

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 29/2018

**SEKSUELL HELSE I ET LIVSLANGT
UTVIKLINGSPERSPEKTIV - eller kunsten å "komme
ut" gjennom hele livet.**

**THE ART OF COMING OUT THROUGHOUT LIFE. An integrative approach
to sexual health with a lifespan perspective**

Mette Aakerholm Gardell *

* Psykoterapi, en integrativ tilnærming VIT400 Terapeutiske intervensjoner, Kandidat 105, Universitetet i Sør-Øst Norge 2018.

In Verbindung mit der **Norsk Forening for integrativ terapi**, Oslo, www.integrativ.terapi.no und der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

DIE KUNST, NACH DEM COMING OUT DURCH DAS LEBEN ZU KOMMEN. Ein integrativer Ansatz der sexuellen Gesundheit in der Lebensspanne

Ausgangspunkt dieses akademischen Textes war, dass mir eine Mitstudentin riet zukünftig keine LGBTQ (Menschen, die sich als lesbisch, schwul, bisexuell, trans und queer identifizieren) zu behandeln.

Indem ich mich mit 16 Jahren durch mein „Coming out“ als Lesbe bezeichnete und durch die Geschichte eines "wahren Selbst" das einer homogenen Gruppe angehört, fühlte ich mich begrenzt und fast beengt, immer auf den Barrikaden, immer kämpfend. Psychische Phänomene wie Angstzustände, Panikattacken sowie Körper- und Rückenschmerzen waren Symptome, mit denen ich mich beschäftigte. Traurig und ohne Energie.

Der Standpunkt der Integrativen Therapie von Akzeptanz und Offenheit, inspirierte bald meine Mitstudenten und meine eigene Sichtweise. Ich begann die Sexualität mit mehr Neugierde und Bewusstsein darüber zu betrachten, wie sie meine Gesundheit und Identität beeinflusst hatte. Ich kam in Kontakt mit meinem Körper, meinen Sinnen, meinen Bedürfnissen und Grenzen. Es wurde mir bewusst, dass mein feministisch politisch geprägter Standpunkt, der stark von Freuds sexuellen theoretischen und psychoanalytischen Ideen beeinflusst war, gleichzeitig auch meine eigene persönliche Entwicklung und den Glauben an mich selbst in Zukunft gebremst hätte, mit einem Mangel an Kontrolle über meine eigene Sexualität. Der integrative Ansatz als ein interdisziplinäres, mehrperspektivisches Verfahren, mit einem systematischen Integrationsmodell öffnete mir die Augen und ich erkannte, dass ich mir darüber im Klaren sein musste, dass das was ich als sexuelle Gesundheit betrachtete, sich für meine zukünftigen Klienten und Klientinnen möglicherweise anders darstellen könnte. Es könnte sogar sein, dass sich meine eigenen Vorstellungen über sexuelle Gesundheit im Laufe der Zeit wandeln.

Die Entwicklung in der Lebensspanne, wie es die Integrative Therapie sieht und wie sich das auf unsere Sexualität auswirkt, veranschauliche ich anhand eines Beispiels aus der Definition der Sexualität durch die WHO und der Veränderung dieses Textes im Laufe der Zeit. Es zeigt deutlich, wie sich Zeit und Kultur auf unseren Umgang mit der Problematik auswirken. Ich stelle das Konzept der Identität aus einer integrativen Perspektive vor und untersuche wie sich das auf die persönliche sexuelle Identität, auf das Leben, die Interessen der Gesellschaft und die Konstellationen von Macht und Werten auswirkt.

Michel Foucault kritisiert in der Geschichte der Sexualität den normativen Glauben, dass die Wahrheit in der Sexualität liegt. Er bemängelt, dass im Christentum die Beichte als Weg zum "wahren inneren Selbst" bezeichnet wird und sieht das „Coming Out“ von sexuellen Minderheiten als ähnlichen Bekenntnisprozess. Und ich stimme zu: warum sollte man etwas gestehen, wenn man nichts falsch gemacht hat?

Ich erwähne weitere Forschung die zeigt, dass sowohl Therapeutinnen und Therapeuten als auch Klientinnen und Klienten Angst haben, Sexualität in den Sitzungen anzusprechen. Therapeutinnen und Therapeuten raten ihren Klienten oft Sexualtherapie aufzusuchen, anstatt sich mit dem Thema innerhalb der Psychotherapie zu befassen. Aber die Forschung zeigt auch, dass Menschen oft wegen anderer Themen als der Sexualität behandelt werden und dass es am Ende fast immer darum geht.

Ich führe deshalb weiter aus, warum das Konzept der Identität in der Integrativen Therapie für mein Argument revolutionär ist. Die Werkzeuge der Identität sind nicht nur kreativ, was sehr stark mit Emotionen und Sexualität verbunden ist, sie eröffnen auch die Möglichkeit alle Aspekte des Lebens aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, je nach dem was der Klient und die Klientin interessant und sinnvoll finden.

Es lädt Klientinnen und Klienten ein, anstatt auf etwas zu beharren oder etwas erzwingen zu wollen. Körperliche Reaktionen, Affekte und Kognition - und die damit verbundene Neugierde - kann sich für neue Nuancen öffnen, statt auf einer strengen und genauen Kategorisierung zu beharren, einer fixierten Identität. Nach meiner Erfahrung ist es bereits eine Intervention, alle anderen Aspekte des Lebens hervorzuheben, ebenso in einem kontinuierlichen heuristischen Prozess von den Phänomenen auf die Struktur zu schließen, anstatt zu diagnostizieren und zu etikettieren.

Im Folgenden werde ich über Salutogenese und die Konzentration auf Ressourcen und kreative Anpassung sprechen, im Vergleich zum Essentialismus. Die Biologie, der gesellschaftliche Fokus auf die Reproduktion und Institutionalisierung von Gefühlen, haben mir geholfen meine Sehnsucht Mutter werden zu wollen zu akzeptieren und wertzuschätzen, zu dieser Welt zu gehören, Teil der Natur und einer körperlichen Erweiterung zu sein, von Generation zu Generation in die Zukunft hinein, anstatt mich zu schämen oder mit einem verinnerlichten Selbsthass zu leben.

Das "Trauma des Zurückhaltens" hat die frühere Generation von LGBTQ-Menschen, die nach dem Zweiten Weltkrieg aufwuchs - als Homosexualität verboten und als Krankheit diagnostiziert wurde - stark getroffen. Meine Forschung wird nun mittels meines neuesten künstlerischen Werkes "Living. Loving" in den Kinos von ganz Schweden gezeigt. Es porträtiert drei verschiedene Personen, die in Europas erstem Seniorenwohnheim für LGBTQ-Menschen einziehen. Ich toure jetzt mit dem Film und einem Vortrag über das Identitätskonzept einer lebenslangen Entwicklung. Die Grundbotschaft des Films ist, dass wir uns selbst durch den Körper spüren und erleben müssen. Die offene und akzeptierende Haltung der Integrativen Therapie und die ganzheitliche kreative, wissenschaftlich fundierte Vorgehensweise, gehen über Kategorisierungen und Festlegungen hinaus und werden in der klinischen Behandlung von Menschen, die sich als LGBTQ identifizieren, in Zukunft sehr wichtig sein.

Sexuelle Gesundheit erfordert eine bewusste sexuelle Identität. Ich sehe mich heute als durch Wissen emanzipierte Psychotherapeutin mit einem integrativen Ansatz, offen für jede Variante von Sexualität als natürliche Variante des Menschseins.

Schlüsselwörter: Entwicklung in der Lebensspanne, Salutogenese, Identitätskonzept, LGBTQ, Integrative Therapie.

Additional Reading: *Petzold, H. G., Orth, I, (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten.* In: *Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision.* Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu "Genderintegrität". Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195-299. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2014-petzold-h-g-orth-i-genderintegritaet-als-neues-leitparadigma-fuer-supervision.html>

SUMMARY: THE ART OF COMING OUT THROUGHOUT LIFE. An integrative approach to sexual health with a lifespan perspective

I had the first initial thought about the subject matter of this essay when a fellow student advised me to avoid LGBTQ (people identifying as lesbian, gay, bisexual, trans and/or queer) clients in my future therapy practise.

When I initially began my studies, I had a general notion of how I would address being an outspoken lesbian and therapist. Would my open attitude enable me to be the ideal therapist for all future clients? Identifying as a lesbian, 'coming out' at the age of 16 when I apparently found my 'true self' – from then on belonging to a homogeneous group, I somehow felt limited, suffocated, always on the outside, always fighting against something. As an adult I started to suffer from anxiety, panic attacks and body/back pain, and was emotionally depressed and low on energy.

The approach adopted by integrative therapy – to remain open and accepting – soon inspired and challenged both my fellow student and my own categorical perspective. I became more curious of my sexuality, aware of how it had affected my health and identity. I was able to reach my own body, my senses and connect with my needs and boundaries. I became aware of how my perspective – being politically feminist – but a feminist point of view strongly affected by Freudian sexual theory and psychoanalysis – had certainly stunted my own personal development and had a negative impact on my self-esteem. In turn, I lacked control over my own sexuality.

Adopting an integrative approach – with an interdisciplinary methodology and systematic integration model – was an eye opener. I soon realized it was high time I examined my approach to sexual health, as it could affect my future clients. And perhaps it affected me as well?

In this essay, I illustrate how context affects how we previously considered and still currently think of sexuality with an example from the World Health Organisation's definition of sexuality. I also address how that definition has altered over time, a sign of how culture affects how we address sexuality. I also introduce the Concept of Identity from an integrative perspective, and examine how one's personal perspective on life, societal interests and constellations of power and values also impact one's identity.

Michel Foucault criticises the normative belief that truth lies in sexuality. He argues that in Christianity, confession offers the way to one's true inner self, and that the manner in which a sexual minority 'comes out' (once) is similar to a religious confession. Why confess, when you haven't done anything wrong?

I further include research on how both therapists and clients are afraid of introducing sexuality into sessions. Therapists often advise clients to seek the help of a sexologist, rather than addressing sexuality in psychotherapy. Research also shows that people often seek treatment for other issues than sexuality, but that eventually sexuality enters the picture. The Concept of Identity in integrative therapy is revolutionary for my argument. Working with Identity Pales is not just creative - which is very connected to emotions and sexuality - it opens you up, looking at every aspects of life, in the order that the individual client finds it interesting or meaningful. In a multi perspective.

This therapeutic tool invites the client in, rather than insisting or forcing. Bodily-based behaviours, affects and cognition – and the curiosity that accompanies these – can unlock nuances instead of providing stringent, strict categorisation, forcing a person to accept a fixed identity. In my experience, highlighting all aspects in life is in itself an intervention. The overload of the sexual identity and the culture, language and history can be a lot to carry for the unique Body subject. Being aware of the phenomena becoming a structure in a constantly heuristic process, rather than diagnosing or labelling is a healing process in my opinion. Especially in a time where feelings and sexuality is politic – because it is a question of human rights and equality.

I go on to discuss Salutogenesis and the focus on resources and creative adjustment as compared to essentialism and biology, the way in which society focuses on reproduction and institutionalising feelings.

When I got a grip on how I was strongly influenced by a feministic point of view focusing on essentialism, biology and reproduction, I did not any longer feel ashamed of my longing to become a mother in an “alternative way”, to belong to this world, to be a part of nature, connecting generation to generation and to the future.

But I had to “come out” again as a lesbian mother. The trauma of “holding back” has strongly impacted the older generation of LGBTQ individuals – those born just after WWII – when homosexuality was forbidden and individuals were diagnosed with an illness. I researched this in my latest film *Living. Loving*, which is now screening in cinemas throughout Sweden. In it, I tell the story of three people living in Europe’s first retirement home for LGBTQ people. When on tour with the film, I lecture on the concept of identity as viewed from a lifespan developmental approach.

The open, accepting attitude of integrative therapy and its integrating, holistic, creative, scientifically rooted methodology exceeds categorisation. It will become crucial in the future when clinically treating people identifying as LGBTQ. Sexual health requires us all to take a deliberate approach to our sexual identity. I now consider myself to be an emancipated individual fortified by research and knowledge. As a psychotherapist, I adopt an integrative approach, encouraging everyone to become aware of their sexuality as a natural part of themselves, something affecting all aspects of becoming a healthy person.

Keywords: Lifespan Development, Salutogenesis, Identity Concept, LGBTQ, Integrative Therapie.

Additional Reading: *Petzold, H. G., Orth, I, (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195-299. <http://www.fpi-publication.de/supervision/alle-ausgaben/04-2014-petzold-h-g-orth-i-genderintegritat-als-neues-leitparadigma-fuer-supervision.html>*

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	s. 3
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	s. 3
1.2 Integrativ Metode.....	s. 3
1.3 Avgrensning.....	s. 3 - 4
2 Hoveddel.....	s. 4
2.1 Integrativ terapi og fire veier til helse.....	s. 4
2.1.1 Teoretisk bakgrunn for helsekonseptet.....	s. 4 - 5
2.1.2 Teoretisk bakgrunn for identitetsteori.....	s. 5
2.1.3 Sykdomsforståelse i IT.....	s. 6
2.1.4 Antropologien om det skapende mennesket.....	s. 6 - 7
3 Analysen.....	s. 7
3.1 Hva er seksuell helse?.....	s. 7 - 8
3.1.1 Seksuell helse knyttet opp mot definisjon av seksualitet.....	s. 8
3.2.1 Økende psykiske lidelser hos minoriteter i Norge i dag.....	s. 9
3.2.2 Er seksualitet fortsatt tabu?.....	s. 9
3.3 Diskurs: Essensialisme vs. konstruksjon.....	s. 9
4 Drøfting.....	s. 10
4.1 Mitt personlige prosjekt.....	s. 10
4.2 Paradokset individ og samfunn.....	s. 11 - 12
4.3 Selverfaring.....	s. 12 - 14
4.4 Seksuelle traumer og å återvinne seksuell helse.....	s. 13 - 16
4.5 Hva var virkningsfullt for meg i et integrativt perspektiv?.....	s. 14 - 15
4.5.1 Betydelsen av den terapeutiske relasjon.....	s. 15
4.5.2 Fremgangsmåter, teknikker og medier i IT.....	s. 15
4.5.3 Helhetlig tilnærming.....	s. 15 - 16
4.5.4 Identitetssøylene - et stimulerende kreativt verktøy.....	s. 16
4.5.5 "Interkroppslighet".....	s. 16 - 17
5 Konklusjon.....	s. 17 - 19
6 Litteraturliste.....	s. 20 - 22

1. INNLEDNING

1.1 Presentasjon av problemstilling.

Hvordan kan man forstå seksuell helse i lys av aktuell forskning og identitetsteori fra Integrativ terapi, og hvilke følge kan dette gi for terapeutisk arbeid med mål om å bevare, utvikle eller gjenvinne, seksuell helse?

1.2 Integrativ metode

I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hvordan Integrativ terapi, en humanistisk metode, ser på veier til helse. Dette vil jeg videre teste i forhold til seksuell helse. Jeg vil deretter legge fram aktuell forskning som viser hvordan terapeuter og klienter forholder seg til seksualitet i behandling i dag ut i fra offentlige rapporter, handlingsplaner og masteroppgaver. Jeg vil belyse Hilarion Petzolds Identitetsteori, og teste dette mot seksuell identitet.

Deretter vil jeg undersøke seksuell helse med helsekonseptet "Lifespan-development Aproach", livslang utvikling.

1.3 Avgrensning

Jeg avgrenser oppgaven ved å unnlate Sigmund Freuds seksualteori, fordi teorien har ensidig fokus på årsaksforklaringer som ligger i det ubevisste sjelsliv og erfaringer i barndommen. Jeg utelukker også feministiske strømninger som satte preg på seksualitetdebatten på 70-tallet, med særlig utgangspunkt i psykoanalysen, selv om jeg personlig er preget av det i min tenkning. Men jeg synliggjør at jeg er påvirket av en tid der seksualitet og det personlige ble politikk. Derimot vil jeg løfte fram diskursen som kom i kjølevannet av Freud; diskursen om konstruksjon og essensialisme og hvordan sexologisk forskning og utviklingspsykologi forholder seg til begrepet seksuell helse i dag.

Fordi Integrativ terapi alltid tar utgangspunkt i og bevarer opplevelsen i egne følelser vil jeg beskrive min egen seksuelle helse gjennom mitt forløp i utdannelsen og hvordan min seksualitet har preget meg i den tiden jeg har levd og påvirket min helse og identitet. Også i framtiden som Integrativ terapeut.

Mitt personlige prosjekt blir hvordan jeg kan være terapeut, som lesbisk?

Jeg vil videre diskutere "taushetstraumet" og se det i lys av Foucaults maktanalyse og "hvorfor seksualiteten ble omformet til et middel for å kontrollere mennesket".

Min hypotese er at Integrativ tilnærming med menneskesynet og kreative teknikker kan bidra i psykoterapeutisk behandling på en annen måte i behandling av seksuell helse. Med et interdisiplinært metodemangfold og en systematisk integrasjonsmodell som er nødvendig i takt med samfunnsutviklingen. Og kanskje kan det være at det jeg anser er seksuell helse for meg i dag, kanskje innebærer noe annet for en av mine framtidige klienter?

2. HOVEDDEL

2.1 Integrativ terapi og fire veier til helse.

Helse betraktes i Integrativ terapi som en subjektiv opplevd kvalitet ved menneskets livsprosess og kjennetegnes ved at mennesket opplever:

1. Seg selv hel og individuell, samtidig som de er knyttet til sin livssammenheng (til sin tid og sine omgivelser).
2. Å håndtere kritiske hendelser på en adekvat måte i spennet mellom beskyttelses- og risikofaktorer.
3. Mulighet til å utfolde sitt kroppslige, psykiske, kognitive, sosiale og økologiske potensial på en ko-kreativ og konstruktiv måte.
4. Utvikling av koherens, mening, integritet og velbehag.

Integrativ terapi (IT) som metode har ko-respondensmodell som filosofisk grunnlag og erkjennelsesteorien og den hermeneutiske spiral; forutsetter et Leib apriori, et bevissthets apriori og et sosialitets apriori. Et livssubjekt (Leib-subjekt) der forstyrrelser i en del alltid virker inn på en annen del, eller på hele mennesket. Sosialkonstruktivismen som samfunnsteoretisk perspektiv og eksistensialismen er ramme for forståelse og blir vesentlig i denne oppgaven. Det blir også antropologien om det skapende mennesket.

2.1.1 Teoretisk bakgrunn for helsekonseptet

Hilarion Petzold, en av grunnleggerne av IT, sier at det ikke er mulig å finne fram til noen endelig teori om mennesket fordi menneskets personlighet ikke er statisk, men foranderlig ettersom den alltid er knyttet til den aktuelle tid og kultur. (Höhmann-Kost, 1991, s 14)

Menneskets økende fremmedgjøring fra naturlige prosesser i det 20. århundre har påvirket

personlighet og at det er vesens forskjell på kvinner og menn fordi "personligheten er alltid uløselig knyttet til menneskets kjønnsidentitet" (Eichbaum/Orbach, 1984 s. 33)

Psykoterapi - med en integrativ tilnærming vil forholde seg til flerperspektivistisk og transdisiplinær til identitetsbegrepet. Identitet konstituerer seg gjennom forhandling om grenser gjennom ko-respondanse, konsens-dissens prosesser mellom subjekter i sosiale nettverk og verdener.

Identitetsdanning er en jeg funksjon som knyttes til selvattribusjon (kognitiv-, emosjonell-vilje prosess og fremmedattribusjon.) (Petzold)

Selvattribusjon handler om at jeg ser meg selv, føler, vurderer, sammenligner meg med andre og inntar ulike "roller" og bærer visse egenskaper.

Fremmedattribusjon handler om at jeg ser på meg selv gjennom det andre tilskriver meg, vurderer meg som, tillegger meg "roller" og egenskaper og tar det inn i mitt personlighetssystem gjennom det limbiske system der amygdala markerer om det er farlig eller ikke. I hippocampus får det en emosjonell og kognitiv vurdering. I prefrontal korteks blir det kognitivt innbygget og innordnet.

Utviklingspsykologisk er vi født inn i relasjon og utvikler identitet i samspill med andre og i samspill med oss selv og alle ens livsrom eller områder for identitet. I følge Petzold er identitetsbegrepet i IT knyttet opp mot ressurskonseptet - terapeuten må utnytte menneskets mangfoldige uttrykksmuligheter og innfallsvinkler til utvikling.

2.1.2 Teoretisk bakgrunn for Identitetsteori.

I følge Petzold er det to store strømninger innen identitetsteori som må diskuteres når det kommer til det komplekse begrepet identitet. (Vatnøy, 2005)

William James (1884, 1894) definisjon av identitet som et psykologisk begrep som fokuserte på den sosiale dimensjonen og H. Eriksons (1981, 1973) identitetsteorier innen psykoterapien som åpnet for sosial påvirkning men fokuserte sterkt på individet - mer kjent innenfor den psykoanalytiske tradisjonen som kjennetegnes ved å ikke gå i dybden av den sosiale menneskelige dimensjonen ved å trekke inn sosialpsykologi og sosiologi.

Perspektivet til psykoterapi er når identitet blir sett på som selvinvestering og selvfornekkelse; blikket rettet mot egen opplevelse og handling av eget befinnende, følelser og tanker. Da vil mennesket oppleve seg som identisk i identifikasjon med seg selv og bygge opp sin selvrepresentasjon.

Opplevelsen av hvordan andre ser på en, blir ikke med i betraktningen.

Men Petzold mener disse retningene kan mellom sine fagdisipliner, berike hverandre. I følge James sin tradisjon (psykologiske) vil identiteten bli påvirket av hvordan andre oppfatter en - kollektive mentale bilder (oppfattelser) symboler (Mead, Goffman) og representasjoner (Vygotsky) virker inn på utvikling av personlighet og identitet. Eller "En sosial representasjon er et system av verdier, ideer og praksis med en dobbeltfunksjon" (Moscovici, 1976) oversatt av Vatnøy, 2005) Om det ikke fins koder eller sammenheng mellom indre og ytre, kommer det til konflikter både i innerverdenen og utenfor verdenen. Disse kollektive og personlige og subjektive mentale representasjonene blir dannet gjennom alle erfaringer i livet slik den gjennom følelser og kognisjoner har skapt mening for oss, som igjen vil virke tilbake på, og er påvirket av alles mentale bilder og symboler. Om det oppstår for stor avstand mellom dette kan det bli konfliktfyllt.

2.1.3 Sykdomsforståelse i IT.

Derfor rommer helsebegrepet i IT at utfoldelse ikke er en tilstand, en status quo, men utvikling og forandring. Utviklingsmuligheter og realisering av mulighetene er avgjørende for helse og et kjennetegn ved helse.

Det personlige synet på verden og samfunnsinteresser, maktkonstellasjoner og verdier påvirker også helse. I IT forstås sykdom som multifaktoriell med varig overbelastning der symptomer framtrer kroppslig, sjelelig, åndelig i menneskets sosiale forhold.

Og basert i et utvidet helse og sykdomsbegrep støtter den integrative tilnærmingen en "prosess-orientert" diagnostisk framgangsmåte: fra fenomener til strukturer til konsepter. (Vatnøy)

2.1.4 Antropologien om det skapende mennesket.

Livet blir i IT forstått som en personlig og felles utviklingsprosess (f.eks. en "konvoi"; (Petzold, 1995) der kultivering og sosialisasjon former personen. (Hurrelmann, 1995) der menneskene også former sin egen utvikling i permanent "identitetsarbeid" (Petzold, 1991, s. 333)

Målet i terapi er å støtte og anspore slike lange utviklingsprosesser. Det spesielle for den integrative tilnærmingen er oppmuntring og bruk av et ekspressivt, kommunikativt eller ko-kreativ potensial både i det kreativ-terapeutiske, som i det psykoterapeutiske feltet. (Petzold, 1996b; Petzold & Orth, 1990) Det finns et mål i det terapeutiske arbeidet om å høyne perspektivet og kvaliteten ved å "la det beste i ulike tradisjoner og praksisstrategier påvirke hverandre gjensidig" (Petzold)

Integrativ tilnærming ser menneskets utviklingspotensiale gjennom hele livsløpet men under ulike forutsetninger og rammer. At mennesket er fra naturens side et kreativt skapende vesen, med mangfoldige uttryksmuligheter og innfallsvinkler til utvikling. (Orth, Petzold, 1995) Og at det er terapeutens ansvar å utnytte disse mulighetene ut i fra egen spesialisering, klientens behov og egen interesse og personlighet, samt de praktiske rammene for terapien. Salutogenese og patogenese må ses på som et tidskontinuum i sin kontekst.

Det er læringsprosessene som er menneskets store potensial for utvikling, der læring er et mål i psykoterapi. "The Highest goal of learning: Surviving in Life quality" (Petzold 2002) der målet for læring i sin ytterste konsekvens er overlevelse. For å forstå den enkeltes identitetsutvikling må den ses i lys av en mangfoldig personlig og sosial virkelighet.

3 ANALYSEN

3.1 Hva er seksuell helse?

"Seksuell" har med forplantningen og de ledsagende drifter, lyster og atferd å gjøre. (Grunfeld, 2018) Det kommer av det latinske ordet sexus, "kjønn".

God helse er sammensatt og handler om mer enn fravær av sykdom. (Vatnøy,) Hvordan vi mestrer utfordringene hverdagen og livet gir oss, påvirker hvordan vi opplever egen helse. Blant personlige ressurser som påvirker vår helse, er vår seksualitet og vårt forhold til denne. Seksuell helse kan defineres som fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelses- faktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter.

På latin er helse "saluto" og salutogenese, er en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære.

Salutogenese ble utviklet som en motsatsteori til patologien, som vektlegger årsaker til sykdom. Innen den salutogene forståelsen har helse med holdningen til livet å gjøre; holdninger til å takle stress og uventede forhold. Den israelsk-amerikanske sosiologen Aaron Antonovsky kaller denne holdningen for «sense of coherence» (SOC) - en opplevelse av sammenheng. (Braut, 2008)

3.1.1 Seksuell helse knyttet opp mot definisjon av seksualitet.

Ordet seksualitet har mange definisjoner. Definisjonene gjennom tidene viser samfunnets endrede holdninger og utvikling. Det avspeiles i tidsriktige definisjonsendringer. (Aarnes, 2015, s 14)

WHO definerer seksualitet på forskjellig måte med ca. 20 års tidsforskjell;

(WHO 1986). "Seksualitet er en integrert del av et hvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den fins i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme, og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører hverandre og selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som seksuell. Seksualiteten påvirker altså våre tanker, handlinger og vårt samspill med andre mennesker."

Definisjonen sier noe om samfunnets diskurs om seksualitet. Den er mer individorientert enn relasjonell.

I 2006 kom WHO med en ny definisjon av seksualitet:

... et sentralt aspekt ved å være menneske gjennom livet omfatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet er opplevd og uttrykt i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner. Mens seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke alle av dem alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer. "

20 år etter er "kvinne og mann" erstattet med "kjønnsidentiteter og roller". Seksuell orientering er inkludert. Aarnes tolker endringen som at den ikke bare er basert på reproduksjon og trofaste forhold som varer livet ut, men at den forholder seg til nye diskurser i samfunnet. Det kommer tydelig frem i siste setning om hva seksualiteten kan influeres av. Denne definisjonsendringen kan sies å avspeile de endringer sexologien har hatt i denne tidsperioden.

3.2.1 Økende psykiske lidelser hos minoriteter i Norge i dag.

Psykologer velger ofte å henvise sexologiske problemstillinger videre, eller lar være å ta opp spørsmål som berører seksualitet, der man burde møte klienters problemer på et alment nivå. (Almås, Pirelli Benestad, 2004, s 3)

Mennesker opplever det som vanskelig å ta opp seksualitet i møte med helseomsorgen og terapeuter mangler kunnskap og velger ofte bort seksualitet som en naturlig del av terapien. (Barne- og likestillingdepartementet, 2018, *Trygghet, mangfold, åpenhet*) Det gjør igjen at mennesker med forskjellig traumatisert seksualitet, med forskjellige seksuelle orienteringer, kjønnsuttrykk og seksuell identitet, særlig de som i tillegg har annen minoritetsbakgrunn, føler seg både diskriminert, usynliggjort og stigmatisert i møte med helsevesenet. Samtidig som vi ser et større mangfold og akseptansen øker i vårt samfunn, så øker også den psykiske uhelsen.

3.2.2 Er seksualitet fortsatt tabu?

I vår vestlige kultur har seksualitet og reproduksjon vært et tabubelagt område lenge. Usynliggjøring og, eller manglende bevissthet om seksuell helse som ressurs blir mer påfallende.

Psykoterapeuter opplever det vanskelig å behandle og prate om temaet seksualitet i møtet med klienter, og derfor utelater temaet i klinisk praksis. (Aarnes, 2015) Seksuell adferd og samlivsformer har vært regulert og bestemt gjennom moralske og religiøse påbud i tillegg til juridiske lovverk. Men siden den seksuelle frigjøringen på 70-tallet er mange juridiske begrensninger tatt bort. Dersom sex fortsatt er tabu vil det være vanskelig å ta opp problemer som knytter seg til seksuell orientering, adferd og uhelse om behovet oppstår. Koblingen mellom reproduktiv helse og seksuell helse kan skape forventninger om en heteronormativ livsstil - det vil si at man går ut i fra at man tror at mennesker er heterofile. Det legger ofte premissene for samtalene som gjør det ytterligere vanskelig for den som faller utenfor.

Så hvordan skal man som psykoterapeut møte klienter på en annen måte? Behøvs det en utvidet og ny måte å forholde oss til seksualitet på?

3.3 Diskurs: Essensialisme vs. konstruksjon

Biologisk kunnskap bør inngå i de teoretiske forståelsesformer. (Almås, 2004)

Om jeg går til dagens diskurs om seksualsyn så både bunner den i essensialisme - noe bestandig, noe man ikke stiller spørsmålstegn ved og som er normalt, naturligt eller medfødt og noe som er konstruert - som kan leses som kunstig og uekte (Pristed, 2017) Men hvor kommer begrepene egentlig fra og hvilke valører tillegger vi de, spør artikkelforfatteren seg. Det fins ufattelig mange begreper som vi ikke kan forestille oss kan være anderledes fordi vi er så vane. Om vi ser nærmere etter kanskje vi kan oppdage noe annet, noe mer? Som sexolog får hun stadig spørsmålet "er det normalt"? Men hun opplever at seksualiteten er tidløs og at vi heller må begynne å diskutere hva som er essens og hva som er konstruksjon. Foucault mener at det er utelukkende konstruksjon. Hvis man insisterer på å se seksualitet som essens, defineres det normale av dem som har makten til å produsere virkelighet, sannhet og diskurs. (Normale kan også være det som forekommer ofte) Diskurs er ikke nødvendigvis diktert av "virkeligheten" (hva er virkelighet?) men av frykt, skyld, skam, egen vinning, politikk, økonomi, religion, vitenskap og makt.

4 DRØFTING

4.1 Mitt personlige prosjekt.

"Kjære Gud jeg har det godt. Takk for alt som jeg har fått." Året er 1976 og jeg er nyfødt i Tønsberg, Norge. Min mamma synger det hver kveld. Vi går i kirken på søndager og hun vil tro på noe større, en god gud, sier hun. Min pappa henger en kvist med røde moreller over mitt ansikt når jeg ligger i vognen, han henger frukt og bær så det dingler foran meg og sier: "Dette skal du like", sier han som en naturens hypnotisør. Han tror ikke på gud. Han tror på naturen. Jeg sovner midt på dagen ved havet mellom soltørket tang og steiner, insvøpt i hans badekåpe.

Midt i dette skjæringspunktet mellom gud- og naturtro har jeg vokst opp. Og dette sanseriket; Det salte havet, stenene, trærne, frukten og bærene var mitt utgangspunkt i livet. Der hadde jeg mangfoldige inntrykk og uttryksmuligheter.

Naturen har lært oss å bruke sansene og uttrykke oss kreativt. (Orth, 1995)

Hvordan skal jeg forholde meg som terapeut med min lesbiske identitet?

(Jeg fikk høre fra med-student at jeg burde unngå den klientgruppen om jeg skulle arbeide profesjonelt i framtiden) dette var min frykt og min utfordring da jeg startet min utdanning gjennom foreningen i 2008. I dag opplever jeg å ha en emansipert identitet, der jeg med

min kunnskap, transparans og regulering av egne grenser anser meg kunne bidra som psykoterapeut med integrativ tilnærming for ALLE mennesker i møte med seksualiteten som en naturlig del av alle aspekter av det å være et sunt menneske.

4.2 Paradokset individ og samfunn

Mitt narrativ av meg selv var den gangen et viktig og avgjørende moment i mitt liv da jeg "kom ut av skapet" og *ble* lesbisk. (metafor for LHBTQ om seksuell erkjennelse infor seg selv, og i særdeleshet andre.)

"Å komme ut av skapet" har blitt et *biktningens rituale* for homokampen, mener jeg. Da jeg kom ut som 16 åring hadde jeg gått gjennom enerkjennelsesprosess, en krise sammenblandet med Mononukleose (Kyssesyken) og hele kroppen min og utseendet hadde forandret seg og ble som et bilde på at jeg følte meg nærmere meg selv og egne verdier.

Deretter fulgte en tid av nysgjerrighet og glede; oppdagelsen av likhet med andre, samme verdier og stil. Det var følelsen av å ærefullt bære en kollektiv kamphistorie med dets symboler, bilder, språk; en kultur og kunst som stod for en gruppe. Vi kjempet en politisk kamp for synliggjøring og aksept. For retten til å elske hvem man vil. For like rettigheter. Og det krevde styrke; jeg så meg alltid som en dobbelt minoritet (lesbisk, kvinne) og definerte meg i forhold til noe annet - det heteronormative; ideen om at heteroseksualitet er den styrende seksualiteten i samfunnet.

Rapporten "Seksualitet som ressurs gjennom hele livsløpet" viser at mange lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (lhbt) i Norge har i dag gode liv. Lhbt-organisasjonene har synlige talspersoner i den offentlige debatten og i politikken. Levekårs-undersøkelser viser samtidig at det i lhbt-befolkningen er en større andel som betegner egen livskvalitet som dårlig. Flere utsettes for vold og trakassering enn i befolkningen for øvrig. Både norsk og utenlandsk forskning viser at lhbt er til dels sterkt overrepresentert i gruppene med rusmisbruk og psykiske lidelser. Mange forsøker å begå selvmord. Det er dessverre en sammenheng mellom manglende aksept for ulike seksuelle orienteringer og kjønnsuttrykk, og forekomst av psykiske lidelser og rusmisbruk. Lhbt-ungdom er særlig utsatt.

4.3 Selverfaring.

Da jeg startet utdannelsen 2008 hadde jeg et anstrengt forhold til min seksualitet. I tidligere terapi hadde jeg delvis helet meg fra depresjon, utmattelse, panikkattakker og opplevelser av kraftig angst.

Jeg slet fortsatt med kropp smerter i brystrygg, skuldre og nakke. Og jeg var ofte lei meg og gråt. Jeg hadde i mitt terapeutiske arbeid jobbet med et mål om å få mer ro i livet. Det hadde jeg delvis oppnådd og jeg hadde en bedre livssituasjon.

På min første samling for prosess gruppa merket jeg meg at jeg søkte etter "likesinnede"; er det andre lesbiske her? Noen som er som meg og kan forstå eller se meg? men samtidig hadde jeg problem med min seksuelle identitet definerte meg som menneske. At jeg følte at jeg ikke fikk definere hvem jeg var og følte meg maktesløs; låst og bundet til en ideologi om et ensidig mål om likhet innenfor lovverket i et samfunn der "vi" adopterer en normativ livsstil i stedet for kreativt og tenke nytt og skape eget og utvikle oss ut i fra en egen opplevelse, egne behov og ønsker. Jeg hadde framforallt mistet kontakten med min seksualitet, min kjønnsdrift. Jeg ble emosjonelt berørt av kvinner, men min kropp og seksuelle drift hadde jeg liten kontakt med. Hele min kropp og eksistens var politikk. Jeg kjente på et indre press og en sorg når jeg skulle presentere meg, om å fortelle at jeg er lesbisk. Det følte som om kategoriseringen var en diagnostisering.

4.4 Seksuelle traumer og å återvinne seksuell helse.

For å kjenne på egen seksualitet er det viktig å ha en opplevelse av rett til egne grenser og mulighet for å erkjenne og definere egne følelser (Almås, Pirelli Benestad, 2004, Del 2, s 1) Det finnes flere former for seksuelle traumer i ulik alvorlighetsgrad og et av traumene kalles *tilbakeholdstraumet* og er resultat av en opplevelse av ikke å kunne snakke åpent om seksualitet generelt. Å ikke kunne snakke om sin spesielle seksualitet. Traumer som ofte forsterker følelser av skam og skyld. Men finnes det et *bekjennelsestraume*?

Michael Foucault har med sine verk "Seksualitetens historie" (1976-1984) sett på mekanismer som vi mennesker lærer oss å "manøvrere" ved å tyde, vurdere, kjenne inn og regulere som subjekter.

"Slik ble seksualiteten til et middel for kontroll over mennesket", en filosofisk kronikk (Azar M, 2018, s 8) om Foucaults upubliserte (og siste) bind. For å forstå det moderne samfunnet kan man ikke bare se makten som en repressiv instans men også spore den i de nettverk av institusjoner som overvåker, kontrollerer og innenfra forandrer subjektets forhold til seg selv - kunnskaps disipliner som ikke tar hensyn til kroppens smertepunkter. Hvordan

kunnskapsgrener som kriminologin, psykiatrin og sexologin etc. har spilt inn i de maktformer som påberoper seg "fornuft", "humanitet" eller "normalitet" for å sperre inne, tyste ned og på forskjellig måte "herske" over hele grupper av individer gjennom å betegne dem som unormale, gale, kriminelle, perverse etc. Opplysningstiden oppfant friheten, anmerker Foucault, men den oppfant også de disiplineringsteknikker som forvandler kroppen til "sjelens fange".

Foucault mener at det moderne samfunnets normaliseringsprinsipper kan forankres i nasjonalstatens fokus på biologisk helse og rasemessige renhet og reproduksjonsmønster. Og samtidig som han ser hvordan den vestlige sivilisasjonen kobler "sannheten om hvem vi er" til seksualitet, så ser han hvordan den sensureres og forbys. Denne sammenflettingen mellom kjønnsliv, bekjennelse og personlig identitet - det fins ingen egentlig forskjell på hedensk og kristen filosofi hva gjelder overgripende regelverk som ekteskapelig trohet, forplantningens rette omstendigheter og nytningens sunne bruk - "sjelen skal styre kroppen og man skal temme seksualiteten".

Så mener Foucault at man ikke skal snakke om seksualitet i offentligheten og ikke i terapeutisk behandling? Både ja, og nei.

Den "nye sensibilitet" (Foucault) løfter sanningsprosedyren og relasjonen mellom den onde og det sanne - koblingen til at det onde fordrives i det man bikter og erkjenner den. Og veien dit - i denne "nye sensibilitet" og veien fra fallet til tilgivelsen, går gjennom selvrannsakelse framfor publikum. Men hva er den grusomme sannheten, spør Foucault seg og hva har egentlig synden med seksualiteten å gjøre?

En dominerende diskurs i dag handler om at seksualiteten tilhører det private, og skal ikke blottstilles for allmennheten. Denne diskursen viser seg gjennom at den private sfære deler man ikke med andre. Kontrasten er det som fremkommer i media, film og reklame. Her overeksponeres seksuelle uttrykksmåter slik at mange føler at det blir for mye. (Aarnes, 2015)

De ønsker det ikke. På grunn av dette paradokset har mange behov for å gjøre det private enda mer privat.

4.5 Hva var virkningsfullt for meg i et integrativt perspektiv?

Intervensjoner som stammer fra ulike psykoterapiteorier kan integreres i et overordnet perspektiv basert på forståelsen av hva som er hjelpsomt for den enkelte klient. (Benum, Hartmann 2013) Denne måten å integrere på kalles assimilativ integrasjon (Lampropoulos, 2001; Safran & Messer, 1997; Stricker, 2006; 2010) Men det fordrer en reflektert terapeut

som både kan kjenne seg forankret i en forståelsemodell og samtidig være åpen for flere måter å arbeide på. Oppmerksomhet om klientens subjektive indre virkelighet, plagene som symptomene representerer og betydningen av både terapirelasjonen og klientens relasjoner utenfor terapirommet. Valg av tilnærming knytter seg til et overordnet rammeverk med et reflektert verdisyn. Her vil jeg trekke inn Vitenskapstreet i Integrativ terapi.

I terapi kan en fokusere på å endre det emosjonelle "skjemaet" - kroppslig og sensorisk organisering av mening. (Safran & Greenberg, 1991; Wachtel, 1997) knyttet til f.eks skam ved at følelsen får bli aktivert innenfor en tillitsrelasjon hvor den kan bli gitt mening som akseptabel og informativ om egne behov. En integrerende meningsorganisering av emosjon, kropp og relasjon. Når emosjonell smerte blir møtt med inntoning og empati gir det også endringer på et nevrobiologisk nivå med økt integrasjon mellom inforamsjonsbearbeiding i limbiske strukturer og på høyre kortikalt nivå (Siegel, 2012) - endrede og mer fleksible former for emosjonelle skjemaer. Forskning viser at den terapeutiske relasjonen er av sentral betydning for at endring finner sted (Norcross 2011) Felles nysgjerrighet og utforskning betyr at man utvider oppmerksomhetsfokus på to nivåer; følelser, ønsker og behov på et umiddelbart kroppslig plan; bottom up prosess der spontane og usorterte erfaringer får trede fram. På nivå to undersøker man hva som ligger bak følelsene - fra fenomen til struktur. Hva gir mening? En refleksjon innenfor rammen av språk og fortellinger - en top down prosess der erfaring får struktur og form.

Jeg hadde prestert lesbisk, homofil, kvinne i mange år. Stått på barrikadene med den identiteten. Jeg beskrev min situasjon som "å hele tiden stå på en scene" og vurderte andres blikk ut i fra det. At jeg ikke var fri fra "publikum", fri fra mine egne og andres dømmende blikk. Jeg bestemte meg i det øyeblikket jeg startet utdannelsen det som har blitt mitt personlige prosjekt; vente med å fortelle om det som jeg følte definerte hele mitt jeg, at jeg var lesbisk. Å gjøre tvert om -selv om jeg visste at det ikke var "ærlig". Ubevisst ville jeg med et "nysgjerrig blikk" titte på meg selv sammen med andres øyne for å sammen med dem oppdage hvem jeg var. Jeg ville jobbe med det jeg opplevde som et "bekjennelsestraume"

4.5.1 Betydelsen av den terapeutiske relasjonen.

Utifra prosessforskning tyder mye på at følelsemessig aktivering, særlig midtveis i terapien innenfor en terapirelasjon med en god allianse, gir økt mulighet for godt resultat. (Iwakabe, Rogan & Stalikas, 2000) I arbeid med overregulerte følelser (dempede følelser)

er humanistiske terapiformer med fokuseringsøvelser med utgangspunkt med somatisk sanseerfaring (Gendlin 1996) og andre øvelser som vekker følelser.

Å nyansere følelser kan hjelpe klienten til å få nødvendig distanse til følelser.

Øvelser som har elementer av "alvorlig lek" skaper rom for å prøve ut en større grad av emosjonell intensitet og utforske mønster, og med empatisk bekreftelse fra terapeuten gjør det mulig med en større selvmedfølelse, omsorg for seg selv.

4.5.2 Fremgangsmåter, teknikker og medier i IT

Integrativ terapi skiller mellom tre hovedfremgangsmåter: Funksjonelt-øvelsessentrert arbeid, opplevelsessentrert-agogisk arbeid og konfliktsentrert-avdekkende arbeid.

(Höhmman-kost, 1991) Teknikkene som brukes, er: Dosert kroppskontakt, arbeid med lukkede øyne, innlemmelse av rom og gjenstander, symbolisering av bevegelsesforløp, partnerarbeid, styrke- og avspenningsøvelser, sanseøvelser, puste- og strekkøvelser, vitaliseringstrening, identifikasjon, imaginasjon og rollebytte. Det kan benyttes stimulerende medier som baller og staver, tau, matter, leire og naturmaterialer samt tekst.

Og komme i kontakt med kroppslig sansning av følelser, her og nå erfaring og empati, kan lette skamfølelser av å stå "utenfor" og opplevelse av sorg og ensomhet. Og tilgang til disse følelser kan være et utgangspunkt for å kommunisere egne behov - for seg selv og for andre - hva trenger du når du kjenner deg trist? Spørsmålet fra terapeuten kan stimulere til at klienten kan gi seg selv dette. Dette er en oppdagelsesprosess der terapeuten inviterer inn følelser som kanskje skyves unna eller har vært fortrent fordi de har føltes overveldende. Og ofte fordi det i en viss tid har vært helt nødvendig. Viktig da å bevisstgjøre forsvaret. I denne utforskningsprosessen økes tilgangen til primære følelser og det å bli kjent med følelser er å bli kjent med egne behov. Emosjoner kan vise vei til behov som klienten trenger å forholde seg til i livet sitt og handle på nye måter som tilfredstiller behovene (Greenberg & Paivio, 1997)

4.5.3 Helhetlig tilnærming.

I den integrative tilnærmingen møter vi mennesker på flere plan, både terapeutisk og menneskelig. Vi er opptatt av å møte klienten som et helt menneske der det foregår et intersubjektivt møte med en selektiv åpenhet og delvis (partiell) engasjement.

"Jeg ser deg med mine øyne samtidig som jeg prøver å se deg med dine øyne."

Ressonans i møte med klienter, snarere enn overføring.

I møte med klient jobber vi med det fenomenologiske - det manifesterte åpenbare som vi både ser og opplever på et "overflatenivå" der vi impliserer at hele livshistorien til klienten er tilstede i kroppen her og nå. (Vatnø)

Målet er ikke å diagnostisere men å sanse og beskrive et mangfoldig inntrykk av hendelser og prosesser - som danner en helhetlig gestaltlignende forståelse av en kompleks virkelighet.

Og i kompleksiteten får begge i en intersubjektiv interaksjon (terapeuten har oversikt over at den er medsubjekt i tid og kontinuum) en felles forståelse av "diagnosen". I dette møtet kan klienten også få en opplevelse av at den er medansvarlig som igjen kan gi en effekt av kontroll og "empowerment"

4.5.4. Identitetssøylene - et stimulerende kreativt verktøy.

I lys av dette ble også møtet med Identitetssøylene et verktøy, som for meg, åpnet opp ny forståelse og opplevelse av egen seksualitet i tillegg til det ovennevnte. For det å ikke presentere meg som lesbisk først, men å bli kjent med andre sider i meg, å løfte andre sider og livsområder, ble i seg selv en intervensjon.

Integrativ terapies kreative teknikk: Å tegne de fem søyler ut i fra en instruksjon der man "går igjennom" sine livsområder som er: 1. Kroppslighet som bringer inn aspekter som helse, seksualitet, kjønn og kroppslig pasjonsevne eller følelser knyttet opp til utseendet. 2. Sosiale nettverk. 3. Arbeid, fritid og prestasjon 4. Materiell sikkerhet og 5 Verdier.

Identitetens fem søyler er et pedagogisk grep som ivaretar helheten.

Å oppleve kroppslig kvaliteten ved bilder og symboler og farger, blir for meg avgjørende som intervensjon når det kommer til å arbeide med seksualitet i forhold til en klient. Det gir klienten en mulighet til å velge selv når den er klar for det. "Man kan ikke skyve fram elven, for den renner av seg selv" (Orth 1995)

4.5.5 "Interkroppslighet."

Seksualiteten skal oppdages, seksualiteten skal aksepteres og seksualitetens skal verdsettes (Almås, 1987)

På et tidspunkt under utdannelsen hadde jeg et så sterkt ønske om å få barn. Det følte som en dypt forankret følelse i meg, men jeg så ingen muligheter som lesbisk kvinne. Det følte håpløst. Og jeg bar på mange skamfølelser. Var behovet bare biologisk? For meg ble det tydelig at det handlet om behovet av å gi omsorg og kjærlighet men også å få

tilhøre og være nære noen i en naturlig forlengelse av det kroppslige. Å få være en del av livet og verden og naturen. Være en del av generasjoners gang og fremtiden.

Jeg opplever at Integrativ terapi ser muligheter og potensiale framfor å dvele i sorgen og er tillatende - fordi vi ikke kan stå som dommere over oss selv. Det er viktig å vite om og anerkjenne savn og mangler men la hovedfokuset ligge på ressursene - det som tar en framover. Og hvordan man kan ut i fra sin livssituasjon med de mulighetene som fins - kreativt justere "creative adjustments" (Petzold) for å få det litt bedre så ikke følelsen av håpløshet er overveldende.

Det integrerte mennesket er forbundet med naturen, besjelet både som del og som helhet. (Florenski, 1914)

Den primære form for kontakt mellom bevisstheten og verden, gis i persepsjonen.

(Merleau-Ponty, 1945) Fjernsansene, det vil si lukte-, smaks-, syns-, og hørselssansen, og nærsansen taktil- eller berøringssansen, deler en vesentlig struktur ved at de åpner seg mot verden. Man kan si at via sansningen "sluses" kroppen ut i verden og verden inn i kroppen. Det vi ser på blir således inkarnert gjennom sansningen. (Duesund, 2001, Linnerud, 2006. S 14) En tid etter at jeg hadde fått barn var jeg en dag helt alene på et stort, varmt svaberg en sommerdag ved havet og plutselig, helt impulsivt, begynte jeg å danse og strekke meg. Helt fritt. Det fyllte meg med en enorm livsglede. En sterk følelse av tilhørighet på denne jorden.

5. KONKLUSJON

Objektivisering og instrumentalisering av kroppen fører til uorganisk og dysfunksjonell livsførsel. Det fører til tap av følsomhet, egensansning og sansning av omverdenen og dermed til den kroppslige fremmedgjørelse som er roten til mange lidelser. Frigjort identitet er identitetsarbeid der man "overtar seg selv" og de frie tankene er koblet til kroppslighet. (Petzold)

Ved å integrere sexologisk årvåkenhet i den kliniske hverdag vil det være mulig for de fleste behandlere å bidra til en bedring av klientens seksualitet innenfor de rammer hvor vedkommende befinner seg, selv om en ikke går inn med spesifikk sexologisk behandling (Almås og Benestad 2006).

Hvis terapeuter åpner opp for temaet, vil også klienten oppleve at seksuelle problemer er noe som skal tas alvorlig. Innsiktsfull åpenhet inspirerer til å forvalte all seksualitet på måter som ikke er overgripende eller åpenbart skadelig (Almås, Benestad 2006). Når terapeuten unngår seksuelle temaer i terapi, mener Schnarch (1991) at det er terapeutens

engstelse som er årsaken. Som terapeut må man omstille seg, fristille seg bevisst. (Orth, 2017)

En fenomenologisk holdning innebærer å møte et tema, for eksempel seksualitet, fordomsfritt og utforske det med et åpent sinn.

Fordi jeg av egen erfaring nå vet at "interkroppslighet" og "livsverden" er inngangen til seksualitet tror jeg seksualiteten tilhører "det språkløse rom" eller som Foucault(1999) stiller spørsmål ved: Hvordan har det seg at seksualiteten i vesten har blitt selve nøkkelen til sannheten om hvem vi ER? En sivilisasjon som forbyr og sensurerer seksualitet, samtidig som vi stadig retter enormt stor oppmerksomhet og kritikk av menneskers kjønnsliv. En annen side av dette bilde kan være det enorme fokus og oppmerksomhet Freuds seksualteori og behandlinger vekke og fikk.

Jeg tror at terapeutisk behandling med en integrativ tilnærming kan hjelpe mennesker å "komme ut av skapet" flere ganger i sitt liv, heterofile som homofile etc. En emansipert identitet er en frigjort identitet der mennesket bestemmer over seg selv og sine handlingsrom. Åndens- og handlingens frihet er grunnlaget for humanitet, kreativitet og innovasjonsevne. Med en indre og ytre uavhengighet kan man ta de rette beslutningene og "omsorgen for seg selv" og den "andre" (Levinas 1972) som også innebefatter tingene omkring oss, naturen og miljøet.

Seksuell helse fordrer en frigjort seksuell identitet.

Man kan som menneske bygge en relasjon til en gruppe, et samfunn etc. med det Petzold kaller "selvhet" (autonomi) og "tilhørighet". Man kan ønske seg egen autonomi og avgrenset identitet og samtidig et behov for å høre til og trenge noen. Om vi bare søker selvhet kan det føre til isolasjon og fremmedgjøring i forhold til andre. Søker vi bare tilhørighet, kan det føre til symbiose og fremmedgjøring i forhold til oss selv.

For å kjenne på egen seksualitet, er det viktig å ha en opplevelse av rett til egne grenser og mulighet for å erkjenne og definere egne følelser. (Almås, Benestad, 2004) I IT søker man også etter beskyttende og kompensatoriske faktorer.

Negativ innflytelse fra omverdenen kan føre til positive mestringsimpulser og det er ikke alltid at det negative var destruktiv og skadelig for utviklingen av personligheten. For meg har det gitt mulighet for et flerperspektiv allerede fra jeg var veldig ung. Jeg var "tvunget" til å se meg selv i en eks-sentrisk posisjon tidlig og det har også gitt

meg en styrke. Jeg har måttet tenke kreative løsninger; beskyttende og helende vekstveier
"Chain of positive events"

År 2018 og jeg skal legge min datter på 7 år og jeg har gjort om litt på den godnatta sangen som min mor sang til meg: "Kjære natur, jeg har det godt. Takk for alt som jeg har fått"
Tilbakeholdstraumet har preget etterkrigstidens generasjon. Personlig har jeg kanskje vært mer preget av et offentlig press om "å komme ut" i en tid da det var viktig å ta plass og politisere følelser.

Framover må jeg være årvåken og nysgjerrig som terapeut i mitt terapeutiske arbeid med alle klienter. For om jeg skal møte alle klienter der de er, så er det ikke sikkert at de har en opplevelse av seksualitet og seksuell helse, som jeg har.

Litteraturliste

Benum, K., Axelsen, E. D. og Hartmann, E. (red.) (2013). *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax forlag A/S. (57 sider)

Kapittel 4: Terapi som skreddersøm med utgangspunkt i relasjon og emosjon, s. 115-141.

Kapittel 5: Arbeid med følelser – integrerende element i psykoterapi, s. 142-171

Carr, A. & McNulty, M. (eds.) (2016). *The Handbook of Adult Clinical Psychology. An evidence-based practice approach*. 2. ed. N.Y.: Routledge. (57 sider)

Chapter 3: Classification and epidemiology, s. 37-63.

Chapter 8: Intake interviews, testing and report writing, s. 233-262.

Carr, A. (2016): *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A contextual approach*. 3. ed. N.Y.: Routledge. (76 sider)

Chapter 4: The consultation process and intake interviews, s. 97-146.

Chapter 5: Report writing, s. 147-172.

Farstad, M. (2016). *Skam. Eksistens. Relasjon. Profesjon*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Kapittel 10 Skam i det terapeutiske rom. S. 283-336

Furnes, L. A. (2007). Presentasjon av erfaringer med «Det Indre Team» som metode i parterapi. "Samlivs-mosaikk". *Fokus på familien – no 2* - s.143. Oslo: Universitetsforlaget. (12 sider)

Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s.187-234). (48 sider).

Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi. Teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag. s. 81-120 og s. 575-638. (101 sider)

Jacobsen, C. H., Nielsen, J. & Mathiesen, B. B. (2010) Faktorer i psykoterapeuters faglige utvikling- set i relationelle, utviklingspsykopatologiske og empiriske perspektiver. *Psyke & Logos* nr 2, årgang 31. København: Dansk Psykologisk Forlag. s. 688-714. (27 sider).

Lindvang, C. & Bonde, L. O. (2012). Følelser I bevægelse. Om læreprocesser i musikterapeutens uddannelse. *Psyke & Logos no 1, årg 33.s 87-116*. København: Dansk Psykologisk Forlag. (30 sider).

Lippe, A. vd. & Rønnestad, H. (red.) (2011). *Det kliniske intervjuet. Bind II. Praksis med ulike klientgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 29-54 og 89-109. (47 sider).

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. A Sensimotor Approach to Psychotherapy*. London: W.W. Norton & Company. (165 – 233) (69 sider).

Petzold, H. G. (2008). *Integrativ supervision og organisasjonsutvikling – filosofiske og sosialvitenskapelige perspektiver. En håndbok for refleksiv praksis*. Oslo: Conflux Forlag. (s. 25-44 og 76-125). (70 sider.)

Petzold, H. G. (1980): *Terapeutens rolle og det terapeutiske forhold i integrativ terapi*. Oversatt av Tor Gunnar Nystad. Anskaffes via NFIT. (50 sider)

Petzold, H. G., Leuenberger R. & Steffan, A.: (1999), *Terapeutiske Målsetninger i Integrativ terapi*, I H. Ambühl og B. Strauß (Hrsg.) *Therapieziele*. Oversatt av S. Grøndahl. Anskaffes via NFIT (26 sider)

Røkenes O.H. & Hansen P.H. (2012). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget. 7-38 og 70-80. (42 sider).

Råbu, M. & Haavind, H. (2017). "Hvor langt kom vi?". Felles utforskning av bedring i siste fase av psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol 54 no 3. s. 284-293. (Tilsammen 10 sider)

Tetzchner, S. Von (2013). *Utviklingspsykologi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 460-497. (38 sider).

Yalom, Irvin D. & Leszcz, Molyn (2005). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Cambridge: Basic Books. s.543-573. (31 sider)

Selvvalgt litteratur

Aarnes T. (2015) *Seksualitet i terapirommet - En diskursanalyse om terapeuters tanker, følelser og praksis*, (Mastergradsavhandling) Familieterapi og systemisk praksis, Diakonhjemmet Høgskole. s 1-84 (84 s)

Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/297263/MasteroppgaveAarnesTrude.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Almås, E. og Pirelli Benestad, E.E. (2014) Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. (vol 41) *Psykologi*, s 2-9 (7 s)

Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=389861&a=3

Azar M. (2018) Slik ble seksualiteten til et middel for kontroll over mennesket. *Dagens Nyheter*, 15 mai. s. 8 (1 s)

Barne- og likestillingsdepartementet. (2018) Handlingsplan *Trygghet, mangfold, åpenhet* Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020 s 16 - 56 (40 s)

Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/6e1a2af163274201978270d48bf4dfbe/lhbti_handlingsplan_web.pdf

Green, B. (2000) *Psychiatry, Psychoanalysis, Psychology, Psychotherapy* s 611 - 767 (156 s)

Redaktør Zimmerman, B. *Lesbian Histories an Cultures* New York og London. Garland Publishing, Inc.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016) *Snakk om det! En strategi for seksuell helse 2017-2022*.

Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf s 1-64 (64 s)

Hustvedt, S. (2017) Sinnets kropp, kroppens sinn. *Psykologi* Årgang 54, (Nr. 4) s 376-385 (10 s)

Lindtner. S. (2010) Psykoanalyse og seksualitet i det norske kvinnetidsskriftet *Sirene*, *Arns temanummer* (nr. 2-3) s. 1-18 (18 s)

Pristed, R. (2012) Seksualsyn: Essens og konstruksjon. *Sexologi* Årgang 10, (Nr 10)
s 10-11 (2 s) Hentet fra
<http://www.klinisksexologi.no/wordpress/wpcontent/uploads/2012/05/oppdatert-Sexologi-jubileumsnummer-2012-MENNESKESYN.pdf>