Útmutató

a meleg, leszbikus, biszexuális,
transznemű és gender-nonkonform
kliensekkel folytatott
pszichológiai munkához

Útmutató

a meleg, leszbikus, biszexuális,
transznemű és gender-nonkonform
kliensekkel folytatott
pszichológiai munkához

Útmutató

a meleg, leszbikus, biszexuális,
transznemű és gender-nonkonform
kliensekkel folytatott
pszichológiai munkához

Magyar Pszichológiai Társaság
Budapest, 2016.

A kiadvány alapjául szolgáló közlemények eredeti megjelenési helye:

American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist,* 67(1), 10-42. http://dx.doi.org/10.1037/a0024659.

Copyright © 2012 Amerikai Pszichológiai Társaság.

A fordítás, adaptálás és reprodukálás engedéllyel történt. Az Amerikai Pszichológiai Társaság nem felelős a fordítás pontosságáért. Ezt a fordítást nem lehet reprodukálni és tovább terjeszteni az Amerikai Pszichológiai Társaság előzetes írásbeli engedélye nélkül.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist,* 70(9), 832-864. http://dx.doi.org/10.1037/a0039906.

Copyright © 2015 Amerikai Pszichológiai Társaság.

A fordítás, adaptálás és reprodukálás engedéllyel történt. Az Amerikai Pszichológiai Társaság nem felelős a fordítás pontosságáért. Ezt a fordítást nem lehet reprodukálni és tovább terjeszteni az Amerikai Pszichológiai Társaság előzetes írásbeli engedélye nélkül.

Jelen kiadvány az Amerikai Pszichológiai Társaság pszichológiai kérdésekkel foglalkozó nemzetközi LMBTI hálózatának (IPsyNet) az Arcus Foundation-tól nyert támogatásából jelent meg.

Szakmai vezető: Ritter Andrea
Projektvezető: Lányi Katalin

Fordította: Fenyvesi Dávid, Ivánovics Petra, Solymár Bence
Fordítást lektorálta: Béres-Deák Rita

Szakmai közreműködők: Borgos Anna, Dombos Tamás, Hazag Anikó, Hoyer Mária

Anyanyelvi lektorálás: Borgos Anna

MAGYAR PSZICHOLÓGIAI TÁRSASÁG

Kiadja a Magyar Pszichológiai Társaság

ISBN 978-615-80241-3-6

Minden jog fenntartva. A kiadvány bármely részének bármilyen formában, illetve eszközzel történő sokszorosítása – legyen az elektronikus vagy mechanikus, ideértve a fénymásolást, hangfelvételt vagy képrögzítést –, illetve elektronikus adatbankban való tárolása – rövid idézetek kivételével cikkekhez és könyvismertetőkhöz – a jogtulajdonos írásbeli engedélye nélkül tilos.

A kötetet Szegő Miriam tervezte és tördelte
Nyomdai kivitelezés: HTSART Nyomda Kft.

Tartalom

Előszó a magyar kiadáshoz 7

Meleg, leszbikus és biszexuális kliensek

Az útmutatóról 15
Alapfogalmak 20
A homoszexualitással és a biszexualitással kapcsolatos attitűdök 22
Az intim kapcsolatok és a család 43
A sokszínűség kérdései 53
Gazdasági és munkahelyi kérdések 70
Oktatás és képzés 76
Kutatás 82
Hivatkozások 84
Internetes források 116

Transznemű és gender-nonkonform kliensek

Bevezetés 121
Alapfogalmak 130
Alapismeretek és tudatosság 141
Stigma, diszkrimináció és az ellátást akadályozó tényezők 154
Élethosszig tartó identitásfejlődés 168
Diagnózis, terápia és beavatkozás 181
Kutatás, oktatás és képzés 202
Hivatkozások 209

Magyarországi vonatkozások

Affirmatív terápiás attitűdöt képviselő kezdeményezések Magyarországon 232

Az LMBTQ témakörben magyar nyelven megjelent szakirodalmak válogatott bibliográfiája 236

Előszó a magyar kiadáshoz

Az LMBT emberekből álló kisebbség tagjai és a pszichológia/pszichiátria sokáig kölcsönösen megterhelt viszonyban álltak egymással, az elmélet, a terápia és az intézmények tekintetében egyaránt. A hosszú ideig meghatározó patologizáló diskurzus, akár a „helyreállítással" való kísérletezés olykor egészen súlyos „terápiás" beavatkozásokkal járt. A homoszexualitás pszichológiai „recepciójának" története nem csak a pszichológia ügye; a történetben kikerülhetetlen a társadalmi hatások, változások szerepe. A homoszexualitást az Amerikai Pszichiátriai Társaság kezdeményezésére, részben civil mozgalmak követelésére törölték 1973-ban a mentális betegségek listájáról. 1980-ban néhány évre felbukkant a DSM-ben az ún. „ego-disztonikus (énidegen) homoszexualitás" diagnosztikus kategóriája, amely a melegek adaptációs nehézségeire helyezte a hangsúlyt, de még mindig azzal az implicit feltevéssel, hogy ez az érintettek egyéni problémája. Azután sokáig (voltaképp mindmáig) az „eredet" kérdése foglalkoztatta a szakmai és laikus közvéleményt – elméletek születtek a hormonzavartól a koragyerekkori traumákig vagy csábításig, pszichológiai iskoláktól függően. Az utóbbi évtizedekben egyre hangsúlyosabb az a nézet is, mely szerint az eredet kérdése nem kardinális, sőt, félrevisz, épp az okkeresés patológia-fókuszú konnotációja miatt. A homoszexualitás ugyan eltűnt a mentális betegségek listájáról, de Magyarországon még a kilencvenes években megjelent pszichológiai szakirodalmak egy része is „rendellenességként" vagy „perverzióként" tárgyalta. A transzszexualitás esetében „a nemi identitás zavara" megjelölést csak a DSM-V-ben vette át a „nemi szerep diszfória" diagnosztikus kategóriája.

Az LMBT emberek életében, s így a velük folytatott pszichológiai munkában az általános motívumok mellett megjelennek speciális élethelyzetek, kérdések vagy krízisek is: az identitás

alakulása, a felismerés, rejtőzködés és az előbújás során megjelenő konfliktusok, a családdal vagy a környezettel való kapcsolat, a párkeresés, adott esetben a gyermekvállalás kérdései. A figyelem fókuszából nem hagyható ki a homo-, bi- és transzfóbia és a társadalmi és jogi diszkrimináció aktuális mértéke és terei. Az LMBT emberek jellemző pszichológiai problémái és sérülékenysége elsősorban a szexuális kisebbségekkel kapcsolatos társadalmi attitűdökkel vannak összefüggésben. Ilan Meyer amerikai pszichiáter vezette be a *kisebbségi stressz* fogalmát, elsősorban az LMBT kisebbség vonatkozásában. A terminus arra utal, hogy a stigmatizáció, diszkrimináció és alkalmazkodási kényszer olyan extra stresszforrást jelent, amely hajlamosítja az érintett személyeket mentális vagy szomatikus betegségekre. Az LMBT emberek helyzetét, s így pszichológiai állapotát ugyanakkor nagymértékben színezhetik a különböző egyéb meghatározottságok (életkor, lakóhely, társadalmi háttér, etnikum, stb.). Az *Útmutató* külön figyelmet fordít ezekre az „interszekcionális" szempontokra is.

Mindezek alapján az LMBT emberekkel folytatott pszichológiai munka különös figyelmet kell hogy fordítson a kliens szűkebb-tágabb környezetének, élethelyzetének feltárására, és az önelfogadás megerősítésére. Ez a pszichológus saját szakmai és személyes attitűdjeinek vizsgálatát és a témában való tájékozódását is feltételezi. Az affirmatív terápia vagy tanácsadás nem különálló terápiás irányzat, hanem olyan szemléleti keret és ismeretanyag, amelyben a terapeuta reflektál a társadalom (és akár saját) heteronormatív értékrendjére és ennek következményeire, a homofóbia egyénre gyakorolt hatásaira. Nem a melegség tényét tekinti a probléma középpontjának, vagyis patológiának, és nem gondolja, hogy ez terápiásan megváltoztatható, hanem a társadalom és az LMBT emberek viszonyát is vizsgálja, és arra törekszik, hogy a már említett „kisebbségi stressz" a lehető leginkább lecsökkenjen, támogatva ezzek az LMBT emberek megküzdési stratégiáit

és pszichés jóllétét. Ebben lehetnek speciális területek (rejtőzködés, coming out, párkeresés, gyermekvállalás), amelyekkel kiemelten is foglalkozik. De ha nem a melegség áll a terápia fókuszában, a háttérben akkor is fontos, hogy a terapeuta megnyilvánulásaival, szóhasználatával igyekezzen elkerülni kommunikációjában a heteronormatív értékrend közvetítését. Ebben a témában tehát különösen lényeges a pszichológiai jártasságon túli készségek beépítése. Ahhoz, hogy az érintettek és hozzátartozóik bizalommal fordulhassanak a szakemberekhez, és azok hatékonyan tudjanak segíteni, pszichológiai szakértelmükön túl rendelkezniük kell nagyfokú társadalmi tudatossággal, a nemi identitások és szexuális orientációk sokféleségét illető felkészültséggel és rugalmassággal, valamint praktikus információkkal is.

Jelen kiadványt a Magyar Pszichológiai Társaság 2013-ban megalakult LMBTQ Szekciója adja közre. A megalakuláskor 27-en voltunk, ami már akkor mutatta a kollégák elköteleződését e fontos terület képviselete felé. Azóta több mint negyven tagot számlálunk.

Első dolgunk volt, hogy felvételünket kérjük az American Psychological Association (APA) International Network on LGBTI Issues in Psychology (IPsyNet) hálózatába. Fontosnak tartottuk az azonnali belépést a nemzetközi szakmai vérkeringésbe, hogy munkánkban a legmodernebb elveket, a legkurrensebb elméleteket közvetíthessük. Erre már 2013 őszén sor került. Több közös projektünk egyik eredménye a most közreadott *Útmutató a meleg, leszbikus, biszexuális, transznemű és gender-nonkonform klienssekkel folytatott pszichológiai munkához* című kiadvány, amely az *APA Guidelines for Psychological Practice With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* című 2011-es és a *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* című 2015-ös útmutatóinak fordítása. Az Útmutatót kiegészítettük egy magyarországi képzéseket, tanácsadókat és magyar nyelvű szakirodalmakat tartalmazó melléklettel.

Az eltelt három és fél év alatt sok hasznos tevékenységet folytattunk a szekció tagjaival; folyamatosan képviseljük a modern pszichológiai felfogást a szakmai fórumokon, ha kell, fellépünk a reparatív, vagyis a melegséget gyógyítandóként felfogó megközelítések ellen. Tudásunkat közvetítjük a különböző szakmai konferenciákon. Fiatalabb és idősebb kollégáink egyaránt nagy lelkesedéssel mondják el szakmai véleményüket, képviselik a szűkebb szakterületük által elfogadott nézeteket. Ezen keresztül közelebb hozzuk az LMBTQ szubkultúra életének hétköznapi nehézségeit és ezek pszichológiai olvasatait is, amelyek könnyen rejtve maradnak egy ezzel nem foglalkozó szakember előtt. Voltunk már nemzetközi találkozókon is: Lisszabonban, Brightonban és Japánban előadni, Rigában és Barcelonában pedig néhány tagunk LMBT kutatásmódszertant tanulni.

Szakemberképzéseink prioritást élveznek. 2015-ben kidolgoztunk egy akkreditált továbbképzést a segítő szakmákban dolgozóknak, pszichiátereknek, orvosoknak és praktizáló pszichológusoknak, melyet évente hirdetnek meg. Lobbizunk a felsőoktatásban, hogy már ott oktassák a segítő szakmák képviselőinek legalább az alapokat. Idén először tartunk kurzust az ELTE Tanácsadó Szakpszichológus képzésének Család- és Párkapcsolati Tanácsadás specializációjában „LMBTQ kliensek, párok, családok” címmel, amelyet reméljük, több ilyen kezdeményezés követ. Még sok dolgunk van ezen a területen, ezért létrehoztunk egy felsőoktatási munkacsoportot a szekción belül, akik a lehetőségeken gondolkodnak.

Fontos számunkra a szélesebb értelemben vett köztudatformálás és ismeretterjesztés is. Többször kértünk helyesbítést egy-egy megjelent újságcikk kapcsán, ahol az újságíró nem megfelelően beszélt a kérdésről, de írtunk már esetenként cikkeket is egy-egy speciális kérdésben. A jövőben szeretnénk egy nyilvános ismeretterjesztő előadássorozatot tartani az LMBT embereket érintő pszichológiai kérdésekről. Jó, ha mindenki értesülhet az ezzel kapcsolatos mai tudásokról azért, hogy tudatosabban tudja élni az életét a társadalomban, akár érintettként, akár szakemberként, akár az LMBT emberek környezetében élő személyként.

Az utóbbi években, évtizedekben a segítő szakmák és az LMBT civilszervezetek Magyarországon is egyre inkább felkészültek a szexuális kisebbségek pszichés jóllétének elősegítésére. Egyrészt (az érintettek felé) a gyarapodó közösségi és kulturális programok, másrészt (a társadalom felé) az érzékenyítésre vagy az egyenlő jogok megvalósulására irányuló tevékenységek formájában. Mi is szeretnénk minél több LMBTQ civil szervezettel közös projekteket. Úgy tűnik, ez sikerül is, fontosnak tartjuk, hogy együtt gondolkodva, a tudásunkkal is támogassuk az e területen dolgozó civileket.

Nemzetközi tagságunknak és a jelen projektnek köszönhetően idén ketten részt vehettünk a 31. Nemzetközi Pszichológiai Kongresszuson Japánban, ahol az APA LMBTI hálózat tagjaival átgondoltuk az Útmutató részleteit, feladatait. Az LMBTQ szekció Útmutatót kiadó munkacsoportja a következő tagokból állt: Borgos Anna, Fenyvesi Dávid, Hazag Anikó, Hoyer Mária, Ivánovics Petra, Lányi Katalin és Ritter Andrea.

Sokat segít majd ez a kiadvány a terápiát végző szakembereknek, és fogódzót adhat a hozzájuk fordulóknak is. Reméljük, a magyar szakemberek haszonnal fogják forgatni.

2016. október 9.

Az MPT LMBTQ Szekció munkacsoportja

Meleg, leszbikus és biszexuális kliensek

Az útmutatóról

Jelen útmutatót az APA (American Psychological Association) 2011. február 18-20-án tartott küldöttgyűlése fogadta el, és a 2000. február 26-án elfogadott eredeti dokumentum (Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients) helyébe lép, mivel az 2010 végén hatályát vesztette. Az alábbi 21 pont mindegyike friss szakirodalomra hivatkozik, és tartalmaz egy indoklási és egy alkalmazási fejezetet. Az útmutató bővült a vallás és spiritualitás területével, a nemi identitás és a szexuális irányultság megkülönbözetésével, gazdasági-társadalmi és munkahelyi szempontokkal, valamint a leszbikus, meleg és biszexuális emberek helyzetének felmérésére készült kutatások eredményeinek felhasználására és megosztására vonatkozó pontokkal. Az útmutató célja a pszichológusi gyakorlat, valamint a pszichológusképzés segítése leszbikus, meleg és biszexuális témákban történő információnyújtással. A dokumentum érvényessége tíz évre szól (2020-ban jár le). Ezt követően a felhasználók forduljanak az APA Public Interest vezetőségéhez azzal kapcsolatban, hogy a dokumentum érvényességét meghosszabbították, vagy átdolgozás alatt áll-e.

Bevezető

E munka célja, hogy (1) a meleg, leszbikus és biszexuális klienseket[1] folytatott munka értelmezési kereteként szolgáljon, (2) alapvető ismereteket nyújtson, és további olvasmányokat ajánljon

1 E dokumentum a kliens fogalmát bármilyen életkorú személyekre használja, beleértve a fiatal, felnőtt, idősebb leszbikus, meleg és biszexuális embereket. Egyes kérdések fokozottabban vonatkozhatnak egy adott életkorra. Ezeket a csoportokat a dokumentum külön jelölni fogja.

gyakorló pszichológusok számára az értékelés, beavatkozás, identitás, kapcsolatok, emberi sokféleség, oktatás, képzés és kutatás területén. A szöveg az *Útmutató a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott pszichoterápiás munkához* c. kiadvány alapján készült (Guidelines for Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients; Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force, 2000), és megfelel az APA gyakorlati útmutatók kidolgozására és értékelésére kifejlesztett kritériumrendszerének (Criteria for Practice Guideline Development and Evaluation; APA, 2002a). Segítheti a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott affirmatív munkát, az oktatást és a kutatást.

Ez az útmutató a pszichológusok szakmai magatartására, törekvéseire és viselkedésére vonatkozó ajánlásokat tartalmaz. Az útmutató különbözik a követelményektől, melyek kötelező érvényűek, és végrehajtásuk módja szabályozott. Az útmutató szándékát tekintve irányadó. Célkitűzése, hogy segítse a szakmai gyakorlat folyamatos és szisztematikus fejlesztését, és biztosítsa a pszichológusi gyakorlat magas színvonalát. Az útmutató tartalma nem kötelező, nem is kimerítő, és nem minden klinikai helyzetre alkalmazható. Kijelentései nem véglegesek, és nem kívánják fölülírni a pszichológus saját belátását. A gyakorlati útmutató a szakmai magatartással kapcsolatos ajánlásokat fogalmaz meg, és kitér arra, hogy a pszichológusi gyakorlat egyes területein milyen szempontokat érdemes figyelembe venni. A gyakorlati útmutató tükrözi az APA jelenlegi álláspontját. Fontos megjegyezni, hogy a gyakorlati útmutatót az ország törvényei fölülírhatják és annak *A pszichológusok etikai alapelvei és viselkedési szabályzata* című APA-kiadványban (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct)[2] foglalt követelményeknek (APA 2002b) is meg kell felelnie.

2 A továbbiakban: etikai kódex.

Háttér

1975-ben az APA megállapította, hogy „a homoszexualitás mint olyan nem vonja magával az ítélőképesség, stabilitás, megbízhatóság vagy az általános társadalmi boldogulás, sem pedig a munkaképesség csökkenését". Kijelentette, hogy „minden mentálhigiénés szakembernek feladata, hogy vegye fel a küzdelmet a homoszexuális orientáció pszichés betegségként való megbélyegzése ellen" (Conger, 1975, 633.). E sarkalatos elv kimondását követően az APA valóban vezető szerepet töltött be a leszbikusok, melegek és biszexuálisok mentális egészségének és pszichés jólétének biztosításáért, és a pszichológusi gyakorlat, ismeretterjesztés és kutatás terén leszbikus, meleg és biszexuális-affirmatív eszköztár kidolgozásáért folyó munkában. 2009-ben a társaság megerősítette, hogy „az azonos neműekhez való szexuális és romantikus vonzódás, érzések és viselkedés az emberi szexualitás normális és pozitív formája függetlenül az egyén szexuális orientációs identitásától" (APA, 2009a, 121.).

25 évvel az APA 1975-ös határozata után Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds és Peplau eltérést mutatott ki az APA elvei és a pszichológusi gyakorlat között, és nagy különbségeket jelzett a leszbikus és meleg kliensek pszichoterápiás kezelésének minőségében. E szerzők mellett mások is (pl. Fox, 1996; Greene, 1994b; Nystrom, 1997; Pilkington & Cantor, 1996) szükségét látták a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel dolgozó szakemberek közötti hathatósabb ismeretterjesztésnek és képzésnek. A 2000-ben elkészült útmutató ennek nyomán került kidolgozásra.

Szükségesség

Az útmutató fölülvizsgálatára azért van most[3] szükség, mert a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott pszichológiai

3 2011-ben. (A ford.)

munka sokat változott. A már föltárt területeken előrelépés történt, és a szakirodalom új területekre is kiterjedt. Ezen kívül a leszbikus, meleg és biszexuális közösségi mintákat használó kutatásoknak köszönhetően a tanulmányok alapadatainak minősége is sokat javult.

Ezen felül az elmúlt évtizedben egyes politikai lobbicsoportokban ismét fölerősödött a törekvés, hogy a homoszexualitást betegségként értelmezzék (Haldeman, 2002, 2004). Szükség volt egy olyan, módszertanilag megalapozott kutatásokra, az APA etikai kódexére és a jelenlegi APA-elvekre épülő útmutatóra, amely segíti a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott szakmai munkát. Az útmutatót más országokban is használják a gyakorlati munkához, képzéshez és a közpolitikák alakításához. Az útmutató az elfogadásától számított tíz év után hatályát veszti, vagy fölül kell vizsgálni.

Kompatibilitás

Ez az útmutató az APA etikai kódexére (APA 2002b) épül, és megfelel az APA leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott munkára vonatkozó egyéb irányelveinek. Ezek többek között: *Diszkrimináció a homoszexuálisok ellen* (Discrimination against Homosexuals; Conger 1975); *Határozat a szexuális orientációról, szülőkről és gyerekekről* (Resolution on Sexual Orientation, Parents, and Children; Paige 2005); *Határozat a szexuális orientációról és a házasságról* (Resolution on Sexual Orientation and Marriage; Paige 2005); *Határozat a gyűlölet-bűncselekményekről* (Resolution on Hate Crimes; Paige 2005); *Határozat a leszbikus, meleg és biszexuális személyeket diszkrimináló törvények és törvényjavaslatok ellen* (Resolution Opposing Discriminatory Legislation and Initiatives aimed at Lesbian, Gay, and Bisexual Persons; Paige 2007); illetve *Határozat a megfelelő affirmatív válaszokról szexuális orientáció miatti distresszre és változtatási kísérletee* (Resolution on Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts; APA 2009b). Az útmutató más nagyobb mentálhigiénes szervezetek elveinek is megfelel, például az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, 1974); az Amerikai Pár- és Családterápiás Egyesület (American Association for Marriage and Family Therapy, 1991); az Amerikai Lelki Tanácsadók Egyesülete (American Counseling Association, 1996); a Kanadai Pszichológiai Társaság (Canadian Psychological Association, 1995); a Szociális Munkások Országos Szövetsége (National Association of Social Workers, 1996), amelyek szintén leszögezik, hogy a homoszexualitás és biszexualitás nem mentális betegség.

Az útmutató kidolgozásának módja

Az útmutatót a Division 44/Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Concerns (CLGBTC) nevű bizottság tagjai kollektíven dolgozták ki. Az útmutató átdolgozását a Division 44 és az APA ügyvivői testülete finanszírozta. A hivatkozott irodalom megfelel az APA etikai kódexének (APA 2002b) és az APA egyéb irányelveinek. Az *Alkalmazás* című részek az átdolgozott kiadásban több információval és segítséggel látják el a pszichológust.

Alapfogalmak

Biológiai nem (sex)

Az egyén biológiai státuszára vonatkozik, amely tipikusan férfi, nő vagy interszexuális (a férfiakat és nőket megkülönböztető nemi jellegek atipikus keverékeinek összefoglaló neve). A biológiai nemet többek között a nemi kromoszómákból, az ivarmirigyekből, a belső szaporítószervekből és a külső nemi szervekből állapíthatják meg.

Előbújás (coming out)

Az a folyamat, amelyben az egyén fölismeri és elfogadja saját szexuális irányultságát. Azt a folyamatot is magába foglalja, amelyben az egyén szexuális orientációját másokkal megosztja. A rejtőzködés fogalma a titkolózást vagy a privát szféra gondos védelmét jelenti a szexuális irányultság tekintetében.

Nemi identitás (gender identity)

„Az egyén férfi, női vagy transznemű önképére" utal (APA, 2006). Abban az esetben, amikor a biológiai nem és a nemi identitás nem esik egybe, az egyén transzszexuálisként vagy esetleg más fogalommal megnevezett transzneműként azonosíthatja önmagát. (lásd Gaynor, 2000).

Nemi önkifejezés (gender expression)

„Az a mód, ahogyan a személy cselekedetein keresztül kommunkálja nemét az adott kultúrában, például ruházat, kommunikációs minták és érdeklődési kör útján. Az egyén nemi önkifejezése a társadalmilag előírt nemi szerepeknek megfelelő vagy azoktól eltérő is lehet, és nem feltétlenül kötődik az egyén nemi identitásához" (APA, 2008, 28.).

Szexuális irányultság (sexual orientation)

Azoknak a nemére utal, akik iránt az egyén szexuális vagy romantikus vonzalmat érez. A szexuális irányultság kategóriái tipikusan lehetnek az azonos nemhez való vonzódás (meleg vagy leszbikus), a másik nemhez való vonzódás (heteroszexuális), vagy a mindkét nemhez való vonzódás (biszexuális). Míg ezek a kategóriák továbbra is széles körben használatosak, kutatások mutatják, hogy a szexuális irányultság nem mindig jelenik meg ilyen könnyen elhatárolható kategóriákban, hanem inkább kontinuumot alkot (pl. Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953; Klein, 1993; Klein, Sepekoff, & Wolff, 1985; Shiveley & DeCecco, 1977). Ezen kívül néhány kutatás azt mutatta ki, hogy bizonyos emberek szexuális irányultsága képlékeny, és ez a jelenség főként nők körében tapasztalható (pl. Diamond, 2007; Golden, 1987; Peplau & Garnets 2000).

Társadalmi nem (gender)

Azokra az attitűdökre, érzésekre és viselkedésmódokra utal, amelyeket az egyes társadalmak az egyén biológiai nemének tulajdonítanak. A kulturális elvárásoknak megfelelő nemi viselkedést gender-normatívnak nevezzük; míg az ettől eltérő viselkedést gender-nonkonformitásnak.

A homoszexualitással és a biszexualitással kapcsolatos attitűdök

1 ELSŐ IRÁNYELV

A pszichológus próbálja meg megérteni a stigmatizált lét (az előítélettel, hátrányos megkülönböztetéssel és erőszakkal való szembesülés) hatásait, valamint annak járulékos megnyilvánulásait a leszbikus, meleg és biszexuális emberek életében.

Indoklás

A heteronormatív társadalomban élt élet elkerülhetetlenül kihívásokat támaszt a nem-heteroszexuális irányultságú emberekkel szemben. Sok leszbikus, meleg és biszexuális ember szembesül stigmával, heteroszexizmussal, erőszakkal vagy hátrányos megkülönböztetéssel (Herek, 1991b, 2009; Mays & Cochran, 2001; I. H. Meyer, 2003). A stigma negatív társadalmi attitűd vagy társadalmi rosszallás, amely az egyén valamely jellemzőjével szemben fejeződik ki, és amely előítélethez vagy az egyénnel szembeni hátrányos társadalmi megkülönböztetéshez vezethet (VandenBos, 2007). Herek (1995) a heteroszexizmust így határozza meg: „az az ideológiarendszer, amely tagadja, lekicsinyli vagy megbélyegzi a nem-heteroszexuális viselkedési formákat, identitásokat, kapcsolatokat vagy közösségeket" (321.). Ezek a kihívások jelentős kisebbségi stresszt okozhatnak a leszbikus, meleg és biszexuális emberek számára, akiket környezetük gyakran csak akkor fogad el, ha leszbikus, meleg és biszexuális identitásukat titkolják (DiPlacido, 1998). A kisebbségi stresszt okozhatja mindennapi zaklatás (pl. melegellenes viccelődés) vagy súlyosabb negatív események (mint például a munkahely, lakhatás, gyermekfelügyelet elvesztése, fizikai vagy szexuális erőszak) (DiPlacido, 1998). A Herek által valószínűségi mintán végzett kutatás szerint nagyjából nyolcból egy leszbikus vagy biszexuális egyén, és tízből négy meleg férfi tapasztalt melegellenes zaklatást az Egyesült Államokban. Az aktív megbélyegzés, erőszak és hátrányos megkülönböztetés stigmatizáltság érzéséhez vezethet, amikor az egyén szubjektíve veszélyeztetve érzi biztonságát és általános jólétét (Herek, 2009).

A melegellenes erőszak és hátrányos megkülönböztetés mentálhigiénés problémákhoz és pszichés distresszhez vezethet (Cochran, Sullivan, & Mays, 2003; Gilman et al., 2001; Herek, Gillis, & Cogan, 1999; Mays & Cochran, 2001; Meyer, 1995; Ross, 1990; Rostosky, Riggle, Horne, & Miller, 2009). Ugyanilyen fontos megemlíteni, hogy igen erősen stigmatizált helyzetben a meleg, leszbikus vagy biszexuális identitást kialakító emberek magukévá tesznek a nem-heteroszexuális szexuális irányultságokkal szembeni negatív attitűdöket is (Szymanski, Kashubeck-West, & Meyer, 2008a). Szymanski, Kashubeck-West és Meyer (2008b) a leszbikus, meleg és biszexuális személyek internalizált heteroszexizmusának empirikus irodalmát áttekintve úgy találták, hogy minél nagyobb fokú az egyén internalizált heteroszexizmusa, annál nagyobb eséllyel szenved önértékelési zavartól, depressziótól, lelki és pszichoszociális distressztől, a fizikai egészség megromlásától, valamint nehézségektől az intimitás, a társas támogatás, a párkapcsolatok minősége és a karrier területén.

A leszbikusok, meleg férfiak és biszexuális emberek által tapasztalt stigma jelentősen eltér egymástól. A leszbikus és biszexuális nők, amellett, hogy szexualitásuk miatt szenvednek előítélettől, további előítéletekkel és diszkriminációval is szembesülnek, mivel olyan világban élnek, amelyben a szexizmus igen széles körben elterjedt (APA, 2007). A meleg és biszexuális férfiakra viszont a szexuális előítéletek mellett elvárásként nehezednek a tágabb társadalom, illetve esetlegesen saját szubkultúrájuk

férfiassági normái (Herek, 1986; Stein, 1996). A biszexuális nők és férfiak meleg férfiak és leszbikus nők részéről is tapasztalhatnak rosszallást és stigmatizációt, nemcsak heteroszexuális emberek részéről (Herek, 1999, 2002; Mohr & Rochlen, 1999). Green (1994b) megállapította, hogy a heteroszexizmus, szexizmus és raszszizmus együtthatása miatt a leszbikus, meleg és biszexuális faji vagy etnikai kisebbséghez is tartozó emberek fokozott stressznek vannak kitéve. A leszbikus, meleg és biszexuális fiatalokra ható társadalmi stresszforrások, mint például a szóbeli vagy tettleges bántalmazás hatással van a tanulmányi eredményekre, és otthonról való elszökéshez, prostitúcióhoz, droghasználathoz vagy akár öngyilkossághoz vezethet (D'Augelli, Pilkington, & Hershberger, 2002; Espelage, Aragon, Birkett, & Koenig, 2008; Savin-Williams, 1994, 1998). A vidéken élő leszbikus, meleg és biszexuális emberek társadalmi elszigeteltség-érzetének kialakulásához hozzájárulhat a kisebb mértékű láthatóság és a kevesebb támogató szervezet jelenléte (D'Augelli & Garnets, 1995).

A kutatások számos olyan kontextuális tényezőt tártak fel, amelyek hatással vannak a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekre és arra, ahogyan a stigmát megélik (Bieschke, Perez, & DeBord, 2007). Ezek között szerepel a bőrszín és etnikai hovatartozás (pl. L. B. Brown, 1997; Chan, 1997; Espin, 1993; Fygetakis, 1997; Greene, 2007; Szymanski & Gupta, 2009; Walters, 1997), a bevándorló státusz (Espin, 1999), a vallás (pl. Davidson, 2000; Dworkin, 1997; Fischer & DeBord, 2007; Ritter & Terndrup, 2002), a földrajzi tényezők, például a település jellege vagy a származási ország (pl. Browning, 1996; D'Augelli, Collins, & Hart, 1987; Kimmel, 2003; Oswald & Culton, 2003; Walters, 1997), a korábbi és aktuális társadalmi-gazdasági helyzet (Albelda, Badgett, Schneebaum, & Gates, 2009; Badgett, 2003; Díaz, Bein, & Ayala, 2006; Martell, 2007; G. M. Russell, 1996), az életkor és a generációs kohorsz (G. M. Russell & Bohan, 2005), a fogyatékosság (Abbott & Burns, 2007; Shuttleworth, 2007; Swartz, 1995; Thompson, 1994), a HIV-státusz (O'Connor, 1997; Paul, Hays, & Coates, 1995) és a nemi identitás és nemi önkifejezés (APA, 2008; Lev, 2007).

Alkalmazás

A pszichológus szakembernek fontos megértenie, hogy a társadalmi stigmatizáció, az előítélet és a diszkrimináció stresszforrást jelent, és leszbikus, meleg és biszexuális emberekben a személyes biztonságuk miatti aggodalmat ébreszt (Mays & Cochran, 2001; Rothblum & Bond, 1996). Ezért kiemelten fontos, hogy a terápiás környezet biztonságérzetet keltsen a kliensben (lásd a 4. irányelvett). Ehhez elengedhetetlen, hogy a pszichológus jól értse a stigmatizált helyzet hatásait, és a kliens felé is közvetíteni tudja, hogy erre tudatosan odafigyel, és elismeri az ezzel kapcsolatos érzéseket. A leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel dolgozó pszichológust arra ösztönözzük, hogy mérje föl, kliense előtörténetében milyen szerepe van az általa megélt zaklatásnak, diszkriminációnak és erőszaknak. Emellett az internalizált heteroszexizmus nyílt és burkolt megnyilvánulásait is föl kell mérni (Sánchez, Westefeld, Liu, & Vilain, 2010; Szymanski & Carr, 2008). A nemhez, bőrszínhez, etnikai hovatartozáshoz, kulturális háttérhez, társadalmi helyzethez, valláshoz, fogyatékossághoz, földrajzi elhelyezkedéshez és az identitás más összetevőihez kapcsolódó kontextuális tényezők különböző kombinációi jelentősen eltérő stigmatizációs nyomáshoz és megküzdési típusokhoz vezethetnek. Az ilyen kontextuális különbségek különböző klinikai jelenségeket és terápiás szükségletet teremthetnek (Moradi, van den Berg, & Epting, 2009). A pszichológust ezért arra biztatjuk, hogy a kliens helyzetének felmérésekor tárja föl ezeket a kontextuális tényezőket annak érdekében, hogy megállapítsa, milyen beavatkozás lehet hatásos, a kliens számára elfogadható, és a kliens hogyan értékeli a terápia eredményét (Fontes, 2008; Ivey & Ivey, 2007).

A lehetséges beavatkozások között lehetnek például: (1) a kliens biztonságérzetének növelése és a stressz csökkentése; (2) a személyes és társas erőforrások fejlesztése; (3) a poszttraumás tünetek kezelése; és (4) a kliens megerősítése, hogy a stigmával és diszkriminációval szükség esetén szembeszálljon. A pszichológus vegye figyelembe, hogy kliense milyen mértékű biztonságot és támogatást kap közvetlen környezetétől, és ennek megfelelően tervezze a beavatkozást. Azoknak a klienseknek például, akik elfogadták leszbikus, meleg és biszexuális identitásukat, hasznára válhat, ha helyi támogató csoportokhoz vagy közösségi szervezetekhez irányítjuk őket. Azok a kliensek, akik kevésbé jól viszonyulnak nem-heteroszexuális identitásukhoz, internetes forrásokat hasznosabbnak találhatnak. A pszichológusnak minden egyes kliens esetében a kontextus ismeretében kell mérlegelnie a helyzetet. Mivel a stigma kulturálisan igen elterjedt, annak hatásai nem feltétlenül élnek tudatosan magukban a leszbikus, meleg és biszexuális egyénekben. Ezért hasznos lehet figyelembe venni a kliens életében különféle módokon megjelenő stigmát, még ha a kliens nem közvetlenül ezzel fordult is szakemberhez.

2 MÁSODIK IRÁNYELV

A pszichológus értse meg, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális orientáció nem pszichés betegség.

Indoklás

Nincs tudományos alapja annak a feltételezésnek, hogy a homoszexualitás vagy biszexualitás pszichopatológiás vagy beilleszkedési zavarra való hajlamot hordozna magával. Hooker (1957) tanulmánya volt az első, amely megkérdőjelezte ezt a hosszú ideje fennálló feltételezést azzal, hogy nem talált különbséget nem pszichiátriai

kezelés alatt álló heteroszexuális és meleg férfiak projektív tesztre adott válaszaiban. Későbbi tanulmányok sem mutattak különbséget heteroszexuális és homoszexuális csoportok kognitív képességei (Tuttle & Pillard, 1991), valamint lelki jólléte és önbecsülése (Coyle, 1993; Herek, 1990a; Savin-Williams, 1990) között. Fox (1996) pszichiátriai kezelés alatt nem álló biszexuális nőkön és férfiakon végzett kutatása nem talált pszichopatológiára utaló jeleket.

Napjainkban az úgynevezett konverziós vagy reparatív terápiák hívei újra patologizálni próbálják a nem-heteroszexuális irányultságokat (APA, 2009a; Haldeman, 2002). Ennek ellenére a nagyobb pszichológiai szervezetek (Amerikai Pár- és Családterápiás Egyesület [American Association for Marriage and Family Therapy] 1991, Amerikai Lelki Tanácsadók Szövetsége [American Counseling Association] 1996, Amerikai Pszichiátriai Társaság [American Psychiatric Association] 1974; APA [Conger, 1975], Kanadai Pszichológiai Társaság [Canadian Psychological Association] 1995; Szociális Munkások Országos Szövetsége [National Association of Social Workers] 1996) megerősítették, hogy a homoszexualitás és biszexualitás nem lelki betegség.

Ezen kívül rengeteg olyan tanulmány látott napvilágot, amely kevés nyilvánvaló különbséget talált heteroszexuális, homoszexuális és biszexuális emberek között az általános pszichológiai működéshez kapcsolódó változók terén (Gonsiorek, 1991; Pillard, 1988; Rothblum, 1994). A homoszexualitást és biszexualitást pszichés betegségként kategorizáló irodalomról ezen kívül kimutatták, hogy megállapításai nem nyugszanak stabil módszertani alapokon. Gonsiorek (1991) szakirodalmi áttekintése komoly módszertani hibákat mutatott ki, mint például a fogalmi tisztázatlanságot, a résztvevők pontatlan besorolását, össze nem hasonlítható csoportok összevetését, a mintaválasztási módszerek következetlenségét, a zavaró társadalmi tényezők figyelembe nem vételét és megkérdőjelezhető eredménymérési eszközök (outcome measures) használatát. Noha a vizsgált tanulmányok azt mutatták ki,

hogy a homoszexualitás pszichés betegség, nincs empirikus alapja azon nézeteknek, amelyek a leszbikus, meleg és biszexuális emberek ilyen helytelen reprezentációjához vezetnek.

Azokban az esetekben, amikor egyes tanulmányok különbségeket mutattak ki a heteroszexuális és homoszexuális emberek pszichés működése között (pl. DiPlacido, 1998; Gilman et al., 2001; Mays, Cochran, & Roeder, 2003; Ross, 1990; Rotheram-Borus, Hunter & Rosario, 1994; Savin-Williams, 1994), a különbségek a szexuális irányultságon alapuló stigmatizáció miatt megélt stressz hatásainak voltak betudhatók. Ezek a vizsgálati eredmények összhangban vannak azon nagy számú kutatás eredményeivel, amelyek a diszkriminatív viselkedés elszenvedését összefüggésbe hozzák a pszichés distresszel (pl. Kessler, Michelson, & Williams, 1999; Markowitz, 1998). Leszbikus, meleg és biszexuális közösségi mintákon alapuló tanulmányok áttekintéséből Cochran (2001) arra következtetett, hogy a leszbikusok és meleg férfiak fokozott hajlama a pszichés distresszre, valamint gyakoribb droghasználatuk is a stigma negatív hatásának tulajdonítható.

Alkalmazás

Ajánljuk, hogy a pszichológus ne tulajdonítsa kliense nem-heteroszexuális irányultságát a pszichés fejlődés lemaradásának vagy pszichopatológiának. Pontatlan, idejétmúlt vagy a homoszexualitást és biszexualitást patologizáló nézetek jelentkezhetnek abban, ha a kliens problémáit a pszichológus — helytelenül — annak szexuális irányultságára vezeti vissza (Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds, & Peplau, 1991; Pachankis & Goldfried, 2004). A Shidlo és Schroeder (2002) által megkérdezett, pszichoterápián résztvevő leszbikus és meleg minta kétharmada állította, hogy terapeutája nyíltan kimondta: leszbikusként vagy meleg férfiként nem remélhetnek boldog, produktív életet és stabil intim kapcsolatokat. Az ilyesfajta kijelentések mögött az az alapfeltételezés, hogy a homoszexualitás vagy a biszexualitás pszichés zavarra vagy diszfunkcióra utal, vagy azzal van összefüggésben.

Azok a kliensek, akik a homoszexualitás vagy biszexualitás pszichés zavarként való értelmezésével találkoztak, maguk is könnyen internalizált előítéletekkel állhatnak elő (Beckstead & Morrow, 2004; Pachankis & Goldfried, 2004). Ilyen esetekben fontos figyelembe venni az internalizált stigma hatásait. Az ilyen hatásokat közvetlen és közvetett módon (Bieschke, 2008) is lehet kezelni, ahogy a szakember a kliens pszichés fölkészültsége alapján jónak látja. Beckstead és Israel (2007) azt javasolja, hogy a terápiás célt a szakember a klienssel közösen dolgozza ki, és vonja be a klienst az előítéletes vélemények negatív hatásának vizsgálatába is. Az APA (2009b) „támogatja a pontos tudományos és szakmai tájékoztatást a szexuális irányultságról az előítéletekkel való megküzdés érdekében", és „helyteleníti, hogy bizonyos személyek vagy szervezetek a közvélemény formálása vagy a közpolitikák befolyásolása céljából eltorzítják vagy szelektíven használják a homoszexualitással kapcsolatos tudományos adatokat" (122.).

HARMADIK IRÁNYELV 3

A pszichológus értse meg, hogy az azonos neműek iránt érzett vonzalom, az ilyen érzések és viselkedés az emberi szexualitás normál variánsai, és a szexuális irányultság megváltoztatására irányuló erőfeszítések sem hatékonynak, sem pedig biztonságosnak nem bizonyultak.

Indoklás

A szexuális irányultság megváltoztatására tett terápiás erőfeszítések az utóbbi években megszaporodtak, és nagyobb nyilvánosságot is kaptak (Beckstead & Morrow, 2004). A nem-heteroszexuális

irányultság megváltoztatására, módosítására vagy kezelésére alkalmazott terápiás beavatkozást angolul röviden SOCE-nak nevezik (sexual orientation change efforts) (APA 2009b). A szexuális irányultságukat megváltoztatni kívánó kliensek többségükben „ex-gay" (már nem meleg) programok vagy egyházi intézmények keretében próbálják ezt elérni (Haldeman, 2004; Tozer & Hayes, 2004). A SOCE leggyakrabban a vallási alapú ex-gay mozgalomból (Haldeman, 2004) származik, bár számos pszichoterápiás megközelítés is ismert. Nicolosi (1991) például leír egy olyan módszert, amelynek segítségével a férfi homoszexualitást az azonos nemű szülőhöz való megfelelő gyermekkori kötődés hiányának terápiás feloldásával kezelik.

A több évtizedet átfogó szakirodalom szemléje egyértelműen bizonyítja, hogy a szexuális irányultság megváltoztatására tett erőfeszítések hiábavalók (APA, 2009b; Drescher, 2001; Haldeman, 1994; Murphy, 1992). A szakirodalmi áttekintések számos módszertani buktatóra mutattak rá, amelyek közt szerepel a mintavétel elfogult módja, az alanyok helytelen kategorizációja, az alanyok önértékelésének kritikátlan átvétele és a szegényes vagy nem létező kimeneti kritériumok. Még a SOCE legnagyobb hívei is arra a következtetésre jutottak, hogy a szexuális irányultságot majdnem lehetetlen megváltoztatni (Spitzer, 2003), és a kutatásokba bevett alanyoknak csupán kevesebb mint egyharmada nyilatkozott úgy, hogy a kezelés nála sikerrel járt (Haldeman, 1994). A jelenlegi, bizonyítékokon alapuló gyakorlat szerint ezért a SOCE semmiképpen nem javasolható hatékony kezelési módként. Az APA *Határozat a megfelelő affirmatív válaszokról szexuális orientáció miatti distresszre és változtatási kísérletekre* (Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Changes Efforts; APA, 2009b) című alapelve kimondja, hogy „azok a pozitív változások, amelyekről a szexuális irányultságot megváltoztatni kívánó beavatkozásokban résztvevők számolnak be, olyan módszerek révén is elérhetők, amelyeknek nem célja a szexuális irányultság megváltoztatása" (121.).

Az is bebizonyosodott, hogy a SOCE sok kliensnél okozhat sérülést. Shildo és Schroeder (2002) kimutatta, hogy ilyen terápiák során a terapeuta az alanyok többségét félrevezette a szexuális irányultság természetét és a leszbikus, meleg és biszexuális emberek jellemző élettapasztalatait illetően. Úgy találták továbbá, hogy a legtöbb alany nem tudott megfelelően tájékozott döntést hozni a konverziós terápia folyamatában való részvételről, amint azt az APA a szexuális orientációra való megfelelő terápiás válaszokról szóló határozatában (Resolution on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation; APA, 1998) előírja. Haldeman (2002) a sikertelen konverziós terápiák számos negatív hatását sorolja fel. Ilyen az intim kapcsolatok kerülése, a szexuális diszfunkció, a depresszió és az öngyilkossági késztetés.

A homoszexualitással és biszexualitással kapcsolatos előítéletek és pontatlan infomációk továbbra is elterjedtek a társadalomban (APA, 1998, 2009b; Haldeman, 1994), és gyakran ezek állnak a kliens azon igényének hátterében, hogy megváltoztassa szexuális orientációját. Tozer és Hayes (2004) kimutatta, hogy a homoszexualitással és biszexualitással kapcsolatos negatív attitűdök és meggyőződések a szexuális irányultságukat megváltoztatni szándékozó egyének fontos motivációs mozgatói. A félelem, hogy az egyén elveszít számára fontos értékeket (például a családját, barátait, karrierjét, spirituális közösségét), valamint a zaklatástól, diszkriminációtól és erőszaktól való félelem vezethet ahhoz, hogy az egyén nem meri leszbikus, meleg és biszexuális emberként azonosítani magát. Ezen kívül néhány esetben az is megfogalmazódik a kliensekben, hogy a nem-heteroszexuális irányultság összeegyeztethetetlen vallási meggyőződéseikkel és értékrendjükkel (APA, 2009b; Beckstead, 2001).

Alkalmazás

Amennyiben a kliens meg kívánja változtatni szexuális irányultságát, javasoljuk, hogy a pszichológus alaposan vizsgálja meg ennek okait. Mivel az internalizált homofóbia és a melegellenes vallási meggyőződések befolyásolják az ilyen elhatározást (Tozer & Hayes, 2004), fontos, hogy a pszichológus tudatosan és tapintatosan reagáljon az ilyen kérésekre. Emellett a pszichológusnak etikai kötelessége, hogy a félreinformált vagy összezavarodott klienst pontos információval lássa el a szexuális irányultságról (APA, 1998). Javasoljuk, hogy a pszichológus mutasson rá a szexuális irányultsággal kapcsolatos internalizált előítéletekre, amelyek befolyásolhatják a kliens önképét, és oszlassa el azokat. A pszichológus azzal, hogy pontosan tájékoztatja a klienst azokról a társadalmi stresszténye zőkről, amelyek a szexuális irányultság el nem fogadásához vezethetnek, segítheti a klienst a stigma hatásainak semlegesítésében, és „beoltja" a további sérülések ellen.

Az APA szexuális orientációra való megfelelő terápiás válaszokról szóló határozata (Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation, 1998) megadja a szexuális irányultságuk következményei miatt aggódó kliensekkel folytatott pszichológusi munka kereteit. A határozat kiemeli az etikai kódex azon részeit, amelyek minden idősebb, felnőtt vagy fiatalkorú leszbikus, meleg, vagy biszexuális klienssel dolgozó pszichológusra vonatkoznak. Ezek között szerepel a diszkriminatív gyakorlat tilalma (pl. a homoszexualitást és biszexualitást patológiaként kezelő nézetekre alapozott kezelés); a tudományos vagy klinikai adatok meghamisításának tilalma (pl. az a megalapozatlan kijelentés, hogy a szexuális irányultság megváltoztatható); és a tájékozott beleegyezés kötelezettsége (APA, 1992). A tájékozott beleegyezés követelményébe beletartozik, hogy a pszichológus tájékoztassa kliensét a SOCE empirikus igazolatlanságáról és alkalmazásának veszélyeiről (APA, 2009a), valamint az, hogy a pszichológus pontosan tájékoztassa a tájékozatlan vagy megzavarodott klienst a szexuális irányultsággal kapcsolatban. A fent idézett alapelv fölhívja a pszichológusok figyelmét, hogy vitassák meg a kezelés megközelítési módját, annak elméleti alapjait és várható kimenetét, valamint alternatív kezelési módokat is. Ezen kívül ellenzi a kényszerkezelést, különösen fiatal kliensek esetében.

A szexuális irányultságukat, illetve vallási meggyőződésüket és annak kifejeződését egymással ellentétesként megélő kliensek régóta kihívást jelentenek a pszichológusok számára (Beckstead & Morrow, 2004; Haldeman, 2004; Yarhouse & Burkett, 2002). Sok ilyen problémával szembenéző kliens számára megoldás lehet a szexuális irányultság és a vallási hovatartozás integrációja, amely megtörténhet úgy, hogy a melegségét elfogadó kliens egy konzervatív közösségből egy nyílt és elfogadó felekezethez pártol át. Néhány esetben azonban, különösen, amikor az egyén fontosabbnak érzi vallási meggyőződését szexuális irányultságánál, ez a váltás lehetetlennek bizonyulhat. Ilyen esetekben a kliens előnyben részesítheti vallási meggyőződését szexuális irányultságával szemben, és ennek megfelelő megoldást kereshet (APA, 2009b; Beckstead, 2001; Haldeman, 2004; Throckmorton, 2007). Meg kell azonban jegyeznünk, hogy ez nem azonos a szexuális irányultság megváltoztatásával vagy elfojtásával, hanem olyan kezelési cél, amelyet a személyes integráció érdekében határozunk meg. A szexuális irányultság és a vallási meggyőződés ellentmondását megélő kliensekkel folytatott munka megtervezéséről a következő irodalmak nyújtanak részletesebb tájékoztatást: APA (2009b), Beckstead (2001), Beckstead és Morrow (2004), és Haldeman (2004).

Javasoljuk, hogy a pszichológus mérje föl, milyen mértékben érintik a klienst a SOCE eredménytelensége miatt megélt érzelmi és társadalmi stresszhatások. Bebizonyosodott, hogy a SOCE könnyen károsíthatja a kliens pszichéjét (APA, 2009b; Haldeman, 2001, 2004; Shidlo & Schroeder, 2002). Az érzelmi hatások jelentkezhetnek az intim kapcsolatok kerülésében, depresszióban,

szorongásban, szexuális zavarokban, öngyilkossági késztetésben és a kettős stigma érzésében amiatt, hogy a kliens nemcsak meleg, de megváltozni is képtelen. A SOCE-n átesett meleg férfiakkal dolgozó pszichológusnak érdemes tudnia, hogy kliensei körében gyakori a férfiasság elveszítésének érzése (Haldeman, 2001), mivel az ilyen programokban résztvevő férfiakat gyakran megpróbálják meggyőzni, hogy az „igazi" férfi nem lehet meleg. Ezen kívül azt is fontos megjegyezni, hogy SOCE programon átesett kliensek, akik végül melegként bújnak elő, gyakran szembesülnek beilleszkedési problémákkal, mivel a leszbikus, meleg és biszexuális közösség többnyire ismeretlen a számukra. Az is lehetséges, hogy bizonyos veszteségek földolgozásához is szükségük van segítségre (pl. családi kapcsolatok, vallási közösség). Mivel a szexuális irányultság belső elfogadása korrelációt mutat az élettel való elégedettség mértékével (Herek, 2003; Morris, Waldo, & Rothblum, 2001), a támogató, előítéletmentes terápiás közeg segíthet az egyénnek az internalizált stigma feldolgozásában és a pozitív énképen alapuló integrált élet megteremtésében.

4 NEGYEDIK IRÁNYELV

A pszichológus ismerje föl, hogy a melegséggel, leszbikussággal és biszexualitással kapcsolatos témákban való jártassága és azokhoz való viszonyulása befolyásolja a kliens diagnosztizálását és kezelését, és ha szükséges, kérjen tanácsot, vagy irányítsa a klienst más megfelelő segítő szervezetekhez.

Indoklás

Az APA etikai kódexe arra biztatja a pszichológusokat, hogy igyekezzenek megszüntetni előítéleteik hatását a munkájukra (APA 2002b, E elv). Ennek érdekében a pszichológus mérje föl kompetenciáját és szakmai tapasztalatának határait, különösen ha olyan kliensnél vállal állapotfelmérést és kezelést, akinek tulajdonságai eltérnek sajátjaitól (például leszbikus, meleg és biszexuális kliens[4]). Ha a pszichológus nincs egyértelműen tudatában saját meggyőződéseinek, értékeinek, szükségleteinek és korlátainak, az esetleg akadályozhatja a kliens pszichoterápiás előrehaladását (Corey, Schneider-Corey, & Callanan, 1993). Ez különösen érvényes a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott munkára.

A leszbikus, meleg és biszexuális kliens állapotának fölmérését vagy kezelését kedvezőtlenül befolyásolhatja a pszichológus nyílt vagy rejtett negatív hozzáállása. Például, ha a homo- vagy biszexualitást mentális betegség vagy patológia tüneteként kezelik, a kliens azonos neműekhez kötődő szexuális irányultsága könnyen értelmeződhet lelki problémái fő forrásaként, még akkor is, ha nem ezzel fordul pszichológushoz (Garnets et al., 1991; Liddle, 1996; Nystrom, 1997). Ezen kívül, ha a pszichológus nincs tudatában saját negatív attitűdjének, heteroszexista előítéletei akadályozhatják a pszichoterápiát. Mivel a pszichológia nyelvét, elméleteit és a pszichoterápiás kezelési formákat áthatja a heteroszexizmus (S. Anderson, 1996; L. S. Brown, 1989; Gingold, Hancock, & Cerbone, 2006), a megfelelő állapotfölmérés és kezelés érdekében kiemelten fontos, hogy a pszichológus fölismerje a heteroszexizmust, és tegyen ellene. Erre azért van szükség, mert ha a leszbikus, meleg és biszexuális klienssel szemben a pszichológus heteroszexuális identitás-, viselkedési vagy kapcsolati normákat alkalmaz, akkor a kliens gondolatai, érzései és viselkedésformái tévesen abnormálisnak, deviánsnak vagy nemkívánatosnak minősülhetnek.

Ettől eltérő, de szintén kevéssé hatékony módszer, ha a pszichológus nem vesz tudomást a szexuális irányultságok különbözőségéről, amikor vizsgálatba vagy kezelésbe kezd. A bőrszín szerinti különbözőség figyelmen kívül hagyásához („színvak" modell)

4 A szöveg heteroszexuális pszichológust feltételez. (A ford.)

hasonlóan az ilyen nézőpont nem veszi figyelembe vagy tagadja a leszbikus, meleg és biszexuális emberek heteroszexuálisokétól kulturálisan eltérő élettapasztalatait. Ahelyett, hogy leszámolna az előítéletekkel, az ilyen „szemet hunyó" stratégia valószínűleg csak megerősíti a heteroszexista feltételezéseket, és egyáltalán nem segíti a klienst (Garnets et al., 1991; Winegarten, Cassie, Markowski, Kozlowski, & Yoder, 1994).

Alkalmazás

Az APA etikai kódexe (APA 2002b) arra hívja fel a pszichológusok figyelmét, hogy „figyeljenek oda a különböző, köztük a […] szexuális irányultságon alapuló […] kulturális, egyéni és szerepkülönbségekre, tartsák azokat tiszteletben, és az e tényezőkhöz kötött előítéletek hatását próbálják távol tartani munkájuktól" (APA 2002b, 1063.). Ennek érdekében javasoljuk, hogy a pszichológus legyen tudatában explicit és implicit előítéleteinek. Az explicit előítéletek világosabban megjelennek a pszichológus és a kliens számára is, és az előítélet tudatos formájaként határozhatók meg (Conrey, Sherman, Gawronski, Hugenberg, & Groom, 2005). Az implicit előítéletek azonban nem tudatos formában vannak jelen (Greenwald & Banaji, 1995), de ettől még jelentősen hátráltathatják a kezelés előrehaladását.

Mivel a segítő kapcsolat biztonságossága elengedhetetlen a pozitív változás eléréséhez (Levitt & Williams, 2010), javasoljuk, hogy a pszichológus használjon megfelelő önismereti és önképzési módszereket (pl. konzultáció, önálló vagy szervezett formában folytatott tanulmányok) annak érdekében, hogy felismerje és csökkentse a homoszexualitással és biszexualitással szemben benne élő implicit vagy explicit előítéletek hatását. Ezzel a pszichológusban tudatosul, hogy a saját személyes háttere és egyéni jellemzői, mint például a nem, a szexuális irányultság, a heteroszexizmus, vagy a vallási ideológiák hogyan befolyásolhatják

leszbikus, meleg és biszexuális klienseivel végzett állapotfelmérő vagy terápiás munkáját (Israel, Gorcheva, Walther, Sulzner, & Cohen, 2008; Morrow, 2000). Ezen kívül a pszichológus tudatosan kerülje azt az előfeltevést, hogy a kliens heteroszexuális, még akkor is, ha a kliens ennek minden külső jelét mutatja (pl. házasságban él, gyermekei vannak stb.).

Mivel sok pszichológus nem rendelkezik a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott munkához szükséges elegendő naprakész információkkal (Pilkington & Cantor, 1996), javasoljuk, hogy keresse az olyan alkalmakat, amikor ezekre szert tehet, például tréning, szakmai tapasztalatszerzés, konzultáció vagy szupervízió formájában, hogy biztosítsa a kliensekkel folytatott kompetens munkát. Kulcsfontosságú terület többek között a következők megértése: (1) az emberi szexualitás alakulása különböző életkorokban; (2) a stigma hatása a szexuális irányultság és identitás alakulására; (3) az előbújás folyamata, és hogy ezt miként befolyásolhatják a kor, nem, etnikai hovatartozás, bőrszín, fogyatékosság, vallás, vagy gazdasági-társadalmi háttér tényezői; (4) az azonos nemű párkapcsolatok dinamikája; (5) a származási családhoz fűződő viszonyok; (6) a spiritualitás és vallási közösséghez tartozás kérdései; (7) a karrier és a munkahelyi diszkrimináció kérdései; (8) a sikeres mindennapi működéshez szükséges megküzdési stratégiák.

ÖTÖDIK IRÁNYELV 5

A pszichológus törekedjen arra, hogy fölismerje a biszexuális emberek tapasztalatainak egyediségét.

Indoklás

A biszexuális emberek mind heteroszexuális, mind pedig leszbikus/meleg emberek részéről ki vannak téve a biszexualitással

kapcsolatos negatív egyéni és társadalmi hozzáállásnak (Bradford, 2004a; Eliason, 2001; Evans, 2003; Herek, 2002; Mulick & Wright, 2002). Ráadásul a biszexualitást gyakran nem tekintik önálló, teljes értékű szexuális irányultságnak (Dworkin 2001), hanem csak a heteroszexuális és homoszexuális irányultságok közötti átmeneti állaponak (Eliason, 2001; Herek, 2002; G.M. Russell & Richards, 2003; Rust, 2000a). A biszexuális emberekkel kapcsolatban elhangozhat olyan vélemény is, miszerint ők promiszkuisak, fejlődésükben le vannak maradva, vagy lelkileg sérültek (Fox, 1996; T. Israel & Mohr, 2004; Mohr, Israel, & Sedlacek, 2001; Oxley & Lucius, 2000). A szexuális identitás láthatósága különösen nagy gondot okozhat a biszexuális emberek számára, mivel ha azonos neművel vannak kapcsolatban, leszbikusnak vagy melegnek nézhetik őket, ha pedig különneművel, akkor heteroszexuálisnak (Bradford, 2004a; Keppel & Firestein, 2007; Rust, 2007).

A biszexuálisok nem alkotnak homogén csoportot. Különböznek egymástól nem, kultúra, identitásfejlődés, kapcsolatok terén, illetve abban, hogy mit jelent számukra a biszexualitás (Fox, 1996; Rust, 2000b). Valaki lehet azért biszexuális, mert egyaránt vonzódik nőkhöz és férfiakhoz; mert az intim kapcsolatait nem aszerint alakítja, hogy társa milyen nemű; vagy mert a szexuális irányultság hagyományos fogalmát túl szűknek találja (Ross & Paul, 1992). A biszexuálisok közt gyakrabban előfordul, hogy nem élnek monogám kapcsolatban, és a poliamoriát ideális megoldásnak találják, mint a leszbikusok vagy melegek közt, bár sok biszexuális személy van, aki monogám intim kapcsolatot kíván, és ilyet is tart fönn (Rust, 1996b; Weitzman, 2007). A nőkhöz és férfiakhoz is egyaránt vonzódó személyek identitása különféle utakon alakulhat. Egyesek először leszbikus vagy meleg identitást vállalnak föl, mások ehhez később érkeznek el, míg megint mások kezdettől fogva biszexuálisként azonosítják magukat (Fox 1996).

Bár a biszexuális egyének lelki egészségét kevés kutatás tette fő tárgyává, néhány tanulmány alapján úgy tűnik, hogy a leszbikus, meleg és heteroszexuális népességhez képest a biszexuálisokra nagyobb arányban jellemző a depresszió, az öngyilkossági késztetések és a droghasználat (pl. Dodge & Sandfort, 2007). A leszbikus és meleg emberekre alkalmazott kisebbségi stressz modelljéhez (Meyer 2003) hasonlóan ezekről a lelki egészségre ártalmas jelenségekről is kimutatták, hogy kapcsolatban vannak a diszkriminációval és a társadalmi elszigetelődéssel (Dodge & Sandfort, 2007).

Alkalmazás

A biszexuális kliensekkel végzett pszichoterápiás munka feltétele, hogy a pszichológus tisztelje tapasztalataik különbözőségét és összetettségét (Bradford, 2006; Dworkin, 2001; Goetstouwers, 2006; Page, 2004, 2007). Ezért javasoljuk, hogy a pszichológus a kezelés előtt szerezzen átfogó ismereteket a szexuális irányultságról (Horowitz, Weis, & Laflin, 2003). Azt is javasoljuk, hogy a pszichológus mérje föl az intim kapcsolatokhoz való hozzáállását, és ismerje föl, hogy milyen előítéletei lehetnek az egyes biszexuális emberek által kialakított, hagyományos párkapcsolattól eltérő kapcsolatokkal szemben (Buxton, 2007; Weitzman, 2007). Ezen kívül ismerje meg a biszexuális identitás fejlődési útjait, beleértve az ezt befolyásoló tényezőket, mint például a kultúra (Collins, 2007; Evans, 2003; Ferrer & Gómez, 2007; Scott, 2006, 2007) vagy a nemek szerinti különbségek (Eliason, 2001; Fox, 2006; Goetstouwers, 2006) is.

A pszichológus tartsa szem előtt, hogy a biszexuális kliensekkel folytatott affirmatív pszichoterápia különbözhet a leszbikus vagy meleg kliensek kezelésétől (Bradford, 2004a). A biszexuális férfiak és nők például különneművel vagy azonos neművel való kapcsolatukat (akár házasságukat) követően is előbújhatnak biszexuálisként, amikor felismerik és meg is akarják élni a másik nemhez fűződő vonzalmukat (Keppel & Firestein, 2007).

A kezelésnek így feladata lehet a meglevő házasság és az új kapcsolat közötti konfliktus megoldása, és ez akár váláshoz is vezethet (Buxton, 2007; Carlsson, 2007; Firestein 2007).

6 **HATODIK IRÁNYELV**

A pszichológus törekedjen arra, hogy a szexuális irányultság és nemi identitás kérdéseit különválassza a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott munka során.

Indoklás

A szexuális irányultság és a nemi identitás az egyén egymástól eltérő jellegzetességei (APA 2006). Gyakori hiba azt feltételezni, hogy a meleg férfiak és leszbikusok hajlamosak a gender nonkonformitásra és/vagy transzneműségre (Fassinger & Arseneau, 2007; Helgeson, 1994; Kite, 1994; Kite & Deaux, 1987; Martin, 1990). Ehhez hasonlóan a hagyományostól eltérő nemi identitást is gyakran értelmezik úgy, hogy az egyén leszbikus vagy meleg, a személy tényleges szexuális irányultságától függetlenül. Mivel a gender-nonkonformitás stigmatizációja gyakran előfordulhat, az már önmagában, a szexuális irányultságtól függetlenül is előítélethez vagy diszkriminációhoz vezethet (J. Green & Brinkin, 1994; Lombardi, 2001). Néhány iskolai kutatás például kimutatta, hogy a gender-nonkonformitás (a szexuális irányultságtól függetlenül) legalább annyi ellenszenvet vált ki középiskolás diákokban, mint amennyit a leszbikus, meleg és biszexuális irányultság (pl. Horn, 2007).

A leszbikus, meleg és biszexuális kliensek nemi önkifejezése lehet gender-konform vagy nonkonform. A pszichológus találkozhat olyan klienssel, akiben az előbújási problémák során felmerül a kérdés, hogy gender-konformitása vagy nonkonformitása összefüggésben van-e szexuális irányultságával.

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológus segítse a klienst a nemi identitás, nemhez kötött viselkedésmódok és a szexuális irányultság különbségeinek megértésében, amikor ezek között feszültség mutatkozik. A pszichológus legyen tudatában annak is, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális kliens gender-nonkonformitása súlyosbíthatja a stigmatizációt. Ahhoz, hogy a gender nonkonformitással kapcsolatban sikeres munkát végezzen, a pszichológusnak törekednie kell arra, hogy megértse a nemhez, nemi identitáshoz és szexuális irányultsághoz kapcsolódó saját előítéleteit és értékrendszerét (APA, 2008; Gainor, 2000).

Ma már számos olyan forrás áll rendelkezésre, amely segíti a pszichológust a gender-nonkonformitás valamely fokát mutató kliensekkel folytatott klinikai munkában (pl. APA, 2008; Brill & Pepper, 2008; Benjamin, 1967; Carroll, 2010; Carroll & Gilroy, 2002; G. E. Israel & Tarver, 1997; Korell & Lorah, 2007; Lev, 2004; Raj, 2002; Ubaldo & Drescher, 2004). A leszbikus, meleg és biszexuális identitású transznemű egyénekkel dolgozó pszichológusok a napjainkban már elérhető szakirodalom mellett támaszkodhatnak internetes forrásokra is annak érdekében, hogy az e népesség számára változó társadalmi közeggel lépést tartsanak.

Gainor (2000) átfogó bevezetőt írt a leszbikus, meleg és biszexuális pszichológiában megjelenő, transzneműséggel kapcsolatos témákhoz. Brown és Rounsley (1996) munkája hasznos információval látja el a szakembereket a transzszexualizmussal kapcsolatban. A következő honlapok is hasznos információt nyújthatnak:

- Amerikai Pszichológiai Társaság
  American Psychological Association
  www.apa.org/pi/lgbc/transgender

- Transznemű Egészség Szakmai Világszervezete
  World Professional Association of Transgender Health
  www.wpath.org

- Nemi Érdekérvényesítő Szövetség
  Gender Public Advocacy Coalition
  www.gpac.org

- Transzneműek Egyenlőségéért Országos Központ
  National Center for Transgender Equality
  www.transequality.org

- Sylvia Rivera Jogi Projekt
  Sylvia Rivera Law Project
  www.srlp.org

- Transznemű Jogi Központ
  Transgender Law Center
  www.transgenderlawcenter.org

Az intim kapcsolatok és a család

7

HETEDIK IRÁNYELV

A pszichológus törekedjen arra, hogy tájékozott legyen a leszbikus, meleg és biszexuális intim kapcsolatok terén, és tisztelje azok fontosságát.

Indoklás

A leszbikus, meleg és biszexuális párok hasonlítanak a heteroszexuális párokra, és egyszersmind különböznek is tőlük (Peplau, Veniegas, & Campbell, 1996). Hasonló okok miatt kezdenek kapcsolatot (Herek 2006), hasonló mértékben elégedettek a kapcsolataikkal (Kurdek, 1995; Peplau & Cochran, 1990), és kapcsolataik hasonló fejlődési fázisokat mutatnak, mint a heteroszexuális párokéi (Clunis & Green, 1988; McWhirter & Mattison, 1984). A különbségek többek között a szexuális viselkedés különböző mintázataira, a szocializációval elsajátított nemi szerepekre (Hancock, 2000; Herek, 1991a; Ossana, 2000) és a kapcsolat stigmatizáltságára vezethetők vissza (Garnets & Kimmel, 1993).

Az azonos nemű pároknak időnként ellenséges vagy a kapcsolatuk értékét kétségbe vonó körülményekhez kell alkalmazkodniuk. Ilyenek például az azonos neműek házassága ellen folytatott politikai kampányok (Rostosky et al., 2009; G. M. Russell, 2000) és az azonos neműek által alapított családok törvényi és egészségügyi védelmét tiltó intézkedések pszichológiai hatása (Herek 2006). A leszbikus, meleg és biszexuális egyének kapcsolati mintáit és választásait ezen kívül befolyásolhatja az életük korai szakaszában tapasztalt stigmatizáció és marginalizáció (Mohr & Fassinger, 2003).

A testi egészség változásai külön stresszforrást képezhetnek, különösen az idősebb leszbikus, meleg és biszexuális párok számára (pl. félelem a pártól való esetleges elszakadástól, az idősgondozó és egyéb bentlakásos intézményekben a partnerek szétválasztásától, a gondozók vagy lakótársak felől érkező homofóbiától). Lehetséges, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális kliens annyira hozzászokott már a stigma és a diszkrimináció hatásához a kapcsolatán belül, hogy esetleg föl sem tűnik neki, hogy a stigma milyen nagy szerepet játszik konfliktusai kialakulásában.

A leszbikus, meleg és biszexuális emberek kapcsolatainak szerkezete különböző, és különböző problémákat is vethet föl. A meleg férfiak és biszexuális emberek között gyakrabban előfordulhatnak és elfogadottabbak is lehetnek a nem-monogám vagy poliamor kapcsolatok, mint a leszbikusok vagy heteroszexuálisok között (Herek, 1991a; McWhirter & Mattison, 1984; Peplau, 1991). Ezen kívül sok meleg férfi és leszbikus előbújása előtt gyakran éveket tölt heteroszexuális házasságban (Buxton, 1994, 2007).

Alkalmazás

A pszichológus gondolja végig, hogy a társadalmi előítéletek és a diszkrimináció milyen negatív hatást gyakorolnak a leszbikusok, meleg férfiak és biszexuálisok kapcsolataira. Lehet, hogy a pár nincs is tudatában annak, hogy a stigma és a marginalizáció esetükben hogyan hat az amúgy minden párnál megjelenő kapcsolati problémákra (R. J. Green & Mitchell, 2002). Ettől függetlenül leszbikus, meleg és biszexuális párok a heteroszexuális párokéhoz hasonló (pl. kommunikációs nehézségek, szexuális problémák, karrierek konfliktusa, elköteleződési döntések) vagy azoktól különböző okok (pl. a szexuális irányultság másokkal való megosztása, a pár tagjainak eltérő előbújási szintje vagy a nemi szocializációhoz kapcsolódó problémák) miatt is fölkereshetnek pszichológust. Amikor például a pár egyik tagja elmondta szüleinek és testvéreinek, hogy meleg, a másik pedig nem, a konfliktusba kerülhetnek olyan kérdésekben, hogy melyik családnál töltsék nyári szabadságukat, vagy elrejtsék-e a látogatók szeme elől a melegség tényére utaló nyomokat a lakásban. Javasoljuk ezért, hogy a pszichológus vegye figyelembe a család, a társadalom és a kultúra hatásait a leszbikus, meleg és biszexuális párokkal folytatott terápiás munkában.

Segíthet, ha az azonos nemű párokkal dolgozó pszichológus ismeri a nem hagyományos kapcsolati struktúrákat (Martell & Prince, 2005). Egyes leszbikus, meleg és biszexuális pároknak szüksége lehet arra, hogy feloldják a kapcsolati elköteleződés és a határok kapcsán felmerülő ellentmondásokat, megküzdjenek a homofóbiával, és megfelelő szociális támogató hálót alakítsanak ki (R. J. Green & Mitchell, 2002; Greenan & Tunnell, 2003; Hancock, 2000; Kurdek, 1988). A monogámia normatív elvárás sok heteroszexuális párkapcsolatban, de a meleg férfiak kapcsolataiban nem mindig.

A leszbikus, meleg és biszexuális egyének sokféle párkapcsolatot alakíthatnak ki. A társadalmilag támogatott kapcsolati formák hiányában a leszbikus, meleg és biszexuális emberek maguk teremtenek kapcsolati mintákat és szociális támogató hálót maguknak. Hasznos, ha a pszichológus tudatában van e kapcsolatok sokféleségének, és nem alkalmaz heteroszexista modelleket, amikor leszbikus, meleg és biszexuális párokkal dolgozik. Ez különösen a leszbikus, meleg és biszexuális párok szexuális életére érvényes. Az egészséges szexuális önkifejezést rendszerint az általános párkapcsolati elégedettség fontos tényezőjének tartják. Hasznos lehet, ha a leszbikus, meleg és biszexuális párokkal dolgozó pszichológus megfelelő érzékenységgel és tudással viszonyul a leszbikus, meleg és biszexuális párok leggyakoribb szexuális gyakorlataihoz és problémáihoz (pl. a nemi élet gyakorisága, a szexuális zavarok különböző formái, az intimitás és a vágy kérdései). A pszichológus ismerje föl, hogy az internalizált heteroszexizmus akadályozhatja

az egészséges szexuális kapcsolat kialakulását. A pszichológust arra is biztatjuk, hogy ismerje föl a heteroszexuális házasságban előbújó és szexuális irányultságukat életükbe integrálni kívánó leszbikusok, meleg férfiak és biszexuálisok előtt álló nehézségeket. E személyek házastársai és családjai is terápiás segítségre szorulhatnak.

8 NYOLCADIK IRÁNYELV

A pszichológus igyekezzen megérteni a leszbikus, meleg és biszexuális szülők tapasztalatait és a rájuk váró kihívásokat.

Indoklás

Kutatási eredmények alapján elmondható, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális emberek ugyanolyan alkalmas szülők, mint a heteroszexuálisok (lásd Armesto, 2002; Erich, Leung & Kindle, 2005; Herek, 2006; Patterson, 2000, 2004; Perrin, 2002; Tasker, 1999). Sőt, Flaks, Ficher, Masterpasqua és Joseph (1995) kutatása kimutatta, hogy a leszbikus párok tudatosabban nevelik gyermekeiket, mint a heteroszexuális párok. Bos, van Balen és van den Boom (2005, 2007) úgy találta, hogy a leszbikus társszülők (nem biológiai szülők) jobb minőségű szülő-gyerek viszonyt ápoltak gyermekükkel, elkötelezettebb szülőnek bizonyultak, és hatékonyabban járultak hozzá a gyermekneveléshez, mint az apák a heteroszexuális házasságokban. Fontos, hogy tudatában legyünk ezeknek a kutatási eredményeknek, hiszen a leszbikus, meleg és biszexuális szülőket súlyos diszkrimináció éri: például a jogszabályok akadályozhatják a hivatásos nevelőszülővé válást, az azonos nemű párok általi közös örökbefogadást vagy a partner gyermekének örökbefogadását; a bíróság megvonhatja gyermekük fölötti felügyeleti jogukat; megtilthatják nekik, hogy azonos nemű párjukkal éljenek; és az egyik szülő nem szerezhet törvényi jogokat (ACLU Lesbian and Gay Rights Project, 2002; Appell, 2003; Patterson, Fulcher, & Wainwright, 2002). Ahhoz, hogy szülővé váljanak, a leszbikus, meleg és biszexuális embereknek olyan kihívásokkal kell szembenézniük, amelyekkel heteroszexuális embereknek nem, mint például a mesterséges megtermékenyítéshez vagy béranyasághoz kapcsolódó stressz (Gifford, Hertz, & Doskow, 2010). A leszbikus, meleg és biszexuális szülőket érintő egyéb speciális kérdések közt szerepel a család és a barátok támogatásának hiánya, a gyermekorvos, a bölcsődei és óvodai gondozók vagy a tanárok homofób reakciója. A leszbikus társszülő családja esetleg ellenállhat annak, hogy a biológiailag nem hozzájuk tartozó gyermeket unokaként/unokaöcsként/unokahúgként kezelje (Ben-Ari & Livni, 2006).

A leszbikus, meleg és biszexuális szülők gyermekeit egyre több kutatás teszi alanyává. Velük kapcsolatban három fő aggályt szoktak megnevezni (általában a jog és a szociális ellátórendszer felől közelítve) (Patterson 2005). Ezek: (1) a gyermekek nemi identifikációja, a nemi szerephez kötődő viselkedési formáik és szexuális irányultságuk; (2) a gyermekek személyiségfejlődése; és (3) a gyermekek közösségi tapasztalatai. Patterson (2005) ezekre a területekre összpontosítva szemlézte a szakirodalmat. Az elsődlegesen leszbikus szülők gyermekein végzett kutatások empirikus adatai azt mutatták, hogy ezen aggályok mindegyike megalapozatlan. Patterson azt is megállapította, hogy az adatok nem mutatnak lényegi különbséget a leszbikus és heteroszexuális anyák gyermekeinek személyiségfejlődése között az önbecsülés, külső vagy belső kontroll, intelligencia, viselkedési problémák, személyiség, iskolai beilleszkedés és lelki egészség terén. Azon kutatási eredmények tükrében, amelyek a leszbikus és meleg szülők gyermekeinél nem találtak negatív hatásokat, az Amerikai Gyermekorvosok Akadémiája (American Academy of Pediatrics) 2002-ben nyilatkozatban állt ki amellett, hogy tegyék lehetővé a leszbikus, meleg és biszexuális háztartásokban a partner gyermekének örökbefogadását (Perrin és a Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002).

Alkalmazás

Az APA „arra biztatja a pszichológust, hogy tetteiben is lépjen föl a szexuális irányultságon alapuló diszkrimináció ellen az örökbefogadás, a gyermekelhelyezés és láthatási jog, a hivatásos nevelőszülőként való alkalmazás és a reproduktív egészségügyi szolgáltatások terén" (Paige, 2005, 496). Amíg az oktatásban, a jogban és a szociális ellátórendszerben tovább él az előítéletesség és a téves információk, javasoljuk, hogy a pszichológus a szülőkkel, gyermekekkel, közösségi szervezetekkel és intézményekkel folytatott munkája során helyesbítse a téves információkat, és tudományosan és szakmailag megalapozott pontos tudással szolgáljon. A pszichológus ismerje föl a leszbikus, meleg és biszexuális szülők előtt álló kihívásokat, és ezeket a kliensével folytatott munka során tárja is föl. Ilyen például az, hogy az azonos nemű szülők nem házasodhatnak össze, és ezért elesnek a házasságban élő heteroszexuális párok számára rendelkezésre álló jogi és gazdasági előnyöktől és társadalmi státusztól (APA 2008). Ugyanakkor a pszichológus ismerje föl a leszbikus, meleg és biszexuális családok erejét és rugalmas alkalmazkodását. Vizsgálja meg továbbá azokat az identitáselemeket (pl. faji és etnikai hovatartozás, kultúra, társadalmi-gazdasági háttér, fogyatékosság, vallási vagy spirituális hagyományok), amelyeknek egymásra hatásából a leszbikus, meleg és biszexuális szülők tapasztalatai létrejönnek.

KILENCEDIK IRÁNYELV 9

A pszichológus ismerje föl, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális emberek családjai olyan embereket is magukba foglalhatnak, akik sem jogilag, sem biológiailag nem kapcsolódnak egymáshoz.

Indoklás

Sok leszbikus, meleg és biszexuális egyén amiatt, hogy szexuális irányultságával kapcsolatban nem lehet nyílt, vagy intim kapcsolatait nem ismerik el, érzelmileg eltávolodik szüleitől és testvéreitől (Patterson 2007). Még az elfogadó családokban is előfordulhat, hogy tulajdonképpen csak tolerálják, és nem valóban elfogadják az egyén szexuális orientációját (R. J. Green 2004). Sok leszbikus, meleg és biszexuális ember számára a közeli barátok hálózata alternatív családi struktúrát teremthet, ami gyakran nem jogi vagy biológiai kapcsolatokon alapul. A választott család társas kapcsolatokat és családias légkört teremthet a leszbikus, meleg és biszexuális egyén számára (R. J. Green 2004), és esetenként fontosabb lehet, mint a származási család (Kurdek 1988). Az ilyesfajta családi struktúrák csökkenthetik a diszkrimináció és a jogi vagy intézményes elismerés hiányának hatását (Weston 1992).

Alkalmazás

Mivel a társas kapcsolati háló fontos tényezője a párkapcsolati elégedettségnek, a stigma kezelésének és a lelki jól-létnek (Beals 2004), javasoljuk, hogy a pszichológus ismerje föl a leszbikus, meleg és biszexuális családi struktúrák értékét. A pszichológus vegye figyelembe azt a stresszt is, amit a kliens szüleivel és testvéreivel, munkaadójával és olyanokkal kapcsolatosan érzékel, akik nem ismerik el alternatív családját. A leszbikus, meleg és biszexuális klienssel folytatott munka során érdemes lehet a klienst baráti

kapcsolati hálójáról, az ezen belüli kapcsolatok minőségéről, valamint arról kérdezni, hogy családjának tekinti-e ezen emberek némelyikét. Ehhez kapcsolódhat annak feltérképezése, hogy a személy milyen szerepet vállal a leszbikus, meleg és biszexuális közösségben, mivel a közösségi kapcsolatok szerepmodelleket, támogatást, szolidaritást és a pozitív identitás kialakításához szükséges forrásokat nyújthatnak az egyén számára (I. H. Meyer 2003; G. M. Russell 2000).

10 TIZEDIK IRÁNYELV

A pszichológus igyekezzen megérteni, hogy az egyén leszbikus, meleg és biszexuális irányultsága milyen hatással lehet származási családjára, illetve azzal való viszonyára.

Indoklás

Egy család sokféleképpen reagálhat arra, ha megtudja, hogy valamely tagja leszbikus, meleg vagy biszexuális (Patterson, 2007; Savin-Williams, 2003). Némely család egyáltalán nem áll készen az ilyen családtag elfogadására, mert az családi, etnikai vagy kulturális normáinak mondana ellent, vallásába ütközne, vagy egyszerűen a negatív sztereotípiák miatt (Buxton, 2005; Chan, 1995; Firestein, 2007; Greene, 2000; Matteson, 1996). Az ilyen családokban a leszbikus, meleg és biszexuális identitással való szembesülést követően krízishelyzet alakulhat ki, amely az érintett családtagtól való eltávolodást vagy annak kitagadását eredményezheti; a családtag maga is eltaszíthatja szüleit és testvéreit; a szülők bűntudatot és önvádat érezhetnek; vagy konfliktus keletkezhet a szülők kapcsolatában (Dickens & McKellen, 1996; Griffin, Wirth, & Wirth, 1996; Savin-Williams, 2003; Savin-Williams & Dube, 1998; Strommen, 1993). Vannak viszont olyan szülők és testvérek is, akik feltétel

nélkül vagy krízishelyzet kialakulása nélkül elfogadják a leszbikus, meleg és biszexuális családtagot (Patterson, 2007; Savin-Williams, 2003). A kutatások azonban azt találták, hogy még a támogató családoknak is idő kellhet ahhoz, hogy hozzászokjanak családtagjuk leszbikusságához, melegségéhez vagy biszexualitásához (Jennings & Shapiro, 2003; Pallotta-Chiarolli, 2005).

A biszexuális egyének speciális nehézségekkel nézhetnek szembe származási családjuk felé. Az azonos nemű partnerrel kapcsolatban lévő biszexuálisokra nyomás nehezedhet, hogy különnemű párt találjanak, különnemű partnerrel kapcsolatban levő biszexuálisoknak viszont nehéz lehet biszexuális identitásuk fenntartása a szülők, testvérek és a tágabb család előtt (Dworkin, 2001, 2002; Firestein, 2007).

Fiatal felnőttként a leszbikus, meleg és biszexuális családtag számára különös nehézséget jelenthetnek az élet bizonyos fordulópontjai (pl. pályaválasztás, gyermekvállalás). Némely családoknak nehéz elmagyarázni, hogy a szexuális irányultság és a stigmatizációval kapcsolatos élettapasztalatok milyen hatással lehetnek a pályaválasztással, karrierrel, a szexuális, a szerelmi kapcsolatokkal és a gyermekvállalással kapcsolatos döntésekre (Patterson 2007). A szűkebb és a tágabb családnak is gondot okozhat az azonos nemű partner és az azonos nemű pár által nevelt gyermek elismerése.

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológus a kliens segítségével tárja föl a leszbikus, meleg és biszexuális kliens szűkebb és tágabb családjával kapcsolatos problémáit és félelmeit. A pszichológus törekedjen annak megértésére, hogy az eredeti család előtti előbújás kulturálisan meghatározott veszélyekkel jár. Így például egyes faji és etnikai kisebbségekben a családok tarthatnak attól, hogy elvesztik közösségük támogatását, ha nyíltan vállalják, hogy gyermekük

leszbikus, meleg és biszexuális. A pszichológus elősegítheti a kliens családjával folytatott párbeszédét az identitással és a kulturális stigmával kapcsolatban. Egyes családoknak szüksége lehet pszichológusi támogatásra ahhoz, hogy új véleményt alakítsanak ki a szexuális irányultságról, hogy szembenézzenek a homoszexualitással és a biszexualitással kapcsolatos társadalmi stigma családban való leképeződésével, és hogy támogassák családtagjukat a társadalmi stigma okozta nehézségekkel való megküzdésben.

A családterápia újabb modelljei már nemcsak a nehézségekkel való megbirkózásra összpontosítanak, hanem arra is, hogy konstruktív, rendszerszintű változások történjenek (Fish & Harvey, 2005). Javasoljuk, hogy a pszichológus segítsen a családoknak abban, hogy leszbikus, meleg és biszexuális családtagjaikat hosszú távon is támogatni tudják, és figyelje a családtagok közötti viszonyokat azon túl is, hogy hogyan reagálnak a családtag előbújására (Oswald 2002). A pszichológus segítsen leszbikus, meleg és biszexuális kliensének abban, hogy az családjának pontos tájékoztatást nyújthasson a szexuális irányultsággal kapcsolatban. A pszichológus továbbá legyen tudatában annak, hogy a családok kulturális különbségeket mutatnak a leszbikus, meleg és biszexuális családtagokra való reagálásukban és a helyzethez való alkalmazkodásban. Helyi és országos[5] szinten is vannak a családtagoknak információt, segítséget és támogatást nyújtó források (pl. Parents, Family, and Friends of Lesbians and Gays (PFLAG); Children of Lesbians and Gays Everywhere).

5 A példák az USÁ-ból származnak. (A szerk.)

A sokszínűség kérdései

Az alábbi pontok az élettapasztalatnak azokat a tényezőit veszik számba, amelyek részben lefedhetik, vagy különböző mértékben befolyásolhatják az egyén identitását, valamint társadalmi és kulturális környezetéhez való viszonyát. Az interszekcionalitás (Cole 2009) fogalmát használjuk a faj, az etnikai hovatartozás, a kultúra, a nem, a kor, a szexuális irányultság, a gazdasági-társadalmi helyzet vagy a fogyatékosság tényezőinek az egyén életére gyakorolt különböző, változó és egyedi hatásának leírására. Az interszekcionalitás fogalma a sokféle identitáskategória egyidejű jelenlétét foglalja magába, amelyek együttesen alkotnak különbözőségeket és hátrányokat. Annak az értelmezése, hogy ezek a kategóriák hogyan függnek egymástól jelentésükben, a befogadás (azaz a kategóriákon belüli sokféleség), az egyenlőtlenség (azaz a hatalmi hierarchiákban és a társadalmi előnyök eloszlásában elfoglalt különböző helyzet) és a hasonlóságok (azaz az általában élesen elkülönített kategóriák közötti egyezések) kérdésén múlik (Cole 2009). Az alábbi útmutatások mindegyike egy-egy lényeges konstruktumra tér ki, azonban azt ajánljuk az olvasónak, hogy ezeket az interszekcionalitás szemüvegén keresztül nézze.

TIZENEGYEDIK IRÁNYELV 11

A pszichológus ismerje föl, hogy a faji és etnikai kisebbséghez tartozó leszbikus, meleg és biszexuális emberek sokféle, gyakran egymásnak ellentmondó normával, értékkel és meggyőződéssel néznek szembe.

Indoklás

A faji, etnikai és kulturális kisebbségekhez tartozó leszbikus, meleg és biszexuális személyeknek nemcsak a többségi, hanem a kisebb-

ségi kultúra homoszexualitással és biszexualitással kapcsolatos normáival, értékeivel és elképzeléseivel is szembe kell nézniük (Chan, 1992, 1995; Greene, 1994b; Manalansan, 1996; Rust, 1996a). Bizonyított, hogy az e normák, értékek, meggyőződések és attitűdök kulturális eltérései komoly pszichoszociális stresszort jelenthetnek a leszbikus, meleg és biszexuális emberek számára, amely hatással lehet testi és lelki egészségükre (Díaz, Ayala, Bein, Henne, & Marin, 2001; Harper & Schneider, 2003; I. H. Meyer, 2003). Nemrég azonban olyan kutatások is napvilágot láttak, amelyek szerint a többségtől különböző faji, etnikai és kulturális háttérrel rendelkező leszbikus, meleg és biszexuális személyek kevesebb lelki zavarral küzdenek (pl. Cochran, Mays, Alegria, Ortega, & Takeuchi, 2007; Kertzner, Meyer, Frost, & Stirratt, 2009; Meyer, Dietrich, & Schwartz, 2008). Lehetséges, hogy az identitás egyik stigmatizált elemével való megküzdésben szerzett készségek segítenek a másféle stigmatizációval való megküzdésben, és védőfaktorként működnek.

A sokféle identitáselem integrációja így is kihívást jelent a különböző faji, etnikai és kulturális háttérrel rendelkező leszbikus, meleg és biszexuális emberek számára. A színesbőrű leszbikus, meleg és biszexuális emberek például „lojalitáskonfliktust" (Gock, 2001; Morales, 1989) élhetnek át, amikor leszbikus, meleg és biszexuális közösségük elvárásai ellentmondásba kerülnek faji, etnikai vagy kulturális közösségükével, amellyel épp annyira azonosulnak. Az ilyen lojalitáskonfliktusok ahhoz vezethetnek, hogy a többségitől eltérő faji, etnikai és kulturális csoportokhoz tartozó leszbikus, meleg és biszexuális személy soha nem érzi, hogy teljes mértékben részét alkotná bármelyik csoportnak (Green 2007). Greene (2007) szerint a színesbőrű leszbikus, meleg és biszexuális emberek a szexuális irányultságukkal való megküzdésen túl a leszbikus, meleg és biszexuális közösségben rasszizmussal és diszkriminációval is találkoznak. Az ilyen kihívások még erősebbek lehetnek az olyan, többségitől eltérő faji, etnikai és kulturális háttérrel rendelkező leszbikus, meleg és biszexuális emberek

számára, akik koruk, földrajzi helyzetük, bevándorló státuszuk, nyelvi akadályok, korlátozott kulturális integrációjuk, gazdasági-társadalmi helyzetük vagy fogyatékosságuk alapján további marginalizációt tapasztalnak (pl. Bieschke, Hardy, Fassinger, & Croteau, 2008; Rosario, Schrimshaw, & Hunter, 2004).

Alkalmazás

A pszichológus legyen tudatában, hogy a halmozottan kisebbségi állapot hogyan bonyolíthatja vagy súlyosbíthatja kliense nehézségeit. Javasoljuk például, hogy a pszichológus a kezelés során fontos tényezőként kezelje azt, ahogyan a kliens kulturális háttere a homoszexualitásról és a biszexualitásról vélekedik, esetleg stigmatizálja azt (Gock, 2001; Greene, 1994c), és a többségi leszbikus, meleg és biszexuális közösségekben megtapasztalt rasszizmus kliensre gyakorolt hatását (Gock, 2001; Greene, 1994a; Morales, 1996; Rust, 1996a). Ezen kívül az ilyen csoportokban végzett munkához elengedhetetlen, hogy a pszichológus érzékeny legyen az egymással átfedésben lévő társadalmi identitások és státuszok (pl. társadalmi osztály, nemi szerepek, vallási meggyőződések) komplex dinamikájára annak érdekében, hogy segíthessen a kliensnek ezeket kezelni (Chan, 1995; Garnets & Kimmel, 2003; Greene, 1994a; Rust, 1996a).

A pszichológus ismerje föl és segítsen kliensének fölismerni azokat a megküzdési stratégiákat és más védőfaktorokat, amelyeket faji, etnikai vagy kulturális kisebbségből származó leszbikus, meleg vagy biszexuális személyként fejlesztett ki többszörösen marginalizált élettapasztalatain keresztül (Greene, 2003; Selvidge, Matthews, & Bridges, 2008). Javasoljuk továbbá, hogy a pszichológus segítsen leszbikus, meleg és biszexuális klienseinek fölismerni és földolgozni azt a dühöt, frusztrációt és fájdalmat, amit mind faji, etnikai és kulturális kisebbségként, mind pedig szexuális kisebbségként élnek meg (Espin, 1993; Jones & Hill, 1996).

12 TIZENKETTEDIK IRÁNYELV

Javasoljuk, hogy a pszichológus vegye figyelembe a vallás és a spiritualitás szerepét leszbikus, meleg és biszexuális kliense életében.

Indoklás

A vallás és a spiritualitás szerepe a leszbikus, meleg és biszexuális személyek életében bonyolult, dinamikusan változó lehet, és ambivalenciát idézhet elő. Ez azért van így, mert – különösen az intézményes vallások terén – tapasztalataik is különfélék lehetnek. Míg egyes vallási és spirituális hitrendszerek viszonylag semlegesek lehetnek a többségétől eltérő szexuális irányultságokkal szemben (pl. buddhizmus, hinduizmus), mások hagyományosan elítélőbben viszonyulnak hozzájuk (pl. kereszténység, zsidóság, iszlám). Az utóbbi 20-30 évben még a nem-heteroszexuális irányultságokat hagyományosan helytelenítő vallási hagyományokon belül is megjelent és folyamatosan erősödik az a teológiai paradigma, amely elfogadja és támogatja a különböző szexuális irányultságokat (Borg 2004). A leszbikus, meleg és biszexuális személyek vallási háttere különféleképp hathat pszichés működésükre és jóllétükre (Haldeman 2004). Amellett, hogy a hitéletben szerzett múltbeli tapasztalataik változók, a vallás és a spiritualitás szerepe jelenlegi életükben megint csak különböző lehet. Így egyesek identitásuk fontos és integráns részének tekintik vallási hagyományaikat és spirituális meggyőződésüket, mások viszont nem (Maynard 2001). Továbbá, akárcsak heteroszexuális társaik esetében, a hit hatása és jelentése a leszbikus, meleg és biszexuális személyeknél is változhat az egyén élete során.

Alkalmazás

A pszichológus legyen tudatában a leszbikus, meleg és biszexuális emberek különböző vallási és spirituális gyakorlatainak, és tisztelje azokat. A leszbikus, meleg és biszexuális pszichológusok különösen ki vannak téve a tudatos vagy tudattalan vallásellenes előítéletességnek, amely kedvezőtlenül befolyásolhatja a vallásával erősen azonosuló klienssel folytatott munkát (Haldeman 2004). Fontos, hogy megértsék a vallás és a spiritualitás múltbeli és jelenlegi szerepét és hatását a leszbikus, meleg és biszexuális klienseik életében (Haldeman 1996). Különösen érdemes figyelembe venniük a klienseik által átélt elutasítást és sérelmet vallásuk részéről. Az identitás ezen egymástól gyakran eltérő, de mégis fontos aspektusainak integrációja gyakran válhat céljává a vallási identitásukkal konfliktusba került leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel dolgozó pszichológusnak (Benoit, 2005; Buchanan, Dzelme, Harris, & Hecker, 2001; Harris, Cook, & Kashubek-West, 2008).

Az APA vallásellenes, vallási alapú vagy vallásból származó előítéletekről szóló határozata (Resolution on Religious, Religion-based and/or Religion-derived Prejudice; Anton, 2008) arra szólítja föl a pszichológusokat, hogy vizsgálják meg saját vallási nézeteiket, és biztosítsák, hogy azok ne kerüljenek előtérbe a szakmaisághoz képest a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott munkájuk során. A SOCE-hoz folyamodó kliensek többsége olyan vallási meggyőződést mond magáénak, amely szerintük összeegyeztethetetlen szexuális irányultságukkal (APA, 2009b; Shidlo & Schroeder, 2002; Tozer & Hayes, 2004). Javasoljuk, hogy a pszichológus az APA *Határozat a megfelelő affirmatív válaszokról a szexuális orientáció miatti distresszre és változtatási kísérletekre* (Resolution on Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts; APA, 2009b) című határozata alapján vizsgálja meg az ilyesfajta kéréseket, és vitassa meg kliensével a legújabb kutatási eredményeket és az ilyen beavatkozás veszélyeit. Ezen kívül arra biztatjuk a pszichológust, hogy vizsgálja meg, milyen társadalmi és kulturális befolyások játszhatnak szerepet az ilyen kéréseknél. Emellett fontos, hogy a pszichológus ismerje a leszbikus, meleg és biszexuális

embereket elfogadó és őket megerősítő forrásokat (beleértve a vallási kiadványokat és csoportokat), amelyek a különféle vallási hagyományok követőinek rendelkezésére állnak.

13 **TIZENHARMADIK IRÁNYELV**

A pszichológus ismerje föl a leszbikus, meleg és biszexuális emberek közti kor- és korcsoportbeli különbségeket.

Indoklás

Kor és korcsoport szerint lényeges különbségek mutatkozhatnak a leszbikus, meleg és biszexuális emberek között. A korcsoportokat főként azok az általános történelmi erők befolyásolják, amelyek fejlődésük közegeként szolgálnak; a leszbikus, meleg és biszexuális személyek számára az az időszak, amelyben éltek és/vagy előbújtak, alapvetően meghatározhatja az olyan fejlődési lépéseiket, mint az identitáskategóriákkal való azonosulás, az identitás vállalása a külvilág előtt, a szülővé válás és a politikai részvétel (Fassinger & Arseneau 2007). A generációs különbségeket befolyásoló tényezőkre példa a társadalom szexualitáshoz való viszonya; a HIV/AIDS hatása a szexuális kisebbségekre; a változó vallási és spirituális attitűdök és gyakorlat; a nőjogi, melegjogi és polgárjogi mozgalmak; a reproduktív technológiák fejlődése és a családdal kapcsolatos ideológiák változásai; valamint a szexuális és nemi identitás fogalmainak változó értelmezése, beleértve az identitáskategóriák változását. A korcsoportok közt mutatkozó különbségek különböznek a korkülönbségektől. Így az 1950-es években előbújt személy tapasztalatai merőben eltérnek az elmúlt évtizedben előbújt személyéitől. Ugyanígy, egy ma előbújó 15 éves ember nagy valószínűséggel más tapasztalatokra tesz szert, mint egy ma előbújó 45 éves.

Az idősebb leszbikus, meleg és biszexuális személyek heteroszexuális társaiknál jóval nehezebben viselhetik az öregedéssel általánosan együttjáró problémákat vagy változásokat (pl. egészség, nyugdíjba vonulás, pénzügyek, társadalmi támogatás; Berger 1996, Kimmel 1995, Slater 1995) a heteroszexista diszkrimináció miatt. A jogi védelem hiánya problémát okozhat az egészségügyi vagy pénzügyi döntéshozatalban; a pár autonómiájával kapcsolatban az egészséggel és az élet befejezésével kapcsolatos döntések esetén; a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásban; a szülői jogok területén; az öregségi és rokkantnyugdíj megítélésében; az öröklésben; a lakhatás kérdéseiben és az ingatlanhoz kapcsolódó tulajdonjog területén. A korcsoportok és életkorok szerinti különbségek hatásai összekapcsolódnak, mivel az idősebb leszbikus, meleg és biszexuális embereknek többször akad dolguk az egészségüggyel (korhatás), ugyanakkor hajlamosabbak elrejteni identitásukat (korcsoportbeli hatás); az ilyen összekapcsolódás azonban nem megfelelő orvosi ellátást eredményezhet (Fassinger & Arseneau 2007).

A halmozott kisebbségi státusz (pl. a nem, a társadalmi osztály, a fogyatékosság, a faji vagy etnikai hovatartozás) szintén befolyásolja az idősebb leszbikus, meleg és biszexuális személyek tapasztalatait (Kimmel, Rose & David, 2006). Így például etnikai és korbeli különbség mutatkozik az idősebb leszbikus, meleg és biszexuális emberek által tapasztalt stigmatizációban (David & Knight, 2008). Egy másik példa, hogy az azonos nemű kapcsolatban élő nők nagyobb anyagi nehézségek elé nézhetnek, mivel huzamosan alacsonyabb keresetük hatásai összeadódnak (Fassinger 2008). Végül sok leszbikus, meleg és biszexuális idős személy tapasztal életkor alapú diszkriminációt a leszbikus, meleg és biszexuális közösségén belül (Kimmel et al. 2006).

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológus vegye figyelembe kliense korcsoportjának történelmi közegét. A kor tekintetében a pszichológus

vegye figyelembe, hogy az idősek csoportja heterogén, az idősödéssel általában együtt járó társadalmi helyzetbeli változások pozitívak és negatívak egyaránt lehetnek, és ezek a változások nem feltétlenül kötődnek patológiás elváltozáshoz vagy a kliens szexuális irányultságához. A korcsoport és az életkor összefüggései tekintetében javasoljuk, hogy a pszichológus figyeljen arra, hogyan befolyásol valamely korral összefüggésben álló kérdést a korcsoporton belüli általános tapasztalat. Például az élettárs halálát követő gyászt (életkorral általában összefüggő helyzet) hogyan súlyosbíthatja a kortársak heteroszexizmusa (korcsoporttal összefüggő hatás), amelynek eredménye a gyászoló támogatásának hiánya lehet.

A pszichológus ismerje azokat a törvényeket és rendeleteket, amelyek a leszbikus, meleg és biszexuális kliensek jogait meghatározzák, és legyen tájékozott a számukra egészségügyi, jogi és pénzügyi támogatást nyújtó forrásokkal kapcsolatban is. A pszichológus hasznosnak találhatja az olyan forrásokat, amelyek az idősebb leszbikus, meleg és biszexuális emberek életkorukhoz való pozitív alkalmazkodásáról adnak számot (Friend, 1990; Lee, 1987). A pszichológus segíthet idősebb leszbikus, meleg és biszexuális kliensének abban, hogy az idősödéssel általában együtt járó kihívások kezelésében sikerrel alkalmazza a heteroszexizmussal való megküzdés során tanult megküzdési stratégiákat (Fassinger, 1997; Kimmel et al., 2006).

14 TIZENNEGYEDIK IRÁNYELV

A pszichológus értse meg a fiatal leszbikus, meleg és biszexuális emberek sajátos problémáit és az őket fenyegető veszélyeket.

Indoklás

A serdülőkori kognitív, emocionális és szociális változások közötti eligazodás és egyidejűleg az alakuló leszbikus, meleg vagy biszexuális identitás integrációja megterhelő lehet a fiatalok számára (D'Augelli 2006). A leszbikus, meleg, biszexuális és szexuális irányultságukban bizonytalan fiatalok olyan nehézségekkel találkozhatnak, amelyekkel heteroszexuális társaik nem (lásd D'Augelli, 2002; Espelage et al., 2008; Lasser, Tharinger, & Cloth, 2006; Thomas & Larrabee 2002); ilyen például a hajléktalanság (Urbina, 2007), a prostitúció (Savin-Williams, 1994) és a szexuális úton terjedő betegségek (Solario, Milburn, & Weiss, 2006). A nemi normákhoz nem alkalmazkodó leszbikus, meleg, biszexuális és szexuális identitásukban bizonytalan fiatalok kortárs kapcsolataikban fokozott nehézségekkel szembesülhetnek (D'Augelli et al., 2002; Wilson & Wren, 2005). Az előbújással kapcsolatos döntések fokozott nehézséget jelenthetnek a színesbőrű leszbikus, meleg és biszexuális fiataloknak, akik számára a család és a közösség nélkülözhetetlen támogatást nyújthat a rasszizmussal való megküzdéshez (lásd 11. irányelv). A leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok gyakran tapasztalnak olyan nehézségeket az iskolában, amelyek kapcsolatban állnak szexuális irányultságukkal (Cooper-Nichols 2007), példa erre a kirekesztés (Sullivan & Wodarski, 2002) és a zaklatás (Meyer, 2009). Ezek a tényezők növelhetik a drogokhoz való fordulás veszélyét (Jordon 2000), vagy olyan hosszú távú következményeik lehetnek, mint a poszt-traumás stressz (Rivers 2004).

A leszbikus, meleg és biszexuális identitásokkal kapcsolatos stigma nyomást gyakorolhat a fiatalokra, hogy heteroszexuális párkeresési formákat kövessenek, titkolják szexuális irányultságukat, vagy kerüljék a társas helyzeteket (Safren & Pantalone 2006). A szexuális irányultságuk elrejtésére vagy tagadására tett kísérletek miatt a leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok között nagyobb a veszélye a nem kívánt terhességnek (Saewyc 2006), a védekezés nélküli szexnek (Rosario, Schrimshaw, & Hunter 2006), a személyek közötti erőszaknak (Russell, Franz & Driscoll, 2001) és az öngyilkossági kísérletnek (Savin-Williams, 2001).

A leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok gyakran kerülnek szembe a szülők negatív reakciójával szexuális irányultságukkal kapcsolatban (Heatherington & Lavner, 2008). A támogató családok megvédhetik őket a kisebbségi stressz negatív hatásaitól (Meyer, 2003; Ryan, 2009). A jóindulatú heteroszexuális szülők azonban nem mindig vannak tudatában a heteroszexizmusnak, és nem feltétlenül tudnak olyan tapasztalatokat átadni a leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok számára, amely megvédhetné őket mind a heteroszexizmus megtapasztalásától, mind pedig a heteroszexista vélemények internalizálásától (R. J. Green 2004). A támogató baráti hálóval fenntartott szoros kapcsolat éppen ezért nagyon fontos szerepet kap, és megvédheti az egyént mind az elutasító család miatt érzett fájdalommal, mind pedig a társadalmi heteroszexizmussal szemben. Az erős baráti háló kulcsfontosságú eleme a szexuális irányultság felfedezésének és fejlődésének (D'Augelli 1991).

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológus vegye figyelembe az aktuális társadalmi és politikai események és a szexuális kisebbségek médiareprezentációjának hatását a leszbikus, meleg és biszexuális fiatalokra. Az etikai és jogi kérdések ismerete különösen fontos a leszbikus, meleg és biszexuális fiatalokkal folytatott munkában, hiszen a titoktartási kötelezettséget, az egészségi állapottal kapcsolatos információk megosztását már rendelet szabályozza.

A fiatalok némely esetben nem kívánnak szexuális irányultság szerinti identitást fölvállalni. A szexuális identitás ráadásul serdülőkorban gyakran képlékeny (Diamond, 2007; Rosario, Schrimshaw, Hunter, & Braun, 2006;). A pszichológus ezért teremtsen nyitott és megerősítő terápiás közeget, amikor fiatal kliensével a szexualitásról vagy arról beszél, hogy a kliens milyen értelemben használja a saját maga választotta identitáskategóriákat. A pszichológus segítse a leszbikus, meleg és biszexuális és szexuális orientációjukban bizonytalan fiatalokat és

családjaikat abban, hogy szükség esetén alternatív oktatási anyagokat, támogató közeget és megerősítő internetes oldalakat találhassanak.

Kutatások alapján elmondható, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok gyakran vannak kitéve szexuális irányultságuk miatt iskolai bántalmazásnak (E. J. Meyer 2009). Javasoljuk, hogy a pszichológus működjön együtt a tanárokkal és iskolai adminisztrátorokkal, hogy segítsen nekik fölismerni az ilyesfajta bántalmazás hosszú távú következményeit, mint amilyen az iskola otthagyása, a rossz iskolai teljesítmény és az öngyilkossági késztetés. A pszichológus segíthet az iskolai személyzetnek a szexuális irányultság miatti iskolai bántalmazás csökkentésében.

Ryan (2009) szerint a szülői elfogadás legkisebb jele is jó hatással van a leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok lelki és testi jóllétére. Az említett tanulmány kimutatta, hogy minél kevésbé volt elutasító a család az egyén serdülő- és ifjúkorában, annál kisebb volt a depresszió, a droghasználat, a kockázatos szexuális viselkedés és az öngyilkossági késztetés előfordulása. A leszbikus, meleg és biszexuális és szexuális orientációjukban bizonytalan fiatalok szüleivel dolgozó pszichológus mérje föl, hogy azok mennyire elfogadók vagy elutasítók gyermekük szexuális irányultságával szemben. A szükséges beavatkozások között szerepelhetnek olyan oktató stratégiák, amelyek a szexuális irányultsággal kapcsolatban pontos információkat közölnek, és a családban meglévő erősségekre építenek annak érdekében, hogy növeljék a leszbikus, meleg és biszexuális és szexuális irányultságukat megkérdőjelező fiatalok családi támogatottságát (Ryan 2009).

TIZENÖTÖDIK IRÁNYELV **15**

Javasoljuk, hogy a pszichológus ismerje föl a fizikai, érzékszervi és érzelmi-kognitív fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális egyének speciális nehézségeit.

Indoklás

A fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális személyek számos olyan kihívással néznek szembe, amelyek kapcsolatban vannak mind a fogyatékosság, mind a szexuális irányultság alapján történő társadalmi stigmatizációval (Saad 1997). Érezhetik azt is, hogy azonos neműek iránt érzett vonzalmuk és fizikai, érzelmi-kognitív és/vagy érzékszervi fogyatékosságuk egyidejű jelenléte miatt láthatatlanok a társadalom számára (Abbott & Burns, 2007; Lofgren-Mortenson, 2009), mivel széles körben elterjedt nézet, hogy a fogyatékossággal élők nem szexuális lények, és nincsenek intim kapcsolataik. Ezen kívül Shapiro (1993) kimutatta, hogy ezek a nehézségek károsíthatják az egyén énképét, ami negatívan hat autonómiaérzésére, cselekvőkészségére *(personal agency),* szexualitására és önbizalmára.

A fizikai, érzékszervi és érzelmi-kognitív fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális emberek előtt számos speciális nehézség áll. Így például az intellektuális vagy tanulási nehézségekkel küzdő meleg férfiak között jelentősen nagyobb arányban fordul elő a védekezés nélküli szex (Yacoub & Hall 2009). A csökkent értékű férfiasság érzése szintén okolható azért, hogy a fogyatékossággal élő meleg férfiak nagyobb rizikót vállalnak föl szexuális viselkedésükben (O'Neill & Hird 2001). Partnerkapcsolataikban különösen nagy kihívást jelenthetnek a mindennapi életvezetéssel, így a mobilitással, szexualitással, egészségügyi és jogi döntéshozatallal kapcsolatos kérdések. Emellett a család segítségére sem feltétlenül számíthatnak, ha az negatívan reagál a személy szexuális irányultságára (McDaniel, 1995; Rolland, 1994). A fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális emberek nem mindig jutnak ugyanolyan könnyen információhoz, támogatáshoz, és nem férnek hozzá olyan könnyen bizonyos szolgáltatásokhoz, mint nem fogyatékossággal élő társaik (O'Toole, 2003; O'Toole & Bregante, 1992). Továbbá az is növelheti a stresszt, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális személy úgy érzi, elő kell bújnia gondozói és az egészségügyi szakemberek előtt annak érdekében, hogy szexuális irányultságát a szolgáltatások biztosításakor figyelembe vegyék (O'Toole & Bregante, 1992).

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális klienssel dolgozó pszichológus kiemelten figyeljen a fogyatékosság, a faji vagy etnikai hovatartozás, a nem, a kor, az egészségi állapot és a társadalmi-gazdasági státusz kérdéseinek összefüggéseire (Fraley, Mona & Theodore, 2007; Hunt, Matthews, Milsom & Lammel, 2006). Az identitás stigmatizált aspektusainak esetleges halmozódó hatását tovább mélyíthetik a kulcsfontosságú személyközi kapcsolatokban (pl. élettárs, családtagok, gondozók, egészségügyi ellátók) mutatkozó problémák, ezért fontos ezek alapos felmérése. A fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális egyénekkel dolgozó pszichológus mérje föl a leszbikus, meleg és biszexuális közösségben és a tágabb társadalmi közegben (Shapiro, 1993) meglévő társadalmi korlátok lehetséges hatását.

A pszichológus fontolja meg, hogyan erősítheti meg fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális kliensét, mivel ebben a társadalmi csoportban sokan tapasztalják meg a jogfosztottságot és a láthatatlanság érzését (Shuttleworth 2007). Ahol erre mód van, a pszichoterápiát kiegészítő támogató csoportok bevonása is javasolt (Williams 2007). A fogyatékosság és a szexuális irányultság együttes megjelenésének esetére részletesen kidolgozott pszichoterápiás megközelítések állnak rendelkezésre (lásd Hanjorgiris, Rath & O'Neill, 2004; Hunt et al., 2006). Javasoljuk, hogy a pszichológus kérdezzen rá a fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális kliense múltbeli és jelenlegi szexuális működésére, mivel ez gyakran figyelmen kívül marad, illetve szolgáltasson információt, és segítse e területen a problémás kérdések

megoldását (Kaufman, Silverberg & Odette, 2007; Olkin, 1999). Sok fogyatékossággal élő leszbikus, meleg és biszexuális ember tapasztalta meg, hogy szexuális partnere rákényszerítette a szexre (Swartz, 1995; Thompson, 1994). Megfelelő tapintattal érdemes felkutatni, hogy a kliens vált-e korábban ilyen módon áldozattá.

16 TIZENHATODIK IRÁNYELV

A pszichológus legyen tudatában a HIV/AIDS hatásának a leszbikus, meleg és biszexuális egyének és közösségek életére.

Indoklás

Mivel a HIV/AIDS és a szexuális irányultság gyakran összemosódik, az e betegséggel élő emberek stigmatizálódnak (Herek, Capitanio, & Widaman, 2002). A HIV/AIDS-szel élő emberekkel szembeni előítéleteket és diszkriminációt súlyosbító körülmények között szerepel a vírussal kapcsolatos félreértések vagy tájékozatlanság (Ritieni, Moskowitz, & Tholandi, 2008), az általános homofóbia és rasszizmus (Brooks, Etzel, Hinojos, Henry, & Perez, 2005), és az a tény, hogy a vírus olyan viselkedések útján terjed, amelyeket bizonyos egyének és csoportok elítélendőnek tartanak (Kopelman, 2002). Míg az AIDS diagnózisa korábban egyet jelentett a halálos ítélettel, a HIV/AIDS kezelések jelentős fejlődése nyomán ma már krónikus állapotként értelmezik (Pierret, 2007).

A HIV/AIDS-szel élő embereknek betegségük stigmatizáltságán kívül még sok olyan egészségügyi problémával és a gyógykészítmények mellékhatásaival is szembe kell nézniük, amelyek jellemzően együttjárnak a fertőzés lefolyásával és kezelésével (Johnson & Neilands, 2007). Sok HIV/AIDS-szel élő embert ér elutasítás a barátok, családtagok, szexuális és érzelmi partnerek részéről, amikor elmondják, hogy HIV-pozitívok (Simoni & Pantalone, 2005).

Ezen kívül a HIV/AIDS-szel élő embereken végzett empirikus kutatások kimutatták, hogy lelki egészségüket gyakran zavarja meg hangulatváltozás és szorongás (Bing et al., 2001), illetve túlzott drog- és alkoholfogyasztás (Pence, Miller, Whetten, Eron, & Gaynes, 2006). Az e betegséggel élők gyakrabban számoltak be személyek közötti erőszakról, mint HIV-negatív társaik (Cohen et al., 2000; Greenwood et al., 2002). Az idősebbek számára fokozott kihívásokat jelent a HIV/AIDS. Így a HIV/AIDS-szel hosszabb ideje együtt élő idősebb emberek a folyamatos kezelések hatására kognitív és fizikai problémákkal küzdhetnek (pl. Oelklaus, Williams, & Clay, 2007). Egyes idősebb HIV-negatív felnőtteknél fennállhat a szerokonverzió veszélye, mivel a csökkent ítélőképesség, magány, depresszió vagy más érzelmi és egzisztenciális tényezők miatt szabadosabb szexuális viselkedésmódokat választanak (lásd Grov, Golub, Parsons, Brennan, & Karpiak, 2010) annak ellenére, hogy tudatában vannak a védekezés módjainak. A fizikai és lelki problémák e komplex együttesével való megküzdés nagy kihívást jelenthet a HIV-pozitív egyének és a velük dolgozó pszichológus számára egyaránt (Anderson & Barret, 2001; Berg, Michelson, & Safren, 2007). Fontos megjegyezni azt is, hogy a HIV/AIDS kérdése más testi egészségi problémák kontextusában jelenik meg (Krehely 2009).

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológus a kezelést megelőző állapotfelmérés során ne bocsátkozzon feltételezésekbe a kliens HIV-státuszát illetően a szexuális irányultság vagy más demográfiai jellemzők alapján. Közvetlen rákérdezés nélkül nem lehet hitelt érdemlően fölmérni, hogy a kliens HIV-pozitív-e. Ezen kívül a téma nyílt fölvetése alkalmat adhat a pszichológusnak arra, hogy minden kliensét HIV-prevenciós információval lássa el (pl. biztonságosabb/veszélyesebb viselkedésmódok), és arra is, hogy támogatást

nyújthasson a HIV-pozitív klienseknek (pl. bátorítsa őket, hogy keressenek föl orvost, vagy folytassák a kezelést). Javasoljuk, hogy a pszichológus legyen tisztában a kérdéskörrel annak érdekében, hogy a HIV-prevenciós stratégiákat megbeszélhesse klienseivel.

A pszichológus értse meg, és vegye figyelembe, hogy az elnyomott identitáskategóriák egyedi kombinációja (pl. szexuális kisebbség, faji/etnikai kisebbség, alacsony társadalmi-gazdasági státusz, fogyatékosság stb.) milyen módokon vezet társadalmi kirekesztettséghez minden HIV-pozitív és AIDS-beteg kliense esetében. A színesbőrű fiatal meleg férfiak között kimutatták, hogy az alacsony önértékelés és egyéb tényezők (pl. közösségi hatások) szerepet játszanak a magas szerokonverziós arányban (Brooks, Rotheram-Borus, Bing, Ayala, & Henry, 2003; Millett, Flores, Peterson, & Bakeman, 2007). Javasoljuk, hogy a pszichológus veszélyeztetett kliensével vitassa meg a biztonságosabb szexuális viselkedést. Ezen kívül a pszichológus tartsa szem előtt, hogy a különböző korcsoportok HIV/AIDS-szel kapcsolatos tapasztalatai eltérhetnek. Így például sok idősebb leszbikust, meleg férfit és biszexuális embert érhetett jelentős érzelmi trauma, gyász és veszteség barátaik vagy élettársaik AIDS miatt bekövetkezett halálával az 1980-as és 1990-es években, amelynek következtében sokan még ma is támogatásra szorulnak.

Javasoljuk, hogy a pszichológus vegye figyelembe a HIV/AIDS széleskörű hatását mind a vírussal fertőzött, mind pedig a velük kapcsolatban álló személyek életében. A HIV/AIDS-szel élő emberek identitása és szerepei például jelentősen megváltozhatnak a fertőzés következtében (Baumgartner 2007). A HIV-vel való megfertőződés egyeseknél elősegítheti a lelki és spirituális növekedést, míg ugyanez másokban gyászt idéz elő (Moskowitz & Wrubel, 2005). A HIV-pozitív embereknél a szerokonverzió súlyosan befolyásolhatja a betegséggel élők közösségi és intim kapcsolatait. A HIV-pozitív emberek szégyenkezést és elutasítást tapasztalhatnak a családtagok, barátok és munkatársak részéről

(pl. Laryea & Gien, 1993). Ez a személyközi kapcsolatokban megnyilvánuló elutasítás különösen traumatikus hatással lehet azokra, akik korábban már tapasztaltak hasonló nehézségeket, amikor identitásuk stigmatizált aspektusát másokkal megosztották. Intim kapcsolatokban ezen kívül a HIV újabb stresszforrást jelenthet, és meggátolhatja az intimitást. Ez különösen az eltérő HIV-státusszal rendelkező párokra érvényes, mivel a szex és az intimitás érzelmi és gyakorlati kérdéseiben is el kell igazodniuk. A HIV-pozitív státusz továbbá foglalkoztatási és lakhatási kérdésekben is vezethet diszkriminációhoz (pl. Malcolm, Aggleton, Bronfman, Galvao, Mane, & Verrall, 1998).

Gazdasági és munkahelyi kérdések

17 TIZENHETEDIK IRÁNYELV

Javasoljuk, hogy a pszichológus vegye figyelembe a társadalmi-gazdasági helyzet leszbikus, meleg és biszexuális kliensekre gyakorolt hatását.

Indoklás

Adatok támasztják alá, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális emberek gyakran szenvednek gazdasági hátrányt heteroszexuális társaikkal szemben. Egy 1995-ben végzett kutatásban Badgett azt mutatta ki, hogy a meleg férfiak 11-27%-kal kevesebbet keresnek, mint a heteroszexuális férfiak. Arra is létezik kutatási adat, hogy az azonos nemű kapcsolatban élő meleg férfiak kevesebbet keresnek a heteroszexuális házasságban élő férfiaknál (Allegretto & Arthur, 2001; Klawitter & Flatt, 1998). Aldbelda, Badgett, Schneebaum és Gates (2009) kimutatta, hogy a leszbikus és meleg párok által alkotott családok jóval gyakrabban élnek szegénységben, mint a heteroszexuális házastársak által alkotott családok, és különösen a leszbikus párok gyakrabban szegények, mint a heteroszexuális párok és családok. Elmslie és Tebaldi (2007) kimutatta, hogy a középvezetői állásban és fizikai munkásként dolgozó meleg férfiak akár 23%-kal is kevesebbet keresnek, mint heteroszexuális társaik. Habár a meleg férfiak és leszbikusok általában magasabban képzettek, mint heteroszexuális társaik (Carpenter, 2005; Rothblum, Balsam & Mickey, 2004), továbbra is kevesebbet keresnek (Egan, Edelman, & Sherrill, 2008; Factor & Rothblum, 2007; Fassinger, 2008;). Badgett (2003) és Fassinger (2008) szerint jelentős a leszbikusokat és meleg férfiakat sújtó munkahelyi diszkrimináció, amely jelen van a kiskereskedelmi szolgáltatások igénybevétele során is. Ismeretesek olyan esetek, hogy leszbikus, meleg és biszexuális egyéneket elbocsátottak, megtagadták tőlük az előléptetést, munkájukat negatívan értékelték, vagy kedvezőtlenebbül javadalmazták szexuális irányultságuk következményeképpen (Badgett, Lau, Sears, & Ho, 2007).

A szegénység és a rossz lelki egészség között egyre világosabban látjuk az összefüggést (pl. Costello, Compton, Keeler, & Angold, 2003; Croteau, Bieschke, Fassinger, & Manning, 2008). Az alacsony jövedelmű egyének gyakrabban szenvednek diagnosztizálható pszichés zavarban, mint a jobb társadalmi-gazdasági helyzetűek (Bourdon, Rae, Narrow, Manderschild, & Regier, 1994). A szegénységben élő leszbikusok, meleg férfiak és biszexuális emberek számára tehát gazdasági helyzetük tovább növeli a jogfosztottságot és az elidegenedést.

A pénzügyi források és a magas végzettség csökkentheti a diszkrimináció hatását (pl. a megnövekedett vásárlóerő, jobb önértékelés által). Másrészről az alacsony társadalmi-gazdasági állapot külön stresszforrás lehet, növelheti a marginalizáció érzését, megnehezítheti a stigmatizált szexuális irányultsággal való megküzdést, és csökkentheti a megfelelő támogatási lehetőségek elérhetőségét. Ray (2006) megállapította, hogy az üldöztetéstől való félelem és az elfogadás hiánya hajléktalansághoz vezethet a leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok körében. A hajléktalan leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok körében gyakoribb a kockázatos viselkedés. Van Leeuwen és munkatársai (2006) magasabb arányban találtak öngyilkossági kísérletet, ételért vagy lakhatásért vállalt szexuális kapcsolatot és droghasználatot leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok körében, mint heteroszexuális társaiknál. Az idősebb leszbikus, meleg és biszexuális felnőttek számára a hagyományos jövedelemtámogatási rendszer (pl. társadalombiztosítás, nyugdíjrendszer) számos problémát okozhat (Cahill

& South 2002). Az azonos nemű párok olyan jogi akadályokkal néznek szembe (pl. nem házasodhatnak, nem kaphatnak partnerük jogán egészségügyi ellátást), amelyek társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket teremthetnek (APA 2009a).

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológus mérje föl, a társadalmi-gazdasági helyzetnek milyen szerepe van leszbikus, meleg és biszexuális kliense alacsony önértékelésében, családi konfliktusaiban és párkapcsolati problémáiban. Így érdemes figyelembe venni a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzet hosszú távú pszichológiai következményeit (pl. szégyenérzet, depresszió, szorongás), mert ezek egy egész életen át az egyénnel maradhatnak még akkor is, ha időközben javul társadalmi-gazdasági helyzete (Martell, 2007; G. M. Russell, 1996). Ezen kívül a pszichológus az állapotfelmérés során gondolja végig, hogy a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzet és a szexuális irányultság szerinti diszkrimináció hogyan erősítheti egymást. A pszichológus szexuális irányultság alapján ne bocsátkozzon feltételezésekbe a kliens társadalmi-gazdasági helyzetét illetően.

18 TIZENNYOLCADIK IRÁNYELV

A pszichológus legyen tudatában a leszbikus, meleg és biszexuális személyeket érintő speciális munkahelyi problémáknak.

Indoklás

A leszbikus, meleg és biszexuális személyek speciális nehézségekkel és kockázatokkal találkozhatnak a munkahelyen, amelyek között legsúlyosabb a szexuális orientációból fakadó stigma hatása (Herek

2007; Herek, Gillis & Cogan 2009) a pályaválasztásra, a munkahelyi döntésekre és azok megvalósítására, a beilleszkedésre és az eredményekre (Croteau, Bieschke, Fassinger & Manning 2008; Fassinger 2008; Pope et al 2004). A leszbikus, meleg és biszexuális személyek karrierépítését és a karrier terén elért sikereit többek között a következő jelenségek akadályozhatják: diszkrimináció a felvétel (Fassinger, 2008; Kirby, 2002) és a bérezés során (Badgett, 2003; Elmslie & Tebaldi, 2007); egyes juttatások hiánya (pl. ápolási vagy halálesethez kapcsolódó szabadság, gyermekápolási táppénz, azonos nemű párnak járó juttatások) (Fassinger 2008); ellenséges munkakörnyezet (Ragins & Cornwell, 2001; Ragins, Singh, & Cornwell, 2007); foglalkozási sztereotípiák (Chung, 2001; Keeton, 2002); bizonyos foglalkozásokból való kirekesztettség (pl. katonaság, lelkészség) (Fassinger, 2008); a nemi, faji és etnikai, fogyatékossági és egyéb alapon tapasztalt marginalizált helyzet egymásra hatása (Bieschke, Hardy, Fassinger, & Croteau, 2008; Van Puymbroeck, 2002); és a negatív munkahelyi értékelés (M. Z. Anderson, Croteau, Chung, & DiStefano, 2001; Pope et al., 2004). Itt meg kell jegyeznünk, hogy a 4. irányelvben említett általános állapotfelmérési kérdések a karrierkép tekintetében is alkalmazandók.

A leszbikus, meleg és biszexuális alkalmazottak számára a szexuális stigmára való tekintettel identitásuk kezelése a leglényegesebb kérdés (Croteau et al., 2008). Bár kutatások igazolják azt az állítást, hogy az identitás mások előtt való vállalása jobb lelki egyensúlyt teremt, mint az identitás rejtegetése (lásd. Herek & Garnets, 2007), sok leszbikus, meleg és biszexuális ember inkább különféle identitáskezelési stratégiákat alkalmaz annak érdekében, hogy megvédje magát a tényleges vagy vélt munkahelyi diszkriminációval szemben (Croteau et al., 2008). Az identitás elrejtésére szolgáló stratégiák alkalmazásának azonban pszichés ára van, többek között az, hogy az egyén fokozottan figyel arra, hogy kinek milyen információt ad ki magáról, elkülöníti a munka és a magánélet világát, őszintétlennek vagy láthatatlannak érzi magát,

kollégái informális és szakmai közösségétől egyaránt izolálódik, vagy az identitás rejtegetése közben megélt stressz miatt kiég (lásd Croteau et al., 2008; Fassinger, 2008).

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológus segítsen leszbikus, meleg és biszexuális kliensének fölismerni és földolgozni a szakmai fejlődés és siker útjában álló lehetséges korlátokat. A pszichológus segítsen abban, hogy kliense túllépjen az önmagához és/vagy a munka világához kötődő internalizált sztereotípiákon, amelyek befolyásolhatják pályaválasztását és az ezzel kapcsolatos döntéseket (Adams, Cahill, & Ackerling, 2004; Croteau et al., 2008; Nauta, Saucier, & Woodard, 2001; Tomlinson & Fassinger, 2003). A pszichológus segíthet leszbikus, meleg és biszexuális kliensének munkakörülményei felmérésében, és abban, hogy az adott körülmények között milyen stratégiák alkalmasak a szexuális irányultság másoknak való feltárására (M. Z. Anderson et al., 2001; Croteau et al, 2008; Lidderdale, Croteau, Anderson, Tovar-Murray, & Davis, 2007), illetve segíthet a munkahelykeresés és az új munkahelyen való beilleszkedés közben fölmerülő kérdések tisztázásában (Lidderdale et al., 2007).

Javasoljuk, hogy a pszichológus segítsen a többszörös elnyomásból adódó problémák földolgozásában, és amikor karrier-tanácsadást nyújt leszbikus, meleg és biszexuális kliensének, készítse fel arra, hogyan küzdhet meg a rasszizmussal, a szexizmussal, a heteroszexizmussal, a fogyatékkal élők vagy idősek elleni előítéletekkel és a marginalizáció más formáival (Bieschke et al, 2008). A pszichológus legyen tudatában e speciális szempontoknak a pályaorientációs tesztek leszbikus, meleg és biszexuális személyek körében történő használata során (Chung, 2003a; Chung, 2003b; Pope et al., 2004).

A pszichológus segíthet leszbikus, meleg és biszexuális kliensének a munka világával kapcsolatos döntéshozatalban azzal, hogy helyi és országos forrásokat ajánl ebben a témában. Ilyen lehet

a leszbikus és meleg szakemberek hálózata, helyi leszbikus/meleg közösségi források, leszbikus/meleg szakemberek által nyújtott speciális programok, szakmai látogatások leszbikus/meleg szakembereknél, meleg/leszbikus vállalkozó cégéhez történő kihelyezés szakmai gyakorlat céljából, vagy leszbikus, meleg és biszexuális mentori programok (Pope et al., 2004).

Oktatás és képzés

19 TIZENKILENCEDIK IRÁNYELV .....

A pszichológusok szakmai képzésébe és továbbképzésébe kerüljenek be a leszbikus, meleg és biszexuális emberekkel kapcsolatos kérdések.

Indoklás

Annak ellenére, hogy az emberi sokszínűség kérdésköre egyre nagyobb szerepet kap az egyetemi oktatásban és a végzősök szakmai gyakorlata során, a kutatások azt mutatják, hogy a frissen végzett, illetve pályájuk elején álló pszichológusok saját bevallásuk szerint leszbikus, meleg és biszexuális emberekkel kapcsolatos kérdésekben nem kaptak megfelelő tájékoztatást és képzést (Mathews, Selvidge, & Fisher, 2005; Pilkington & Cantor, 1996), és úgy érzik, nincsenek fölkészülve a velük való munkára (Allison, Crawford, Echemendia, Robinson, & Knepp, 1994; Phillips & Fischer, 1998). Mathews (2007) megjegyzi, hogy „a pszichológus szakemberek ugyanabban a heteroszexista társadalomban élnek, mint mindenki más is, és nem mentesek a kultúrát átszövő előítéletektől" (205.). A hallgatók olykor nyitottabbnak mutatják magukat, mint amit attitűdjeik behatóbb vizsgálata kimutat róluk. A nem-heteroszexuális irányultságokkal szembeni negatív attitűdök képzéssel feloldhatók (Boysen & Vogel, 2008; T. Israel & Hackett, 2004). A leszbikus, meleg és biszexuális identitás maga még nem jelenti azt, hogy a szakember jól fölkészült a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott munkára. Greene (1997) fölvázolja a nem-heteroszexuális szakemberek speciális nehézségeit (pl. szerephatárok átlépése, a klienssel való túlzott azonosulás, a kliens érdekképviselete).

Alkalmazás

A hallgatók tudását és készségeit pozitívan befolyásolja, ha leszbikus, meleg és biszexuális témában képzést kapnak, vagy ez egyetemi kurzus témáját képezi (Rutter, Estrada, Ferguson, & Diggs, 2008). Javasoljuk, hogy az oktatók, szupervízorok és szakmai gyakorlatvezetők képzési tevékenységükbe emeljék be a leszbikus, meleg és biszexuális témákkal kapcsolatos naprakész információkat az egyetemi képzés és a szakmai felkészítő gyakorlat teljes ideje alatt. Az oktatók számára források is rendelkezésre állnak a leszbikus, meleg és biszexuális kérdések beillesztéséhez a tantervbe (pl. APA 1995; Bieschke, Perez & DeBord 2000, 2007; Buhrke & Douce 1990, Cabaj & Stein 1996; Croteau & Bieschke 1996; Greene & Croom 2000; Hancock 1995, 2000; Pope 1995; Ritter & Terndrup 2002; Savin-Williams & Cohen 1996), illetve a képzésbe és szupervízióba (pl. Halpert, Reinhardt, & Toohey, 2007; Mintz & Bieschke, 2009). Halpert és mások (2007) olyan affirmatív szupervíziós módszereket mutatnak be, amelyek bármely elméleti megközelítés mellett alkalmazhatók, és segíthetik a hallgatókat abban, hogy kulturálisan kompetens szakemberekké válhassanak a leszbikus, meleg és biszexuális emberekkel folytatott munkához. Az egyetemi oktatással kapcsolatban javasolt mind a témára fókuszáló kurzusok tartása, mind pedig a vonatkozó leszbikus, meleg és biszexuális tárgyú információk beépítése különböző kurzusokba (Biaggio, Orchard, Larson, Petrino, & Mihara, 2003; Phillips, 2000).

Javasoljuk, hogy a pszichológus ismertesse a hallgatókkal a heteroszexuális privilégiumok természetét és hatását (T. Israel & Selvidge, 2003), és vegye föl a küzdelmet a heteroszexista előítéletekkel szemben (Biaggio, Orchard, Larson, Petrino, & Mihara, 2003; Hancock, 2000; Simoni, 2000). Bár a naprakész információközlés leszbikus, meleg és biszexuális témákban elengedhetetlen, számos szerző a személyes attitűdök és előítéletek megvizsgálását

is ajánlja (pl. T. Israel & Hackett, 2004; Mathews, 2007; Phillips, 2000). A személyes attitűdök és előítéletek vizsgálata a pszichológusi képzés részeként segíthet abban, hogy a hallgatók őszintébben és pontosabban értékeljék önmagukat, és érzékenyebben forduljanak a leszbikus, meleg és biszexuális vagy szexuális irányultságukat megkérdőjelező kliensek felé. Erősen javasolt, hogy az oktatók is (szexuális irányultságra való tekintet nélkül) vizsgálják meg saját attitűdjeiket, mielőtt a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel szembeni attitűdökről oktatják a hallgatókat (Biaggio et al., 2003; Simoni, 2000).

Mostanában már elérhető szakirodalom az intézményi légkör és az intézményes támogatás kérdéskörével kapcsolatban is. Biaggio és munkatársai (2003) javasolják, hogy az emberi sokszínűség megerősítését intézményes szinten kezeljék prioritásként, amibe beletartozik, hogy a szexuális irányultságot vegyék be az intézmény egyenlő munkahelyi bánásmódról szóló elvi nyilatkozatába, és ezt érvényesítsék a hallgatók és oktatók felvételénél, valamint személyzeti döntésekben is, illetve az intézmény biztosítson támogatást leszbikus, meleg és biszexuális tagjai számára (pl. forrásközpontok, kutatási támogatás, mentori program). Az intézmény teljes vagy részmunkaidős állásban alkalmazhat leszbikus, meleg és biszexuális kliensekkel folytatott munkában járatos pszichológust a képzés vagy szakmai gyakorlathoz kapcsolódó konzultáció során, kutatási referensként, illetve szupervízorként a kurzusokon és a szakmai gyakorlat során. Javasoljuk, hogy az egyetemen oktató és gyakorló klinikai pszichológusok folyamatosan frissítsék ismereteiket a leszbikus, meleg és biszexuális témákban annak érdekében, hogy növeljék a leszbikus, meleg és biszexuális kliensek egyedi szükségleteivel kapcsolatos tudatosságot (Biaggio et al., 2003).

HUSZADIK IRÁNYELV 20

Javasoljuk, hogy a pszichológus folyamatosan bővítse a homoszexualitással és biszexualitással kapcsolatos ismereteit és tudatosságát oktatás, képzés, szupervízió és konzultáció révén.

Indoklás

Bár a különféle népességcsoportok tanulmányozása az utóbbi években egyre nagyobb figyelmet kapott, sok pszichológus még alapvető ismereteket sem szerzett a leszbikus, meleg és biszexuális emberekkel való munkához. Az APA Viselkedési és Etikai Kódexe (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct; APA, 2002b) arra ösztönzi a pszichológust, hogy „folyamatosan fejlessze és frissítse kompetenciáját" (1064.). Sajnos elmondható, hogy a pszichológusok számára a leszbikus, meleg és biszexuális témában elérhető oktatás, képzés, szakmai gyakorlat, konzultáció és/vagy szupervízió gyakran nem megfelelő, idejétmúlt vagy nem áll rendelkezésre (Morrow, 1998; J. A. Murphy, Rawlings, & Howe, 2002; Pilkington & Cantor, 1996; Sherry, Whilde, & Patton, 2005). Régebben a pszichoterápiás gyakorlat előítéletesen vagy meg nem értően viszonyult a leszbikus, meleg és biszexuális kliensekhez (Garnets et al., 1991; Liddle, 1996; Nystrom, 1997; Winegarten et al., 1994). Bár az újabb kutatásokban a terapeuták leszbikus, meleg és biszexuális kliensekhez fűződő pozitívabb attitűdjeiről számolnak be (Bieschke, McClanahan, Tozer, Grzegorek, & Park, 2000), Bieschke, Paul és Blasko (2007) megjegyzi, hogy ezen attitűdök némelyike felszínes csupán, és a terapeuta szakmai viselkedésében nem jelentkezik.

Alkalmazás

T. Israel, Ketz, Detrie, Burke és Shulman (2003) szerint széles körű tudás, megfelelő attitűdök és készségek szükségesek a leszbikus,

meleg és biszexuális kliensekkel folytatott hatékony munkához. Javasoljuk, hogy a pszichológus keresse az alkalmat a kiegészítő oktatásban, képzésben, tapasztalatszerzésben, konzultációkban és szupervíziókon való részvételre a következő területeken: (a) az emberi szexualitás és a szexuális irányultság többdimenziós modelljei, (b) a leszbikus, meleg és biszexuális egyéneknél előforduló pszichológiai problémák, (c) a leszbikus, meleg és biszexuális identitás fejlődése a heteronormatív társadalomban, beleértve az identitásra ható etnikai és kulturális tényezőket, (d) a stigmatizáció hatása a leszbikus, meleg és biszexuális egyénekre, párokra és családokra, (e) a különböző identitáskategóriák egymásra hatása (pl. a szexuális irányultság, a faji és etnikai hovatartozás, a nem, a gazdasági-társadalmi helyzet és a fogyatékosság), (f) a leszbikus, meleg és biszexuális személyek által tapaszalt speciális pályaválasztási és munkahelyi kérdések, (g) a hagyományostól eltérő kapcsolati minták, (h) a leszbikus, meleg és biszexuális embereket érintő vallási és spirituális kérdések, és (i) az egészséggel és jólléttel kapcsolatos kérdések. Sok pszichológusnak lehet hasznára a biszexuális klienseket érintő egyedi kérdésekkel, illetve a biszexuális nőkkel és férfiakkal folytatott affirmatív pszichoterápiával kapcsolatos képzés. Javasoljuk, hogy a pszichológus keressen a leszbikus, meleg és biszexuális kliensek affirmatív terápiáját oktató továbbképző kurzust, mert ezek tartalmukban nagy valószínűséggel megfelelnek az APA útmutatásainak és elvi nyilatkozatainak. Ezen kívül javasoljuk, hogy a pszichológus vegyen részt továbbképzésben a biszexuális kliensekkel folytatott munkában használható speciális információk és a biszexuálisok speciális kezelési igényeikre vonatkozó forrásmunkák ismeretének frissítése érdekében (pl. Firestein, 2006; Fox, 2006; Matteson, 1999).

A leszbikus, meleg és biszexuális emberek — különösen azok, akik szexuális irányultságukban bizonytalanok, vagy annak nemrég ébredtek tudatára — néha nem ismernek más leszbikus, meleg és biszexuális személyt, és nincs kapcsolatuk a meleg közösséggel, tehát nem számíthatnak a meleg közösség által nyújtott erőforrásokra. A közösségi források ismerete és elérése fontos, hiszen kutatások mutatják, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális közösséghez való kapcsolódás jó hatással van a leszbikus, meleg és biszexuális emberek lelki egészségére (pl. D'Augelli & Garnets, 1995; Garnets, Herek, & Levy, 1992; Kurdek, 1988; G. M. Russell & Richards, 2003). Javasoljuk tehát, hogy a pszichológus ismerkedjen meg a vonatkozó (országos, helyi és elektronikusan elérhető) forrásokkal, amelyekre utalhat a leszbikus, meleg és biszexuális klienssel folytatott munka során. Könyvünk Magyarországi vonatkozások című részében olvasható az ajánlott mentálhigiénés, ismeretterjesztő és közösségi források listája.

Kutatás

21 HUSZONEGYEDIK IRÁNYELV

A szexuális irányultságról és az ahhoz kapcsolódó témákról végzett kutatások felhasználása és terjesztése során a pszichológus törekedjen arra, hogy azok eredményeit teljes egészében és pontosan közölje, és figyeljen arra, hogy a bemutatott kutatási eredményeket ne lehessen szándékosan félreértelmezni vagy visszaélni velük.

Indoklás

Mint ahogy az előítélet befolyásolhatja a kutatási folyamatot, ugyanúgy befolyásolhatja a kutatási eredmények értelmezését és azok használatát is. A stigmatizált csoportokon végzett hiteles kutatások eredményei nagymértékben hozzájárulnak a pszichológia tudományához és a társadalom egészéhez. A leszbikus, meleg és biszexuális embereken végzett kutatásokat azonban időnként félreértelmezik, vagy visszaélnek velük a leszbikus, meleg és biszexuális emberek hátrányára (Herek, 1998; Herek, Kimmel, Amaro, & Melton, 1991; G. M. Russell & Kelly, 2003).

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológus legyen óvatos a leszbikus, meleg és biszexuális népességen végzett kutatások felhasználásában, vegye figyelembe a kutatás problémás elemeit és korlátait (Cochran, 2001; Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994; Solarz, 1999). Emellett a pszichológus legyen tudatában az explicit vagy implicit előítélet esetleges hatásának (Banaji & Hardin, 2006; Banaji, Lemm, & Carpenter, 2001; Bargh & Chartrand, 1999; Bargh & Williams, 2006; Herek, 1998; Herek et al., 1991), és gondoskodjon róla, hogy a kutatási eredmény közlése alapos, az eredmények korlátait teljes egészében föltáró és részletező legyen. Hasznos, ha a pszichológus tudatában van annak, hogy a leszbikus, meleg és biszexuális közösségen belül milyen alcsoportok maradtak ki esetleg a kutatási mintából (Greene 2003), és számoljon azzal, hogy ez milyen hatással van a kutatási eredmények alkalmazhatóságára.

Javasoljuk, hogy a pszichológus megfelelő óvatossággal járjon el a harmadik személyek által publikált kutatási eredményekre való hivatkozás során, ezek idézésekor. Éppúgy, ahogy a kutatók meghatározzák kutatási eredményeik korlátait, a mások kutatását idéző pszichológus is pontosan és a maga teljességében idézze az adott kutatást, és szenteljen figyelmet az alkalmazhatóság korlátainak. Az APA etikai kódexe (APA 2002b) megköveteli, hogy a pszichológus tartózkodjon a hamis vagy félrevezető megnyilatkozásoktól (5.01 pont), és pontosan tegye közzé kutatási eredményeit (8.10 pont).

Különös kihívást jelent a saját vagy mások kutatási eredményeiről való beszámoló a populáris médiában. Az újságírók általában nem elég jól képzettek sem a kutatási módszerek komplexitásainak, sem pedig a kutatási eredmények megfelelő értelmezésének területén. Emiatt, és azért is, mivel a média kedveli a megrázó történeteket (Conrad 1997), a kutatásokat esetleg félrevezető módon vagy egyértelműen hamisan mutatják be. A pszichológus legyen tudatában a média ferdítéseinek, és aktívan tegyen a pontatlan tájékoztatás ellen (APA 2002b, 5.01 pont). Javasoljuk, hogy a pszichológus világosan fogalmazzon, és visszakérdezéssel bizonyosodjon meg arról, hogy az újságíró megértette a tájékoztatást, ajánlja föl a kutatási eredmények kivonatolt változatát vagy magát a kutatási jelentést, és hangsúlyozza az újságíró számára a kutatási eredmények komplexitását és alkalmazásuk korlátait.

Hivatkozások

Abbott, D., & Burns, J. (2007). What's love got to do with it? Experiences of lesbian, gay, and bisexual people with intellectual disabilities in the United Kingdom and views of the staff who support them. *Sexuality Research and Social Policy, 4,* 27–39. doi:10.1525/srsp.2007.4.1.27

ACLU Lesbian and Gay Rights Project. (2002). *Too high a price: The case against restricting gay parenting.* New York, NY: American Civil Liberties Union.

Adams, E. M., Cahill, B. J., & Ackerlind, S. J. (2005). A qualitative study of Latino lesbian and gay youths' experiences with discrimination and the career development process. *Journal of Vocational Behavior, 66,*199–218. doi:10.1016/j.jvb.2004.11.002

Adelman, M. (1990). Stigma, gay lifestyles, and adjustment to aging: A study of later-life gay men and lesbians. *Journal of Homosexuality, 20*(3– 4), 7–32.

Albelda, R., Badgett, M. L., Schneebaum, A., & Gates, G. J. (2009). *Poverty in the lesbian, gay, and bisexual community.* Los Angeles, CA: Williams Institute.

Allegretto, S. A., & Arthur, M. M. (2001). An empirical analysis of homosexual/heterosexual male earnings differentials: Unmarried and unequal? *Industrial and Labor Relations Review, 54,* 631–646. doi:10.2307/2695994

Allen, M., & Burrell, N. (1996). Comparing the impact of homosexual and heterosexual parents on children: Meta-analysis of existing research. *Journal of Homosexuality, 32*(2), 19–35. doi:10.1300/J082v32n02_02

Allison, K. W., Crawford, I., Echemendia, R., Robinson, L., & Knepp, D. (1994). Human diversity and professional competence: Training in clinical and counseling psychology revisited. *American Psychologist, 49,* 792–796. doi:10.1037/0003-066X.49.9.792

Allport, G. W. (1979). *The nature of prejudice.* Reading, MA: Addison–Wesley. (Original work published 1954)

American Association for Marriage and Family Therapy. (1991). *AAMFT code of ethics.* Washington, DC: Author.

American Counseling Association. (1996). ACA code of ethics and standards of practice. In B. Herlihy & G. Corey (Eds.), *ACA ethical standards casebook* (5th ed., pp. 26–59). Alexandria, VA: Author.

American Psychiatric Association. (1974). Position statement on homosexuality and civil rights. *American Journal of Psychiatry, 131,* 497.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 47,* 1597–1611. doi:10.1037/0003-066X.47.12.1597

American Psychological Association. (1995). *Lesbian and gay parenting: A resource for psychologists.* Retrieved from http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/parenting.aspx

American Psychological Association. (1998). Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. *American Psychologist, 53,* 934–935.

American Psychological Association. (2002a). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist, 57,* 1048–1051. doi:10.1037/0003-066X.57.12.1048

American Psychological Association. (2002b). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57,* 1060–1073. doi:10.1037/0003-066X.57.12.1060

American Psychological Association. (2006). *Answers to your questions about transgender individuals and gender identity.* Retrieved from http://www.apa.org/topics/transgender.html

American Psychological Association. (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist, 62,* 949–979. doi:10.1037/0003-066X.62.9.949

American Psychological Association. (2008). *Report of the APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance.* Retrieved from http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf

American Psychological Association. (2009a). Lesbian, gay, bisexual, and transgender persons and socioeconomic status. Retrieved from http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/factsheet-lgbt.pdf

American Psychological Association. (2009b). *Report of the APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation.* Retrieved from http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeuticresponse.pdf

American Psychological Association, Task Force on the Sexualization of Girls. (2007). *Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls.* Retrieved from http://www.apa.or/pi/wpo/sexualization.html

Anderson, J. R., & Barret, B. (2001). *Ethics in HIV-related psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Anderson, M. Z., Croteau, J. M., Chung, Y. B., & DiStefano, T. M. (2001). Developing an assessment of sexual identity management for lesbian and gay workers. *Journal of Career Assessment, 9,* 243–260. doi:10.1177/106907270100900303

Anderson, S. (1996). Addressing heterosexist bias in the treatment of lesbian couples with chemical dependency. In J. Laird & R. J. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists* (pp. 316–340). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Anton, B. S. (2008). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2007: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives February 16–18, 2007, Washington, DC, and August 9 and 13, 2007, San Francisco, CA, and minutes of the February, June, August, and December 2007 meetings of the Board of Directors. *American Psychologist, 63,* 360–442. doi:10.1037/0003-066X.63.5.360

Appell, A. R. (2004). Recent developments in lesbian and gay adoption law. *Adoption Quarterly, 7,* 73–84. doi:10.1300/J145v07n01_06

Armesto, J. C. (2002). Developmental and contextual factors that influence gay fathers' parental competence: A review of the literature. *Psychology of Men & Masculinity, 3,* 67–78. doi:10.1037/1524-9220.3.2.67

Badgett, M. V. L. (1995). The wage effects of sexual orientation discrimination. *Industrial and Labor Relations Review, 48,* 726–739. doi:10.2307/2524353

Badgett, M. V. L. (2003). *Money, myths, and change: The economic lives of lesbians and gay men.* Chicago, IL: University of Chicago Press.

Badgett, M. V. L., Lau, H., Sears, B., & Ho, D. (2007). Bias in the workplace: Consistent evidence of sexual orientation and gender identity discrimination. Retrieved from http://www.law.ucla.edu/williamsinstitute/publications

Banaji, M. R., & Hardin, C. (1996). Automatic stereotyping. *Psychological Science, 7,* 136–141. doi:10.1111/j.1467-9280.1996.tb00346.x

Banaji, M. R., Lemm, K. M., & Carpenter, S. J. (2001). Automatic and implicit processes in social cognition. In A. Tesser & N. Schwartz (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Intraindividual processes* (pp. 134–158). Oxford, England: Blackwell.

Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist, 54,* 462–479. doi:10.1037/0003-066X.54.7.462

Bargh, J. A., & Williams, E. L. (2006). The automaticity of social life. *Current Directions in Psychological Science, 15,* 1–4. doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00395.x

Bass, E., & Kaufman, K. (1996). *Free your mind. The book for gay, lesbian, and bisexual youth and their allies.* New York, NY: Collins.

Batchelor, S. A., Kitzinger, J., & Burtney, E. (2004). Representing young people's sexuality in the "youth" media. *Health Education Research, 19,* 669–676. doi:10.1093/her/cyg082

Baumgartner, L. M. (2007). The incorporation of the HIV/AIDS identity into the self over time. *Qualitative Health Research, 17,* 919–931. doi:10.1177/1049732307305881

Beals, K. P. (2004). Stigma management and well-being: The role of social support, cognitive processing, and suppression. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering, 65*(2), 1070.

Beckstead, A. L. (2001). Cures versus choices: Agendas in sexual reorientation therapy. In A. Shidlo, N. Schroeder, & J. Drescher (Eds.), *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical, and research perspectives* (pp. 87–115). New York, NY: Haworth Press.

Beckstead, L., & Israel, T. (2007). Affirmative counseling and psychotherapy focused on issues related to sexual orientation conflicts. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and trangender clients* (2nd ed., pp. 221–244). Washington, DC: American Psychological Association.

Beckstead, A. L., & Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *Counseling Psychologist, 32,* 651–690. doi:10.1177/0011000004267555

Ben-Ari, A., & Livni, T. (2006). Motherhood is not a given thing: Experiences and constructed meaning of biological and nonbiological lesbian mothers. *Sex Roles, 54,* 521–531. doi:10.1007/s11199-006-9016-0

Benjamin, H. (1967). The transsexual phenomenon. *Transactions of the New York Academy of Sciences, 29,* 428–430.

Benoit, M. (2005). Conflict between religious commitment and same-sex attraction: Possibilities for a virtuous response. *Ethics & Behavior, 15,* 309–325. doi:10.1207s15327019eb1504_3

Berg, C. J., Michelson, S. E., & Safren, S. A. (2007). Behavioral aspects of HIV care: Adherence, depression, substance use, and HIV-transmission behaviors. *Infectious Disease Clinics of North American, 21,* 181–200. doi:10.1016/j.idc.2007.01.005

Berger, R. (1996). *Gay and gray: The older homosexual man* (2nd ed.). New York, NY: Harrington Park Press.

Berger, R., & Kelly, J. (1996). Gay men and lesbians grown older. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 305–316). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Biaggio, M., Orchard, S., Larson, J., Petrino, K., & Mihara, R. (2003). Guidelines for gay/lesbian/bisexual-affirmative educational practices in graduate psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 34,* 548–554. doi:10.1037/0735-7028.34.5.548

Bieschke, K. J. (2008). We've come a long way, baby. *Counseling Psychologist, 36,* 631–638. doi:10.1177/0011000008320077

Bieschke, K. J., Hardy, J. A., Fassinger, R. E., & Croteau, J. M. (2008). Intersecting identities of gender-transgressive sexual minorities: Toward a new paradigm of affirmative psychology. In B. Walsh (Ed.), *Biennial review of counseling psychology* (Vol. 1, pp. 177–207). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.

Bieschke, K. J., McClanahan, M., Tozer, E., Grzegorek, J. L., & Park, J. (2007). Programmatic research on the treatment of lesbian, gay, and bisexual clients: The past, the present, and the course for the future. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and trans-gender clients* (2nd ed., pp. 207–223). Washington, DC: American Psychological Association.

Bieschke, K. J., Paul, P. L., & Blasko, K. A. (2007). Review of empirical research focused on the experience of lesbian, gay, and bisexual clients in counseling and psychotherapy. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients (2nd ed., pp. 293-315). Washington, DC: American Psychological Association.

Bieschke, K. J., Perez, R. M., & DeBord, K. A. (Eds.). (2000). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bieschke, K. J., Perez, R. M., & DeBord, K. A. (2007). Introduction: The challenge of providing affirmative psychotherapy while honoring diverse contexts. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 3–11). Washington, DC: American Psychological Association.

Bigner, J. J., & Bozett, F. W. (1990). Parenting by gay fathers. In F. W. Bozett & M. B. Sussman (Eds.), *Homosexuality and family relations* (pp. 155–176). New York, NY: Harrington Park Press.

Bigner, J. J., & Jacobsen, R. B. (1989a). Parenting behaviors of homosexual and heterosexual fathers. In F. W. Bozett (Ed.), *Homosexuality and the family* (pp. 173–186). New York, NY: Harrington Park Press.

Bigner, J. J., & Jacobsen, R. B. (1989b). The value of children to gay and heterosexual fathers. In F. W. Bozett (Ed.), *Homosexuality and family relations* (pp. 163–172). New York, NY: Harrington Park Press.

Bing, E. G., Burnam, M. A., Longshore, D., Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., London, A. S., . . . Shapiro, M. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus–infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry, 58,* 721–728. doi:10.1001/archpsyc.58.8.721

Blevins, D., & Werth, J. L., Jr. (2006). End-of-life issues for LGBT older adults. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 206–226). New York, NY: Columbia University Press.

Boden, R. (1992). Psychotherapy with physically disabled lesbians. In S. H. Dworkin & F. J. Gutierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* (pp. 157–174). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development Press.

Bogart, L. M., Collins, R. L., Kanouse, D. E., Cunningham, W., Beckman,

R., Golinelli, D., & Bird, C. E. (2006). Patterns and correlates of deliberate abstinence among men and women with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health, 96,* 1078–1084. doi:10.2105/AJPH.2005.070771

Bohan, J. S. (1996). *Psychology and sexual orientation: Coming to terms.* New York, NY: Routledge.

Borg, M. J. (2004). *The heart of Christianity: Rediscovering a life of faith.* San Francisco, CA: Harper.

Bos, H. M. W., van Balen, F., & van den Boom, D. C. (2003). Planned lesbian families: Their desire and motivation to have children. *Human Reproduction, 18,* 2216–2224. doi:10.1093/humrep/deg427

Bos, H. M. W., van Balen, F., & van den Boom, D. C. (2005). Lesbian families and family functioning: An overview. *Patient Education and Counseling, 59,* 263–275. doi:10.1016/j.pec.2004.10.006

Bos, H. M. W., van Balen, F., & van den Boom, D. C. (2007). Child adjustment and parenting in planned lesbian-parent families. *American Journal of Orthopsychiatry, 77,* 38–48. doi:10.1037/0002-9432.77.1.38

Bourdon, K. H., Rae, D. S., Narrow, W. E., Manderschild, R. W., & Regier, D. A. (1994). National prevalence and treatment of mental and addictive disorders. In R. W. Mandershild & A. Sonnenschein (Eds.), *Mental health: United States* (pp. 22–51). Washington, DC: Center for Mental Health Services.

Boysen, G. A., & Vogel, D. L. (2008). The relationship between level of training, implicit bias, and multicultural competency among counselor trainees. *Training and Education in Professional Psychology, 2,* 103–110. doi:10.1037/1931-3918.2.2.103

Bradford, M. (2004a). The bisexual experience: Living in a dichotomous culture. *Journal of Bisexuality, 4*(1–2), 7–23. doi:10.1300/J159v04n01_02

Bradford, M. (2004b). Bisexual issues in same-sex couples therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 3*(2–3), 43–52. doi:10.1300/J398v03n02_05

Bradford, M. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual women. *Journal of Bisexuality, 6*(1–2), 13–25. doi:10.1300/J159v06n01_02

Brill, S., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals.* San Francisco, CA: Cleis Press.

Brooks, R. A., Etzel, M. A., Hinojos, E., Henry, C. L., & Perez, M. (2005). Preventing HIV among Latino and African American gay and bisexual men in a context of HIV-related stigma, discrimination, and homophobia: Perspectives of providers. *AIDS Patient Care and STDs, 19,* 737–744. doi:10.1089/apc.2005.19.737

Brooks, R., Rotheram-Borus, M. J., Bing, B. G., Ayala, G., & Henry, C. L. (2003). HIV and AIDS among men of color who have sex with men and men of color who have sex with men and women: An epidemiologic profile. *AIDS Education and Prevention, 15,* 1–6. doi:10.1521/ aeap.15.1.5.1.23607

Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women.* Lexington, MA: Heath.

Brooks, W. K. (1992). Research and the gay minority: Problems and possibilities. In N. J. Woodman (Ed.), *Lesbian and gay lifestyles: A guide for counseling and education* (pp. 201–215). New York, NY: Irvington.

Brotman, S., Ryan, B., & Cormier, R. (2003). The health and social services needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *Gerontologist, 43,* 192–202.

Brown, L. B. (Ed.). (1997). *Two spirit people: American Indian lesbian women and gay men* (pp. 43–65). Binghamton, NY: Haworth Press.

Brown, L. S. (1989). Lesbians, gay men and their families: Common clinical issues. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 1*(l), 65–77.

Brown, M., & Rounsley, C. A. (1996). *True selves: Understanding transsexualism–For families, friends, coworkers, and helping professionals.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Browning, F. (1996). *A queer geography: Journeys toward a sexual self.* New York, NY: Random House.

Buchanan, M., Dzelme, K., Harris, D., & Hecker, L. (2001). Challenges of being simultaneously gay or lesbian and spiritual and/or religious: A narrative perspective. *American Journal of Family Therapy, 29,* 435–449. doi:10.1080/01926180127629

Buhrke, R. (1989). Female student perspectives on training in lesbian and gay issues. *Counseling Psychologist, 17,* 629–636. doi:10.1177/0011000089174006

Buhrke, R. A., & Douce, L. G. (1991). Training issues for counseling psychologists in working with lesbians and gay men. *Counseling Psychologist, 19,* 216–234. doi:10.1177/0011000091192006

Burckell, L. A., & Goldfried, M. R. (2006). Therapist qualities preferred by sexual-minority individuals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43,* 32–49. doi:10.1037/0033-3204.43.1.32

Butt, J. A., & Guldner, C. A. (1993). Counseling bisexuals: Therapists' attitudes towards bisexuality and application in clinical practice. *Canadian Journal of Human Sexuality, 2*(2), 61–70.

Buxton, A. P. (1994). *The other side of the closet: The coming out crisis for straight spouses and families.* New York, NY: Wiley.

Buxton, A. P. (2004). Works in progress: How mixed-orientation couples maintain their marriages after the wives come out. *Journal of Bisexuality, 4*(1–2), 57–82. doi:10.1300/J159v04n01_06

Buxton, A. P. (2005). A family matter: When a spouse comes out as gay, lesbian, or bisexual. *Journal of GLBT Family Studies, 1*(2), 49–70. doi:10.1300/J461v01n02_04

Buxton, A. P. (2007). Counseling heterosexual spouses of bisexual or transgender partners. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 395–416). New York, NY:

Columbia University Press.

Cabaj, R., & Klinger, R. (1996). Psychotherapeutic interventions with lesbian and gay couples. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 485–502). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cabaj, R. P., & Stein, T. S. (1996). *Textbook of homosexuality and mental health.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cahill, S., & South, K. (2002). Policy issues affecting lesbian, gay, bisexual, and transgender people in retirement. *Generations, 26*(2), 49–54.

Cahill, S., South, K., & Spade, J. (2000). *Outing age: Public policy issues affecting gay, lesbian, bisexual, and transgender elders.* Washington, DC: Public Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force Foundation.

Canadian Psychological Association. (1995). *Canadian code of ethics for psychologists.* Ottawa, Ontario, Canada: Author.

Cargill, V. A., & Stone, V. E. (2005). HIV/AIDS: A minority health issue. *Medical Clinics of North America, 89,* 895–912. doi:10.1016/j.mcna.2005.03.005

Carlsson, G. (2007). Counseling the bisexual married man. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 108–126). New York, NY: Columbia University Press.

Carpenter, C. S. (2005). Self-reported sexual orientation and earnings: Evidence from California. *Industrial and Labor Relations Review, 58,* 258–273.

Carroll, L. (2010). *Counseling sexual and gender minorities.* Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Carroll, L., & Gilroy, P. J. (2002). Transgender issues in counselor preparation. *Counselor Education and Supervision, 41,* 233–242.

Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality, 4*(3), 219–235. doi:10.1300/J082v04n03_01

Castillo, R. (1997). *Culture and mental illness: A client-centered approach.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Centers for Disease Control and Prevention. (2004). *HIV/AIDS Surveillance Report: Vol. 15.Cases of HIV Infection and AIDS in the United States, 2003.* Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

Cerbone, A. (1990, July). *Coming out as a lifelong developmental issue: Erik Erikson rethought.* Poster session presented at the meeting of the American Psychological Association, Boston, MA.

Chan, C. (1992). Asian-American lesbians and gay men. In S. Dworkin & F. Gutierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* (pp. 115–124). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Chan, C. (1995). Issues of sexual identity in an ethnic minority: The case of Chinese American lesbians, gay men, and bisexual people. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 87–101). New York, NY: Oxford University Press.

Chan, C. S. (1997). Don't ask, don't tell, don't know: The formation of homosexual identity and sexual expression among Asian American lesbians. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3. Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 240–248). Thousand Oaks, CA: Sage.

Chung, Y. B. (2001). Work discrimination and coping strategies: Conceptual frameworks for counseling lesbian, gay, and bisexual clients. *Career Development Quarterly, 50,* 33–44.

Chung, Y. B. (2003a). Career counseling with lesbian, gay, bisexual and transgendered persons: The next decade. *Career Development Quarterly, 52,* 78–85.

Chung, Y. B. (2003b). Ethical and professional issues in career assessment with lesbian, gay, and bisexual persons. *Journal of Career Assessment, 11,* 96–112. doi:10.1177/106907202237462

Clunis, D. M., & Green, G. D. (1988). *Lesbian couples.* Seattle, WA: Seal Press.

Cochran, S. D. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? *American Psychologist, 56,* 931–947. doi:10.1037/0003-066X.56.11.931

Cochran, S. D., Mays, V. M., Alegria, M., Ortega, A. N., & Takeuchi, D. (2007). Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 785–794. doi:10.1037/0022-006X.75.5.785

Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 53–61. doi:10.1037/0022-006X.71.1.53

Cohen, M., Deamant, C., Barkan, S., Richardson, J., Young, M., Holman, S., . . . Melnick, S. (2000). Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. *American Journal of Public Health, 90,* 560–565. doi:10.2105/AJPH.90.4.560

Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist, 64,* 170–180. doi:10.1037/a0014564

Collins, J. F. (2007). Counseling at the intersection of identities: Asian/Pacific American bisexuals. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 229–245). New York, NY: Columbia University Press.

Conger, J. J. (1975). Proceedings of the American Psychological Association for the year 1974: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives. *American Psychologist, 30,* 620–651. doi:10.1037/h0078455

Conrad, P. (1997). Public eyes and private genes: Historical frames, news constructions, and social problems. *Social Problems, 44,* 139–154. doi:10.1525/sp.1997.44.2.03x0219k

Conrey, F. R., Sherman, J. W., Gawronski, B., Hugenberg, K., & Groom, C. J. (2005). Separating multiple processes in implicit social cognition: The quad model and implicit task performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 89,* 469–487. doi:10.1037/0022-3514.89.4.469

Cooperman, N. A., Arnsten, J. H., & Klein, R. S. (2007). Current sexual activity and risky sexual behavior in older men with or at risk for HIV infection. *AIDS Education and Prevention, 19,* 321–333. doi:10.1521/aeap.2007.19.4.321

Cooper-Nicols, M. (2007). Exploring the experiences of gay, lesbian, and bisexual adolescents in school: Lessons for school psychologists. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering, 67*(7), 4131.

Corey, G., Schneider-Corey, M., & Callanan, P. (1993). *Issues and ethics in the helping professions* (4th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *JAMA, 290,* 2023–2029. doi:10.1001/jama.290.15.2023

Coyle, A. (1993). A study of psychological well-being among gay men using the GHQ-30. *British Journal of Clinical Psychology, 32,* 218–220.

Crisp, C., Wayland, S., & Gordon, T. (2008). Older gay, lesbian, and bisexual adults: Tools for age-competent and gay affirmative practice. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 20*(1–2), 5–29.

Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review, 96,* 608–630. doi:10.1037/0033-295X.96.4.608

Croteau, J., & Bieschke, K. (1996). Beyond pioneering: An introduction to the special issue on the vocational issues of lesbian women and gay men. *Journal of Vocational Behavior, 48,* 119–124. doi:10.1006/jvbe.1996.0012

Croteau, J. M., Bieschke, K. J., Fassinger, R. E., & Manning, J. L. (2008). Counseling psychology and sexual orientation: History, selective trends, and future directions. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed., pp. 194–211). New York, NY: Wiley.

D'Augelli, A. (1991). Gay men in college: Identity processes and adaptations. *Journal of College Student Development, 32,* 140–146.

D'Augelli, A. R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14–21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7,* 433–456.

D'Augelli, A. R. (2006). Developmental and contextual factors and mental health among lesbian, gay, and bisexual youths. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation*

and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people (pp. 37–53). Washington, DC: American Psychological Association.

D'Augelli, A. R., & Garnets, L. (1995). Lesbian, gay, and bisexual communities. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 293–320). New York, NY: Oxford University Press.

D'Augelli, A. R., & Hershberger, S. L. (1993). Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology, 21,* 421–448. doi:10.1007/BF00942151

D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: Disclosure of sexual orienation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry, 68,* 361–371. doi:10.1037/h0080345

D'Augelli, A. R., Collins, C., & Hart, M. M. (1987). Social support patterns in a rural network of lesbian women. *Journal of Rural Community Psychology, 8,* 12–22.

D'Augelli, A. R., Pilkington, N. W., & Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly, 17,* 148–167. doi:10.1521/scpq.17.2.148.20854

David, S., & Knight, B. G. (2008). Stress and coping among older adult gay men: Age and ethnic differences. *Psychology and Aging, 23,* 62–69. doi:10.1037/0882-7974.23.1.62

Davidson, M. G. (2000). Religion and spirituality. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 409–433). Washington, DC: American Psychological Association.

Deaux, K., & Lewis, L. L. (1984). The structure of gender stereotypes: Interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology, 46,* 991–1004. doi:10.1037/0022-3514.46.5.991

Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 5–18. doi:10.1037/0022-3514.56.1.5

Devine, P. G., Plant, E. A., Amodio, D. M., Harmon-Jones, E., & Vance, S. L. (2002). The regulation of explicit and implicit race bias: The role of motivations to respond without prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 82,* 835–848. doi:10.1037/0022-3514.82.5.835

Dews, C. L. B., & Law, C. L. (2004). *This fine place so far from home: Voices of academics from the working class.* Philadelphia, PA: Temple University Press.

Diamond, L. M. (2007). A dynamical systems approach to the development and expression of female same-sex sexuality. *Perspectives on Psychological Science, 2,* 142–161. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00034.x

Dı´az, R. M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health, 91,* 927–932. doi:10.2105/AJPH.91.6.927

Dı´az, R. M., Bein, E., & Ayala, G. (2006). Homophobia, poverty, and racism: Triple oppression and mental health outcomes in Latino gay men. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 207–224). Washington, DC: American Psychological Association.

Dickens, J., & McKellen, I. (1996).

Family outing: Guide for parents of gay, lesbian, and bisexual people. London, England: Dufour Editions.

DiPlacido, J. (1998). Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In G. Herek (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 4. Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 138–159). Thousand Oaks, CA: Sage.

Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 55,* 1440 –1451.

Dodge, B., & Sandfort, T. G. M. (2007). A review of mental health research on bisexual individuals when compared to homosexual and heterosexual individuals. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexual across the lifespan* (pp. 28–51). New York, NY: Columbia University Press.

Drescher, J. (2001). I'm your handyman: A history of reparative therapies. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 5*(3/4), 5–24. doi:10.1300/J236v05n03_02

DuBois, M. (2006). Legal concerns of LGBT elders. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 195–205). New York, NY: Columbia University Press.

Dworkin, S. H. (1992). Some ethical considerations when counseling gay, lesbian, and bisexual clients. In S. Dworkin & F. Gutierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* (pp. 325–334). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Dworkin, S. H. (1997). Female, lesbian, and Jewish: Complex and invisible. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3. Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 63–87). Thousand Oaks, CA: Sage.

Dworkin, S. H. (2000). Individual therapy with lesbians, gays, and bisexuals. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and therapy with lesbians, gays, and bisexuals* (pp. 157–181). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Dworkin, S. H. (2001). Treating the bisexual client. *Journal of Clinical Psychology, 57,* 671–680. doi:10.1002/jclp.1036

Dworkin, S. H. (2002). Biracial, bicultural, bisexual: Bisexuality and multiple identities. *Journal of Bisexuality, 2*(4), 93–107. doi:10.1300/J159v02n04_06

Dworkin, S. H. (2006). Aging bisexual: The invisible of the invisible minority. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 36–52). New York, NY: Columbia University Press.

Egan, P. J., Edelman, M. S., & Sherrill, K. (2008). *Findings from the Hunter College Poll of lesbians, gays, and bisexuals: New discoveries about identity, political attitudes, and civic engagement.* Retrieved from http://www.hrc.org//documents/Hunter_college_report.pdf

Eliason, M. (2001). Bi-negativity: The stigma facing bisexual men. *Journal of Bisexuality, 1*(2–3), 137–154. doi:10.1300/J159v01n02_05

Elmslie, B., & Tebaldi, E. (2007). Sexual orientation and labor market discrimination. *Journal of Labor Research, 28,* 436–453. doi:10.1007/s12122-007-9006-1

Entrup, L., & Firestein, B. A. (2007). Developmental and spiritual issues of young people and bisexuals of the next generation. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 89–107). New York, NY: Columbia University Press.

Erich, S., Leung, P., & Kindle, P. (2005). A comparative analysis in adoptive family functioning with gay, lesbian, and heterosexual parents and their children. *Journal of GLBT Family Studies, 1,* 43–60. doi:10.1300/J461v01n04_03

Espelage, D. L., Aragon, S. R., Birkett, M., & Koenig, B. W. (2008). Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students: What influence do parents and school have? *School Psychology Review, 37,* 202–216.

Espin, O. M. (1993). Issues of identity in the psychology of Latina lesbians. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 348–363). New York, NY: Columbia University Press.

Espin, O. M. (1999). *Women crossing boundaries: A psychology of immigration and transformations of sexuality.* New York, NY: Routledge.

Esterberg, K. (1996). Gay cultures, gay communities: The social organization of lesbians, gay men, and bisexuals. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 337–392). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.

Evans, T. (2003). Bisexuality: Negotiating lives between two cultures. *Journal of Bisexuality, 3*(2), 91–108. doi:10.1300/J159v03n02_06

Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research, 3,* 11–30.

Fassinger, R. (1995). From invisibility to integration: Lesbian identity in the workplace. *Career Development Quarterly, 44,* 148–167.

Fassinger, R. (1997). Issues in group work with older lesbians. *Group, 21,* 191–210. doi:10.1007/BF02872746

Fassinger, R. (2007, September). *Sexual orientation and gender identity.* Poster session presented at the governance meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Fassinger, R. E. (2008). Workplace diversity and public policy: Challenges and opportunities for psychology. *American Psychologist, 63,* 252–268. doi:10.1037/0003-066X.63.4.252

Fassinger, R. E., & Arseneau, J. R. (2007). "I'd rather get wet than be under that umbrella": Differentiating the experiences and identities of lesbian, gay, bisexual, and transgender people. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 19–49). Washington, DC: American Psychological Association.

Ferrer, L., & Go´mez, L. A. J. (2007). Counseling bisexual Latinos: A minority with a minority. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 246–267). New York, NY: Columbia University Press.

Fine, M., & Asch, A. (Eds.). (1988). *Beyond pedestals. Women with disabilities: Essays in psychology, culture, and politics.* Philadelphia, PA: Temple University Press.

Firestein, B. (1996). Bisexuality as a paradigm shift: Transforming our disciplines. In B. A. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 263–291). Thousand Oaks, CA: Sage.

Firestein, B. (2006). Cultural and relational contexts of bisexual women: Implications for therapy. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 91–117). Washington, DC: American Psychological Association.

Firestein, B. (2007). Cultural and relational contexts of bisexual women: Implications for therapy. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 127–152). New York, NY: Columbia University Press.

Fischer, A. R., & DeBord, K. A. (2007). Perceived conflicts between affirmation of religious diversity and affirmation of sexual diversity: That's perceived. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 317–339). Washington, DC: American Psychological Association.

Fish, L. S., & Harvey, R. G. (2005). *Nurturing queer youth: Family therapy transformed.* New York, NY: Norton.

Flaks, D. K., Ficher, I., Masterpasqua, F., & Joseph, G. (1995). Lesbians choosing motherhood: A comparative study of lesbian and heterosexual parents and their children. *Developmental Psychology, 31,* 105–114. doi:10.1037/0012-1649.31.1.105

Fontes, L. A. (2008). *Interviewing clients across cultures: A practitioner's guide.* New York, NY: Guilford Press.

Ford, V. E. (2003). Coming out as lesbian or gay: A potential precipitant of crisis in adolescence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 8*(2–3), 93–110. doi:10.1300/J137v08n02_06

Fox, R. (1996). Bisexuality in perspective: A review of theory and research. In B. A. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 3–50). Thousand Oaks, CA: Sage.

Fox, R. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual women and bisexual men: An introduction. *Journal of Bisexuality, 6*(1–2), 1–11. doi:10.1300/J159v06n01_01

Fraley, S. S., Mona, L. R., & Theodore, P. S. (2007). The sexual lives of lesbian, gay, and bisexual people with disabilities: Psychological perspectives. *Sexuality Research and Social Policy, 4,* 15–26. doi:10.1525/srsp.2007.4.1.15

Friend, R. A. (1990). Older lesbian and gay people: A theory of successful aging. *Journal of Homosexuality, 20*(3– 4), 99–118.

Frost, J. (1997). Group psychotherapy with the gay male: Treatment of choice. *Group, 21,* 267–285. doi:10.1007/BF02872774

Fygetakis, L. M. (1997). Greek American lesbians: Identity odysseys of honorable good girls. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3, Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 152–190). Thousand Oaks, CA: Sage.

Gainor, K. A. (2000). Including transgender issues in lesbian, gay, and bisexual psychology: Implications for clinical practice and training. In B. Greene & G. L. Croom (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 5. Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual* (pp. 131–160). Thousand Oaks, CA: Sage.

Garnets, L., Hancock, K., Cochran, S., Goodchilds, J., & Peplau, L. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men: A survey of psychologists. *American Psychologist, 46,* 964–972. doi:10.1037/0003-066X.46.9.964

Garnets, L., Herek, G. M., & Levy, B. (1992). Violence and victimization of lesbians and gay men: Mental health consequences. In G. M. Herek & K. T. Berrill (Eds.), *Hate crimes: Confronting prejudice against lesbians*

and gay men (pp. 207–226). Newbury Park, CA: Sage.

Garnets, L., & Kimmel, D. (1993). Lesbian and gay male dimensions in the psychological study of human diversity. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 1–51). New York, NY: Columbia University Press.

Garnets, L. D., & Kimmel, D. C. (2003). Diversity among lesbians, bisexuals, and gay men. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (2nd ed., pp. 349–355). New York, NY: Columbia University Press.

Gartrell, N., Deck, A., Rodas, C., Peyser, H., & Banks, A. (2005). The National Lesbian Family Study: 4. Interviews with the 10-year-old children. *American Journal of Orthopsychiatry, 75,* 518–524. doi:10.1037/0002-9432.75.4.518

Gates, G. J., & Ost, J. (2004). *Gay and lesbian atlas.* Washington, DC: Urban Institute Press.

Gifford, D., Hertz, F., & Doskow, E. (2010). *A legal guide for lesbian and gay couples.* Berkeley, CA: Nolo.

Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91,* 933–939. doi:10.2105/AJPH.91.6.933

Gingold, H. G., Hancock, K. A., & Cerbone, A. R. (2006). A word about words: Stigma, sexual orientation/identity, and the "heterosexist default." *NYSPA Notebook, 18,* 20–24.

Glaus, K. O. (1989). Alcoholism, chemical dependency and the lesbian client. *Women & Therapy, 8,* 131–144. doi:10.1300/J015v08n01_11

Glenn, A., & Russell, R. (1986). Heterosexual bias among counselor trainees. *Counselor Education and Supervision, 25,* 222–229.

Gock, T. S. (2001). Asian-Pacific Islander issues: Identity integration and pride. In B. Berzon (Ed.), *Positively gay: New approaches and gay and lesbian life* (3rd ed., pp. 334–341). Berkeley, CA: Celestial Arts.

Goetstouwers, L. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual men. *Journal of Bisexuality, 6*(1–2), 27–49.

Golden, C. (1987). Diversity and variability in women's sexual identities. In Boston Lesbian Psychologies Collective (Eds.), *Lesbian psychologies: Explorations and challenges* (pp. 18–34). Urbana: University of Illinois Press.

Gonsiorek, J. (1991). The empirical basis for the demise of the illness model of homosexuality. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 115–136). Newbury Park, CA: Sage.

Gonsiorek, J. (1993). Mental health issues of gay and lesbian adolescents. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 469–485). New York, NY: Columbia University Press.

Gottlieb, M. S., Schroff, R., Schanker, H. M., Weisman, J. D., Fan, P. T., Wolf, R. A., & Saxon, A. (1981). *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *New England Journal of Medicine, 305,* 1425–1431. doi:10.1056/NEJM198112103052401

Graham, D., Rawlings, E., Halpern, H., & Hermes, J. (1984). Therapists' needs for training in counseling lesbians and gay men. *Professional Psychology: Research and Practice, 15,* 482–496. doi:10.1037/0735-7028.15.4.482

Green, J., & Brinkin, L. (1994). *Investigations into discrimination against transgender people.* San Francisco, CA: San Francisco Human Rights Commission.

Green, R. J. (2004). Risk and resilience in lesbian and gay couples: Comment on Solomon, Rothblum, and Balsam (2004). *Journal of Family Psychology, 18,* 290–292. doi:10.1037/0893-3200.18.2.290

Green, R. J., & Mitchell, V. (2002). Gay and lesbian couples in therapy: Homophobia, relationship ambiguity, and social support. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 546–568). New York, NY: Guilford Press.

Greenan, D. E., & Tunnell, G. (2003). *Couple therapy with gay men.* New York, NY: Guilford Press.

Greene, B. (1994a). Ethnic minority lesbians and gay men: Mental health and treatment issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 243–251. doi:10.1037/0022-006X.62.2.243

Greene, B. (1994b). Lesbian and gay sexual orientations: Implications for clinical training, practice, and research. In B. Greene & G. Herek (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 1. Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications* (pp. 1–24). Thousand Oaks, CA: Sage.

Greene, B. (1994c). Lesbian women of color: Triple jeopardy. In L. Comas-Diaz & B. Greene (Eds.), *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy* (pp. 389–427). New York, NY: Guilford Press.

Greene, B. (1997). Ethnic minority lesbians and gay men: Mental health and treatment issues. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3. Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 216–239). Thousand Oaks, CA: Sage.

Greene, B. (2000). African American lesbian and bisexual women. *Journal of Social Issues, 56,* 239–249. doi:10.1111/0022-4537.00163

Greene, B. (2003). Beyond heterosexism and across the cultural divide: Developing an inclusive lesbian, gay, and bisexual psychology: A look to the future. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experience* (2nd ed., pp. 357–400). New York, NY: Columbia University Press.

Greene, B. (2007). Delivering ethical psychological services to lesbian, gay, and bisexual clients. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 181–199). Washington, DC: American Psychological Association.

Greene, B., & Croom, G. (Eds.). (2000). *Psychological perspectives on lesbian and gay issues*: *Vol. 5. Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review, 102,* 4–27. doi:10.1037/0033-295X.102.1.4

Greenwood, G. L., Relf, M. V., Huang, B., Pollack, L. M., Canchola, J. A., & Catania, J. A. (2002). Battering victimization among a probability-based sample of men who have sex with men. *American Journal of Public Health, 92,* 1964–1969. doi:10.2105/AJPH.92.12.1964

Griffin, C. W., Wirth, M. J., & Wirth, A. G. (1996). *Beyond acceptance: Parents of lesbians and gays talk about their experiences.* New York, NY: St. Martin's Press.

Grov, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M., & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive

adults. *AIDS Care, 22,* 630–639. doi:10.1080/09540120903280901

Haldeman, D. C. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 221–227. doi:10.1037/0022-006X.62.2.221

Haldeman, D. C. (1996). Spirituality and religion in the lives of lesbians and gay men. In R. P. Cabaj & T. S. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 881–896). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Haldeman, D. C. (2001). Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. In A. Shidlo, N. Schroeder, & J. Drescher (Eds.), *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical, and research perspectives* (pp. 117–130). New York, NY: Haworth Press.

Haldeman, D. C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 33,* 260–264. doi:10.1037/0735-7028.33.3.260

Haldeman, D. C. (2004). When sexual and religious orientations collide: Considerations in working with conflicted same-sex attracted male clients. *Counseling Psychologist, 32,* 691–715. doi:10.1177/0011000004267560

Halpert, S. C., Reinhardt, B., & Toohey, M. J. (2007). Affirmative clinical supervision. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 341–358). Washington, DC: American Psychological Association.

Hancock, K. A. (1995). Psychotherapy with lesbians and gay men. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 398–432). New York, NY: Oxford University Press.

Hancock, K. A. (2000). Lesbian, gay, and bisexual lives: Basic issues in psychotherapy training and practice. In B. Greene & G. L. Croom (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 5. Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual* (pp. 91–130). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hanjorgiris, W. F., Rath, J. F., & O'Neill, J. H. (2004). Gay men living with chronic illness or disability: A sociocultural, minority group perspective on mental health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 17*(2), 25–41. doi:10.1300/J041v17n02_02

Harper, G. W., & Schneider, M. (2003). Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 31,* 243–252. doi:10.1023/A:1023906620085

Harris, J. I., Cook, S. W., & Kashubek-West, S. (2008). Religious attitudes, internalized homophobia, and identity in gay and lesbian adults. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 12,* 205–225. doi:10.1080/19359700802111452

Hayes, B. G., & Hagedorn, W. B. (2001). Working with the bisexual client: How far have we progressed? *Journal of Humanistic Counseling Education and Development, 40*(1), 11–21.

Heatherington, L., & Lavner, J. (2008). Coming to terms with coming out: Review and recommendations for family systems-focused research. *Journal of Family Psychology, 22,* 329–343. doi:10.1037/0893-3200.22.3.329

Helgeson, V. S. (1994). Prototypes and dimensions of masculinity and femininity. *Sex Roles, 31,* 653–682. doi:10.1007/BF01544286

Helminiak, D. A. (2000). *What the Bible really says about homosexuality.* Estancia, NM: Alamo Square Press.

Herek, G. M. (1986). On heterosexual masculinity: Some psychical consequences of the social construction of gender and sexuality. *American Behavioral Scientist, 29,* 563–577.

Herek, G. M. (1990a). The context of antigay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism. *Journal of Interpersonal Violence, 5,* 316–333. doi:10.1177/088626090005003006

Herek, G. M. (1990b). Gay people and government security clearance: A social perspective. *American Psychologist, 45,* 1035–1042. doi:10.1037/0003-066X.45.9.1035

Herek, G. M. (1991a). Myths about sexual orientation: A lawyer's guide to social science research. *Law & Sexuality, 1,* 133–172.

Herek, G. M. (1991b). Stigma, prejudice, and violence against lesbians and gay men. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 60–80). Newbury Park, CA: Sage.

Herek, G. M. (1995). Psychological heterosexism in the United States. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 321–346). New York, NY: Oxford University Press.

Herek, G. M. (1998). Bad science in the service of stigma: A critique of the Cameron group's survey studies. In G. M. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 223–255). Thousand Oaks, CA: Sage.

Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist, 42,* 1106–1116. doi: 10.1177/0002764299042007004

Herek, G. M. (2002). Heterosexuals' attitudes toward bisexual men and women in the United States. *Journal of Sex Research, 39,* 264–274. doi:10.1080/00224490209552150

Herek, G. M. (2003). Why tell if you're not asked? Self-disclosure, intergroup contact, and heterosexuals' attitudes towards lesbians and gay men. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (2nd ed., pp. 270–298). New York, NY: Columbia University Press.

Herek, G. M. (2006). Legal recognition of same-sex relationships in the United States. *American Psychologist, 61,* 607–621. doi:10.1037/0003-066X.61.6.607

Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues, 63,* 905–925. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x

Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence, 24,* 54–74. doi:10.1177/0886260508316477

Herek, G. M., Capitanio, J. P., & Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991–1999. *American Journal of Public Health, 92,* 371–377. doi:10.2105/AJPH.92.3.371

Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology, 3,* 353–375. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510

Herek, G. M., Gillis, J., & Cogan, J. (1999). Psychological sequelae of January 2012 Ð American Psychologist 33 hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 945–951. doi:10.1037/0022-006X.67.6.945

Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective.

Journal of Counseling Psychology, 56, 32–43. doi:10.1037/a0014672

Herek, G. M., Kimmel, D. C., Amaro, H., & Melton, G. B. (1991). Avoiding heterosexist bias in psychological research. *American Psychologist, 46,* 957–963. doi:10.1037/0003-066X.46.9.957

Hershberger, S., & D'Augelli, A. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology, 31,* 65–74. doi:10.1037/0012-1649.31.1.65

Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques, 21,* 18–31.

Horn, S. S. (2007). Adolescents' acceptance of same-sex peers based on sexual orientation and gender expression. *Journal of Youth and Adolescence, 36,* 363–371. doi:10.1007/s10964-006-9111-0

Horner, E. (2007). Queer identities and bisexual identities: What's the difference? In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 287–311). New York, NY: Columbia University Press.

Horowitz, S. M., Weis, D. L., & Laflin, M. T. (2003). Bisexuality, quality of life, lifestyle, and health indicators. *Journal of Bisexuality, 3*(2), 5–28. doi:10.1300/J159v03n02_02

Hunt, B., Matthews, C., Milsom, A., & Lammel, J. (2006). Lesbians with physical disabilities: A qualitative study of their experiences with counseling. *Journal of Counseling & Development, 84,* 163–173.

Iasenza, S. (1989). Some challenges of integrating sexual orientations into counselor training and research. *Journal of Counseling & Development, 68,* 73–76.

Israel, G. E., & Tarver, D. E., II. (Eds.). (1997). *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts.* Philadelphia, PA: Temple University Press.

Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W. A., Sulzner, J. M., & Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice, 39,* 361–368. doi:10.1037/0735-7028.39.3.361

Israel, T., & Hackett, G. (2004). Counselor education on lesbian, gay, and bisexual issues: Comparing information and attitude exploration. *Counselor Education and Supervision, 43,* 179–191.

Israel, T., Ketz, K., Detrie, P. M., Burke, M. C., & Shulman, J. L. (2003). Identifying counselor competencies for working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 7*(4), 3–21. doi:10.1300/J236v07n04_02

Israel, T., & Mohr, J. (2004). Attitudes toward bisexual women and men: Current research, future directions. *Journal of Bisexuality, 4*(1–2), 117–134.

Israel, T., & Selvidge, M. (2003). Contributions of multicultural counseling to counselor competence with lesbian, gay, and bisexual clients. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 31,* 84–98.

Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (2007). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society* (6th ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Jacobs, J., & Freundlich, M. (2006). Achieving permanency for LGBTQ youth. *Child Welfare, 85,* 299–316.

Jennings, K., & Shapiro, P. (2003). *Always my child: A parent's guide to understanding your gay, lesbian, bisexual, transgendered, or questioning son or daughter.* New York, NY: Simon & Schuster.

Johnson, M. O., & Neilands, T. B. (2007). Coping with HIV treatment side effects: Conceptualization, measurement, and linkages. *AIDS and Behavior, 11,* 575–585. doi:10.1007/s10461-007-9229-4

Jones, B. E., & Hill, M. J. (1996). African American lesbians, gay men, and bisexuals. In R. P. Cabaj & T. S. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 549–561). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Jordan, K. (2000). Substance abuse among gay, lesbian, bisexual, transgender, and questioning adolescents. *School Psychology Review, 29,* 201–206.

Kaufman, M., Silverberg, C., & Odette, F. (2007). *The ultimate guide to sex and disability: For all of us who live with disabilities, chronic pain and illness.* San Francisco, CA: Cleis Press.

Keefer, B., & Reene, K. (2002). Female adolescence: Difficult for heterosexual girls, hazardous for lesbians. *Annual of Psychoanalysis, 30,* 245–252.

Keeton, M. D. (2002). Perceptions of career-related barriers among gay, lesbian, and bisexual individuals. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering, 63*(2), 1075.

Keppel, B., & Firestein, B. (2007). Bisexual inclusion in addressing issues of GLBT aging: Therapy with older bisexual women and men. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 164–185). New York, NY: Columbia University Press.

Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stirratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry, 79,* 500–510. doi:10.1037/a0016848

Kessler, R. C., Michelson, K. D., & Williams, D. R. (1999). The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior, 40,* 208–230. doi:10.2307/2676349

Kimmel, D. (1995). Lesbians and gay men also grow old. In L. Bond, S. Cutler, & A. Grams (Eds.), *Promoting successful and productive aging* (pp. 289–303). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kimmel, D. (2002). Aging and sexual orientation. In B. Jones & M. Hill (Eds.), *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities* (pp. 17–36). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Kimmel, D. C. (2003). Identifying and addressing health issues of gay, lesbian, bisexual, transgender (LGBT) populations in rural communities: Psychological perspectives. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (2nd ed., pp. 435–440). New York, NY: Columbia University Press.

Kimmel, D. C., Rose, T., & David, S. (2006). *Lesbian, gay, bisexual and transgender aging: Research and clinical perspectives.* New York, NY: Columbia University Press.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male.* Philadelphia, PA: Saunders.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female.* Philadelphia, PA: Saunders.

Kirby, K. M. (2002). Gay, lesbian, and bisexual employee issues in the workplace. In D. S. Sandhu (Ed.), *Counseling employees: A multifaceted approach* (pp. 169–184). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Kirkpatrick, M. (1989). Lesbians: A different middle age? In J. M. Oldham & R. S. Liebert (Eds.), *The middle years: New psychoanalytic perspectives* (pp. 135–148). New Haven, CT: Yale University Press.

Kite, M. E. (1994). When perceptions meet reality: Individual differences in reactions to gay men and lesbians. In B. Greene & G. Herek (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 1. Lesbian and gay*

psychology: Theory, research, and clinical applications (pp. 25–53). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kite, M. E., & Deaux, K. (1987). Gender belief systems: Homosexuality and the implicit inversion theory. *Psychology of Women Quarterly, 11,* 83–96. doi:10.1111/j.1471-6402.1987.tb00776.x

Klawitter, M., & Flatt, V. (1998). The effects of state and local antidiscrimination policies for sexual orientation. *Journal of Policy Analysis and Management, 17,* 658–686. doi:10.1002/(SICI)1520-6688(199823)17:4_658::AID-PAM4_3.0.CO;2-P

Klein, F. (1993). *The bisexual option*. (2nd ed.). New York, NY: Harrington Park Press.

Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T. J. (1985). Sexual orientation: A multivariable dynamic process. *Journal of Homosexuality, 11*(1–2), 35–49. doi:10.1300/J082v11n01_04

Kopelman, L. M. (2002). If HIV/AIDS is punishment, who is bad? *Journal of Medicine & Philosophy, 27,* 231–243. doi:10.1076/jmep.27.2.231.2987

Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 271–288). Washington, DC: American Psychological Association.

Krehely, J. (2009). *How to close the LGBT health disparities gap: Disparities by race and ethnicity.* Retrieved from http://www.americanprogress.org/issues/2009/12/pdf/lgbt_health_disparities_race.pdf

Kulkin, H. S., Chauvin, E. A., & Percle, G. A. (2000). Suicide among gay and lesbian adolescents and young adults: A review of the literature. *Journal of Homosexuality, 40*(1), 1–29. doi:10.1300/J082v40n01_01

Kurdek, L. (1988). Perceived social support in gays and lesbians in cohabiting relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 504–509. doi:10.1037/0022-3514.54.3.504

Kurdek, L. A. (1995). Lesbian and gay couples. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 243–261). New York, NY: Oxford University Press.

Kurdek, L. (2004). Are gay and lesbian cohabitating couples really different from heterosexual married couples? *Journal of Marriage and Family, 66,* 880–900. doi:10.1111/j.0022-2445.2004.00060.x

Kurdek, L. A., & Schmitt, J. P. (1987). Perceived emotional support from family and friends in members of homosexual, married, and heterosexual cohabiting couples. *Journal of Homsexuality, 14,* 57–68. doi:10.1300/J082v14n03_04

Kweskin, S., & Cook, A. (1982). Heterosexual and homosexual mothers' self-described sex-role behavior and ideal sex-role behavior in children. *Sex Roles, 8,* 967–975. doi:10.1007/BF00290021

Laird, J. (1993). Lesbian and gay families. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (2nd ed., pp. 282–328). New York, NY: Norton.

Laird, J., & Green, R. J. (1996). Lesbians and gays in couples and families: Central issues. In J. Laird & R. J. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists* (pp. 1–12). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Lambert, S. (2005). Gay and lesbian families: What we know and where to go from here. *Family Journal, 13,* 43–51. doi:10.1177/1066480704270150

Lareau, A. (2003). *Unequal childhoods: Class, race, and family life.* Berkeley: University of California Press.

Laryea, M., & Gien, L. (1993). The impact of HIV-positive diagnosis on the individual, Part 1: Stigma, rejection, and loneliness. *Clinical Nursing Research, 2,* 245–263. doi:10.1177/105477389300200302

Lasser, J., Tharinger, D., & Cloth, A. (2006). Gay, lesbian, and bisexual youth. In G. G. Bear & K. M. Minke (Eds.), *Children's needs III: Development, prevention, and intervention* (pp. 419–430). Washington, DC: National Association of School Psychologists.

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practice in the United States.* Chicago, IL: University of Chicago Press.

Lee, J. A. (1987). What can homosexual aging studies contribute to theories of aging? *Journal of Homosexuality, 13*(4), 43–7l. doi:10.1300/J082v13n04_03

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghampton, NY: Haworth Press.

Lev, A. I. (2007). Transgender communities: Developing identity through connection. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 147–175). Washington, DC: American Psychological Association.

Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: Principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy Research, 20,* 337–352.

Levy, E. (1992). Strengthening the coping resources of lesbian families. *Families in Society, 73,* 23–31.

Lidderdale, M. A., Croteau, J. M., Anderson, M. Z., Tovar-Murray, D., & Davis, J. M. (2007). Building lesbian, gay, and bisexual vocational psychology: A theoretical model of workplace sexual identity management. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 245–270). Washington, DC: American Psychological Association.

Liddle, B. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology, 43,* 394–401. doi:10.1037/0022-0167.43.4.394

Liddle, B. (1997). Gay and lesbian clients' selection of therapists and utilization of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 34,* 11–18. doi:10.1037/h0087742

Liddle, B. (2007). Mutual bonds: Lesbian women's lives and communities. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 51–69). Washington, DC: American Psychological Association.

Linton, S. (1998). *Claiming disability: Knowledge and identity.* New York, NY: New York University Press.

Lofgren-Martenson, L. (2009). The invisibility of young homosexual women and men with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability, 27,* 21–26. doi:10.1007/s11195-008-9101-0

Lombardi, E. (2001). Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health, 91,* 869–872. doi:10.2105/AJPH.91.6.869

MacKellar, D. A., Valleroy, L. A., Secura, G. M., Behel, S., Bingham, T., Celentano, D. D., . . . Torian, L. V. (2007). Perceptions of lifetime risk and actual risk for acquiring HIV among young men who have sex with men. *AIDS and Behavior, 11,* 263–270. doi:10.1007/s10461-006-9136-0

Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvao, J., Mane, P., & Verrall, J. (1998). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health, 8,* 347–370. doi:10.1080/09581599808402920

Mallon, G. P., Aledort, N., & Ferrera, M. (2002). There's no place like home: Achieving safety, permanency, and well-being for lesbian and gay adolescents in out-of-home care settings. *Child Welfare, 81,* 407–439.

Manalansan, M. (1996). Double minorities: Latino, Black, and Asian men who have sex with men. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 393–415). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.

Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior, 39,* 335–347. doi:10.2307/2676342

Markowitz, L. (1991). Homosexuality: Are we still in the dark? *Family Therapy Networker, 15,* 26–29, 31–35.

Markowitz, L. (1995). Bisexuality: Challenging our either/or thinking. *In the Family, 1,* 6–11, 23.

Martell, C. (2007, August). *Considerations of class: Personal history and individual identity.* Address presented at the conference of the American Psychological Association, San Francisco, CA.

Martell, C., & Prince, S. (2005). Treating infidelity in same-sex couples. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 1429–1438. doi:10.1002/jclp.20192

Martin, A. D., & Hetrick, E. S. (1988). The stigmatization of the gay and lesbian adolescent. *Journal of Homosexuality, 15*(1–2), 163–183. doi:10.1300/J082v15n01_12

Martin, C. L. (1990). Attitudes and expectations about children with nontraditional and traditional gender roles. *Sex Roles, 22,* 151–165. doi:10.1007/BF00288188

Matteson, D. (1996). Counseling and psychotherapy with bisexual and exploring clients. In B. A. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 185–213). Thousand Oaks, CA: Sage.

Matteson, D. (1999). Intimate bisexual couples. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *The intimate couple* (pp. 439–459). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

Matthews, C. R. (2007). Affirmative lesbian, gay, and bisexual counseling with all clients. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 201–219). Washington, DC: American Psychological Association.

Matthews, C. R., Selvidge, M., & Fisher, K. (2005). Addictions counselors' attitudes and behaviors toward gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Counseling & Development, 83,* 57–65.

Mayer, K. H., & Pizer, H. F. (2000). *The emergence of AIDS: The impact on immunology, microbiology, and public health.* Washington, DC: American Public Health Association.

Maynard, E. A. (2001). *Gay and lesbian Christians: Faith and coping in the church* (Unpublished doctoral dissertation). Fuller Theological Seminary.

Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health, 91,* 1869–1876. doi:10.2105/AJPH.91.11.1869

Mays, V. M., Cochran, S. D., & Roeder, M. R. (2003). Depressive distress and prevalence of common problems among homosexually active African American women in the United States. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 15,* 27–46. doi:10.1300/J056v15n02_03

McCreary, D. R. (1994). The male role and avoiding femininity. *Sex Roles, 31,* 517–531. doi:10.1007/BF01544277

McDaniel, J. (1995). *The lesbian couples' guide: Finding the right woman and creating a life together.* New York, NY: Harper Collins.

McDougall, G. J. (1994). Therapeutic issues with gay and lesbian elders. *Clinical Gerontologist, 14,* 45–57. doi:10.1300/J018v14n01_05

McWhirter, D., & Mattison, A. M. (1984). *The male couple.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Meyer, E. J. (2009). *Gender, bullying, and harassment.* New York, NY: Teacher's College Press.

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36,* 38–56.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129,* 674–697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. Herek (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 4. Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 160–186). Thousand Oaks, CA: Sage.

Meyer, I. H., Dietrich, J., & Schwartz, S. (2008). Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health, 98,* 1004–1006. doi:10.2105/AJPH.2006.096826

Millett, G. A., Flores, S. A., Peterson, J. L., & Bakeman, R. (2007). Explaining disparities in HIV infection among black and white men who have sex with men: A meta-analysis of HIV risk behaviors. *AIDS, 21,* 2083–2091. doi:10.1097/QAD.0b013e3282e9a64b

Mintz, L. B., & Bieschke, K. J. (2009). Counseling psychology model training values statement addressing diversity: Development and introduction to the major contribution. *Counseling Psychologist, 37,* 634–640. doi:10.1177/0011000009331923

Mohr, J. J., & Fassinger, R. E. (2003). Self-acceptance and self-disclosure of sexual orientation in lesbian, gay, and bisexual adults: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology, 50,* 482–495. doi:10.1037/0022-0167.50.4.482

Mohr, J. J., Israel, T., & Sedlacek, W. E. (2001). Counselors' attitudes regarding bisexuality as predictors of counselors' clinical responses: An analogue study of a female bisexual client. *Journal of Counseling Psychology, 48,* 212–222. doi:10.1037/0022-0167.48.2.212

Mohr, J. J., & Rochlen, A. B. (1999). Measuring attitudes regarding bisexuality in lesbian, gay male, and heterosexual populations. *Journal of Counseling Psychology, 46,* 353–369. doi:10.1037/0022-0167.46.3.353

Moradi, B., van den Berg, J. J., & Epting, F. R. (2009). Threat and guilt aspects of internalized antilesbian and gay prejudice: An application of personal construct theory. *Journal of Counseling Psychology, 56,* 119–131. doi:10.1037/a0014571

Morales, E. (1989). Ethnic minority families and minority gays and lesbians. *Marriage & Family Review, 14*(3– 4), 217–239. doi:10.1300/J002v14n03_11

Morales, E. (1996). Gender roles among Latino gay and bisexual men: Implications for family and couple relationships. In J. Laird & R. J. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists* (pp. 272–297). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Morin, S. F. (1977). Heterosexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. *American Psychologist, 32,* 629–637. doi:10.1037/0003-066X.32.8.629

Morris, J. F., Waldo, C. R., & Rothblum, E. D. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among

lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry, 71,* 61–71. doi:10.1037/0002-9432.71.1.61

Morrow, S. L. (1998). Toward a new paradigm in counseling psychology training and education. *Counseling Psychologist, 26,* 797–808. doi:10.1177/0011000098265007

Morrow, S. L. (2000). First do no harm: Therapist issues in psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (2000), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 137–156). Washington, DC: American Psychological Association.

Moskowitz, J. T., Folkman, S., Collette, L., & Vittinghoff, E. (1996). Coping and mood during AIDS-related caregiving and bereavement. *Annals of Behavioral Medicine, 18,* 49–57. doi:10.1007/BF02903939

Moskowitz, J. T., & Wrubel, J. (2005). Coping with HIV as a chronic illness: A longitudinal analysis of illness appraisals. *Psychology & Health, 20,* 509–531. doi:10.1080/08870440412331337075

Mulick, P. S., & Wright, L. W., Jr. (2002). Examining the existence of biphobia in the heterosexual and homosexual populations. *Journal of Bisexuality, 2*(4), 45–64. doi:10.1300/J159v02n04_03

Murphy, B. (1994). Difference and diversity: Gay and lesbian couples. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 1*(2), 5–31. doi:10.1300/J041v01n02_02

Murphy, J. A., Rawlings, E. I., & Howe, S. R. (2002). A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice, 33,* 183–189. doi:10.1037/0735-7028.33.2.183

Murphy, T. F. (1992). Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *Journal of Sex Research, 29,* 501–523. doi:10.1080/00224499209551664

National Association of Social Workers. (1996). *Code of ethics of the National Association of Social Workers.* Retrieved from http://www.naswdc.org/code.htm

Nauta, M. M., Saucier, A. M., & Woodard, L. E. (2001). Interpersonal influences on students' academic and career decisions: The impact of sexual orientation. *Career Development Quarterly, 49,* 352–362.

Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality.* Northvale, NJ: Aronson.

Noelle, M. (2002). The ripple effect of the Matthew Shepard murder: Impact on the assumptive worlds of members of the targeted group. *American Behavioral Scientist, 46,* 27–50. doi:10.1177/0002764202046001004

Nylund, D. (2007). Reading Harry Potter: Popular culture, queer theory and the fashioning of youth identity. *Journal of Systemic Therapies, 26*(2), 13–24. doi:10.1521/jsyt.2007.26.2.13

Nystrom, N. (1997, February). *Mental health experiences of gay men and lesbians.* Paper presented at the meeting of the American Association for the Advancement of Science, Houston, TX.

O'Connor, M. F. (1997). *Treating the psychological consequences of HIV.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Oelklaus, M. W., Williams, C. L., & Clay, P. G. (2007). Managing long-term side effects of HIV therapy. Retrieved from http://www.thebody.com/content/art40471.html

Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability.* New York, NY: Guilford Press.

O'Neill, T., & Hird, M. (2001). Double damnation: Gay disabled men and the negotiation of masculinity. In K. Backett-Milburn & L. McKie (Eds.), *Constructing gendered bodies* (pp. 201–223). New York, NY: Palgrave Macmillan.

Ossana, S. M. (2000). Relationship and couples counseling. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 275–302). Washington, DC: American Psychological Association.

Oswald, R. F. (2002). Inclusion and belonging in the family rituals of gay and lesbian people. *Journal of Family Psychology, 16,* 428–436. doi:10.1037/0893-3200.16.4.428

Oswald, R. F., & Culton, L. S. (2003). Under the rainbow: Rural gay life and its relevance for family providers. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 52,* 72–81.

O'Toole, C. (2003). No reflection in the mirror: Challenges for disabled lesbians accessing mental health services. *Journal of Lesbian Studies, 7,* 35–49.

O'Toole, C. J., & Bregante, J. (1992). Lesbians with disabilities. *Sexuality and Disability, 10,* 163–172. doi:10.1007/BF01102282

Oxley, E., & Lucius, C. A. (2000). Looking both ways: Bisexuality and therapy. In C. Neal & D. Davies (Eds.), *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 115–127). Buckingham, England: Open University Press.

Pachankis, J., & Goldfried, M. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41,* 227–246. doi:10.1037/0033-3204.41.3.227

Page, E. (2004). Mental health services for bisexual women and bisexual men: An empirical study. *Journal of Bisexuality, 4*(1–2), 137–160. doi:10.1300/J159v04n01_11

Page, E. (2007). Bisexual womens' and mens' experiences of psychotherapy. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming invisible: Counseling bisexualsacross the lifespan* (pp. 52–71). New York, NY: Columbia University Press.

Paige, R. U. (2005). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2004. Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives, February 20–22, 2004, Washington, DC, and July 28 and 30, 2004, Honolulu, Hawaii, and minutes of the February, April, June, August, October, and December 2004 meetings of the Board of Directors. *American Psychologist, 60,* 436–511. doi:10.1037/0003-066X.60.5.436

Paige, R. U. (2007). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2006. Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives, February 17–19, 2006, Washington, DC, and August 17 and 21, 2006, New Orleans, LA, and minutes of the February, June, August, and December 2006 meetings of the Board of Directors. *American Psychologist, 62,* 400–490. doi:10.1037/0003-066X.62.5.400

Pallotta-Chiarolli, M. (2005). *When our children come out: How to support gay, lesbian, bisexual and transgendered young people.* Lane Cove, New South Wales, Australia: Finch.

Patterson, C. J. (1997). Children of lesbian and gay parents. In T. Ollendick & R. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 19, pp. 235–282). New York, NY: Plenum Press.

Patterson, C. J. (2000). Family relationships of lesbians and gay men. *Journal of Marriage and Family, 62,* 1052–1069. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.01052.x

Patterson, C. J. (2004). Gay fathers. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (4th ed., pp. 397–416). New York, NY: Wiley.

Patterson, C. J. (2005). Lesbian and gay parents and their children: Summary of research findings. In *Lesbian and gay parenting* (pp. 5–22). Washington, DC: American Psychological Association.

Patterson, C. J. (2007). Lesbian and gay family issues in the context of changing

legal and social policy environments. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 359–377). Washington, DC: American Psychological Association.

Patterson, C. J., Fulcher, M., & Wainwright, J. (2002). Children of lesbian and gay parents: Research, law, and policy. In B. L. Bottoms, M. B. Kovera, & B. D. McAuliff (Eds.), *Children, social science, and the law* (pp. 176–200). New York, NY: Cambridge University Press.

Paul, J. P., Hays, R. B., & Coates, T. J. (1995). The impact of the HIV epidemic in U.S. gay male communities. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 347–397). New York, NY: Oxford University Press.

Pence, B. W., Miller, W. C., Whetten, K., Eron, J. J., & Gaynes, B. N. (2006). Prevalence of *DSM–IV*-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 42,* 298–306. doi:10.1097/01.qai.0000219773.82055.aa

Peplau, L. A. (1991). Gay and lesbian relationships. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Implications for research and public policy* (pp. 177–196). Newbury Park, CA: Sage.

Peplau, L. A., & Cochran, S. D. (1990). A relational perspective on homosexuality. In D. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 321–349). New York, NY: Oxford University Press.

Peplau, L. A., & Fingerhut, A. (2004). The paradox of the lesbian worker. *Journal of Social Issues, 60,* 719–735. doi:10.1111/j.0022-4537.2004.00382.x

Peplau, L. A., & Garnets, L. D. (2000). A new paradigm for understanding women's sexuality and sexual orientation. *Journal of Social Issues, 56,* 330–350. doi:10.1111/0022-4537.00169

Peplau, L. A., Veniegas, R. C., & Campbell, S. M. (1996). Gay and lesbian relationships. In R. C. Savin-Williams & K. M. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 250–273). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.

Perrin, E. C. (2002). *Sexual orientation in child and adolescent health care.* New York, NY: Kluwer Academic.

Perrin, E. C., & the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2002). Technical report: Coparent or second-parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics, 109,* 341–344. doi:10.1542/peds.109.2.341

Phillips, J. C. (2000). Training issues and considerations. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 337–358). Washington, DC: American Psychological Association.

Phillips, J. C., & Fischer, A. (1998). Graduate students' training experiences with lesbian, gay, and bisexual issues. *Counseling Psychologist, 26,* 712–734. doi:10.1177/0011000098265002

Pierret, J. (2007). An analysis over time (1990 –2000) of the experiences of living with HIV. *Social Science & Medicine, 65,* 1595–1605. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.017

Pilkington, N., & Cantor, J. (1996). Perceptions of heterosexual bias in professional psychology programs: A survey of graduate students. *Professional Psychology: Research and Practice, 27,* 604–612. doi:10.1037/0735-7028.27.6.604

Pillard, R. (1988). Sexual orientation and mental disorder. *Psychiatric Annals, 18,* 51–56.

Pope, M. (1995). Career interventions for gay and lesbian clients: A synopsis of practice knowledge and research needs. *Career Development Quarterly, 44,* 191–203.

Pope, M., Barret, B., Szymanski, D. M., Chung, Y. B., McLean, R., Singaravelu, H., & Sanabria, S. (2004). Culturally appropriate career counseling with gay and lesbian clients. *Career Development Quarterly, 53,* 158–177.

Prince, J. (1995). Influences on the career development of gay men. *Career Development Quarterly, 44,* 168–177.

Quam, J. K., & Whitford, G. S. (1992). Adaptation and age-related expectations of older gay and lesbian adults. *Gerontologist, 32,* 367–374.

Ragins, B. R., & Cornwell, J. M. (2001). Pink triangles: Antecedents and consequences of perceived workplace discrimination against gay and lesbian employees. *Journal of Applied Psychology, 86,* 1244–1261. doi:10.1037/0021-9010.86.6.1244

Ragins, B. R., Singh, R., & Cornwell, J. M. (2007). Making the invisible visible: Fear and disclosure of sexual orientation at work. *Journal of Applied Psychology, 92,* 1103–1118. doi:10.1037/0021-9010.92.4.1103

Raj, R. (2002). Towards a transpositive therapeutic model: Developing clinical sensitivity and cultural competence in the effective support of transsexual and transgender clients. *International Journal of Transgenderism, 6.* Retrieved from http://www.symposion.comijt/ijtvo06no02_04.htm

Ray, N. (2006). *Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: An epidemic of homelessness.* Retrieved from http://www.thetaskforce.org/reports_and_research/homeless_youth

Reid, J. (1995). Development in late life: Older lesbian and gay lives. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 215–240). New York, NY: Oxford University Press.

Ridley, C. R., Li, L. C., & Hill, C. L. (1998). Multicultural assessment: Reexamination, reconceptualization, and practical application. *Counseling Psychologist, 26,* 827–910. doi:10.1177/0011000098266001

Ritieni, A., Moskowitz, J., & Tholandi, M. (2008). HIV/AIDS misconceptions among Latinos: Findings from a population-based survey of California adults. *Health Education & Behavior, 35,* 245–259. doi:10.1177/1090198106288795

Ritter, K. Y., & Terndrup, A. I. (2002). *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men.* New York, NY: Guilford Press.

Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men, and bisexuals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25,* 169–175. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.169

Rolland, J. (1994). In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationships. *Journal of Marital and Family Therapy, 20,* 327–347. doi:10.1111/j.1752-0606.1994.tb00125.x

Rooney, S. (2003, August). *Comparing bisexual with lesbian and gay youth: Educational, interpersonal, and career trajectories.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2004). Ethnic/racial differences in the coming-out process of lesbian, gay and bisexual youths: A comparison of sexual identity development over time. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 10,* 215–228. doi:10.1037/1099-9809.10.3.215

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2006). Bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, and the

coming-out process. *AIDS Education and Prevention, 18,* 444–460. doi:10.1521/aeap.2006.18.5.444

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J., & Braun, L. (2006). Sexual identity development among lesbian, gay, and bisexual youths: Consistency and change over time. *Journal of Sex Research, 43,* 46–58. doi:10.1080/00224490609552298

Ross, M. W. (1990). The relationship between life events and mental health in homosexual men. *Journal of Clinical Psychology, 46,* 402– 411. 02/1097-4679(199007)46:4_402::AIDJ-CLP2270460405_3.0.CO;2-Q

Ross, M. W., & Paul, J. P. (1992). Beyond gender: The basis of sexual attraction in bisexual men and women. *Psychological Reports, 71,* 1283–1290. doi:10.2466/PR0.71.8.1283-1290

Rostosky, S. S., Riggle, E. D. B., Horne, S. G., & Miller, A. D. (2009). Marriage amendments and psychological distress in lesbian, gay, and bisexual (LGB) adults. *Journal of Counseling Psychology, 56,* 56–66. doi:10.1037/a0013609

Rothblum, E. D. (1994). "I only read about myself on bathroom walls": The need for research on the mental health of lesbians and gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 213–220. doi: 10.1037/0022-006X.62.2.213

Rothblum, E. D., Balsam, K. F., & Mickey, R. M. (2004). Brothers and sisters of lesbians, gay men, and bisexuals as a demographic comparison group: An innovative research methodology to examine social change. *Journal of Applied Behavioral Science, 40,* 283–301. doi:10.1177/0021886304266877

Rothblum, E. D., & Bond, L. (Eds.). (1996). *Preventing heterosexism and homophobia.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Rotheram-Borus, M. J., Hunter, J., & Rosario, M. (1994). Suicidal behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents. *Journal of Adolescent Research, 9,* 498–508. doi:10.1177/074355489494007

Rotheram-Borus, M. J., Rosario, M., Van Rossem, R., Reid, H., & Gillis, R. (1995). Prevalence, course, and predictors of multiple problem behaviors among gay and bisexual male adolescents. *Developmental Psychology, 31,* 75–85. doi:10.1037/0012-1649.31.1.75

Russell, G. M. (1996). Internalized classism: The role of class in the development of self. *Women & Therapy, 18,* 59–71. doi:10.1300/J015v18n03_07

Russell, G. M. (2000). *Voted out: The psychological consequences of anti-gay politics.* New York, NY: New York University Press.

Russell, G. M., & Bohan, J. S. (2005). The gay generation gap: Communicating across the LGBT generational divide. *Angles: The Policy Journal of the Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies, 8*(1), 1–8.

Russell, G. M., & Kelly, N. H. (2003). *Subtle stereotyping: The media, homosexuality, and the priest sexual abuse scandal.* Retrieved from http://www.iglss.org/media/files/MediaStereotype.pdf

Russell, G. M., & Richards, J. A. (2003). Stressor and resilience factors for lesbians, gay men, and bisexuals confronting antigay politics. *American Journal of Community Psychology, 31,* 313–328. doi:10.1023/A:1023919022811

Russell, S. T., Franz, B. T., & Driscoll, A. K. (2001). Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence. *American Journal of Public Health, 91,* 903–906. doi:10.2105/AJPH.91.6.903

Rust, P. (1996a). Managing multiple identities: Diversity among bisexual women and men. In B. A. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 53–83). Thousand Oaks, CA: Sage.

Rust, P. (1996b). Monogamy and polyamory: Relationship issues for bisexuals. In B. A. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 127–148). Thousand Oaks, CA: Sage.

Rust, P. C. (2000a). Popular images and the growth of bisexual community and visibility. In P. C. Rust (Ed.), *Bisexuality in the United States: A social science reader* (pp. 537–553). New York, NY: Columbia University Press.

Rust, P. C. (2000b). Review of statistical findings about bisexual behavior, feelings, and identities. In P. C. Rust (Ed.), *Bisexuality in the United States: A social science reader* (pp. 129–184). New York, NY: Columbia University Press.

Rust, P. C. (2007). The construction and reconstruction of bisexuality: Inventing and reinventing the self. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 3–27). New York, NY: Columbia University Press.

Rutter, P. A., Estrada, D., Ferguson, L. K., & Diggs, G. A. (2008). Sexual orientation and counselor competency: The impact of training on enhancing awareness, knowledge, and skills. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 2,* 109–125. doi:10.1080/15538600802125472

Ryan, C. (2009). *Helping families support their lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) children.* Washington, DC: National Center for Cultural Competence, Georgetwon University Center for Child and Human Development. Retrieved from http://nccc.georgetown.edu/documents/LGBT_Brief.pdf

Saad, C. (1997). Disability and the lesbian, gay man, or bisexual individual. In M. Sipski & S. C. Alexander (Eds.), *Sexual function in people with disability and chronic illness: A health professional's guide* (pp. 413–427). Gaithersburg, MD: Aspen.

Saewyc, E. M. (2006). Pregnancy among lesbian, gay, and bisexual adolescents: Influences of stigma, sexual abuse, and sexual orientation. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 95–116). Washington, DC: American Psychological Association.

Safren, S. A., & Pantalone, D. W. (2006). Social anxiety and barriers to resilience among lesbian, gay, and bisexual adolescents. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 55–71). Washington, DC: American Psychological Association.

Sa´nchez, F. J., Westefeld, J. S., Liu, W. M., & Vilain, E. (2010). Masculine gender role conflict and negative feelings about being gay. *Professional Psychology: Research and Practice, 41,* 104–111. doi: 10.1037/a0015805

Satre, D. (2006). Use and misuse of alcohol and drugs. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 131–151). New York, NY: Columbia University Press.

Savin-Williams, R. C. (1990). *Gay and lesbian youth: Expressions of identity.* New York, NY: Hemisphere.

Savin-Williams, R. C. (1994). Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male, and bisexual youths: Associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 261–269. doi:10.1037/0022-006X.62.2.261

Savin-Williams, R. C. (1996). Ethnic- and sexual-minority youth. In R. C. Savin-Williams & K. M. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 152–165). Fort Worth, TX: Harcourt Press.

Savin-Williams, R. C. (1998). *". . . and then 1 became gay": Young men's stories.* New York, NY: Routledge.

Savin-Williams, R. C. (2001). Suicide attempts among sexual-minority youths: Population and measurements issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 983–991. doi:10.1037/0022-006X.69.6.983

Savin-Williams, R. C. (2003). Lesbian, gay, and bisexual youths' relationships with their parents. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (2nd ed., pp. 299–326). New York, NY: Columbia University Press.

Savin-Williams, R. C., & Cohen, K. M. (Eds.). (1996). *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults.* Fort Worth, TX: Harcourt Brace.

Savin-Williams, R., & Dube, E. (1998). Parental reactions to their child's disclosure of gay/lesbian identity. *Family Relations, 47,* 7–13. doi:10.2307/584845

Schmidt, C. (2004). The effects of simultaneous developmental processes: The prediction of career development outcomes for lesbian, gay, and bisexual youth. *Dissertation Abstracts International: Section A. Humanities and Social Sciences, 65*(3), 842.

Scott, R. L. (2006). Promoting well-being: An ecology of intervening with African American bisexual clients. *Journal of Bisexuality, 6*(1–2), 65–84. doi:10.1300/J159v06n01_05

Scott, R. L. (2007). Addressing social invalidation to promote well-being for multiracial bisexuals of African descent. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 207–228). New York, NY: Columbia University Press.

Selvidge, M. M. D., Matthews, C. R., & Bridges, S. K. (2008). The relationship of minority stress and flexible coping to psychological well being in lesbian and bisexual women. *Journal of Homosexuality, 55*(3), 450–470. doi:10.1080/00918360802345255

Shapiro, J. P. (1993). *No pity: People with disabilities forging a new civil rights movement.* New York, NY: Times Books.

Sherry, A., Whilde, M. R., & Patton, J. (2005). Gay, lesbian, and bisexual training competencies in American Psychological Association accredited graduate programs. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42,* 116–120. doi:10.1037/0033-3204.42.1.116

Shidlo, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. In B. Greene & G. M. Herek (Eds.), *Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications* (pp. 176–205). Thousand Oaks, CA: Sage.

Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. *Professional Psychology: Research and Practice, 33,* 249–259. doi:10.1037/0735-7028.33.3.249

Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Components of sexual identity. *Journal of Homosexuality, 3*(1), 41–48. doi:10.1300/J082v03n01_04

Shuttleworth, R. (2007). Introduction to the special issue: Critical research and policy debates in disability and sexuality studies. *Sexuality Research and Social Policy, 4,* 1–14. doi:10.1525/srsp.2007.4.1.01

Simoni, J. M. (2000). Confronting heterosexism in the teaching of psychology. In B. Greene & G. L. Croom (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 5. Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual* (pp. 74–90). Thousand Oaks, CA: Sage.

Simoni, J. M., & Pantalone, D. W. (2005). HIV disclosure to sexual partners and safer sex. In S. C. Kalichman (Ed.), *Positive prevention: Reducing HIV transmission among people living with HIV/AIDS* (pp. 65–98). New York, NY: Plenum Press.

Slater, S. (1995). *The lesbian family life cycle.* New York, NY: Free Press.

Smith, A. (1997). Cultural diversity and the coming-out process: Implications for clinical practice. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3. Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 279–300). Thousand Oaks, CA: Sage.

Solarz, A. L. (1999). *Lesbian health: Current assessment and directions for the future.* Washington, DC: National Academy Press.

Solorio, M. R., Milburn, N. G., & Weiss, R. E. (2006). Newly homeless youth STD testing patterns over time. *Journal of Adolescent Health, 39,* 443.e9–443.e16. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.017

Spitzer, R. L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior, 32,* 403–417. doi:10.1023/A:1025647527010

Spong, J. S. (1992). *Rescuing the Bible from fundamentalism: A bishop rethinks the meaning of scripture.* San Francisco, CA: Harper.

Stein, T. S. (1996). Homosexuality and homophobia in men. *Psychiatric Annals, 26,* 37–40.

Strommen, E. (1993). "You're a what?": Family member reactions to the disclosure of homosexuality. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 248–266). New York, NY: Columbia University Press.

Sullivan, M., & Wodarski, J. S. (2002). Social alienation in gay youth. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 5*(1), 1–17. doi:10.1300/J137v05n01_01

Swann, S. K., & Spivey, C. A. (2004). The relationship between self-esteem and lesbian identity during adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal, 21,* 629–646. doi:10.1007/s10560-004-6408-2

Swartz, D. B. (1995). Cultural implications of audiological deficits on the homosexual male. *Sexuality and Disability, 13,* 159–181. doi:10.1007/BF02590063

Szymanski, D. M., & Carr, E. R. (2008). The roles of gender role conflict and internalized heterosexism in gay and bisexual men's psychological distress: Testing two mediation models. *Psychology of Men & Masculinity, 9,* 40–54. doi:10.1037/1524-9220.9.1.40

Szymanski, D. M., & Gupta, A. (2009). Examining the relationship between multiple internalized oppressions and African American lesbian, gay, bisexual, and questioning persons' self-esteem and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 56,* 110–118. doi:10.1037/a0013317

Szymanski, D., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008a). Internalized heterosexism: A historical and theoretical overview. *The Counseling Psychologist, 36,* 510–524.

Syzmanksi, D., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008b). Internalized heterosexism: Measurement, psychosocial correlates, and research directions. *The Counseling Psychologist, 36,* 525–574.

Tasker, F. (1999). Children in lesbian-led families: A review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 4,* 153–166. doi:10.1177/1359104599004002003

Thomas, S. R., & Larrabee, T. G. (2002). Gay, lesbian, bisexual, and questioning youth. In J. Sandoval (Ed.), *Handbook of crisis counseling, intervention, and prevention in the schools* (2nd ed., pp. 301–322). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Thompson, D. (1994). The sexual experiences of men with learning disabilities having sex with men: Issues for HIV prevention. *Sexuality and Disability, 12,* 221–242. doi:10.1007/BF02547909

Throckmorton, W. L. (2007, August). Sexual identity therapy guidelines: A framework for navigating religious conflicts. In M. A. Yarhouse (Chair) & A. L. Beckstead (Chair), *Sexual identity therapy to address religious and spiritual conflicts.* Symposium presented at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.

Tomlinson, M. J., & Fassinger, R. E. (2003). Career development, lesbian identity development, and campus climate among lesbian college students. *Journal of College Student Development, 44,* 845–860. doi:10.1353/csd.2003.0078

Tozer, E. E., & Hayes, J. A. (2004). Why do individuals seek conversion therapy? The role of religiosity, internalized homonegativity, and identity development. *Counseling Psychologist, 32,* 716–740. doi:10.1177/0011000004267563

Turk-Charles, S., Rose, T., & Gatz, M. (1996). The significance of gender in the treatment of older adults. In L. Carstensen, B. Adelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The handbook of clinical gerontology* (pp. 107–128).

Thousand Oaks, CA: Sage.

Tuttle, G. E., & Pillard, R. C. (1991). Sexual orientation and cognitive abilities. *Archives of Sexual Behavior, 20,* 307–318. doi:10.1007/BF01541849

Ubaldo, L., & Drescher, J. (Eds.). (2004). *Transgender subjectivities: A clinician's guide.* New York, NY: Haworth Press.

Urbina, I. (2007, May 17). Gay youths find place to call home in specialty shelters. *The New York Times.* Retrieved from http://www.nytimes.com/2007/05/17/us/17homeless.html

VandenBos, G. R. (Ed.). (2007). *APA dictionary of psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

Van Leeuwen, J. M., Boyle, S., Salomonsen-Sautel, S., Baker, D. N., Garcia, J. T., Hoffman, A., & Hopfer, C. J. (2006). Lesbian, gay, and bisexual homeless youth: An eight-city public health perspective. *Child Welfare, 85,* 151–170.

Van Puymbroeck, C. M. (2002). Career development of lesbian, gay, and bisexual undergraduates: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering, 62*(12), 5982.

Wallis, J. (2005). *God's politics: A new vision for faith and politics in America.* San Francisco, CA: Harper.

Walters, K. L. (1997). Urban lesbian and gay American Indian identity: Implications for mental health delivery. In L. B. Brown (Ed.), *Two spirit people: American Indian lesbian women and gay men* (pp. 43–65). Binghamton, NY: Haworth Press.

Wardenski, J. (2005). A minor exception? The impact of *Lawrence v. Texas* on LGBT youth. *Journal of Criminal Law & Criminology, 95,* 1363–1410.

Weitzman, G. (2006). Therapy with clients who are bisexual and polyamorous. *Journal of Bisexuality, 6*(1–2), 137–164. doi:10.1300/J159v06n01_08

Weitzman, G. (2007). Counseling bisexuals in polyamorous relationships. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 312–335). New York, NY: Columbia University Press.

Weston, K. (1992). *Families we choose.* New York, NY: Columbia University Press.

Whitney, S. D., Mobley, M., & Chung, Y. B. (2007, August). *Defining sexual minority adolescents–GLB and same-sex attractions: Examining risks and outcomes.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.

Williams, J. (2007). Review of gay, lesbian, bisexual and transgender people with developmental disabilities and mental retardation: Stories of the Rainbow Support Group. *Sexuality Research and Social Policy, 4,* 108–109. doi:10.1525/srsp.2007.4.1.108

Wilson, I., Griffin, C., & Wren, B. (2005). The interaction between young people with atypical gender identity organization and their peers. *Journal of Health Psychology, 10,* 307–315. doi:10.1177/1359105305051417

Winegarten, B., Cassie, N., Markowski, K., Kozlowski, J., & Yoder, J. (1994, August). *Aversive heterosexism: Exploring unconscious bias toward lesbian psychotherapy clients.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Los Angeles, CA.

Yacoub, E., & Hall, I. (2009). The sexual lives of men with mild learning disability: A qualitative study. *British Journal of Learning Disabilities, 37,* 5–11. doi:10.1111/j.1468-3156.2008.00491.x

Yarhouse, M. A., & Burkett, L. A. (2002). An inclusive response to LGB and conservative religious persons: The case of same-sex attraction and behavior. *Professional Psychology: Research and Practice, 33,* 235–241. doi:10.1037/0735-7028.33.3.235

Internetes források

Az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) honlapjai

APA Office of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Concerns *(http://www.apa.org/pi/lgbt/index.aspx)*

APA Division 44 – Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues *(http://www.apadivision44.org)*

Egyéb honlapok

BiNet-USA *(http://www.binetusa.org)* – Biszexuális emberek ernyőszervezete és képviselete.

BiResource *(www.biresource.org)* – Missziója, hogy támogassa a biszexuális közösséget, és felhívja a közvélemény figyelmét a biszexualitásra és a biszexuális emberekre.

Consortium of Directors of LGBT Resources in Higher Educations *(http://www.lgbtcampus.org/resources)* – Missziója a felsőoktatás olyan átalakítása, hogy az minden szempontból egyenlőséget biztosítson az LMBT diákok, tanárok, adminisztrátorok, egyéb dolgozók és öregdiákok számára.

Children of Lesbians and Gays Everywhere (COLAGE) *(http://colage.org)* – Országos szintű mozgalom olyan gyerekek, fiatalok és felnőttek számára, akiknek legalább egy szülője leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű vagy queer.

Gay, Lesbian, Straight Education Network (GLSEN) *(http://www.glsen.org)* – A GLSEN (Meleg, Leszbikus és Heteró Oktatási Hálózat) célja, hogy minden iskolai közösség minden tagját elfogadják és tiszteletben tartsák, függetlenül szexuális orientációjától, nemi identitásától és nemi önkifejezésétől.

Human Rights Campaign *(http://hrc.org)* – A legnagyobb országos LMBT polgárjogi szervezet az Egyesült Államokban.

Lambda Legal Defense and Education Fund *(http://www.lambdalegal.org)* – Országos szervezet, amelynek célja az LMBT és a HIV-pozitív emberek teljes polgárjogi egyenlősége; ezért stratégiai pereskedés, oktatás és a közpolitika befolyásolása útján küzdenek.

National Gay and Lesbian Task Force (The Task Force) *(http://thetaskforce.org)* – A szervezet célja az LMBT közösségben alulról jövő szerveződések támogatása.

National Youth Advocacy Coalition (NYAC) *(http://www.nyacyouth.org)* – A társadalmi igazságosságért küzdő szervezet, amely fiatal LMBT és identitásukban bizonytalan fiatalok érdekképviseletével foglalkozik, hogy megszüntesse az ellenük irányuló diszkriminációt, és biztosítsa fizikai és érzelmi jóllétüket.

Parents, Families, & Friends of Lesbians and Gays (PFLAG) *(http://pflag.org)* – A PFLAG az LMBT emberek, valamint családtagjaik és barátaik egészségét és jóllétét helyezi középpontba.

Point Foundation *(http://www.thepointfoundation.org)* – Anyagi támogatást, mentorálást, vezetői tréningeket és reményt nyújt olyan tehetséges diákoknak, akik szexuális orientációjuk, nemi identitásuk vagy nemi önkifejezésük miatt perifériára kerültek.

Queer Resources Directory (QRD) *(http://www.qrd.org)* – Elektronikus könyvtár, amely újságcikkeket, politikai szervezetek elérhetőségét, hírleveleket, esszéket, képeket, linkeket és más információkat tartalmaz.

Services and Advocacy for Gay Elders (SAGE) *(www.sageusa.org)* – Szolgáltatások és érdekképviselet időskorú meleg embereknek

Állami szintű pszichológiai egyesületek (gyakran feltüntetik a terapeuták listáját): *http://www.apapracticecentral.org/advocacy/state/associations.aspx*

Transznemű és gender-nonkonform kliensek

Bevezetés

A transznemű és gender-nonkonform[1] (TGNC) emberek azok, akiknek nemi identitása nem teljesen egyezik a születésükkor megállapított nemmel. A TGNC emberek létezését különféle kultúrákban dokumentálták a történelem során (Coleman, Colgan & Gooren, 1992; Feinberg, 1996; Miller & Nichols, 2012; Schmidt, 2003). A TGNC emberek létszámára vonatkozó becslések 100.000 emberből 0,17-től 1333-ig terjednek (Meier & Labuski, 2013). A kockázatos viselkedésre hajlamosító tényezők massachusettsi felmérése (Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance Survey) szerint 2009 és 2011 között a 16-64 év közötti felnőtt lakosság 0,5%-a mondta magáról, hogy TGNC (Conron, Scott, Stowell & Landers, 2012). A népességszám-becslések azonban valószínűleg alábecsülik a TGNC emberek valós számát, mivel erről a csoportról nehéz átfogó demográfiai információkat gyűjteni (Meier & Labuski, 2013). Az elmúlt két évtizedben jelentősen megnövekedett a TGNC emberekkel kapcsolatos kutatások száma. A TGNC közösség segítségével szerzett tudásanyag növekedésének eredménye, hogy a TGNC emberek ellátásában az egészségügy számos területén egyre inkább transz-affirmatív gyakorlat fejlődik ki (Bockting, Knudson & Goldberg, 2006; Coleman et al., 2012). Kutatások dokumentálták a TGNC emberek által gyakran tapasztalt stigmatizációt és diszkriminációt (Grant et al., 2011), és hogy az ilyen tapasztalatoknak milyen élethosszig tartó hatása van a mentális egészségre (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton & Coleman, 2013), beleértve a nagyobb arányú depressziót

1 Ebben az útmutatóban a „transznemű és gender-nonkonform (TGCN)" kifejezést használjuk. Ezt a kifejezést a lehető legátfogóbban és széleskörűbben kívánjuk használni, és tudatában vagyunk, hogy bizonyos TGNC emberek nem használják magukra ezeket a kifejezéseket. Az olvasónak javasoljuk, hogy az Alapfogalmak című részben (130. oldal) olvassa el a különféle TGNC identitáscímkék fölsorolását.

(Fredriksen-Goldsen et al., 2014) és öngyilkossági fantáziákat (Clements-Nolle, Marx & Katz, 2006). A transz-affirmatív mentálhigiénés és orvosi ellátás hiánya gyakori akadály a TGNC emberek előtt (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Garofalo, Deleon, Osmer, Doll & Harper, 2006; Grossman & D'Augelli, 2006), és a TGNC emberek ellátását időnként megtagadják nemi identitásuk miatt (Xavier et al., 2012).

Az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) nemi identitással és nemi sokféleséggel foglalkozó munkacsoportjának (Task Force on Gender Identity and Gender Variance, TFGIGV) 2009-es felmérése szerint a pszichológusoknak és frissen végzett pszichológushallgatóknak kevesebb mint 30%-a számolt be arról, hogy vannak ismereteik a TGNC emberek által tapasztalt problémákról (APA TFGIGV, 2009). A transz-affirmatív ellátásról csak korlátozott képzettséggel és tapasztalattal rendelkező pszichológusok és más mentálhigiénés szakemberek esetleg kárt okozhatnak a TGNC embereknek (Mikalson, Pardo & Green, 2012; Xavier et al., 2012). A TGNC emberek által tapasztalt jelentős mértékű társadalmi stigmatizáció és diszkrimináció, ennek mentálhigiénés következményei, és az, hogy a pszichológusok nem tudják, hogyan kell transz-affirmatív ellátást biztosítani, arra ösztönözte az APA munkacsoportját, hogy útmutató kifejlesztését javasolja a pszichológusi gyakorlathoz, ezzel segítve a pszichológusokat az általuk nyújtott szolgáltatás eredményességének növelésében, és annak elkerülésében, hogy kárt tegyenek a TGNC emberekben és családjaikban.

Az Útmutató célja

Az *Útmutató a transznemű és gender-nonkonform személyekkel folytatott pszichológusi munkához* (a továbbiakban: *Útmutató*) című munka azzal a szándékkal íródott, hogy segítsen a pszichológusoknak kulturálisan kompetens, fejlődéstanilag megfelelő és

transz-affirmatív pszichológusi munkát folytatni a TGNC emberekkel. Transz-affirmatív az olyan ellátás, amely támogatja, ismeri, és tiszteletben tartja a TGNC emberek élettapasztalatait és identitását (Korell & Lorah, 2007). Ezen *Útmutató* bevezető forrásként szolgál a gyakorlatuk során TGNC emberekkel kapcsolatba kerülő pszichológusok számára, de hasznos lehet olyan pszichológusok számára is, akik már rendelkeznek szakértelemmel ezen a területen, és fejleszteni kívánják az eddig a TGNC embereknek nyújtott ellátásukat. Az *Útmutató* tartalmaz egy sor definíciót a nemi identitásról, a TGNC népességről folytatott diskurzusban használt nyelvezetet még kevéssé ismerő olvasók számára (lásd az Alapfogalmak című részt a 130. oldalon). A TGNC-től megkülönböztetendő használjuk a „cisznemű" (cisgender) fogalmat, amely azokra az emberekre utal, akiknek születésükkor megállapított neme megfelel nemi identitásuknak (Green, 2006; Serano, 2006).

Mivel a TGNC és nemi identitásukban bizonytalan fiatalokkal[2] folytatott munka még komplexebb, és a rendelkezésre álló kutatásokból még kevesebb van, az *Útmutató* elsősorban, de nem kizárólag TGNC felnőttekkel foglalkozik. Az *Útmutató* későbbi javított kiadásai mélyebben foglalkoznak majd a TGNC és nemi identitásukban bizonytalan gyermekekkel és serdülőkkel. Az *Útmutató* kitér a TGNC emberek erősségeire, az általuk tapasztalt kihívásokra, az etikai és jogi kérdésekre, az egész életútra kiterjedő megfontolásokra, kutatásra, oktatásra, képzésre és az egészségügyi ellátásra. Mivel a nemi identitás kérdéseit gyakran összemossák a nemi önkifejezés vagy szexuális orientáció kérdéseivel, a TGNC népesség körében folytatott pszichológusi gyakorlathoz szükség van a TGNC emberek sajátos problémáiról szerzett tudásra, amelyre más pszichológusi munkához szóló útmutatók nem térnek ki (APA, 2012). Fontos megjegyeznünk, hogy ennek

2 Az Útmutatóban a „fiatalok" kifejezés a 18 év alatti gyermekekre és serdülőkre vonatkozik.

az *Útmutatónak* nem célja, hogy kitérjen azokra a cisznemű emberek által tapasztalt konfliktusokra, amelyeket a nemi szerepekkel kapcsolatos társadalmi elvárások (Butler, 1990) miatt tapasztalnak meg, és nem célja az interszexuális emberekkel való foglalkozás sem (Dreger, 1999; Preves, 2003).

Szükségesség

2005-ben az APA küldöttgyűlése (APA Council of Representatives) meghatalmazást adott egy nemi identitással és nemi sokféleséggel foglalkozó munkacsoport (Task Force on Gender Identity and Gender Variance, TFGIGV) létrehozására, megbízta a munkacsoportot, hogy vizsgálja át az APA alapelveit a TGNC emberekre vonatkozóan, és tegyen javaslatokat az APÁ-nak, hogy hogyan tudja a lehető legjobban figyelembe venni a TGNC emberek szükségleteit (APA TFGIGV, 2009). 2009-ben az APA küldöttgyűlése elfogadta a transzneműség, nemi identitás és nemi önkifejezés alapján történő diszkrimináció elleni határozatát (Resolution on Transgender, Gender Identity, and Gender Expression Non-Discrimination), amely fölhívja a pszichológusok figyelmét, hogy megfelelő és nem diszkriminatív kezelést biztosítsanak; szorgalmazza, hogy a pszichológusok vállaljanak vezető szerepet a diszkrimináció elleni küzdelemben; támogatja a megfelelő és szükséges mentálhigiénés és orvosi egészségügyi ellátást; elismeri a nemváltás hatékonyságát, előnyét és orvosi szükségességét; támogatja a megfelelő, intézményes keretek közt végzett kezelésekhez való hozzáférést; és támogatja a minden pszichológus számára hozzáférhető ismeretterjesztő szakirodalom létrehozását (Anton, 2009). A TGNC emberekkel végzett pszichológusi munka jelenlegi állapotáról szóló, 2009-es részletes jelentésben a TFGIGV megállapította, hogy elegendő tudás és szakértelem áll rendelkezésre a területen ahhoz, hogy a TGNC emberekkel végzett munkához pszichológusi útmutatót dolgozzanak ki (APA TFGIGV, 2009). A jelentés megállapította, hogy a TGNC emberek olyan népességet alkotnak, amelynek sajátos szükségletei vannak, és hogy a pszichológusi munkát segítő útmutató értékes forrást jelentene ezen a területen (APA TGIGV, 2009). Az, hogy a pszichológusok aránylag keveset tudnak a TGNC emberekről és a transz-affirmatív ellátásról, hogy a TGNC emberek által tapasztalt társadalmi stigmatizáció és diszkrimináció nagymértékű, és hogy ez a TGNC emberek lelki egészségére komoly hatással van, meggyőzően bizonyítja az e népességgel végzett pszichológusi munkát segítő útmutató szükségességét.

Felhasználók

Az *Útmutató* klinikai ellátást nyújtó, kutató, oktatásban és képzésben részt vevő pszichológusok számára készült. Mivel nemi identitással kapcsolatos kérdések egy TGNC ember életének bármely szakaszában felvetődhetnek (Lev, 2004), a klinikai munkát végző szakemberek praxisuk során találkozhatnak TGNC emberrel, vagy az is előfordulhat, hogy a probléma, amellyel a kliens fölkeresi őket, a nemi identitással és nemi önkifejezéssel kapcsolatos problémát hoz felszínre. A kutatók, az oktatásban és képzésben dolgozók haszonnal meríthetnek az *Útmutatóból* munkájukhoz, még akkor is, ha nem kifejezetten a TGNC népességgel dolgoznak. A klinikai munkájuk, kutatásuk, oktatásban és képzésben vállalt feladatuk során a kifejezetten a TGNC népességgel foglalkozó pszichológusok is haszonnal forgathatják ezt az *Útmutatót*.

A követelmény és az útmutató közötti különbség

Az *Útmutató* használata során a pszichológusoknak szem előtt kell tartaniuk, hogy az APA fontos különbséget tesz a *követelmény* és az *útmutató* között (Reed, McLaughlin & Newman, 2002). A követelmények olyan kötelezően elsajátítandó alapelvek, amelyeket a pszichológusoknak mindenképp be kell tartaniuk

(pl. A pszichológusok etikai alapelvei és viselkedési szabályzata; Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct; APA, 2012), míg az útmutató csupán kívánatos elveket fogalmaz meg. Javasoljuk, hogy a pszichológusok ezt az *Útmutatót A pszichológusok etikai alapelvei és viselkedési szabályzatával* együtt használják, és tartsák szem előtt, hogy az állami törvények fölülírhatják az *Útmutató* tartalmát (APA, 2010).

Az *Útmutató* ezen kívül inkább a pszichológusi munkára vonatkozik (pl. klinikai tevékenység, konzultáció, oktatás, kutatás, képzés), és nem kezelésre. A pszichológusi munka gyakorlati útmutatásai szakember-központúak, és a szakembereknek a „szakmai viselkedéssel és a klinikai praxis bizonyos területein megfontolandó kérdésekkel" kapcsolatban nyújtanak segítséget (Reed et al., 2002, 1044.) A kezelési útmutatók kliens-központúak, és egy csoportra vagy állapotra vonatkozóan fogalmaznak meg beavatkozással kapcsolatos ajánlásokat (Reed et al., 2002). Az *Útmutató* célja ebben a formájában, hogy kiegészítse a mentálhigiénés szolgálatokhoz forduló TGNC emberekre vonatkozó kezelési útmutatókat, mint például a transzneműek szakszerű egészségügyi ellátásának érdekében létrejött szakmai világszövetség (World Professional Association for Transgender Health Standards of Care, Coleman et al., 2012) és az Endokrinológiai Társaság (Endocrine Society, Hembree et al, 2009) útmutatóit.

Kompatibilitás

Ez az *Útmutató* egységesen illeszkedik az APA következő kiadványaihoz: *A pszichológusok etikai alapelvei és viselkedési szabályzata* (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, APA, 2010), *Az egészségügyben dolgozó pszichológusok akkreditációs rendszere* (Standards of Accreditation for Health Service Psychology, APA, 2015), az APA TFGIGV jelentése (2009), és az APA küldöttgyűlésének a transzneműség, nemi identitás és nemi önkifejezés alapján történő diszkrimináció elleni határozata (Resolution on Transgender, Gender Identity, and Gender Expression Non-Discrimination, Anton, 2009).

A pszichológusi munka útmutatójának kialakítási folyamata

Az APA TFGIGV egyik ajánlása nyomán az APA szexuális orientációval és nemi sokféleséggel foglalkozó bizottsága (Committee on Sexual Orientation and Gender Diversity [CSOGD], amely akkor még leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű ügyekkel foglalkozó bizottság [Committee on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Concerns] volt), és a Division 44 (leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű témák pszichológiai tanulmányozására létrejött szekció) 2011-ben közösen létrehozta a transznemű és gender-nonkonform emberekkel folytatott pszichológusi munka útmutatójával foglalkozó munkacsoportot (Task Force on Psychological Practice Guidelines with Transgender and Gender Non-conforming People). A munkacsoport tagjait pályáztatással és szakmai fölülvizsgálattal választották ki, amit a CSOGD és a Divison 44 vezetői folytattak le. A munkacsoportnak tíz tagja volt, akik jelentős pszichológiai szakmai tapasztalattal rendelkeztek a TGNC emberekkel kapcsolatban. A munkacsoport tíz tagja közül öten TGNC-ként határozták meg önmagukat, és különféle nemi identitásokat képviseltek, öten ciszneműként határozták meg magukat. Bőrszín és etnikum szerint hatan fehérnek, négyen színesbőrűnek határozták meg magukat (egy indiai amerikai, egy kínai amerikai, egy latina és egy kevert etnikumú).

A munkacsoport átvizsgálta a már létező tudományos munkákat, meghatározták, hogy melyeknek tartalma függ össze leginkább a TGNC emberekkel végzett pszichológusi munkával, és értékelték, hogy az útmutató egyes pontjain belül az útmutatást milyen mértékben támasztják alá bizonyítékok. Annak érdekében,

hogy ennek az *Útmutatónak* a pontosságát és átfogóságát biztosítsák, a munkacsoport tagjai találkoztak a TGNC közösség egyes tagjaival és csoportjaival, és a pszichológus szakmán belül és kívül is konzultáltak az egyes témakörök szakértőivel. Olyan témákban, ahol nem volt szakmai egyetértés, minden erővel igyekeztek hangot adni az eltérő véleményeknek az adott kérdésben. Amikor ilyenre került sor, a munkacsoport leírta, a szakirodalom milyen eltérő megközelítéseket alkalmaz. Ezen kívül az *Útmutató* felhasznált előadások és szakmai konferenciák alkalmával kapott visszajelzéseket, valamint az *Útmutató* korábbi tervezeteire két nyílt konzultációs kör során a nyilvánosságtól kapott megjegyzéseket is.

Ez a dokumentum a TGNC pszichológusi munka útmutatójául szolgáló 16 irányelvet tartalmaz. Mindegyik irányelvnek van egy Indoklás része, amely a pont szükségességének alátámasztására összefoglalja az oda tartozó tudományos munkákat, és egy Alkalmazás része, amely leírja, hogy az adott irányelvet hogyan lehet alkalmazni a pszichológusi munkában. Az *Útmutató* öt fejezetcsoportra oszlik: (a) alapismeretek és tudatosság; (b) stigma, diszkrimináció és az ellátást akadályozó tényezők; (c) identitásfejlődés; (d) diagnózis, terápia és beavatkozás; és (e) kutatás, oktatás és képzés.

A projekt finanszírozását a Division 44 (az LMBT témák pszichológiai tanulmányozására létrejött szekció), az APA leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű ügyekért felelős hivatala (Office on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Concerns), a Division és az APA kapcsolatát működtető bizottság ösztöndíja (Committee on Division/APA Relations, CODAPAR), valamint Randall Ehrbar és Pamela St. Amand adománya biztosította. A munkacsoport egyes tagjai előadásaikon (pl. honorárium) vagy jogdíjakon (pl. könyvkiadási szerződések) keresztül részesültek anyagi juttatásban részben az ebben az *Útmutatóban* foglalt információkért.

A bizonyítékok kiválasztása

Miközben a TGNC-affirmatív gyakorlat témájában egyre több kiadvány jelenik meg, ez még mindig kialakulóban lévő területnek számít a tudományos irodalomban és kutatásban. Ahol lehetséges volt, a munkacsoport lektorált kiadványokra támaszkodott, de szükség esetén nem-lektorált könyvekből, fejezetekből és jelentésekből is idéztünk. Ezek a források egy sor különféle mentálhigiénés szakterületről származnak, beleértve a pszichológiát, tanácsadást, szociális munkát és pszichiátriát. A TGNC emberekre vonatkozó kutatások gyakran igen kis mintán készülnek, ezért eredményeik általánosíthatósága korlátozott. A TGNC népesség körében készült kutatásokból csak kevés használ valószínűségi mintákat vagy randomizált kontrollcsoportokat (pl. Conron et al., 2012; Dhejne et al., 2011). Ennek eredménye, hogy a munkacsoport elsősorban olyan kutatásokra támaszkodott, amelyek nem reprezentatív mintákkal dolgoznak; ez korlátozza az eredmények általánosíthatóságát a népesség egészére nézve, de megfelelhet a TGNC népességben jelentkező problémák és helyzetek leírásának céljára.

Alapfogalmak

A transznemű és gender-nonkonform (TGNC) közösségek egészségügyi ellátásának terén használt terminológia folyamatosan fejlődik (Coleman et al., 2012). A terminológia fejlődése az utóbbi évtizedben különösen felgyorsult. Amint a nemi identitás sokféleségével kapcsolatos szakmai tudatosság növekszik, mind több szakirodalom és kutatás jelenik meg e területen, és a TGNC közösség érdekképviselete erősödik. Egyes fogalmak és meghatározások nem általánosan elfogadottak, a közösségekben és a szakemberek körében is vannak nézeteltérések a „helyes" szavakat és fogalmakat illetően az elméleti orientációtól, földrajzi elhelyezkedéstől, generációs vagy kulturális hovatartozástól függően, és egyes fogalmakat megerősítőnek, míg másokat elavultnak vagy lealacsonyítónak tartanak. Az alábbi fogalmakat az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) nemi identitással és nemi sokféleséggel foglalkozó munkacsoportja dolgozta ki a szakmailag illetékes szervezetek (pl. APA, 2009; Institute of Medicine, 2011; World Professional Association for Transgender Health [Coleman et al., 2012]), a TGNC klienseket ellátó egészségügyi szolgáltatók (pl. Fenway Health Center), TGNC közösségi források (pl. Gender Equity Resource Center, National Center for Transgender Equality) által előterjesztett és a szakirodalomban használatos fogalmak figyelembevételével. Javasoljuk, hogy a pszichológusok rendszeresen frissítsék ismereteiket, és váljanak otthonossá a közösségen belül és/vagy a szakirodalomban fejlődő fogalomhasználat terén. Az alábbi fogalom-meghatározások az *Útmutató*n belül, a TGNC közösségben és a szakirodalomban gyakran használt fogalmakat tartalmazzák.

Átöltözés (cross-dressing)

Olyan ruházat, kiegészítők és/vagy smink viselete, és/vagy olyan nemi önkifejezés létrehozása, amelyek a kulturális és környezeti normák (Bullough & Bullough, 1993) alapján nem kapcsolódnak az egyén születéskor megállapított neméhez. Az átöltözés nem mindig tükrözi a nemi identitást vagy szexuális orientációt. Az átöltöző emberek nem biztos, hogy azonosulnak a tágabb TGNC közösséggel.

Biológiai nem (a születéskor megállapított nem, sex)

A nemet általában születéskor állapítják meg (vagy azelőtt, ultrahangos vizsgálat során) a külső nemi szervek megjelenése alapján. Amikor a külső nemi szervek nem egyértelműek, akkor más indikátorokat (pl. a belső nemi szerveket, a kromoszomális vagy a hormonális nemet) veszik figyelembe a nem megállapításánál azzal a céllal, hogy olyan nemet jelöljenek meg, amely valószínűleg összhangban lesz majd a gyermek nemi identitásával (MacLaughlin & Donahoe, 2004). A legtöbb ember esetében a nemi identitás összhangban van a születéskor megállapított nemmel (lásd cisznemű); a TGNC személyek esetében a nemi identitás valamilyen mértékben eltér a születéskor megállapított nemtől.

Cisznemű (cisgender)

Olyan ember, akinek nemi identitása és nemi önkifejezése megegyezik a születéskor megállapított nemével; nem TGNC személy.

Cisznormativitás (cisgenderism)

Rendszerszintű előítélet, amelynek alapja az az ideológia, hogy a nemi önkifejezés és a nemi identitások meghatározója a születéskor megállapított nem, és nem a nemi identitás egyéni meghatározása. A cisznormativitás előítéletes hozzáálláshoz és a TGNC emberekkel vagy a hagyományos nemi kétféleségen kívül eső viselkedésformákkal vagy nemi önkifejezéssel szembeni diszkriminatív viselkedéshez vezethet.

Drag

Valamely nemi önkifejezés létrehozása, amely gyakran előadás része. A drag lehet a társadalmi nemmel kapcsolatos társadalompolitikai véleménynyilvánítás, paródia, vagy lehet célja a szórakoztatás, és nem feltétlenül tükrözi a nemi identitást.

Előbújás (coming out)

Az a folyamat, amelynek során az egyének önmagukban elfogadnak és kinyilvánítanak egy stigmatizált identitást. A TGNC emberek előbújása jelentheti nemi identitásuk vagy nemi előtörténetük megosztását, amely magában foglalja, hogy nemük nem azonos a születéskor megállapított nemmel vagy jelenlegi nemi önkifejezésükkel. Az előbújás egyéni folyamat, és részben az életkor és más generációs hatások befolyásolják.

FTM (female-to-male, F2M)

Olyan egyének, akiket születésükkor nőneműnek azonosítottak, és később megváltoztatják vagy meg kívánják változtatni testüket és/vagy nemi identitásukat egy férfiasabb testre vagy nemi identitásra. Az FTM személyekre gyakran utalnak a transznemű férfi, transzférfi vagy transz férfi kifejezéssel.

Gender-nonkonform (gender nonconforming, GNC)

Összefoglaló elnevezés az olyan személyek jellemzésére, akiknek nemi önkifejezése vagy nemi identitása eltér a születéskor megállapított nemükhöz köthető nemi normáktól. A TGNC közösség részközösségei külön nyelvezetet fejleszthetnek ki, hogy tapasztalatukat és kultúrájukat megjelenítsék. Ilyen például a „masculine of centre" (a semlegesnél kicsit férfiasabb, MOC [Cole & Han, 2011]), amely a színesbőrű közösségekben használatos egy GNC identitás leírására.

Genderqueer

Olyan személy, akinek nemi identitása nincs összhangban a nemek bináris értelmezésével (azaz a személy nem teljesen azonosítja magát férfiként vagy nőként). Az önmagukat genderqueerként meghatározó emberek újraértelmezhetik a társadalmi nem fogalmát, vagy teljesen elutasíthatják, hogy önmagukat bármilyen neműként is meghatározzák. Gondolhatják úgy, hogy egyszerre nők is és férfiak is (kétneműek, többneműek, androgünök); sem férfiak, sem nők (nem nélküliek, nemileg semlegesek, semleges neműek, nemmel nem rendelkezők), a két nem között mozgók (*genderfluid*); vagy egy harmadik nem megtestesítői.

Hormonkezelés (hormonpótló kezelés)

Hormonok használata az egyén testének férfiasítása vagy nőiesítése érdekében, hogy az egyén fizikai jellemzői jobban illeszkedjenek nemi identitásához. A testüket nőiesíteni kívánó emberek antiandrogéneket és/vagy ösztrogéneket kapnak; a testüket férfiasítani kívánó emberek tesztoszteront kapnak. A hormonkezelés fontos része lehet a nemi diszfória csökkentését célzó szükséges egészségügyi kezelésnek.

Kapuőrzés (gatekeeping)

A pszichológus és egyéb mentálhigiénés szakember azon szerepe, hogy a Szakmai Világszervezet a Transznemű Egészségért (World Professional Association for Transgender Health) által kidolgozott ellátási normákkal („Standards of Care") összhangban értékelje a TGNC személy jogosultságát és felkészültségét a hormonterápiára vagy műtétre (Coleman et al., 2012). A múltban erre a szerepre úgy tekintettek, mint ami korlátozza a felnőtt TGNC személy autonómiáját, és hozzájárul a pszichológus és TGNC kliense közt esetleg kialakuló bizalmatlansághoz. A jelenlegi megközelítések figyelembe veszik ezt az előzményt, és megerősítőbbek a TGNC felnőtt autonómiájával szemben az egészségügyi nemváltással kapcsolatos döntések terén (American Counseling Association, 2010; Coleman et al., 2012; Singh & Burnes, 2010).

Kétlelkű (two-spirit)

Egyes észak-amerikai kultúrákban használatos kifejezés, amelyet olyan emberek jellemzésére használnak, akik férfi és női nemi szerepekkel is azonosulnak; ennek része lehet a nemi identitás és a szexuális orientáció is. A kétlelkű embereket gyakran tisztelet övezi, és közösségükben különleges spirituális szerepet töltenek be.

Lopakodás (stealth, going stealth)

Egyesek így nevezik azt, amikor egy TGNC ember életének egy adott szakaszában (pl. gyerekként vagy serdülőként) a nemváltás mellett dönt, és új környezetében (pl. iskola) az általa meghatározott nem szerint él anélkül, hogy TGNC mivoltát nyíltan megosztaná.

MTF (male-to-female, M2F)

Olyan személyek, akiknek születéskor megállapított neme hímnemű, és akik megváltoztatták, éppen megváltoztatják vagy meg kívánják változtatni testüket és/vagy nemi szerepüket, hogy az nőiesebb test vagy nőiesebb nemi szerep legyen. Az MTF emberekre gyakran utalnak a transznemű nők, transznők vagy transz nők kifejezésekkel is.

Nemét megkérdőjelező (gender questioning)

Olyan személyek, akik megkérdőjelezik vagy keresik nemi identitásukat, és akiknek a nemi identitása nincs feltétlenül összhangban a születéskor megállapított nemükkel.

Nemi diszfória (gender dysphoria)

Kényelmetlenség vagy gyötrelem érzése, amely a személy születéskor meghatározott nemének, nemi identitásának, és/vagy elsődleges és másodlagos nemi jellegének inkongruenciájához kapcsolódik (Knudson, De Cuypere & Bockting, 2010). 2013-ban a DSM-5 diagnosztikai vizsgálat kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 [American Psychiatric Association, 2013]) fölvette a nemi diszfória (Gender Dysphoria) fogalmat, és úgy határozta meg, hogy az „jelentős inkongruencia" az egyén születéskor meghatározott neme és nemi identitása között" (American Psychiatric Association, 2013, 453..) A nemi diszfória a „nemi identitás zavara" (Gender Identity Disorder, GID) fogalom helyébe lépett, amely a DSM korábbi kiadásaiban szerepelt (American Psychiatric Association, 2000).

Nemi fejlődés rendellenessége (disorders of sex development, DSD, interszexualitás)

A fogalmat egy sor különféle egészségügyi állapot leírására használják, amelyek az egyén elsődleges nemi jellegének atipikus fejlődéséhez köthetők (Hughes, Houk, Ahmed & Lee, 2006). Ezek az állapotok például az egyén belső és/vagy külső nemi szervei, nemi kromoszómái, és/vagy nemi hormontermelése közti diszkrepanciában nyilvánulnak meg, ami megnehezítheti a születési nem megállapítását. A DSD állapotok a biológiai sokféleség megnyilvánulásának tekinthetők, nem pedig rendellenességnek (Diamond, M., 2009), éppen ezért néhányan jobbnak tartják az interszex, interszexualitás vagy a nemi fejlődés különbözősége elnevezést a nemi fejlődés rendellenességénél (Coleman et al., 2012).

Nemi identitás (gender identity)

Az egyén mélyen átélt érzése, hogy ő fiú, férfi, hímnemű; lány, nő, vagy nőnemű; vagy valamilyen más nemű (pl. genderqueer, gender-nonkonform, semlegesnemű), amely nem biztos, hogy egybeesik az egyén születéskor megállapított nemével, vagy az egyén elsődleges vagy másodlagos nemi jellegével. Mivel a nemi identitás belső jelleg, az egyén nemi identitása nem biztos, hogy mások számára is látható. A „felvállalt nemi identitás" az egyén nemi identitására utal, miután előbújt mint TGNC személy, vagy miután társadalmilag és/vagy egészségügyileg nemváltó folyamaton ment keresztül.

Nemi jelölő (gender marker)

Az angolszász világban használatos jelölő (M, male, férfi; F, female, nő), amely a személy nemét vagy társadalmi nemét jelzi a személyazonosító iratokban (pl. jogosítvány, útlevél), és más jogi iratokban (pl. születési anyakönyvi kivonat, iskolai bizonyítványok).

Nemi kettősség (gender binary)

A társadalmi nem két különböző kategóriába (fiú/férfi vagy lány/nő) sorolása.

Nemi megerősítő műtét, nemi helyreállító műtét (gender affirming surgery, gender reassignment surgery)

Olyan műtét, amely megváltoztatja az elsődleges és/vagy másodlagos nemi jelleget, hogy ezzel az egyén testi megjelenése jobban illeszkedjen a nemi identitásához. A nemi megerősítő műtét fontos része lehet a nemi diszfória könnyítése érdekében szükségesnek ítélt egészségügyi kezelésnek, és része lehet az emlőeltávolítás, méh- és petefészek-eltávolítás, csiklóplasztika vagy péniszképzés, emlőnagyobbítás, hereeltávolítás, hüvelyképzés, arcnőiesítő beavatkozás és/vagy egyéb műtéti beavatkozások.

Nemi önkifejezés (gender expression)

Az egyén megjelenése, amely kiterjed a testi megjelenésre, a ruházat és kiegészítők megválasztására és az olyan viselkedésekre, amelyek kifejezik a nemi identitás vagy szerep aspektusait. A nemi önkifejezés nem biztos, hogy összhangban van az egyén nemi identitásával.

Nemváltás, átmenet (transition)

Az a folyamat, amikor egyes TGNC emberek olyan nemi szerep felé haladnak, amely különbözik a születésükkor meghatározott nemükhöz kapcsolottól. A nemváltás hossza, mértéke és folyamata a személy egyéni élethelyzetének függvénye. Sok ember számára azt jelenti, hogy olyan nemi szerepet és önkifejezést fejleszt ki, amely jobban összhangban van nemi identitásával. A nemváltás tipikusan hosszabb időt vesz igénybe; a TGNC emberek átmehetnek társadalmi nemváltáson (pl. a nemi önkifejezés, nemi szerep, név, nemi jelölő megváltoztatása) és/vagy egészségügyi nemváltáson (pl. hormonkezelés, műtét és/vagy egyéb beavatkozások).

Pubertás késleltetése (pubertásblokkoló, pubertástelnyomó kezelés)

A másodlagos nemi jelleg kamaszkori kifejlődésének időleges késleltetésére szolgáló kezelés, jellemzően gonadotropin hormonkészítményekkel (GnRH-készítmények). A pubertás késleltetése fontos része lehet a nemi diszfória csökkentését célzó szükséges egészségügyi kezelésnek. A kamaszkor késleltetése időt adhat a serdülőknek, hogy átgondolják, át akarnak-e menni kevésbé visszafordítható egészségügyi beavatkozáson, és diagnosztikai eszközként is szolgálhat, hogy a szakemberek meghatározzák, engedélyeznek-e további egészségügyi beavatkozásokat.

Szexuális orientáció (sexual orientation)

Az identitás azon része, amely magában foglalja az egyén szexuális és érzelmi alapú vonzalmát egy másik emberhez, és az ebből a vonzalomból eredő viselkedést és/vagy társadalmi hovatartozást. Az egyén vonzódhat férfiakhoz, nőkhöz, mindkettőhöz, egyikhez sem, vagy olyan emberekhez, akik genderqueerek, androgünök vagy más nemi identitásuk van. Szexuális orientáció szempontjából az egyének többek között azonosíthatják önmagukat leszbikusnak, melegnek, heteroszexuálisnak, biszexuálisnak, queernek, pánszexuálisnak vagy aszexuálisnak.

Szövetséges (ally)

Cisznemű személy, aki a TGNC emberek és/vagy közösségek érdekeit képviseli.

Társadalmi nemi szerep (gender role)

A megjelenésnek, személyiségnek és viselkedésnek olyan mintázata, amelyet valamely kultúrán belül a fiú/férfi/hímnemű léttel vagy a lány/nő/nőnemű léttel hoznak összefüggésbe. Egy személy megjelenésben, személyiségben és viselkedésben megnyilvánuló jellemzői nem biztos, hogy eleget tesznek az egyén születéskor meghatározott neme alapján, kulturális és környezeti normák szerint támasztott elvárásoknak. A társadalmi nemi szerep utalhat arra a *társadalmi* szerepre is, amelyet az egyén magáévá tesz (pl. nőként, férfiként vagy egyéb neműként élt élet), amelynek egyes szereptulajdonságai illeszkednek az adott kultúrában és időben a lányokkal/nőkkel illetve fiúkkal/férfiakkal összefüggésbe hozott szerepekhez, mások pedig nem.

TGNC

Betűszó, amely a transznemű vagy gender-nonkonform személyekre utal.

Transz (trans)

Gyakori rövidítése a transznemű, transzszexuális és/vagy gender-nonkonform szavaknak. A „transz" kifejezés ugyan széles körben elfogadott, de nem minden transzszexuális vagy gender-nonkonform ember határozza meg magát transzként.

Transz-affirmatív (trans-affirmative)

A TGNC emberek szükségleteit tisztelő, figyelembe vevő és támogató.

Transzellenes előítélet, transznegativitás, transzfóbia (transprejudice, transnegativity, transphobia)

Előítéletes hozzáállás, amelynek eredménye az olyan emberek lealacsonyítása, utálata vagy gyűlölete, akiknek nemi identitása vagy nemi önkifejezése nem egyezik a születéskor megállapított nemükkel. A transznemű ekkel szembeni előítélet diszkriminatív viselkedéshez vezethet például a munkavállalás és a nyilvános helyek használatának területén, és zaklatást vagy erőszakot vonhat maga után. Amikor TGNC emberek tanúsítanak ilyen negatív hozzáállást önmagukhoz és nemi identitásukhoz, azt internalizált transzfóbiának nevezik (az internalizált homofóbia fogalom mintájára). A transznőgyűlölet a szexizmus és a transzellenes előítélet egybeesését jelenti, amely különösen a transznemű nőket érinti hátrányosan.

Transznemű (transgender)

Átfogó jelző, olyan emberek teljes spektrumát jelöli, akiknek nemi identitása és/vagy nemi szerepe nincs összhangban a születéskor meghatározott nemükhöz kapcsolttal. A „transznemű" kifejezés ugyan széles körben elfogadott, de nem minden TGNC ember határozza meg magát transzneműként.

Transznemű férfi, transz férfi vagy transzférfi (transgender man, trans man, transman)

Olyan személy, akinek születéskor megállapított neme nőnemű, de aki magát férfiként határozza meg (lásd FTM).

Transznemű nő, transz nő vagy transznő (transgender woman, trans woman, transwoman)

Olyan személy, akinek születéskor megállapított neme hímnemű, de aki magát nőként határozza meg (lásd MTF).

Transzszexuális (transsexual)

A fogalom az olyan TGNC emberekre vonatkozik, akik testüket orvosi beavatkozások (pl. hormonok, műtét) révén megváltoztatták, vagy ilyen folyamatot kezdtek el annak érdekében, hogy testüket jobban összhangba hozzák nemi identitásukkal, amely különbözik születéskor megállapított nemüktől. Nem minden magát transzszexuálisnak tartó ember gondolja magáról, hogy TGNC. (Egyes transzszexuálisok például nőként vagy férfiként azonosítják önmagukat anélkül, hogy TGNC-nek tartanák magukat.)

A transzszexualizmus orvosi diagnózis, amely szerepel az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kiadványában, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. javított kiadásában (BNO-10, [2015]).

Vegyülés (passing)

Az a képesség, hogy az ember elvegyüljön a cisznemű emberek között anélkül, hogy megjelenése, nemi szerepe vagy önkifejezése alapján felismerjék, hogy transznemű; amikor valakit ciszneműnek látnak. A vegyülés nem biztos, hogy minden TGNC ember célja.

Alapismeretek és tudatosság

ELSŐ IRÁNYELV 1

A pszichológusoknak fontos érteniük, hogy a gender egy nembináris konstruktum, mely a nemi identitások széles skáláját teszi lehetővé, valamint hogy egy ember nemi identitása nem feltétlenül illeszkedik születéskor kijelölt neméhez.

Indoklás

A nemi identitás alatt egy személynek azt a mélyről fakadó, lényegi megélését értjük, hogy ő lány vagy nő; fiú vagy férfi; férfi és nő keveréke vagy egy alternatív nemhez tartozik (Bethea & McCollum, 2013; Institute of Medicine [IOM], 2011). Számos kultúrában és vallásos hagyományban a gendert bináris konstruktumnak tekintik, a férfias és nőies, férfi és nő, fiú és lány egymást kölcsönösen kizáró kategóriák (Benjamin, 1966; Mollenkott, 2001; Tanis, 2003). Ezek az egymást kölcsönösen kizáró kategóriák tartalmazzák azt az előfeltevést, hogy a nemi identitás mindig a születéskor kijelölt nemhez illeszkedik (Bethea & McCollum, 2013). A TGNC emberek nemi identitása különböző mértékben eltér a születéskor kijelölt nemüktől, nemük megélése és kifejezése kívül eshet a gender binaritáson (Harrison, Grant, & Herman, 2012; Kuper, Nussbaum, & Mustanski, 2012).

A társadalmi nemet mint nem-bináris konstruktumot évtizedek óta leírták és tanulmányozzák (Benjamin, 1966; Herdt, 1994; Kulick, 1998). Történelmi bizonyítékok támasztják alá, hogy a nemi identitás sokféleségét számos különböző kultúrában felismerték, társadalmi szinten elfogadták, néha egyenesen tisztelték (Coleman et al., 1992; Feinberg, 1996; Miller & Nichols, 2012; Schmidt, 2003). Sok olyan kultúrát, melyekben a gender-nonkon-

form emberek és csoportok láthatóak voltak, visszaszorított az elnyugatiasodás, a gyarmatosítás és a rendszerszintű egyenlőtlenségek (Nanda, 1999). A 20. században a transz és a gender-nonkonform önkifejezés medikalizációja figyelhető meg (Hirschfeld, 1910/1991), és elérhetővé váltak orvosi beavatkozások az egyén születéskor kijelölt neme, másodlagos nemi jellegei és nemi identitása közti diszkrepancia kezelésére (Meyerowitz, 2002).

A kutatások már az 1950-es években változatosságot találtak abban, ahogyan az egyének leírják nemüket: néhány résztvevő a kulturálisan meghatározott, egymást kölcsönösen kizáró férfi vagy nő kategóriáktól eltérő nemi identitásról számolt be (Benjamin, 1966). Néhány újkeletű nagymintás online vizsgálatban, melyet az Amerikai Egyesült Államok TGNC populációján végeztek, a résztvevők 30-40%-a határozta meg a nemi identitását másként, mint férfi vagy nő (Harrison et al., 2012; Kuper et al., 2012). Bár néhány kutatásban megjelenik a gender szélesebb értelmezése (Conron, Scout, & Austin, 2008), a kutatások többsége kényszerválasztást követel férfi és nő között, ezáltal nem mutatja be vagy képviseli azokat, akiknek eltérő a nemi identitása (IOM, 2011). Az elmúlt két évtized kutatásai kimutatták a nemi identitás és nemi önkifejezés széles spektrumának létezését (Bockting, 2008; Harrison et al., 2012; Kuper et al., 2012), mely magában foglalja azokat, akik férfiként vagy nőként, sem férfiként sem nőként, a férfi és a nő keverékeként vagy egyedi kategóriával határozzák meg nemi identitásukat. Egy személy TGNC önmeghatározása lehet egészséges és önmegerősítő és nem törvényszerűen patológiás (Coleman et al., 2012). Ugyanakkor ezek az emberek a nemi identitásuk és testük vagy születéskor kijelölt nemük közti diszkrepanciához kapcsolódóan, valamint a társadalmi stigma és diszkrimináció miatt komoly feszültségeket élhetnek át (Coleman et al., 2012).

A 1960-as évek vége és a 1990-es évek eleje között a gender diszfóriát kezelő egészségügyi ellátás a gender bináris felfogását erősítette (APA TFGIGV, 2009; Bolin, 1994; Hastings, 1974). Akkoriban a TGNC emberek számára azt tartották ideális kimenetelnek, ha a születéskor kijelölt nemhez illeszkedő, vagy ha ez nem lehetséges, akkor „ellenkező" nemhez illeszkedő identitáshoz alkalmazkodnak, nagy hangsúlyt helyezve a cisznemű populációban való „elvegyülésre" (APA TFGIGV, 2009; Bolin, 1994; Hastings, 1974). Az ezektől a lehetőségektől való eltérés gyakran aggodalmakat keltett az egészségügyi szakemberekben a tekintetben, hogy a TGNC személy képes lesz-e a sikeres átmenetre. Ezek az aggodalmak gátat vethettek a műtéthez vagy a hormonterápiához való hozzáférésnek, hiszen ezek igénybe vételéhez orvosi és pszichológusi/pszichiátriai szakemberek hozzájárulása szükséges (Berger et al., 1979). Nagyrészt az 1990-es évek egyéni és közösségi TGNC érdekképviseletének köszönhetően, valamint a kutatások és a transz-affirmatív ellátási modellek fejlődésének hatására, mára jobban felismerjük és elismerjük a gender sokféleség spektrumát, és ehhez illeszkedően a személyre szabott, TGNC-specifikus egészségügyi ellátás fontosságát (Bockting et al., 2006; Coleman et al., 2012).

Alkalmazás

A gender nem-bináris értelmezése alapvető a TGNC emberek affirmatív egészségügyi ellátásának biztosításához. Bátorítjuk a pszichológusokat, hogy alakítsák át vagy módosítsák gender-értelmezésüket, kiszélesítve az egészségesnek és normatívnak tekintett variációk tartományát. Azzal, ha megértjük a nemi identitások és nemi önkifejezések spektrumának létezését és azt, hogy egy ember nemi identitása nem feltétlenül illeszkedik teljesen a születéskor kijelölt neméhez, pszichológusként sikeresebben támogathatjuk a TGNC embereket, családjaikat és közösségeiket (Lev, 2004). Ha tiszteljük és támogatjuk a TGNC embereket nemi identitásuk és nemi önkifejezésük autentikus megélésében, valamint általános élethelyzeteikben, az javíthatja a TGNC emberek egészségét, jóllétét és életminőségét (Witten, 2003).

Néhány TGNC ember számára kevésbé hozzáférhetőek a látható, pozitív TGNC szerepmodellek. Ennek következtében sok TGNC ember izolálódik, és egyedül kell megküzdenie a gender-nonkonformitás stigmájával iránymutatás és támogatás nélkül, ami súlyosbítja a stigma mentális egészségre gyakorolt negatív hatását (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Singh, Hays, & Watson, 2011). A pszichológusok támogathatják a TGNC embereket a gender-normák és sztereotípiák meghaladásában, egyedi nemi identitásuk és nemi önkifejezésük felfedezésében. A TGNC emberek, partnereik, családjaik, barátaik és közösségeik egyaránt profitálhatnak a nemi identitás és nemi önkifejezés egészséges variációiról szóló oktatásból, illetve annak a téves előfeltevésnek a lerombolásából, hogy a nemi identitás automatikusan a születéskor kijelölt nemhez illeszkedik.

Pszichológusként az ellentmondásosság elfogadhatóságának modelljét nyújthatjuk, amikor a TGNC emberek saját nemük különböző aspektusait fedezik fel és fejlesztik ki, különösen gyermek- és serdülőkorban. A gender-nonkonformitás ítélkezésmentes megközelítése segíthet ellensúlyozni a súlyos stigmát, mellyel számos TGNC ember szembenéz, valamint megteremthet egy olyan biztonságos környezetet, amely elősegíti a nemi identitás felfedezését és a nemi önkifejezéssel kapcsolatos informált döntések meghozatalát.

2 MÁSODIK IRÁNYELV

A pszichológusoknak fontos érteniük, hogy a nemi identitás és a szexuális orientáció egymástól elkülönülő, mégis összefüggő konstruktumok.

Indoklás

A nemi identitás és a szexuális orientáció konstruktuma elméletileg és klinikailag is különböző, annak ellenére, hogy szakemberek és laikusok is gyakran összemossák őket. Noha néhány vizsgálat lehetséges kapcsolatot tételez fel a nemi identitás és szexuális orientáció kialakulása között, egy ilyen kapcsolat mechanizmusai ismeretlenek (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2012; APA TFGIGV, 2009; Devor, 2004; Drescher & Byne, 2013). Egy ember szexuális orientációját egy másik emberhez kapcsolódó szexuális és/vagy érzelmi vonzalma alapján határozzuk meg (Shively & De Cecco, 1977), ezzel szemben a nemi identitás saját nemünk mélyről fakadó, lényegi megélése. A legtöbb ember esetében a nemi identitás korábban kialakul, mint a szexuális orientáció. A nemi identitás többnyire kisgyermekkorban megszilárdul (AACAP, 2012; Kohlberg, 1966), míg a saját nem iránti vonzalom gyakran csak a serdülőkor elején tudatosul (AACAP, 2012; D'Augelli, 1993; Herdt & Boxer, 1993; Ryan, 2009; Savin-Williams & Diamond, 2000). Bár általában a nemi identitás gyermekkorban kialakul, az egyén gyermek-, serdülő- és felnőttkorban egyaránt felismerheti, hogy nemi identitása nem teljesen illeszkedik a születéskor kijelölt neméhez. A nemi identitás jellemzően olyan fejlődési fázisokon keresztül alakul, mint a tudatosulás, kísérletezés, önkifejezés és az identitás integrációja (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Vanderburgh, 2007). Hasonlóképp, az egyén szexuális orientációja a tudatosulás, kísérletezés és identitás fázisain keresztül fejlődhet serdülőkorban egészen felnőttkorig (Bilodeau & Renn, 2005). Ahogy néhány ember saját szexuális orientációját képlékenynek vagy változónak éli meg (Diamond, L. M., 2013), úgy néhány ember nemi identitását éli meg hasonlóan (Lev, 2004).

A saját nem megkérdőjelezésének élménye jelentősen összezavarhat néhány TGNC embert, különösen azokat, akik előtt ismeretlen a nemi identitások széles spektrumának létezése. A születéskor kijelölt nem, az ehhez kapcsolódó társadalmi elvárások, a szexuális és érzelmi vonzalom mintázatai és/vagy gender-nonkonformitás és nemi identitás közt megélt bármely disszonancia

magyarázatára néhány TGNC ember arra a következtetésre juthat, hogy ő bizonyára meleg, leszbikus, biszexuális vagy queer (Bockting, Benner & Coleman, 2009). Ha a disszonancia hátterében kizárólag a szexuális orientációt feltételezzük, az akadályozhatja a TGNC identitás felismerését. Mind az identitáskeresés folyamatába, mind az egyén számára legmegfelelőbb megoldás kiválasztásába nagyon fontos lehet a szexuális orientációt és a nemi identitást egyaránt bevonni. Sok TGNC felnőtt palástolta vagy elutasította a nemi inkongruenciájához kapcsolódó élményeit gyermek- vagy serdülőkorában a társadalmi elvárásoknak való megfelelés vagy a különbözőségtől való félelem miatt (Bockting & Coleman, 2007; Byne et al., 2012).

Mivel egy ember szexuális orientációjának meghatározásához társadalmi nemét és vonzalmai irányát használjuk, a szexuális orientáció meghatározása sokkal összetettebb olyan esetekben, amikor az egyén nemi identitása nem illeszkedik születéskor kijelölt neméhez. Egy ember szexuális orientációjára vonatkozó identitása nem határozható meg egyszerűen a külső megjelenés vagy a viselkedés vizsgálatából, hanem tartalmaznia kell az egyén identitását, önmeghatározását (Broido, 2000).

Alkalmazás

A pszichológusok segíthetnek az embereknek a nemi identitás és szexuális orientáció különválasztásában. Amikor a kliensek számára tudatossá válnak nemi identitásuk vagy szexualitásuk korábban rejtett vagy elnyomott aspektusai, a pszichológusok feladata elfogadást, támogatást és megértést tanúsítani, anélkül, hogy előfeltevésekkel élnének, vagy a szexuális orientáció vagy nemi identitás meghatározott kimenetelét erőltetnék rá a kliensre (APA TFGIGV, 2009). A felmérés, kezelés és megelőzés területén betöltött szerepükből adódóan a pszichológusok különlegesen alkalmas helyzetben vannak ahhoz, hogy segítsék a TGNC embereket identitásaik

különböző aspektusainak jobb megértésében és integrálásában. A pszichológusok a nemi identitás és önkifejezés különbségeinek bemutatása és normalizálása által támogathatják a TGNC embereket. Ahogy egy transz és gender-nonkonform ember megtalálja nemi identitása megvalósításának és kifejezésének számára megfelelő útját, a pszichológus azt tapasztalhatja, hogy kliense szexuális orientációjának korábban inkongruens aspektusai egyre érzékelhetőbbé, jobban integrálttá, egyre inkább ego-szintonná válnak (Bockting et al., 2009; Devor, 1993; Schleifer, 2006). Ez a folyamat lehetővé teszi a TGNC emberek számára annak a biztonságos lehetőségét, hogy vonzalmaik vagy szexuális orientációjuk korábban elnyomott, rejtett vagy identitásukkal konfliktusban álló aspektusait fedezzék fel. A TGNC emberek olykor szexuális orientációjuk ismételt felfedezését, a vonzalom kiszélesedő spektrumát, vagy szexuális orientációjukhoz kapcsolódó identitásuk megváltozását tapasztalhatják formálódó TGNC identitásuk kontextusában (Coleman, Bockting, & Gooren, 1993; Meier, Pardo, Labuski, & Babcock, 2013; Samons, 2008).

A pszichológus segíthet ellátni a TGNC embereket a transz és gender-nonkonform identitásokkal kapcsolatos információkkal, szavakat kínálni a disszonancia és elveszettség leírására, melyet az érintettek tapasztalhatnak. A TGNC emberek tanulásának elősegítése érdekében a pszichológusok megismertethetnek a klienssel olyan, TGNC emberek által írt történeteket, melyek a nemi identitás felfedezésének és megerősítésének sokféle fejlődési útját és kimenetelét mutatják be (pl. Bornstein & Bergman, 2010; Boylan, 2013; Green, J., 2004; Krieger, 2011; Lawrence, 2014). Ezek a források is segíthetik a TGNC embereket a szexuális orientációhoz és a nemi identitáshoz tartozó kérdések megkülönböztetésében, önmaguk elhelyezésében a társadalmi nem spektrumán. A pszichológusok segíthetnek továbbá a családok és a szélesebb társadalmi közegek (pl. iskolák, egészségügyi rendszer) edukációjában, ezen belül annak megértetésében, hogy a nemi identitás és a szexu-

ális orientáció egyszerre különböző és mégis összefüggő jelenségek; ez különösen fontos lehet a fiatalokkal való munka során (Singh & Burnes, 2009; Whitman, 2013). Mivel a nemi identitást és a szexuális orientációt sokszor még szakemberek is összemossák, a pszichológusoknak érdemes alaposan megvizsgálniuk a leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű és queer (LMBTQ) emberek számára kínált affirmatív szolgáltatásokat, és meggyőződni arról, mely szolgáltatók tájékozottak és érzékenyek valóban a TGNC emberek szükségletei iránt, mielőtt őket ajánlanák, vagy hozzájuk irányítanának TGNC embereket és családjaikat.

3 HARMADIK IRÁNYELV

A pszichológusoknak törekedniük kell annak megértésére, hogy a TGNC emberek nemi identitása hogyan keresztezi egyéb kulturális identitásaikat.

Indoklás

A nemi identitás és nemi önkifejezés átfedést mutathat az identitás egyéb aspektusaival (Collins, 2000; Warner, 2008). Ezen aspektusok lehetnek többek között: bőrszín/etnikum, életkor, iskolázottság, gazdasági-társadalmi státusz, bevándorlói státusz, foglalkozás, fogyatékosság, HIV-fertőzöttség, szexuális orientáció, családi állapot, vallási és/vagy felekezeti hovatartozás. Míg az identitás ezen vonatkozásai közül némelyek előjogokhoz juttatnak, mások stigmát képezhetnek és akadályozhatják az önérvényesítést (Burnes & Chen, 2012; de Vries, 2015). Emellett azok a TGNC emberek, akik nemet váltanak, nem biztos, hogy fel vannak készülve a nemi identitáson és nemi önkifejezésen alapuló előjogok és társadalmi bánásmód megváltozására. Szemléltetésként: egy afrikai amerikai transz férfi egyfelől élvezhet férfi előjogokat, miközben rasszizmussal és

társadalmi stigmával kell szembenéznie amiatt, hogy afrikai amerikai. Egy ázsiai amerikai/óceániai transz nő tapasztalhatja annak előnyeit, hogy cisznemű nőnek látják, ugyanakkor az ázsiai amerikai/óceániai cisznemű nőkkel szembeni szexizmust, nőgyűlöletet és tárgyiasítást is megélheti.

A többszörös identitások egymásrahatása a TGNC emberek életében összetett, gátolhatja vagy elősegítheti a szükséges támogatáshoz való hozzáférést (Daley, Solomon, Newman, & Mishna, 2007). Azok a TGNC emberek, akik kevesebb előjoggal és/vagy többszörösen elnyomott identitásokkal élnek, nagyobb stresszt és a forrásokhoz való korlátozott hozzáférést tapasztalhatnak. Az is lehetséges, hogy rezilienssé (ellenállóvá) és erőssé válnak a hátrányokkal való megküzdésben, vagy felfedezik a speciális csoportok számára elérhető közösségi forrásokat (pl. HIV-vel élő emberek számára; Singh et al., 2011). A nemi identitás felvállalása konfliktusba kerülhet vallásos meggyőződésükkel vagy hagyományaikkal (Bockting & Cesaretti, 2001). A TGNC emberek számára fontos erőforrás lehet, ha támogató teret találnak vallásos és spirituális hitük és hagyományaik megéléséhez, ideértve a pozitív kapcsolatot vallási vezetőikkel (Glaser, 2008; Porter, Ronneberg, & Witten, 2013; Xavier, 2000).

Alkalmazás

A gyakorlatban a pszichológusoknak törekedniük kell arra, hogy felismerjék a TGNC emberek meghatározó többszörös, egymást átható identitásait, amelyek hatással vannak a megküzdésre, diszkriminációra és a rezilienciára (Burnes & Chen, 2012). Ha a pszichológus kerülni tudja a nemi identitás és a nemi önkifejezés túlhangsúlyozását olyan esetekben, amikor az nem szolgálja a TGNC emberek szükségleteit vagy célkitűzését, az általában a rapport mélyüléséhez és a terápiás szövetség megerősödéséhez vezet. Még olyan esetekben is, amikor az ellátás fókuszában a nemi identitás áll, bátorítjuk a pszichológusokat annak megértésére, hogy a TGNC emberek

társadalmi nemhez kapcsolódó tapasztalatait identitásuk más fontos aspektusai is formálhatják (pl. kor, bőrszín/etnikum, szexuális orientáció), és hogy különböző identitás-aspektusok erősödhetnek meg az egyén pszichoszociális fejlődése során, függetlenül attól, hogy végigmegy-e a társadalmi vagy orvosi nemváltás folyamatán.

Néha előfordul, hogy a TGNC emberek identitásainak metszetei konfliktust okoznak; például az egyén szenvedhet abban a törekvésében, hogy nemi identitását összeegyeztesse vallásos és/vagy spirituális neveltetésével és hitével (Kidd & Witten, 2008; Levy & Lo, 2013; Rodriguez & Follins, 2012). A pszichológusok támogathatják a TGNC embereket olyan identitásaik megértésében és integrálásában, melyeket a hatalmi rendszer és a rendszerszintű egyenlőtlenség eltérő mértékű előjogokkal ruház fel (Burnes & Chen, 2012). Emellett a pszichológusok kiemelhetik és erősíthetik a TGNC emberek kompetenciáinak és rezilienciájának fejlődését, miközben azok megtanulják kezelni stigmatizált identitásaik összekapcsolódásait (Singh, 2012).

4 NEGYEDIK IRÁNYELV

A pszichológusok legyenek tudatában annak, hogy a nemi identitáshoz és nemi önkifejezéshez kapcsolódó attitűdjeik és ismereteik hatással lehetnek a TGNC emberek és családjaik számára általuk nyújtott ellátás minőségére.

Indoklás

A pszichológusok – a társadalom többi tagjához hasonlóan – a szocializáció folyamatán keresztül jutnak el az emberi sokszínűség különböző aspektusainak személyes értelmezéséhez és elfogadásához. A pszichológusok kulturális elfogultsága, valamint a pszichológusok és klienseik közötti kulturális különbségek klinikai befolyással

bírnak (Israel, Gorcheva, Burnes, & Walther, 2008; Vasquez, 2007). A pszichológusok TGNC emberekkel és a nemi identitással és/vagy nemi önkifejezéssel kapcsolatos előfeltevései, elfogultsága és attitűdjei hatással lehetnek az általuk nyújtott szolgáltatások minőségére és a hatékony terápiás szövetség felépítésének képességére (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002). Továbbá a TGNC emberek részére nyújtott affirmatív ellátással kapcsolatos ismeretek vagy gyakorlat hiánya korlátozhatja a pszichológus hatékonyságát, és akadályokat gördíthet az ellátás elé (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002). Az LMB emberekkel kapcsolatban jártas pszichológus nem feltétlenül ismeri a TGNC emberek egyedi szükségleteit (Israel, 2005; Israel et al., 2008). A TGNC közösségben végzett felmérések válaszadói arról számoltak be, hogy sok mentális egészséggel foglalkozó szakembernél alapvető ismeretek és készségek hiányoznak a TGNC emberek ellátására vonatkozóan (Bradford, Xavier, Hendricks, Rives, & Honnold, 2007; Xavier, Bobbin, Singer, & Budd, 2005), és hogy kevés olyan képzést kapnak, amely felkészítené őket a TGNC emberekkel való munkára (APA TFGIGV, 2009; Lurie, 2005). Az Országos Transznemű Diszkriminációs Felmérés (National Transgender Discrimination Survey) (Grant és mtsai, 2011) szerint a TGNC válaszadók 50%-ának magának kellett felvilágosítania az őt ellátó egészségügyi dolgozókat, 28%-uk halogatta az egészségügyi ellátás igénybevételét a transzellenes előítéletek miatt, és 19%-uk ellátását utasították vissza diszkriminatív módon.

Az APA Etikai Kódexe (2010) előírja, hogy a pszichológusok csak saját kompetencia-határaikon belül dolgozzanak (2.01-es alapelv), proaktívan és következetesen keressék a lehetőségeket kompetenciájuk fejlesztésére (2.03-as alapelv), és munkájukat megalapozott tudományos és szakmai ismeretekre alapozzák (2.04-es alapelv). A TGNC kliensekkel kapcsolatos kompetencia sokféleképpen fejleszthető, pl. továbbképzés, tréning, szupervízió, konzultáció, kutatás vagy szakmai gyakorlat által.

Alkalmazás

A pszichológusok gyakorlati munkájuk során számos módon találkozhatnak TGNC emberekkel, ebből adódóan a pszichológustól megkövetelt tudás és kompetencia mélysége és szintje a TGNC embereknek nyújtott szolgáltatás típusának és összetettségének függvénye. A pszichológusok által TGNC embereknek nyújtott szolgáltatások megkövetelik a populáció szükségleteinek alapvető megértését, illetve a transz-affirmatív, klienst tisztelő együttműködés képességét (Carroll, 2010).

Az APA hangsúlyozza a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok alkalmazását (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Tekintve, hogy az előfeltevések vagy sztereotípiák nagyon könnyen befolyásolhatják a kezelést, a bizonyítékokon alapuló gyakorlat különösen fontos lehet a TGNC emberek pszichológiai ellátásában. Amíg nem fejlesztenek kifejezetten a TGNC emberek részére bizonyítékokon alapuló gyakorlatokat, bátorítjuk a pszichológusokat, hogy meglévő bizonyítékokon alapuló gyakorlatokat használjanak fel az általuk nyújtott ellátás során. Az APA emellett támogatja a klienst érintő klinikai döntésekben az együttműködést, ideértve a költségek, lehetséges előnyök és a kezeléssel kapcsolatos elérhető lehetőségek és források kérdéseit (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). A TGNC emberek profitálhatnak az ilyen együttműködésekből és a döntéshozatalban való aktív elköteleződésből, mivel történetileg hátrányos helyzet és az önrendelkezéstől való megfosztottság jellemezte őket az egészségügyben.

A TGNC emberekkel kapcsolatos kompetenciák fejlesztésének érdekében bátorítjuk a pszichológusokat, hogy vizsgálják meg saját személyes nézeteiket a társadalmi nem és szexualitás, nemi sztereotípiák, TGNC identitások vonatkozásában, továbbá azonosítsák a hiányosságokat ismereteikben, értelmezéseikben és elfogadásukban (American Counseling Association [ACA], 2010). Ez a vizsgálat magába foglalhatja a szakember saját nemi identitásának és társadalmi nemmel kapcsolatos élményeinek felderítését az előjogok, hatalom vagy kirekesztettség vonatkozásában, illetve konzultáció vagy képzés igénybe vételét olyan pszichológusoktól, akik tapasztaltak a TGNC emberekkel és közösségekkel kapcsolatos munkában.

Bátorítjuk továbbá a pszichológusokat, hogy fejlesszék a TGNC emberekkel és családjaikkal kapcsolatos kompetenciájukat a nemi identitással és önkifejezéssel kapcsolatos korszerű alapismeretek és értelmezések megismerése által, valamint a TGNC emberekkel és családjaikkal való tiszteletteljes és ítélkezésmentes együttműködés elsajátításán keresztül. A TGNC emberekkel kapcsolatos kompetencia elérése és megtartása formális és informális módon egyaránt történhet, a pszichológusképzés tantervébe való beépítéstől és a szakmai konferenciák folyamatos továbbképzéseitől a TGNC közösségbe szövetségesként történő támogató bevonódásig. Azon pszichológusokat, akik azt választják, hogy a TGNC emberekkel való munkára és a nemi identitáshoz kapcsolódó kérdésekre specializálódnak, az általános kompetencia megszerzésén túl erősen bátorítjuk haladó szintű képzéseken, konzultációkon és szakmai gyakorlaton való részvételre (ACA, 2010; Coleman et al., 2012).

A pszichológusok közvetlen tapasztalatokon keresztül (pl. közösségi találkozók és konferenciák látogatása, TGNC emberek élettörténeteinek olvasása) is növelhetik a TGNC közösséggel kapcsolatos ismereteiket és ismerkedhetnek meg közelebbről a TGNC emberek életét érintő összetett társadalmi hatásokkal. Ha egy pszichológus még nem szerzett kompetenciát TGNC emberekkel kapcsolatban, javasoljuk, hogy irányítsa a TGNC klienseket más pszichológusokhoz vagy szakemberekhez, akik tájékozottak a témában és képesek transz-affirmatív ellátást nyújtani.

Stigma, diszkrimináció és az ellátást akadályozó tényezők

5 ÖTÖDIK IRÁNYELV

A pszichológusok ismerjék fel, hogy a stigma, az előítéletek, a diszkrimináció és az erőszak hogyan befolyásolja a TGNC emberek egészségi állapotát és jóllétét.

Indoklás

Sok TGNC ember tapasztal különböző súlyosságú diszkriminációt a lakhatás, az egészségügyi ellátás, a munkaügy, az oktatás, az állami támogatások, és más szociális szolgáltatások elérése terén (Bazargan & Galvan, 2012; Bradford, Reisner, Honnold & Xavier, 2013; Dispenza, Watson, Chung &Brack, 2012; Grant et al., 2011). A diszkrimináció megnyilvánulhat abban a feltételezésben, hogy az egyén születéskor megállapított neme teljesen megfelel az egyén nemi identitásának; hogy nem használják az egyén által preferált nevet vagy nemre utaló kifejezéseket; hogy TGNC embereknek nem helyénvaló kérdéseket tesznek fel a testüket illetően; vagy abban az előfeltevésben, hogy valamely nemi identitás vagy nemi önkifejezés mögött minden esetben pszichopatológia húzódik meg (Nadal, Rivera & Corpus, 2010; Nadal, Skolnik & Wong, 2012). A diszkrimináció megnyilvánulhat a lakhatás, munkahely megtagadásában, vagy szélsőségesen erőszakos cselekmények formájában is (pl. szexuális zaklatás, gyilkosság). Azok a TGNC emberek, akik többféle kirekesztett identitással is rendelkeznek, jobban ki vannak téve a diszkriminációnak és az erőszaknak. A TGNC nők és a színesbőrű TGNC emberek nagyobb arányban tapasztalnak súlyos erőszakot és diszkriminációt, beleértve a rendőrség által alkalmazott erőszakot is, és kevésbé valószínű, hogy segítséget kapnak a bűnüldözési szervektől (Edelman, 2011; National Coalition of Anti-Violence Programs, 2011; Saffin, 2011).

A TGNC emberek ki vannak téve a transzneműek elleni előítéleteknek és diszkriminációnak az oktatás területén. Egy országos reprezentatív mintában 7898 végzős középiskolás LMBT fiatal közül a résztvevők 55,2%-a számolt be verbális zaklatásról, 22,7%-uk fizikai zaklatásról, és 11,4%-uk testi sértésről a nemi önkifejezésük miatt (Kosciw, Greytak, Palmer & Boesen, 2014). Egy, a TGNC közösségben végzett országos felmérésben felnőtt TGNC emberek 15%-a számolt be arról, hogy zaklatás miatt idő előtt elhagytak egy oktatási intézményt, az elhagyott intézmények típusa óvodától főiskoláig terjedt (Grant et al., 2011). Sok iskola nem veszi föl a nemi identitást és nemi önkifejezést antidiszkriminációs alapelvei közé; emiatt a TGNC fiatalok nélkülözik az iskolai bántalmazással és agresszióval szemben szükséges védelmet (Singh & Jackson, 2012). A vidéki közegben élő TGNC fiatalok még jobban ki lehetnek szolgáltatva a transzellenes előítéletből fakadó iskolai bántalmazásnak és ellenszenvnek (Kosciw et al., 2014).

Az oktatás területén meglévő egyenlőtlenségek és a TGNC emberekkel kapcsolatos diszkrimináció más formái is hozzájárulnak azokhoz a jelentős gazdasági hátrányokhoz, amelyről TGNC emberek számolnak be. Grant és munkatársai (2011) megállapították, hogy a TGNC emberek között négyszer nagyobb annak a valószínűsége, hogy 10000 USD alatt lesz a háztartásuk összjövedelme, mint a cisznemű ek között, és a mintában szereplő idősebb TGNC embereknek majdnem fele számolt be arról, hogy háztartásuk jövedelme a szegénységi küszöb 200%-a, vagy az alatt van (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). A TGNC emberek gyakran találják szemben magukat diszkriminációval álláskeresés során vagy a munkahelyen (Brewster, Velez, Mennicke & Tebbe, 2014; Dispenza et al., 2012; Mizock & Mueser, 2014). Egy TGNC emberek körében végzett országos, nem reprezentatív kutatás keretében

90% számolt be arról, hogy „közvetlenül tapasztaltak munkahelyükön zaklatást vagy rossz bánásmódot, és érezték már úgy, hogy önvédelmi intézkedéseket kell tenniük, amely negatív hatással volt munkahelyi előmenetelükre vagy jóllétükre, így például elrejtették identitásukat, hogy elkerüljék a munkahelyi következményeket (Grant et al., 2011, 56.). Ezen kívül a válaszadók 78%-a tapasztalt munkahelyén valamilyen közvetlen diszkriminációt vagy rossz bánásmódot (Grant et al., 2011). A munkahelyi diszkrimináció kapcsolódhat a TGNC személy megjelenésén alapuló stigmához, a személyazonossági iratok eltérő voltához, vagy ahhoz, hogy a nemváltás és/vagy névváltás miatt a személy nem képes megfelelő munkahelyi referenciák felmutatására (Bender-Baird, 2011).

A munkahelyi diszkrimináció és zaklatás különösen szembeszökő a hadsereg TGNC tagjainak és a veteránoknak az esetében. Vállaltan TGNC emberek jelenleg nem szolgálhatnak az Egyesült Államok hadseregében. A hadsereg szabályzata szerint a „transzszexualizmus" a katonai szolgálatból kizáró egészségügyi tényező (Department of Defence, 2011; Elders & Steinman, 2014). A hadseregben már szolgálatban lévő TGNC emberek az előbújás, nemváltás, a megfelelő egészségügyi és mentálhigiénés ellátás igénybevételével kapcsolatos nehéz kérdésekkel szembesülnek, ami jelentős nyomot hagyhat a hadseregben folytatott pályájukon, vagy be is végezheti azt. Nem meglepő, hogy a kutatásokban nagy arányban dokumentálják a szuicid gondolatokat és magatartást a hadseregben szolgáló és a veterán TGNC népességben (Blosnich et al., 2013; Matarazzo et al., 2014). Kockázatos lehet a hadsereg TGNC tagjai számára, ha vállalják identitásukat az egészségügyi ellátásban (OutServe-Servicemembers Legal Defense Network, dátum nélkül). Az egészségügyi ellátás igénybevételét TGNC veteránok esetén akadályozhatja az, hogy a veteránok egészségügyi ellátását a hadsereg kiterjesztésének tekintik, ellenséges közegnek vélik, és bennük van az a félelem, hogy az ellátórendszerben dolgozók negatívan reagálnak identitásukra (Sherman, Kauth, Shipherd & Street, 2014; Shipherd, Mizock, Maguen & Green, 2012). Egy friss tanulmány megállapította, hogy az LMBT veteránok 28%-a elfogadónak, egyharmaduk pedig ellenségesnek tartja a veteránellátást (Sherman et al., 2014). A veteránellátás számos területén megjelentek kezdeményezések arra, hogy javítsák az LMBT veteránok ellátásának minőségét és a problémáik iránti érzékenységet.

Mivel elterjedt a nemváltás utáni diszkrimináció és munkahelyi elbocsátás, a TGNC emberek esetleg a szexmunkához vagy megélhetési szexhez fordulhatnak (pl. szex ételért), vagy jövedelemszerzés céljából kábítószert árulhatnak (Grant et al., 2011; Hwahng & Nuttbrock, 2007; Operario, Soma & Underhill, 2008; Stanley, 2011). Ez megnöveli annak az esélyét, hogy a jogrendszerben negatív interakciókba bonyolódnak, például rendőrségi zaklatás, vesztegetés, kényszerítés, letartóztatás (Edelman, 2011; Testa et al., 2012), és fokozottabban jelennek meg körükben a mentálhigiénés tünetek és súlyosabb egészségügyi kockázatok, például a szexuális úton terjedő fertőzések, így a HIV is (Nemto, Operario, Keatley & Villegas, 2004).

A börtönbüntetésüket töltő TGNC emberek zaklatásról, elszigetelésről, szexre kényszerítésről és fizikai bántalmazásról számolnak be a börtönben dolgozók és rabtársak részéről is (American Civil Liberties Union Prison Project, 2005; Brotheim, 2013; Daley, 2005). A nemek szerint elkülönített egységekben TGNC embereket olykor magánzárkába kényszerítenek (amit adminisztratív szegregációnak is neveznek), s ez súlyos negatív egészségügyi és mentálhigiénés következményekhez vezethet, és megakadályozhatja a szolgáltatások igénybevételét (Gallagher, 2014; National Centre for Transgender Equality, 2012). Aggasztó a TGNC bevándorlók és menekültek helyzete is. A befogadótáborokban tartózkodó TGNC emberek nem mindig jutnak megfelelő ellátáshoz, és sok támadást és erőszakot tapasztalhatnak ezekben az egységekben (Gruber, 2013). A TGNC emberek menedékjogot kérhetnek az Egyesült Államokban, ha a származási országukban

veszélynek vannak kitéve amiatt, hogy az nem biztosít számukra védelmet (APA, Presidential Task Force on Immigration, 2012; Cerezo, Morales, Quintero & Rothman, 2014; Morales, 2013).

A TGNC emberek nehezen jutnak megfelelő egészségügyi ellátáshoz (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Lambda Legal, 2012), és gyakran nem érzik biztonságosnak, hogy feltárják nemi identitásukat, vagy azt, hogy transzellenes előítéletet vagy diszkriminációt tapasztaltak, mivel a múltban és gyakran még ma is előfordul hátrányos megkülönböztetés velük szemben az egészségügyi ellátórendszerben (Grant et al., 2011; Lurie, 2005; Singh & McKleroy, 2011). Még amikor egy TGNC embernek van egészségbiztosítása, akkor is gyakran megtagadják a nemváltással kapcsolatos költségek fedezését (pl. hormonkezelés, műtét). A TGNC emberek olyankor is nehezen juthatnak identitásukat elismerő alapvető egészségügyi ellátáshoz, amikor a biztosítók a nemre hivatkozva tagadják meg valamely beavatkozás fedezését. Egy transznemű férfi például kirekesztődhet a szükséges nőgyógyászati ellátásból azon feltételezés alapján, hogy férfiaknak ilyen ellátásra nincs szükségük. Ezek az akadályok gyakran eredményezik azt, hogy a TGNC emberek nem jutnak megelőző egészségügyi ellátáshoz (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Lambda Legal, 2012). Bár a Medicare gyakorlatának közelmúltbeli fölülvizsgálata (National Centre for Transgender Equality, 2014) és a tagállamok törvényeinek változásai (Transgender Law Centre, dátum nélkül) nyomán lassan változik a helyzet, sok TGNC ember még így is kevéssé vagy olykor egyáltalán nem fér hozzá a transzneműséggel kapcsolatos egészségügyi ellátáshoz, mert egészségbiztosításuk ebből kizárja őket.

Alkalmazás

A transzellenes előítéletek és diszkrimináció hatásainak ismerete és az azzal kapcsolatos érzékenység segíthet a pszichológusoknak TGNC klienseik vizsgálata, kezelése és érdekképviselete során.

Amikor egy TGNC személyt nemi identitása vagy nemi önkifejezése alapján hátrányos megkülönböztetés ér, a pszichológus elősegítheti az ilyen tapasztalatok érzelmi földolgozását, és együtt dolgozhat az egyénnel a támogató erőforrások fölkutatásában és a következő lépések végiggondolásában. A TGNC emberek egyedi szükségletei közt lehet az önképviseleti stratégiák kialakítása, a nyilvános terekben való boldogulás, a szociális ellátásban és más rendszerekben tapasztalt zaklatás és diszkrimináció elleni jogorvoslat igénybevétele. A fizikai vagy érzelmi erőszakot szenvedett TGNC embereknek ezen kívül terápiás támogatásra is szükségük lehet.

A pszichológusok hozzásegíthetik a TGNC embereket a megfelelő szociális ellátórendszerek igénybevételéhez. A pszichológusok például segíthetnek olyan egészségügyi ellátók és lakhatási lehetőségek fölkutatásában, amelyek tisztelik a TGNC emberek identitását és megfizethetők, vagy segíthetnek az elfogadó vallási és spirituális közösségek beazonosításában (Glaser, 2008; Porter et al., 2013). A pszichológusok azzal is segíthetnek, hogy a nemi identitást alátámasztó dokumentumokat vagy hivatalos leveleket biztosítanak annak érdekében, hogy TGNC klienseik a nyilvános szolgáltatásokat megfelelően használhassák, például nyilvános vécék vagy lakhatás (Lev, 2009; Meyer, W. J., 2009).

A pszichológusok ezen kívül feltárhatnak olyan forrásokat, információt és szolgáltatásokat is, amelyek segíthetnek a TGNC embereknek a munkahelyi diszkriminációval szemben, beleértve azt is, hogyan kezeljék az identitásukkal kapcsolatos információmegosztást a munkahelyükön a társadalmi és/vagy orvosi nemváltás időszakában. Az állásra pályázóknak a pszichológusok segíthetnek stratégiát kidolgozni arra, hogy megosszák-e a nemi előtörténetüket, és ha igen, azt hogyan tegyék. A pszichológusok együtt dolgozhatnak a munkaadókkal annak érdekében, hogy támogató alapelveket dolgozzanak ki a munkahelyi nemváltás segítésére, vagy képzést dolgozzanak ki arra, hogy dolgozóik el tudják fogadni munkatársuk nemváltását.

A hadseregben szolgáló és veterán TGNC népesség számára a pszichológusok segíthetnek földolgozni a hadseregen belüli TGNC identitásfejlődés érzelmi hatásait. A pszichológus legyen tudatában annak, hogy az aktív szolgálatot teljesítő és tartalékos egységekben szolgáló állomány számára különösen fontos lehet a titoktartás, mivel a TGNC-ként történő beazonosítás következményei visszatarthatják a klienst attól, hogy a kezelés során megossza a pszichológussal nemi identitását.

Az oktatás területén a pszichológusok számos módon képviselhetik a TGNC fiatalok érdekeit (APA & National Association of School Psychologists, 2014; Boulder Valley School District, 2012). Megbeszéléseket folytathatnak intézményvezetőkkel, tanárokkal és iskolapszichológusokkal, és forrásokat és képzést biztosíthatnak a transzellenes előítéletekkel, valamint a TGNC tanulók számára biztonságos iskolai környezet kialakításával kapcsolatban (Singh & Burnes, 2009). A más TGNC emberektől érkező támogatás bizonyítottan enyhíti a stigma mentálhigiénés állapotra gyakorolt hatását (Bockting et al., 2013). Így a pszichológusok TGNC emberekre alapuló segítő szolgálatokat is igénybe vehetnek vagy ilyenek kifejlesztését is megfontolhatják annak érdekében, hogy elősegítsék a megértést a TGNC tanulók társai közt, és hogy azok TGNC társaikkal tisztelettel bánjanak (Case & Meier, 2014). A pszichológusok együtt dolgozhatnak a TGNC fiatalokkal és családtagjaikkal annak érdekében, hogy megfelelő erőforrásokat tárjanak föl, például olyan iskolai alapelveket, amelyek védelmet biztosítanak az átlagtól eltérő nemi identitás és nemi önkifejezés számára (APA & National Association of School Psychologists, 2014; Gonzalez & McNulty, 2010), a TGNC emberek identitását támogató szervezetekhez irányíthatják a klienst, és kereshetnek olyan online forrásokat, amelyek különösen hasznosak lehetnek a vidéki környezetben élő TGNC fiatalok számára.

HATODIK IRÁNYELV

A pszichológusok törekedjenek arra, hogy fölismerjék az intézményes korlátok hatását a TGNC emberek életében, és hogy segítsék a transz-affirmatív környezet kialakítását.

Indoklás

A transzneműekkel szemben meglévő előítéletek és a többségi társadalom bináris nemi rendszerhez való ragaszkodása negatív hatással van a TGNC emberekre családjukon belül, az iskolákban, az egészségügyi ellátás terén, a jogi rendszerben, a munkahelyeken, a vallási hagyományokban és közösségekben (American Civil Liberties Union National Prison Project, 2005; Bradford et al., 2013; Brewster et al., 2014; Levy & Lo, 2013; McGuire, Anderson & Toomey, 2010). A TGNC emberek számára kihívást jelent a nemüknek megfelelő mellékhelyiségek használata, ami miatt kényelmetlenül érezhetik magukat, amikor a férfi vagy női mellékhelyiséget kényszerülnek használni (Transgender Law Center, 2005). Az, hogy két mellékhelyiség közül kényszerülnek választani, érzelmileg megviselhet némelyeket, de emellett a TGNC emberek gyakran aggódnak amiatt, hogy mások hogyan reagálnak jelenlétükre a mellékhelyiségekben, mivel az esetlegesen diszkriminációhoz, zaklatáshoz vagy erőszakhoz vezethet (Herman, 2013).

Sok TGNC ember érezhet bizalmatlanságot az ellátó szolgálatokkal szemben az általa tapasztalt korábbi patologizáció miatt (Benson 2013). Az egészségügyi szolgáltatásban tapasztalt diszkriminációt és előítéletet bonyolíthatja a terápiás kapcsolat hatalmi differenciáltsága, amely nagyban befolyásolhatja vagy megnehezítheti a TGNC emberek kapcsolatát az ellátórendszerrel. A TGNC embereknek gyakran be kell mutatniuk egy pszichológus által írt levelet, amely tanúsítja, hogy nemi identitásuk stabil, mielőtt endokrinológushoz, sebészhez vagy okmánykiadásra jogosult hiva-

talhoz fordulhatnak (pl. gépjárművezetői jogosítvány kiadása; Lev, 2009). A pszichológustól származó kötelező dokumentáció befolyással lehet a hivatalos interakcióra, és eredményezheti azt, hogy a TGNC személyek előítéletes bánásmódtól félnek abban az esetben, ha a kezelő intézmény késik az ilyen dokumentáció kiadásával, vagy nem adja ki azt (Bouman et al., 2014). A TGNC személy rendelkezhet személyes élményekkel olyan interakciókról, amikor az ellátószolgálatoknál nem tudta érvényesíteni érdekeit, vagy a közösség más tagjától értesülhetett ilyen dinamika kialakulásáról; mindenesetre a pszichológusok legyenek fölkészülve rá, hogy a TGNC emberek nagyon óvatosak, amikor terápiás kapcsolatba lépnek. Amikor a TGNC emberek úgy érzik, elismerik őket, és érvényesíteni tudják érdekeiket a terápiás közegben, ez jót tesz a terápiás kapcsolatnak, és az egyén hajlamosabb lesz rá, hogy felderítse valódi énjét, és megossza a bizonytalanságát és a kétértelműségeket, amelyek gyakori elemei a TGNC identitásfejlődésnek.

Alkalmazás

Mivel sok TGNC ember tapasztal transzfób előítéletet és diszkriminációt, a pszichológusok biztosítsák, hogy rendelőjük barátságos legyen, és tiszteletben tartsa a TGNC embereket, illetve vegyék figyelembe, hogy mi az, amit a TGNC emberek barátságtalannak találhatnak. Ennek érdekében a pszichológusok utánanézhetnek, hogy milyen sok formában fejeződhet ki a ciszneműek privilegizáltsága és a transzneműekkel szembeni előítélet. A pszichológusok célzottan beszélgethetnek TGNC emberekkel a mentálhigiénés ellátórendszerben szerzett tapasztalataikról, és a visszajelzés alapján módosíthatják praxisukat a transznemű emberek számára elfogadóbb környezet megteremtése érdekében. Ennek eredménye lehet, hogy amikor a TGNC emberek megjelennek különféle kezeléseken és nyilvános helyeken, kevesebb káros hatást érzékelnek, érdekérvényesítő képességük nem gyengül, nem patologizálják

őket, és így nagyobb valószínűséggel veszik igénybe a rendelkezésre álló forrásokat és támogatást.

A pszichológusok aktívan gondolják át, hogy munkahelyükön és más környezetükben milyen nyílt és rejtett jelek vannak, amelyek negatív hatással lehetnek a TGNC emberek komfort- és biztonságérzetére. A TGNC emberek kényelemérzetének növelése érdekében javasoljuk, hogy a pszichológusok a váróhelyiségben tegyenek elérhetővé transz-affirmatív forrásokat, és tartózkodjanak az olyan tárgyak kitételétől, amelyek transzellenes attitűdöket közvetítenek (Lev, 2009). A pszichológusok vizsgálják meg, hogy saját nyelvhasználatuk (pl. a férfiakra és nőkre alkalmazott utalószavak helytelen használata, helytelen névhasználat) nyíltan, rejtetten vagy nem szándékosan is hogyan erősítheti meg a bináris nemi rendszert (Smith, Shin & Officer, 2012). Hasznos lehet, ha a pszichológusok képzést biztosítanak a segítő személyzetnek arról, hogy hogyan bánhatnak tisztelettel a TGNC emberekkel. A pszichológus megfontolhatja, hogy szükség van-e az írásos anyagok, nyomtatványok vagy szóróanyagok megváltoztatására annak érdekében, hogy ezek az anyagok figyelembe vegyék a TGNC embereket (Spade, 2011b). A demográfiai adatokat fölvevő kérdőívek például úgy közvetíthetnek tiszteletet, hogy átfogó nyelvezetet használnak, és egy sor nemi identitást figyelembe vesznek. Ezen kívül a pszichológusok saját intézményükön belül szorgalmazhatják, hogy a mellékhelyiségek minden nemi identitással és/vagy nemi önkifejezéssel rendelkező ember számára hozzáférhetőek legyenek.

Amikor különböző gondozási vagy intézményes kereteken belül (pl. kórház vagy pszichiátria, drogrehabilitáció, gondozóotthon, nevelőszülők, vallási közösségek, katonaság vagy veteránellátás, és börtön) TGNC emberekkel dolgoznak, a pszichológusok szövetséges és érdekképviseleti szerepet vállalhatnak a TGNC emberek lelki egészségének érdekében, és azért, hogy nemi identitásukat megerősítő tisztelettel bánjanak velük. E szerep ellátásához a pszichológus hasznos iránymutatást kaphat, és a jó gyakorlatra

vonatkozó példákat találhat az egyes intézményes keretekre vonatkozóan már megjelent anyagokban (pl. Department of Veteran Affairs, Veterans' Health Administration, 2013; Glezer, McNiel & Binder, 2013; Merksamer, 2011).

7 **HETEDIK IRÁNYELV**

A pszichológusok értsék meg, hogy szükség van az olyan társadalmi változások előmozdítására, amelyek csökkentik a negatív stigma hatásait a TGNC emberek egészségére és jóllétére.

Indoklás

A szükségleteiket figyelembe vevő közpolitika hiánya jelentős nehézségeket okoz a TGNC emberek számára (Taylor, 2007). Meglehet, az utóbbi években lényeges fejlődés ment végbe a TGNC emberek jogi védelmének terén (Buzuvis, 2013; Harvard Law Review Association, 2013), de sok TGNC ember még mindig nem részesül védelemben a nemi identitás vagy önkifejezés alapján történő diszkriminációtól (National LGBTQ Task Force, 2013; Taylor, 2007). Sok államban például a TGNC emberek nem kapnak védelmet a munkavállalás vagy a lakhatás terén, és nemi identitásuk miatt elveszíthetik munka- vagy lakóhelyüket. Sok irányelv, amely védi a ciszneműek, köztük az LMB emberek jogait, nem védi a TGNC emberekéit (Currah & Minter, 2000; Spade, 2011a).

A TGNC emberek számára nehézséget okozhat, hogy olyan személyazonosító okmányokat szerezzenek be, amelyek igazolják nemi identitásukat (pl. születési anyakönyvi kivonat, útlevél, társadalombiztosítási szám, gépjárművezetői jogosítvány). A szegénységben vagy anyagi nehézségek között élő transznemű emberek esetleg nem tudják vállalni az ilyen igazolványok kiváltásához támasztott követelményeket, részben azért, mert a nemi identitásuknak és

nemi önkifejezésüknek megfelelő személyazonosító okmányok hiányában nehezen tudnak munkát vállalni (Sheridan, 2009). Emellett a csak két nemet elismerő nemi azonosítási rendszerrel összefüggő rendszerszintű korlátok egyes TGNC embereket (fogvatartottak, a hivatalos iratok nélküli bevándorlók, vagy akiknek lakóhelyén a törvények ezt nem teszik lehetővé) megakadályoznak abban, hogy megváltoztassák az igazolványaikat (Spade, 2006). Az igazolványokra vonatkozó előírások olykor feltételezik a TGNC identitás egyféle megélését, ami marginalizálhatja a TGNC embereket, különösen azokat, akik orvosilag nem változtatják meg a nemüket. Ez negatívan befolyásolhatja egy TGNC ember szociális és lelki jóllétét, és útjában állhat a munkavállalásnak, az oktatásban való részvételnek, a lakhatásnak, a hajléktalan-ellátás, az egészségügyi ellátás, az állami segélyek és az élethez alapvetően szükséges egyéb szolgáltatások (pl. bankszámlanyitás) igénybevételének.

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy a pszichológusok vegyenek részt a közpolitika alakításában, hogy csökkentsék a TGNC embereket érő negatív rendszerszintű hatásokat, és elősegítsék a pozitív társadalmi változásokat. Javasoljuk, hogy a pszichológusok azonosítsák be és tegyék jobbá azokat a rendszereket, amelyekben erőszakra nyílik lehetőség; az oktatási, munkaügyi és lakhatási diszkriminációt; az egészségügyi ellátás elérhetetlenségét; más életfontosságú forrásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségét; és a TGNC emberek által tapasztalt rendszerszintű egyenlőtlenségek más formáit (ACA, 2010). Sok TGNC ember számára stresszforrás a sok akadály, az egyenlőtlen bánásmód és a testükkel és életükkel kapcsolatos bizalmas és privát információk kényszerű megosztása (Hendricks & Testa, 2012). Annak érdekében, hogy megfelelő személyazonosító okmányokat szerezzenek be, a TGNC embereknek sokszor bírósági végzést, műtéti beavatkozásról szóló igazolást és pszicho-

terápiából vagy pszichiátriáról származó diagnózist kell fölmutatniuk. A pszichológusok segíthetik a TGNC embereket azzal, hogy normalizálják az általuk kifejezett kimerültséget és traumatizáltságot a jogi rendszerek és előírások miatt; a TGNC embereknek az is javukra szolgálhat, ha iránymutatást kapnak az alternatív eljárási módokról, az önérvényesítésről vagy a fellebbezési lehetőségekről. Ha a TGNC személy úgy érzi, hogy nem biztonságos, ha önállóan próbálja érvényesíteni az érdekeit, a pszichológus együtt dolgozhat kliensével, hogy a közösségben megfelelő forrásokat tárjanak föl.

A pszichológus érezze át a nemi identitást elismerő személyazonossági iratok megszerzésének kihívásait, és azt, hogy az ilyen iratok megszerzése vagy megtagadása hogyan befolyásolhatja a szociális és lelki jóllétet, az egyén oktatáshoz és a munka világához való hozzáférését, a biztonságos lakhatás megszerzését, állami segélyek igénybevételét, diákhitel megszerzését és az egészségbiztosítási rendszer igénybevételét. Nagy segítséget nyújthat a pszichológusoknak, ha megértik, hogyan zajlik le a hivatalos névváltás, a nem megjelölésének megváltoztatása a személyazonosító okmányokon, vagy egyéb, a nemi azonosságnak megfelelő okmányok beszerzése. A pszichológusok fordulhatnak esetleg a National Centre for Transgender Equality-hez [Transznemű Egyenjogúság Országos Központja], a Sylvia Rivera Law Project-hez [Sylvia Rivera Jogi Projekt] vagy a Transgender Law Center-hez [Transznemű Jogi Központ] további információért a TGNC emberek személyazonosító okmányaival kapcsolatban.

A pszichológus esetleg dönthet úgy, hogy bekapcsolódik egy olyan szervezet munkájába, amelynek célja változtatni a törvényen és a közpolitikákon, hogy azok jobban védjék a TGNC emberek jogait és méltóságát. A pszichológusok tevékenykedhetnek helyi, állami, és szövetségi szinten, hogy támogassák a transz-affirmatív egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, az emberi jogokat a nemileg elkülönítetten működő intézményekben, vagy a közpolitika megváltoztatását a nemi identitást elismerő személyazonosító okmányok ügyében. Az intézményes keretek közt dolgozó pszichológusok kiterjeszthetik feladatkörüket, hogy a TGNC emberek támogatóiként lépjenek föl (Gonzalez & McNulty, 2010). Javasoljuk, hogy a pszichológusok írjanak olyan igazolásokat, amelyek elismerik a TGNC embereket és nemi identitásukat annak érdekében, hogy hozzájussanak a megfelelő ellátáshoz (pl. hormonkezeléshez).

Élethosszig tartó identitásfejlődés

8 NYOLCADIK IRÁNYELV

A nemüket megkérdőjelező[3], illetve TGNC fiatalokkal dolgozó pszichológusoknak meg kell érteniük a gyerekek és serdülők különböző fejlődési szükségleteit és azt, hogy nem minden fiatal tartja meg TGNC identitását felnőttkorára.

Indoklás

Sok gyereknél 3-4 éves kor között alakul ki a nemi identitás stabilitása (időbeli állandósága) (Kohlberg, 1966), ugyanakkor a nemi konzisztencia (annak felismerése, hogy a nem különböző helyzetekben is ugyanolyan marad) gyakran csak 4-7 éves korban jelentkezik (Siegal & Robinson, 1987). Azok a gyerekek, akik gender-nonkonformitást mutatnak óvodás- vagy kisiskolás korukban, nem feltétlenül követik ezt a fejlődési utat (Zucker & Bradley, 1995). A jelenlegi kutatások szerint a nemi diszfóriával diagnosztizált gyerekek 12-50%-ánál a születéskor kijelölt nemtől eltérő nemmel való azonosulás késő serdülőkorra és fiatal felnőttkorra is fennmaradhat (Drummond, Bradley, Peterson-Badaali, & Zucker, 2008; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Azonban számos kutatás azt a tényt, hogy a fiatalok 30-62%-a a kezdeti TGNC diagnózist követően nem tért vissza a klinikára orvosi beavatkozásokért, így

3 Az Irányelvek jelen fejezete megkülönbözteti a nemüket megkérdőjelező (gender questioning) fiatalokat a TGNC fiataloktól. A nemüket megkérdőjelező fiatalok megkérdőjelezhetik, vagy kereshetik nemi identitásukat, de még nem alakították ki TGNC identitást. Így tehát nem feltétlenül juthatnak hozzá olyan szolgáltatásokhoz, mint amilyeneket a TGNC fiatalok számára kínálnak. Azért vettük ide a nemüket megkérdőjelező fiatalokat, mert a nem megkérdőjelezése TGNC identitáshoz vezethet.

nemi identitásuk ismeretlen lehet, úgy értelmezte, hogy náluk nem maradt fent a születéskor kijelölt nemtől eltérő nemmel való azonosulás (Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2008a). Így e kutatásokkal kapcsolatban felmerül annak komoly veszélye, hogy túlbecsülik azon fiatalok számát, akiknél a TGNC identitás nem marad fenn. Más kutatások ezzel szemben arra utalnak, hogy azok a gyerekek, akik erősen azonosulnak a születésükkor kijelölttől eltérő nemmel, hajlamosabbak nemi azonosulásukat serdülőkorukra is megtartani (Steensma et al., 2013), és amikor a nemi diszfória gyerekkortól kezdve serdülőkoron át fennmarad és erősödik, a hosszútávú TGNC azonosulás valószínűsége nő (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2011; Steensma et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker, 2008b). Azok a nemüket megkérdőjelező gyerekek, akiknél ez nem marad fenn, később nagyobb valószínűséggel azonosíthatják magukat melegként vagy leszbikusként, mint a nemüket nem megkérdőjelező gyerekek (Bailey & Zucker, 1995; Drescher, 2014; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

A szakirodalom egyértelműen megkülönbözteti a TGNC, illetve a nemüket megkérdőjelező gyerekek és serdülők kezelését. Mivel bizonyított, hogy nem minden gyerek tartja meg TGNC identitását serdülő- vagy felnőttkorára, és mivel a TGNC gyerekekkel való munka egyetlen megközelítését sem validálták megfelelően empirikusan, nem létezik konszenzus a prepubertásban levő gyerekekkel kapcsolatos jó gyakorlatot illetően. Az előnyben részesítendő kezelési megközelítéssel kapcsolatos konszenzus hiánya, legalábbis részben származhat a TGNC és nemüket megkérdőjelező fiatalok kezelésének optimális kimenetelével kapcsolatos különböző elképzelésekből (Hembree et al., 2009). Két különböző megközelítés létezik a gyerekkori nemi identitással kapcsolatos kérdések tekintetében (Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Wallace & Russell, 2013), illetve néhány szerző az egyik megközelítés további felosztásával három megközelítést említ (Byne et al., 2012; Drescher, 2014; Stein, 2012).

Az egyik megközelítés a gyerekek által kifejezett nemi identitás elfogadására és annak megerősítésére bátorít. Ez magában foglalhatja a gyerekek támogatását a kívánt társadalmi nemi szerepbe való átmenetben és az orvosi átmenet megkezdésében, amikor testük fizikailag érett lesz rá, illetve annak megengedését, hogy a gyerek nemi identitása szabadon kibontakozzon, anélkül, hogy meghatározott kimenetelt várnánk (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Edwards-Leeper & Spack, 2012; Ehrensaft, 2012; Hidalgo et al., 2013; Tishelman et al., 2015). Az e megközelítést használó klinikusok hisznek abban, hogy az identitás szabad felderítése és annak támogatása segít a gyerekeknek megküzdési stratégiák és érzelmi eszközök kialakításában, így képesek lesznek egy pozitív TGNC identitást integrálni, amennyiben a nemük megkérdőjelezése fennmaradna (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

A második megközelítésben a gyerekeket arra bátorítják, hogy fogadják el adott testüket, és hangolódjanak rá a számukra kijelölt nemi szerepre. Ez magában foglalja a gyerek születéskor kijelölt neméhez illeszkedő viselkedések és attitűdök megerősítését és támogatását a pubertás beállta előtt (Zucker, 2008a; Zucker, Wood, Singh, & Bradley, 2012). Az e megközelítést használó klinikusok abban hisznek, hogy a többszöri orvosi beavatkozások és a TGNC emberként megélt élet egy olyan világban, amely stigmatizálja a gender-nonkonformitást, kevésbé kívánatos kimenetel, mint az, ha elősegítjük, hogy a gyerekek boldogan tudjanak azonosulni születéskor kijelölt nemükkel (Zucker et al., 2012). Nincs konszenzus a tekintetben, hogy ez a megközelítés hasznot hoz-e (Zucker, 2008a; Zucker et al., 2012) vagy kárt okoz, illetve pszichológiai nehézséghez vezet (Hill et al., 2010; Pyne, 2014; Travers et al., 2012; Wallace & Russell, 2013). A World Professional Association for Transgender Health (Szakmai Világszervezet a Transznemű Egészségért) által kiadott irányelvek („Standards of Care") azokat a gyerekek és serdülők számára nyújtott pszichológiai intervenciókat, melyeknek „célja a nemi identitás és önkifejezés megváltoztatása, hogy az a születéskor kijelölt nemmel minél inkább kongruenssé váljon", etikátlannak minősíti (Coleman et al., 2012, 175). Remélhetőleg a jövő kutatásai fejlettebb iránymutatással szolgálhatnak a gyakorlat e területén (AACAP, 2012; Malpas, 2011).

Jóval nagyobb konszenzus tapasztalható a serdülőkkel való gyakorlatra vonatkozóan. A nemi identitással kapcsolatos kérdésekkel jelentkező serdülők sajátos kihívást jelentenek. Ide tartozhat a gender-nonkonformitás késői indulású (vagyis posztpubertásban való) megjelenése a gender-nonkonformitás vagy a nem megkérdőjelezésének gyermekkori előzménye nélkül (Edwards-Leeper & Spack, 2012). A klinikai képet tovább bonyolítja, hogy sok, saját nemét megkérdőjelező serdülő társult pszichológiai problémákat is mutat, például öngyilkossági gondolatokat, önbántalmazó magatartást (Liu & Mustanski, 2012; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010), drog- vagy alkoholhasználatot (Garofalo et al., 2006) és autizmus spektrumzavart (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berkelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010; Jones et al., 2012). Továbbá a serdülők erősen fókuszálhatnak vágyaik azonnali beteljesülésére, így ha bármilyen akadállyal kell szembenézniük azon orvosi kezelések igénybevételével kapcsolatban, melyektől jobbulást remélnek, s melyekre jogosultnak érzik magukat, az frusztrációjuk és haragjuk nyílt kifejezését eredményezheti (Angello, 2013; Edwards-Leeper & Spack, 2012). A sürgető szükségletekre való erős fókusz veszélyeztetheti annak biztosítékát, hogy a serdülők kognitív és érzelmi szempontból képesek meghozni egy életreszóló döntést – megváltoztatni nevüket vagy nemi jegyeiket, elkezdeni a hormonterápiát (ami befolyásolhatja termékenységüket) vagy műtétet igényelni.

Mindazonáltal abban nagyobb a konszenzus, hogy a serdülők számára kidolgozott kezelések célja megerősíteni a serdülők nemi identitását (Coleman et al., 2012). A serdülők részére elérhető kezelési lehetőségek a társadalmi eszközök mellett az orvosi beavatkozásokkal is bővülnek. Egy bizonyos orvosi beavatkozásnál a pubertást elnyomó gyógyszereket vagy „blokkolókat" (GnRH

analóg) alkalmaznak: ez olyan reverzibilis orvosi beavatkozás, melyet megfelelően szűrt nemi diszfóriás serdülőknél alkalmaznak a pubertás késleltetésére (Coleman et al., 2012; de Vries et al., 2014; Edwards-Leeper, & Spack, 2012). Életkorukhoz mérten a serdülők számára egyéb orvosi beavatkozások is elérhetővé válhatnak, és gyakran kérnek fel pszichológusokat annak felmérésére, hogy tanácsolhatók-e ilyen eljárások (Coleman et al., 2012).

Alkalmazás

A TGNC és nemüket megkérdőjelező fiatalokkal dolgozó pszichológusokat arra bátorítjuk, hogy rendszeresen tekintsék át a legfrissebb szakirodalmat e területen, felismerve, hogy a gyerekek és serdülők számára kidolgozott különböző kezelési megközelítések lehetséges hasznáról és kockázatáról csak korlátozott számú kutatás érhető el. Bátorítjuk a pszichológust, hogy egyértelmű információkat kínáljon a szülők és gondviselők számára az elérhető kezelési megközelítésekről, függetlenül a pszichológus által választott konkrét megközelítéstől. A TGNC és nemüket megkérdőjelező gyerekek és fiatalok számára a pszichológusok olyan ellátást nyújtsanak, ami empirikusan validált szakirodalomra épül (amennyiben elérhető ilyen), felismerve, hogy a pszichológusok értékei és elképzelései hatással lehetnek a kezelési megközelítés kiválasztására (Ehrbar & Gorton, 2010). A pszichológusok tartsák szem előtt: az, amit egy fiatal és/vagy szülő vár egy terápiás kapcsolattól, nem feltétlenül esik egybe a klinikus megközelítésével (Brill & Pepper, 2008). Azokban az esetekben, amikor a fiatal és/vagy szülő a klinikustól eltérően határozza meg a kívánt kezelési kimenetelt, a klinikus részéről klinikailag nem feltétlenül megfelelő folytatni a munkát a fiatallal és a családdal, és alternatív lehetőségeket is érdemes megfontolnia, ideértve a továbbküldés lehetőségét. Előfordul, hogy a pszichológusok olyan családi rendszerekben lavíroznak, ahol a fiatalok és gondviselőik különböző kezelési kimeneteleket akarnak

(Edwards-Leeper & Spack, 2012). Bátorítjuk a pszichológusokat, hogy körültekintően reflektáljanak a nemi identitás fejlődésével kapcsolatos személyes értékeikre és elképzeléseikre, kapcsolódva az elérhető kutatási eredményekhez, és klinikai döntéseikben mindig a gyerek vagy serdülő érdekét helyezzék előtérbe.

Mivel a gender-nonkonformitás különösen fiatal gyerekeknél lehet átmeneti, a pszichológus feladata lehet az, hogy a gyerekeket és családjaikat a felfedezés és önmeghatározás folyamatán keresztül kísérje, támogassa (Ehrenshaft, 2012). Továbbá a pszichológus információkat nyújthat a szülőknek a gyerek nemi identitásának lehetséges hosszú távú kimeneteleiről, ideértve az elérhető orvosi beavatkozásokat azon serdülők számára, akiknél a TGNC azonosulás fennmarad (Edwards-Leeper & Spack, 2012).

A serdülőkkel dolgozó pszichológusoknak fontos felismerniük, hogy bizonyos TGNC serdülők élettörténetében sem saját beszámolójuk, sem családi megfigyelések alapján nem található jelentős gyermekkori gender-nonkonformitás vagy nemi diszfória (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Néhányan ezek közül a serdülők közül talán az elutasítástól való félelem, az összezavarodottság, a nemi identitás és a szexuális orientáció összemosása miatt, vagy azért tartották vissza gender-nonkonform érzéseiket, mert nem ismerték annak lehetőségét, hogy valaki TGNC személyként határozza meg önmagát. Ezeknek a kamaszoknak a szülei további segítséget igényelhetnek gyermekeik megértéséhez és támogatásához, tekintve, hogy a nemi diszfória késői indulása és a TGNC identitás váratlan meglepetésként érheti őket. Ilyen esetekben gyakran ajánlható, hogy még lassabban és óvatosabban haladjunk (Edwards-Leeper & Spack, 2012). Mivel a serdülők gyakran erősen fókuszálnak sürgető vágyaikra, és hevesen reagálhatnak, ha késleltetést vagy akadályoztatást észlelnek, bátorítjuk a pszichológusokat, hogy egyfelől ismerjék el ezeket az aggodalmakat és a folyamaton való gyors áthaladás vágyát, de ezzel párhuzamosan maradjanak megfontoltak és körültekintőek a kezelésben. A serdülőknek és családjaiknak

támogatásra lehet szükségük a nemi identitáshoz és annak fejlődéséhez kapcsolódó ellentmondásosság és bizonytalanság elfogadásában (Brill & Pepper, 2008). Fontos, hogy teret hagyjunk ennek a folyamatnak.

A hosszú ideje gender-nonkonformitást mutató serdülők esetében a pszichológusok feladata lehet tájékoztatni a szülőket arról, hogy a serdülő választott nemi identitása nagy valószínűséggel tartós marad (de Vries et al., 2011). Ezeknek a serdülőknek a klinikai szükségletei különbözhetnek azokétól, akik nemi identitásuk felfedezésének vagy megkérdőjelezésének kezdeti fázisában vannak. Arra buzdítjuk a pszichológusokat, hogy készítsenek egy átfogó értékelést, és bizonyosodjanak meg arról, hogy a serdülő és a család készen áll a továbblépésre, egyszersmind kerüljék azok fölösleges feltartóztatását, akik készek a következő szintre lépni.

A TGNC és nemüket megkérdőjelező fiatalokkal dolgozó pszichológusokat bátorítjuk arra, hogy tájékozódjanak a serdülők számára elérhető orvosi beavatkozásokról (pl. pubertást elnyomó gyógyszerek, hormonterápia), és működjenek együtt az orvosokkal, hogy megfelelő ellátást tudjanak biztosítani a kliensek részére. Mivel a pszichoszociális vonatkozásoknak köszönhetően javallott egy tájékozott mentálhigiénés szakember bevonása, és ez gyakran az orvosi kezelés megkövetelt része is (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009), a pszichológusok gyakran meghatározó szerepet játszhatnak ennek a folyamatnak a támogatásában.

A pszichológusok bátoríthatják a szülőket és gondviselőket, hogy életkoruknak megfelelő módon vonják be a fiatalokat az oktatásukat, egészségügyi ellátásukat és kortárs közösségüket érintő döntések meghozatalába, tekintve, hogy ezek kapcsolódnak a gyermekek és serdülők nemi identitásához és nemi önkifejezéséhez (Ryan, Russell, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2010). Javasoljuk, hogy a pszichológusok képezzék magukat a gyermekkori és serdülőkori társadalmi nemváltás előnyeiről és hátrányairól, és vitassák meg ezeket a tényezőket mind fiatal klienseikkel, mind azok szüleivel.

Rendkívül fontos hangsúlyozni a szülők felé: engedjék meg gyermeküknek azt a szabadságot, hogy bármely ponton visszatérjen egy, a születéskor kijelölt nemével megegyező vagy egy másik nemi identitáshoz, hiszen a kutatások azt sugallják, hogy nem minden, fiatalon gender-nonkonform gyermek fog végül a születéskor kijelölttől eltérő nemi identitást kialakítani (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). A pszichológus ismerje el és térképezze fel, milyen félelmet és terhet jelent a szülők és gondviselők számára az, hogy gyermekkorú vagy serdülő gyermekük egészségéről kell döntést hozniuk (Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006). A szülők és a gondviselők profitálhatnak egy olyan támogató környezetből, ahol megbeszélhetik elszigeteltség-érzésüket, feltárhatják az általuk megélt veszteséget és fájdalmat, kifejezhetik haragjukat és frusztrációjukat az őket és gyermeküket nem tisztelő vagy diszkrimináló rendszerekkel szemben, és megtanulhatják, hogyan kommunikáljanak másokkal gyermekük nemi identitásáról vagy nemi önkifejezéséről (Brill & Pepper, 2008).

KILENCEDIK IRÁNYELV 9

A pszichológusok törekedjenek megérteni a TGNC idősek által tapasztalt sajátos kihívásokat és az általuk kifejleszthető rezilienciát.

Indoklás

Kevés kutatás irányult a TGNC idősekre, sok feltárnivalót hagyva ezzel a TGNC emberek ezen életszakaszáról (Auldridge, Tamar-Mattis, Kennedy, Ames, & Tobin, 2012). A születéskor kijelölt nemre épülő nemiszerep-viselkedések és elvárások szocializációját, valamint annak mértékét, hogy a TGNC személy mennyire ragaszkodik ezekhez a társadalmi standardokhoz, meghatározza,

hogy az egyén hány éves korában határozza meg magát TGNC-ként, hány évesen bújik elő vagy megy át a társadalmi és/vagy orvosi nemváltáson (Birren & Schaie, 2006; Bockting & Coleman, 2007; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2010; Nuttbrock et al., 2010; Wahl, Iwarsson, & Oswald, 2012), és melyik generációs kohorszhoz tartozik (pl. 1950 vagy 2010; Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

A TGNC idősek akár évtizedekkel az orvosi vagy társadalmi nemváltásuk után is azokkal az uralkodó nemiszerep-elvárásokkal azonosulhatnak, melyek az átmenetük idején léteztek (Knochel, Croghan,Moore, & Quam, 2011). Az 1980-as évek előtt a TGNC embereket arra buzdították a szakemberek, hogy az átmenet után ciszneműként és heteroszexuálisként illeszkedjenek be a társadalomba, és kerüljék más TGNC emberek társaságát (Benjamin, 1966; Green & Money, 1969; Hastings, 1974; Hastings & Markland, 1978). Még azok a TGNC idősek is, akik fiatalabb korukban szívesen meséltek másoknak TGNC identitásukról, életük későbbi szakaszában úgy dönthetnek, hogy nem tárják fel identitásukat mások előtt (Ekins & King, 2005; Ippolito & Witten, 2014). Az idősek vonakodása, hogy TGNC identitásukat mások előtt feltárják, származhat a fizikai sérülékenység érzéséből vagy abból, hogy jobban rá vannak utalva másokra, akik diszkriminálhatják őket, vagy rosszul bánhatnak velük nemi identitásuk miatt (Bockting & Coleman, 2007), főleg ha az idős személy intézményes környezetben él (pl. lakóotthonban, idősek otthonában), és számos mindennapi szükségletében másokra utalt (Auldridge et al., 2012). A TGNC időseknél továbbá nagyobb a depresszió, az öngyilkossági gondolatok és a magány kockázata leszbikus, meleg, biszexuális (LMB) idősekkel összehasonlítva (Auldridge et al., 2012; Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

A Transgender Law Center (Transznemű Jogi Központ) felmérése a TGNC és LMB idősek körében rosszabb anyagi helyzetet talált, mint a fiatalabb kohorszoknál, annak ellenére, hogy az életkori csoportjukban magasabb volt az iskolázottságuk az átlagpopulációhoz viszonyítva (Hartzell, Frazer, Wertz, & Davis, 2009). Kérdőíves felmérések feltárták továbbá, hogy a TGNC időseket csak ritkán és megszakításokkal foglalkoztatják, gyakran diszkrimináció következtében (Auldridge et al., 2012; Beemyn & Rankin, 2011; Factor & Rothblum, 2007). A múltban a stabil karrierrel rendelkező TGNC embereket a szakemberek néha arra bátorították, hogy találjanak új hivatást vagy állást, hogy elkerüljék a munkahelyen történő nemváltást vagy azt, hogy TGNC-ként azonosítsák őket, és ez olykor jelentős veszteséghez vezetett a bevételük és szakmai identitásuk terén (Cook-Daniels, 2006). A foglalkoztatás akadályozottsága növelheti a gazdasági egyenlőtlenséget, aminek következtében a TGNC időseknek nagyobb szüksége lehet támogatott lakhatásra és egyéb szociális szolgáltatásokra (National Center for Transgender Equality, 2012; Services and Advocacy for GLBT Elders & National Center for Transgender Equality, 2012).

A TGNC idősek akadályokba ütközhetnek a fizikai, gazdasági vagy érzelmi jóllétüket támogató források megtalálásában vagy elérésében. Visszatarthatja őket a társadalombiztosítási juttatások kérvényezésétől az a félelem, hogy kiderül TGNC identitásuk (Hartzell et al., 2009). Egy TGNC idős ember esetleg igyekszik elkerülni az egészségügyi ellátást, ami megnöveli annak valószínűségét, hogy később fokozottabb egészségügyi ellátást igényel (pl. házi ápolás, lakóotthon, idősek otthona), mint cisznemű kortársai (Hartzell et al., 2009; Ippolito & Witten, 2014; Mikalson et al., 2012). Az idősotthonok és lakóotthonok ritkán érzékenyek a TGNC idősek egyedi egészségügyi szükségleteire (National Senior Citizens Law Center, 2011). Egyes TGNC személyek, akik lakóközösségbe, lakóotthonba, vagy hosszútávú ellátást biztosító intézménybe költöznek, úgy érezhetik, hogy vissza kell térniük a nemváltásból, és születéskor kijelölt nemükhöz illeszkedniük, hogy elkerüljék a többi lakó és a személyzet általi diszkriminációt és zaklatást (Ippolito & Witten, 2014).

Az idősebb életkor egyszerre elősegítheti és nehezítheti a nemi átmenethez kapcsolódó orvosi beavatkozásokat. Azoknál a TGNC embereknél, akik a hormonterápiát életük későbbi szakaszában kezdik, az átmenet gördülékenyebb lehet a hormonszintek csökkenésének köszönhetően, ami az öregedés természetes része (Witten & Eyler, 2012). Az életkor továbbá a TGNC idősek nemi helyreállító műtétekkel kapcsolatos döntéseit is befolyásolhatja, különösen, ha olyan testi állapotban vannak, ami jelentősen megnövelheti a műtéttel vagy felépüléssel járó kockázatot.

Sokat írtak a traumát elszenvedett idősek rezilienciájáról (Fuhrmann & Shevlowitz, 2006; Hardy, Concato, & Gill, 2004; Mlinac, Sheeran, Blissmer, Lees, & Martins, 2011; Rodin & Stewart, 2012). Bár néhány TGNC idős személy jelentős pszichológiai traumát élt át nemi identitásához kapcsolódóan, néhányan egyszersmind rezilienssé váltak, és a megpróbáltatásokkal való megküzdés hatékony módjait alakították ki (Fruhauf & Orel, 2015). Annak ellenére, hogy számos helyi közösségben az LMBTQ személyeket támogató vallásos szervezetek csak korlátozott mértékben elérhetők, a TGNC idősek jobban kihasználják az ilyen lehetőségeket, mint cisznemű kortársaik (Porter et al., 2013).

Alkalmazás

Bátorítjuk a pszichológusokat, hogy tájékozódjanak a TGNC idősek bio-pszicho-szociális szükségleteiről, hogy az esetek értelmezésekor és a kezelés megtervezésekor a pszichológiai, szociális és orvosi vonatkozásokat is figyelembe vehessék. Sok TGNC idős ember társadalmilag elszigetelt. Az elszigeteltség oka lehet a kapcsolati háló elvesztése elhalálozások vagy a TGNC identitás feltárásának következményeként. A pszichológusok segíthetik a TGNC időseket olyan új kapcsolati hálók kialakításában, melyek támogatják és értékelik TGNC identitásukat, miközben azon is dolgozhatnak, hogy a meglévő családi és baráti kapcsolatokat erősítsék a TGNC identitás feltárását követően. A TGNC idősek különlegesen értékesnek találhatják a kapcsolatot kortársaikkal és olyanokkal, akik hasonló előbújási tapasztalatokkal rendelkeznek. A pszichológusok bátoríthatják a TGNC időseket, hogy derítsék fel, miként tudják támogatni és fejleszteni a fiatalabb TGNC generációk rezilienciáját, ezáltal megteremtve a generativitás (Erikson, 1968) és a segítés élményét, miközben új támogató kapcsolatokat építenek. A TGNC idősekkel dolgozó pszichológusok segíthetik őket rezilienciájuk forrásainak felismerésében, és bátoríthatják őket, hogy kapcsolódjanak közösségeikhez, és vállaljanak ott aktív szerepet (Fuhrmann & Craffey, 2014).

Azoknak a TGNC időseknek, akik azt választották, hogy nem tárják fel nemi identitásukat, a pszichológusok segítséget nyújthatnak a szégyen, bűntudat vagy az internalizált transzellenes előítéletek kezelésében, és megerősíthetik bennük, hogy minden embernek szabadságában áll megválasztani feltárulkozásának mintázatát. A klinikai pszichológusnak fontos megerősítést és empátiát nyújtania akkor is, ha az idős TGNC személy elkerüli a nemi identitás bármilyen feltárását, és erősen a ciszneműként történő elvegyülésre fókuszál.

Azok a TGNC idősek, akik úgy döntenek, idősebb felnőttkorukban mennek keresztül orvosi vagy társadalmi nemváltáson, transzellenes előítéleteket tapasztalhatnak olyan emberektől, akik megkérdőjelezik az idősebb korban történő nemváltás értékét, vagy úgy hiszik, ezek az idős emberek nem elég elkötelezettek az átmenetükben vagy a TGNC identitásban, tekintve, hogy hosszú ideig vártak vele (Auldridge et al., 2012). A TGNC idős emberek egy része bánkódhat az elvesztegetett idő és az elszalasztott lehetőségek felett. A pszichológusok megerősíthetik az időseket abban, hogy bármilyen életkorban előbújhatnak, nemet válthatnak, illetve új nemi identitást vagy nemi önkifejezést alakíthatnak ki, felismerve, hogy az ilyen választások a TGNC idősek életének korábbi szakaszában esetleg sokkal kevésbé voltak elérhetők vagy megvalósíthatók.

A pszichológusok a TGNC idősek szükségleteinek megfelelően segíthetik a lakóközösségekben, lakóotthonokban vagy hosszútávú ellátást biztosító intézményben történő elhelyezést, a tiszteletteljes kommunikáción és a nemi identitás és nemi önkifejezés megerősítésén keresztül. A pszichológusok a hospice ellátórendszerben is dolgozhatnak TGNC emberekkel, hogy egy olyan tervet alakítsanak ki eltávozásukra vonatkozóan, ami tiszteletben tartja az egyén kívánságait nemi identitásának feltárásával kapcsolatban haldoklásuk során és halálukat követően.

Diagnózis, terápia és beavatkozás

10

TIZEDIK IRÁNYELV

A pszichológusnak törekednie kell annak megértésére, hogy a mentális egészséggel kapcsolatos problémák olykor, de nem feltétlenül kapcsolódnak a TGNC személyek nemi identitásához, illetve az általuk átélt kisebbségi stressz pszichológiai hatásaihoz.

Indoklás

A TGNC személyek pszichológushoz fordulhatnak a nemükhöz kapcsolódó gondjaikkal, egyéb, mentális egészséggel kapcsolatos problémáikkal, vagy mindkettővel. A TGNC személyek által tapasztalt mentális egészségi problémák egyes esetekben kapcsolatban állnak a személy nemi identitásával, és/vagy megnehezíthetik a nemükkel kapcsolatban felmerülő problémák felmérését és kezelését. Előfordul, hogy nincs kapcsolat a személy nemi identitása és a párhuzamosan felbukkanó probléma között (pl. depresszió, PTSD, szerhasználat). Más esetekben a TGNC identitás mentális egészségi problémákhoz vezethet, vagy hozzájárulhat azok megjelenéséhez, akár közvetlenül (nemi diszfória), akár közvetve a kisebbségi stressz és az elnyomás hatására (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, I., 1995, 2003). Nagyon ritka esetben előfordulhat, hogy egy párhuzamosan jelen lévő probléma nemi diszfóriának tűnik (pl. egy pszichotikus folyamat, mely torzítja a személy saját nemére vonatkozó észlelését; Baltieri & De Andrade, 2007; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller & Delsignore, 2004).

Függetlenül az etiológiai összefüggés jelenlététől vagy hiányától, a nemi identitás befolyásolhatja, hogy a TGNC személy miként

tapasztal meg egy párhuzamos mentális egészségi problémát, és/vagy a mentális probléma befolyással lehet a személy nemi identitására, illetve nemi önkifejezésére. Például egy étkezési zavar kapcsolódhat a TGNC személy nemmel kapcsolatos önkifejezéséhez (pl. a testalkat vagy a menstruáció szabályozását szolgáló merev étkezési szokások kapcsolatban lehetnek a nemi identitással vagy nemi diszfóriával; Ålgars, Alanko, Santilla & Sandnabba, 2012; Murray, Boon & Touyz, 2013). Az autizmus spektrumzavar jelenléte befolyásolhatja a TGNC személy nemi identitásának artikulációját és explorációját (Jones et al., 2012). Abban az esetben, amikor a nemi diszfória hozzájárul a mentális egészségi problémák kialakulásához, az előbbi kezelése enyhítheti az utóbbiak súlyosságát (Keo-Meier et al., 2015).

A mentális egészségi problémák előfordulása és a TGNC személyek által megtapasztalt kisebbségi stressz pszichológiai következményei között szintén van összefüggés. Tekintve, hogy a TGNC személyek mind fizikai és szexuális erőszakkal (Clements-Nolle et al., 2006; Kenagy & Bostwick, 2005; Lombardi, Wilchins, Priesing & Malouf, 2001; Xavier et al., 2005), mind általános zaklatással és diszkriminációval (Beemyn & Rankin, 2011; Factor & Rothblum, 2007), mind pedig munkahelyi és lakhatási diszkriminációval (Bradford et al., 2007) szembesülnek, gyakran magas szintű kisebbségi stresszt tapasztalnak meg. Több tanulmány igazolta, hogy a kisebbségi stressznek igen komoly negatív pszichológiai következményei lehetnek: többek között öngyilkossági fantáziák és kísérletek (Center for Substance Abuse Treatment, 2012; Clements-Nolle et al., 2006; Cochran & Cauce, 2006; Nuttbrock et al., 2010; Xavier et al., 2005), illetve befejezett öngyilkosságok (Dhejne et al., 2011; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). Újabb kutatások összefüggéseket mutattak ki a külső stresszforrások és a pszichológiai distressz között (Bockting et al., 2013; Nuttbrock et al., 2010), ideértve az öngyilkossággal kapcsolatos fantáziákat, öngyilkossági kísérleteket és az önbántalmazást (Dickey, Reisner, & Juntunen, 2015; Goldblum et al., 2012; Testa et al., 2012).

A kisebbségi stressz modellje figyelembe veszi a stigmával kapcsolatos stressz negatív mentális egészségi következményeit, illetve azon folyamatokat, melyeken keresztül a stigmatizált csoport tagjai reziliensebbek és ellenállóbbak lehetnek a stressz negatív következményeivel szemben (Meyer, 1995, 2003). Noha a kisebbségi stressz modellt eredetileg a szexuális orientáció és a mentális problémák összefüggésére alkották meg, a modellt a TGNC populációra is adaptálták (Hendricks & Testa, 2012).

Alkalmazás

A stresszhez köthető mentális egészségi problémák magasabb kockázata miatt javasolt a pszichológus számára, hogy egy differenciáldiagnózist is tartalmazó alapos diagnosztikus felmérést készítsen, amennyiben TGNC személyekkel dolgozik (Coleman et al., 2012). Figyelembe véve a mentális egészségi problémák tünetei és a nemi identitás, illetve nemi önkifejezés között fennálló bonyolult összefüggéseket, nem javallott sem figyelmen kívül hagyni a TGNC személy által tapasztalt pszichés problémákat, sem pedig tévesen a nemi identitás és a nemi önkifejezés következményének tulajdonítani azokat. Nem szabad meggondolatlanul arra a következtetésre jutni, hogy a gender-nonkonformitás vagy diszfória egy megbúvó pszichotikus folyamat eredménye, mivel az ilyen jellegű etiológiai összefüggés meglehetősen ritka.

Amennyiben egy TGNC személy az egészségügyi ellátáson belül szeretne nemet váltani, a folyamatnak általában része egy pszichoszociális felmérés (Coleman et al., 2012). Egy átfogó és kiegyensúlyozott felmérés általában nemcsak a személy transzellenes előítéletekkel és diszkriminációval kapcsolatos tapasztalatait, az ezekhez kapcsolódó internalizált üzeneteket és a jövőbeli viktimizálódással és elutasítással kapcsolatos elképzeléseit vizsgálja (Coolhart, Provancher, Hager, & Wang, 2008), hanem a megküzdési stratégiákat és az ellenállás forrásait is (Hendricks & Testa, 2012; Singh et al.,

2011). A TGNC személy nemi identitásával és annak kifejezésével kapcsolatos negatív életesemények vizsgálata segítheti a pszichológust a stressz és a diszkrimináció következményeinek megértésében, és segíthet elkülöníteni őket a meglévő és esetlegesen ezektől független mentális problémáktól. Ehhez hasonlóan, amikor a TGNC személy olyan problémával jelentkezik, mely nem a nemével kapcsolatos, az alapos felmérés ugyanúgy figyelembe veszi a személy saját nemi identitására és annak kifejezésére vonatkozó tapasztalatait, ideértve a diszkriminációt is, ahogyan minden más potenciálisan traumatikus korábbi tapasztalatot, egészségügyi problémákat, segítő szakemberekkel kapcsolatos korábbi élményeket, kiemelkedő jövőbeli célokat és az identitás fontos aspektusait. A TGNC személy által a transzellenes diszkrimináció elkerülésére alkalmazott stratégiák ugyanúgy lehetnek erőforrások, melyek segítségével megbirkózhat a kihívásokkal, mint stresszforrások, melyek további akadályokat gördítenek fejlődése útjába.

A pszichológusnak segítenie kell a TGNC személyeket annak megértésében, hogy az általuk megélt kisebbségi stressz és diszkrimináció milyen mértékű hatással van rájuk, ideértve az önmagukkal, illetve TGNC identitásukkal kapcsolatos internalizált negatív attitűdöket is (Hendricks & Testa, 2012). Ennek segítségével a kliensek jobban megérthetik pszichés tüneteik eredetét, és normalizálhatják a TGNC létükhöz kapcsolódó egyenlőtlenségekre és diszkriminációra adott válaszaikat. A kisebbségi stressz modell azonosítja az ellenállás potenciális forrásait is. A TGNC személyek ellenállóbbakká válhatnak azáltal, hogy más TGNC személyekkel lépnek kapcsolatba, akik információval szolgálhatnak a transzellenes előítéletek kezeléséről, illetve hozzáférést biztosíthatnak a szükséges ellátáshoz és erőforrásokhoz (Singh et al., 2011). A TGNC személyeknek segítségre lehet szüksége ahhoz, hogy olyan társas támogató környezetet teremthessenek, mely elősegíti az ellenállás megerősödését, illetve a transzellenes előítéletek és diszkrimináció káros hatásaival szembeni megküzdést (Singh & McKleroy, 2011).

A feminizáló vagy maszkulinizáló hormonterápia mind negatív, mind pozitív irányba befolyásolhatja a meglévő hangulati rendellenességeket (Coleman et al., 2012). A pszichológus segítheti a hormonterápia kezdeti szakaszában levő TGNC személyt abban, hogy alkalmazkodjon az érzelmei megélésében bekövetkezett természetes változásokhoz. Például azon transznemű nők, akik ösztrogént és anti-szteroidokat szednek, a megszokottnál több érzelmet élhetnek át, vagy azon transznemű férfiak, akik tesztoszteront szednek, magasabb libidót és stresszes szituációkban szélsőségesebb érzelmeket tapasztalhatnak. Ezek a változások normalizálhatóak azáltal, hogy a cisznemű nők és férfiak által a pubertáskorban megélt érzelmi szélsőségekhez hasonlítjuk őket. A TGNC személyek egy része képes meglévő megküzdési stratégiái adaptálására, míg másoknak segítségre lehet szükségük további képességek kifejlesztéséhez (pl. érzelemszabályozás, asszertivitás). Arra biztatjuk az olvasót, hogy forduljon a World Professional Association for Transgender Health „Standards of Care” c. kiadványához, amely részletesen tárgyalja, hogy a hormonterápia milyen hatással lehet a TGNC személy hangulatára, érzelmeire és viselkedésére (Coleman et al., 2012).

TIZENEGYEDIK IRÁNYELV 11

A pszichológus ismerje fel, hogy a TGNC személyek nagyobb valószínűséggel élnek meg pozitív változásokat, ha társas támogatásban vagy transz-affirmatív ellátásban részesülnek.

Indoklás

A kutatási eredmények szerint a terápiának rendszerint pozitív kimenetele van, amennyiben a TGNC felnőttek és serdülők TGNC-affirmatív egészségügyi és/vagy pszichológiai kezelésben részesülnek

(pl. pszichoterápia, hormonkezelés, műtétek; Byne et al., 2012; Carroll, 1999; Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal, & Gooren, 2008; Davis & Meier, 2014; De Cuypere et al., 2006; Gooren, Giltay, & Bunck, 2008; Kuhn et al., 2009), noha a mintavétel nagysága általában kicsi, és nincs lakossági mintán alapuló mérés. A TGNC felnőttek és serdülők hormonkezeléséről szóló irodalom egyik metaelemzése szerint a résztvevők 80%-a számolt be javuló életminőségről, csökkenő nemi diszfóriáról és negatív pszichológiai tüneteik csökkenéséről (Murad et al., 2010).

Ezen felül azok a TGNC személyek, akik társas támogatásban részesülnek nemi identitásukkal és annak kifejezésével kapcsolatban, jelentősebb pozitív változásokról és életminőség-növekedésről számoltak be (Brill & Pepper, 2008; Pinto, Melendez, & Spector, 2008). Számos kutatás indikálja, hogy a TGNC felnőttek és serdülők család általi elfogadottsága a negatív kimenetelek (pl. depresszió, öngyilkosság, HIV-kockázatnak kitevő viselkedésformák, fertőzés) csökkenő arányával jár együtt (Bockting et al., 2013; Dhejne et al., 2011; Grant et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012; Ryan, 2009). A család támogatása szintén erős védőfaktor TGNC felnőttek és serdülők esetében (Bockting et al., 2013; Moody & Smith, 2013; Ryan et al., 2010). A TGNC személyek azonban gyakran szembesülnek explicit vagy rejtett transzfób előítéletekkel, diszkriminációval, szélsőséges esetekben erőszakkal a családon belül (Bradford et al., 2007). Az ilyen családi elutasítás a HIV-fertőzés, öngyilkosság, börtönbe kerülés és hajléktalanság gyakoribb előfordulásával jár együtt TGNC felnőtteknél és serdülőknél (Grant et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012). A család általi elutasítás és a kisebb mértékű társas támogatás szoros korrelációt mutat a depresszióval (Clements-Nolle et al., 2006; Ryan, 2009). Számos TGNC személy keres támogatást kortárs kapcsolatokban, választott családokban és olyan közösségekben, ahol nagyobb eséllyel találkozik elfogadással (Gonzalez & McNulty, 2010; Nuttbrock et al., 2009). Más TGNC személyek támogatása moderáló tényezőnek bizonyult a transzellenes diszkrimináció és a mentális egészség között, mégpedig oly módon, hogy a magasabb szintű társas támogatás jobb mentális egészséggel társul (Bockting et al., 2013). Egyes TGNC személyek számára a vallásos és spirituális közeg által nyújtott támogatás a reziliencia fontos forrása (Glaser, 2008; Kidd & Witten, 2008; Porter et al., 2013).

Alkalmazás

Mivel számos bizonyíték van a megerősítő támogatás pozitív hatására, ezért a pszichológusnak ajánlott, hogy segítsen TGNC kliensének transz-affirmatív ellátást találni, illetve maga is nyújtson ilyet a számára. A pszichológus kulcsszerepet játszhat a TGNC felnőttek és serdülők tapasztalatainak megerősítésében és validálásában, illetve a pozitív életesemények létrejöttében, akár úgy, hogy felmérést és pszichoterápiát végez, akár úgy, hogy hozzásegíti őket a hormonterápiához vagy műtéthez (Bess & Stabb, 2009; Rachlin, 2002).

A pszichológusnak tisztában kell lennie a megerősítő társas támogatás fontosságával is, és hozzá kell segítenie a TGNC felnőtteket és serdülőket olyan társas támogatói hálózat létrehozásához, ahol nemi identitásuk elfogadott. A pszichológus segítheti a TGNC személyt a nemi identitás felfedezése és megerősítése közben lejátszódó családi dinamikák kezelésében. A pszichológiai praxis kontextusától függően ez lehet egyéni munka a TGNC személlyel, összevont ülés a társas támogatói kör egyes tagjaival, családterápia vagy csoportterápia. A pszichológus szintén segítheti a TGNC személyt annak eldöntésében, hogy mikor és hogyan fedje fel nemi identitását a munkahelyén, az iskolában, vallási közösségben, barátai előtt vagy egyéb közegekben. Azoknak a TGNC személyeknek, akik úgy döntenek, hogy nem vállalják a coming outot életük minden területén, sokat segíthetnek a TGNC-affirmatív személyes vagy online segítő csoportok.

A kliens kérheti arra is a pszichológust, hogy segítsen családtagjainak értelmezni a hozzátartozójuk nemi identitásával és annak kifejezésével kapcsolatos érzéseiket. A családi elfogadás folyamatmodelljei (Emerson & Rosenfeld, 1996) segíthetnek normalizálni a családtagoknak a TGNC személy coming outjára vonatkozó érzelmeiket, és csökkenteni az izoláció érzését. A családtaggal vagy partnerrel folytatott munkában hasznos lehet normalizálni a veszteség érzését vagy a félelmet azzal kapcsolatban, hogy hogyan befolyásolhatja a jelenlegi kapcsolatokat a TGNC személy coming outja. A pszichológus segíthet a TGNC személy párjának a megváltozott párkapcsolati helyzethez történő alkalmazkodásban, vagy segíthet neki kommunikálni a történteket a tágabb család, a barátok és a közösség egyéb tagjai felé. Ha a pár másik tagját ellátjuk információkkal a TGNC-affirmatív ellátásokról, oktatási anyagokról és támogatói csoportokról, az nagyban segítheti a nemi identitás megértését és a TGNC személlyel való kommunikációt. A párokkal vagy családokkal dolgozó pszichológusok hozzásegíthetik a TGNC személyeket, hogy szeretteiket társas vagy orvosi értelemben vett nemváltásuk részeseivé tegyék.

Azok a pszichológusok, akik vidéken dolgoznak TGNC személyekkel, segíthetik a klienst annak felkutatásában, hogy hogyan találhat más TGNC embereket online, vagy milyen személyes támogató csoportok állnak rendelkezésére ahhoz, hogy TGNC létét ilyen környezetben megélhesse (Walinsky& Whitcomb, 2010). A katonai pályán lévő, vagy ilyen múlttal rendelkező TGNC személlyel dolgozó pszichológusnak fel kell ismernie, hogy milyen speciális korlátokkal szembesülhetnek ezek a személyek, különös tekintettel azokra, akik aktívan szolgálnak az USA hadseregében (OutServe-Servicemembers Legal Defense Network, dátum nélkül). A pszichológus segítheti az ilyen klienseket olyan speciális támogató rendszer kiépítésében, amely biztonságos és megerősítő teret alakít ki, ezáltal csökkenti az izoláció érzését; illetve egy olyan kortárs hálózat létrehozásában, melyet összeköt a közös katonai tapasztalat. A veteránokkal dolgozó pszichológusok számára ajánlott, hogy készüljenek fel a veteránokra vonatkozó szakpolitikák legújabb változásaiból, melyek támogatják a veteránellátás orvosi és mentális egészségügyi szolgáltatásaihoz való egyenlő hozzáférést (Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration, 2013).

TIZENKETTEDIK IRÁNYELV 12

A pszichológusnak törekednie kell arra, hogy megértse azokat a hatásokat, amiket a megváltozott nemi önkifejezés és nemi identitás a TGNC személyek romantikus és szexuális kapcsolataiban okoz.

Indoklás

A TGNC emberek párkapcsolatai lehetnek egészségesek és sikeresek (Kins, Hoebeke, Heylens, Rubens, & De Cuyprere, 2008; Meier, Sharp, Michonski, Babcock, & Fitzgerald, 2013), vagy kihívást jelentők (Brown, 2007; Iantaffi & Bockting, 2011). Egy TGNC férfiak és cisznemű nők közötti sikeres párkapcsolatokat vizsgáló kutatás szerint az ilyen párok kapcsolatuk sikerét a tiszteletnek, bizalomnak, őszinteségnek, szeretetnek, megértésnek és nyitott kommunikációnak tulajdonították (Kins et al., 2008). Ahogy a cisznemű emberek közti kapcsolatban is előfordulhat abúzus, úgy a TGNC emberek és partnereik közt is (Brown, 2007); olykor a bántalmazó partner a TGNC személy identitásának felfedésével fenyegethet, így próbálva ellenőrzése alatt tartani a kapcsolatot (FORGE, dátum nélkül).

A nemváltás korai évtizedeiben csak azon TGNC személyek orvosi és társadalmi átalakulása volt támogathatónak ítélt, akiknek szexuális orientációja átalakulás után heteroszexuális (pl. transz nő cisznemű férfivel) lett (Meyerowitz, 2002). A korlátozás

előírt bizonyos típusú partnereket (American Psychiatric Association, 1980; Benjamin, 1966; Chivers & Bailey, 2000), megtagadta a műtétre való engedélyt azoktól a transz férfiaktól és nőktől, akik meleg vagy biszexuális identitásúak voltak (Coleman & Bockting, 1988). Továbbá előírta, hogy a TGNC személyek bontsák fel meglévő törvényes házasságukat, csak így juthattak hozzá az átmenethez szükséges kezeléshez (Lev, 2004).

A TGNC identitás vállalásának jelentős hatása lehet a TGNC személy és partnere kapcsolatára. A TGNC státusz korai vállalása általában együtt jár a jobb kapcsolati kimenetellel, mivel egy évek óta meglévő kapcsolatban akár árulásként is felfogható a késői előbújás (Erhardt, 2007). Amikor egy TGNC személy előbújik egy meglévő kapcsolatban, segítség lehet, ha mindkét fél részt vesz a döntéshozásban arról, hogyan osztják el az erőforrásokat (pl. hogyan lehet egyensúlyba hozni az átmenet anyagi költségeit a család egyéb szükségleteivel), és hogyan mondják el a hírt közös támogatóiknak (pl. család, barátok). A kapcsolati szerepeket is újratárgyalhatják, amikor a TGNC személy felfedi magát partnere előtt (Samons, 2008). Módosulhatnak a nézeteik arról, mit is jelent „férjnek", illetve „feleségnek" lenni, ha az egyik házastárs nemi identitása megváltozik (Erhardt, 2007). Attól függően, mikor vállalja fel a TGNC ember nemi identitását, és mennyi változást hoz ez a kapcsolatban, partnere esetleg gyászolhatja párja bizonyos jellemzőit és a kapcsolat korábban megszokott formáját (Lev, 2004).

Noha a nemi identitás és nemi önkifejezés erősebb illeszkedése, legyen szó ruháról, viselkedésről, orvosi beavatkozásról (hormonok, műtétek), nem feltétlenül befolyásolja, hogy a TGNC személy kikhez vonzódik (Coleman et al., 1993), a TGNC személyek az átmenet során olykor nyitottabbá válnak szexuális orientációjuk felfedezésében, vagy újradefiniálják szexuális orientációjukat (Daskalos, 1998; Devor, 1993; Schleifer, 2006). Minthogy egyre komfortosabban érzik magukat a testükben és nemi identitásukban, a TGNC emberek felderíthetik szexuális orientációjuk olyan aspektusait, melyek korábban rejtve voltak, vagy amiket disszonánsnak éreztek születésükkor kijelölt nemükkel. Az orvosi és/vagy társadalmi átmenetet követően a TGNC személyek szexuális orientációja maradhat a korábbi, de akár időszakosan, akár tartósan meg is változhat (Meier, Sharp et al., 2013; Samons, 2008). Például egy transz férfi, aki korábban leszbikus identitású volt, később vonzódhat férfiakhoz (Coleman et al., 1993; Dickey, Burnes, & Singh, 2012), vagy egy transz nő, aki az átmenet előtt nőkhöz vonzódott, továbbra is vonzódhat nőkhöz (Lev, 2004).

A TGNC személy és partnere félhet a kölcsönös szexuális vonzalom elvesztésétől és a nemi identitásváltás egyéb lehetséges kapcsolatra irányuló hatásaitól. Transz férfiak leszbikus identitású partnerei számára problémát jelenthet, hogy kapcsolatban legyenek egy férfival, mert ez másokban azt a benyomást keltheti, hogy ők egy heteroszexuális pár (Califia, 1997). Hasonlóképpen, egy később transz nőként előbújó partnerrel addig heteroszexuális kapcsolatban élt nő számára ismeretlen lehet a szexuális kisebbséghez tartozás miatti stigmatizálás, amit akkor tapasztal meg, amikor leszbikus pár tagjaként tekintenek rá (Erhardt, 2007). Emellett előfordulhat, hogy a partner nem találja már vonzónak párját a nemváltás után. Például az a leszbikus, akinek párja férfi identitásra vált, elveszítheti vonzalmát a párja iránt, mert ő szexuálisan nem vonzódik a férfiakhoz. A TGNC emberek partnerei átélhetnek bánatot és gyászt is, ahogy partnereik orvosi és/vagy társadalmi nemváltást hajtanak végre.

Alkalmazás

A pszichológusok erősíthetik a TGNC emberek párkapcsolatait azzal, hogy odafigyelnek a TGNC személy partnerét érintő speciális nehézségekre. A pszichológusok támogatást nyújthatnak a TGNC emberek partnereinek, akiknek nehézséget okoz partnerük átalakuló nemi identitása vagy identitásváltása, vagy az, hogy kör-

nyezetük nehezen kezeli partnerük átmenetét. A partnerek számára különösen hasznos lehet egy támogató hozzátartozói csoport, amely segít feldolgozni az internalizált transzfób előítéleteket, a szégyent, haragot és a partner nemváltása miatt a kapcsolatra vonatkozó aggodalmakat. A más TGNC emberekkel és partnereikkel való találkozás, és olyan párok megismerése, akik az átmenetet követően is együtt maradtak, segítheti a TGNC embereket és partnerüket, és védőfaktort jelenthet számukra (Brown, 2007). A TGNC státusz egy már működő kapcsolatban való megosztása esetén a pszichológus segíthet a pároknak eldönteni, kapcsolatukban mely dinamikákat szeretnének megőrizni, és melyeket megváltoztatni.

A pszichológussal való munka során a TGNC személyek átgondolhatnak a párkapcsolatukkal és szexualitásukkal kapcsolatos számos kérdést (Dickey, Burnes, & Singh, 2012); például hogy mikor és hogyan kommunikálják az aktuális vagy jövőbeni romantikus és szexuális partnereik felé vágyaikat, hogyan lehet kezelni az intimitás esetleges elvesztését a TGNC partner nemváltása során, hogyan alkalmazkodhatnak a sebészeti vagy hormonkezelés okozta testi változásokhoz, illetve megállapíthatják határaikat az érintés, az érzelmek és a biztonságos szex terén (Iantaffi & Bockting, 2011; Sevelius, 2009). A TGNC személy megélhet megnövekedett szexuális önbizalmat is a váltás kapcsán. Míg a pszichológus segítheti a TGNC személy partnereit abban, hogy megértsék a TGNC személy nemváltással kapcsolatos döntéseit, a TGNC személyeknek is segíthet döntéseik partnereikre gyakorolt hatásának tudatosításában.

13 TIZENHARMADIK IRÁNYELV

A pszichológusok igyekezzenek megérteni, hogy a gyermeknevelés és a család milyen változatos formában jelenik meg a TGNC emberek körében.

Indoklás

A pszichológusok a TGNC embereket az életút bármely szakaszában segíthetik a családdal és szülőséggel kapcsolatos problémáikban (Kenagy & Hsieh, 2005). Bizonyított, hogy sok TGNC személynek van gyereke, illetve szeretne gyereket (Wierckx et al., 2012). Egyes TGNC személyek gyermeke szexuális közösülésből származik, míg mások esetleg nevelőszülőként vagy örökbefogadóként nevelnek gyereket, béranyát fogadnak, vagy asszisztált reproduktív technológiákat alkalmaznak (sperma- vagy petesejt-adományozás) új család kialakítására, vagy a meglévő bővítésére (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002). Noha mostanáig csak kevés kutatási eredmény áll rendelkezésünkre, nincs egyértelmű bizonyíték arra, hogy a TGNC szülők gyermekeire hosszú távon negatív hatással lenne szüleik nemváltása (Green, 1978, 1988; White & Ettner, 2004). A TGNC emberek számára kihívás lehet egyrészt, hogy olyan orvosokat találjanak, akik hajlandók reproduktív szolgáltatásokat nyújtani nekik, másrészt, hogy azok költségét megfizessék (Coleman et al., 2012). Ehhez hasonlóan az örökbefogadás is költséges lehet, és olykor nehezen találnak olyan nevelőszülőkkel vagy örökbefogadással foglalkozó ügynökséget, ahol diszkrimináció nélkül fogadják őket. A folyamatban lévő vagy korábbi hormonkezelések időnként korlátozhatják a TGNC emberek termékenységét és reprodukciós lehetőségeiket (Darnery, 2008; Wierckx et al., 2012). Más TGNC embereknek már volt gyermekük vagy családjuk a coming out, illetve a nemváltás megkezdése előtt.

A TGNC embereknek különféle problémáik lehetnek a szülőséggel és a családalapítással kapcsolatban. Néhányan a már fennálló családjukon belüli problémákra keresnek megoldást, néhányan a családbővítés lehetőségeit fontolgatják, másoknak pedig a termékenységet befolyásoló döntéseket kell meghozniuk olyan eljárásokkal kapcsolatban, mint a hormonterápia, a pubertás késleltetése vagy a nemi helyreállító műtét. Egy TGNC szülő orvosi és/vagy

társadalmi nemváltása valószínűleg megváltoztatja a család dinamikáját, és új kihívásokat és lehetőségeket hoz a partnernek, a gyerekeknek és más családtagoknak. Egy terapeuták tapasztalatain alapuló vizsgálat alapján a TGNC kliensek körében a családszerkezet és a szülői kapcsolat hatása jelentősebbnek bizonyult a gyerekek számára, mint a szülők társadalmi és/vagy orvosi nemváltása (White & Ettner, 2004). Bár nincs kutatás arról, hogy a TGNC emberek átmenete hatással van-e a szülői képességeikre, a fennálló kapcsolatok vagy házasságok nem mindig élik túl a TGNC identitás felvállalását vagy az azt követő nemváltást (Dickey, Burnes, & Singh, 2012). Ez esetlegesen váláshoz vagy szakításhoz vezethet, ami hatással lehet a gyerekekre. A szülők közötti jó kapcsolat, tekintet nélkül a családi állapotra, fontos védőfaktornak tűnik a gyerekekre nézve (Amato, 2001; White & Ettner, 2007).

Különösen így lehet abban az esetben, ha a gyerekeket megerősítik, hogy szüleik szeretik őket, és megtapasztalhatják, hogy mindkét szülő továbbra is jelen van az életükben (White & Ettner, 2007). Viszonylag kis szakirodalmi bázisra alapozva elmondható, hogy általában a fiatalabb gyerekek tudnak megbékülni legjobban a szülők nemváltásával, őket követik a már felnőtt gyerekek, és a serdülőknek okozza a legtöbb nehézséget (White & Ettner, 2007). Szakítás vagy válás után a TGNC szülők elveszíthetik a gyermekfelügyeletet vagy a láthatási jogot, mert néhány bíróság feltételezi, hogy kapcsolat van nemi identitásuk vagy nemi önkifejezésük és szülői alkalmasságuk között (Flynn, 2006). Ez az előítélet különösen gyakori a színesbőrű TGNC személyekre vonatkozóan (Grant et al., 2011).

Alkalmazás

Bátorítjuk a pszichológusokat, hogy figyeljenek oda a TGNC személyek gyereknevelési és családalapítási problémáira. Ha olyan TGNC személyekkel dolgoznak, akiknek van korábbi szülői tapasztalatuk, a pszichológusok segíthetik őket abban, hogy felismerjék, a szülői szerep hogyan hathat a coming outtal vagy a nemváltással kapcsolatos döntésekben (Freeman, Tasker, & Di Ceglie, 2002; Grant et al., 2011; Wierckx et al., 2012). Néhány TGNC személy inkább azt választja, hogy elhalasztja az előbújást, amíg a gyerekek felnőnek és elhagyják otthonukat (Bethea & McCollum, 2013). Azok a klinikai irányelvek, melyeket Vancouverben (British Columbia) egy TGNC közösségi szervezet és egy egészségügyi ellátó szervezet dolgozott ki, arra biztatják a pszichológusokat és más mentálhigiénés segítőket, hogy dolgozzanak együtt a TGNC kliensekkel annak megtervezésén, hogyan bújjanak elő a kliensek partnerüknek, korábbi partnerüknek vagy gyereküknek, és hogy kiemelt figyelmet fordítsanak azokra az erőforrásokra, amelyek segíthetik a TGNC személyeket különböző korú gyerekeikkel a korosztályuknak megfelelő módon megvitatni az identitásukat érintő kérdéseket (Bockting et al., 2006). Lev (2004) egy fejlődési szinteket tartalmazó modellben írja le azt a folyamatot, amelynek során a családtagok elfogadják a TGNC családtag identitását, ez segítségére lehet a pszichológusnak. Érdemes tisztában lenni azzal, hogy a TGNC emberek partnerei és gyermekei számára milyen támogató hálózatok léteznek (pl. PFLAG, TransYouth Family Allies). A pszichológusok családterápiával is segíthetik a családban az előbújás kezelését, a családi funkciók fejlesztését, a TGNC személy további részvételét a családban, továbbá a TGNC személyt segíthetik abban, hogy megértse, az ő átmenete milyen hatással van a család többi tagjára (Samons, 2008). A gyerekek szempontjából legkedvezőbb eredményhez a szülők abban való segítése vezet, hogy folytassák a közös munkát, a gyerekek szükségleteire összpontosítsanak, és fenntartsák a családi köteléket (White & Ettner, 2007).

A már családdal rendelkező TGNC személyeket a pszichológusok segíthetik abban, hogy jogi tájékoztatást szerezzenek az örökbefogadással, illetve gyermekelhelyezéssel kapcsolatos szülői jogaikra vonatkozóan. Ez még abban az esetben is hasznos lehet,

ha a TGNC személynek vér szerinti kapcsolata van a gyermekkel (Minter & Wald, 2012). Bár az, hogy valaki TGNC személy, nem törvényes akadálya az örökbefogadásnak az Egyesült Államokban, ezzel együtt potenciálisan nyílt vagy rejtett diszkrimináció jelenhet meg, vagy akadályokat gördíthetnek a folyamat elé, mivel széleskörű előítéletek élnek a TGNC emberekkel szemben. Személyes döntés kérdése, hogy az örökbefogadásra jelentkező személy feltárja-e TGNC identitását a formanyomtatványon, de hasznos lehet, ha ügyvéddel konzultál a törvény adta lehetőségekről, például arról, hogyan rendelkezik a törvény a TGNC státusz ilyen helyzetben való közléséről. Ugyanakkor a széleskörű alkalmassági vizsgálat során nehéz elkerülni az előbújást. Sok ügyvéd az őszinteséget javasolja annak érdekében, hogy elkerüljenek bármiféle potenciális jogi problémát az adoptációs folyamat alatt (Minter & Wald, 2012).

A családalapítás lehetőségeinek megvitatásakor a pszichológusoknak tisztában kell lenniük azzal, hogy néhány orvosi beavatkozás nem mindenhol elérhető, és anyagilag megterhelő lehet (Coleman et al., 2012). Előfordulhat, hogy a pszichológusnak az afölötti veszteség, gyász, harag és neheztelés feldolgozásában kell segítenie, amit kliense amiatt érez, hogy nem tud hozzájutni a családalapításhoz szükséges kezelésekhez, vagy nem engedheti őket meg magának (Bockting et al., 2006; De Sutter et al., 2002).

Amikor egy TGNC személy azt fontolgatja, hogy belekezdjen-e egy hormonterápiába, a pszichológus tájékoztatást nyújthat a kezelés esetleges termékenységre irányuló tartós hatásairól, hogy a TGNC személy felkészültebben dönthessen. Kiemelten fontos lehet a tájékoztatás serdülő és fiatal felnőtt TGNC emberek esetében, akik gyakran érzik úgy, hogy a családalapítás vagy a termékenység elvesztése nem jelentős szempont a jelenlegi életükben, és ezért figyelmen kívül hagyják a hormonális vagy sebészeti beavatkozások hosszútávú hatásait (Coleman et al., 2012). Érdemes lehet megvitatni a TGNC kliensekkel a fogamzásgátlás és a biztonságos szex kérdését, mivel a hormonkezelés ideje alatt is lehetséges a fogantatás (Bockting, Robinson, & Rosser, 1998). A pszichológusok jelentős szerepet játszhatnak a serdülő és fiatal felnőtt TGNC személyek és szüleik felvilágosításában az orvosi beavatkozások termékenységre vonatkozó hosszútávú hatásairól, hogy tájékozottan dönthessenek arról, megkezdik-e a kezeléseket. Bár a hormonterápia csökkentheti a termékenységet (Coleman et al., 2012), a pszichológusok tájékoztassák klienseiket, hogy a hormonterápia önmagában nem jelent biztonságos fogamzásgátlást, még akkor sem, ha amenorrhea (menstruáció kimaradás) esete lép fel (Gorton & Grubb, 2014). A biztonságos szexről való felvilágosítás azért is fontos, mert a TGNC közösség néhány alcsoportjában (transz nők és színesbőrűek) gyakoribbak a szexuális úton terjedő fertőzések, és nagy arányban fordul elő HIV fertőzöttség (Kellogg, Clements-Nolle, Dilley, Katz, & McFarland, 2001; Nemoto, Operario, Keatley, Han, & Soma, 2004).

Az időzítéstől és a lehetőségektől függően, a pszichológus segíthet feltárni annak a fizikai, társadalmi és érzelmi következményeit, ha a TGNC személy elhalasztja vagy abbahagyja a hormonterápiát, termékenységi kezelésnek veti alá magát, vagy teherbe esik. A hormonterápia leállításának pszichológiai következménye lehet depresszió, hangulatingadozások és reakciók a fizikai férfiasodás vagy nőiesedés megszűnésére (Coleman et al., 2012). Azoknak a TGNC embereknek, akik fogamzási kísérlet vagy terhesség miatt a hormonterápia szüneteltetését választják, további pszichológiai támogatásra lehet szükségük. A TGNC emberek és családjaik segítségre szorulhatnak, amikor halmozott transzfób előítéletekkel szembesülnek egy sztereotipikusan férfias külsejű TGNC személy látható terhessége miatt. A pszichológusok segíthetik a TGNC személyeket annak a feldolgozásában, hogy képtelenek reprodukciós folyamatokban a nemi identitásuknak megfelelő módon részt venni, vagy hogy olyan akadályokba ütközhetnek a megtermékenyítés, örökbefogadás vagy nevelőszülőség kapcsán,

amik cisznemű társaikat ritkán érintik (Vanderburgh, 2007). Javasoljuk, hogy a pszichológusok mérjék fel, mennyire transz-affirmatív egy reprodukciós szolgáltatás, mielőtt oda irányítanák TGNC klienseket. Javasoljuk azt is, hogy a pszichológusok az egészségügyi dolgozók számára nyújtsanak TGNC-affirmatív tájékoztatást, amennyiben azoknak nincs elég információjuk a témáról.

14 TIZENNEGYEDIK IRÁNYELV

A pszichológus ismerje fel az interdiszciplináris megközelítés fontosságát a TGNC személyek számára biztosított kezelés esetén, és törekedjen arra, hogy más tudományterületek képviselőivel együttműködve dolgozzék.

Indoklás

A különböző tudományterületek közötti együttműködés kulcsfontosságú lehet a TGNC személyekkel folytatott munka során, tekintve a diagnózis és a kezelés során felmerülő biológiai, pszichológiai és társas hatások lehetséges összefüggéseit (Hendricks & Testa, 2012). A stigmatizált identitással járó kihívások, illetve a TGNC személyek esetében felmerülő társadalmi vagy orvosi nemváltás szükségessé teheti számos különböző területen dolgozó szakember segítségét: például pszichológusok, pszichiáterek, szociális munkások, egészségügyi dolgozók, endokrinológusok, nővérek, gyógyszerészek, sebészek, nőgyógyászok, urológusok, beszéd- vagy fizikoterapeuták, lelkigondozók, papok, oktatási vagy karriertanácsadók.

A kommunikáció és az együttműködés megléte biztosítja az optimális koordinációt és a kezelés jó minőségét. Ahogy a pszichológusok gyakran küldik a TGNC klienseiket egyéb egészségügyi szolgáltatókhoz különböző egészségi problémák felmérése vagy kezelése céljából, ezek a szolgáltatók is támaszkodhatnak a pszichológus segítségére, hogy felmérjék, készen áll-e a TGNC személy a beavatkozásra, és felkészítsék őt a nemváltás pszichológiai és társas aspektusaira az orvosi beavatkozások előtt, közben és után (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009; Lev, 2009). Az átmenet eredményeit vizsgáló eddigi kutatások alátámasztják az interdiszciplináris, kooperatív megközelítés értékét és hatékonyságát a TGNC személyek kezelése során (lásd Coleman et al., 2012).

Alkalmazás

A TGNC személyek kezelése során a pszichológus orvosi és egyéb egészségügyi területen dolgozó kollégákkal történő együttműködése számos formát ölthet (pl. hormonkezelés, műtétek, általános egészségügyi ellátás, Coleman et al., 2012; Lev, 2009), és törekedni kell olyan időbeosztás kialakítására, mely nem nehezíti meg a szükséges ellátáshoz való hozzáférést (pl. várakozási idők figyelembevétele). Ha a pszichológus például egy bipoláris rendellenességgel diagnosztizált transz férfit kezel, egyeztetnie kell a pszichiáterrel a hormonszintek és az egyéb pszichiátriai gyógyszerek beállításával kapcsolatban, mivel a tesztoszteronnak a nemi diszfória kezelésén túl aktiváló hatása is lehet. A legalapvetőbb szinten az együttműködés azokban a szakvéleményekben nyilvánul meg, melyet a TGNC személy bemutathat a sebésznek vagy egyéb egészségügyi szolgáltatónak, hogy hozzáférhessen a nemi megerősítő orvosi beavatkozásokhoz (pl. műtét, hormonterápia; Coleman et al., 2012). A pszichológus felajánlhat támogatást, információt és képzést más területen dolgozó kollégáinak, akik számára esetleg kevésbé ismertek a nemi identitással és annak kifejezésével kapcsolatos problémák, így téve lehetővé, hogy a TGNC személy hozzáférhessen TGNC-affirmatív kezeléshez (Holman& Goldberg, 2006; Lev, 2009). Ha például a pszichológus egy transz nőt segít a nemi helyreállító műtét felé vezető úton, a kliens beleegyezése mellett egyeztethet az illető új nőgyógyászával az első találkozó

előtt. Ennek során általános információkat oszthat meg vele, és megbeszélhetik, hogyan járulhat hozzá mindkét fél a tőle telhető legjobb módon a kliens egészségéhez (Holman & Goldberg, 2006).

A pszichológus együttműködhet a hormonterápiát felíró szakemberrel is oly módon, hogy felvilágosítja a TGNC személyt, illetve felkészíti rá, hogy képes legyen informált döntést hozni a hormonterápiával kapcsolatban (Coleman et al., 2012; Deutsch, 2012; Lev, 2009). A gyermekekkel és serdülőkkel foglalkozó pszichológus kiemelt fontossággal bírhat egy interdiszciplináris csapatban, figyelembe véve a kognitív és társas fejlődéssel, családi dinamikával és szülői támogatással kapcsolatos megfontolásokat. Ez különösen fontos olyan esetekben, amikor egy orvosi beavatkozás helyénvalóságával, illetve időzítésével kapcsolatos pszichológiai felmérést kell biztosítani. Amikor a pszichológus nem része egy ilyen interdiszciplináris csapatnak (például izolált vagy falusi környezetben), kereshet olyan, más tudományterületeken dolgozó kollégákat, akikkel együttműködhet, vagy akikre hivatkozhat (Walinsky & Whitcomb, 2010). Egy vidéki pszichológus például felkereshet egy környéken dolgozó transz-affirmatív gyerekorvost, és együtt dolgozhatnak azokkal a szülőkkel, akiknek aggályai vannak TGNC és nemi identitásukat megkérdőjelező serdülőkorú vagy fiatalabb gyermekeikkel kapcsolatban.

Az egyéb területek képviselőivel folytatott együttműködésen túl a TGNC személyekkel végzett munkában járatos vagy abban képzett pszichológus a szakterület konzulense lehet (pl. TGNC személyekkel dolgozó szakemberek támogatása vagy érzékenyítő tréningek tartása iskolákban és munkahelyeken). A TGNC személyekkel folytatott munkában gyakorlott pszichológus konzultációval segítheti azokat a fekvőbetegeket kezelő szolgáltatókat, amelyek TGNC-affirmatív ellátást szeretnének nyújtani klienseiknek. Együtt dolgozhat szociális szakemberekkel abból a célból, hogy a TGNC személyek számára affirmatív megoldásokat találjanak a lakhatás, anyagi támogatás, oktatási-képzési tanácsadás,

TGNC-affirmatív vallási/spirituális csoportok, kortárs támogatás és egyéb közösségi erőforrások témaköreiben (Gehi & Arkles, 2007). Az együttműködés célja lehet az is, hogy az állami gondozott kiskorú TGNC személyek hozzáférjenek a kulturálisan megfelelő ellátáshoz.

Kutatás, oktatás és képzés

15 TIZENÖTÖDIK IRÁNYELV

A pszichológusok tiszteljék a kutatásokban részt vevő transznemű emberek jóllétét és jogait, és törekedjenek arra, hogy az eredményeket pontosan mutassák be, kerüljék az azokkal való visszaélést vagy azok félreértelmezését.

Indoklás

A pszichológiai kutatások a demográfiai kérdések között hagyományosan szerepeltetnek egy kérdést a nemről vagy társadalmi nemről, amelyre két válaszlehetőség van – férfi vagy nő. Ez a megközelítés elmulasztja a lehetőséget arra, hogy növelje a tudásanyagot az olyan TGNC emberekről, akiknek identitásához egyik válaszlehetőség sem illik, és esetleg elidegenítheti a TGNC kutatási alanyokat (IOM, 2011). Kevés tudás áll rendelkezésre például a transznemű emberek között a HIV-fertőzöttség arányáról, a kockázatokról, és arról, hogy milyen HIV-prevenciós szükségleteik vannak, mert a legtöbb HIV-kutatás nem tartalmaz olyan demográfiai kérdéseket, amelyek mintáikban elkülöníthetővé tehetnék a TGNC résztvevőket. Ehelyett a transznemű embereket hagyományosan nagyobb demográfiai kategóriáknak rendelik alá (pl. a férfiakkal szexelő férfiak, színesbőrű nők), és ezáltal láthatatlanná teszik a HIV-járvány hatásait a TGNC népesség körében (Herbst et al., 2008). Kutatók megállapították, hogy e láthatatlanság miatt nem derül fény azon transznemű népességek szükségleteire, amelyek a legnagyobb egészségi hátrányt szenvedik; ilyenek többek között a színesbőrűek, bevándorlók, alacsony jövedelműek, hajléktalanok, veteránok, börtönbüntetésüket töltők, vidékiek vagy fogyatékkal élők (Bauer et al. 2009; Hanssmann, Morrison, Russian, Shiu-Thornton & Bowen, 2010; Shipherd et al., 2012; Walinsky & Whitcomb, 2010).

Nagy szükség van további kutatásokra, amelyek befolyásolják a gyakorlatot, többek között a transz-affirmatív kezelési megközelítéseket. Bár elég kutatási eredmény igazolja, hogy a jelenlegi ellátásra vonatkozó előírásokra valóban szükség van (Byne et al., 2012; Coleman et al. 2012), sokat kell még tanulni annak érdekében, hogy az ellátás színvonala és eredményessége optimális legyen a TGNC kliensek számára, különösen ami a gyermekek kezelését illeti (IOM 2011; Mikalson et al. 2012). Ezen kívül a TGNC népesség körében végzett kutatások némelyikét félreértelmezik vagy visszaélnek vele, ami negatívan befolyásolja, hogy a TGNC emberek mennyire fordulhatnak az egészségügyi ellátórendszerhez nemi identitási vagy nemi önkifejezési kérdésekkel (Namaste 2000). Ennek eredménye az érthető szkepszis és gyanakvás a TGNC közösség körében, amikor újabb kutatásban való részvételre hívják őket. Az APA Etikai Kódexének megfelelően (2010), a pszichológusoknak a kutatási alanyok tiszteletben tartásával és szakmai integritással kell végezniük kutatásukat és közzétenniük kutatási eredményeiket. A TGNC kutatások megszaporodásával együtt a TGNC közösségek bizonyos földrajzi területeken érezhetik azt, hogy túl sokszor megkérdezik őket, és/vagy hogy a színesbőrű TGNC emberek esetleg nincsenek eléggé reprezentálva az ilyen kutatásokban (Hwahng & Lin 2009; Namaste, 2000).

Alkalmazás

Javasoljuk, hogy minden kutató pszichológus, még akkor is, ha nem kifejezetten a TGNC népesség körében kutat, kínáljon föl egy sor lehetőséget annak érdekében, hogy a TGNC népességről is gyűjtsön demográfiai adatokat, így a kutatás a TGNC embereket is figyelembe veszi, és megfelelően reprezentálja (Conron et al., 2008; Deutsch et al., 2013). Egy szakértői csoport azt javasolja,

hogy a népesség körében végzett kutatások, különösen a kormányzati megbízásból végzett fölmérések kétlépcsős módszert alkalmazzanak: először arra a nemre kérdezzenek rá, amelyet születéskor állapítottak meg, ezt pedig kövesse egy nemi identitásról szóló kérdés (GenIUSS, 2013). A TGNC embereket célzó kutatások esetében a születéskor megállapított nemre és a jelenlegi nemi identitásra vonatkozó kérdések lehetővé teszik, hogy elkülönítsék a TGNC népesség alcsoportjait, és lehetőség nyílik arra is, hogy növeljék az e népességen belüli különbözőségekről rendelkezésre álló tudásanyagot. Ide tartozik még, hogy a TGNC emberek valamely alcsoportjára vonatkozó kutatási eredmények esetleg nem vonatkoztathatók más alcsoportjukra is. Például a városi környezetben élő, szexmunkás múlttal rendelkező színesbőrű transz nőkre vonatkozó kutatási eredmények (Nemto, Operario, Keatley & Villegas, 2004) nem általánosíthatók minden színesbőrű transz nőre vagy a tágabb TGNC népességre (Bauer, Travers, Scanlon & Coleman, 2012; Operario et al., 2008).

A TGNC emberek körében végzett kutatások során a pszichológusok egy viszonylag kicsi, földrajzilag szórt, sokszínű, stigmatizált, rejtőzködő és nehezen elérhető népesség kutatásának kihívásaival szembesülnek (IOM, 2011). Mivel a TGNC egyéneket gyakran nehéz elérni (IOM, 2011), és a TGNC emberek kutatása gyorsan fejlődik, fontos átgondolni a transznemű népesség kutatásában használt vagy használható módszerek erősségeit és korlátait, és az eredményeket ennek tükrében értelmezni és reprezentálni. Egyes kutatók erősen szorgalmazzák a kollaboratív kutatási modellek alkalmazását (pl. a részvételi akciókutatást), amelyben a TGNC közösség tagjait szorosan bevonják a kutatások lebonyolításába (Clements-Nolle & Bachrach, 2003; Singh, Richmond & Burnes, 2013). Azok a pszichológusok, akik az általános népességet kívánják fölvilágosítani kutatási eredményeik közzétételével a populáris médiában, szintén kihívásokkal fognak szembesülni, mert a legtöbb újságírónak korlátozott a tudása a tudományos módszerről, és megvan az esélye, hogy a média tévesen értelmezi az eredményeket, visszaél velük, vagy szenzációt csinál belőlük (Garber 1992; Namaste 2000).

TIZENHATODIK IRÁNYELV 16

A pszichológus törekedjen arra, hogy a pszichológus gyakornokokat fölkészítse a TGNC emberekkel végzett hozzáértő munkára.

Indoklás

A pszichológusi etikai alapelvek és szakmai viselkedési kódex (The Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct; APA, 2010) a nemi identitást is felsorolja azon területek között, amelyekre vonatkozóan a pszichológusoknak továbbképzésre, tapasztalatszerzésre, szakmai konzultációra vagy szupervízióra lehet szükségük hozzáértésük biztosításának érdekében (APA, 2010). Emellett, amikor az APA által akkreditált programoknak bizonyítaniuk kell, hogy elkötelezettek a kulturális és egyéni sokféleség iránt, a nemi identitásra kiemelten fölhívják a figyelmet (APA, 2015). A TGNC emberek körében végzett felmérések mégis arra utalnak, hogy sok mentálhigiénés ellátó még alapvető tudással és szakmai készséggel sem rendelkezik a transz-affirmatív ellátás biztosításához (Bradford et al., 2007; O'Hara, Dispenza, Brack & Blood, 2013; Xavier et al., 2005). Az APA nemi identitással és nemi sokféleséggel foglalkozó munkacsoportjának (APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance; 2009) becslése szerint a pszichológusok és végzett pszichológushallgatók közül sokan, ha nem a legtöbben, találkoznak majd valamikor TGNC emberekkel klienseik, kollégáik vagy gyakornokaik között. A pszichológusi elméleti és gyakorlati képzés mégis igen kevés fölkészülést

biztosít a TGNC emberekkel folytatott munkához (Anton, 2009; APA TFGIGV, 2009), és ez a téma a gyakorló mentálhigiénés szakemberek folyamatos szakmai továbbképzésében is gyéren szerepel (Lurie, 2005). Az APA munkacsoportjának fölmérésében részt vevő pszichológusoknak és végzett hallgatóknak csak 52%-a számolt be arról, hogy alkalmuk nyílt TGNC témákról tanulni az iskolában; és e válaszadóknak csak 27%-a vélte úgy, hogy megfelelő tájékozottsággal bír a nemi identitás kérdéskörében (n=294; APA TFGIGV, 2009).

A nemi identitással kapcsolatos képzés a pszichológusi szakmában gyakran a szexuális orientációról vagy az emberi szexualitásról szóló órák keretén belül említődik. Egyes szerzők szerint a pszichológusok és hallgatók esetleg tévesen feltételezhetik, hogy megfelelő tudás és érzékenység birtokában vannak a TGNC emberekre vonatkozóan, mivel részt vettek az LMB népességre összpontosító valamely képzésben (Harper & Scheinder, 2003). Israel és kollégái azonban fontos különbségeket találtak a TGNC és az LMB emberek terápiás szükségletei között a kliensek és az ellátók meglátása szerint is (Israel et al., 2008; Israel, Walther, Gorcheva & Perry, 2011). Nadal és kollégái szerint a pszichológiai képzésben a TGNC népességről szerezhető specifikus és pontos információk hiánya nemcsak teret ad a félreértések továbbgyűrűzésének és a TGNC emberek marginalizációjának a pszichológia területén, hanem hozzájárul a TGNC emberek folytatódó marginalizációjához az egész társadalomban (Nadal et al., 2010, 2012).

Alkalmazás

A pszichológusok törekedjenek arra, hogy folyamatosan képezzék magukat a TGNC emberek nemi identitása és nemi önkifejezése témakörében, és ez legyen affirmatív pszichológusi gyakorlatuk egyik alapvető összetevője. Ezen az útmutatón kívül, amelyet oktatási szakemberek használhatnak tantervfejlesztésre és tanfolyamok

anyagának fejlesztésére, az Amerikai Lelki Tanácsadók Szövetsége (American Counseling Association) szintén elfogadott egy sor szakmai elvárást, amelyek hasznos forrásként szolgálhatnak az oktatási szakemberek számára (ACA, 2010). Amellett, hogy az egészségügyi pszichológusi alapképzésben (pl. személyiségfejlődés, multikulturalizmus, kutatási módszerek) tárgyalják a TGNC embereket és problémáikat, bizonyos pszichológiai programok lehetőséget nyújthatnak az érdeklődő hallgatók számára, hogy mélyebb szaktudást fejlesszenek ki a nemi identitás és nemi önkifejezés témakörében.

Mivel a TGNC emberekkel kapcsolatban nagy a társadalmi tudatlanság és stigma, az oktatási szakembereknek különösen figyelniük kell annak biztosítására, hogy a pszichológusok elméleti és gyakorlati képzése és szupervíziója megerősíti, nem kezeli szenzációként (Namaste, 2000), nem használja ki és nem patologizálja a TGNC embereket (Lev, 2004). A hallgatóknak javára válik, ha oktatóik segítenek nekik kifejleszteni a professzionális, nem ítélkező hozzáállást az olyan emberekhez, akiknek az övéktől különböző tapasztalatai vannak a nemi identitás és nemi önkifejezés terén. Számos képzési anyag jelent már meg, amelyek hasznosak lehetnek a pszichológusok számára, mivel a TGNC emberekről bennük található információkat saját képzésükbe is integrálni tudják (pl. Catalano, McCarthy & Shlasko, 2007; Stryker, 2008; Wentling, Schilt, Windsor & Lucal, 2008). Mivel a legtöbb pszichológus kevés vagy semennyi képzésben sem részesült a TGNC populációt illetően, és nem is gondolják, hogy megfelelően értik a nemi identitáshoz és nemi önkifejezéshez kapcsolódó kérdéseket (APA TFGIGV, 2009), a megfelelő szakértelemmel rendelkező pszichológusoknak javasoljuk, hogy folyamatosan fejlesszenek és terjesszenek oktatási és képzési anyagokat, és nyújtsanak képzéseket, amelyek segíthetnek kitölteni ezt az űrt. Az oktatásban dolgozó pszichológusok bevonhatnak olyan gyakorlatokat, amelyek felhívják a figyelmet a ciszneműek privilégiumaira, a transzellenes előítéletekre és diszkriminációra,

vendégül hívhatnak egy TGNC emberekből álló panelt, akik be tudják mutatni személyes nézőpontjukat, vagy a kurzus olvasmányai között szerepeltethetik TGNC emberek történeteit (ACA, 2010). Az ilyen megközelítések alkalmazása során fontos, hogy egy sor különböző TGNC tapasztalat helyet kapjon, és így megjelenítse a TGNC közösség belső sokféleségét.

Hivatkozások

Adelson, S. L., & The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51,* 957–974. http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0890-8567/PIIS089085671200500X.pdf. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004

Ålgars, M., Alanko, K., Santtila, P., & Sandnabba, N. K. (2012). Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 20,* 300–311. http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2012.668482

Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 15,* 355–370.

American Civil Liberties Union National Prison Project. (2005). *Still in danger: The ongoing threat of sexual violence against transgender prisoners*. Washington, DC: Author. Retrieved from http://www.justdetention.org/pdf/stillindanger.pdf

American Counseling Association. (2010). American Counseling Association competencies for counseling with transgender clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4,* 135–159. http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524839

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended June 1, 2010). Retrieved from http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf

American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist, 67,* 10–42. http://dx.doi.org/10.1037/a0024659

American Psychological Association. (2015). *Standards of accreditation for health service psychology*. Retrieved from http://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/standards-of-accreditation.pdf

American Psychological Association & National Association of School Psychologists. (2014). *Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools*. Retrieved from http://www.nasponline.org/about_nasp/resolution/gender_sexual_orientation_diversity.pdf

American Psychological Association Presidential Task Force on Immigration. (2012). *Crossroads: The psychology of immigration in the new century*. Washington, DC: Author. Retrieved from http://www.apa.org/topics/immigration/report.aspx

American Psychological Association Task Force on Gender Identity and Gender Variance. (2009). *Report of the task force on gender identity and gender variance*. Washington, DC: Author. Retrieved from http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf

Angello, M. (2013). *On the couch with Dr. Angello: A guide to raising & supporting transgender youth*. Philadelphia, PA: Author.

Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives. *American Psychologist, 64,* 372–453. http://dx.doi.org/10.1037/a0015932

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence- based practice in psychology. *American Psychologist, 61,* 271–285. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271

Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). *Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice*. New York, NY: Services and Advocacy for LGBT Elders & Washington. DC: National Center for Transgender Equality. Retrieved from http://www.lgbtagingcenter.org/resources/resource.cfm?r_520

Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology, 31,* 43–55. http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.43

Baltieri, D. A., & De Andrade, A. G. (2009). Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *Journal of Sexual Medicine, 6,* 1185–1188. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20,* 348–361. http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004

Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K., & Coleman, T. A. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: A province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health, 12,* 292. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-292

Bazargan, M., & Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health, 12,* 663–670. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-663

Beemyn, G., & Rankin, S. (2011). *The lives of transgender people*. New York, NY: Columbia University.

Bender-Baird, K. (2011). *Transgender employment experiences: Gendered exceptions and the law*. Albany, NY: SUNY Press.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Warner.

Benson, K. E. (2013). Seeking support: Transgender client experiences with mental health services. *Journal of Feminist Family Therapy: An International Forum, 25,* 17–40. http://dx.doi.org/10.1080/08952833.2013.755081

Berger, J. C., Green, R., Laub, D. R., Reynolds, C. L., Jr., Walker, P. A., & Wollman, L. (1979). *Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons*. Galveston, TX: The Janus Information Facility.

Bess, J. A., & Stabb, S. D. (2009). The experiences of transgendered persons in psychotherapy: Voices and recommendations. *Journal of Mental Health Counseling, 31,* 264–282. http://dx.doi.org/10.17744/mehc.31.3.f624154681133w50

Bethea, M. S., & McCollum, E. E. (2013). The disclosure experiences of male-to-female transgender individuals: A Systems Theory perspective. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 12,* 89–112. http://dx.doi.org/10.1080/15332691.2013.779094

Bilodeau, B. L., & Renn, K. A. (2005). Analysis of LGBT identity development models and implications for practice. *New Directions for Student Services, 2005,* 25–39. http://dx.doi.org/10.1002/ss.171

Birren, J. E., & Schaie, K. W. (2006). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.). Burlington, MA: Elsevier Academic.

Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing Veterans Health Administration care. *American Journal of Public Health, 103*(10), e27–e32. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507

Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies, 17,* 211–224. http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2008.08.001

Bockting, W. O., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior, 38,* 688–701. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9489-3

Bockting, W. O., & Cesaretti, C. (2001). Spirituality, transgender identity, and coming out. *The Journal of Sex Education, 26,* 291–300.

Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming-out process. In R. Ettner, S. Monstrey, & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: Haworth.

Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism, 9,* 35–82. http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_03

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health, 103,* 943–951. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241

Bockting, W. O., Robinson, B. E., & Rosser, B. R. S. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care, 10,* 505–525. http://dx.doi.org/10.1080/09540129850124028

Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.

Bornstein, K., & Bergman, S. B. (2010). *Gender outlaws: The next generation*. Berkeley, CA: Seal Press.

Boulder Valley School District. (2012). *Guidelines regarding the support of students who are transgender and gender nonconforming.* Boulder, CO: Author. Retrieved from http://www.bvsd.org/policies/Policies/ AC-E3.pdf

Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Arcelus, J., Duisin, D., . . . Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two referrals for genital reconstructive surgery ethical? *Sexual and Relationship Therapy, 29,* 377–389. http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2014.954993

Boylan, J. F. (2013). *She's not there* (2nd ed.). New York, NY: Broadway Books.

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold,

J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health, 103,* 1820–1829. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796

Bradford, J., Xavier, J., Hendricks, M., Rives, M. E., & Honnold, J. A. (2007). The health, health-related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians. *Virginia Transgender Health Initiative Study Statewide Survey Report*. Retrieved from http://www.vdh.state.va.us/epidemiology/DiseasePrevention/documents/pdf/THISFINALREPORTVol1.pdf

Brewster, M. E., Velez, B. L., Mennicke, A., & Tebbe, E. (2014). Voices from beyond: A thematic content analysis of transgender employees' workplace experiences. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1,* 159–169. http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000030

Brill, S., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. San Francisco, CA: Cleis Press.

Broido, E. M. (2000). Constructing identity: The nature and meaning of lesbian, gay, and bisexual lives. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 13–33). Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/10339-001

Brotheim, H. (2013). Transgender inmates: The dilemma. *American Jails, 27,* 40–47.

Brown, N. (2007). Stories from outside the frame: Intimate partner abuse in sexual-minority women's relationships with transsexual men. *Feminism & Psychology, 17,* 373–393.

Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender.* Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Burnes, T. R., & Chen, M. M. (2012). The multiple identities of transgender individuals: Incorporating a framework of intersectionality to gender crossing. In R. Josselson & M. Harway (Eds.), *Navigating multiple identities: Race, gender, culture, nationality, and roles* (pp. 113–128). New York, NY: Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199732074.003.0007

Butler, J. (1990). *Gender trouble and the subversion of identity*. New York, NY: Routledge.

Buzuvis, E. (2013). "On the basis of sex": Using Title IX to protect transgender students from discrimination in education. *Wisconsin Journal of Law, Gender & Society, 28,* 219–347.

Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., . . . American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior, 41,* 759–796. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x

Califia, P. (1997). *Sex changes: The politics of transgenderism*. San Francisco, CA: Cleis Press.

Carroll, L. (2010). *Counseling sexual and gender minorities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill.

Carroll, R. (1999). Outcomes of treatment for gender dysphoria. *Journal of Sex Education & Therapy, 24,* 128–136.

Case, K. A., & Meier, S. C. (2014). Developing allies to transgender and gender-nonconforming youth: Training for counselors and educators. *Journal of LGBT Youth, 11,* 62–82. http://dx.doi.org/10.1080/19361653.2014.840764

Catalano, C., McCarthy, L., & Shlasko, D. (2007). Transgender oppression curriculum design. In M. Adams, L. A. Bell, & P. Griffin (Eds.), *Teaching for diversity and social justice* (2nd ed., p. 219245). New York, NY: Routledge.

Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2010). *Adult development and aging* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Center for Substance Abuse Treatment. (2012). *A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual and transgender individuals* (DHHS Pub. No. [SMA] 21–4104). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Cerezo, A., Morales, A., Quintero, D., & Rothman, S. (2014). Trans migrations: Exploring life at the intersection of transgender identity and immigration. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1,* 170–180. http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000031

Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2000). Sexual orientation of female-to-male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior, 29,* 259–278. http://dx.doi.org/10.1023/A:1001915530479

Clements-Nolle, K., & Bachrach, A. (2003). Community based participatory research with a hidden population: The transgender community health project. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds.), *Community based participatory research for health* (pp. 332–343). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality, 51,* 53–69. http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n03_04

Cochran, B. N., & Cauce, A. M. (2006). Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30,* 135–146. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2005.11.009

Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine, 5,* 1892–1897. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x

Cole, B., & Han, L. (2011). *Freeing ourselves: A guide to health and self love for brown bois*. Retrieved from https://brownboiproject.nationbuilder.com/health_guide

Coleman, E., & Bockting, W. O. (1988). "Heterosexual" prior to sex reassignment, "homosexual" afterwards: A case study of a female-to-male transsexual. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 1,* 69–82.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. *International Journal of Transgenderism, 13,* 165–232. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.700873

Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 22,* 37–50. http://dx.doi.org/10.1007/BF01552911

Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior, 21,* 313–321. http://dx.doi.org/10.1007/BF01542999

Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S.,

& Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health, 102,* 118–122. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315

Conron, K. J., Scout, & Austin, S. B. (2008). "Everyone has a right to, like, check their box": Findings on a measure of gender identity from a cognitive testing study with adolescents. *Journal of LGBT Health Research, 4,* 1–9.

Cook-Daniels, L. (2006). Trans aging. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 20–35). New York, NY: Columbia University Press.

Coolhart, D., Provancher, N., Hager, A., & Wang, M. (2008). Recommending transsexual clients for gender transition: A therapeutic tool for assessing gender. *Journal of GLBT Family Studies, 4,* 301–324. http://dx.doi.org/10.1080/15504280802177466

Currah, P., & Minter, S. P. (2000). *Transgender equality: A handbook for activists and policymakers*. San Francisco, CA: National Center for Lesbian Rights; New York, NY: The Policy Institute of the National Gay & Lesbian Task Force. Retrieved from http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/TransgenderEquality.pdf

Daley, A., Solomon, S., Newman, P. A., & Mishna, F. (2008). Traversing the margins: Intersectionalities in the bullying of lesbian, gay, bisexual,and transgender youth. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research, 19,* 9–29. http://dx.doi.org/10.1080/10538720802161474

Daley, C. (2005, August 15). *Testimony before the National Prison Rape Elimination Commission*. Retrieved from http://transgenderlawcenter.org/pdf/prisonrape.pdf

Darnery, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky, & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia, PA: Saunders.

Daskalos, C. T. (1998). Changes in the sexual orientation of six heterosexual male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior, 27,* 605–614. http://dx.doi.org/10.1023/A:1018725201811

D'Augelli, A. R., & Hershberger, S. L. (1993). Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology, 21,* 421–448. http://dx.doi.org/10.1007/BF00942151

Davis, S. A., & Meier, S. C. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in femaleto-male transgender people. *International Journal of Sexual Health, 26,* 113–128. http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2013.833152

De Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G., . . . Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: Psychosocial outcomes of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies, 15,* 126–133. http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2006.04.002

Department of Defense. (2011). *Instruction: Number 6130.03*. Retrieved from http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/613003p.pdf

Department of Veterans Affairs, Veterans' Health Administration. (2013). *Providing health care for transgender and intersex veterans (VHA Directive 2013–003)*. Retrieved from http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID_2863

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism, 6*(3), 215–221.

Deutsch, M. B. (2012). Use of the informed consent model in provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism, 13,* 140–146. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2011.675233

Deutsch, M. B., Green, J., Keatley, J. A., Mayer, G., Hastings, J., Hall, A. M., … the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. (2013). Electronic medical records and the transgender patient: Recommendations from the World Professional Association for Transgender Health EMR Working Group. *Journal of the American Medical Informatics Association, 20,* 700–703. http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001472

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen-stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 8,* 41–67.

Devor, H. (1993). Sexual orientation identities, attractions, and practices of female-to-male transsexuals. *Journal of Sex Research, 30,* 303–315. http://dx.doi.org/10.1080/00224499309551717

de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality, 59,* 301–320. http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics, 134,* 696–704. http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2958

de Vries, A. L., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40,* 930–936. http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9

de Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine, 8,* 2276–2283. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

de Vries, K. M. (2015). Transgender people of color at the center: Conceptualizing a new intersectional model. *Ethnicities, 15,* 3–27. http://dx.doi.org/10.1177/1468796814547058

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE, 6*(2), e16885. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885

Diamond, L. M. (2013). Concepts of female sexual orientation. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (pp. 3–17). New York, NY: Oxford University Press.

Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior, 38,* 172. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9438-6

dickey, l. m., Burnes, T. R., & Singh, A. A. (2012). Sexual identity development of female-to-male transgender individuals: A grounded theory inquiry. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 6,* 118–138. http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2012.678184

dickey, l. m., Reisner, S. L., & Juntunen, C. L. (2015). Non-suicidal self-injury in a large online sample of transgender adults. *Professional Psychology: Research and Practice, 46,* 3–11. http://dx.doi.org/10.1037/a0038803

Dispenza, F., Watson, L. B., Chung, Y. B., & Brack, G. (2012). Experience

of career-related discrimination for female-to-male transgender persons: A qualitative study. *Career Development Quarterly, 60,* 65–81. http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-0045.2012.00006.x

Dreger, A. D. (1999). *Intersex in the age of ethics*. Hagerstown, MD: University Publishing Group.

Drescher, J. (2014). Controversies in gender diagnosis. *LGBT Health, 1,* 10–14. http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2013.1500

Drescher, J., & Byne, W. (Eds.). (2013). *Treating transgender children and adolescents: An interdisciplinary discussion*. New York, NY: Routledge.

Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badaali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow- up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology, 44,* 34–45. http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34

Edelman, E. A. (2011). "This area has been declared a prostitution free zone": Discursive formations of space, the state, and trans "sex worker" bodies. *Journal of Homosexuality, 58,* 848–864. http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.581928

Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality, 59,* 321–336. http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653302

Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the Standards of Care. *International Journal of Transgenderism, 12,* 198–210. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.544235

Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality, 59,* 337–356. http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653303

Ekins, R., & King, D. (2005). Virginia Prince: Pioneer of transgendering. *International Journal of Transgenderism, 8,* 5–15. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n04_02

Elders, J., & Steinman, A. M. (2014). *Report of the transgender military service commission*. Retrieved from http://www.palmcenter.org/files/Transgender%20Military%20Service%20Report_0.pdf

Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy, 7,* 1–12. http://dx.doi.org/10.1300/J085V07N03_01

Erhardt, V. (2007). *Head over heals: Wives who stay with cross-dressers and transsexuals*. New York, NY: Haworth.

Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis*. New York, NY: Norton.

Factor, R. J., & Rothblum, E. D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research, 3,* 11–30. http://dx.doi.org/10.1080/15574090802092879

Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.

Flynn, T. (2006). The ties that (don't) bind. In P. Currah, R. M. Juang, & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 32–50). Minneapolis, MN: University of Minnesota.

FORGE. (n.d.). *Trans-specific power and control tactics*. Retrieved from http://forge-forward.org/wp-content/docs/power-control-tactics-categories_FINAL.pdf

Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., . . . Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist, 54,* 488–500. http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt021

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Emlet, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., . . . Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual and transgender older adults*. Retrieved from http://caringandaging.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/05/Full-Report-FINAL.pdf

Freeman, D., Tasker, F., & Di Ceglie, D. (2002). Children and adolescents with transsexual parents referred to a specialist gender identity development service: A brief report of key development features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7,* 423–432. http://dx.doi.org/10.1177/1359104502007003009

Fruhauf, C. A., & Orel, N. A. (2015). Fostering resilience in LGBT aging individuals and families. In N. A. Orel & C. A. Fruhauf (Eds.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 217–227). Washington, DC: American Psychological Association.

Fuhrmann, M., & Craffey, B. (2014). *Lessons learned on the path to filial maturity*. Charleston, SC: Createspace.

Fuhrmann, M., & Shevlowitz, J. (2006). *Sagacity: What I learned from my elderly psychotherapy clients*. Bloomington, IN: IUniverse.

Gallagher, S. (2014). The cruel and unusual phenomenology of solitary confinement. *Frontiers in Psychology, 5,* 1–8. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00585

Garber, M. B. (1992). *Vested interests: Cross-dressing & cultural anxiety*. New York, NY: Routledge.

Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., & Harper, G. W. (2006). Overlooked, misunderstood, and at-risk: Exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 38,* 230–236. http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.023

Gehi, P. S., & Arkles, G. (2007). Unraveling injustice: Race and class impact of Medicaid exclusions of transition-related health care for transgender people. *Sexuality Research & Social Policy, 4,* 7–35. http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.7

GenIUSS. (2013). *Gender-related measures overview*. Los Angeles, CA: Williams Institute. Retrieved from: http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/GenIUSS-Gender-related-Question-Overview.pdf

Glaser, C. (Ed.), (2008). *Gender identity and our faith communities: A congregational guide to transgender advocacy*. Washington, DC: Human Rights Campaign Foundation. Retrieved from http://www.hrc.org/resources/entry/gender-identity-and-our-faith-communitiesa-congregational-guide-for-transg

Glezer, A., McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2013). Transgendered and incarcerated: A review of the literature, current policies and laws and ethics. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law, 41,* 551–559.

Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). In-school gender-based victimization and suicide attempts in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice, 43,* 468–475. http://dx.doi.org/10.1037/a0029605

Gonzalez, M., & McNulty, J. (2010). Achieving competency with transgender youth: School counselors as collaborative advocates. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4,* 176–186. http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524841

Gooren, L. J., Giltay, E. J., Bunck, M. C. (2008). Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: Extensive personal experience. *Journal*

of Clinical Endocrinology & Metabolism: Clinical and Experimental, 93, 19–25. http://dx.doi.org/10.1210/jc.2007-1809

Gorton, R. N., & Grubb, H. M. (2014). General, sexual, and reproductive health. In L. Erickson-Schroth (Ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (pp. 215–240). New York, NY: Oxford University Press.

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Kiesling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality & National Gay and Lesbian Task Force. Retrieved from http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Report.pdf

Green, E. R. (2006). Debating trans inclusion in the feminist movement: A trans-positive analysis. *Journal of Lesbian Studies, 10*(1/2), 231–248. http://dx.doi.org/10.1300/J155v10n01_12

Green, J. (2004). *Becoming a visible man*. Nashville, TN: Vanderbilt University.

Green, R. (1978). Sexual identity of 37 children raised by homosexual and transsexual parents. *American Journal of Psychiatry, 135,* 692–697. http://dx.doi.org/10.1176/ajp.135.6.692

Green, R. (1988). Transsexuals' children. *International Journal of Transgendersim, 2*(4).

Green, R., & Money, J. (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality, 51,* 111–128. http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01_06

Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. H., & Hubbard, A. (2006). Parent reactions to transgender youth gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 18,* 3–16. http://dx.doi.org/10.1300/J041v18n01_02

Gruberg, S. (2013). *Dignity denied: LGBT immigrants in U.S*. Retrieved from https://www.americanprogress.org/issues/immigration/report/2013/11/25/79987/dignity-denied-lgbt-immigrants-in-u-s-immigrationdetention/

Hanssmann, C., Morrison, D., Russian, E., Shiu-Thornton, S., & Bowen, D. (2010). A community-based program evaluation of community competency trainings. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 21,* 240–255. http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.12.007

Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of communitydwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society, 52,* 257–262. http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x

Harper, G. W., & Schneider, M. (2003). Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 31,* 246–252. http://dx.doi.org/10.1023/A:1023906620085

Harrison, J., Grant, J., & Herman, J. L. (2012). A gender not listed here: Genderqueers, gender rebels and otherwise in the National Transgender Discrimination Study. *LGBT Policy Journal at the Harvard*

Kennedy School, 2, 13–24. Retrieved from http://isites.harvard.edu/icb/icb.do?keyword_k78405&pageid_icb.page497030

Hartzell, E., Frazer, M. S., Wertz, K., & Davis, M. (2009). *The state of transgender California: Results from the 2008 California Transgender Economic Health survey*. San Francisco, CA: Transgender Law Center. Retrieved from http://transgenderlawcenter.org/pubs/the-state-oftransgender-california

Harvard Law Review Association. (2013). Recent case: Employment law: Title VII: EEOC affirms protections for transgender employees: Macy v. Holder. *Harvard Law Review, 126,* 1731–1738.

Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery, 1,* 335–344.

Hastings, D., & Markland, C. (1978). Post-surgical adjustment of twenty-five transsexuals (male-to-female) in the University of Minnesota study. *Archives of Sexual Behavior, 7,* 327–336. http://dx.doi.org/10.1007/BF01542041

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. E., Gooren, L. J., Meyer, W. J., III, Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism, 94,* 3132–3154. http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-0345

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice, 43,* 460–467. http://dx.doi.org/10.1037/a0029597

Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2004). Psychiatric comorbidity in Gender Identity Disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 58,* 259–261. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.08.010

Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systemic review. *AIDS & Behavior, 12,* 1–17. http://dx.doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3

Herdt, G. (1994). *Third sex, third gender, beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York, NY: Zone Books.

Herdt, G., & Boxer, A. (1993). *Children of horizons: How gay and lesbian teens are leading a new way out of the closet*. Boston, MA: Beacon Press.

Herman, J. L. (2013). Gendered restrooms and minority stress: The public regulation of gender and its impact on transgender people's lives. *Journal of Public Management and Social Policy, 19,* 65–80.

Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garafalo, R., Rosenthal, S. M., . . . Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development, 56,* 285–290. http://dx.doi.org/10.1159/00355235

Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy, 36,* 6–23. http://dx.doi.org/10.1080/00926230903375560

Hirschfeld, M. (1991). *Transvestites: The erotic drive to crossdress* (M. Lombardi-Nash, trans.). Buffalo, NY: Prometheus Books. (Original work published 1910)

Holman, C., & Goldberg, J. M. (2006). Social and medical transgender case advocacy. *International Journal of Transgenderism, 9,* 197–217. http://dx.doi.org/10.1300/J485v09n03_09

Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., & Lee, P. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Journal of Pediatric Urology, 2,* 148–162. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpurol.2006.03.004

Hwahng, S. J., & Lin, A. (2009). The health of lesbian, gay, bisexual, trans-

gender, queer, and questioning people. In C. Trinh-Shevrin, N. Islam, & M. Rey (Eds.), *Asian American communities and health: Context, research, policy, and action* (pp. 226–282). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Hwahng, S. J., & Nuttbrock, L. (2007). Sex workers, fem queens, and cross-dressers: Differential marginalizations and HIV vulnerabilities among three ethnocultural male-to-female transgender communities in New York City. *Sexuality Research & Social Policy, 4,* 36–59. http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.36

Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health, & Sexuality, 13,* 355–370. http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2010.537770

Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academy of Sciences.

Ippolito, J., & Witten, T. M. (2014). Aging. In L. Erickson-Schroth (Ed.), *Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community* (pp. 476–497). New York, NY: Oxford University Press.

Israel, T. (2005). . . . and sometimes T: Transgender issues in LGBT psychology. *Newsletter of the Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues, 21,* 16–18.

Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R., & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research, 18,* 294–305. http://dx.doi.org/10.1080/10503300701506920

Israel, T., Walther, W. A., Gorcheva, R., & Perry, J. S. (2011). Policies and practices for LGBT clients: Perspectives of mental health services administrators. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 15,* 152–168. http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2010.539090

Jones, R. M., Wheelwright, S., Farrell, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., & Baron-Cohen, S. (2012). Brief report: Female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism Developmental Disorders, 42,* 301–306. http://dx.doi.org/10.1007/s10803-011-1227-8

Kellogg, T. A., Clements-Nolle, K., Dilley, J., Katz, M. H., & McFarland, W. (2001). Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 28,* 380–384. http://dx.doi.org/10.1097/00126334-200112010-00012

Kenagy, G. P., & Bostwick, W. B. (2005). Health and social service needs of transgender people in Chicago. *International Journal of Transgenderism, 8,* 57–66. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_06

Kenagy, G. P., & Hsieh, C. (2005). Gender differences in social service needs of transgender people. *Journal of Social Service Research, 31,* 1–21. http://dx.doi.org/10.1300/J079v31n303_01

Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83,* 143–156. http://dx.doi.org/10.1037/a0037599

Kidd, J. D., & Witten, T. M. (2008). Understanding spirituality and religiosity in the transgender community: Implications for aging. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 20,* 29–62. http://dx.doi.org/10.1080/15528030801922004

Kins, E., Hoebeke, P., Heylens, G., Rubens, R., & De Cuyprere, G. (2008). The female-to-male transsexual and his female partner versus the traditional couple: A comparison. *Journal of Sex and Marital Therapy, 34,* 429–438. http://dx.doi.org/10.1080/00926230802156236

Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moore, R. P., & Quam, J. K. (2011). *Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults*. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging. Retrieved from http://www.n4a.org/pdf/ReadyToServe1.pdf

Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. O. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism, 12,* 115–118. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2010.509215

Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford, CA: Stanford University.

Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In K. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 271–288). Washington, DC: American Psychological Association.

Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Palmer, N. A., & Boesen, M. J. (2014). *The 2013 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in our nation's schools*. New York, NY: Gay, Lesbian & Straight Education Network. Retrieved from http://www.glsen.org/sites/default/files/2013%20National%20School%20Climate%20Survey%20Full%20Report_0.pdf

Krieger, N. (2011). *Nina here nor there: My journey beyond gender*. Boston, MA: Beacon Press.

Kuhn, A., Brodmer, C., Stadlmayer, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhauser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility, 92,* 1685–1689. http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126

Kulick, D. (1998). *Travesti: Sex, gender, and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago, IL: University of Chicago.

Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research, 49,* 244–254. http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.596954

Lambda Legal. (2012). *Professional organization statements supporting transgender people in health care*. Retrieved from http://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/fs_professional-org-statements-supporting-trans-health_1.pdf

Lawrence, A. A. (2014). *Men trapped in men's bodies: Narratives of autogynephilic transsexualism*. New York, NY: Springer. Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York, NY: Haworth Clinical Practice.

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York, NY: Haworth Clinical Practice.

Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism, 11,* 74–99. http://dx.doi.org/10.1080/15532730903008032

Levy, D. L., & Lo, J. R. (2013). Transgender, transsexual, and gender queer individuals with a Christian upbringing: The process of resolving conflict between gender identity and faith. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, 32,* 60–83. http://dx.doi.org/10.1080/15426432.2013.749079

Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine, 42,* 221–228. http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023

Lombardi, E. L., Wilchins, R. A., Priesing, D., & Malouf, D. (2001). Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality, 42,* 89–101. http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01_05

Lurie, S. (2005). Identifying training needs of health care providers related to the treatment and care of transgender persons: A qualitative needs assessment in New England. *International Journal of Transgenderism, 8,* 93–112. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_09

MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine, 350,* 367–378. http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra022784

Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process, 50,* 453–470. http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x

Matarazzo, B. B., Barnes, S. M., Pease, J. L., Russell, L. M., Hanson, J. E., Soberay, K. A., & Gutierrez, P. M. (2014). Suicide risk among lesbian, gay, bisexual, and transgender military personnel and veterans: What does the literature tell us? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44,* 200–217. http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12073

McGuire, J. K., Anderson, C. R., & Toomey, R. B. (2010). School climate for transgender youth: A mixed method investigation of student experiences and school responses. *Journal of Youth and Adolescence, 39,* 1175–1188. http://dx.doi.org/10.1007/s10964-010-9540-7

Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The demographics of the transgender population. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook of the demography of sexuality* (pp. 289–327). New York, NY: Springer.

Meier, S. C., Pardo, S. T., Labuski, C., & Babcock, J. (2013). Measures of clinical health among female-to-male transgender persons as a function of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 42,* 463–474. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0052-2

Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism, 14,* 75–85. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.791651

Merksamer, J. (2011). *A place of respect: A guide for group care facilities serving transgender and gender non-conforming youth*. San Francisco, CA: National Center for Lesbian Rights; New York, NY: Sylvia Rivera Law Project. Retrieved from http://www.nclrights.org/wp-content/uploads/2013/07/A_Place_Of_Respect.pdf

Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36,* 38–56. http://dx.doi.org/10.2307/2137286

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129,* 674–697. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, W. J. (2009). World Professional Association of Transgender Health's Standards of Care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism, 11,* 127–132. http://dx.doi.org/10.1080/15532730903008065

Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University.

Mikalson, P., Pardo, S., & Green, J. (2012). *First do no harm: Reducing disparities for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and questioning populations in California*. Retrieved from http://www.eqcai.org/atf/cf/%7B8cca0e2f-faec-46c1-8727-cb02a7d1b3cc%7D/FIRST_DO_NO_HARM-LGBTQ_REPORT.PDF

Miller, J., & Nichols, A. (2012). Identity, sexuality and commercial sex among Sri Lankan nachchi. *Sexualities, 15,* 554–569. http://dx.doi.org/10.1177/1363460712446120

Minter, S. M., & Wald, D. H. (2012). Protecting parental rights. In J. L. Levi & E. E. Monnin-Browder (Eds.), *Transgender family law: A guide to effective advocacy* (pp. 63–85) Bloomington, IN: Authorhouse.

Mizock, L., & Mueser, K. T. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1,* 146–158. http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000029

Mlinac, M. E., Sheeran, T. H., Blissmer, B., Lees, F., Martins, D. (2011). Psychological resilience. In B. Resnick, L. P. Gwyther, & K. A. Roberto, *Resilience in aging* (pp. 67–87). New York, NY: Springer.

Mollenkott, V. (2001). *Omnigender: A trans-religious approach*. Cleveland, OH: Pilgrim Press.

Moody, C. L., & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior, 42,* 739–752. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8

Morales, E. (2013). Latino lesbian, gay, bisexual, and transgender immigrants in the United States. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 7,* 172–184. http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.785467

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systemic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology, 72,* 214–231. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x

Murray, S. B., Boon, E., & Touyz, S. W. (2013). Diverging eating psychopathology in transgendered eating disorder patients: A report of two cases. *Eating Disorders, 21,* 70–74. http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2013.741989

Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health, 100,* 2426–2432. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319

Nadal, K. L., Rivera, D. P., & Corpus, M. J. H. (2010). Sexual orientation and transgender microaggressions in everyday life: Experiences of lesbians, gays, bisexuals, and transgender individuals. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp. 217–240). New York, NY: Wiley.

Nadal, K. L., Skolnik, A., & Wong, Y. (2012). Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 6,* 55–82. http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2012.648583

Namaste, V. K. (2000). *Invisible lives: The erasure of transsexual and transgendered people*. Chicago, IL: University of Chicago.

Nanda, S. (1999). *Neither man nor woman, the Hijras of India* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

National Center for Transgender Equality. (2012). *Reassessing solitary confinement: The human rights, fiscal, and public safety consequences*. Retrieved from http://www.scribd.com/doc/97473428/NCTE-Testimony-on-U-S-Senate-Solitary-Confinement-Hearing

National Center for Transgender Equality. (2014). *Medicare and transgender people*. Retrieved from http://transequality.org/PDFs/MedicareAndTransPeople.pdf

National Coalition of Anti-Violence Programs. (2011). *Hate violence against lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and HIV-affected communities in the United States in 2011: A report from the National Coalition of Anti-Violence Programs*. New York, NY: Author. Retrieved from http://avp.org/storage/documents/Reports/2012_NCAVP_2011_HV_Report.pdf

National LGBTQ Task Force. (2013). *Hate crimes laws in the U. S*. Washington, DC: Author. Retrieved from http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/issue_maps/hate_crimes_06_13_new.pdf

National Senior Citizens Law Center. (2011). *LGBT older adults in long-term care facilities: Stories from the field*. Washington, DC: Author, National Gay and Lesbian Task Force, Services and Advocacy for GLBT Elders, Lambda Legal, National Center for Lesbian Rights, & National Center for Transgender Equality. Retrieved from http://www.nsclc.org/wp-content/uploads/2011/07/LGBT-Stories-from-the-Field.pdf

Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J. A., Han, L., & Soma, T. (2004). HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *American Journal of Public Health, 94,* 1193–1199. http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1193

Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., & Villegas, D. (2004). Social context of HIV risk behaviors among male-to-female transgenders of color. *AIDS Care, 16,* 724–735. http://dx.doi.org/10.1080/09540120413331269567

Nuttbrock, L. A., Bockting, W. O., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy, 24,* 108–125. http://dx.doi.org/10.1080/14681990902926764

Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research, 47,* 12–23. http://dx.doi.org/10.1080/00224490903062258

O'Hara, C., Dispenza, F., Brack, G., & Blood, R. A. (2013). The preparedness of counselors in training to work with transgender clients: A mixed methods investigation. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 7,* 236–256. http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.812929

Operario, D., Soma, T., & Underhill, K. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes, 48,* 97–103. http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e31816e3971

OutServe-Servicemembers Legal Defense Network. (n.d.). *Transgender service*. Retrieved from https://www.outservesldn.org/?p._transgender_service

Pinto, R. M., Melendez, R. M., & Spector, A. Y. (2008). Male-to-female transgender individuals building social support and capital from within a gender-focused network. *Journal of Gay and Lesbian Social Services, 20,* 203–220. http://dx.doi.org/10.1080/10538720802235179

Porter, K. E., Ronneberg, C. R., & Witten, T. M. (2013). Religious affiliation and successful aging among transgender older adults: Findings from the Trans MetLife Survey. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 25,* 112–138. http://dx.doi.org/10.1080/15528030.2012.739988

Preves, S. E. (2003). *Intersex and identity: The contested self*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Pyne, J. (2014). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 23,* 1–8. http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.23.1.CO1

Rachlin, K. (2002). Transgender individuals' experience of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism, 6*(1).

Reed, G. M., McLaughlin, C. J., & Newman, R. (2002). American Psychological Association policy in context: The development and evaluation of guidelines for professional practice. *American Psychologist, 57,* 1041–1047. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1041

Rodin, D., & Stewart, D. E. (2012). Resilience in elderly survivors of child maltreatment. *SAGE Open, 2,* 1–9. http://dx.doi.org/10.1177/2158244012450293

Rodriguez, E. M., & Follins, L. D. (2012). Did God make me this way? Expanding psychological research on queer religiosity and spirituality to include intersex and transgender individuals. *Psychology & Sexuality, 3,* 214–225. http://dx.doi.org/10.1080/19419899.2012.700023

Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender children*. San Francisco, CA: Family Acceptance Project, Marian Wright Edelman Institute, San Francisco State University. Retrieved from http://familyproject.sfsu.edu/files/FAP_English%20Booklet_pst.pdf

Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescence and the Health of LGBT Young Adults, 23,* 205–213.

Saffin, L. A. (2011). Identities under siege: Violence against transpersons of color. In E. A. Stanley & N. Smith (Eds.), *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex* (pp. 141–162). Oakland, CA: AK Press.

Samons, S. (2008). *When the opposite sex isn't: Sexual orientation in male-to-female transgender people*. New York, NY: Routledge.

Savin-Williams, R. C., & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior, 29,* 607–627. http://dx.doi.org/10.1023/A:1002058505138

Schleifer, D. (2006). Make me feel mighty real: Gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality. *Sexualities, 9,* 57–75. http://dx.doi.org/10.1177/1363460706058397

Schmidt, J. (2003). Paradise lost? Social change and Fa'afafine in Samoa. *Current Sociology, 51,* 417–432. http://dx.doi.org/10.1177/0011392103051003014

Serano, J. (2006). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Emeryville, CA: Seal Press.

Services and Advocacy for GLBT Elders & National Center for Transgender Equality. (2012). *Improving the lives of transgender older adults*. New York,

NY: Author. Retrieved from http://transequality.org/Resources/TransAgingPolicyReportFull.pdf

Sevelius, J. (2009). "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20,* 398–410. http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001

Sheridan, V. (2009). *The complete guide to transgender in the workplace*. Santa Barbara, CA: Praeger.

Sherman, M. D., Kauth, M. R., Shipherd, J. C., & Street, R. L., Jr. (2014). Communication between VA providers and sexual and gender minority veterans: A pilot study. *Psychological Services, 11,* 235–242. http://dx.doi.org/10.1037/a0035840

Shipherd, J. C., Mizock, L., Maguen, S., & Green, K. E. (2012). Male-to-female transgender veterans and VA health care utilization. *International Journal of Sexual Health, 24,* 78–87. http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2011.639440

Shively, M. G., & De Cecco, J. P. (1977). Component of sexual identity. *Journal of Homosexuality, 3,* 41–48. http://dx.doi.org/10.1300/J082v03n01_04

Siegal, M., & Robinson, J. (1987). Order effects in children's gender-constancy responses. *Developmental Psychology, 23,* 283–286. http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.283

Singh, A. A. (2012). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression, finding support. *Sex Roles: A Journal of Research, 68,* 690–702. http://dx.doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z

Singh, A. A., & Burnes, T. R. (2009). Creating developmentally appropriate, safe counseling environments for transgender youth: The critical role of school counselors. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 3,* 215–234. http://dx.doi.org/10.1080/15538600903379457

Singh, A. A., & Burnes, T. R. (2010). Shifting the counselor role from gatekeeping to advocacy: Ten strategies for using the Competencies for Counseling with Transgender Clients for individual and social change. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4,* 241–255. http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.525455

Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. (2011). Strategies in the face of adversity: Resilience strategies of transgender individuals. *Journal of Counseling and Development, 89,* 20–27. http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x

Singh, A. A., & Jackson, K. (2012). Queer and transgender youth: Education and liberation in our schools. In E. R. Meiners & T. Quinn (Eds.), *Sexualities in education: A reader* (pp. 175–186). New York, NY: Peter Lang.

Singh, A. A., & McKleroy, V. S. (2011). "Just getting out of bed is a revolutionary act": The resilience of transgender people of color who have survived traumatic life events. *Traumatology, 20,* 1–11. http://dx.doi.org/10.1177/1534765610369261

Singh, A. A., Richmond, K., & Burnes, T. (2013). The practice of ethical and empowering participatory action research with transgender people and communities. *International Journal of Transgenderism, 14,* 93–104. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.818516

Smith, L. C., Shin, R. Q., & Officer, L. M. (2012). Moving counseling forward on LGB and transgender issues: Speaking queerly on discourses and microaggressions. *The Counseling Psychologist, 40,* 385–408. http://dx.doi.org/10.1177/0011000011403165

Spade, D. (2006). Compliance is gendered: Struggling for gender selfdetermination in a hostile economy. In P. Currah, R. M. Juang, & S. P. Minter (Eds.), *Transgender rights* (pp. 217–241). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Spade, D. (2011a). *Normal life: Administrative violence, critical trans politics, and the limits of the law*. Brooklyn, NY: South End.

Spade, D. (2011b). Some very basic tips for making higher education more accessible to trans students and rethinking how we talk about gendered bodies. *Radical Teacher, 92,* 57–62.

Stanley, E. A. (2011). Fugitive flesh: Gender self-determination, queer abolition, and trans resistance. In E. A. Stanley & N. Smith (Eds.), *Captive genders: Trans embodiment and the prison industrial complex* (pp. 1–11). Oakland, CA: AK Press.

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood Gender Dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52,* 582–590. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016

Stein, E. (2012). Commentary on the treatment of gender variance and gender dysphoria in children and adolescents: Common themes and ethical reflections. *Journal of Homosexuality, 59,* 480–500. http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653316

Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Berkley, CA: Seal Press.

Tanis, J. E. (2003). *Trans-gendered: Theology, ministry, and communities of faith*. Cleveland, OH: Pilgrim.

Taylor, J. K. (2007). Transgender identities and public policy in the United States: The relevance for public administration. *Administration & Society, 39,* 833–856. http://dx.doi.org/10.1177/0095399707305548k

Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice, 43,* 452–459. http://dx.doi.org/10.1037/a0029604

Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. H., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice, 46,* 37–45. http://dx.doi.org/10.1037/a0037490

Transgender Law Center. (2005). *Peeing in peace: A resource guide for transgender activists and allies*. San Francisco, CA: Author. Retrieved from http://transgenderlawcenter.org/issues/public-accomodations/peeing-in-peace

Transgender Law Center. (n.d.). *Transgender health benefits: Negotiating inclusive coverage*. Retrieved from http://translaw.wpengine.com/issues/health/healthinsurance

Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papaimitriou, M. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Retrieved from http://transpulseproject.ca/wpcontent/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Supportfor-Trans-Youth-vFINAL.pdf

Vanderburgh, R. (2007). *Transition and beyond: Observations on gender identity*. Portland, OR: Q Press.

van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. O. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology, 47,* 337–342. http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x

Vasquez, M. J. T. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist, 62,* 878–885. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.878

Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the

environment: Toward and integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist, 52,* 306–316. http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154

Walinsky, D., & Whitcomb, D. (2010). Using the ACA Competencies for counseling with transgender clients to increase rural transgender wellbeing. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4,* 160–175. http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2010.524840

Wallace, R., & Russell, H. (2013). Attachment and shame in gender-nonconforming children and their families: Toward a theoretical framework for evaluating clinical interventions. *International Journal of Transgenderism, 14,* 113–126. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.824845

Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47,* 1413–1423. http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9

Warner, L. R. (2008). A best practices guide to intersectional approaches in psychological research. *Sex Roles: A Journal of Research, 59,* 454–463. http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-9-5

Wentling, T., Schilt, K., Windsor, E., & Lucal, B. (2008). Teaching transgender. *Teaching Sociology, 36,* 49–57. http://dx.doi.org/10.1177/0092055X0803600107

White, T., & Ettner, R. (2004). Disclosure, risks and protective factors for children whose parents are undergoing a gender transition. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 8,* 129–147.

White, T., & Ettner, R. (2007). Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16,* 215–221. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-006-0591-y

Whitman, J. (2013). Safe schools: Prevention and intervention for bullying and harassment. In E. Fisher & K. Hawkins (Eds.), *Creating school environments to support lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students and families: A handbook for school professionals* (pp. 123–139). New York, NY: Routledge.

Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., . . . T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction, 27,* 483–487. http://dx.doi.org/10.1093/humrep/der406

Witten, T. M. (2003). Life course analysis–The courage to search for something more: Middle adulthood issues in the transgender and intersex community. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 8,* 189–224. http://dx.doi.org/10.1300/J137v8no2_12

Witten, T. M., & Eyler, A. E. (2012). *Gay, lesbian, bisexual, and transgender aging: Challenges in research, practice, and policy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.

World Health Organization. (2015). *Transsexualism F64.0*. Retrieved from http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F64.0

Xavier, J. M. (2000). *The Washington, DC Transgender Needs Assessment Survey*. Washington, DC: Us Helping Us, People Into Living. Retrieved from http://www.glaa.org/archive/2000/tgneedsassessment1112.shtml

Xavier, J., Bobbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism, 8,* 31–47. http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_04

Xavier, J., Bradford, J., Hendricks, M., Safford, L., McKee, R., Martin, E., & Honnold, J. A. (2012). Transgender health care access of Virginia: A qualitative study. *International Journal of Transgenderism, 14,* 3–17. http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.689513

Zucker, K. J. (2008a). Children with gender identity disorder. Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 56,* 358–364. http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003

Zucker, K. J. (2008b). On the "natural history" of gender identity disorder in children [Editorial]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47,* 1361–1363. http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818960cf

Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality, 59,* 369–397. http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309

Magyarországi vonatkozások

Affirmatív terápiás attitűdöt képviselő kezdeményezések Magyarországon

Készítette: Ritter Andrea

Képzések

Akkreditált továbbképzések

A Magyar Pszichológiai Társaság LMBTQ Szekciójának 2015-ben akkreditált továbbképzése: „LMBTQ pszichológia és terápia". (Ritter Andrea, Borgos Anna)

ELTE Tanácsadó Szakpszichológus képzés: „LMBTQ kliensek, párok, családok" c. kurzus, 2016-tól. (Borgos Anna, Ritter Andrea).

A Változás Rendelő 2014 óta az ELTE Tanácsadó Szakpszichológus képzés gyakorlati képző helye, tereptanár: Ritter Andrea.

Egyéb képzések

„MÁS – kérdés?" Kerekasztal a homoszexualitás és leszbikusság terápiás kérdéseiről. Résztvevők: Borgos Anna, Indries Krisztián, Kácsándi Elvira, Lukács Dénes, Tóth András. Moderátor: Tiringer István. Játék? Valóság? A Pszichoterápia folyóirat 9. konferenciája. MOM Kulturális Központ, 2013. május 10-11.

SZEX-MA LMBTQ olvasószeminárium: A szakemberek LMBTQ továbbképzését szolgálta a Változás Rendelő által 2011 és 2013 között szervezett és tartott képzés gyakorlati szakemberek részére a kurrens szakirodalmakról, amely három éven át havi rendszerességgel működött. Vezette: Ritter Andrea, Borgos Anna.

„Szivárványszín életutak". LMBTQ szupervíziós és esetmegbeszélő csoport segítő szakemberek részére. Vezetik: Ritter Andrea, Indries Krisztián, 2012-től.

Háttér Társaság Információs és Lelkisegély Szolgálat operátorképzés (1996-tól).

Melegség és Megismerés iskolai program: a Labrisz Leszbikus Egyesület és a Szimpozion Egyesület közös nem-formális nevelési projektje (2000 óta).

Az MPT LMBTQ Szekció affirmatív szemléletet képviselő tanácsadói, rendelői

Bede Zsuzsa – *www.szexhelp.hu*
Borgos Anna – *borgosanna@gmail.com*
Hazag Anikó – *www.pestipszichologus.hu*
Indries Krisztián, Lélekben Otthon Rendelő – *krisztiani@yahoo.com*
Ivánovics Petra – *petra.ivanovics@gmail.com*
Lászlóffy Julianna – *laszloffy.julianna@gmail.com*
Németh Ádám – *nemethadam.pszichologia@gmail.com*
Ritter Andrea:
- Változás Rendelő – *www.valtozasrendelo.hu*
- Tanácsadó Központ – *http://lmbtkozpont.wixsite.com/lmbtkozpont*
- Primus Inter Pares Alapítvány – *http://pipa.info.hu*

Steinberg Johanna – *www.egyensulyrendelo.hu*

A terápiás szemléletet formáló irodalmak

Borgos Anna: A heteronormatív terápia útvesztői. Beszámoló az Integratív Pszichoterápiás Egyesület „A nemi identitás útvesztői” című konferenciájáról. socio.hu, 2012/4. 19-22.

Faix-Prukner Csilla, Rózsa Krisztián: Meleg párok és családok a terápiában. *Paradigma,* 2013, 1, 54-57.

Kórász Krisztián: A reorientációs terápia története. *Orvosi Hetilap,* 2013/24. 931-939.

Kórász Krisztián: A homoszexualitás demedikalizációja – a bűntől, büntetéstől az egyenlőség felé. *Lege Artis Medicinae,* 2013/5-6. 316-320.

Pszichoterápia, 21, 2012/6. 414-431. Recenzió szimpózium Joseph J. Nicolosi könyvéről. (Borgos Anna, Buda Béla, Flaskay Gábor, Lukács Dénes)

Ritter Andrea: A homoszexualitás felfogásának változásai a pszichoanalitikus elméletben és terápiában. *Thalassa,* 21. évf. 2010/4. 70-84.

Ritter Andrea: *Melegek. Ismeretlen ismerősök a 21. században. Pszichológiai tanulmányok.* Corvina, Budapest, 2014.;

TARTALOM:

- LMBTQ szótár: az egyes kifejezések magyarázata
- Coming out; Az előbújás a különböző pszichológiai elméletek tükrében
- A coming out krízis kezelése; A négy alkalmas családi konzultáció
- A társadalmi környezet és a coming out folyamata; Társadalmi perspektívából megfogalmazott pszichoanalitikus gondolatok az előbújásról
- Genetika, mintakövetés, traumahatás; Személyes gondolatok egy örök vita körül
- Pszichoanalízis és homoszexualitás; A homoszexualitás felfogásának változása a pszichoanalitikus elméletben és terápiában
- Nők a köztes térben: A női homoszexualitás modern pszichoanalitikus magyarázatai
- Affirmatív, vagyis támogató terápia? Természetesen. Hogy gondolkodik a szakember, és mit mond a legnagyobb szakmai szervezet, az Amerikai Pszichológiai Társaság.

Szél Zsuzsanna, Csekő Csilla, Győrffy Zsuzsa: Láthatóság és életminőség – Nemzetközi szakirodalmi áttekintés az LMBTQ gyógyítók helyzetéről. *Lege Artis Medicinae,* 2016/1-2. 11-18.

Az LMBTQ témakörben magyar nyelven megjelent szakirodalmak válogatott bibliográfiája

Készítette: Borgos Anna
Utolsó frissítés: 2016. október 1.

Könyvek

Baird, Vanessa: *A szexuális sokféleség.* (Ford. Sándor Bea.) HVG Könyvek, Budapest, 2004.

Béres-Deák Rita et al. (szerk.): *Leszbikus tér-erő.* Labrisz Leszbikus Egyesület, Budapest, 2000.

Borgos Anna et al. (szerk.): *Eltitkolt évek. Tizenhat leszbikus életút.* Labrisz Leszbikus Egyesület, Budapest, 2011.

Borgos Anna: *Nemek között. Nőtörténet, szexualitástörténet*. Noran Libro, Budapest, 2013.

Eszenyi Miklós: *„Férfi a férfival, nő a nővel". Homoszexualitás a történelemben, a társadalomban és a kultúrában*. Corvina, Budapest, 2006.

Fairchild, Betty; Nancy Hayward: *Most, hogy tudod. Útmutató meleg és leszbikus fiatalok szüleinek*. (Ford. Béres-Deák Rita, Körmendi Gabriella, Kuszing Gábor, Sándor Bea.) Göncöl, Budapest, 2002.

Fischer Eszter: *Meleg a gyerekem?!* Saxum, Budapest, 2010.

Hevesi Krisztina: Szex a psziché labirintusában. Kulcslyuk, Budapest, 2013.

Kuszing Gábor: *Rideg bánásmód. Esettanulmányok a leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű emberek elleni erőszakról és hátrányos megkülönböztetésről. Magyarország 2002-2007.* Patent Egyesület, Budapest, 2008.

McLaren, Angus: *Szexualitás a 20. században*. (Ford. Nagy Mónika.) Osiris, Budapest, 2002.

Papp, Peggy (szerk.): *Párok tévúton. Új irányok terapeutáknak*. Animula, Budapest, 2014.

Sándor Bea (szerk.): *Már nem tabu. Kézikönyv tanároknak a leszbikusokról, melegekről, biszexuálisokról és transznemű*ekről. Labrisz Leszbikus Egyesület, Budapest, 2002.

Szenteh Natália: *És ha a te gyereked lenne homoszexuális?* Masculus, Budapest, 2005.

Takács Judit: *Homoszexualitás és társadalom*. Új Mandátum, Budapest, 2004.

Takács Judit (szerk.): *A lélek műtétei.* Új Mandátum, Budapest, 2006.

Takács Judit (szerk.): *Homofóbia Magyarországon*. L'Harmattan, Budapest, 2011.

KAPCSOLÓDÓ TANULMÁNYOK:

- Takács Judit: Homofóbia Magyarországon és Európában
- Dombos Tamás, Takács Judit, P. Tóth Tamás, Mocsonaki László: Az LMBT emberek magyarországi helyzetének rövid áttekintése
- Turai Katalin Ráhel: A biszexualitás, a homofóbia és a bifóbia összefüggései
- Borgos Anna: Diskurzusok a kétanyás családokról: kutatások és közbeszédek
- Béres-Deák Rita: Gyermekvállalás – meleg és leszbikus szemmel
- Rédai Dorottya: „… én az olyanokat értem meg, akik nem tehetnek róla". Középiskolás heteroszexuális diákok diskurzusai a melegség kialakulásáról
- Takács István Károly: A homofóbia nyomai a magyar közoktatásban
- Lányi Katalin: Homofóbia főiskolások körében és egy előítéletesség-csökkentő program hatásai
- Mészáros György: Tanári szerepvállalás a homofóbia elleni küzdelemben: pedagógushallgatók és LMBT emberek értelmezései

Tóth László (szerk.): *A homoszexualitásról*. T-Twins, Budapest, 1994.

Vargo, Marc E.: *Ők és mi. Melegek a társadalomban*. (Ford. Dr. Berghammer Rita.) Háttér Kiadó, Budapest, 1999.

Tematikus folyóirat-számok

Replika, 33-34, 1998. december. „Leszbikus és meleg identitáspolitikák" (Szerk. Kalocsai Csilla, Takács Judit)

TARTALOM:

- Kalocsai Csilla: Leszbikus és meleg elméletek: identitások és identitáspolitikák. 195-202.
- Takács Judit: Bevezetés a homoszexualizálás tudományába. 203-212.
- Fuss, Diana: Leszbikus és meleg elmélet: az identitáspolitika kérdése. (Ford. Vándor Anna.) 213-228.
- Duggan, Lisa: A különbözőség közössége. (Ford. Farkas Krisztina.) 229-242.
- Bech, Henning: Századvégi nyugati szexualitások: queer identitások és a modern homoszexuálisok eltűnése. (Ford. Takács Judit, Farkas Krisztina.) 243-257.

Thalassa, 21, 2010/4. „Szexuális orientációk" (Szerk. Borgos Anna)

TARTALOM:

- Dean, Tim; Christopher Lane: Homoszexualitás és pszichoanalízis. (Ford. Polgárdi Ákos.) 5-38.
- Fuss, Diana: Bukott nők. Freud „A női homoszexualitás egy esetének pszichogeneziséről". (Ford. Gagyi Ágnes.) 39-60.
- Rutkin, Richard: Pszichoanalízis melegekkel és leszbikusokkal interperszonális megközelítésben. (Ford. Galaczi Zsófia.) 61-69.
- Ritter Andrea: A homoszexualitás felfogásának változásai a pszichoanalitikus elméletben és terápiában. 70-84.
- Béres-Deák Rita: „Anyu, Tina a szerelmed?" Gyermeket nevelő azonos nemű párok és az identitás vállalása. 85-97.
- A pszichoanalízis és a homoszexualitás: gondolatok perverz vágyról, inzultusról és apai funkcióról. François Pommier interjúja Elisabeth Roudinescóval. (Ford. Sándor Bea.) 99-116.
- Pszichoterapeuták a homoszexualitásról. Válaszok egy körkérdésre. (Dobos Emőke, Lukács Dénes, Schmelowszky Ágoston, Bede Zsuzsanna és Tornyossy Mária válaszai.) 117-124.
- Szasz, Thomas: Homoszexualitás, jog, morál. (Ford. Zipernovszky Kornél.) 125-133.

Tanulmányok

Atkinson, R. L. et al.: Szexuális orientációk. (Ford. Kiss Szabolcs.) In: R. L. Atkinson, R. C. Atkinson, E. E. Smith, D. J. Bem: *Pszichológia*. Osiris, Budapest, 1999. 313-317.

Béres-Deák Rita: Magyar családpolitikák LMBTQ szemszögből. *Replika,* 85-86, 2014/1-2. 107-122.

Béres-Deák Rita: „Mit szólnak a szomszédok?" Azonos nemű párok családjai és a rejtőzködés dilemmája. socio.hu, 2015/1. 144-161.

Borgos Anna: Nemek között. A bifóbia elmélete és gyakorlata. In: Gantner B. Eszter, Schweitzer Gábor, Varga Péter (szerk.): *Kép-Keret. Az identitás konstrukciói.* Nyitott Könyvműhely, Budapest, 2010. 101-114.

Borgos Anna: „A státuszom egy átlagember fejében nem is létezik". A társanyák helyzete magyarországi szivárványcsaládokban. *Imágó Budapest online,* 2015/2.

Chiland, Colette; Anne-Marie Clouet, Michèle Guinot, Bernard Golse, Pierre Jouannet, Patrick Revidi: „Újnemű" apák és gyermekeik I, II. (Ford. Sebes Anna.) *Pszichoterápia*, 2014/2, 3.

D'Augelly, Anthony R. (2008): A viktimizáció hatása a leszbikus, meleg és biszexuális fiatalok fejlődésére. (Ford. Sándor Bea.) In: Kende Anna (szerk.): *Pszichológia és feminizmus*. L'Harmattan, Budapest, 249-273.

Eszenyi Miklós, Zahuczky László: Ferenczi és kortársai a homoszexualitásról. *Thalassa*, 2008/4. 87-100.

Fischer Eszter: Nehéz együttélés. Homoszexuálisok a heteroszexuálisok társadalmában. *Fordulópont*, 2003/4. 85-99.

Garber, Marjorie: Bi-szexuálpolitika. (Ford. Keserű Júlia.) *Café Bábel*, 55, 2007. 83-91.

Kórász Krisztián, Koras Réka, Dr. Simon Lajos: Homoszexualitás az orvostudomány tükrében. *Lege Artis Medicinae,* 2008/4. 346-350.

Lányi Katalin: Úton a befogadó társadalom felé. Egy előítéletesség csökkentő program hatékonyságvizsgálata. *BGF Tudományos Évkönyv 2010: Merre tovább? Gazdaság és társadalom, realitás és esély*. BGF, Budapest, 2012.

Lukács Gabriella, Sükösd Miklós: Transzvesztitizmus, transszszexualitás és a nemi szerepek konstrukciója. *Café Bábel*, 11-12, 1994. 185-194.

Meskó Norbert, Láng András, Kocsor Ferenc, Rózsa Krisztián: A szexuális elköteleződés mérése. A szocioszexuális orientációs kérdőív (SOI-R) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67,

Neményi Mária: A kötelező heteroszexualitástól a kötelező feminizmusig. *Café Bábel*, 11-12, 1994. 163-170.

Pálmai Judit, Pikó Bettina: Homoszexualitás és sztereotípiák egy kvalitatív vizsgálat tükrében. *Társadalomkutatás,* 24, 2006/2. 235-260.

Ritter Andrea: *Leszbikus generációk a szocializmus évei alatt. Az „Eltitkolt évek" című dokumentumfilm pszichológiai elemzése.* https://www.youtube.com/watch?v=lPRg3OiyNxo 2013.

Ritter Andrea: Állandó önvizsgálat — leszbikusok és melegek párkapcsolati problémái. *Mindennapi Pszichológia*, 2014/4. 17-19.

Ritter Andrea: A coming out krízis és kezelése. A négy alkalmas családi konzultáció. *Pszichoterápia*, 2014/5. 330-338.

Simon Lajos, Svébis András Róbert, Kórász Krisztián: A transszszexualizmus kultúrtörténeti háttere. *Lege Artis Medicinae,* 2009/3. 234-237.

Szabó Judit: Bennszülöttek és etnográfusok. Megír(hat)atlan könyv a homoszexualitásról. *Buksz*, 1994/4. 426-430.

Takács Judit, Dombos Tamás: Az LMBT-emberek társadalmi integrációját segítő tényezők Magyarországon. In: Kovách I., Dupcsik Cs., P. Tóth T., Takács J. (szerk.): *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon*. Argumentum, Budapest, 2012. 383-397.

Takács Judit, Szalma Ivett: Az azonos nemű párok általi örökbefogadással kapcsolatos attitűdök Magyarországon. socio.hu, 2013/1. 1-33.

Tóth László: Adalékok a homoszexualitás társadalmi problémájához. *Esély*, 1994/1. 31-44.

További segítő civil szervezetek, honlapok

Háttér Társaság Információs és Lelkisegély- és Személyes Segítő Szolgálata – *www.hatter.hu*
Labrisz Leszbikus Egyesület – *www.labrisz.hu*
Magyar LMBT Szövetség – *www.lmbtszovetseg.hu*
Melegség és Megismerés – *www.melegsegesmegismeres.hu*
Patent Egyesület – *www.patent.org.hu*
Szimpozion Egyesület – *www.szimpozion.hu*
Szivárványcsaládokért Alapítvány – *www.szivarvanycsaladokert.hu*
Transition Blog – *www.transzblog.blogspot.hu*
Transvanilla Transznemű Egyesület – *www.transvanilla.hu*
TranszPont – *www.transzpont.blogspot.hu*
http://pszichologia.com/tema/homoszexualitas/
http://www.otkenyer.hu/olv-h.php
http://kutatas.gay.hu/pszichologia

Útmutató

a meleg, leszbikus, biszexuális, transznemű és gender-nonkonform kliensekkel folytatott pszichológiai munkához

Jelen kiadványt a Magyar Pszichológiai Társaság 2013-ban megalakult LMBTQ Szekciója adja közre az Amerikai Pszichológiai Társaság útmutatóinak fordításaként. Az affirmatív szemléletet tükröző ajánlás gyakorlati segítséget nyújt pszichológusok és egyéb segítő szakmákban dolgozók számára a leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű és gender-nonkonform kliensekkel folytatott terápiás munkához. Áttekinti a velük kapcsolatos alapfogalmakat, attitűdöket, valamint az identitás, a párkapcsolatok, a család, a különféle társadalmi háttér, a munkahely, az oktatás és a kutatás területeit érintő kérdéseket. Az útmutatót kiegészítettük egy magyarországi képzéseket, tanácsadókat és magyar nyelvű válogatott szakirodalmakat tartalmazó melléklettel.