

Thérapie des diversités sexuelles et de genre (TDSG)

Olivier Cormier-Otaño et Dominic Davies

Traduit par Olivier Cormier-Otaño

Diversités sexuelles et de genre

Ce chapitre met l'accent sur le travail thérapeutique avec les diversités sexuelles et de genre (DSG).

“Diversités sexuelles et de genre” est un terme plus inclusif que le terme traditionnellement utilisé LGBT(IQ) (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres / sexuelle, intersexualité, questionnement). En effet, il englobe un large éventail de minorités de genres et d'identités sexuelles, y compris, mais sans s'y limiter, les personnes adeptes du Kink / BDSM (bondage, domination, discipline, soumission, sadisme et masochisme) quelle qu'en soit leur orientation sexuelle (Langdrige et Barker 2007) - ainsi que les personnes qui peuvent s'identifier à divers point de la diversité des genres et non pas simplement comme intersexuées ou transgenres.

Les diversités sexuelles et de genre (DSG) ouvrent également le débat sur les différentes possibilités relationnelles telles que l'asexualité (Rothblum et Brehony 1993), le célibat ou le polyamour, l'échangisme et autres formes de non-monogamies (Barker et Langdrige 2010).

Des théories récentes autour de l'orientation sexuelle (Diamond 2008) élaborent sur sa nature fluide. Il est préférable de considérer la préférence sexuelle comme appartenant à un continuum qui peut varier selon le contexte social et au fil du temps: l'attraction pour le même sexe peut se produire à différents moments dans la vie, de la même manière la libido ou le désir sexuel peut varier en degré. Dans ses recherches, Diamond indique que les femmes sont plus fluides que les hommes : elles auraient tendance à être attiré par un individu plutôt qu'un objet sexuel. Les hommes gais ont tendance à être plus rigides dans leur choix de partenaires (Diamond 2008) (voir aussi Davies). L'identification individuelle à un genre ou à une identité sexuelle diffèrent d'une étape de la vie à l'autre, la transidentité par exemple peut se manifester à la fin de la vie adulte (Lev, 2004).

Vos clients peuvent concevoir des relations amoureuses et / ou sexuelle différentes de la votre. Souvent, les problèmes soulevés sont d'ordre interpersonnel plutôt qu'intrapsychique. La population asexuelle (qu'elle soit dans des relations amoureuses ou non) se bat pour s'affirmer et être acceptée: en effet, les individus ne se livrant pas à des activités sexuelles sont souvent pathologisés et discriminés. Lorsque ils révèlent leur asexualité ils sont confrontés à l'opprobre sociale, comme forcés à trouver un partenaire et à avoir des relations sexuelles (Cormier-Otaño à paraître). À l'autre extrémité du spectre, se trouvent les relations polyamoureuses, où les individus vivent plus d'une relation romantique et sexuelle à la fois. Le polyamour - comme l'asexualité - comprends des hétérosexuels, des homosexuels ou bisexuels.

Ainsi les permutations possibles entre préférences sexuelles, orientation sexuelle, propre identité de genre, préférences de l'identité de genre du / des partenaire (s) et les choix de mode relationnelles sont variés. Chaque combinaison est le récit unique d'un individu. Certains de ces récits peuvent soulever certains degrés de difficultés, toutefois, la plupart des DSG n'ont jamais recours à la psychothérapie et mènent une vie heureuse et épanouie. Aider les clients à identifier et à définir leur propre sexualité est une tâche complexe. Cette complexité est mise en évidence lors du travail avec des personnes présentant des variances de genre. Ces personnes remettent en question les définitions de la société à la fois autour du genre et de l'orientation sexuelle: un couple de lesbiennes est il encore dans une relation de même sexe lorsque l'un d'eux transitionne pour devenir un homme ? (Lev 2004)

La Thérapie des Diversités Sexuelles et de Genre (TDSG)

La Thérapie des Diversités Sexuelles et de Genre (TDSG) est une initiative récente et délibérée, visant à se distancer de la Thérapie Gay-affirmative (TGA). TSDG cherche à englober et à soutenir toutes les formes, les aspects et les enjeux autour des diversités sexuelles et de genre. Il s'agit d'une approche trans-théorique, où tous les modèles théoriques (psychodynamique, humaniste, comportementale) peuvent fonctionner au sein de leurs propres principes et philosophies (Davies et Neal, 2000).

La terminologie de Thérapie Gay-affirmative est problématique sur certains points. Sur le plan politique, il peut sembler exclure (entre autres) les lesbiennes et les bisexuels ou les personnes présentant des variances de genre. Elle ignore également les sous-cultures et les groupes où les attractions au sexe opposé sont présentes (fétichisme, échangisme, etc ...). Enfin, le concept d'«affirmation gay" implique un ordre du jour pour les clients de s'auto-actualiser.

L'hypervigilance - un concept clé.

Les DSG ont une longue histoire d'être considéré comme «folles, mauvaises ou des fréquentations dangereuses». Il en résulte une hypervigilance de pathologisation ou de jugements négatifs. Ainsi les DSG vont scanner leur environnement pour repérer des signes d'hostilité ou de sécurité: Est-ce-que je vais être (mal) jugé? Vais-je être accepté ou compris? Qu'est-ce que je risque si je me révèle? (Carroll 2010). Cet état hypersensible est une source d'anxiété et de détresse qui sera également présent dans la salle de consultation. Très souvent, le client appartenant aux DSG interrogera son thérapeute, inconsciemment ou directement, autour de sa compréhension de l'identité de genre et des différences sexuelles. En conséquence, certains clients peuvent bénéficier ou demander à travailler avec un thérapeute qui fait aussi partie d'une DSG, d'autres peuvent préférer de travailler avec quelqu'un n'appartenant pas à leur communauté. Le choix du thérapeute par le client, est chargé de sens et mérite d'être exploré : que motive le choix entre un thérapeute appartenant à une DSG et un thérapeute «non-minoritaire» ? Mais cette question soulève également la question de savoir si les thérapeutes appartenant à une DSG sont confortables et disposés à révéler leur orientation sexuelle ou l'histoire de leur identité de genre. Dans tous les cas, les souhaits des clients doivent être respectés et pris en compte autant que possible.

Bonne pratique:

Il est fort probable que la majorité des psychothérapeutes n'ont pas été spécifiquement formés pour travailler avec les clients des DSG (Davies 2007). Pratiquement tous les modèles de développement et de nombreuses écoles de psychothérapies considèrent l'hétérosexualité à la fois comme une norme sociale et comme un signe de santé psychologique. De récentes recherches au Royaume-Uni ont révélé que 17% des thérapeutes seraient d'accord pour aider un client à « supprimer » leurs attractions au même sexe (Bartlett et al 2008). Les soi-disantes thérapies de conversion ou thérapies réparatrices ne sont pas seulement contraires à l'éthique de la psychothérapie parce qu'en collusion avec l'oppression sociale et interne que le désir pour le même sexe est pathologique, mais il a aussi été démontré qu'elles sont néfastes pour les individus qui les subissent. (Daniel 2009).

Les bonnes pratiques en TDSG exigent une curiosité et un intérêt subtile de la vie du client, ainsi qu'une capacité à travailler sensiblement avec leur hypervigilance. Ce n'est pas le rôle du client d'éduquer son thérapeute sur le contexte social de leur expérience. Bien entendu, le point de vue du client sur le contexte social est tout à fait pertinent et approprié. Il est donc demandé des psychothérapeutes d'avoir une large compréhension du contexte social dans lequel les diversités sexuelles et de genre vivent leur vie, ainsi que la façon dont les identités multiples peuvent interagir et parfois être en conflit. Il existe une multitude de livres et d'information en ligne qui traite de la sexualité et des clients de diversités sexuelles et de genre. Une grande partie de cette littérature vient des Etats-Unis d'Amérique, bien que le Royaume-Uni soit en train de faire une excellente contribution sur ce domaine.

Il est également primordial pour tous thérapeutes de prendre conscience de leurs propres préjugés, croyances et hypothèses sur ce qui est «sain» et «normal» en termes de sexe, de rôle des sexes, modes relationnelles, etc... Chacun d'entre nous a été socialisés dans une culture dominante où les croyances hétéronormatives sont inhérentes et perpétuées, ainsi aucun d'entre nous est entièrement libre de l'hétérosexisme ou de l'homophobie - de la même manière qu'il est difficile d'être libre d'attitudes racistes ou sexistes.

Au Royaume-Uni les études en psychothérapie offrent rarement une formation adéquate sur les questions relatives aux diversités sexuelles et de genre. Souvent, ces questions sont incluses dans une seule conférence sur la diversité (en générale) et dépassent rarement trois heures d'enseignement. Un scénario fréquent est que les questions relatives aux DSG sont incluses uniquement à la demande des étudiants LGBT et ce sont souvent eux-mêmes qui facilitent l'apprentissage de leurs pairs. En conséquence, leurs propres besoins d'apprentissage (celui de travailler efficacement au sein de leurs propres communautés) ne sont pas adressés, et ils sont ainsi obligés d'aller chercher ailleurs une formation continue spécialisée après obtention de leur diplôme (Davies 2007).

Une troisième façon d'apprendre et de développer de bonnes pratiques est de se pencher sur la psychologie des diversités sexuelles et de genre, et de considérer l'impact de la stigmatisation sur le développement du soi. Les thérapeutes ne doivent pas tomber dans le piège de nier les différences très réelles qui existent entre les DSG et une population hétérosexuelle ou « majoritaire ». De plus, les relations lesbiennes sont tout à fait différentes des relations entre hommes homosexuels, qui elles même diffèrent encore des relations hétérosexuelles. Il existe de nombreuses différences entre chacune des DSG mais également des caractéristiques communes. La formation continue est, selon les auteurs, essentielle pour obtenir une compréhension suffisante des éléments intrapsychique, ainsi que ceux socialement construits, qui constituent l'expérience des DSG.

Autant l'expérience personnelle que la pratique clinique sont des moyens uniques d'acquérir des connaissances et un savoir inestimable. Le bénévolat dans des organismes de bienfaisance des DSG est également une façon unique d'apprendre, mais ces organisations peuvent exiger de leurs conseillers de s'identifier comme appartenant à une DSG. Les rencontres avec d'autres thérapeutes et le partage d'information ou de livres, la supervision et le soutien entre pair sont d'autres façons de maintenir de bonnes pratiques. Le fait d'avoir un ami « gay » ou de s'identifier comme appartenant à une DSG ne se substitue pas une connaissance approfondie et réelle. La formation est essentielle pour tous ceux qui désirent travailler avec cette clientèle.

La supervision est sans aucun doute l'un des facteurs clés d'une bonne pratique de la thérapie. Bien entendu il peut être difficile de demander des renseignements personnels à son superviseur, ou encore de tester leurs connaissances et leurs sensibilités en matière de DSG. Tout thérapeute travaillant avec le sexe et les clients des diversités sexuelles et de genre sont mieux servis si leur superviseur a reçu une formation spécifique dans ce domaine. Un thérapeute réfléchissant sur ses propres préjugés autour du sexe et des diversités sexuelles a besoin d'un superviseur qui a lui-même travaillé sur ses propres préjugés. Sinon, des questions telles que le transfert et contre-transfert amoureux ou encore les sentiments de colère dans la salle de consultation resteront inexplorées ou mal conseillées (Pope, Sonne et Holroyd, 2000). Une situation délicate et problématique serait, par exemple, le cas d'un thérapeute informé sur les préférences sexuelles BDSM de ses clients et cherchant à examiner son travail avec un superviseur qui ne concevrait les pratiques BDSM que comme un passage à l'acte de tendances d'automutilation résultant d'abus durant l'enfance ou encore comme une pathologie.

La compréhension du contexte social et des questions spécifiques:

Les clients appartenants aux DSG peuvent se présenter en thérapie avec des questions similaires à tout autres clients, mais le contexte social apportera une dimension supplémentaire à leur récit.

Il est important de considérer le pouvoir oppressant des sociétés hétéronormatives, patriarcales et eurocentriques dans lequel nous avons évolué. L'oppression externe et les messages négatifs à l'encontre de l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'origine ethnique sont individuellement absorbés et traduits en oppressions intériorisées. Un jeune garçon forcé à se comporter d'une façon stéréotypique de son propre sexe (par exemple en portant du bleu ou ayant les cheveux courts) peut intérioriser la croyance que s'habiller en rose ou avoir les cheveux longs est anormal pour un garçon. De telles croyances, si elle ne sont pas contestées et critiquées, peuvent conduire ce garçon (à un âge adulte) d'accepter l'idée que son côté féminin est inapproprié ou socialement inacceptable. De même, les messages affirmant que le sexe et l'expression sexuelle devraient être limités aux couples hétérosexuels, dans un but unique de procréation, et rejetant la notion d'expérimentation consensuelle, peut conduire à des sentiments de culpabilité et de honte. Ce genre d'oppression intériorisée peut entraîner de nombreuses difficultés psychologiques telles que le dégoût de soi, la faible estime de soi, l'isolement, la peur du rejet, etc..

Les personnes appartenant aux diversités sexuelles et de genre souffrent de détresse psychologique, de dépression, d'automutilation et d'abus de substances dangereuses ou illégales à des niveaux plus élevés que les populations hétérosexuels (King et al 2008).

Dans les milieux urbains, la majorité de la socialisation entre individus de diversités sexuelles ou de genre, a lieu dans les clubs et les bars. Beaucoup de nouvelles drogues de synthèse ont été initialement introduites dans les clubs gays, devenant ainsi un ingrédient commun à certaines soirées - avant de devenir monnaie courante dans les club à grand public.

Cette consommation de drogues et d'alcool chez les diversités sexuelles et de genre peut être comprise en partie comme une réponse à la pression et l'oppression : une envie d'échapper aux oppressions, de diminuer ses inhibitions, et d'éprouver un sentiment de communauté avec ses pairs. L'utilisation abusive de drogues et d'alcool peut également conduire à des pratiques sexuelles dangereuses ou à des situations à risque.

Les sentiments d'isolement, de clandestinité et de honte sont fréquents parmi les clients de DSG et peuvent prévenir l'accès à des informations exactes et utiles. Pour cette raison, le psychologue peut être amené à employer des méthodes psycho-éducatives, bibliothérapie, exercices, etc, pour compléter les compétences relationnelles, l'éducation sexuelle et autres des clients des DSG. Dans le cas où l'orientation sexuelle du thérapeute correspond à celle du client et est divulguée, le thérapeute peut parfois être considéré comme modèle (qu'il le veuille ou non). Cela est bien sûr l'une des dynamiques qui doit faire l'objet de discussions en supervision clinique.

Sens d'identité et sens d'appartenance:

Toutes personnes éprouvant ces forts sentiments intériorisés d'auto-oppression peuvent bien remettre en question leur propre identité et leur sentiment d'appartenance. C'est seulement en explorant leurs propres récits ou en trouvant des âmes sœurs que le client peut faire l'expérience d'une intégration de ces différentes parties. Le thérapeute qualifié en DSG facilite les clients à trouver les mots pour décrire et donner un sens à leur propre sexualité et expression sexuelle. Ayant acquis un sens de leur propre identité sexuelle, les clients se retrouvent souvent dans une position où la nécessité d'appartenir à une communauté devient alors plus importante. Cependant, des difficultés peuvent surgir lorsque la pression à adopter les normes culturelles au sein des communautés des DSG sont très fortes et oppressantes (la mode, le style de vie, la pression des pairs) et conduire à l'élaboration d'un faux sens de soi, où le client se sent à nouveau que conditionnellement accepté.

Beaucoup de personnes appartenant aux DSG désirent se marier (partenariat civil en GB, pacte civil de solidarité en France) et adopter ou avoir des enfants. Certaines d'entre elles recréent ainsi un mode de vie plus en phase avec le courant dominant hétérosexuel et espèrent

ainsi obtenir son approbation. Mais d'autres pourraient bien voir leur identité « minoritaire » comme une caractéristique sans conséquence sur leur vie.

Les personnes appartenant aux DSG appartiennent également à de nombreuses communautés (spirituelles, culturelles, professionnelles, politique, familles, genre, etc.) et peuvent, de ce fait, éprouver l'impact de croyances ou d'idéologies contradictoires. La plupart des religions ou confessions ne tolèrent pas les relations homosexuelles, par exemple. De même, dans les diverses communautés des DSG, toutes les individualités, ethnies, pratiques sexuelles ou identités de genre ne sont pas nécessairement acceptées. Au sein d'une culture des DSG (au sens le plus large) il existe de réelles discriminations basées sur l'aptitude physique, l'âge ou le racisme pour n'en citer que quelques.

Temps modernes et jours anciens:

Historiquement, pour négocier leur place dans la société, les individus appartenant aux DSG ont du se faire « passer » pour hétérosexuels ou révéler leur identité (coming out) : en d'autres termes, soit faire semblant d'être ce qu'ils n'étaient pas (et renforcer l'oppression externe et interne) soit dévoiler à soi-même et à d'autres leurs préférences sexuelles ou leur l'identité de genre et se mettre ainsi en grand danger. Ce processus d'acceptation de soi-même et d'annonce publique n'est pas requis des personnes hétérosexuelles.

En effet, révéler son identité de genre ou son orientation sexuelle est un processus et non un événement unique. C'est une opération complexe et récurrente. Elle comporte aussi une crainte bien fondée d'être rejeté, puni ou insulté (les crimes de haine homophobe et transphobe sont à la hausse). La constante décision de savoir s'il faut se révéler ou non, dans chaque nouvelle situation (sociale, professionnelle, entre amis, famille, voisins, autorités, institutions, Médecins Généralistes, etc.) est très stressante et anxiogène, particulièrement pour les individus dont le niveau d'oppression intériorisée et extériorisée est trop élevé. (Carroll 2010).

Le "coming out" inconditionnel est également un concept occidental qui peut avoir peu de pertinence pour les gens provenant d'autres groupes sociaux et ethniques. Cette « annonce » peut se traduire par l'exclusion de la famille et de la communauté - en particulier pour les membres des minorités ethniques noires, où d'autres moyens de négocier l'intégration d'identités minoritaires sexuelles sont plus pertinentes (das Nair et Thomas 2012, Beckett 2010). das Nair décrit un processus d'alternance entre « rester caché » et « auto-révélation », où parfois l'identité gay est gérée plus secrètement et en accord avec certaines attentes culturelles comme se marier et avoir des enfants. Beckett, décrit avec éloquence, dans son travail avec un jeune homme musulman, le processus d'« invitation » plutôt que celui d'« auto-révélation », dans lequel les gens importants sont sélectivement invités à savoir plus sur la vie et la sexualité de la personne.

Heureusement, lors de ces dernières années et pour un grand nombre de personnes, l'expérience d'« auto-révélation » (ou « émergence » comme il en est venu à être connu pour les personnes trans, Lev 2004) et l'acceptation des DSG par les proches et la société, ont changé pour le mieux. Les nouvelles générations semblent être plus à l'aise avec une identité « queer » plutôt qu'une identité gay ou lesbienne et peuvent être complètement à l'aise avec leur identité en tant que « autre ». L'idée qu'une identité sexuelle ou de genre est fixe et qu'elle doit être déclarée n'est pas, pour de nombreux jeunes, pertinente. Cette « génération arc en ciel » vivent leurs identités de manière plus fluide.

Par contre, la population plus âgée des DSG pourraient encore être aux prises avec l'oppression intériorisée et la répression de leur expérience passée (thérapie électroconvulsive, criminalisation des pratiques homosexuelles, dénonciation et condamnation publique etc.)

L'écoute active et l'empathie sont des qualités indispensables chez le thérapeute qui permettent au client de développer leur récit aux fins de réaliser l'impact du contexte social sur leur identité. Les difficultés rencontrées par les personnes appartenant aux DSG auront souvent des causes communes, mais comme toujours une approche respectueuse, sans

jugement, consciente et réfléchi à la situation particulière de chaque client est au cœur d'une bonne pratique et finira par soutenir leur bien-être et leur santé mentale (Davies 1996).

Le praticien qualifié en DSG et éthique doit être suffisamment souple pour fonctionner avec tous les clients quelle que soit leur étape dans l'acceptation de leur sexualité. Le travail thérapeutique autour de l'identité sexuelle ou de genre peut ainsi aider le client à soulager le malaise qui accompagne des sentiments de différence, mais en aucun cas ne se doit-il de modifier cette partie intégrante de l'expérience vécue d'une personne.

C'est pourquoi le thérapeute des DSG doit être prêt à travailler avec des clients présentant des demandes de «guérison» ou de réduction de leurs attractions du même sexe, ou ceux qui ont été endommagés ou abusés par des thérapies dites «réparatrices».

Pratiques sexuelles

Le sexe a pour objectifs le plaisir, la procréation et le jeu. Aussi l'imagination sexuelle de tout un chacun peut être très fertile. Si un psychothérapeute choisit de travailler avec des clients appartenant aux DSG, il se doit d'avoir un esprit ouvert et une compréhension des diverses pratiques sexuelles.

Le langage et la communication entre le client et le thérapeute doit être à un niveau ou registre similaire. Le vocabulaire du thérapeute doit être le miroir du client et les mots inconnus du thérapeute doivent être explorés d'une façon congruente. L'usage de termes médicaux ou anatomiques par le thérapeute en réponse à des termes familiers, ou d'argot utilisés par le client peut ainsi renvoyer des messages d'inconfort ou de désapprobation de la part du thérapeute.

Il est également utile pour le thérapeute d'avoir une connaissance actuelle raisonnable de ce que constitue la santé sexuelle, du VIH et ses traitements, des rapports protégés, etc.

Conclusion

La thérapie des diversités sexuelles et de genre est consciente et sensible au contexte social dans lequel ces diversités vivent, mais aussi des préoccupations particulières de chaque individu. Elle travaille en collaboration avec l'hypervigilance et les conséquences d'une vie dans une société qui est biaisée en faveur de l'hétéronormativité et la conception binaire du genre. Elle aide les clients à comprendre leurs expériences et l'impact des oppressions extérieures et la manière dont elles sont internalisées. Elle est également ouverte aux questions spécifiques à ces populations et à leurs communautés. Elle insiste sur la nécessité pour les clients de se définir eux-mêmes et de développer leurs valeurs personnelles et propres codes moraux.

Une bonne pratique de la thérapie avec les diversités sexuelles et de genre requiert un travail approfondi des préjugés du thérapeute autour du sexe et de l'identité de genre et un minimum de connaissances sur la façon dont ces diversités vivent, non seulement dans une société occidentale, hétéronormative et patriarcale, mais aussi dans des contextes différents à travers le monde.

Les thérapeutes seront continuellement contestés, provoqués et éduqués par des clients présentant des questions relatives à deux des sujets les plus tabous et les plus sacrés du monde: la sexualité et le genre.

Références

- Barker, M. and Langdridge, D. (eds) (2010) *Understanding Non-Monogamies*. Hove: Routledge.
- Bartlett, A., Smith, G. and King, M. (2009) The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect sexual orientation. *BMC Psychiatry* 9 (11) available online: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/11>
- Beckett, S. (2010) *Azima ila Hayati: An Invitation into My Life: Narrative Conversations*

- about Sexual Identity. In Lyndsey Moon (ed) *Counselling Ideologies: Queer Challenges to Heteronormativity*. Farnham: Ashgate.
- Carroll, L. (2010) *Counselling Sexual and Gender Minorities*. Columbus: Merrill.
- Daniel, J. (2009) The Gay Cure? *Therapy Today*. October: 10-14
- das Nair, R. & Thomas, S. (2012). Race and Ethnicity. In R. das Nair & C. Butler (eds.) *Intersectionality, Sexuality, & Psychological Therapies: exploring lesbian, gay, and bisexual diversity*. London: Wiley Blackwell/BPS-Blackwell imprint. Pp59-88.
- Davies, D (1996) Towards a Model of Gay Affirmative Therapy in D. Davies and C Neal (eds) *Pink Therapy: a Guide for Counsellors and Therapists Working with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Buckingham: Open University Press.
- Davies, D. and Neal, C. (eds) (1996) *Pink Therapy: a Guide for Counsellors and Therapists Working with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Buckingham: Open University Press
- Davies, D. and Neal, C. (eds) (2000) *Therapeutic Perspectives on Working with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Buckingham: Open University Press
- Davies, D. (2007) Not in front of the Students. *Therapy Today*. February 2007
- Davies, D (2012) Sexual Orientation in C. Feltham & I. Horton (eds) *The Sage Handbook of Counselling and Psychotherapy* 3rd edition. London: Sage Publications
- Diamond, L. (2008) *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Langdridge, D. and Barker, M. (eds) (2007) *Safe, Sane and Consensual*. Basingstoke: Palgrave.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popely, D. and Nazareth, I. (2008) A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 8 (70) <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/70>
- Lev, A. I. (2004) *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for working with Gender-Variant People and Their Families*. New York: Haworth.
- Pope, K.S., Sonne, J. L. and Holroyd, J (2000) *Sexual Feelings In Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Rothblum, E.D. and Brehony K. A. (1993) *Boston Marriages: Romantic but Asexual Relationships among Contemporary Lesbians*. Amherst: University of Massachusetts Press

Lectures suggérées:

- Finnegan, D.G. and McNally, E. B. (2002) *Counseling Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Substance Abusers: Dual Identities*. New York: Haworth
- Moon, L. (2008) *Feeling Queer or Queer Feelings: Radical Approaches to Counselling Sex, Sexualities and Genders*. Hove: Routledge
- Pattatucci Aragón, A. (2006) *Challenging Lesbian Norms: Intersex, Transgender, Intersectional and Queer Perspectives*. New York: Haworth
- Sue, D. W. (2010) *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender and Sexual Orientation*. New Jersey: Wiley.

Auteurs:

Olivier Cormier-Otaño (accrédité par BACP) est qualifié en thérapie relationnelle et intégrative. Il est aussi un thérapeute psycho-sexuel travaillant essentiellement avec des clients appartenants aux diversités sexuelles et de genre. Il travaille en privé en Grande Bretagne, en anglais, français et espagnol. Il a présentes ses recherches sur l'asexualité lors de diverses conférences et en universités. Il est également un thérapeute avancé accrédité en diversités sexuelles.

olivier.counselling@hotmail.com
www.oliviercounselling.co.uk

Dominic Davies est expert praticien accrédité par BACP (l'Association Britannique de Counselling et Psychothérapie). Dominic a travaillé avec les diversités sexuelles et de genre pendant plus de 30 ans. Il est directeur de Pink Therapy, le plus grand cabinet privé Britannique spécialisé dans le travail avec des diversités sexuelles et de genre (www.pinktherapy.com). Il est co-éditeur (avec Charles Neal) de la trilogie Pink Therapy de manuels d'enseignement (publiée par Open University Press). Il a écrit et enseigné sur le sujet au Royaume-Uni et à l'étranger. Il est également un thérapeute avancé accrédité en diversités sexuelles.

Pink Therapy le plus grand organisme indépendant de thérapie et centre de formation continue Britannique spécialisé dans le travail avec un large éventail de diversités sexuelles et de genres. Fondé par Dominique Davies en 1999, nous sommes considérés par toutes les organisations de thérapie du Royaume-Uni comme le chef de file dans ce domaine. Nous offrons le seul diplôme universitaire spécialisé reconnu en thérapie des diversités sexuelles et de genres en Europe, et avons ainsi attiré des thérapeutes du Royaume-Uni, Pays-Bas, Singapour et Australie. Nous offrons également, sur Londres, une école d'été de six jours intensifs où des thérapeutes du monde entier viennent étudier. **Pink Therapy** offre des formations continues, une consultation clinique, une supervision et conseil aux thérapeutes d'outre-mer, en personne ou via Skype.

L'année dernière, nous avons relancé notre annuaire en ligne de thérapeutes et psychothérapeutes et comptons des thérapeutes internationaux. Notre site internet héberge une section "connaissances" (Knowledge) comprenant de précieuses ressources d'auto-assistance et de lecture recommandée, des vidéos et des podcasts. www.pinktherapy.com Nous sommes actifs sur les médias sociaux. Suivez-nous sur Facebook (Pink Therapy), Twitter (PinkTherapyUK), Tumblr (PinkTherapyUK.tumblr.com) et LinkedIn (Pink Therapy International).