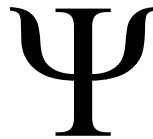




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Seksuell orientering i terapi – usynlig og antatt heterofil?
Å komme ut som homofil, lesbisk og bifil i terapi – en
litteraturgjennomgang*

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Elisabeth Omdal

Vår 2018

En stor takk til:

Veileder

Kjersti Arefjord

Biveileder

Norman Anderssen

Norges helse- og omsorgstjenester «skal ha nødvendig kompetanse og bevissthet til å ivareta alle i befolkningen, uavhengig seksualitet, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.»

- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016)



Sammendrag

Lesbiske kvinner, homofile menn og bifile menn og kvinner (LHB) må vurdere om de ønsker å «avsløre» sin seksuelle orientering i enhver ny situasjon. Dette gjelder også ved bruk av helsetjenester. Historisk har psykiatrien møtt seksuelle minoriteter med sykeliggjøring og behandling. Selv om det ikke lengre skal tilbys, kan det tenkes at det påvirker hvordan det oppleves for LHB å være i terapi. Å komme ut som LHB til ens terapeut burde være uproblematisk og føles trygt. Samtidig viser forskning at temaer relatert til seksualitet er minst snakket om i terapi. Det er få terapeuter som systematisk kartlegger seksualitet med sine pasienter. Samtidig indikerer studier at pasienter ønsker at terapeuter spør mer direkte. For noen er det uproblematisk å komme ut, mens for andre krever det mye. LHB-pasienter rapporterer om både positive og negative erfaringer med det å komme ut i terapi. Det er viktig at terapeuter kan møte LHB-pasienter med åpenhet og aksept, og unngå å overdrive og underdrive viktigheten av ens seksuelle orientering. Noen betingelser ser ut til å fasilitere og bedre denne prosessen. Tydelige tegn på at man har kunnskap om, eller er åpen for, ulike seksuelle minoriteter oppleves positivt. Sannsynligheten øker dersom terapeuten unngår å anta noe om pasientens seksuelle praksis og seksuell orientering gjennom bruk av kjønnsnøytralt språk. Terapeuter bør ha kunnskap om hvilke utfordringer LHB kan møte, og samtidig kunne bidra til å bekrefte og utvikle en positiv LHB-identitet (gay-affirmative therapy). Praksis, veiledning og utdanning er gode arenaer for å få kunnskap om LHB. Terapeuters seksuelle orientering er også relevant for LHB-pasienter, blant annet fordi det signaliserer trygghet og kunnskap, men også fordi mange LHB-pasienter aktivt søker åpne LHB-terapeuter. Dette gir implikasjoner ved å matche pasienter og terapeuter basert på seksuell orientering.

Abstract

Lesbian women, gay men and bisexual men and women (LGB) must consider revealing their sexual orientation in every new situation. This includes encounters in health services. Historically, mental health services have met sexual minorities with pathologizing and treatment. Although this should no longer be offered, the history might still affect how therapy is perceived by LGB-patients. Coming out as gay in therapy should be unproblematic and safe. At the same time, research shows that subjects related to sexuality is one of the least talked about topics in therapy. Few therapists systematically assess sexuality with their patients, while studies show that patients want therapists to ask more directly about it. For some LGB-patients coming out is easy, but for some it is a struggle. LGB-patients reports about both positive and negative experiences regarding coming out in therapy. It is important that therapists can meet LGB-patients with openness and acceptance, and avoid both over- and underestimating the importance of their sexual orientation. Some conditions seem to facilitate the process. Clear signs that the therapist has knowledge about, and is open to, sexual minorities is regarded positively. The probability for the patient to come out increases if the therapists manages to not make any assumptions about the patient's sexual behavior and sexual orientation through using gender-neutral language. Therapists should be knowledgeable about the challenges LGB might encounter, while contribute to affirm and develop a positive LGB-identity (gay affirmative therapy). Internships, supervision and education are good arenas for increasing one's knowledge about LGB. Therapists' sexual orientation is also relevant when working with LGB-patients. This might be because it signals safety and knowledge, but it's also relevant because many LGB-patients actively seeks out LGB-therapists. This gives implications regarding matching patients and therapists based on sexual orientation.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	IV
Abstract	V
Innledning.....	1
Formål med oppgaven	7
Begrepsavklaring.....	8
Metode.....	10
Bakgrunn	13
Hva kjennetegner lesbiske, homofile og bifile mennesker?.....	15
Selvavsløring av seksuell orientering i møte med leger	20
Hva er ikke-tema i terapi?	26
Å komme ut i terapi – pasient	27
Terapeuters selvavsløring av seksuell orientering.....	38
Matching basert på seksuell orientering	45
Kliniske implikasjoner	49
Referanser.....	54

Innledning

Menneskets seksualitet er for mange en privatsak. Samtidig er det noe grunnleggende og felles ved det å være menneske. Seksualitet omhandler måter å ta kontakt på, og være i relasjon med, andre mennesker, og påvirker både tanker, følelser og handlinger (Langfeldt & Porter, 1986). Seksualitet er en integrert del personligheten, og omhandler samliv, kjærlighet, sex, intimitet, nærhet og identitet (Bridges, Lease, & Ellison, 2004). Det biologiske perspektivet har vært dominerende i synet på seksualitet og seksuelle handlinger (Pedersen, 2005), med fokus på seksuell aktivitet mellom mann og kvinne. I dag handler ikke normen for seksuelle handlinger ikke lenger utelukkende om handlinger mellom en mann og en kvinne. I dagens samfunn innebærer seksualitet en økt fleksibilitet, der «utradisjonelle» seksuelle handlinger og relasjoner inkluderes i større grad, som sex mellom to av det samme kjønn, sex mellom venner eller tilfeldig sex (Hawkes, 2007). Seksuelle handlinger baseres mer på egen nytelse, behov og lyster. Et tilfredsstillende seksualliv blir også i økende grad anerkjent som viktig for mennesker gjennom hele livsløpet (Lindau & Gavrilova, 2010).

Sosiale og kulturelle faktorer påvirker hva som aksepteres av seksuelle uttrykk. Dette gjelder for eksempel samfunnets holdninger, religiøsitet, tradisjoner og kunnskap. Synet på homofili er et eksempel hvor det er store forskjeller. Norge forsøker å likestille seksuelle minoriteter gjennom lovverk som både fremmer likestilling, samt hindrer diskriminering. I andre land står ikke homofiles rettigheter like sterkt. I 2013 innførte Russland lover som forbød såkalt «homofil propaganda», og i flere land er homofili, eller sex med noen av samme kjønn, straffbart. Samtidig som seksuelle minoriteter skal likestilles med heterofile, har det norske samfunnets syn på seksualitet og samliv et heteronormativt preg. Heteronormativitet innebærer at heteroseksualitet, og en tilhørende, ofte stereotypisk, livsstil, legges til grunn som «norm» for et normalt samliv (Store norske leksikon, 2014). I et heteronormativt

perspektiv består en familie av mor, far og barn, og et slikt familieliv antas å være målet for alle. Andre seksuelle orienteringer, og tilhørende livsstiler, blir dermed usynlig eller sett på som avvikende, eller i ekstreme tilfeller, unaturlig eller annenrangs (Almås, 2017a).

Heterofile mennesker har ofte et ikke-bevisst forhold til sin seksuelle orientering, fordi det sjeldent blir tematisert eller stilt spørsmålstegn ved. Som homofil, lesbisk eller bifil kan man derimot blir møtt med antakelser om, og holdninger mot, ens seksuelle orientering.. Et eksempel på heteronormative utsagn er dersom en kvinne forteller om sin kjæreste, og mottaker spør «Hva heter han?». Dette er måter å kommunisere på som få tenker over, og mange mangler kunnskap om heteronormativitet og hvordan det preger samfunnet.

Heteronormative utsagn bidrar til at en må til stadighet forsvare, forklare eller stå frem med sin seksuelle orientering.

Seksuell orientering består av tre hovedkomponenter – følelser, atferd og identitet. Følelsesaspektet handler om hvem en blir følelsesmessig tiltrukket av, mens atferden reflekterer hvordan en lever ut sin seksuelle orientering. Seksuell identitet refererer til hvordan en oppfatter egen seksualitet. Disse tre komponentene kan være i overensstemmelse, men trenger ikke å være det. Eksempelvis kan en ha seksuelle erfaringer med det samme kjønn og samtidig identifisere seg som heterofil. Seksuell orientering kalles og for legning eller seksuell legning. Ved bruk av ordet legning antas det i større grad at det er en medfødt komponent bak ens seksuelle orientering, og begrepet brukes ofte i et biologisk perspektiv (Almås, 2017b). Seksuell orientering, derimot, åpner mer opp for valgmuligheter og enkeltindividets preferanser, samt mulighet for endring (Almås, 2017b). I dagens samfunn forbindes seksuell orientering med tre kategorier – heterofil, homofil og bifil. Tradisjonelt sett dreier heterofili seg om å være tiltrukket av, og ønske om å være romantisk med, personer av det motsatte kjønn, mens homofili innebærer tiltrekking mellom personer av det samme kjønn. Bifil refererer til tiltrekning mot begge kjønn. Begrepene innen seksuell orientering har

utviklet og endret seg over tid. Et nyere begrep, panfil, refererer til tiltrekning mot egenskaper ved et menneske, uavhengig av personens kjønn. En kan også beskrive seksuell orientering basert på hvilket kjønn man er tiltrukket av, uavhengig av eget kjønn. Dersom en er androfil er man tiltrukket av menn, mens gynofile tiltrekkes kvinner. Disse begrepene brukes i større grad knyttet til transpersoner. Andre beskriver sin seksuelle orientering som flytende, og noe som ikke trenger å defineres.

Skeiv teori er en samlebetegnelse for alternative måter å tenke om kjønn og seksualitet, og den prøver å endre deler av dagens forståelse og begrepsbruk knyttet til dette. Skeiv teori ser kategoriene lesbisk, homofil og bifil som problematiske, og argumenterer for å utvikle nye måter å se seksuell orientering på. Begrepet *skeiv* er et paraplybegrep for ulike ikke-heterofile seksuelle orienteringer, samt ulike kjønnsidentiteter. Det brukes som et samlebegrep for LHBT (lesbisk, homofil, bifil og transperson) eller som en beskrivelse av seksuell orientering eller kjønnsidentitet som ikke passer inn i en kategori (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2015). Kategorier kan være nyttige for å forstå seg selv og andre, og brukes hyppig i forskning på temaer relatert til seksuell orientering. Samtidig kan kategoriene oppleves som båser en må passe inn i, og en står i fare for å miste viktige nyanser.

Når det gjelder juridiske forhold knyttet til homoseksualitet har det de siste 50 årene skjedd store endringer. Den kanskje største endringen var da forbudet mot mannlig homoseksualitet ble opphevet i 1972 (Jusleksikon, 2017). Denne straffeloven kriminaliserte seksuell aktivitet mellom menn, samt mellom mennesker og dyr. Seksuell atferd mellom kvinner ble ikke inkludert i forbudet, da det lenge ble antatt at kvinners seksualitet ikke eksisterte uten menn (Jusleksikon, 2017). Opphevelsen av forbudet ble etterfulgt av andre viktige milepæler, endringer og vern, som i større grad omhandler lover for å oppnå vern av homofile og likestilling mellom heterofile og homofile mennesker. I 1981 kom anti-diskrimineringsparagrafen i straffeloven, en endring som ga særskilt vern for homofile.

Partnerskapsloven trådte i kraft i 1993, men åpnet ikke for at homofile skulle få gifte seg i kirken eller adoptere. Dette ble endret i 2008, da en ny felles ekteskapslov ble vedtatt (Grønningsæter, Kristiansen, & Lescher-Nuland, 2013). I takt med de rettslige endringene har holdningene i befolkningen også endret seg. I en holdningsundersøkelse gjennomført i 1967 uttrykte folk flest at de var åpne for homofile som «medborgere», samtidig som et flertall mente det ville få negative følger dersom homofile var åpne om sitt seksualliv (Grønningsæter et al., 2013). Anderssen and Slåtten (2008) fant i en holdningsundersøkelse at et flertall oppgir å ha nøytrale eller positive holdninger til lesbiske, homofile og bifile. En liknende holdningsundersøkelse i 2013 indikerer at holdningene har blitt noe mer positive fra 2008 (Anderssen & Slåtten, 2013). Generelt var kvinner mer positiv til LHB enn menn, men andelen menn som sa seg enig i homonegative utsagn hadde gått ned fra 2008 (Anderssen & Slåtten, 2013). Samtidig fant studien at respondenter både sa seg enig i positive utsagn om LHB-personer, men også homonegative utsagn, som for eksempel «Jeg grøsset ved tanken om LHB-personer». Selv om majoriteten av respondentene oppga å ha positive holdninger til LHB-personer, er det likevel en betydelig andel som uttrykker homonegativitet gjennom holdninger og atferd (Anderssen & Slåtten, 2013).

Andres holdninger til LHB kan tenkes å være relatert til hvordan de vil respondere på temaer knyttet til LBT, for eksempel dersom noen kommer ut. Å komme ut innebærer å stå frem med sin seksuelle orientering, og er i stor grad assosiert med å «avsløre» en ikke-heterofil seksuell orientering. Tidligere ble dette sett på som en engangshendelse, hvor man hadde en avsløring til familie og nære venner og dermed var «ute» av skapet (Orne, 2016). Nå antas det i midlertid å være en kontinuerlig og situasjonsspesifikk prosess, hvor man ikke lengre står mellom to muligheter – å ha kommet ut eller ikke. Det åpner opp for en fleksibilitet, hvor en kan være åpen om sin seksuelle orientering i noen tilfeller, altså å komme ut, mens i andre situasjoner holde det skjult (Orne, 2016). Å avsløre/komme ut (disclosure)

referer til å stå frem med sin seksuelle orientering, og å passere (passing) innebærer å bli antatt/passere som heterofil (Orne, 2016). Et individ kan da velge hvor åpen en ønsker å være ovenfor venner og bekjente, i nye relasjoner, på arbeidsplassen eller i møte med helsepersonell, herunder psykologer.

Å skjule sin seksuelle orientering kan være en aktiv prosess hvor en ikke ønsker å avsløre at man er homofil. Samtidig kan det kan også vurderes som «irrelevant» og dermed ikke tas opp i enkelte situasjoner. Vurderingene knyttet til det å stå frem med sin seksuelle orientering gjelder også i møtet med helsepersonell. Bjørkman og Malterud (2009) fant at lesbiske kvinner ikke alltid sto frem med sin seksuelle orientering ovenfor sin fastlege, selv i tilfeller hvor det opplevdes relevant. I et historisk lys har helsepersonells rolle ovenfor personer med en ikke-heterofil seksuell orientering «fjerning» eller «kurering» av «sykdommen» (Grønningsæter et al., 2013). Å være LHB var i stor grad tabu og det var tilknyttet mye skam. Både det medisinske og psykologiske fagfeltet har bidratt til å definere og opprettholde sosiale avvik gjennom modeller og teorier knyttet til seksuell orientering (Lescher-Nuland & Gautun, 2010). Dette kan ha bidratt til mistro til helsepersonell, samt gjort det vanskeligere å stå frem med sin seksuelle orientering. Eldre LHB som har levd i en tid hvor deres seksuelle orientering ble sykelliggjort eller var ulovlig, kan ha større vanskeligheter enn yngre med å stå frem til helsepersonell (Grønningsæter et al., 2013). Likevel kan historien også påvirke yngre homofiles forventninger til møtet med helsepersonell.

En studie som undersøkte levekårene til heterofile, lesbiske, homofile og bifile fant at flertallet av LHB har det bra på de fleste områder, og ofte er det flere likheter enn forskjeller mellom LHB og heterofile. (Anderssen, Malterud, & Slåtten, 2013). Flertallet av LHB rapporterte om god psykisk helse, samtidig som den er noe dårligere sammenliknet med den heterofile gruppen. LHB er blant andre overrepresentert når det gjelder angst, depresjon og bruk av antidepressiva, og bifile menn og kvinner tenderer til å komme dårligst ut innen

psykisk helse (Anderssen et al., 2013). Homofile, lesbiske og bifile har også brukt en DPS eller annen poliklinikk i større grad enn heterofile menn og kvinner (Anderssen et al., 2013). Sammenliknet med heterofile rapporterer LHB i større grad om selvmordstanker og -planer (Anderssen et al., 2013). Oppfølgingsprosjektet – *Tiltak mot selvmord 2000-2002* hadde som mål å styrke helsetjenestens kompetanse og tilbud til mennesker som er i selvmordskrise, samt iverksette tiltak for å forebygge selvmord i utsatte grupper (Reinholdt, 2000, s. 1). Et av de viktige satsningsområdene for prosjektet var homofile og lesbiskes situasjon.

Helsedirektoratets Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading har som mål å redusere *omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen* (Helsedirektoratet, 2014, s. 3). For å oppnå dette ønsker de blant annet å redusere forekomsten i bestemte risikogrupper, blant annet LHBT. Handlingsplanen slår fast at seksuell orientering og utfordringer relatert til dette ikke rettes nok fokus på i møte med mennesker med selvmordstanker eller -planer. Videre ønskes det å økte helsetjenestenes kompetanse i arbeid med LHB (Helsedirektoratet, 2014).

Mennesker har et iboende behov for å skape relasjoner og ønsker aksept i disse relasjonene. Samtidig har vi tanker om at deler av oss selv kan være uakseptable for andre, og en strategi kan være å holde slike deler skjult. Dette kan medvirke til at pasienter skjuler eller er motvillig til å dele potensiell «uakseptabel» informasjon for å sikre aksept fra terapeuter (Patton, 2009). Dette kan for eksempel gjelde «uakseptable» følelser, tanker og handlinger relatert til seksualitet. Slike temaer kan også være utfordrende å snakke om for helsepersonell, selv i tilfeller hvor det er medisinsk relevant. Seksualitet blir i liten grad kartlagt av behandlere (White, 2013), og det kan virke som at det er pasientens ansvar å ta opp temaet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2016, s. 45) poengterer at helsetjenestetilbudet i Norge *skal ha nødvendig kompetanse og bevissthet til å ivareta alle i befolkningen, uavhengig av seksualitet, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk*. Det er ønskelig at helsetilbud skal være like

tilgjengelig for alle, og at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om pasientgruppen de møter (Barne- og likestillingsdepartementet., 2016). Men hvordan oppnås dette dersom seksualitet og seksuell orientering ikke adresseres i terapi?

For psykologer er det viktig å få et helhetlig bilde av sine pasienter, derfor er også seksualitet viktig i terapirommet. Begynnelsen av et behandlingsforløp handler om å skape en forståelse av pasienten, både i form av symptomer og vansker, men også personlighet og «hvem denne personen er». I anamnesen kartlegges blant annet barndom og oppvekst, sykdommer, familie og andre relasjoner, samt hvordan en fungerer i hverdagen. Som psykolog ønsker en å forstå sin pasient. Hvilke aspekter i hans liv har bidratt til situasjonen i dag? Hvilke utfordringer og gleder har personen stått ovenfor? Ikke-heterofile seksuelle orienteringer kan gi økte utfordringer og belastninger, både direkte og indirekte, og kan derfor være et sentralt tema i terapi. Dette gjelder selv om pasientens symptomer og vansker ikke er direkte knyttet til seksuell orientering (Quinones, Woodward, & Pantalone, 2017). LHB er en heterogen gruppe, hvor majoriteten har god helse og livskår. Samtidig har en undergruppe blant dem større vansker. Vanskene kan være knyttet til psykisk helse, som økt forekomst av angst, depresjon og selvmordstanker og -planer. Det kan også være relatert til minoritetsstress, internalisert og eksternalisert homonegativitet, da det kan gi økt psykisk stress og belastninger. Som gruppe har LHB-pasienter økt forekomst av enkelte psykiske lidelser, samt har belastninger på grunn av hvordan de behandles i samfunnet. Derfor blir seksuell orientering relevant i terapi.

Formål med oppgaven. Temaet for denne oppgaven er seksuell orientering og terapi. Seksuell orientering i terapirommet er et lite utforsket tema. Formålet med oppgaven er å kartlegge og beskrive erfaringer fra LHB-pasienter med å komme ut i terapi. Temaet vil bli belyst gjennom følgende problemstillinger:

1. *Hvordan erfarer LHB-pasienter å avsløre sin seksuelle orientering i psykoterapi?*

Oppgaven vil gjennomgå litteratur om vurderinger som pasienten må gjøre, og hvilke faktorer som påvirker prosessen, før hen velger å komme ut eller ikke i terapi. Kliniske implikasjoner innebærer hvordan psykologer bedre kan fasilitere denne prosessen.

2. *Hvilken rolle spiller terapeuters seksuelle orientering?*

Terapeuters seksuelle orientering ser ut til å være viktig for LHB-pasienter. Det blir drøftet hvorvidt terapeuters selvavsløring av seksuell orientering bør gjøres, samt hvilke vurderinger terapeuter bør gjøre i forhold til dette.

3. *Basert på seksuell orientering, bør pasient og terapeut matches?*

Til slutt vil oppgaven drøfte positive og negative sider ved å matche pasienter og terapeuter basert på seksuell orientering.

Før oppgaven forsøker å besvare disse problemstillingene vil den gjennomgå ulike temaer relatert til det å være LHB i dagens samfunn. Oppgaven vil undersøke hvordan LHB historisk har blitt møtt i psykisk helsevern, samt hvordan det er å komme ut til leger. Dette kan bidra til en forståelse av hvilke utfordringer LHB står ovenfor i terapi, og gi relevant informasjon for å belyse hvordan det er å komme ut i terapi.

Begrepsavklaring. I oppgaven vil begrepet seksuell orientering bli brukt fremfor seksuell legning. De to begrepene brukes om hverandre, men er knyttet til ulike oppfatninger om hva som ligger til grunn for seksuelle preferanser. Legning har et mer deterministisk og biologisk preg, og tenkes å være knyttet til medfødte egenskaper, mens seksuell orientering rommer i større grad sosial kontekst, egne valg og mulighet for endring (Almås, 2017b).

I oppgaven vil begrepet LHB for lesbiske kvinner, homofile menn og bifile kvinner og menn bli brukt. Begrepene lesbisk, homofil og bifil har blitt kritisert for å være for snevre og kategoriserende. De utelukker mennesker som har sex med personer av samme kjønn, men som ikke identifiserer seg som homofil, lesbisk eller bifil. Begrepene «menn som har sex med menn» (MSM) og «kvinner som har sex med kvinner» (WSW) blir også brukt. Likevel velger jeg å bruke begrepene lesbisk, homofil og bifil. Dette er fordi jeg tar utgangspunkt i forskning som baserer seg på de nevnte kategoriene. Forskningen på feltet grupperer i stor grad lesbiske, homofile og bifile (LHB) i en gruppe. Nyere forskning ser i større grad ut til å skille gruppene, da mellom lesbiske kvinner, homofile menn, bifile kvinner og menn. Dersom noe er spesifikt for en av undergruppene vil det spesifiseres, men ellers vil oppgaven referer til LHB som en gruppe. Noen rapporter eller studier viser til LHBT, LHBTI og LHBTQ. Dette står for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner (LHBT) og lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og interkjønn (LHBTI) og lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og queer/skeiv (LHBTQ).

I tilfeller hvor det refereres til negative holdninger og fordommer mot LHB eller generell motstand mot LHB vil begrepet homonegativitet bli brukt. Begrepet *fobi* er et psykologisk begrep som inngår i diagnosemanualer og kjennetegnes av frykt, angst og unngåelse. Homofobi er et ikke-medisinsk begrep som brukes om negative holdninger og handlinger rettet mot LHB. Å ikke tolerere mennesker med ulike seksuelle orienteringer er ikke det samme som å frykte dem. Derfor blir det upresist å bruke homofobi, og begrepet

homonegativitet vil bli brukt i denne oppgaven. I litteraturen brukes ordene «disclosure» eller «self-disclosure» om å avsløre sin seksuelle orientering. I oppgaven brukes det norske begrepet selvavsløring, eller å omtale det som «å stå frem med» eller «å komme ut», dersom det er direkte knyttet til seksuell orientering.

Formålet med oppgaven er å undersøke psykologers rolle innen temaet seksuell orientering og terapi. Foreliggende forskning har i hovedsak undersøkt seksuell orientering i relasjon til «terapeuter» eller «mental health professionals», ikke spesifikt blant psykologer. I oppgaven vil det bli referert til terapeuter eller behandlere når jeg henviser til forskning, og med det menes ulike yrkesgrupper som jobber klinisk.

Metode

Litteratursøk ble gjort i databasene, Web of Science og PsychINFO (Ovid). Supplerende søk ble gjort i Google Scholar for å finne norsk forskning. Søket ble gjennomført med utgangspunkt i tittel og abstract, med begrepene «seksuell orientering», «å komme ut» og «terapi» som grunnlag. Det ble søkt etter treff som inneholdt «seksuell orientering» (sexual orientation*, sexual preference*, homosexual*, gay*, bisexual*, lesbian*, queer*, sexuality, sexual attraction*, sexual identity, LGB*) OG «Å komme ut» (come out, coming out, closet*, disclos*, passing, came out, reveal*, tell, expose*) OG «terapi» (in therapy, during therapy, in treatment, during treatment, in psychotherapy, during psychotherapy, mental health provider*, psychiatrist*, psychologist*, therapist*, health care provider, mental health professional, therapeutic relationship). I Google Scholar søkte jeg etter (homo*, lesb*, bifil*, skeiv, LHB*, legning, seksuell orientering) OG (komme ut, avsløre, stå frem, skap*, fortelle, åpen) OG (psykolog*, terap*, psykiater*, behandler, helsevesen).

Søkene i Web of Science, PsychINFO og Google Scholar ga ca 1200 treff, hvor ca 200 ble fjernet i en duplikatsjekk. Søket ble supplert ved å undersøke spesielt relevante artikler,

bøker eller tidsskrift for å fange opp litteratur som ikke ble oppdaget gjennom hovedsøket. Supplerende søk med ordene «coming out» ble gjort i Journal of Homosexuality og Journal of Bisexuality for å se etter artikler som omhandlet å komme ut i terapi. Studier som undersøkte LHB's opplevelser av terapi/helsehjelp ble tatt med. Ved funn av forfattere med god kompetanse på feltet ble deres publiseringer gjennomgått, for å se etter relevante tema som ikke ble inkludert i hovedsøket. Videre ble omtrent 400 ble vurdert som relevant for temaet etter å ha gjennomgått tittel og/eller abstrakt.

Inklusjonskriterier. Det er få studier som spesifikt undersøker hvordan det er å stå frem med sin seksuelle orientering i terapi. Treff som tar for seg relevante temaer, som studier som har undersøkt det å komme ut til leger eller annet helsepersonell ble derfor inkludert. Studier om å «komme ut» i terapi, både for pasient og behandler, ble tatt med, samt studier som undersøker matching av pasient og behandler basert på seksuell orientering.

Eksklusjonskriterier. Denne oppgaven fokuserer på seksuell orientering og ikke kjønnsidentitet, og treff som fokuserte på transpersoner og kjønnsidentitet ble ikke tatt med. Videre ble adopsjon og surrogati av likekjønnede par ekskludert, samt studier på temaer relatert til seksualitet, som polyamori, pedofili og ulike fetisjer.

Treffene ble så delt inn i ulike grupper basert på tema med relevans for problemstillingen. Det var ca 90 treff relatert til det «å komme ut i terapi» både for pasient og terapeut. Få studier undersøker hvordan det er å komme ut i terapi for LHB-pasienter. Derfor er studier som omhandler avsløring fra behandlers side, samt hvordan slik selvavsløring påvirker pasienten inkludert for å belyse tema. Disse studiene inneholder mange kasus-studier der individuelle LHB-terapeuter forteller om egne erfaringer. Slike studier gir viktig informasjon for forståelse av fenomenet, men det kan være vanskelig å generalisere funn. Litteraturen om å komme ut til ens lege består i større grad av empiriske studier som undersøker hvordan det erfares for LHB-pasienter.

Systematiske litteraturgjennomganger har tydelige forskningsspørsmål og metodikk, samt at funn i mindre grad er påvirket av forfatterens antakelser (Greenhalgh, Thorne, & Malterud, 2018). Slike litteraturgjennomganger gir oppsummeringer av data innen et bestemt tema, og skal være mulig å replikere ved å bruke samme metodiske fremgangsmåte. Narrative litteraturgjennomganger derimot, gir mer informasjon om forskningen som finnes på et felt, og beskriver hvordan informasjonen har blitt tolket, kan tolkes og hvordan det kan påvirke klinisk praksis (Greenhalgh et al., 2018). Istedenfor at de to formene for litteraturgjennomganger blir ansett som konkurrerende, argumenterer Greenhalgh et al. (2018) for at de burde sees på som komplementære, hvor systematiske gjennomganger gir oppsummeringer av data og narrative gjennomganger bidrar til dypere forståelse av et tema.

Denne oppgaven er i tråd med et narrativt rammeverk. Det er få studier som direkte undersøker hvordan det er for LHB å komme ut i terapi, noe som gjør det vanskeligere å gjennomføre en systematisk litteraturgjennomgang. Denne oppgaven har fokus på å kartlegge og beskrive tema ut fra den informasjonen som er tilgjengelig i dag, og forsøke å forstå ulike aspekter ved å komme ut i terapi. Derfor vil også relaterte temaer, som å komme ut til legen eller selvavsløring fra terapeuts side, bli inkludert.

Bakgrunn

På 1890-tallet ble homofili en psykiatrisk diagnose (Skeivt arkiv). Homofili ble sett på som en av flere «seksuelle perversjoner», sammen med sadisme, masochisme og fetisjisme. I Norge ble homofili fjernet som diagnose i 1977 (Hofgaard, 2010), men det tok noe lengre tid før diagnosen ble fjernet i de offisielle diagnosemanualene DSM og ICD. I 1973 ble diagnosen «homoseksualitet» fjernet fra DSM-II, men patologiseringen av «homofil atferd» ble ikke fjernet. En ny diagnose, «Sexual Orientation Disturbance», ble opprettet og referer til en tilstand hvor en er tiltrukket av det samme kjønn og ønsker å endre dette. Senere ble også denne diagnosen erstattet, av «Ego Dystonic Homosexuality», som også omfattet de som opplevde konflikter knyttet til sin seksuelle orientering (W. S. Meyer, 2013a). I DSM-III ble også denne diagnosen fjernet (1987), mens diagnosen for homofili ikke ble offisielt fjernet fra ICD-systemet før 1990. Endringene har ikke skjedd på grunn av utvikling innen forskning på homofili, men har vært påvirket av homo-aktivisme, politikk og ideologi. Det endrede perspektivet på homofili illustrerer hvor mye definisjonsmakt psykologien har hatt, og fremdeles har, om hva som anses som «normalt» og hva som karakteriseres som mentale lidelser. For mange var psykiatriens «friskmelding» viktigere enn at forbudet mot seksuell atferd mellom menn opphørte (Hofgaard, 2010).

Homofili har blitt forsøkt forklart som patologi, umodenhet og normal variasjon (Drescher, 2015). Teorier om homofili som patologi ser på homofili som en sykdom og på atypisk kjønnsatferd som et symptom. Andre ser på homofili som en fase og en del av normal heteroseksuell utvikling, men at homofili i voksen alder representerer umoden utvikling (Drescher, 2015; W. S. Meyer, 2013a). I dag ser de fleste på homofili som normal variasjon av seksuell atferd (Drescher, 2015). Det har også blitt tilbudt ulike typer behandling for homofili, spesielt rettet mot seksuell atferd mellom menn (W. S. Meyer, 2013a). En studie forsøkte å modifisere seksuell aktivering til homoseksuelt stimuli og øke seksuell aktivering

til heteroseksuelt stimuli gjennom atferdsterapeutiske metoder som desensitivisering, aversjon og pusteteknikk (Canton-Dutari, 1974). Andre har foreslått at homofili var en frykt eller fobi for det motsatte kjønn, som best behandles med eksponering (W. S. Meyer, 2013a; Murphy, 1992). Atferdsterapeutiske intervensjoner har også fokusert på å assosiere homofili med negativitet og ubehag. Ulike former for straff har blitt brukt, deriblant elektriske sjokk, å lukte på ubehagelige stoffer, samt medisiner som fører til oppkast og brekninger (Murphy, 1992). Hormoner har også blitt brukt som behandling (Murphy, 1992).

I terapi har terapeuter stor makt over pasienter. En studie undersøkte effekten av omvendingsterapi for homofile menn (Canton-Dutari, 1974). I studien blir det trukket fram at deltakerne ønsket å vite terapeutens holdninger til deres atferd, eksempelvis om terapeuten vurderte dem som syk. I en annen studie trakk homofile pasienter frem terapeuters bekreftelse og press for å være i behandling som viktige aspekter for å fortsette (W. S. Meyer, 2013a). Samfunnet, og helsetjenester, har signalisert at homofili er en kurerbar sykdom. Når man da ønsker å bli kvitt «sykdommen» er eneste alternativ å oppsøke slike terapeuter og behandlinger, selv om behandlingen opplevdes vond (W. S. Meyer, 2013b). Dette tyder på at selv i en tid hvor homofili skulle behandles, var terapeutens holdninger og verdier var viktige for homofile pasienter. Selv om ikke LHB-pasienter skal tilbys behandling i dag, kan terapeutenes anerkjennelse og syn på LHB-relaterte temaer er viktig for å ivareta LHB-pasienter på en god måte, også i dagens samfunn.

«Behandlinger» for homofili, hvor målet er å endre seksuell orientering er uetisk, mangler empirisk støtte og skal ikke tilbys i helsevesenet (APA. Commission on Psychotherapy by Psychiatrists, 2000). Behandlingene har negative konsekvenser (Wagner & Rossel, 2006), og beskrives som ødeleggende for pasient (W. S. Meyer, 2013a). Det oppleves negativt for pasienter dersom terapeuter patologiserer homofili eller tilbyr å arbeide med å endre seksuell orientering (King, Semlyen, Killaspy, Nazareth, & Osborn, 2007). Likevel fant

en britisk studie at 4 % av psykoterapeuter ville tilbudt «omvendingsterapi» derom pasienten ønsket dette, og 17 % rapporterte at de hadde gjort det tidligere (Bartlett, Smith, & King, 2009). Selv om få terapeuter tilbyr omvendingsterapi til LHB-pasienter i dag kan det historiske synet på seksuell orientering påvirke hvordan det oppleves for LHB-pasienter å oppsøke terapi, og hvordan det er å komme ut i terapi. Pasienter kan kjenne seg usikre på hvilket syn terapeuten har på homofili, samt hvordan hen vil reagere dersom pasient velger å fortelle om sin seksuelle orientering.

Hva kjennetegner lesbiske, homofile og bifile mennesker?

I dag brukes i stor grad begrepene heterofil, lesbisk, homofil og bifil om menneskers seksuelle orientering. Det har blitt utviklet flere verktøy for å «måle» eller kategorisere menneskers seksuelle orientering. Kinsey undersøkte menn og kvinners seksuelle praksis, og fant at mennesker ikke nødvendigvis passet inn i de to kategoriene heterofil eller homofil (Kinsey Institute). Det resulterte i «Kinsey skalaen», en syvpunktsskala hvor ytterpunktene reflekterer utelukkende homofil eller heterofil seksuell praksis, og punktene i midten innebærer varierende grad av seksuell praksis. Seksuelle orientering blir da plassert på et kontinuum, heller enn i en av to kategorier. «Klein Sexual Orientation Grid (KSOG)» brukes også for å beskrive menneskers seksuelle orienteringer. Fremstillingen er basert på kartlegging av syv områder relatert til seksualitet i et individs fortid, nåtid og det en ser for seg i fremtiden. KSOG antar at en persons seksuelle orientering er flytende og foranderlig (American Institute Of Bisexuality), og har hatt et ekstra fokus på biseksualitet. Når det gjelder biseksualitet, har likevel begge skalaene blitt kritisert. Kinsey skalaen blir kritisert for at skalaen ikke brukes som et kontinuum, men heller som utgangspunkt for tre kategorier, hvor alt mellom ytterpunktene (homofil og heterofil) grupperes i kategorien bifil (Galupo, Mitchell, Gryniewicz, & Davis, 2014). Både Kinsey skalaen og KSOG blir kritisert for at skalaene definerer biseksuelle basert på hva de «ikke-er» (heterofil eller homofil), og at

biseksuelle er en mer heterogen gruppe enn hva skalaene klarer å fange opp (Galupo et al., 2014). Andre peker på at dersom seksuell orientering er foranderlig blir det vanskelig, og meningsløst, å «måle» seksuell orientering på et gitt tidspunkt (Petford, 2006).

Fenomenet «å komme ut» er sentral i forståelsen av lesbiske, homofile og bifile. Denne prosessen antas å være en del av identitetsskaping (Evans & Barker, 2010), og innebærer tanker om å akseptere en ikke-heterofil identitet og bli synlig for andre LHB (Orne, 2016). I dagens samfunn handler det også om å utfordre heteronormative antakelser og avsløre at man er lesbisk, homofil eller bifil til heterofile mennesker (Orne, 2016). Cass (1979) foreslo en stadiemodell som tar for seg utviklingen av homoseksuell identitet. Hun foreslår seks stadier som en må gjennom for å integrere homoseksuell identitet i ens selvkonsept, men personen er selv aktiv og kan velge å ikke gå videre fra et stadium til neste (Cass, 1979). Modellen begynner med at man oppdager at ens tanker, følelser og/eller atferd ser ut til å være relatert til homoseksualitet (identitetsforvirring), og videre lurere på om en kanskje er homofil (identitetssammenlikning). I stadiet identitetstoleranse vil man begynne å akseptere ens seksuell identitet som homofil. Etter hvert vil en akseptere det (identetsaksept) og knytte stolthet til ens identitet (identitetsstolthet). I disse stadiene vil man ha mer kontakt med andre LHB, og ens homofile identitet foreslås å bli veldig viktig. I det siste stadiet (identitetssyntese) integreres ens seksuelle identitet med andre aspekter ved en selv (Cass, 1979).

Flere av stadiemodellene for å komme ut, inkludert Cass' modell, legger til grunn at en fullstendig utvikling av homofil identitet krever at man gjennomgår alle stadiene, noe som ikke nødvendigvis stemmer (Evans & Barker, 2010). Modellene nevner ikke biseksualitet, og tar heller ikke hensyn til flytende seksualitet (Evans & Barker, 2010). De har også fått kritikk for å ikke inkorporere samfunnets påvirkning i denne prosessen (Ohnstad, 2009). Andre foreslår at det å komme ut er pågående prosess (Orne, 2016). Ofte refereres det til en større

avsløring som gjerne innebærer å komme ut til familie og sine nærmeste, samtidig som det å komme ut vurderes i enhver situasjon gjennom hele livet og er ikke en enten-eller prosess (Orne, 2016). Noen bruker tvetydighet som en strategi for å håndtere sin homofile identitet i møte med et heteronormativt samfunn. Ohnstad (2016) foreslår at tvetydighet gjør det mulig å bevege seg mellom kategorier, og at man kan tilpasse ens identitet til enhver relasjon og situasjon. Dette gjør det for eksempel mulig å være åpen om at man er LHB ovenfor familie, men ikke venner, eller omvendt. Dette betyr ikke at man ikke klarer å ta et standpunkt når det gjelder egen seksuell identitet (Ohnstad, 2016). Men det muliggjør en fleksibilitet i hvordan man vil fremstille seg selv i enhver situasjon.

Å skulle være åpen om egen seksuelle orientering krever flere vurderinger. Den som skal være åpen tenker gjennom når en bør gjøre dette, i hvilke situasjoner og hvordan det bør gjøres, samt hvordan håndtere andres reaksjoner. Dette innebærer en form for lønnsomhetsanalyse, hvor mulige fordeler og ulemper ved å komme ut i en gitt situasjon må vurderes (Malterud & Bjørkman, 2013). Relatert til dette er begrepet åpenhetskompetanse, som Bjørkman (2012, s. 58) omtaler som ens *«repertoar på hvordan man tilkjenner sin lesbiske orientering for å minimere negative tilbakemeldinger og øke sjansen for aksept»*. En studie undersøkte lesbiske, homofile og bifile grunner til å holde seksuell orientering skjult (Malterud & Bjørkman, 2013). Studien fant at selv om majoriteten oppga å være åpen om sin seksuelle orientering, opplevde de situasjoner hvor de valgte å ikke komme ut (Malterud & Bjørkman, 2013). Dette kunne være på grunn av negative erfaringer, eksempelvis å høre mennesker rundt seg utrykke homonegative holdninger, eller dersom man forventer at avsløringen vil få negative konsekvenser (Malterud & Bjørkman, 2013). Andre ønsket ikke å bli assosiert med stereotype antakelser om hvordan lesbiske og homofile «er». Dette tyder på at selv mennesker som er komfortabel med sin seksuelle orientering, velger tidvis å skjule dette ovenfor andre. Da kan det tenkes at seksuell orientering skjules i enda større grad, og i

enda flere situasjoner, blant dem som ikke er like åpen. For bifile ble det ble trukket frem spesifikke utfordringer, som usikkerhet om egen seksualitet og «riktig» begrepsbruk, samt vansker med å bli tatt seriøst (Malterud & Bjørkman, 2013). Blant bifile valgte flere å bruke flere strategier ovenfor ulike mennesker, eksempelvis å skjule sin tiltrekning til det motsatte kjønn blant lesbiske og homofile, og omvendt blant heterofile mennesker (Malterud & Bjørkman, 2013).

Å måtte skjule seksuell orientering kan oppleves som å bli fratatt muligheten til å være seg selv (Orne, 2016). Det skaper en distanse i relasjoner med andre, er både psykisk og fysisk slitsomt, og bidrar til at man hele tiden må være på vakt (Malterud & Bjørkman, 2013). For noen er likevel konsekvensene av å komme ut så negativ at det blir bedre å skjule sin seksuelle orientering. Samtidig opplever flere at andre har en mer positiv reaksjon på avsløringen enn de hadde forventet, og at det kan være fordelaktig å komme ut på tross av potensielle negative konsekvenser (Malterud & Bjørkman, 2013). I en norsk studie rapporterte majoriteten av LHB positive holdninger knyttet til egen seksuell orientering (Anderssen et al., 2013). Bifile kvinner og menn var den minst fornøyde gruppen, og det er flere bifile som vurderer sin seksuelle orientering som belastende sammenliknet med lesbiske og homofile (Anderssen et al., 2013). Majoriteten av respondentene var åpen om sin seksualitet på de fleste arenaer, eksempelvis ovenfor familie, venner og andre bekjente, og det er større åpenhet blant lesbiske og homofile enn bifile (Anderssen et al., 2013). Samtidig var det rundt 20 % i hver gruppe som ønsket å være mer åpen om sin seksuelle orientering (Anderssen et al., 2013).

Hvordan og hvem man velger å fortelle om seksuell orientering til kan være en prosess hvor man gradvis velger å bli mer åpen, og noen velger å være åpen ovenfor noen mennesker, men ikke andre (Malterud & Bjørkman, 2013). Vurderingen er relatert til om man føler man kan stole på personen, hvilke holdninger den har, samt hvor relevant det er at de vet noe om

ens seksuelle orientering (Malterud & Bjørkman, 2013). Eksempelvis er det viktigere å komme ut til nære venner sammenliknet med tilfeldige bekjente. Prosessen med å komme ut kan innebære å hinte om sin seksuelle orientering, for eksempel ved å bevisst unngå å bruke kjønns spesifikke begreper om egne relasjoner eller verken korrigere eller bekrefte andres antakelser om at man er heterofil (Orne, 2016).

I Norge uttrykker majoriteten å ha positive holdninger til LHB (Anderssen & Slåtten, 2013). Samtidig finnes det homonegativitet. Mennesker lærer mye om seg selv gjennom sine omgivelser, deriblant samfunnets holdninger, og det vil kunne gi direkte og indirekte signaler på om det man gjør er i samsvar med det samfunnet defineres som rett eller galt. For LHB kan dette innebære å få informasjon om at det å være LHB er avvikende eller unormalt, og at heterofili er å foretrekke (Kronner, 2013). Slike holdninger kan signaliseres gjennom familiens og venners holdninger, erfaringer i skolen og medias fremstilling av LHB. Slike negative tilbakemeldinger kan internaliseres og bidra til et negativt syn på egen identitet og seksualitet (Kronner, 2013). Dette kalles gjerne internalisert homonegativitet. Minoritetsstress refererer til «*stresset individer som er medlem av en stigmatisert sosial kategori opplever som et resultat av deres sosiale, ofte minoritets-, posisjon*» (I. H. Meyer, 2003, s. 3). Det antas å være en kronisk og stabil ekstrabelastning som kommer i tillegg til «alminnelig» stress som alle mennesker opplever. Minoritetsstress påvirkes av *sosiale prosesser, institusjoner og strukturer* heller enn enkelthendelser eller personer (I. H. Meyer, 2003). Dette kan for eksempel være tjenester, lover og tilbud som er basert på heteronormative verdier, og som derfor utsetter seksuelle minoriteter for økt stress. Belastningene ved minoritetsstress tenkes å være en av flere mulige forklaringer på hvorfor LHB i større grad har psykiske lidelser enn heterofile mennesker (I. H. Meyer, 2003).

En levekårsundersøkelse i Norge konkluderer med at likhetene mellom LHB og heterofile mennesker er større enn forskjellene når det gjelder generelle levekår (Anderssen et

al., 2013). LHB og heterofile har en generelt god selvvurdert helse, og majoriteten av LHB har god psykisk helse. Samtidig rapporteres det om større psykiske belastninger blant LHB sammenliknet med heterofile (Anderssen et al., 2013). Flere lesbiske og bifile kvinner bruker antidepressiva sammenliknet med de andre gruppene, og blant LHB er det økt rapportering om *psykisk funksjonsnedsettelse* sammenliknet med heterofile (Anderssen et al., 2013). Blant kvinner har flere bifile hatt tanker relatert til å ta sitt eget liv sammenliknet med lesbiske, og begge gruppene rapporterer om flere slike tanker enn heterofile kvinner (Anderssen et al., 2013). Blant menn rapporterer også bifile og homofile flere slike tanker, men det er ikke signifikante forskjeller mellom de to gruppene. Flere blant LHB rapporterer om selvmordsforsøk sammenliknet med heterofile (Anderssen et al., 2013). Forskning viser også økt risiko for rus- og alkohol-relaterte utfordringer for LHB (Anderssen et al., 2013). Dette kan sees i sammenheng med utfordringene LHB møter, men også økt bruk av sosiale arenaer som barer og klubber rettet mot LHB (Barbara & Chaim, 2004). Anderssen et al. (2013) fant at bifile kvinners alkoholvaner indikerer en potensielt skadelig bruk, og en liknende, men svakere, tendens for lesbiske kvinner. Andelen som bruker cannabis en gang i måneden eller mer er høyere blant LHB sammenliknet med heterofile, men forskjellene er ikke like store som andre studier har indikert (Anderssen et al., 2013).

Selvavsløring av seksuell orientering i møte med leger

Blant lesbiske og heterofile kvinner er det store ulikheter i bruk av helsetjenester (Roller et al., 2016), og lesbiske kvinner kan ha utfordringer som heterofile kvinner ikke møter (Bjorkman & Malterud, 2009). Noen av disse utfordringene er knyttet til seksuell orientering, og kan antas å også gjelde for homofile og bifile. Hirsch, Loltgen, and Becker (2016) finner i sine studier at helsetjenestene anerkjenner og aksepterer LHBTQ-pasienter i større grad enn tidligere. Samtidig har mange LHB-pasienter opplevd diskriminering i helsetjenester. I en studie ble det funnet at 12.4 % hadde opplevd diskriminering, 3.8 % hadde

blitt nektet behandling grunnet seksuell orientering og 7.7 % hadde unngått å oppsøke helsetjenester fordi de var redd for diskriminering (Hirsch et al., 2016).

I helsetjenester vil pasientene antas å være heterofile, og LHB-pasienter må derfor tematisere egen seksuell orientering for å bli synlig (Bjorkman & Malterud, 2007, 2009; Fredericks, Harbin, & Baker, 2017; Law, Mathai, Veinot, Webster, & Mylopoulos, 2015; Roller et al., 2016). I møte med nytt helsepersonell må LHB-pasienter velge om de ønsker dette eller ikke (Bjorkman & Malterud, 2007). Denne beslutningen kan være vanskelig (Law et al., 2015; Roller et al., 2016), og kan oppleves som så vanskelig at de unngår helsetjenester (Fredericks et al., 2017). Samtidig, for å sikre optimale helsetjenester kan selvavsløring av seksuell orientering være viktig (Fredericks et al., 2017; Venetis et al., 2017). Det kan bidra til at pasienten føler seg sett og at hen kan være seg selv (Bjorkman & Malterud, 2007).

Om en skal avsløre seksuell orientering til sin lege, samt hvordan en bør gjøre det, krever nøye vurdering (Bjorkman & Malterud, 2007; Venetis et al., 2017). Denne vurderingen kan være påvirket av hvordan de tror de vil oppnå en best mulig respons av personen de selvavslører til (Venetis et al., 2017) og om det er trygt (Fredericks et al., 2017). En studie fant at 2/3 hadde fortalt om sin seksuell orientering til sin lege, mens resten hadde ikke gjort dette (McNair, Hegarty, & Taft, 2015). Denne tendensen har også blitt funnet blant unge LHBT (18-27 år) (Rossman, Salamanca, & Macapagal, 2017), samt i et norsk utvalg (Anderssen & Malterud, 2013). Flere faktorer påvirker selvavsløring, blant andre etnisitet og sosioøkonomisk status (Rossman et al., 2017), alder, utdanning og seksuell orientering (Hirsch et al., 2016). Lesbiske kvinner ser ut til å komme ut oftere til leger enn homofile menn, og bifile menn og kvinner selvavslører seksuell orientering minst (Anderssen & Malterud, 2013; Hirsch et al., 2016).

Dersom seksuell orientering oppleves å være relevant til det man oppsøker lege for er det flere som velger å si noe om det (Roller et al., 2016). Dette kan for eksempel være temaer

relatert til gynekologi, reproduksjon og kjønnssykdommer, samt ved enkelte psykiske og psykososiale vansker (Bjorkman & Malterud, 2007). En studie fant at flere av respondentene mente en alltid burde være åpen om ens seksuelle orientering til helsepersonell for å utfordre heteronormativitet og potensielt gjøre det lettere for andre å komme ut (Fredericks et al., 2017). Andre opplevde dette ansvaret som en byrde, og mente at å avsløre seksuell orientering var en privatsak (Fredericks et al., 2017).

For mange begynner vurderingen allerede i venterommet eller knyttet til helsetjenestens inntakspapirer. Mange LHB-pasienter rapporterer at de leter etter kjønnsnøytrale uttrykk i skjemaer (Hirsch et al., 2016). Andre ser etter brosjyrer, flagg eller andre aspekter som indikerer kunnskap og åpenhet til LHB (Fredericks et al., 2017). Dette kan bidra til at kontoret/praksisen vurderes som mer inkluderende og trygg (Hirsch et al., 2016). Da slike kontekstuelle signaler er sjeldne, blir vurderinger om selvavsløring heller basert på aspekter ved legen (Bjorkman & Malterud, 2007; Fredericks et al., 2017). Kjønnsnøytralt språk tolkes som at legen ikke har heteronormative antakelser, og gir et godt grunnlag for samtaler om seksuell orientering (Law et al., 2015). Mange prøver også å forutse legens mulige reaksjon, ofte basert på tidligere erfaringer med å komme ut (Law et al., 2015). En god relasjon kan gjøre det lettere å snakke om seksuell orientering (Law et al., 2015).

Få pasienter opplever at leger direkte tematiserer seksuell orientering (Fredericks et al., 2017; Roller et al., 2016; Venetis et al., 2017). I en studie blant lesbiske kvinner rapporterte bare 5.2 % av de ble spurt om seksuell orientering av legen (Hirsch et al., 2016). En annen studie fant at den viktigste grunnen til at seksuell orientering ikke ble avslørt var fordi legen ikke spurte (Rossman et al., 2017). I en studie forklarte leger at de unngikk temaet fordi de ønsket å behandle pasientene likt uavhengig av seksuell orientering, samt hadde en oppfatning om at pasientene selv ønsket å fortelle om dette (McNair et al., 2015). Samtidig

viser studier at LHB-pasienter opplever at det blir lettere å komme ut dersom legen spør eller tematiserer det (Law et al., 2015; McNair et al., 2015).

Dersom det er legen som igangsetter samtaler om seksuell orientering skjer det ofte i forbindelse med andre temaer, som seksuell aktivitet, graviditet, kjønnssykdommer eller bruk av prevensjon (Bjorkman & Malterud, 2007; Roller et al., 2016; Venetis et al., 2017). Noen leger spør om seksuell aktivitet uten å anta kjønn på seksualpartnere, men flere pasienter opplevde at de ble antatt å være heterofil (Venetis et al., 2017). For lesbiske kvinner ble graviditet og prevensjon gjort til tema uten at det var aktuelt for dem (Venetis et al., 2017), noe som oppleves som et press om å komme ut (Bjorkman & Malterud, 2009; Venetis et al., 2017). Dersom leger ikke tematiserer seksuell orientering vil det være opp til pasient selv å vurdere om det er relevant eller ikke (Law et al., 2015). Flere mener at det heller bør adresseres av legen, slik at legen har mest mulig informasjon til å vurdere situasjonen (Fredericks et al., 2017).

Noen forteller legen direkte at hen er LHB (Roller et al., 2016), men det ser ut til at dette er et fåtall (Fredericks et al., 2017). For noen er det en enkel prosess, hvor pasienten forteller at hen er i et forhold med, eller har sex med, mennesker av samme kjønn (Venetis et al., 2017). Denne måten er direkte og fører ikke til videre utforskning av temaet med mindre det er av relevans for legebesøket (Venetis et al., 2017). Noen forteller det til sekretariatet eller andre på legekontoret for å gjøre det kjent før legebesøket (Roller et al., 2016). Flere velger å nevne partner eller ta med partner til konsultasjonen (Fredericks et al., 2017; Venetis et al., 2017). Dette beskrives som en måte å beskytte seg selv på, da man unngår utforskning og diskusjon, og minimerer legens mulighet til å evaluere og respondere på informasjonen (Venetis et al., 2017). Det kan bidra til å skjule egen redsel for legens respons, samt gi en følelse av å ha kontroll over situasjonen (Venetis et al., 2017). Flere respondenter trekker frem at å gjøre «avsløringen» uformell bidrar til at det blir mer komfortabelt for legen (Fredericks

et al., 2017). Å komme ut som medlem av en seksuell minoritet ansees å bryte med det «normale», og en normaliserer situasjonen ved å holde det uformelt og komfortabelt (Fredericks et al., 2017). Flere nevnte bruk av humor som en måte å unngå at noen ble flau eller ukomfortabel, men dette opplevdes ikke utelukkende positivt for pasientene (Fredericks et al., 2017). Noen opplevde at egen selvavsløring ble for uformell, da en ikke kunne være sikker på om legen hadde oppfattet avsløringen. For noen ble da løsningen å nevne det igjen i neste time (Fredericks et al., 2017). Det kan tenkes at det å være i et forhold gjør at prosessen blir enklere og mer effektiv (Venetis et al., 2017). Å ta med, eller snakke om, partnere er vanskeligere dersom en ikke har en partner eller om partner er av motsatt kjønn (pasient er bifil) (Fredericks et al., 2017). Andre velger å indirekte avsløre seksuell orientering, for eksempel gjennom skjemaer eller hvordan en uttrykker seg (Fredericks et al., 2017). Noen bruker pronomener som en måte å komme ut, mens andre bruker kjønnsnøytrale begreper for å indikere en ikke-heterofil orientering (Fredericks et al., 2017; Venetis et al., 2017).

I noen tilfeller velger LHB-pasienter å ikke avsløre seksuell orientering til helsepersonell fordi det ikke føltes nødvendig (Bjorkman & Malterud, 2009; Fredericks et al., 2017; Rossman et al., 2017). For noen var legens manglende initiativ en grunn til å ikke ta det opp (Roller et al., 2016), men ikke alle har spesifikke grunner til å holde informasjonen tilbake (Rossman et al., 2017). Samtidig velger flere å ikke avsløre seksuell orientering fordi de er redd for konsekvensene. I en studie rapporterte 11,9 % at de ikke fortalte om sin seksuelle orientering, selv i tilfeller hvor det var relevant (Hirsch et al., 2016). Dette kan være på grunn av frykt for å bli behandlet annerledes (Rossman et al., 2017), bli diskriminert eller få dårligere helsetjenester (Roller et al., 2016). En kan bekymre seg for legens reaksjon (Rossman et al., 2017) eller for om det vil rettes for mye oppmerksomhet mot seksuell orientering (Bjorkman & Malterud, 2007). Dersom det ikke vurderes som trygt å komme ut vil mange velge å heller passere som heterofil (Fredericks et al., 2017).

Andre har manglende tillitt til helsetjenestene (Bjorkman & Malterud, 2009) eller en spesifikk lege (Rossman et al., 2017). Heteronormativ kommunikasjon gjør det vanskeligere å komme ut for pasienter, uavhengig hvor komfortabel en er med sin seksuelle orientering (Utamsingh, Richman, Martin, Lattanner, & Chaikind, 2016). Dersom en opplever at legen har homonegative holdninger vil mange unngå temaet grunnet frykt (McNair et al., 2015). Det er ekstra krevende å komme ut til leger som har flere av pasientens familiemedlemmer som pasienter og til leger en har hatt hele livet (Law et al., 2015; Rossman et al., 2017). Å skjule sin seksuelle orientering for helsepersonell krever mye arbeid. Det beskrives som krevende og slitsomt, og er assosiert med frykt, engstelse og angst (Fredericks et al., 2017). Dersom dette må skjules over tid eller pasienten samtidig har alvorlig sykdom blir det enda mer belastende (Fredericks et al., 2017). Mulige strategier kan være å unngå helsetjenester med mindre det er helt nødvendig eller unngå å få et langvarig forhold til en lege (Fredericks et al., 2017). Det er også vanlig å «opptre» hetero for å passere, samt bruke krefter på å passe på at man ikke avslører seg selv (Fredericks et al., 2017).

Generelt sett ser det ut til at mange har lave forventinger til legenes reaksjoner, og vurderer ikke-negative responser som positive (Fredericks et al., 2017; Rossman et al., 2017). Mange leger blir oppfattet som komfortabel og åpen (Rossman et al., 2017), og bekrefter og aksepterer pasientens LHB-identitet (Bjorkman & Malterud, 2009; McNair et al., 2015; Rossman et al., 2017). Det oppleves positivt dersom leger har kunnskap om LHB-relaterte temaer og tematiserer dette på en ikke-dømmende måte (Bjorkman & Malterud, 2009; Roller et al., 2016; Rossman et al., 2017). Respondenter beskriver også legers responser som nøytrale eller ikke-eksisterende (Bjorkman & Malterud, 2009; Rossman et al., 2017). For noen var dette positivt (Bjorkman & Malterud, 2009). Dersom legen ikke snakker om seksuell orientering etter at pasient har fortalt det, kan det også oppleves som manglende medfølelse eller at hen ikke er interessert (McNair et al., 2015). I en studie rapporterte 16.4 % at de følte

at seksuell orientering ikke ble tatt seriøst av legen selv om de selv ønsket å snakke om dette (Hirsch et al., 2016). Negative reaksjoner innebar upassende eller negative uttalelser (Rossman et al., 2017), samt non-verbal kommunikasjon, for eksempel at lege virket ukomfortabel, fordomsfull eller overrasket (Bjorkman & Malterud, 2009; Rossman et al., 2017). Det ble vurdert negativt dersom legen hadde negative uttalelser om seksuell praksis, virket uforberedt eller indikerte manglende kunnskap om temaer relatert til LHB (Roller et al., 2016; Rossman et al., 2017). Noen ganger fikk pasients seksuelle orientering for stor oppmerksomhet, og pasienten opplevde at alt ble sett i sammenheng med dette (Bjorkman & Malterud, 2009).

Hva er ikke-tema i terapi?

Terapirommet skal være et sted hvor en skal kunne fortelle alt (Farber & Hall, 2002). Psykologers taushetsplikt bidrar til at terapirommet er et trygt sted, og pasienter skal kunne forvente aksept og en ikke-dømmende holdning fra terapeutene (Farber & Hall, 2002). Psykoterapiens mål om åpenhet og pasientenes faktiske åpenhet stemmer ikke alltid overens. Hva en pasient velger å ta opp, eller avsløre, i terapi avhenger av mange faktorer (Farber & Hall, 2002). Studier indikerer at de minst diskuterte temaene i terapi er knyttet til seksualitet (Farber & Hall, 2002; Hall & Farber, 2001) og det å få barn (Farber & Hall, 2002). De som valgte å ta opp temaer knyttet til seksualitet hadde en tendens til å nedtone eller bagatellisere informasjonen (Love & Farber, 2017) og syntes det var vanskelig å snakke om (Farber & Hall, 2002).

Love and Farber (2017) fant at pasienter unngår temaet på grunn av egne følelser som skam og skyld, tidligere erfaringer med temaet eller potensielle konsekvenser. En dårlig allianse predikerer at pasienter i mindre grad snakker om seksualitet (Farber & Hall, 2002). Samtidig kan en god allianse øke redselen for negative vurderinger og for å ødelegge relasjonen (Love & Farber, 2017) Dersom pasienten opplever skam knyttet til temaet kan det

bli ekstra vanskelig å ta opp, noe som kan være tilfellet for seksuelle minoriteter (Love & Farber, 2017). Terapi er tidsbegrenset og enhver pasient må vurdere hva som er viktig å bruke tid på. Noen vurderer at seksualitet og tilknyttede temaer ikke er viktig nok, mens for andre oppleves nedprioriteringen av seksualitet hemmende for terapien (Love & Farber, 2017).

Mange terapeuter opplever å ikke ha nok kunnskap om sex og seksualitet, noe som kan bidra til unngåelse av temaet (Love & Farber, 2017). Det kan oppleves ubehagelig å snakke om det med pasienter fordi temaet i seg selv er tabu. Terapeutens unngåelse av temaet kan kommuniseres til pasienten både direkte og indirekte. Dersom terapeuten viser tegn til å bli ukomfortabel når seksualitet tas opp, unngår å utforske temaer knyttet til det, eller avfeier slike temaer, signaliserer det at temaet ikke er viktig og pasienten tolker det som utrygt å snakke om seksualitet (Love & Farber, 2017). Dette gjelder ikke bare temaer knyttet til seksualitet, men også temaer som er sensitive og i varierende grad er tabu. Dette fremheves i Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Barne- og likestillingsdepartementet., 2016). Der poengteres det at dersom seksualitet ikke blir et tema i møte med helsetjenestene, vil det påvirke hvorvidt pasienter tar opp plager og vansker som er knyttet til seksualitet.

Å komme ut i terapi – pasient

En systematisk litteraturgjennomgang viste at LHBT oppsøker terapi i større grad enn heterofile (King et al., 2007), en tendens som også har blitt funnet i Norge (Anderssen & Malterud, 2013). Samtidig ser behovene for terapi ut til å være like på tvers av seksuell orientering (King et al., 2007). Dette indikerer at LHB-pasienter ikke utelukkende søker terapi for temaer knyttet til seksuell orientering. Da LHB er overrepresentert på flere områder, blant annet selvmordsforsøk, depresjon og rusmisbruk, er det viktig at helsepersonell vet om hvordan psykisk helse og seksuell orientering kan påvirke hverandre.

LHB-pasienter rapporterer om en generell tilfredshet med psykologisk behandling, og vurderer sine terapeuter som gode (King et al., 2007). Anderssen and Malterud (2013) fant at mellom 80.6%-96.3% rapporterer at de er fornøyd eller stiller seg nøytral til etter erfaring med helsetjenester på en DPS eller annen poliklinikk i Norge. Samtidig finner studier at LHB generelt har lave forventninger til helsetjenester, og at ved fravær av negative hendelser blir tjenesten vurdert positivt (Fredericks et al., 2017; Rossman et al., 2017). Det kan tenkes at hvor fornøyd man er med tjenester påvirkes av hvilke forventninger man hadde i utgangspunktet. Dersom LHB-pasienter har lave forventninger til helsetjenestene og vurderer fravær av negative erfaringer som positive, kan det tenkes at resultatene som viser hvor fornøyde de er kan være noe for positive.

For noen er det en enkel prosess å stå frem som LHB til sin terapeut, mens for andre er det krevende (Evans & Barker, 2010). Seksuell orientering er fremdeles et tabubelagt tema og som pasient kan en være redd for at temaet oppfattes som irrelevant (Ohnstad, 2005). Helsepersonell ser ikke ut til å klare å fasilitere eller møte temaet på en optimal måte. Mange antar at det ikke lenger er vanskelig å være LHB i Norge, og derfor anerkjennes ikke viktigheten av å snakke om seksuell orientering (Ohnstad, 2005). Samtidig kan det være viktig at pasienter forteller om sin seksuelle orientering for at terapeuten skal bli kjent med «hele» pasienten. Dette kan gi implikasjoner for terapi, da det kan indikere at terapeuter undervurderer hvor vanskelig det kan være å være LHB i dagens samfunn og hvordan det er å ta dette opp i terapi.

Det finnes spesifikke helsetjenester til personer som er LHB. I Toronto, Canada finnes et behandlingssenter for rus rettet mot LHB, hvor mange av terapeutene selv identifiserer seg som LHB. Samtidig kan LHB få alminnelige psykologiske tjenester eller tjenester basert på andre aspekter ved ens identitet (Barbara & Chaim, 2004). I Norge finnes for eksempel Helsestasjon for kjønn og seksualitet, et tilbud rettet mot *barn og ungdom som bryter normer*

knyttet til kjønn og seksualitet (Helsestasjon for kjønn og seksualitet). Regjeringens handlingsplan har som mål at flest mulig skal få helse- og omsorgstjenester gjennom ordinære tilbud (Barne- og likestillingsdepartementet., 2016). Dette gjør det nødvendig at helsepersonell blir opplært i, og har kunnskap nok, til å møte LHB-pasienter på en optimal måte.

Det er økt fokus på fellesfaktorens rolle i psykoterapi, og faktorer som andre varme, empati, forståelse og allianse er anerkjent som virksomme på tvers av terapiretninger. Relasjonen mellom pasient og terapeut indikerer et felleskap eller et «vi» (Smith & Tang, 2006), og begge tar med seg egne erfaringer og identitet inn i relasjonen (Porter, Hulbert-Williams, & Chadwick, 2015). En studie undersøkte hvordan seksuelle minoriteter hadde opplevd å være i terapi (Quinones et al., 2017). Respondentene fremhevet varme og aksept fra terapeuten som viktig for terapi, samtidig som det ble trukket frem temaer relatert til seksuell orientering og hvordan terapeut håndterte dette (Quinones et al., 2017). Dette indikerer at både grunnleggende terapeutfaktorer og spesifikke hensyn er viktig i møte med pasienter som identifiserer seg som LHB.

Evans and Barker (2010) undersøkte LHB-pasienters erfaring med å fortelle om seksuell orientering i rådgiving. Majoriteten forventet at deres seksuelle orientering ikke ville være et problem for terapeuten, samt at de ville tas imot på en god måte. De følte seg trygg og selvsikker, og opplevde det som uproblematisk å komme ut. Men for 1/3 av de lesbiske og homofile respondentene var det å komme ut til sin rådgiver krevende og beskrev det som stressende og skummelt, og knyttet til panikk og skam. To av studiens fire bifile respondenter opplevde bekymringer knyttet til det å komme ut, og var redde for at terapeutens syn på dem ville endre seg (Evans & Barker, 2010). Å komme ut som LHB påvirkes av pasientens åpenhetskompetanse (Bjørkman, 2012), samt hvorvidt hen aksepter sin seksuelle orientering (Magee & Spangaro, 2017). I følge Magee and Spangaro (2017) vil det sannsynligvis være

lettere å tematisere seksuell orientering i terapi derom man aksepterer og er komfortabel med egen seksualitet. Videre vil pasienter som er komfortabel med, og god på, vurderingene knyttet til å komme ut ha et annet utgangspunkt enn noen med lav åpenhetskompentanse. Dette kan få betydning for terapi. Dersom pasienten ikke er komfortabel med slike vurderinger, kan terapeutfaktorer og væremåte være enda viktigere. Det kan og være mer utfordrende for ungdom og andre som er usikker på egen seksuell orientering, og som kanskje befinner seg i en utforskende fase. Også tidligere erfaringer med å komme ut i terapi vil påvirke hvorvidt man kommer ut til sin terapeut eller ikke. Dersom en tidligere har opplevd at ens seksuelle orientering ikke har blitt tatt på alvor, at det har blitt patologisert og foreslått kurert eller blitt møtt med generell homonegativitet, kan det bli vanskeligere å komme ut (Magee & Spangaro, 2017).

Studiene på å komme ut til leger tyder på at hvorvidt man velger å avsløre seksuell orientering avhenger av årsaken til at man oppsøker helsetjenesten. Dette ser ut til og å gjelde for psykoterapi (Magee & Spangaro, 2017). Seksuell orientering er for eksempel mer relatert til utfordringer knyttet til romantiske forhold eller seksuell helse sammenliknet med andre problemer, som for eksempel fobier. Derfor vil grunnen til at man oppsøker terapi påvirke hvorvidt man tematiserer sin seksuelle orientering eller ikke. Samtidig fant Bjørkman og Malterud (2007) at det var viktig at legen visste om ens seksuelle orientering, fordi det bidro til at pasientene følte at de kunne «være seg selv». Dette kan være en faktor i terapi også, da det er viktig å kunne være seg selv uten å måtte skjule noe for terapeuten. I tråd med dette ble det funnet at det var viktig for LHB-pasienter at seksuell orientering ble anerkjent som potensielt viktig, uavhengig av hvorfor pasienten oppsøkte terapi (Quinones et al., 2017).

Psykiatriens historiske patologisering av homofili kan gjøre det mer krevende å oppsøke helsehjelp (Bashan, 2005). For å «veie opp» for dette er det ekstra viktig med trygghet i behandling for LHB-pasienter. For pasientene kan dette innebære å sjekke ut

terapeuter på forhånd, slik at en sørger for at behandleren ikke har et negativt syn på homofili (Evans & Barker, 2010). Tegn på at helsepersonell eller helsetjenester er LHB-vennlig gjør det lettere å komme ut til leger (Hirsch et al., 2016; Roller et al., 2016), noe som også er funnet for psykologiske tjenester (Magee & Spangaro, 2017). Symboler, brosjyrer eller bøker rettet mot LHB kan sende signaler om at terapeuten er åpen og har kunnskap om seksuelle minoriteter (Shelton & Delgado-Romero, 2011). Videre kan skjemaer som oppleves som kjønnsnøytrale være positivt (Hirsch et al., 2016; Magee & Spangaro, 2017). Slike tegn indikerer at terapeuten eller kontoret vil møte LHB-pasienter med åpenhet og respekt, og det kan bidra til at pasientene i større grad føler seg trygge til å komme ut til terapeuten (Magee & Spangaro, 2017).

Grøndal (2008) har fra sitt arbeid som psykolog i rådgivningstjenesten for homofile erfart at noen behandlere er nysgjerrige og åpen rundt temaet seksuell orientering, og snakker om dette dersom pasient selv vil det. I andre tilfeller blir imidlertid seksuell orientering usynliggjort og benektet, eller møtt med overdreven nysgjerrighet og oppmerksomhet (Grøndal, 2008). I tråd med dette fant en studie at blant lesbiske og homofile respondenter opplevde gode responser fra deres terapeut når de kom ut, og beskrev dem som empatiske og forståelsesfulle, mens flere opplevde at terapeutene reagerte på en ikke-optimal måte, for eksempel ved å virke overrasket, sjokkert, ukomfortabel eller fiendtlig (Evans & Barker, 2010). Shelton and Delgado-Romero (2011) omtaler dette som mikroagresjon. At terapeut viser mikroagresjon mot seksuelle minoriteter trenger ikke å være bevisst, men det kan ha en negativ effekt på pasienten og den terapeutiske prosessen. Mikroagresjon kan føre til at pasienten velger å ikke komme ut i terapi, at hen gjør det senere eller at temaet unngås (Shelton & Delgado-Romero, 2011). Blant bifile respondenter ble det også rapportert om positive responser fra noen terapeuter, mens andre opplevde at de ble misforstått, at

terapeuten stilte spørsmålstegn ved klientens identitet, samt at terapeut var mindre villig til å hjelpe etter at de hadde kommet ut (Evans & Barker, 2010).

For å vurdere om det er trygt å komme ut i terapi, vil LHB-pasienter være oppmerksom på hvordan terapeut uttrykker seg, både non-verbalt og verbalt. For eksempel ble det funnet at LHB-pasienter var sensitive for tegn på at terapeuten ble ukomfortabel eller gikk forsvar, samt nyanser i deres språk og holdninger (Evans & Barker, 2010). Heteronormativitet innebærer at mennesker antas å være heterofil til det fremstår signaler på noe annet, og seksuelle minoriteter blir usynlige. Dersom man som terapeut uttrykker antakelser om en pasients identitet og seksualitet kan det skape barrierer for å komme ut (Magee & Spangaro, 2017). For pasienter kan korrigerende av slike utsagn oppleves som vanskeligere enn å skulle fortelle om seksuell orientering på egne premisser (Bjorkman & Malterud, 2007). Ved å bruke kjønnsnøytralt språk indikerer man at man ikke antar noe om pasientens seksualitet, og at man er åpen for at ikke alle er heterofile. I følge White (2013) skal helsepersonell ikke anta noe når det gjelder en pasients seksualitet, verken om de er seksuelt aktiv, hvem der er seksuelt aktive med eller hvordan seksuallivet utarter seg. Dette blir ekstra viktig ovenfor nye pasienter (Bjorkman & Malterud, 2009). Samtidig bør kjønnsnøytralt språk brukes med alle pasienter og ikke bare de som «fremstår» som LHB. En studie av terapeuter som arbeider med LHB-pasienter viste at de forsøkte å alltid bruke kjønnsnøytralt språk (Magee & Spangaro, 2017). Dette ble gjort for å vise at man ikke antok noe om pasientens seksuelle orientering, samt legge til rette for, og fasilitere, at pasienten kan komme ut. Det er også nyttig å være oppmerksom på pasientens språkbruk, for eksempel hvis hen selv bruker kjønnsnøytralt språk (Bjorkman & Malterud, 2007).

Terapeuter trenger mer kunnskap om sentrale temaer og utfordringer knyttet til det å være LHB (Bjorkman & Malterud, 2009; Evans & Barker, 2010; King et al., 2007; Liddle, 1997). Kunnskap gjør en sikrere i samtaler, og blir ekstra viktig når det gjelder temaer det er

vanskelig å snakke om. Terapeuter bør ha et kunnskapsgrunnlag om LHB og deretter ta utgangspunkt i hvordan det oppleves for hver enkelt pasient. Dette innebærer også kunnskap om biseksualitet (Evans & Barker, 2010), samt seksualitet som ikke lar seg umiddelbart definere (King et al., 2007). Psykiske vansker kan være relatert til seksuell orientering på mange måter. Pasienter kan ha vansker knyttet til sin egen seksuelle orientering, familie og venners håndtering av det, samt samfunnets syn på LHB. En bør vite om hvor viktig og sårbart det kan være å komme ut (Bjorkman & Malterud, 2009), samt utfordringer som LHB kan møte, for eksempel diskriminering og homonegativitet. Dersom behandlere ikke har nok kunnskap, kan pasienter oppleve at de må «lære opp» terapeuten, eller at terapeuten baserer sin kunnskap basert på stereotyper om LHB. Dette oppleves negativt for LHB-pasienter (Evans & Barker, 2010; King et al., 2007; Shelton & Delgado-Romero, 2011). God kunnskap og oppmerksomhet rettet mot LHB-temaer vil medvirke til å unngå svikt i behandling og oppfølging av personer som er LHBTI (Barne- og likestillingsdepartementet., 2016). Generelt vet en minoritet mer om en majoritets kultur enn omvendt (Levounis & Anson, 2012), og derfor vil sannsynligvis en LHB-terapeut vite mer om heterofil kultur enn en heterofil terapeut vil om LHB-kultur (Levounis & Anson, 2012). Dette gjør at man som terapeut, og spesielt som heterofil terapeut, må aktivt oppsøke kunnskap om LHB.

Dersom terapeuter uttrykker og fokuserer på negative aspekter ved å være LHB kan det oppleves negativt for pasienten (Shelton & Delgado-Romero, 2011). Derfor må terapeuter være oppmerksom på å ikke ha et ensidig negativt fokus. Bjørkman (2012) oppfordrer leger til å bidra til å øke lesbiske kvinners selvtillit, noe som også er relevant for psykologer. Gay-affirmative therapy, heretter kalt *bekreftende terapi*, beskrives som terapi som er fordomsfri og med et positivt syn på seksuelle minoriteter (King et al., 2007). I terapien blir både internalisert og eksternalisert homonegativitet anerkjent, og pasientene opplever en sensitivitet til LHB-temaer, som for eksempel kultur og livsstil (King et al., 2007). Å tilby

«LHB-bekreftende» terapi, hvor man oppmuntrer til positivitet knyttet til seksuelle orientering kan være viktig og nødvendig, da det å være åpen for pasientens seksuelle orientering ikke alltid er tilstrekkelig for at pasienten kjenner seg ivaretatt (Quinones et al., 2017). Dette innebærer å ha kunnskap om LHB-temaer og kunne adressere disse på en optimal måte (King et al., 2007), uavhengig om det er direkte relatert til henvisningsgrunn eller ikke (Quinones et al., 2017).

En utfordring for terapeuter er å gi temaet riktig mengde oppmerksomhet. Det er problematisk dersom seksuell orientering blir antatt å være årsaken til alle av pasientens problemer og hvis terapeuten til stadighet bringer det opp i samtalen (Shelton & Delgado-Romero, 2011). En form for mikroagresjon skjer også dersom terapeuten tenker at LHB trenger psykologisk behandling utover det pasienten selv ønsker, slik at pasientene føler seg presset til å fortsette selv når de føler de er klar til å avslutte terapi (Shelton & Delgado-Romero, 2011). Terapeuter må ha kunnskap nok til å kunne forstå mulige utfordringer pasienten har stått ovenfor, samtidig som man lar pasienten selv definere hvor viktig dette har vært for hen. Dersom terapeut unngår eller bagatelliserer temaet, kan det også være negativt (Evans & Barker, 2010; Quinones et al., 2017; Shelton & Delgado-Romero, 2011). Noen terapeuter forsøker å normalisere LHB ved å unngå å bruke LHB-betegnelser eller omtale pasientens tanker/følelser/atferd som utforskende eller en fase. Dette kan imidlertid ha en negativ effekt, da det kan gjøre at et potensielt viktig tema for pasient blir bagatellisert og gjort uviktig (Shelton & Delgado-Romero, 2011). En strategi kan være å tematisere fokuset på seksuell orientering og undersøke om pasient selv opplever at man snakker for lite eller for mye om temaet (Love & Farber, 2017). Terapeuter må arbeide med å forstå når seksuell orientering er av relevans (Quinones et al., 2017), og må kunne gi oppmerksomhet og utforske temaet sammen med pasienten, uten å utelukkende attribuere pasientens symptomer og lidelser til seksuell orientering (King et al., 2007).

For noen endrer seksualitet seg, og det kan være nyttig å ikke kategorisere seg som noe eller å bevege seg mellom ulike kategorier. Terapeuter må være fleksibel i møte med seksuelle minoriteter, og forsøke å forstå ethvert individs opplevelse av egen seksualitet (Quinones et al., 2017). Å bli plassert i en kategori, eller at terapeut ikke anerkjenner den kategorien man selv ønsker å plasseres i, kan være vanskelig (Quinones et al., 2017). Ohnstad (2016) argumenterer for at psykologer må være tålmodig i møte med slike mennesker, og godta at de ikke ønsker å plasseres i båser. Psykologer bør møte dette med åpenhet og nysgjerrighet, samt et ønske om å lære mer om andres opplevelse (Ohnstad, 2016).

Litteratursøket ga få studier om hvordan psykologer kartlegger eller adresserer seksuell orientering. I følge White (2013) er det få psykologer som regelmessig kartlegger pasientens seksuelle historie. Ofte blir det et tema dersom man opplever at det er relevant for pasienten. Samtidig viser studier at pasienter i større grad ønsker å bli spurt om sex og seksualitet, og i en studie sa over halvparten av respondentene at de ville vært mer ærlig dersom de ble spurt direkte (Love & Farber, 2017). Terapeuter har stor makt i å definere hvilke temaer som er viktige og som utforskes i terapi. Dette gjør at man har et ansvar for å fasilitere samtaler om vanskelige temaer, deriblant seksualitet og seksuell orientering (Quinones et al., 2017).

Terapeuter bør kunne adressere seksuelle tanker, følelser, atferd og fantasier på en åpen og ikke-dømmende måte (White, 2013). White (2013) trekker frem Kinsley-skalaen og mener den kan brukes som et utgangspunkt for samtaler om seksuell orientering. Den viser et spekter av seksualiteter, og muliggjør samtaler om seksualitet uten å måtte definere seg som noe spesifikt. Å utforske seksualitet som en del av kartlegging/anamnese, indikerer at temaet er viktig og trygt å snakke om (White, 2013). Kartleggingsverktøyet «Asking the right questions: Talking about sexual orientation and gender identity during assessment for drug and alcohol concerns» har som mål å fasilitere samtaler om seksuell orientering og

bekymringer knyttet til dette (Barbara & Chaim, 2004). Verktøyet ble evaluert av heterofile og LHB-terapeuter. Begge gruppene antok at heterofile terapeuter ville oppleve ubehag ved bruk av kartleggingsverktøyet og at temaet burde snakkes om dersom pasient selv tok dette opp. Evalueringen viste at både heterofile og LHB-terapeuter opplevde verktøyet som godt, men spesielt heterofile terapeuter fant det nyttig å ha et skjema eller en struktur for å prate om temaer relatert til seksuell orientering. Det ble også trukket frem at det kunne oppleves ubehagelig for heterofile pasienter å bli spurt om spørsmål relatert til seksuell orientering. Studien viste imidlertid at pasientene håndterte spørsmålene om seksuell orientering på liknende vis som andre sensitive spørsmål, og det var en tendens til å fokusere på de spørsmålene/temaene som var relevant for en selv. Både heterofile og LHB-pasientene i studien var generelt positive til å bli spurt om seksuell orientering.

En norsk masteroppgave undersøkte BUP-terapeuters erfaringer med temaer knyttet til seksualitet hos barn og ungdom (Øverås, 2010). Fokusgruppeintervju viste at terapeutene hadde en lite aktiv og bevisst holdning til temaet. En tendens var at seksuell orientering ble tatt for gitt og antatt å være heteroseksuell. Selv i tilfeller hvor terapeuten fikk en følelse av at ikke-heterofili kunne være et tema, ble det ikke tatt opp med pasient eller diskutert med kollegaer. Et annet tema var å la samtaler om seksuell orientering være opp til barnet eller ungdommen selv. Dette ble både ansett som en åpenhet til temaet, men også passivitet fra terapeutenes side. Et tema som ble trukket frem var mulig stigma knyttet til at terapeut tar opp temaer knyttet til seksuell orientering, og at dette kan virke negativt. Også i denne undersøkelsen blir det trukket frem som spesielt vanskelig dersom man «bommer» og tar initiativ til en samtale om seksuell orientering med noen som er heterofile. Terapeutene trakk frem en vanskelig balanse mellom å vie temaet nok oppmerksomhet og å ikke gi det nok oppmerksomhet. Det ble sagt at ikke-heteroseksuell orientering både er ikke-spesielt, da det bør være normalt og akseptert, og spesielt, fordi det følger med en del ekstra utfordringer.

Den balansen mellom å normalisere og sykeliggjøre var krevende for flere. Temaet seksuell orientering var lite diskutert blant kollegaer, og det var få som tok ansvar for å sette fokus på det, på tross av oppfatningen om at det er viktig (Øverås, 2010).

En annen norsk masteroppgave undersøkte samtaler om seksuell orientering blant 14 behandlere innen psykoseproblematikk (Holthe-Berg, 2012). Alle uttrykte at seksualitet og identitet var viktig i forståelsen av pasientene sine, men ingen snakket aktivt med pasientene om temaet. Det ble beskrevet som opp til pasientene å adressere det om det var viktig for hen, men samtidig at det kunne være vanskelig å skille fra vrangforestillinger. Dersom det ble adressert av terapeut ble det ofte gjort i sammenheng med kartlegging av relasjoner, men det ble ofte nedprioritert da det ikke ble oppfattet som essensielt i akutte psykosituasjoner. Flere trakk frem at etterfølgende behandlere burde adressert det i større grad, uten at det ble kommunisert videre til dem det gjaldt. Analysen viste at informantene uttrykte at det er greit å være LHB i dag, og stilte seg tvilende til at denne gruppen er marginalisert. Samtidig pekte de på at heterofile pasienter kan bli støtt og fornærmet dersom en utforsker temaer relatert til ikke-heterofili. Informantene forsøkte å normalisere det å være LHB ved å ikke gjøre det til et tema og snakke om det (Holthe-Berg, 2012). At homofili har vært en psykiatrisk diagnose ble også trukket frem som viktig, da noen av informantene ikke ønsket å «sjekke ut» om en pasient var homofil eller ikke (Holthe-Berg, 2012). Et av studiens tydeligste funn var at informantene brukte *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* som begrunnelse for hvorfor de ikke undersøkte seksuell orientering, da det ikke står oppført som en risikofaktor man bør/skal kartlegge.

Å vite om terapeutens seksuelle orientering ser ut til å være relevant for å selv fortelle om seksuell orientering (Magee & Spangaro, 2017; Quinones et al., 2017), og blant LHB som gruppe finner studier en tendens til å foretrekke å ha LHB-terapeuter (King et al., 2007). En strategi er å oppsøke behandlere som selv er åpent LHB (Bashan, 2005; Bjork, 2004; Guthrie,

2006; Levounis & Anson, 2012). I en studie hadde 41 % av LHB-pasienter LHB-terapeut, og 63% hadde oppsøkt informasjon om terapeutens holdninger til homofili før hen ble valgt (Liddle, 1997). Mange terapeuter opplever at selvavsløring av seksuell orientering er positivt for pasientene, og det virker til å være en lettelse for mange (Jeffery & Tweed, 2015; Leo, Baker, Peck, & Forstein, 2014). Det kan skape en slags følelse av fellesskap, og kan gjøre det lettere å komme ut for pasienten (Magee & Spangaro, 2017). King et al. (2007) argumenterer for at psykologiske praksiser bør ha tilgjengelige LHB-terapeuter, slik at man kan tilby det til pasienter hvor det kan være fordelaktig. En studie fant at majoriteten av respondentene (LHB-pasienter) mente at terapeutens egenskaper er viktigere enn terapeutens seksuelle orientering, og at selvavsløring ikke var avgjørende, mens andre mente seksuell orientering var viktig og det ble vanskelig når terapeut ikke selvavslørte (Evans & Barker, 2010). En annen studie fant at det var relevant for pasientene å kjenne til terapeutens seksuelle orientering, men at det ikke var nødvendig at terapeuten var LHB (Quinones et al., 2017). Respondentene satt pris på at terapeutene selvavslørte sin seksuelle orientering, uavhengig om de var heterofil eller LHB (Quinones et al., 2017). En annen studie fant imidlertid at å selvavsløre en heterofil seksuell orientering kunne oppleves som noe negativt (Evans & Barker, 2010). En annen studie fant at kunnskap, positive holdninger og LHB-bekreftende behandling er viktigere enn terapeutens seksuelle orientering når det gjelder å fasilitere selvavsløring av seksuell orientering (Magee & Spangaro, 2017). Selv om bekreftende behandling ser ut til å være viktigst, er også terapeutens seksuelle orientering av betydning.

Terapeuters selvavsløring av seksuell orientering

Terapeuters selvavsløring av seksuell orientering i terapi er et kontroversielt, debattert og komplekst tema (Gibson, 2012). Det oppleves som annerledes enn andre former for selvavsløring, da man avslører noe potensielt stigmatiserende (Jeffery & Tweed, 2015). Selvavsløring av seksuell orientering innebærer å dele personlig informasjon om seg selv

(Knox & Hill, 2003). Dette kan skje både verbalt og nonverbalt, som for eksempel gjennom kontorinnredning, tilstedeværelse av familiebilder eller giftering og kjennskap til en bestemt kultur (Gibson, 2012). Spørsmålet rundt selvavsløring i terapi har endret seg fra «om» en skal selvavsløre, til hvem, når og hvordan (Gibson, 2012; Henretty & Levitt, 2010; Smith & Tang, 2006). Å ikke selvavsløre kan føles trygt for terapeuter og gir tydelige rammer for terapi, mens pasienter kan oppleve det som strengt og lite omsorgsfullt (Henretty & Levitt, 2010).

Selvavsløring kan påvirke både terapeutisk prosess og utfall (Jeffery & Tweed, 2015). I en litteraturgjennomgang ble det trukket frem ulike grunner for å bruke selvavsløring i terapi– flere relevante for selvavsløring av seksuell orientering (Henretty & Levitt, 2010). Generelt er det enighet om at terapeuter skal ha et rasjonale bak selvavsløring og ha vurdert mulige positive og negative konsekvenser for terapien, samt betydningen for pasient (Henretty & Levitt, 2010). Selvavsløring kan bidra til at pasient selvavslører, en fremstår som et eksempel for pasienten, viser likheter, bidrar til å normalisere pasientens følelser, samt korrigere pasientens misoppfatninger, eller at pasienten ser andre mulige måter å tenke eller handle på (Henretty & Levitt, 2010). Det kan være ekstra virkningsfullt å selvavsløre dersom pasienten og terapeuten er medlemmer av en stigmatisert gruppe (Henretty & Levitt, 2010; Smith & Tang, 2006). Det kan bidra til at pasienten opplever likheter mellom seg selv og terapeut (Smith & Tang, 2006). Videre kan det trygge pasienten om at hen ikke vil bli vurdert negativt på grunn av seksuell orientering, motvirke internalisert hat og skam, vise at man har kunnskap om LHBT og indikere empati og forståelse (Henretty & Levitt, 2010).

Det er ulik oppfatning om hva som egentlig «avsløres» når man informerer om seksuell orientering. Intime og personlige detaljer, som seksuelle aktiviteter eller preferanser, blir ikke anbefalt fortalt til pasient, da det kan være utfordrende for grensene mellom terapeut og pasient (Knox & Hill, 2003). Samtidig er det å være LHB mer enn seksuell praksis. Det er å være medlem av en seksuell minoritet som historisk har vært utsatt for både psykologisk og

sosial undertrykkelse (Gabriel & Monaco, 1995), og innebærer å ha en utfordrende posisjon i samfunnet (Porter et al., 2015). Det indikerer også identitet og felleskap (Gabriel & Monaco, 1995). Å fortelle om seksuell orientering til LHB-pasienter handler derfor ikke om å bringe terapeuters seksuelle praksis inn i terapirommet, men kan signalisere trygghet, forståelse og felleskap. Dersom en terapeut nevner sin partner er det stor forskjell om partneren er av samme eller motsatt kjønn. Hvis partneren er av motsatt kjønn ansees ikke dette nødvendigvis å ha noe med seksuell orientering å gjøre, mens en partner av samme kjønn gjør at man kommer ut til sin pasient. I et heteronormativt samfunn blir LHB-familier og forhold ansett som mer personlig og mer seksuelt (Gibson, 2012), og det blir en større avsløring enn å «avsløre» heterofili. Samtidig er det å ikke si noe om egen seksuelle orientering i terapi ikke det samme som å være nøytral eller å holde den skjult (W. Cole & Drescher, 2006). En terapeuts seksuell orientering er ofte usagt og i stor grad antatt heterofil, og få heterofile terapeuter tenker over aspekter ved å avsløre sin orientering (W. Cole & Drescher, 2006). LHB-terapeuter må velge mellom å passere som heterofil eller gjøre seg synlig som LHB. Dette er et krevende dilemma, da det kan oppleves negativt å ikke si noe, mens ved å si noe fremhever man sin seksualitet (Carroll, Gauler, Relph, & Hutchinson, 2011). En studie fant at LHB-terapeutene ønsket å være åpen om sin seksuelle orientering uten å måtte diskutere det med pasientene (Porter et al., 2015).

I en studie basert på 54 informanter svarte 81.1% at de hadde avslørt sin seksuelle orientering til en pasient (Harris, 2015). Dette ble i hovedsak gjort til LHB-pasienter (Harris, 2015; Thomas, 2008). For LHB-pasienter er terapeutens antatte seksuelle orientering aldri ikke-eksisterende eller helt nøytralt, og det vil kunne påvirke behandling (Guthrie, 2006). LHB-pasienter kan være redd for å møte terapeuter som ser på homofili som sykdom eller avvik. Å selvavsløre seksuell orientering kan derfor gi LHB-pasienter en trygghet (Kronner, 2013; Porter et al., 2015) og et middel for autensitet (Porter et al., 2015) og tillitt (Bjork,

2004), og som kan minske pasientens følelse av isolasjon (Kronner, 2013). Selvavsløring ble vurdert negativt dersom det ble brukt upassende (Moore & Jenkins, 2012), dersom pasienten og terapeuten hadde utydelige eller ikke-etablerte grenser (Kronner, 2013) eller det tok fokus bort fra pasienten (Kronner, 2013; Moore & Jenkins, 2012). Det kan være nyttig å gjøre selvavsløringen i seg selv til et tema, og utforske hvordan det var for pasient, samt returnere fokuset tilbake på pasient (Henretty & Levitt, 2010).

Beslutningsprosessen rundt å skulle selvavsløre seksuell orientering beskrives som en *kompleks, risikabel og meningsbærende erfaring* (Jeffery & Tweed, 2015). Den kan påvirkes av terapeutens erfaringer, samt hans ønsker om å bli akseptert og likt (Leo et al., 2014). Det krever at man vurderer hvilke fordeler og ulemper selvavsløringen vil ha for klient, seg selv og for relasjonen (Harris, 2015; Jeffery & Tweed, 2015; Levounis & Anson, 2012), samt behandlingen (Guthrie, 2006). En bør også tenke gjennom hvilke potensielle konsekvenser det kan ha å velge å ikke si noe om seksuell orientering (Harris, 2015; Jeffery & Tweed, 2015). En studie fant at terapeutene var generelt positiv til selvavsløring av seksuell orientering, så lenge dette ble gjort på en gjennomtenkt måte og med pasientens beste i fokus (Moore & Jenkins, 2012). Samtidig viser funn at terapeuter som selvavslører om seksuell orientering kan oppleve angst, frykt og skam knyttet til dette (Silverman, 2000), samt være redd for å bli avvist eller bli vurdert som mindre kvalifisert som terapeut (Bjork, 2004). Silverman (2000) poengterer at det er forskjell på å forsøke å skjule seksuell orientering og å velge å ikke avsløre det. Å velge å ikke si noe er knyttet til mindre ubehag (Silverman, 2000). Å skulle skjule, eller holde tilbake informasjon om, ens seksuelle orientering uten at man selv egentlig ønsker dette kan ha negative konsekvenser for terapeutene selv. Det beskrives som at en ikke er seg selv i terapien, og relasjonen oppleves mindre intim og genuin (Jeffery & Tweed, 2015). En kan føle seg uærlig, og oppleve skam og skyldfølelse (Jeffery & Tweed, 2015), og det kan bli hemmende for den terapeutiske relasjonen (Bjork, 2004). For LHB-terapeuter kan

det å bli antatt å være heterofil gjøre at en føler seg misforstått på en fundamental måte og det kan gi sterke emosjonelle reaksjoner (Smith & Tang, 2006). Dette kan være viktig å korrigere, da det er mer grunnleggende ved ens identitet sammenliknet med andre identitetsaspekter, som for eksempel religiøs tilhørighet eller sivilstatus (Smith & Tang, 2006). For noen er det motstridende følelser knyttet til dette, spesielt hvis en egentlig er åpent LHB privat og profesjonelt, men av ulike grunner ikke er det ovenfor en pasient (Guthrie, 2006; Jeffery & Tweed, 2015). Å skulle skjule informasjonen kan også gi økt kognitiv anstrengelse, da en må passe på egen språkbruk for å bruke kjønnsnøytrale begreper (Jeffery & Tweed, 2015). Da retter man mer fokus mot seg selv og egne tankeprosesser, og mister noe av oppmerksomheten mot pasienten (Jeffery & Tweed, 2015). Å selvavsløre seksuell orientering skal likevel baseres på forståelsen av pasienten og betydningen selvavsløringen vil få for hen, heller enn som en reaksjon på egne tanker og følelser (Leo et al., 2014). Dersom terapeut selv er usikker på egne følelser og tanker rundt sin seksuelle orientering kan det være nyttig å vente med å si noe (Levounis & Anson, 2012).

Selvavsløring av seksuell orientering må individuelt vurderes, basert på hver enkelt pasient og relasjon (Gibson, 2012; Harris, 2015; Jeffery & Tweed, 2015). Også blant bifile terapeuter vurderes selvavsløring basert på pasienten og hans situasjon (Petford, 2006). Dersom målet for pasient henger sammen med å komme ut og å normalisere en ikke-heterofil seksuell orientering kan selvavsløring benyttes som et verktøy (Levounis & Anson, 2012). Derimot, dersom pasient ikke er åpen for å utforske tanker og følelser knyttet til egen seksualitet, bør en være tilbakeholden med informasjon om egen seksuell orientering (Levounis & Anson, 2012). En utfordring kan være å finne balansen mellom selvavsløring for pasientens beste eller for sitt eget beste (Jeffery & Tweed, 2015). Det ser ut til at det er lettere å selvavsløre seksuell orientering dersom det er til en pasient av motsatt kjønn (Moore & Jenkins, 2012). Dette kan være på grunn av redsel for at pasient skal tolke selvavsløringen

som seksuell interesse. Selvavsløring bør også vurderes opp mot pasientens religiøsitet (Moore & Jenkins, 2012).

Allianse blir trukket frem som et viktig grunnlag for en terapeuts selvavsløring (Gibson, 2012). Samtidig kan selvavsløring ha positive effekter på alliansen. Det kan fjerne barrierer (Jeffery & Tweed, 2015), styrke den terapeutiske relasjon (Moore & Jenkins, 2012) og øke følelsen av kontakt (Kronner, 2013). Å komme ut som LHB til LHB-pasienter kan fungere som en motsats til samfunnets homonegativitet og heteronormativitet, og man viser at en ikke trenger å skamme seg eller å skjule seksuell orientering (Guthrie, 2006; Kooden, 1994). Det kan også uttrykke aksept og forståelse, og bistå til å bekrefte pasientens identitet som LHB (Kronner, 2013). LHB-terapeuter kan også fungere som positive rollemodeller (Kooden, 1994; Kronner, 2013; Russell, 2006; Schwartz, 1989).

Det kan være en krevende vurdering å finne et passende tidspunkt for å fortelle om ens seksuelle orientering (Bjork, 2004; Guthrie, 2006). Guthrie (2006) poengterer at det er viktig å utforske hva det vil bety for pasienten på et gitt tidspunkt, og en bør helst velge å selvavsløre når en vurderer at det kan bidra til vekst (Leo et al., 2014). Dersom terapeuten avslører dette for tidlig i terapiforløpet kan pasienten miste muligheten til å prosessere informasjonen på en god måte (Bjork, 2004). Noen trekker frem at det kan være bra å selvavsløre i korttidsterapi (Schwartz, 1989) og andre fremhever avslutningsfasen (Jeffery & Tweed, 2015). Dersom selvavsløringen skjer på feil tidspunkt, kan det likevel bli nyttig ved at det tematiseres og undersøker hvorfor det ble feil (Bjork, 2004). Noen pasienter ønsker ikke å vite om terapeutens seksuelle orientering (Porter et al., 2015; Russell, 2006; Smith & Tang, 2006), noe som må respekteres, samtidig som en kan reflektere rundt hvorfor pasient ikke ønsker dette (Guthrie, 2006).

Om man velger å selvavsløre til en pasient har man ikke kontroll over hvem andre som får vite dette (Gibson, 2012; Moore & Jenkins, 2012; Smith & Tang, 2006). Pasienten kan

fortelle det videre til andre, som blant annet til andre på arbeidssstedet eller andre pasienter. Sannsynligvis vil en være mer tilbøyelig for å være åpen om ens seksuelle orientering dersom arbeidsplassen er spesifikt rettet mot LHBT eller er åpent LHBT-vennlig (Gibson, 2012). Ny teknologi gjør at terapeuter er mer synlige på nett enn før. Det gjør at pasienter kan finne informasjon om terapeuten, blant annet om seksuell orientering (Gibson, 2012; Levounis & Anson, 2012). For noen kan dette gjøre det lettere å snakke om sin seksuelle orientering, da pasienten vet det på forhånd heller enn at det tas opp underveis og «avsløres». Å si det i terapi kan føles mer avslørende og at man selv bringer sin seksuelle orientering inn i terapirummet (Silverman, 2000). En kan også «bli avslørt» dersom man er politisk aktiv eller engasjert i LHBT-saker eller bruker sosiale møteplasser for LHB-miljøet (Carroll et al., 2011). Andre omstendigheter kan også gjøre at samtaler om seksuell orientering blir aktuelle. En lesbisk, gravid terapeut opplevde at det var vanskelig å snakke om graviditeten uten å direkte eller indirekte å si noe om seksuell orientering (Silverman, 2000). En annen kvinnelig terapeut beskriver sin erfaring med å miste sin kvinnelige partner til sykdom (Newberger, 2015). Selv om tapet er det samme for en terapeut uavhengig av kjønn på partner, blir det likevel andre hensyn å ta dersom partner er av samme kjønn, da det vanskelig å snakke om tapet uten å også avsløre seksuell orientering. Dette trenger ikke å være et problem i seg selv, men kan gjøre at ens seksuelle orientering blir avslørt uten at en selv ønsker det. For noen kan slike hendelser brukes som utgangspunkt for meningsfulle samtaler (Herlands, 2006).

Pasienter tar også initiativ til å snakke om terapeuters seksuelle orientering, både direkte og indirekte. For eksempel kan pasienter anta kjønn på terapeuts partner og ønske den mannlige terapeuten og hans kone en fin ferie. Det er ikke slik at alle pasienter som ønsker informasjon om terapeutens seksuelle orientering tør å spørre om det, og for noen kan dette være en måte å undersøke temaet (Guthrie, 2006). Det kan oppleves lettere enn å spørre direkte, fordi en ikke åpenbart spør og er nysgjerrig på terapeuten liv (Levounis & Anson,

2012). Dersom en LHB-terapeut blir ukomfortabel og unngår temaet, kan det tolkes som at det ikke er trygt å snakke om det (Guthrie, 2006). Da kan det bli mindre sannsynlig at pasienten tar opp noe relatert til terapeuts seksuelle orientering, selv om det kan være viktig for hen. Det kan også føles rart for terapeut å ikke korrigere slike utsagn (Silverman, 2000). En måte å respondere på er å undersøke hvordan pasienten kan være sikker på at terapeuten partner er av et bestemt kjønn (Guthrie, 2006). Andre mener at pasientens indirekte nysgjerrighet knyttet til terapeuten seksuelle orientering kan være grunn nok til å vurdere å selvavsløre (Levounis & Anson, 2012). Noen pasienter spør direkte om terapeuten seksuelle orientering. Dette gjelder i hovedsak LHB-pasienter (Newberger, 2015). Hvordan man skal respondere på slike direkte spørsmål må vurderes fra pasient til pasient. Terapeuter bør ha tenkt gjennom hvordan hen ønsker å håndtere dette (Levounis & Anson, 2012). En bør vurdere hvilken effekt det vil ha på alliansen (Schwartz, 1989), hvorfor pasient ønsker å vite dette (Bjork, 2004; Newberger, 2015), samt hva en bekreftelse eller avkreftelse vil bety for pasienten (Bjork, 2004; Guthrie, 2006; Schwartz, 1989). Samtidig kan man ikke kontrollere hvordan pasienten tenker og føler om selvavsløring av seksuell orientering (Moore & Jenkins, 2012). Derfor må man også være forberedt på ulike utfall, og hvordan man eventuelt kan håndtere disse.

Matching basert på seksuell orientering

At terapeuten seksuelle orientering er av betydning for LHB-pasienter gir implikasjoner for terapi. Det åpner opp for diskusjon om man burde matche pasienter og terapeuter basert på seksuell orientering. Mellom heterofile pasienter og terapeuter blir seksuell orientering sjeldent tematisert. I slike relasjoner vil partners kjønn avsløres uten en beslutningsprosess, for eksempel ved at en mannlig pasient refererer til sin kone og henviser til terapeuten kone (Levounis & Anson, 2012). En utfordring kan være at man fort utelukker

videre utforskning av pasientens seksualitet (Levounis & Anson, 2012), som for eksempel om hen har tanker, følelser eller erfaringer knyttet til det samme kjønn.

Heterofile terapeuter må arbeide med å vise at de er trygg for LHB-pasienter (Evans & Barker, 2010). Dette kan for eksempel gjøres ved å uttrykke positive holdninger og åpenhet når det gjelder LHB (Levounis & Anson, 2012). Heterofile terapeuter må også ha kunnskap om utfordringer knyttet til det å være LHB, samt LHB-kultur (Evans & Barker, 2010; Levounis & Anson, 2012). Flertallet av LHB-pasientene i en studie synes det var greit å ha en heterofil terapeut og fremhever kunnskap om LHB som viktigere en terapeutens seksuelle orientering (Evans & Barker, 2010). I en studie ble 9 heterofile terapeuter intervjuet om deres erfaringer med deres homofile pasienter (Rosario-Perez, 2000). De viste stor forståelse for pasientene, og opplevde arbeidet som meningsfylt og rørende (Rosario-Perez, 2000). En utfordring var likevel å ha forståelse for seksuelle praksiser og verdier som ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med et heteronormativt rammeverk (Rosario-Perez, 2000). For noen LHB-pasienter er det en fordel å ha en heterofil terapeut. Å ha positive opplevelser med en heterofil terapeut kan fungere som et bevis på at alle heterofile mennesker ikke er homonegative (Evans & Barker, 2010). Politisk engasjement for LHB-rettigheter, og bekreftelse av pasients' LHB-identitet gjorde sterkere inntrykk på pasientene når det kom fra heterofile terapeuter (Evans & Barker, 2010). Det kan oppleves negativt dersom en heterofil terapeut ikke har kunnskap om temaer knyttet til LHB, og pasienten må «lære opp» terapeuten (Evans & Barker, 2010; Love & Farber, 2017). Dette gjelder også dersom terapeut gjør antakelser basert på stereotypier og fordommer (Evans & Barker, 2010), og LHB-pasienter kan være redd for å bli misforstått av terapeut (Love & Farber, 2017). I en studie rapporterte respondenter at de hadde opplevd at deres heterofile terapeut hadde blitt ukomfortabel og defensiv med dem, og følte at heterofili ble sett på som bedre enn homofili. (Evans & Barker, 2010).

Noen LHB-pasienter ønsker LHB-terapeuter (Evans & Barker, 2010), og søker dette aktivt (Guthrie, 2006). Dersom både terapeut og pasient er LHB, kan det gi en økt tendens for pasienten til å sammenlikne seg med terapeut (Evans & Barker, 2010). Dette kan få både positive og negative effekter for pasient. Fellesnevneren seksuell orientering gjør at terapeut har en økt forståelse og kunnskap, både for utfordringer knyttet til å være LHB (Evans & Barker, 2010) og for LHB-kulturen (Herlands, 2006). Det bidrar også til en følelse av samhold gjennom delte erfaringer ved å være en del av en seksuell minoritet (Patton, 2009; Porter et al., 2015). Også LHB-terapeuter opplever denne fellesskapsfølelsen som givende, og flere uttrykker en preferanse for LHB-pasienter (Porter et al., 2015). For LHB-terapeuter gir møtet med LHB-pasienter et stort ønske om å skape en trygghet i terapirommet, noe som også er viktig for pasientene (Porter et al., 2015). Noe av denne tryggheten kommer automatisk dersom terapeut også er LHB, og er noe heterofile terapeuter kanskje må arbeide mer for å oppnå. Dersom både pasient og terapeut er LHB, kan det imidlertid gå på bekostning av utforskning av pasientens opplevelser av temaer knyttet til seksualitet (Evans & Barker, 2010; Guthrie, 2006; Herlands, 2006). En kan anta for store likheter mellom terapeut og pasient (Evans & Barker, 2010; Levounis & Anson, 2012; Ohnstad, 2005; Smith & Tang, 2006), og dermed gå glipp av meningsfull informasjon. Dette kan for eksempel være manglende utforskning av erfaringer som pasienten har hatt, for eksempel med homonegativitet, og diskriminering, men også mening og forståelse knyttet til seksuelle praksiser. At begge har felles opplevelser betyr ikke at meningen de tillegger opplevelsen er lik (Guthrie, 2006; Levounis & Anson, 2012). Å tilhøre lik seksuell minoriteten kan også bidra til felles «blindspots» i terapi, resulterende i at man unngår delte vanskelige temaer (Schwartz, 1989).

Utfordringer eller negative tanker og følelser knyttet til det å være LHB kan være vanskelig å utforske med en LHB-terapeut, fordi en ikke vil såre eller støte terapeuten. For eksempel fant

Evans and Barker (2010) at foreldre av LHB-barn synes det var vanskelig å snakke om utfordringene ved det å ha et LHB-barn med terapeuter som var LHB. Schwartz (1989) trekker frem at en matching av seksuelle minoriteter kan gjøre at man i større grad bringer seksualitet inn i terapirommet, og at dette kan ha en effekt på fantasier om seksuell eller romantisk intimitet mellom pasient og terapeut.

Kliniske implikasjoner

Forskning tyder på at temaer relatert til seksualitet er minst snakket om i terapi. Det er få terapeuter som kartlegger seksualitet med sine pasienter regelmessig, og det er en tendens til at ansvaret for å ta opp temaet ligger hos pasientene. Et argument for ikke å kartlegge seksuell orientering er at det kan være ubehagelig for heterofile pasienter å bli spurt om dette. Studier indikerer at slike spørsmål ikke oppleves som negativt, og det trenger ikke å hindre en i å adressere temaet. Andre temaer i terapi kan også være vanskelig å ta opp for pasienter, for eksempel rusmisbruk og traumeerfaringer (Barbara & Chaim, 2004). Ulike skjemaer eller inntaksspørsmål blir gjerne brukt i behandlingssammenheng for å igangsette samtaler om slike sensitive temaer og kunne vært brukt som utgangspunkt for samtale om seksuell orientering. Når studier likevel indikerer at seksualitet er noe av det som snakkes minst om i terapi og at LHB-pasienter opplever utfordringer knyttet til det å komme ut, indikerer det at behandlingsapparatets håndtering av seksualitet og seksuell orientering bør bedres. Det er terapeutens ansvar å skape et terapirom som oppleves som åpent og respektfullt for LHB-pasienter. Å kunne håndtere slike samtaler på en optimal måte er viktig for all helsepersonell som kan komme i kontakt med LHB-pasienter, ikke bare terapeuter. Dette gjelder for eksempel helsesøstre, BUP eller andre instanser som har kontakt med ungdom, men også generelle helsetilbud, som DPS og tilbud i regi av kommunen. Alle behandlergruppene trenger å være bedre forberedt på slike samtaler og tørre å tematisere seksuell orientering, samt opparbeide seg mer kunnskap om LHB.

Studier viser at pasienter ønsker at terapeuter spør mer direkte om temaer knyttet til seksualitet, og terapeuter bør i større grad ta ansvar for å tematisere seksualitet og seksuell orientering. Terapeuter kan trenge verktøy, i form av for eksempel spesifikke fremgangsmåter eller skjemaer for å adressere seksuell orientering. Ved selvmordskartlegging bør terapeuten kartlegge tilstedeværelsen av risikofaktorer hos pasienten, samt spørre direkte om

selvmordstanker eller -planer (Helsedirektoratet, 2008). En ikke-heterofil seksuell orientering blir i denne sammenheng ikke vurdert til å være en av risikofaktorene som bør vurderes. Samtidig fant Wichstrøm and Hegna (2003) at seksuell erfaring med det samme kjønn blant ungdom predikerte selvmordsforsøk. Da kan det stilles spørsmålsteget ved at terapeuter verken snakker om seksuell orientering på generelt grunnlag, men heller ikke i møte med selvmordsnære pasienter.

Pasienter som er komfortabel med egen seksuell orientering og med å fortelle det til andre, vil sannsynligvis oppleve det som mindre problematisk å skulle tematisere seksuell orientering selv. Men for de som ikke har definert sin seksuelle orientering eller seksualitet, kan det være vanskeligere. Dette gjelder for eksempel ungdom, men også mennesker som opplever endringer i, eller utfordringer med, seksualitet. Bifile ser ut til å ha en ekstra sårbar posisjon blant seksuelle minoriteter. Mange har oppfatninger om at bifile egentlig er på vei til å bli lesbisk eller homofil, og ens bifile identitet blir da satt spørsmålsteget ved. Dersom en bifil pasient er i et heterofilt forhold er det mindre sannsynlig at man adresserer ens seksuelle orientering, og at temaet derfor blir raskere lukket enn hos lesbiske og homofile. Dette vil også kunne gjelde i terapi.

Noen spesifikke betingelser kan fasilitere samtaler om seksuell orientering. Behandlere bør ha tydelige tegn på at man har kunnskap om, eller åpen til, ulike seksuelle minoriteter, som for eksempel LHB-symboler eller bøker og brosjyrer rettet mot LHB. Terapeuter skal ikke anta noe om pasientens seksualitet, og bør bruke kjønnsnøytralt språk. Dette bør gjøres konsekvent med alle pasienter, ikke bare de som fremstår som LHB. Dersom samtaler om seksuell orientering baseres på terapeutens antakelser om pasientens seksuelle orientering, vil det være basert på stereotypiske fordommer og man kan lukke temaet for mange som ikke «fremstår» som LHB. Shelton and Delgado-Romero (2011) mener at noen typer for skjult diskriminering, eller mikroagresjon, er vanskelig å unngå, selv blant

terapeuter uten homonegative holdninger. Eksempler på slik mikroagresjon kan være bruk av heteronormativt språk, at man vier for mye oppmerksomhet til pasientens seksuelle orientering eller unngår temaet på tross av pasientens ønsker. Det gjør det ekstra viktig å være oppmerksom på at det kan skje, og hvordan man kan forholde seg til det på best mulig måte.

Terapeuters seksuelle orientering er også relevant for LHB-pasienter, blant annet fordi det signaliserer trygghet og kunnskap, men også fordi mange LHB-pasienter aktivt søker åpne LHB-terapeuter. Litteraturen peker på mange positive konsekvenser av å selvsyløre, og få direkte negative konsekvenser. Å fortelle sin pasient om egen seksuell orientering skal være gjennomtenkt og mulige konsekvenser skal være vurdert. Pasienter, spesielt LHB, tar også initiativ til å få vite om terapeuters seksuelle orientering, både på indirekte og direkte måter. Det er ingen klare retningslinjer på hvordan en skal håndtere dette, da det i stor grad avhenger av faktorer relatert til hver enkelt sak. Det betyr at terapeuter må bruke klinisk skjønn for å vurdere dette. Da hjelper det å ha tenkt gjennom slike situasjoner på forhånd, slik at terapeutens respons er gjennomtenkt og ikke en spontan reaksjon på pasientens henvendelse.

At terapeutens seksuelle orientering er av betydning for LHB-pasienter gir implikasjoner for terapi, da det indikerer at det kan være nyttig å matche terapeuter og pasienter på grunnlag av seksuell orientering. Heterofile terapeuter må arbeide for å vise at å komme ut i til dem trygt for LHB-pasienter. Faktorene som kan gjøre det enklere å komme ut blir kanskje ekstra viktig å være oppmerksom på for heterofile terapeuter. Samtidig kan LHB-bekreftende behandling være ekstra virkningsfullt dersom det kommer fra en heterofil terapeut. Å matche LHB-pasienter med LHB-terapeuter kan gi både positive og negative konsekvenser. Det kan føre til økt trygghet, forståelse og tillitt, men også mindre utforskning av enkelte temaer. For å kunne matches med en LHB-terapeut må pasienten komme ut som LHB. Det kan tenkes at en på den måten går glipp av pasienter som er usikre på sin seksuelle

orientering eller som velger å skjule den ved inntak. Seksuell orientering noe spesielt, da det kan innebære å være del av en stigmatisert seksuell minoritet. Kanskje handler ikke matching basert på seksuell orientering om å ha mest mulig kunnskap om pasienten, men heller å bidra til å skape trygghet i psykiske helsetjenester. Psykologer har fått grunnleggende kompetanse i ulike psykiske lidelser, og vil kunne møte mennesker med depresjon og behandle dette på en god måte. Kunnskap om temaer relatert til LHB derimot, er begrenset i både profesjonsutdanningen og veiledning, noe som kan bidra til at ikke alle terapeuter klarer å møte LHB-pasienter på en optimal måte.

Dersom seksuell orientering ikke skal ha noe å si for valg av terapeut bør psykologer ha et grunnleggende kunnskapsnivå om LHB-temaer. Samtidig ser det ut til å være lite fokus på seksualitet i utdanning, veiledning og praksis, og kanskje spesielt på biseksualitet (Petford, 2006). For å opparbeide seg slik kunnskap må temaene prioriteres. En kan trene på ikke-heteronormativ kommunikasjon (Utamsingh et al., 2016), samt hvordan man kan gjennomføre samtaler om en pasients seksuelle historie (White, 2013). Dette poengteres også i Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, som har som mål å *øke bevissthet og kompetanse om LHBTI-tematikk i helse- og omsorgstjenesten (Barne- og likestillingsdepartementet., 2016)*. Dette vil kunne bidra til at LHB-pasienter føler seg sikker på at de vil møte kompetente og åpne psykologer, uavhengig av psykologens seksuelle orientering. Psykologer bør også arbeide med å forstå egne følelser knyttet til egen seksuell orientering. For eksempel bør en ha tenkt gjennom hvordan det ville vært å møte pasienter som er LHB, lurer på om de er LHB eller uttrykker homonegative holdninger. Følelser som skam, angst og unngåelse kan påvirke hvordan terapeuten er i terapi, og bidra til at en ikke velger å utforske temaer relatert til seksuell orientering sammen med sin pasient (Silverman, 2000). Veiledning og praksis trekkes frem som viktige arenaer for utforskning av slike følelser og hvordan en best kan

håndtere dem (Silverman, 2000). For å optimalisere veiledning og praksis er det viktig at veiledere har forståelse og kunnskap om konsekvensene av å skjule sin seksuelle orientering i terapi, både for terapeuten selv og for terapi.

Mye av forskning innen LHB har sett på LHBT (lesbiske kvinner, homofile menn, bifile menn og kvinner, samt transpersoner) som en gruppe. Dette kan tenkes å bidra til at resultatene blir utydelige og inkonsekvente, da dette er en stor og heterogen gruppe. Videre forskning bør fokusere på de spesifikke undergruppene, og finne gruppens individuelle behov. Bifile ser ut til å ha særskilte utfordringer, noe som må tas på alvor og fokuseres på. Det trengs også empiriske studier på hvordan det var å komme ut i terapi for LHB-pasienter for å vite mer om hvorvidt dette er et problem eller ikke. Dette gjelder også norske utvalg.

Referanseliste:

Almås, E. (2017a). Heteronormativitet. Hentet fra <https://sml.snl.no/heteronormativitet>

Almås, E. (2017b). Seksuell identitet. Hentet fra https://sml.snl.no/seksuell_identitet

American Institute Of Bisexuality. The Klein Sexual Orientation Grid. Hentet fra <http://www.americaninstituteofbisexuality.org/thekleingrid/>

Anderssen, N., & Malterud, K. (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse/Uni Research AS

Anderssen, N., Malterud, K., & Slåtten, H. (2013). Levekår for lesbiske, homofile og bifile i Norge. Nasjonal spørreundersøkelse. In N. Anderssen & K. Malterud (Eds.), *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse/Uni Research AS.

Anderssen, N., & Slåtten, H. (2008). *Holdninger til lesbiske kvinner, homofile menn, bifile kvinner og menn og transpersoner (LHBT Personer). En landsomfattende representativ spørreundersøkelse, 2008*: The University of Bergen, Department of Psychosocial Science.

Anderssen, N., & Slåtten, H. (2013). Holdninger til lhbt-personer 2008-13. In N. Anderssen & K. Malterud (Eds.), *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse/Uni Research AS

APA. Commission on Psychotherapy by Psychiatrists. (2000). Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1719.

Barbara, A. M., & Chaim, G. (2004). Asking About Sexual Orientation During Assessment for Drug and Alcohol Concerns: A Pilot Study. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4(4), 89-109. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J160v04n04_06

Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og

- kjønnsuttrykk 2017-2020. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/trygghet-mangfold-apenhet/id2505393/>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). Skeiv. Hentet fra
https://www.bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/S/Skeiv/
- Bartlett, A., Smith, G., & King, M. (2009). The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation. *BMC Psychiatry*, 9(1), 11. doi:10.1186/1471-244x-9-11
- Bashan, F. (2005). Therapist self-disclosure of their sexual orientation: From a client's perspective [Abstract]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65(12-B), 6640.
- Bjork, D. (2004). Disclosure and the Development of Trust in the Therapeutic Setting. *Journal of Lesbian Studies*, 8(1-2), 95-105.
doi:http://dx.doi.org/10.1300/J155v08n01_06
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2007). Being lesbian – does the doctor need to know? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 58-62.
doi:10.1080/02813430601086178
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4), 238-243.
doi:10.3109/02813430903226548
- Bjørkman, M. (2012). *Lesbisk selvtillit–lesbisk helse. Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner (Doktoravhandling)*. Bergen. Hentet fra
http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5996/45096%20Bj%2b%c2%a9rkman%20main_thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Bridges, S. K., Lease, S. H., & Ellison, C. R. (2004). Predicting Sexual Satisfaction in Women: Implications for Counselor Education and Training. *Journal of Counseling & Development, 82*(2), 158-166. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00297.x
- Canton-Dutari, A. (1974). Combined intervention for controlling unwanted homosexual behavior. *Archives of Sexual Behavior, 3*(4), 367-371.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF01636442>
- Carroll, L., Gauler, A. A., Relph, J., & Hutchinson, K. S. (2011). Counselor Self-Disclosure: Does Sexual Orientation Matter to Straight Clients? *International Journal for the Advancement of Counselling, 33*(2), 139-148. doi:10.1007/s10447-011-9118-4
- Cass, V. C. (1979). Homosexuality Identity Formation. *Journal of Homosexuality, 4*(3), 219-235. doi:10.1300/J082v04n03_01
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences, 5*(4), 565-575. doi:10.3390/bs5040565
- Evans, M., & Barker, M. (2010). How do you see me? Coming out in counselling. *British Journal of Guidance & Counselling, 38*(4), 375-391.
doi:10.1080/03069885.2010.503698
- 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. doi:10.1002/jclp.1148
- Fredericks, E., Harbin, A., & Baker, K. (2017). Being (in)visible in the clinic: A qualitative study of queer, lesbian, and bisexual women's health care experiences in Eastern Canada. *Health Care for Women International, 38*(4), 394-408.
doi:10.1080/07399332.2016.1213264
- Gabriel, M. A., & Monaco, G. W. (1995). Revisiting the question of self-disclosure: The lesbian therapist's dilemma. In *Lesbians and psychoanalysis: Revolutions in theory and practice* (pp. 161-172). New York, NY: Free Press; US.

- Galupo, M. P., Mitchell, R. C., Gryniewicz, A. L., & Davis, K. S. (2014). Sexual Minority Reflections on the Kinsey Scale and the Klein Sexual Orientation Grid: Conceptualization and Measurement. *Journal of Bisexuality, 14*(3-4), 404-432. doi:10.1080/15299716.2014.929553
- Gibson, M. F. (2012). Opening Up: Therapist Self-Disclosure in Theory, Research, and Practice. *Clinical Social Work Journal, 40*(3), 287-296. doi:10.1007/s10615-012-0391-4
- Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European journal of clinical investigation, e12931*.
- Grøndal, P. (2008). Homofil legning - risikofylt kjærlighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45*(2), 172-173. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=201594&a=3
- Grønningsæter, A. B., Kristiansen, H. W., & Lescher-Nuland, B. R. (2013). *Holdninger, levekår og livsløp : forskning om lesbiske, homofile og bifile*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Guthrie, C. (2006). Disclosing the Therapist's Sexual Orientation: The Meaning of Disclosure in Working With Gay, Lesbian, and Bisexual Patients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 10*(1), 63-77. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J236v10n01_07
- Hall, D. A., & Farber, B. A. (2001). Patterns of patient disclosure in psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 29*(2), 213-230. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/jaap.29.2.213.17262>
- Harris, A. J. L. (2015). *To disclose or not to disclose? The LGBT therapist's question*. University of Lincoln. Hentet fra

http://eprints.lincoln.ac.uk/22816/1/22816%20DCP_1415_RPV_4194596_12353909_Research_Portfolio_Viva_amended.pdf

Hawkes, G. (2007). Plastic Sexuality. In *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*: John Wiley & Sons, Ltd.

Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf

Helsestasjon for kjønn og seksualitet. "Om oss". Hentet fra

<https://www.facebook.com/Helsestasjon-for-kj%C3%B8nn-og-seksualitet-268912529818730/>

Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical psychology review, 30*(1), 63-77. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.004.

Herlands, N. (2006). Gay Patient, Gay Analyst: Is it all About Sex? Clinical Case Notes from a Contemporary Freudian View. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 10*(1), 95-108. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J236v10n01_09

Hirsch, O., Loltgen, K., & Becker, A. (2016). Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Family Practice, 17*. doi:10.1186/s12875-016-0562-4

- Hofgaard, T. L. (2010). Diagnosenes definisjonsmakt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(8), 763. Retrieved from http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=120649&a=5
- Holthe-Berg, H. (2012). "normalisere det... ved å ikke snakke om det": Om kjønn, seksualitet og identitet i terapeutiske interaksjoner (Masteroppgave).
- Jeffery, M. K., & Tweed, A. E. (2015). Clinician self-disclosure or clinician self-concealment? Lesbian, gay and bisexual mental health practitioners' experiences of disclosure in therapeutic relationships. *Counselling & Psychotherapy Research*, 15(1), 41-49. doi:10.1002/capr.12011
- Jusleksikon. (2017). Straffeloven § 213 (Opphevet). Hentet fra [https://jusleksikon.no/wiki/Straffeloven_%C2%A7_213_\(Opphevet\)](https://jusleksikon.no/wiki/Straffeloven_%C2%A7_213_(Opphevet))
- King, M., Semlyen, J., Killaspy, H., Nazareth, I., & Osborn, D. (2007). A systematic review of research on counselling and psychotherapy for lesbian, gay, bisexual & transgender people. *British Association for Counselling and Psychotherapy*.
- Kinsey Institute. The Kinsey Scale. Hentet fra <https://www.kinseyinstitute.org/research/publications/kinsey-scale.php>
- Knox, S., & Hill, C. E. (2003). Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 529-539. doi:doi:10.1002/jclp.10157
- Kooden, H. (1994). The gay male therapist as an agent of socialization. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 2(2), 39-64. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J236v02n02_03
- Kronner, H. W. (2013). Use of Self-Disclosure for the Gay Male Therapist: The Impact on Gay Males in Therapy. *Journal of Social Service Research*, 39(1), 78-94. doi:10.1080/01488376.2012.686732

- Langfeldt, T., & Porter, M. (1986). Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings.
- Law, M., Mathai, A., Veinot, P., Webster, F., & Mylopoulos, M. (2015). Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: a qualitative study. *BMC Family Practice*, *16*. doi:10.1186/s12875-015-0389-4
- Leo, J., Baker, M., Peck, P., & Forstein, M. (2014). Emerging from shame: Sexual identity, countertransference, and self-disclosure in a long-term psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, *22*(4), 231-240. doi:10.1097/hrp.0000000000000043
- Lescher-Nuland, B. R., & Gautun, H. (2010). *Helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile : en litteraturgjennomgang*. Oslo: Fafo.
- Levounis, P., & Anson, A. J. (2012). Sexual identity in patient-therapist relationships. In *The LGBT casebook* (pp. 73-83). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc ; US.
- Liddle, B. J. (1997). Gay and lesbian clients' selection of therapists and utilization of therapy. *Psychotherapy*, *34*(1), 11-18. doi:10.1037/h0087742
- Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, *340*. doi:10.1136/bmj.c810
- Love, M., & Farber, B. A. (2017). Let's not talk about sex. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(11), 1489-1498. doi:10.1002/jclp.22530
- Magee, F., & Spangaro, J. (2017). Coming out of the Therapy Closet: Women's Disclosure of Same-sex Attraction in Counselling. *Australian Social Work*, *70*(3), 350-362. doi:10.1080/0312407X.2016.1275027

- Malterud, K., & Bjørkman, M. (2013). I SKAPET ANNO 2012: En kvalitativ studie om situasjoner der lesbiske, homofile og bifile i Norge skjuler sin seksuelle orientering. In N. Anderssen & K. Malterud (Eds.), *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse/Uni Research AS.
- McNair, R., Hegarty, K., & Taft, A. (2015). Disclosure for same-sex-attracted women enhancing the quality of the patient-doctor relationship in general practice. *Australian Family Physician*, 44(8), 573-578. Hentet fra https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2015/August/August_Research_McNair.pdf
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, W. S. (2013a). Part 1: The Psychoanalyst and the “Homosexual”: A Long, Dark Journey Into Light. *Smith College Studies in Social Work*, 83(1), 18-35. doi:10.1080/00377317.2013.746920
- Meyer, W. S. (2013b). Part 2: Homosexuality uncured: Reflections of a former analysand. *Smith College Studies in Social Work*, 83(1), 36-44. doi:10.1080/00377317.2013.746921
- Moore, J., & Jenkins, P. (2012). 'Coming out' in therapy? Perceived risks and benefits of self-disclosure of sexual orientation by gay and lesbian therapists to straight clients. *Counselling & Psychotherapy Research*, 12(4), 308-315. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2012.660973>
- Murphy, T. F. (1992). Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *The Journal of Sex Research*, 29(4), 501-523. doi:10.1080/00224499209551664

- Newberger, J. (2015). The (K)not of self-disclosure: One therapist's experience. *Psychoanalytic Social Work*, 22(1), 39-51. doi:10.1080/15228878.2013.849203
- Ohnstad, A. (2005). Speaking vulnerable issues into existence: Their consequences for psychotherapy. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66_suppl), 24-28. doi:10.1080/14034950510033336
- Ohnstad, A. (2009). If I Am Not Straight or Gay, Who Am I? *Clinical Social Work Journal*, 37(4), 357-367. doi:10.1007/s10615-009-0210-8
- Ohnstad, A. (2016). Ambiguity as a Strategy for Negotiating Identity. *FLEKS: Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice*, 3(1). doi:10.7577/fleks.1682
- Orne, J. (2016). "Coming out, disclosure and passing". In A. E. Goldberg (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of LGBT Studies*. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483371283.n89>
- Patton, J. (2009). Engendering a new paradigm: Self-disclosure with queer clients. In *Psychotherapist revealed: Therapists speak about self-disclosure in psychotherapy* (pp. 181-192). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; US.
- Pedersen, W. (2005). *Nye seksualiteter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Petford, B. (2006). Therapy from the Fence: Therapists Who Self-Identify as Bisexual and Their Approach to Therapy. *Journal of Bisexuality*, 5(4), 19-33. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J159v05n04_03
- Porter, J., Hulbert-Williams, L., & Chadwick, D. (2015). Sexuality in the therapeutic relationship: An interpretative phenomenological analysis of the experiences of gay therapists. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(2), 165-183. doi:10.1080/19359705.2014.957882
- Quinones, T. J., Woodward, E. N., & Pantalone, D. W. (2017). Sexual minority reflections on their psychotherapy experiences. *Psychotherapy Research*, 27(2), 189-200. doi:10.1080/10503307.2015.1090035

- Reinholdt, N. P. (2000). Oppfølgingsprosjekt - Tiltak mot selvmord 2000 –2002. *Suicidologi*, 5(3). doi:<http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.1377>
- Roller, C. G., Sedlak, C. A., Draucker, C. B., Veney, A., Leifson, M. A., & Sanata, J. D. (2016). Managing the Conversation: How Sexual Minority Women Reveal Sexual Orientation. *Jnp-Journal for Nurse Practitioners*, 12(6), E259-E266. doi:10.1016/j.nurpra.2016.02.010
- Rosario-Perez, J. (2000). Encountering the other: Heterosexual therapists discuss their work with gay men in psychodynamic therapy [Abstract]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(5-B), 2778.
- Rossmann, K., Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1390-1410. doi:10.1080/00918369.2017.1321379
- Russell, G. M. (2006). Different Ways of Knowing: The Complexities of Therapist Disclosure. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 10(1), 79-94. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J236v10n01_08
- Schwartz, R. D. (1989). When the therapist is gay: Personal and clinical reflections. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 1(1), 41-51. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J236v01n01_06
- Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210-221. doi:10.1037/a0022251
- Silverman, S. (2000). Inevitable disclosure: Countertransference dilemmas and the pregnant lesbian therapist. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 4(3-4), 45-61. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J236v04n03_04

Skeivt arkiv. Tidslinje. Hentet fra <https://skeivtarkiv.no/tidslinje#event-seksuelle-perversjoner>

Smith, B. L., & Tang, N. M. (2006). Different differences: Revelation and disclosure of social identity in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(1), 295-321.

Store norske leksikon. (2014). Heteronormativitet In E. E. Benestad (Ed.).

Thomas, M. C. (2008). Shades of gray: Lesbian therapists explore the complexities of self-disclosure to heterosexual clients. (Doktoravhandling). Smith College, Massachusetts.

Utamsingh, P. D., Richman, L. S., Martin, J. L., Lattanner, M. R., & Chaikind, J. R. (2016). Heteronormativity and practitioner-patient interaction. *Health Communication*, 31(5), 566-574. doi:10.1080/10410236.2014.979975

Venetis, M. K., Meyerson, B. E., Friley, L. B., Gillespie, A., Ohmit, A., & Shields, C. G. (2017). Characterizing sexual orientation disclosure to health care providers: Lesbian, gay, and bisexual perspectives. *Health Communication*, 32(5), 578-586. doi:10.1080/10410236.2016.1144147

W. Cole, G., & Drescher, J. (2006). *Do Tell: Queer Perspectives on Therapist Self-Disclosure—Introduction* (Vol. 10). https://doi.org/10.1300/J236v10n01_01

Wagner, C., & Rossel, E. (2006). Conversion therapies for homosexual patients [Abstract]. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38(3), 603-612.

White, J. C. (2013). Taking a client's sexual history. In *Psychologists' desk reference*, 3rd ed (pp. 76-82). New York, NY: Oxford University Press; US.

Wichstrøm, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population [Abstract]. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 144-151. doi:10.1037/0021-843X.112.1.144

Øverås, H. (2010). Både spesielt og ikke spesielt: BUP-terapeuters møte med ikke-heterofil ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(6), 514-517. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2010/514-517.pdf>