https://doi.org/10.1159/000126626>
- Zhao, S., Wang, X., Xie, Q., Wang, H., He, J., Shen, M., Zheng, C. & Kang, R. (2020). Is There an Association Between Schizophrenia and Sexual Dysfunction in Both Sexes? A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(8), 1476–1488. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.03.005>
- Zhang, X., Sherman, L. & Foster, M. (2020). Patients' and providers' perspectives on sexual health discussion in the United States: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 103(11), 2205–2213. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.019>
- Åling, M., Lindgren, A., Löfall, H. & Okenwa-Emegwa, L. (2021). A Scoping Review to Identify Barriers and Enabling Factors for Nurse–Patient Discussions on Sexuality and Sexual Health. *Nursing Reports*, 11(2), 253-266.
<https://doi.org/10.3390/nursrep11020025>

Appendiks

Appendiks A: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Hvordan ta opp seksualitet i terapi”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt innsikt i hvordan man lykkes med å tematisere seksualitet i en terapissetting. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I dette forskningsprosjektet er vi interessert i å høre fra deg som har psykologbakgrunn med videreutdanning i sexologi. Prosjektet vil bli brukt til en hovedoppgave i psykologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Vi ønsker å intervju deg om dine erfaringer med hvordan man tar opp seksualitet med pasienter.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for psykologi (IPS) ved NTNU er ansvarlig for prosjektet. Prosjektansvarlig og hovedveileder er Katrine Høyer Holgersen. Biveileder er Ingunn Hagen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir forespurt om å delta i denne studien grunnet din utdanningsbakgrunn både som psykolog og sexolog (NACS- autorisasjon). Disse opplysningene og din kontaktinformasjon er hentet fra nettsiden www.finnensexolog.no.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du samtykker til å delta i prosjektet, ønsker vi å intervju deg. Varigheten til intervjuet er estimert å ta rundt én time. Intervjuene vil foregå enten digitalt eller i Oslo. Spørsmålene vil være relatert til din erfaring med å ta opp seksualitet i terapi. Vi kommer til å etterspørre informasjon om kjønn, aldersgruppe og arbeidssituasjon, men det vil for øvrig ikke bli oppbevart noen opplysninger om deg som kan knyttes til deg som person. Intervjuet vil bli tatt opp på en lydopptaker. Etter gjennomført intervju vil lydfilen overføres til to minnepenner, som for a) studenten som har mac blir kryptert (låses opp med passord) og b) for studenten som har pc blir lagt på passord via BitLocker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. 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.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte psykologistudentene eller prosjektleder (se kontaktinformasjon under “Dine rettigheter”).

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. Datamaterialet vil kun være tilgjengelig for hovedoppgavestudenter og veiledere. Ved levering av hovedoppgaven vil opplysningene om deg ikke kunne spores tilbake til deg som person.

En kodenøkkel knytter dataene fra intervjuet til ditt navn. Denne listen oppbevares i et låsbart skap ved NTNU. Det er kun to hovedoppgavestudenter og veileder som har tilgang til denne listen. Lydopptaket vil transkriberes, deretter lagres minnepennene i et låst skap og slettes etter at hovedoppgaven er godkjent. Ved transkripsjon av lydfilene vil eventuelle personidentifiserende opplysninger gitt under intervjuet omskrives, og det vil være koden (som oppbevares separat) som knytter dataene til din identitet.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes ved godkjenning av hovedoppgaven (ca. juni 2024). Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for psykologi ved NTNU har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Psykologistudentene ved IPS/NTNU Maja Muscher (e-postadresse: majamuscher@gmail.com) og Henrik Seong Refsnes (e-postadresse: henrikseong@gmail.com), eller hovedveileder og prosjektansvarlig Katrine Høyer Holgersen (e-postadresse: katrine.h.holgerson@ntnu.no)
- NTNUs personvernombud: Thomas Helgesen (e-postadresse: thomas.helgesen@ntnu.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Katrine Høyer Holgersen

Maja Muscher

Henrik Seong Refsnes

(Prosjektansvarlig/veileder)

(Psykologistudent)

(Psykologistudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Hvordan ta opp seksualitet i terapi*", 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)

Appendiks B: Automatisk vurdering av Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør

30.01.2024, 10:13

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

596381

Vurderingstype

Automatisk ?

Dato

04.03.2023

Tittel

Hvordan ta opp seksualitet i terapi?

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig

Katrine Høyer Holgersen

Student

Henrik Seong Refsnes

Prosjektperiode

01.02.2023 - 01.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2024.

[Meldeskjema](#) **Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Appendiks C: Intervjuguide

Intervjuguide

Takke for at informantene deltar i studien. Presentasjon av oss selv og lengde på intervju (cirka én time). Gi informasjon om bakgrunnen for hovedoppgaven. Gjennomgang av informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Underskriving av samtykke til taleopptak og deltakelse. Informere om konfidensialitet, lagring av data samt retten til å trekke seg underveis og retten til å ikke svare på spørsmål. Påpeke at det ikke finnes noen riktige eller gale svar, og at det er informantens egne erfaringer som er i sentrum.

1) (Aller først lurer vi på litt om) Din bakgrunn

1. Hvilken aldersgruppe er du i (yngre enn 30, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, over 70)
2. Skriv inn kjønn:
3. Hvor mange år har du jobbet som psykolog?
4. Hvor mange av disse årene med videreutdanning i sexologi?
5. Hva er de vanligste problemstillingene til dine pasienter?

2) Å lykkes med å tematisere seksualitet

Kan du fortelle om hvordan du har erfart å tematisere seksualitet i terapi?

Kan du fortelle mer om konkrete episoder der du følte at du lyktes med å snakke med pasienter om seksualitet?

Hva med situasjoner der det ikke fungerte å tematisere seksualitet?

Hvilke eksempler kan du dele?

Hva sa/gjorde du spesifikt?

Når i terapiforløpet ble det tematisert?

Hvem initierte temaet seksualitet? (Du eller pasienten?)

Hva har du erfart er avgjørende for å lykkes med å ta opp seksualitet med pasienter?

Hvilke tanker har du om hva en ikke burde gjøre?

Hvilke erfaringer har du gjort deg der det var utfordrende å ta opp seksualitet med en pasient?

Hvordan ble situasjonen løst, og i tilfelle hva gjorde at den ble løst?

3) Kompetanse om seksualitet som forutsetninger for å adressere tema (og det å ta opp seksualitet generelt som psykolog)

Hva fikk deg til å ta en videreutdanning i sexologi?

Hvordan opplevde du at seksualitet ble tatt inn som en del av psykologutdanningen da du studerte?

Opplevde du at det var tilstrekkelig eller utilstrekkelig og hvorfor?

Hvordan har eventuelt videreutdanning i sexologi vært viktig for å kunne ta opp seksualitet i en terapeutisk sammenheng som psykolog?

Hvordan har denne kompetansen gjort deg mer (eller mindre komfortabel) med å ta opp temaet seksualitet med pasienter?

Har du noen eksempler?

4) Når bør psykologer ta opp seksualitet som et tema i terapi?

Hvilke erfaringer har du som tilsier at det kan være viktig å adressere seksualitet i arbeid med klienter?

Hvilke tanker har du om situasjoner der det ikke er viktig å tematisere seksualitet?

Hvor ofte er seksualitet et tema i din praksis?

Hvilke problemstillinger har du opplevd som vanlige?

Når opplever du at pasienter har lyst til å snakke om seksualitet?

Når kan seksualitet være et ubehagelig tema for klienter?

Har du andre innspill til oss som du har lyst til å legge til eller som du mener er relevant?

Vi takker så mye for at du stiller opp og bidrar med å gi oss innsikt i feltet seksualitet i terapi, basert på dine erfaringer!

Er det aktuelt for deg å lese korrektur på sitatene fra deg som vi bruker i oppgaven? Vi vil tilstrebe anonymitet, men når dette er vanskelig, er det fint for oss at du leser korrektur på sitatene vi bruker. Ønsker du at vi sender deg en kopi av oppgaven vår når den er ferdig?

