

Terapi med fokus på kjønnsuttrykk og seksualiteter

Olivier Cormier-Otaño og Dominic Davies

Øversettelse: Rein Ove Sikveland

Mangfold angående kjønnsuttrykk og seksualiteter

Dette kapittelet setter fokus på arbeidet med variasjoner av seksualiteter og uttrykk for kjønn. På engelsk brukes termen kjønn og seksuelt mangfold (“Gender and Sexual Diversity”; GSD) som et mer inkluderende begrep for det tradisjonelt mer vanlige LGBT (IQ) (lesbiske, homofile, biseksuelle, transgender/seksuelle, intersex, “questioning”/spørrende). Det omfatter en større bredde av identifikasjoner angående kjønn og seksualitet. Blant annet inkluderes folk som enten tar del i kink/BDSM-praksis (bondage, dominans, disiplin, underkastelse, sadisme og masochisme) eller livsstil, - uavhengig av seksuell orientering (Langdridge/Barker, 2007), samt personer som identifiserer seg selv på et kjønnspektrum også utover intersex eller det å være transperson.

Begrepet GSD åpner også for debatten om ulike måter å være i et forhold på, som for eksempel aseksualitet (Rothblum/Brehony, 1993), sølibat eller polyamorøse forhold, swingers og andre former for samtykkende ikke-monogami (Barker/Langdridge, 2010).

Nyere teorier (Diamond, 2008) rundt seksuell orientering utdyper hvordan den må ses som naturlig flytende. Seksuell preferanse forstås best som et kontinuum, og kan variere i henhold til den sosiale konteksten og over tid: personer av samme kjønn kan bli tiltrukket hverandre ved ulike tidspunkt i livet, mens libidoen eller ønsket om sex kan variere i styrke. Diamonds forskning viser at kvinners seksualitet er mer flytende enn menns, ettersom de pleier å bli tiltrukket en person i stedet for et seksuelt objekt. Homofile menn har en tendens til å være mer rigide i sine valg av partnere (Diamond, 2008) (se også Davies, 2012). Enkelt personer identifiserer ofte kjønn og seksualiteten deres ulikt i ulike stadier av livet, for eksempel kan variasjoner i kjønnsuttrykk forekomme sent i voksenlivet (Lev, 2004).

Klienter presenterer ulike måter å leve i romantiske og/eller seksuelle forhold på. Ofte handler det om mellommenneskelige snarere enn intrapsykiske faktorer. Den aseksuelle befolkningen (både de i og utenfor romantiske forhold) sliter med å være åpne og aksepterte: personer som ikke deltar i seksuelle aktiviteter blir ofte patologiserte eller opplever diskriminering. Når de snakker om aseksualiteten deres står de overfor sosial misbilligelse og press for å finne en partner og å ha sex (Cormier Otaño, in press). I den andre enden av spekteret er polyamorøse forhold, hvor en person har mer enn ett romantisk og seksuelt forhold på samme tid. Polyamori – så som aseksualitet - inkluderer heterofile, homofile og bifile personer.

De mulige kombinasjonene av seksuell preferanse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnspreferanser og valg av forhold varierer, og hver person har en individuell historie. Noen av disse historiene kan tilknyttes en varierende grad av vanskeligheter, men selvfølgelig kommer de fleste GSD-personer aldri til terapi og lever lykkelige og rike liv. Å hjelpe klientene til å identifisere og utpeke sin egen seksualitet framhever kompleksiteten klientene møter med deres kjønnsuttrykk. Disse klientene utfordrer samfunnets syn både på sex og seksuell orientering: er et lesbisk par fortsatt i et samkjønnet forhold når den ene skifter kjønn og blir til en mann (Lev, 2004)?

Terapi med fokus på kjønnsuttrykk og seksualiteter

Terapi basert på kjønn og seksuelt mangfold er en ny og bevisst bevegelse bort fra “Gay Affirmative Therapy” (GAT; bekreftende behandling med homofile), for å inkludere og støtte alle former for kjønnsuttrykk og seksualiteter, samt fokusere på problemer klientene kan støte på. Det er en trans-teoretisk tilnærming hvor alle de teoretiske modellene (psykodynamiske, humanistiske og atferdsmessige) kan operere innenfor sine egne organiserende prinsipper og læresetninger (Davies/Neal, 2000).

Navnet Gay Affirmative Therapy var problematisk av en rekke årsaker. På et politisk plan synes det å ekskludere (blant annet) lesbiske, bifile og personer med kjønnsvariasjoner. Det ignorerer også subkulturer og grupper der homofile relasjoner eksisterer (kink, fetisjisme, swinger, osv...). Til slutt impliserer begrepet 'homofil bekreftelse' en ekstern agenda for klientens selvrealisering.

Hypervigilans - et nøkkelbegrep

GSD-ere har en lang historie for å bli sett på som "gale, uønskede og farlige å kjenne". Dette resulterer i hypervigilans mot å bli patologisert og mot negative fordommer. GSD-ere skanner omgivelsene for å oppdage trusler eller sikkerhet: Vil jeg bli (feilaktig) dømt? Vil jeg bli akseptert eller forstått? Er det trygt å fortell om meg selv? (Carroll, 2010). Denne svært sensitive tilstanden er en kilde til angst og stress som vil være tilstede i behandlingsrommet. Disse klientene vil ofte ubevisst eller direkte spørre sine terapeuter om deres forståelse av kjønn, sex og seksuelle forskjeller. Som en konsekvens, vil noen klienter dra nytte av eller be om å arbeide med en terapeut som selv kommer fra en seksualitets- eller kjønns-minoritet. Andre vil dra nytte av, eller foretrekke å arbeide med noen som ikke er fra lokalsamfunnet. Klientens valg av terapeut er ladet med mening, og det er vel verdt å utforske deres antagelser bak valget av en terapeut som selv tilhører en minoritet, eller for den saks skyld hvorfor de velger en terapeut fra en ikke-minoritet. Men klientens ønsker bør blir respektert og oppfylt dersom det er mulig. Dette temaet reiser også spørsmålet om GSD-terapeuter er komfortable med og villige til å fortelle om sin seksuelle orientering eller deres kjønns historie.

God praksis

De fleste rådgivere og psykoterapeuter har ikke spesiell opplæring i å arbeide med GSD-klienter (Davies, 2007). Praktisk talt alle utviklingsmodeller, og mange terapiteorier, gir privilegium til heteroseksualitet, både som en sosial norm, og som et tegn på psykisk helse. Nyere studier i Storbritannia viste at 17% av rådgivere ville si seg enige om å hjelpe en klient til å undertrykke deres tiltrekning til personer av samme kjønn (Bartlett et al., 2008). Såkalt konvertering eller reparerende terapi er ikke bare uetisk fordi det samsvarer med sosial og internalisert undertrykking, som patologiserer tiltrekning mellom personer av samme kjønn, men har også vist seg å være skadelig for personer som gjennomgår det (Daniel, 2009).

God praksis i GSD-behandling krever en forsiktig nysgjerrighet og interesse for klientens liv og en evne til å operere ømfintlig med deres hypervigilans. Det er ikke klientens ansvar å utdanne terapeuten angående den sosiale konteksten av deres erfaringer. Uansett, klientens eget perspektiv på denne sosiale konteksten er åpenbart relevant og hensiktsmessig. Dette krever at terapeuten har en bred forståelse av den sosiale konteksten som GSD-ere lever sine liv i, samt hvordan ulike identiteter kan påvirke hverandre og noen ganger stå i konflikt med hverandre. Det finnes en mengde bøker og informasjon på nettet som diskuterer GSD-klienter. En stor del av litteraturen er amerikansk, men for tiden kommer en stor mengde bidrag til feltet også fra Storbritannia.

Det er også viktig for terapeuter å utvikle sin bevissthet om sine egne fordommer, tro og antagelser om hva som er "sunt" og "normalt" med tanke på sex, kjønnsroller, relasjoner og så videre. Da vi alle er sosialisert inn i en mainstream kultur hvor heteronormative holdninger er iboende og gjentatte ganger gitt, er ingen av oss fri fra heterosexisme og homofobi – akkurat på samme måte som det er vanskelig å fri seg fra rasistiske og sexistiske holdninger. Britisk opplæring for terapeuter tilbyr sjelden tilstrekkelig opplæring for spørsmål angående GSD. Disse problemene er inkludert i enkelte foredrag om mangfold som sjelden overstiger tre timers undervisning. En felles erfaring er at GSD-spørsmål kun blir inkludert som følge av LHBT-studenters ønsker, og at disse studentene forventes å undervise sine jevnaldrende. Dette kan resultere i at deres egne behov (i forhold til å arbeide effektivt i sitt eget miljø) ikke er ikke tatt hensyn til, og at de er tvunget til å søke spesialistutdanning andre steder etter endt utdanning (Davies, 2007).

Et tredje læringsområde for å utvikle god praksis er å forstå mer om psykologi innen kjønns- og seksuelle minoriteter og hvordan stigma påvirker utviklingen av selvet. Terapeuter bør

ikke gå i fellen og tro at det ikke er noen forskjeller mellom de med en minoritetsidentitet og de med tilhørighet i det heteroseksuelle flertallet. Lesbiske forhold skiller seg fra mannlige homoseksuelle forhold, som igjen skiller seg fra heterofile par. Det er store forskjeller mellom alle GSD-identiteter mens noen likheter er delte. Det er forfatterens oppfatning at trening er nødvendig for å oppnå en tilstrekkelig forståelse av de intrapsykiske, samt de sosialt konstruerte, delene av GSD-opplevelsen.

Personlig erfaring og klinisk praksis er nyttige måter å få erfaring på. Å være en frivillig terapeut i veldedighetsorganisasjoner tilknyttet GSD er en unik måte å lære, men disse organisasjonene kan kreve at deres terapeuter selv identifiserer seg som GSD. Å møte andre terapeuter og dele erfaringer, bøker, veiledning og støtte er andre måter å opprettholde god praksis på. Det å ha en venn som er homofil er ikke nok, heller ikke det å utøve en GSD-identitet. Utdanning er viktig for alle som ønsker å arbeide i feltet.

Veiledning er utvilsomt en viktig faktor for god praksis - som i alle andre områder av terapeutisk arbeid. Selv om det kan være vanskelig å stille spørsmål eller utfordre erfarne veiledere kunnskap og forståelse, så er terapeuter som jobber med GSD-klienter tjent med at veilederen deres også har spesifikk opplæring i feltet. En terapeut som reflekterer rundt sine egne fordommer angående GSD-klienters problemer, trenger en veileder som har jobbet med sine egne fordommer. Ellers vil temaer som erotisk overføring ("transference")/motoverføring ("countertransference") eller vonde følelser i terapirommet forbli uløst eller dårlig behandlet (Pope/Sonne/Holroyd, 2000). Et ubehagelig eksempel er en "kink"-bevisst terapeut som ønsker å tenke gjennom sitt arbeid med en klient hvis seksuelle praksis vanligvis inneholder dominans, og som da møter en mentor som forstår BDSM som et uttrykk for selv-skadende tendenser, som følge av seksuelle overgrep i barndommen eller pga. patologiske forhold.

Å forstå den sosiale konteksten og de konkrete sentrale problemstillinger:

GSD-klienter kan selvsagt komme til behandling med saker som ikke skiller seg fra andre klienters problemer, men den sosiale konteksten vil bringe ekstra dimensjoner og ulike lag av deres bakgrunnshistorier.

Det er viktig å tenke over makten i det heteronormative, patriarkalske og eurosentrisk samfunn vi har utviklet oss i. Ekstern undertrykkelse og negative tilbakemeldinger om seksuell orientering, kjønn/kjønnsuttrykk og etnisitet fører til internalisert undertrykking. En ung gutt som blir tvunget til å oppføre seg på en måte som er stereotypisk for hans eget kjønn (for eksempel, iført blått eller å ha kort hår), kan føre til at han internaliserer en tro om at det er galt for en mann å ha på seg rosa eller ha langt hår. Dersom en sånn tro ikke blir utfordret, kan det føre til at en voksen mann aksepterer ideen om at den feminine siden ved ham er gal eller sosialt uakseptabel. På lignende måte vil inntrykk om at seksualitet og seksuelle uttrykk bør begrenses til heterofile aktiviteter med framavling som mål, som med andre ord ligger langt fra samtykkende eksperimentering, føre til skyldfølelse og skam. Denne formen for internalisert undertrykkelse kan føre til selvhat, lav selvfølelse, frykt for å bli avvist og andre psykiske vansker.

GSD-mennesker opplever høyere nivåer av psykiske plager, depresjon, selvskading og rusmisbruk sammenlignet med heterofile (King et al, 2008).

I urbane områder foregår det meste av sosialiseringen for GSD-grupper i barer og klubber. Mange nye former for designerdop har blitt innført i de homofile klubbene først, og har dermed blitt en svært vanlig ingrediens for en natt på byen - før de blir vanlige å finne i den øvrige klubbscenen.

Denne bruken av alkohol og narkotika i GSD-grupper kan delvis forstås som en reaksjon på tvang og undertrykkelse. Det finnes et sterkt ønske om å flykte fra de eksterne begrensningene, redusere hemninger og å kjenne på en følelse av samhørighet med venner. Misbruk av alkohol og narkotika kan også føre til usikker seksuell praksis og farlige situasjoner.

Isolasjon, skam og det å skjule seg selv er vanlig blant GSD-klienter og kan føre til manglende tilgang på presis informasjon. Dette betyr at terapeuter kanskje må bruke psyko-undervisningsmetoder ("psycho-educational methods") og biblioterapi, lekser, osv. for støtte ferdigheter i forhold, sex-utdanning og i arbeidet med andre saker. I tilfeller der terapeutens seksuelle orientering samsvarer med klientens og den blir formidlet kan terapeuten noen ganger bli sett på som en rollemodell enten de vil det eller ikke. Dette er selvfølgelig en dynamikk som bør avklares under veiledningen.

Identitet og tilhørighet

Individer som bærer sterkt internaliserte, selv-undertrykkende tanker kan komme til å stille spørsmålstegn ved deres egen identitet og tilhørighet. Bare ved å utforske sin egen bakgrunnshistorie eller ved å finne likesinnede klarer klienten å integrere disse ulike delene. Den GSD-bevisste terapeuten kan bidra til å styrke klientens evne til å uttrykke seg med sine egne ord for å beskrive og gi mening til egen seksualitet og sitt eget seksuelle uttrykk. Etter at klienten har fått en forståelse for sin egen seksuelle identitet vil det ofte resultere i at klienten beveger seg mot en posisjon hvor tilhørighet til et fellesskap blir mer viktig. Men uansett kan det oppstå problemer når presset for å omfavne kulturelle normer innenfor GSD-kretser er veldig sterkt og undertrykkende (mote, livsstil, gruppepress), og dette kan føre til utvikling av et falskt selv hvor klienten igjen kun føler seg godtatt på visse betingelser.

Mange GSD-individer ønsker å gifte seg (eller registrere partnerskap) og adoptere barn, og dermed å gjenskape en livsstil som er assosiert med den heteroseksuelle mainstream. For noen betyr dette at de søker aksept av det dominerende flertall, mens andre ser på mindretall-statusen som en ubetydelig del av livene deres.

GSD-klienter tilhører mange grupperinger (åndelige, kulturelle, profesjonelle, politiske, familie, kjønn, osv.), og kan oppleve at visse forestillinger eller ideologier står i motsetning til hverandre. De fleste religioner eller religiøse grupper aksepterer ikke samkjønnede forhold. Heller ikke innenfor de forskjellige GSD-gruppene blir alle individualiteter, etnisiteter, seksuelle praksiser eller kjønnsidentiteter mottatt med åpne armer. Diskriminering på grunn av funksjonsevne, alder og etnisitet er bare noen av de svært reelle grunner for diskriminering som opererer bredt innenfor GSD-kulturen.

Skiftende og forgagne tider

Historisk har GSD-individer måttet kunne passere som heteroseksuelle eller så må de "komme ut av skapet" for å forhandle fram en plass i samfunnet: enten å late som om de var noe de ikke var (og dermed styrke intern og ekstern undertrykking), eller avsløre sine seksuelle preferanser eller deres kjønnsidentitet for seg selv og andre, og dermed utsette seg selv for høy risiko. Dette er en prosess som handler om selv-aksept og sårbarhet og som heterofile individer ikke behøver å gjennomgå.

Å komme ut av skapet er en prosess og ikke en enkelt hendelse. Det er komplekst og tilbakevendende og i bakgrunnen ligger en velbegrunnet frykt for å bli avvist eller bli utsatt for vold og overgrep (trans- og homofobisk hatkriminalitet øker), og den konstante konflikten mellom å komme ut av skapet eller ikke i hver enkelt nye sosiale situasjon eller yrkessituasjon (arbeid, venner, familie, naboer, myndigheter, institusjoner, helsevesen, osv.) er svært stressende og angstprovoserende for noen individer, særlig når nivået av internalisert og ekstern undertrykkelse er for høyt (Carroll, 2010).

Universelt er det å "komme ut av skapet" også et vestlig konsept som kan ha liten relevans for folk fra andre sosiale og etniske grupper. Å komme ut kan resultere i å bli ekskludert fra familien og sosial grupper - spesielt for medlemmer av svarte og etniske grupper, hvor andre måter å forhandle om integrering av seksuelle minoriteter er mer relevant (Nair, 2006; Beckett, 2010). Nair beskriver en prosess om det å gå inn og ut av skapet, hvor det noen ganger er nødvendig å holde sin identitet som homofil mer skjult, og parallelt med kulturelle forventninger om det å gifte seg og få barn. Beckett beskriver levende, i sitt arbeide med en

ung muslimsk mann, prosessen å "invitere" snarere enn å komme ut, hvor betydelige mennesker selektivt blir invitert til å lære mer om klientens liv og seksualitet.

Heldigvis så har "komme ut av skapet"-prosessen (eller "emerging" som det har blitt kjent som hos trans-personer; Lev, 2004) og aksept av GSD blant signifikante andre og samfunnet generelt (for et stort antall mennesker) forandret seg til det bedre de siste årene. Yngre generasjoner er kanskje mer komfortable med en "skeiv" identitet enn en identitet som homofil eller lesbisk, og kan være helt komfortable med deres identitet som "annerledes". Ideen om å erklære seksualitet eller kjønnsidentitet som uforanderlig blir brutt ned i den yngre generasjonen som ikke føler at det er relevant å fastspikre sin egen seksualitet. Den såkalte "regnbuegenerasjonen" kan oppfatte at deres identiteter er mer flytende.

På den annen side kan det være at den eldre generasjonen fortsatt sliter med intern undertrykking og hemninger fra gamle erfaringer (ECT-behandling, kriminalisering av homofil seksuell praksis, offentlig uthenging og skammeligjøring, osv.).

Aktiv lytting og empati er viktige ferdigheter for å tillate klienten å utvikle sin egen historie, for at de skal kunne bevisstgjøre seg selv om innflytelsen den sosiale konteksten har hatt på deres identitet. Vanskelighetene GSM-individer opplever har ofte en felles plattform, men som alltid er det den reflekterende, bevisste, respektfulle og ikke-dømmende kliniske tilnærming til hver enkelt klients unike situasjon som er kjernen i en god praksis og som til slutt vil fremme kundens velvære og mentale helse (Davies, 1996).

En kompetent og etisk bevisst GSD-terapeut må være fleksibel nok til å arbeide med alle klienter, uavhengig av klientens grad av aksept av egen seksualitet. Terapeutisk arbeid med seksuelle identiteter eller kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk kan godt hjelpe klienten til å arbeide seg gjennom ubehagelige følelser rundt forskjeller, men bør ikke ha en agenda for å endre på slike iboende deler av et menneskes levde erfaringer.

Til slutt bør GSD-terapeuter være forberedt på å jobbe med klienter som krever "behandling" for, eller en reduksjon av deres homofile tiltrekninger, eller med klienter som har blitt skadet av eller blitt utsatt for misbruk gjennom "reparerende" behandlingsmetoder.

Seksuell praksis

Nytelse, framavling og lek er de tre målene ved seksualitet og fantasien er fruktbar når det kommer til seksuell praksis. Det er terapeutens ansvar å ha et åpent sinn og en forståelse av ulike seksuelle praksiser når en velger å arbeide med GSD-klienter.

Språkbruken og kommunikasjonen mellom terapeut og klient bør være på et tilsvarende nivå eller i et lignende register; terapeutens vokabular bør gjenspeile klientens og ukjente ord bør undersøkes grundig av terapeuten. Dersom terapeuten bruker medisinske eller anatomiske ord som svar på kundens uformelle, dagligdagse eller slanguttrykk kan det kommunisere ubehag eller misnøye fra terapeuten side.

Det vil også være nyttig om terapeuten har forholdsvis oppdatert kunnskap om seksuell helse, HIV, behandlingsmetoder og sikker sex.

Konklusjon

Terapi med minoriteter vedrørende seksualitet og uttrykk for sex/kjønn krever bevissthet rundt den sosiale konteksten som disse minoritetene lever i, samt den enkeltes konkrete angående. Denne formen for terapi setter fokus på hypervigilansen og konsekvensene av å leve i et samfunn som er forutinntatt mot heteronormativitet og den binære forståelse av kjønn. Den hjelper klienten å forstå sine egne erfaringer, hvordan ekstern undertrykkelse påvirker, og hvordan disse erfaringene har blitt internalisert, samt en hel rekke temaer som er spesifikke for disse gruppene. Terapien legger vekt på klientens rett til å definere seg selv og utvikle personlig relevante verdier og moralske koder.

God praksis i GSD-behandling krever at terapeuten jobber grundig med egne fordommer rundt seksualitet og kjønn/kjønnsuttrykk, og har noe kunnskap om hvordan disse minoritetene lever, ikke bare i et vestlig, heteronormativt og patriarkalsk samfunn, men også i ulike sammenhenger rundt om i verden.

Terapeuter blir kontinuerlig utfordret, provosert og utdannet av sine klienter, som med aktuelle temaer konfronterer to av verdens mest hellige tabu-områder: seksualitet og kjønn.

Referanser:

- 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

Forslag til lesning:

- 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.

Forfattere:

Olivier Cormier-Otaño er registrert medlem av den britiske foreningen for rådgivning og psykoterapi (MBACP, Akkred.). Han er en integrerende og relasjonell rådgiver og jobber i privat praksis som psykoseksuell terapeut. Etter mange år som frivillig rådgiver for ulike LHBT veldedighetsorganisasjoner i London, fokuserer han nå på klienter med ulike kjønnsuttrykk og seksualiteter. Han er også spesialisert i rådgivning på fransk og spansk. Han er en akkreditert terapeut med avansert grad av spesialisering på mangfoldet av seksualiteter med Pink Therapy ("Advanced Accredited Sexual Diversity Therapist with Pink Therapy"). Han har presentert sin egen forskning rundt aseksualitet på konferanser og universiteter.

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

Dominic Davies er medlem av den britiske assosiasjonen for rådgivning og psykoterapi ("Fellow of the British Association for Counselling and Psychotherapy"; BACP), og en BACP-registrert ledende utøver ("Senior Registered Practitioner") som har jobbet med kjønn og seksuelle forskjeller i over 30 år. Han er leder av Pink Therapy, Storbritannias største uavhengige terapiorganisasjon som spesialiserer seg i å jobbe med terapi rettet mot kjønn og seksuelt mangfold. Han er medredaktør (med Charles Neal) av Pink Therapy-trilogien av lærebøker (Open University Press), og har skrevet og undervist mye om temaet terapi rettet mot seksuelt mangfold i Storbritannia og internasjonalt. Han er en akkreditert terapeut med avansert grad av spesialisering på mangfoldet av seksualiteter med Pink Therapy ("Advanced Accredited Sexual Diversity Therapist with Pink Therapy").

dominic.davies@pinktherapy.com

Oversettelse:

Rein Ove Sikveland er språkviter og jobber for tiden som forsker ved institutt for sosialantropologi, universitetet i Oxford. Prosjektet hans kombinerer samtalenalytiske metoder med taleteknologi.

reovsi@googlemail.com

Pink Therapy er Storbritannias største uavhengige terapi- og utdanningsorganisasjon som spesialiserer seg i å arbeide med et bredt spekter av kjønn og seksuelt mangfold. Grunnlagt av Dominic Davies i 1999, er vi ansett av alle britiske terapiorganisasjoner som den ledende organisasjonen på dette området. Vi driver den eneste universitetsakkrediterte spesialisteksamen i terapi rettet mot kjønnsuttrykk og seksuelt mangfold ("Diploma in Gender and Sexual Diversity Therapy") i Europa, og har tiltrukket terapeuter fra Storbritannia, Nederland, Singapore og Australia. Vi driver også en seksdagers intensiv **internasjonal sommerskole** hvor terapeuter fra hele verden kommer for å studere hos oss. Pink Therapy tilbyr opplæring, klinisk konsultasjon, veiledning og rådgivning til terapeuter utenlands, ansikt til ansikt, eller via Skype.

Ifjor relanserte vi vår online katalog med "Pink"-terapeuter og inkluderer nå terapeuter fra hele verden. På hjemmesiden vår finnes en verdifull kunnskapsdel av selvhjelpsressurser og anbefalt lesning, videoer og podcaster. www.pinktherapy.com. Vi er aktive på sosiale medier. Følg oss på Facebook (Pink Therapy), Twitter (PinkTherapyUK), Tumblr (PinkTherapyUK.tumblr.com) og LinkedIn (Pink Therapy International).