PRZEMOC I UWŁASNOWOLNIENIE
WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE DLA OSÓB LGBTQ

KATARZYNA DUŁAK / JAN ŚWIERSZCZ

PRZEMOC I UWŁASNOWOLNIENIE
WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE DLA OSÓB LGBTQ

KATARZYNA DUŁAK / JAN ŚWIERSZCZ

WSTĘP: KATARZYNA DUŁAK I JAN ŚWIERSZCZ
AUTOR ROZDZIAŁU I: JAN ŚWIERSZCZ
AUTORKA ROZDZIAŁU II: KATARZYNA DUŁAK

KOREKTA JĘZYKOWA: MARCIN TEODORCZYK
PROJEKT OKŁADKI I SKŁAD: JOANNA SYNOWIEC

WYDANIE I

ISBN 978-83-933619-1-5

PUBLIKACJA DOFINANSOWANA PRZEZ EVZ FOUNDATION

SUPPORTED BY:
EVZ FOUNDATION
REMEMBRANCE RESPONSIBILITY FUTURE

kampania przeciw homofobii

WYDAWCA: KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII
UL. SOLEC 30A, 00–403 WARSZAWA
TEL. 22 423 64 38
WWW.KPH.ORG.PL
INFO@KPH.ORG.PL

KOPIOWANIE I ROZPOWSZECHNIANIE MOŻE BYĆ DOKONANE Z PODANIEM ŹRÓDŁA.
PUBLIKACJA JEST DYSTRYBUOWANA BEZPŁATNIE.
COPYRIGHT © BY KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII, 2013

SPIS TREŚCI

WSTĘP 4

ROZDZIAŁ I / JAN ŚWIERSZCZ 8

GENEZA HOMOSEKSUALIZMU 9

DYSKRYMINACJA W PSYCHOLOGII SPOŁECZNEJ 17

OSOBY BADANE I PACJENCI 24

ZBOCZONE SPOŁECZEŃSTWO 27

ŚWIAT ŻYCIA 30

OPRESJA I PRZEMOC 35

DOBROSTAN OSÓB LGBTQ 44

EMANCYPACJA I WYZWOLENIE 50

ROZDZIAŁ II / KATARZYNA DUŁAK 56

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE OSÓB LGBTQ 57

ETYKA PSYCHOLOGICZNA W PRACY Z OSOBAMI LGBTQ 58

SPOŁECZNO-KULTUROWE ZAŁOŻENIA NA TEMAT SEKSUALNOŚCI 65

SPOŁECZNO-KULTUROWE ZAŁOŻENIA NA TEMAT PŁCI 76

REKOMENDACJE DLA INSTYTUCJI I OSÓB UDZIELAJĄCYCH WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO 85

ROZDZIAŁ III 109

PACJENT NIGDY NIE MA OBJAWÓW – ROZMOWA Z DANIELEM BĄKIEM 110

ODRZUCENIE ZAŁOŻEŃ O ISTNIENIU JAKICHKOLWIEK OCZYWISTOŚCI – ROZMOWA Z KATARZYNĄ BOJARSKĄ 132

WYZWALANIE POCZUCIA DUMY I WPŁYWU NA WŁASNE ŻYCIE – ROZMOWA Z ALICJĄ DŁUGOŁĘCKĄ 148

PODSTAWOWĄ RZECZĄ JEST ŚWIADOMOŚĆ – ROZMOWA Z GRZEGORZEM INIEWICZEM 159

REKOMENDACJE DLA POLSKICH TOWARZYSTW NAUKOWYCH W SPRAWIE POSTĘPOWANIA ORAZ POMOCY TERAPEUTYCZNEJ OSOBOM HOMO- I BISEKSUALNYM 175

SŁOWNIK 180

NOTA O AUTORZE I AUTORCE 190

WSTĘP

> Odczuwamy ból, ponieważ nawzajem się krzywdzimy i będziemy cierpieć tak długo, jak długo będziemy się krzywdzić. Aby przerwać krąg opresji, zatroszczmy się o świat oraz o innych ludzi, zamiast ich leczyć i naprawiać.
>
> DAVID SMAIL

Drogi Czytelniku, droga Czytelniczko, w książce, którą trzymasz w ręku, staramy się przekazać Ci niezbędne informacje, które mogą być pomocne we wspieraniu osób doświadczających opresji motywowanej homofobią. Nie jest to publikacja o ofiarach przemocy. Nie nazywamy ich „ofiarami", gdyż jesteśmy przekonani, że ten termin etykietyzuje, ubezwłasnowolnia i może stać się samospełniającym się proroctwem. Wyjście z sytuacji przemocy widzimy jako odzyskanie własnej podmiotowości i kontroli nad swoją sytuacją i życiem, czyli właśnie porzucenie roli ofiary. Każdy kiedyś doświadczył jakiegoś rodzaju opresji lub przemocy, ale nikt nie chce pozostać ofiarą: osobą bezradną, bez możliwości inicjatywy, z poczuciem winy za swoją sytuację oraz umiejscawiającą trudności w sobie. Dlatego właśnie osobista odpowiedzialność terapeutów i terapeutek pracujących z osobami doświadczającymi przemocy motywowanej nienawiścią jest ogromna. Wszystkie te osoby narażone są na przemoc motywowaną homofobią, mogą to być zarówno osoby LGBTQ[1], jak i osoby heteroseksualne, które wpisują się w stereotypy dotyczące gejów czy lesbijek. W dużej mierze obiektem tej przemocy są osoby wyłamujące się z stereotypowych oczekiwań na temat kobiet i mężczyzn, a więc „zniewieścieli mężczyźni", „męskie kobiety" czy osoby, których płeć nie jest jednoznaczna w odbiorze społecznym.

W niniejszej publikacji skupimy się głównie na osobach LGBTQ, czyli kobietach oraz mężczyznach homoseksualnych i biseksualnych, osobach transpłciowych i nieokreślających swojej seksualności lub płci w trady-

1 Z ang. *lesbian*, *gay*, *bisexual*, *transgender*, *queer*, skrót od lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i queer. Litera Q to akronim od słowa „queer" (ang. dziwny, dziwaczny), odnoszącego się do osób, które identyfikują się nieheteronormatywnie i/lub poza dychotomicznym podziałem płci. Na potrzeby niniejszego tekstu używamy słowa queer jako terminu parasolowego określającego wszystkie nazwane (ale mniej popularne niż LGBT) i nienazwane tożsamości seksualne i płciowe, wymykające się z heteronormatywnych założeń. W zależności od kontekstu posługujemy się w książce skrótem LGBTQ lub LGB. Na końcu książki znajdziesz słownik wyjaśniający specjalistyczne pojęcia.

cyjny (heteronormatywny czy cispłciowy) sposób. Wierzymy, że psycholodzy i psycholożki udzielający wsparcia terapeutycznego, czyli również Ty, mają niezbędne kompetencje i narzędzia do pracy, własne style terapeutyczne i mądrość pozwalającą im ocenić umiejętności i zastosować je do różnych sytuacji terapeutycznych. Czasem jednak brakuje doświadczenia i wiedzy. Rozwój zawodowy polega właśnie na zdobywaniu nowych doświadczeń i wzbogacaniu swojej wiedzy. Dlatego niniejszą publikację możesz potraktować bardziej jako niezbędny zasób informacji wprowadzający Cię w kontekst pracy z osobami LGBTQ i wskazujący kierunek, niż podręcznik z narzędziami terapeutycznymi.

Przemoc motywowana uprzedzeniami jest to specyficzna forma przemocy, tak więc psycholodzy i psycholożki podejmujący pracę w tym obszarze, poza kompetencjami niezbędnymi do pracy z osobami doświadczającymi przemocy, potrzebują dodatkowej wiedzy, doświadczeń, umiejętności uwzględniających kontekst społeczny, w którym funkcjonują osoby doświadczające przemocy. Niezbędnym elementem do kompetentnej pomocy w tym obszarze jest wiedza na temat mechanizmów przyczyniających się do powstawania zjawiska dyskryminacji, której skrajnym przejawem jest przemoc motywowana uprzedzeniami, czy wiedza z zakresu funkcjonowania ludzi pozostających w sytuacji permanentnego stresu, co jest charakterystyczne dla osób będących członkami grup mniejszościowych. W niniejszej publikacji szeroko omawiamy kontekst społeczny przyczyniający się do występowania specyficznych trudności u osób należących do grup defaworyzowanych społecznie. Samoświadomość dotycząca własnych postaw, stereotypów i uprzedzeń, a także krytyczna refleksja nad tematem homofobii i wynikającej z niej transfobii obecnej w wielu nurtach i teoriach psychologicznych, są kluczowymi elementami niezbędnymi do skutecznej i etycznej pomocy psychologicznej.

Homofobia obecna w społeczeństwie sprawia, że osoby LGBTQ są w większym stopniu narażone na przemoc niż osoby heteroseksualne. Dodatkowo, powszechne, nieme przyzwolenie na heteroseksizm i homofobię w społeczeństwie i debacie publicznej (np. homofobiczne wypowiedzi w ramach debat polityków i publicystów) sprawiają, że reagowanie na ten rodzaj przemocy wymaga większej samoświadomości i wiedzy o mechanizmach związanych z uprzedzeniami i dyskryminacją. Niezwykle istotne w przypadku pracy z osobami doświadczającymi homofobicznej prze-

mocy, jest zauważenie kontekstu, w którym do niej dochodzi. Najpierw zachęcamy więc do skupienia się z uwagą na sytuacji społecznej, w jakiej funkcjonują osoby LGBTQ oraz jakie niesie ona z sobą konsekwencje.

W drugiej części niniejszej publikacji omówimy szczegółowo kompetencje specjalistów i specjalistek zawodów pomocowych – ich wiedzę i świadomość, które są kluczowe dla efektywnej pracy z osobami doświadczającymi przemocy motywowanej homofobią. W części tej omówimy aktualne wytyczne oraz standardy, skupiając się na etyce podejmowanych działań w zakresie wsparcia psychologicznego dla osób LGBTQ. Omówimy podstawowe kwestie związane z profesjonalną pracą z osobami LGBTQ, takie jak: uważneużywanie języka i świadomość przekazów, które z sobą niesie język; wskazówki do tego, gdzie i jak można zwiększać swoje kompetencje poprzez superwizję oraz edukację, poprzez udział w specjalistycznych treningach, a także pracę własną (np. poprzez zapoznawanie się z tematyczną literaturą, filmografią, orientację w sieciach wsparcia).

W ostatniej części publikacji zapraszamy Cię do zapoznania się osobami, które zajmują się w Polsce poradnictwem dla osób LGBTQ, pracują z nimi lub na ich rzecz, i zgodziły się podzielić swoim doświadczeniem. Taka praca wiąże się z różnymi dylematami, wyzwaniami oraz poszukiwaniem własnej najlepszej drogi doskonalenia zawodowego. W rozmowach z nami specjaliści i specjalistki z Polski dzielą się wskazówkami i dobrymi praktykami, które mogą także dla Ciebie być przydatne.

Na końcu publikacji umieściliśmy słownik, w którym znajdują się podstawowe definicje związane z tematyką płci i seksualności, do których możesz sięgnąć, jeśli któreś z pojęć nie jest tobie znane.

Naszą pracę psychologiczną traktujemy jako misję. Sami na co dzień pracujemy z osobami LGBTQ, udzielając wsparcia, staramy się mieć najlepszy wgląd w problemy i radości związane z tą grupą społeczną. Zajmujemy się też działaniami edukacyjnymi, współpracując z różnymi grupami zawodowymi oraz aktorami życia społecznego na rzecz przeciwdziałania dyskryminacji. Ponadto nie jesteśmy obserwatorami rzeczywistości osób LGBTQ, ale w niej uczestniczymy, łącząc nasze życie zawodowe ze społecznym i osobistym. W tej publikacji dzielimy się naszą wiedzą, wyniesionymi doświadczeniami, ale też perspektywą i podejściem do pracy pomocowej.

Mamy nadzieję, że niniejsza książka okaże się cennym źródłem wiedzy oraz inspiracji.

ROZDZIAŁ I

GENEZA HOMOSEKSUALIZMU

> Wobec dawnego prawa cywilnego i kanonicznego sodomia zaliczana była do czynów niedozwolonych, jej sprawca był wyłącznie podsądnym. Dziewiętnastowieczny homoseksualista zyskał osobowość, posiadał przeszłość, historię i dzieciństwo, charakter i sposób życia, a także morfologię wraz z niewłaściwą anatomią i być może zagadkową fizjologią. Bez reszty zamyka się w swej seksualności, jest w nim ona wszechobecna: ukryta we wszystkich zachowaniach, gdyż stanowi ich podstępną i w pewien sposób aktywną zasadę; nosi ją bezwstydnie wypisaną na twarzy i ciele, albowiem ten sekret zawsze ją zdradza. Współistnieje z nim, nie tyle jako grzeszny nawyk, ile osobliwa natura (...), pewien sposób przemieszania w sobie tego, co męskie i co kobiece. Homoseksualizm okazał się jedną z postaci seksualności z chwilą, gdy z zakresu praktyk sodomicznych przeniesiono go na swego rodzaju androgynię wewnętrzną, na hermafrodytyzm duszy. Sodomita był odszczepieńcem, homoseksualista jest teraz gatunkiem[2].

Homoseksualizm nie istniał zawsze. Został on „wynaleziony" przez naukowców w XIX wieku. Taka jest podstawowa teza Michaela Foucaulta, francuskiego filozofa i badacza seksualności. Faktycznie, zachowania seksualne pomiędzy osobnikami tej samej płci można zaobserwować w świecie przyrody oraz na przestrzeni historii w różnych kulturach, różnych społeczeństwach, ale dopiero niedawno zostały one podniesione do specjalnej rangi. W kulturze o korzeniach judeochrześcijańskich, w świecie zachodnim, były one obecne na przestrzeniach wieków i różnie wartościowane – w starożytnej Grecji były elementem dojrzewania i inicjacji w dorosłość, w świecie chrześcijańskim grzechem, aktem sodomii, występkiem. Do czasu rozwoju psychiatrii i seksuologii nie były jednak niczym więcej niż aktami, afektami czy zachowaniami. Dopiero rozwój medycyny w XIX wieku nadał im specjalny charakter i rozpoczął klasyfikację ludzi na podstawie tych zachowań na normalnych i dewiantów. Obserwacja Michaela Foucaulta jest doniosła dlatego, że tworzy wyjątkową perspektywę oraz punkt wyjścia dla poszuki-

2 Michael Foucault, *Wola wiedzy*, w: *Historia seksualności*, Warszawa 2002, s. 45.

wania odpowiedzi na pytanie o funkcjonowanie osób nieheteroseksualnych i rolę terapeutów i terapeutek pracujących z nimi.

Seksuologia i psychiatria przeszły niedługą, ale burzliwą drogę w opisywaniu i klasyfikowaniu homoseksualności. Warto podkreślić, że właśnie nazywanie, etykietyzowanie, kategoryzowanie różnych zachowań oraz ich ocenianie pod względem normy/patologii było w centrum zainteresowania tych rodzących się dyscyplin naukowych. To, co zwracało największą uwagę, to odstępstwa od normy wyznaczanej przez tradycyjną obyczajowość. Badacze poszukiwali przyczyn takich zachowań, ich korelatów, konsekwencji i formułowali na podstawie swoich hipotez kategorie i klasyfikacje zaburzeń psychicznych czy seksualnych. W tym właśnie sensie, jak pisze Foucault, narodził się homoseksualista – osoba posiadająca wedle ówczesnej nauki pewien schemat zaburzonych zachowań mających swoją genezę, prawidłowości fizjologiczne i osobowość. Zachowanie stało się wyznacznikiem osoby, jej immanentną częścią, esencją. Jednocześnie naukowe stwierdzenie istnienia pewnej kategorii dewiantów szło w parze z patologizacją i penalizacją. Sposób patrzenia nauki na homoseksualność[3], mimo ścisłych pretensji do obiektywności, był mocno zakorzeniony w normach kulturowych ostro definiujących role płciowe i dozwolone zachowania. Foucault pisze, że „jesteśmy poddani produkcji prawdy przez władzę i nie możemy sprawować władzy inaczej jak tylko przez produkcję prawdy[4]". Eksperci od seksualności poszukiwali więc racjonalnych i obiektywnych uzasadnień dla powszechnych przekonań i obowiązującej moralności. Towarzyszyła im głęboka wiara, że istnieje pewna prawda dotycząca natury człowieka – jego funkcjonowania i charakterystyk, prawda obiektywna i absolutna, która jest możliwa do odkrycia metodą naukową. Nurt ten wciąż jest obecny w psychologii i psychiatrii, określany jest esnecjalizmem. Uprawniał on i wciąż uprawnia do wyrokowania o obecności lub nieobecności problemu

3 Wraz z ewolucją podejścia psychologii i medycyny do kwestii seksualności zmieniał się także dyskurs. W tym rozdziale, ze względu na nawiązania historyczne, niekiedy posługiwać się będziemy terminami „homoseksualizm" i „pacjent", mimo że są to słowa wywodzące się z nomenklatury medycznej i współcześnie zastępowane terminami „homoseksualność" i „klient". Przemienienie się „pacjenta" w „klienta", oddaje ducha procesu upodmiotowiania i zdjęcia stygmatu z osób korzystających z pomocy psychologicznej.

4 Michael Foucault, *Porządek dyskursu*, Gdańsk 2002.

i patologii w pacjencie, podjęcie w związku z tym pewnych interwencji zgodnych z zdiagnozowanymi objawami. Psychiatrzy stali się więc ekspertami od ludzkiej natury, w tym seksualności i w pierwszym okresie rozwoju nauki o homoseksualności diagnozowali ją jako zaburzenie wymagające analizy i leczenia korygującego. Kobieca seksualność nie była do drugiej połowy XX wieku szczególne interesująca dla nauki i badaczy[5], w związku z czym gabinety psychiatrów zapełniali homoseksualni mężczyźni. Praca terapeutyczna z nimi polegała na próbie diagnozy przyczyn homoseksualnego popędu, najczęściej poszukiwanych w okresie dzieciństwa i wczesnych relacjach z mężczyznami, gdzie rola ojca uznawana była za kluczową, oraz na wypracowywaniu metod tłumienia tego popędu i angażowaniu się w seksualne relacji z kobietami.

Znaczącą odmianę w podejściu do seksualności człowieka przyniosły prace Magnusa Hirschfelda, uważanego współcześnie za pioniera badań nad seksualnością i ojca seksuologii. Hirschfeld, będący sam niemieckim lekarzem i ekspertem sądowym, opublikował w 1914 roku obszerne studium seksualności człowieka, nie pomijając kobiet i bazując na danych z zakresu antropologii, medycyny, psychologii, prawa i historii. W swoich publikacjach Hirschfeld odszedł od patologizującego podejścia do seksualnej nienormatywności i kierując się wynikami swoich badań, starał się przełamać dominującą w nauce dychotomię kategorii „męskich" i „kobiecych"[6]. Wprowadził on pojęcie „trzeciej płci", do której zaliczał androgynię, hermafrodytyzm, homoseksualizm oraz transwestytyzm. Homoseksualność, wedle niego, sytuuje się ze względów na pewne cechy psychiczne, pociąg seksualny, płeć biologiczną i cechy fizyczne pomiędzy męskością a kobiecością. W swoich poglądach i zaangażowaniu Magnus Hirschfeld odróżniał się od innych badaczy i lekarzy, gdyż duży nacisk kładł na badanie i opis sytuacji społecznej osób należących do „trzeciej płci". Mottem, które mu towarzyszyło, była łacińska

5 Co wynikać mogło ze stereotypu kobiety i przypisywanej jej roli płciowej: osoby biernej seksualnie, infantylnej, nakierowanej na zaspokajanie potrzeb mężczyzny i nieposiadającej autonomicznych potrzeb seksualnych. Do znacznej zmiany tego wizerunku przyczynił się raport Alfreda Kinseya, *Sexual Behavior in the Human Female* z 1953 roku, który zaszokował amerykańskie społeczeństwo danymi o aktywności seksualnej kobiet (także pozamałżeńskiej).

6 Magdalena Mijas, *Sodomici, Inwertyci, urningowie. Homoseksualność w dziewiętnastowiecznym dyskursie medycznym*, w: *Wprowadzenie do psychologii LGB*, red: G. Iniewicz, M. Mijas, B. Grabski, Wrocław 2012.

sentencja *per scientiam ad justitiam* (przez naukę do sprawiedliwości), i faktycznie starał się on wpływać na ówczesną sytuację prawną. Działał na rzecz depenalizacji zachowań homoseksualnych pomiędzy mężczyznami, a kiedy w 1912 roku starano się poszerzyć pruski kodeks karny i zakazać stosunków seksualnych pomiędzy kobietami założony przez niego Komitet Naukowo-Humanitarny skutecznie tę poprawkę oprotestował[7]. Dorobkiem Magnusa Hirschfelda był też pierwszy na świecie Instytut Seksuologiczny działający w Berlinie, gdzie prowadzone były badania i gromadzone dane oraz artefakty z różnych kultur dotyczące seksualności. Po dojściu Hitlera do władzy w roku 1933, Instytut został zdewastowany przez nazistowskie bojówki, a około unikalnych 120 000 książek i woluminów demonstracyjnie spalono.

Magnus Hirschfeld jako pierwszy badał na dużych próbach populacji orientację seksualną mężczyzn. Według jego szacunków procent rozpowszechnienia homoseksualności w społeczeństwie wynosił około 2%. Jednak to Alfred Kinsey w latach 1948 i 1953 przeprowadził przełomowe badania, które zmieniły spojrzenie na homoseksualność. Przeprowadził on wraz ze swoim zespołem badawczym ponad 18 000 pogłębionych wywiadów z mężczyznami i kobietami reprezentującymi różne grupy społeczne. Założeniem badaczy było dotarcie do doświadczeń seksualnych populacji, bez tematów tabu, gwarantując anonimowość osobom uczestniczącym. W raportach z badań Kinseya odchodzi od kategoryzowania orientacji seksualnej na homoseksualną, biseksualną i heteroseksualną. Według niego, orientacja seksualna może być przedstawiona na kontinuum składającym się z sześciu kategorii oraz nie musi być ona niezmienną w czasie charakterystyką. Kinsey wskazywał także na fakt, że to, co mierzy przedstawiona przez niego skala, stanowi bodziec pobudzenia seksualnego, chociaż samą orientację seksualną można rozumieć przez pryzmat faktycznych doświadczeń seksualnych, pragnień i fantazji. Wyniki badań przeprowadzonych przez zespół Kinseya pokazują, że ludzkie zachowania seksualne są wiele bardziej różnorodne niż dotychczas przyjmowano. Raport wykazał, że około 10% mężczyzn

7 Robert Biedroń, *Nazistowskie prześladowania osób homoseksualnych*, w: red.: K. Remin, *Różowe Trójkąty. Zbrodnie nazistów na osobach homoseksualnych w kontekście edukacji antydyskryminacyjnej*, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2012.

określa się jako wyłącznie lub prawie wyłącznie homoseksualni, a 37% miało w ciągu życia co najmniej jedno doświadczenie seksualne z innym mężczyzną. Około 28% kobiet doświadczyło w swoim życiu homoseksualnych fantazji. Liczby te wzbudziły wiele kontrowersji, ale też zrodziły ferment w środowisku naukowym, gdyż okazało się, że homoseksualność, która była penalizowana i patologizowana, nie jest udziałem „dewianta z marginesu społecznego", ale może być zjawiskiem powszechnie występującym w populacji.

Skala orientacji seksualnej zaproponowana przez Alfreda Kinseya

WSKAŹNIK	OPIS
0	WYŁĄCZNIE HETEROSEKSUALNY(-A)
1	PRZEWAŻAJĄCO HETEROSEKSUALNY(-A), INCYDENTALNIE HOMOSEKSUALNY(-A)
2	PRZEWAŻAJĄCO HETEROSEKSUALNY(-A), BARDZIEJ NIŻ INCYDENTALNIE HOMOSEKSUALNY(-A)
3	W RÓWNYM STOPNIU HETEROSEKSUALNY(-A) I HOMOSEKSUALNY(-A)
4	PRZEWAŻAJĄCO HOMOSEKSUALNY(-A), BARDZIEJ NIŻ INCYDENTALNIE HETEROSEKSUALNY(-A)
5	PRZEWAŻAJĄCO HOMOSEKSUALNY(-A), INCYDENTALNIE HETEROSEKSUALNY(-A)
6	WYŁĄCZNIE HOMOSEKSUALNY(-A)

Badania Alfreda Kinseya wzmogły rozwijający się w amerykańskiej psychologii i psychiatrii nurt depatologizujący homoseksualność, który silnie rozwinął się w latach 60. Czynnikiem sprzyjającym mu była obserwowana nieskuteczność oddziaływań reorientujących homoseksualną orientację seksualną oraz rozwijający się ruch emancypacyjny społeczności gejów i lesbijek. Coraz więcej doniesień badawczych pokazywało powszechną obecność homoseksualności w populacjach i negatywne skutki oddziaływań reparatywnych. Próby zmiany orientacji na heteroseksualną polegały między innymi na oddziaływaniach behawioralnych, kojarzących bodziec seksualny z bólem (w postaci szoków

elektrycznych lub środków wymiotnych) lub na psychoanalizie w efekcie prowadzącej pogłębiania stereotypów związanych z płcią i braku akceptacji siebie przez pacjentów.

W 1973 roku przyjmując nową wersję DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), przegłosowano wykreślenie homoseksualności z listy chorób. W 1980 roku w nowej wersji DSM-III pojawia się natomiast jako zaburzenie *homoseksualizm egodystoniczny* opisujący trudności z akceptacją własnej homoseksualnej orientacji i pragnienie jej zmiany. W 1990 roku Światowa Organizacja Zdrowia także wykreśliła homoseksualność z listy zaburzeń ICD-10, zastępując ją homoseksualnością egodystoniczną, która opisuje nieakceptowane odczucia homoseksualne. Takie odczucia nie dziwiły już psychologów coraz bardziej świadomych nieprzychylności społeczeństwa wobec homoseksualności.

Mimo depatologizacji homoseksualności przez autorytatywne środowiska naukowe i wykreślenie jej ze stosowanych klasyfikacji zaburzeń, niektórzy psychoterapeuci wciąż przedstawiają swoim klientom możliwość reorientacji na heteroseksualność, a społeczny stygmat homoseksualności jako zaburzenia pozostał. Amerykańskie środowiska psychologiczne i psychiatryczne coraz bardziej koncentrują się na studiach sytuacji osób nieheteroseksualnych, ich dobrostanu i społecznych uwarunkowań zaburzeń, jednocześnie przyjmując odpowiedzialność za spuściznę dekad sankcjonowania opresji i wzmacniania uprzedzeń wobec osób nieheteroseksualnych. W 2007 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne ukonstytuowało zespół badawczy mający na celu dokonanie metaanalizy wszystkich dostępnych doniesień badawczych dotyczących zmiany orientacji seksualnej na heteroseksualną i wypracowanie rekomendacji dla psychologów i terapeutów (ang. *Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, Zespół Zadaniowy nad Właściwymi Działaniami Terapeutycznymi wobec Orientacji Seksualnej). W raporcie powstałym dwa lata później zespół ten stwierdził, że „jest mało prawdopodobne, żeby oddziaływania mające na celu zmianę orientacji seksualnej były skuteczne, a niosą one ryzyko skrzywdzenia”[8].

8 *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, American Psychological Association 2009.

Jednocześnie przyjmuje się, że:

- Pragnienia, zachowania i orientacja wobec osób tej samej płci jest per se normalnym i pozytywnym wariantem ludzkiej seksualności – innymi słowy, nie wiążą się z psychicznym lub rozwojowym zaburzeniem.
- Homoseksualność i biseksualność są stygmatyzowane i stygmat ten może mieć różne negatywne konsekwencje (np. stres mniejszościowy) w ciągu życia.
- Pragnienia i zachowania wobec osób tej samej płci mogą pojawić się w kontekście różnorodności orientacji seksualnych, tożsamości seksualnych, z czego niektóre tożsamości seksualne (np. związane z przynależnością do grupy, samookreśleniem) mogą być płynne i niedookreślone.
- Geje, lesbijki i osoby biseksualne tworzą stabilne i zaangażowane związki oraz rodziny, które potrzebują takiego samego uznania jak związki i rodziny heteroseksualne.
- Niektóre osoby wybierają życie w zgodzie z osobistymi lub religijnymi przekonaniami (i np. odrzucają swoją homoseksualność)[9].

ŹRÓDŁA HOMOSEKSUALNOŚCI

Badania homoseksualności rozpoczęły się od wyodrębnienia zachowania i klasyfikacji zachowania uznanego za dewiacyjne i skonstruowania kategorii homoseksualisty – dewianta. Dalej poszukiwano korzeni i przyczyn opisanej dewiacji celem zapobiegania rozprzestrzeniania się jej i wynalezienia najskuteczniejszej metody kuracji. Psychoanaliza bardzo przyczyniła się do rozwoju psychodynamicznych teorii doszukujących się podłoża homoseksualności w zaburzonych relacjach w dzieciństwie, zranieniu, traumie lub nierozwiązanych kompleksach. Przyjęcie założenia o środowiskowym uwarunkowanie nieheteroseksualnej orientacji seksualnej otwierało terapeutom, i wciąż otwiera, drogę do poszukiwania metod zmiany orientacji seksualnej. Dzieje się to mimo uznania, że ani homoseksualność ani biseksualność nie są zaburzonym sposobem doświadczania własnej seksualności, w związku z czym nie podlegają leczeniu.

Dla wielu osób źródło powstawania homoseksualności wydaje się kluczowe: pytają o to studenci i studentki, nauczyciele i nauczycielki oraz osoby udzielające pomocy psychologicznej uczestniczące w specjalistycznych szkoleniach. Warto zastanowić się skąd bierze się to pytanie

9 Tamże, tł. Jan Świerszcz.

i jakie konsekwencje miałoby udzielenie na nie odpowiedzi. Warto też zauważyć, że mechanizm powstawania orientacji heteroseksualnej nie cieszy się takim zainteresowaniem i nie budzi podobnej dociekliwości. Czasem potrzeba uzyskania odpowiedzi związana jest z nie do końca określoną własną postawą wobec homoseksualności. Czy jeśli orientacja homoseksualna warunkowana jest niezależnymi od socjalizacji czynnikami biologicznymi, to postawa terapeutyczna wobec homoseksualnego klienta może być inna, niż jeśliby się okazało, że jego orientacja ma źródło w doświadczeniach wczesnodziecięcych? Co jeśli o orientacji seksualnej decydują czynniki biologiczne (np. w okresie prenatalnym), na które człowiek może wpłynąć? W społecznym dyskursie o homoseksualności czasem pojawia się wątek przyczyny jako warunku akceptacji. Widoczne są wtedy opinie, że jeżeli człowiek nie może wpłynąć na orientację seksualną, to nie pozostaje nic innego, jak zaakceptować osoby nieheteroseksualne w społeczeństwie. Jeśli jednak istnieje możliwość wpływu i zmiany orientacji z homoseksualnej na heteroseksualną, to „jest jeszcze nadzieja" i szansa, z której należy korzystać. Pod takim wnioskowaniem kryje się wartościowanie i hierarchiczne patrzenie na różne orientacje seksualne. Właśnie to wartościowanie było przyczyną patologizacji homoseksualności, bolesnych prób terapii, uprzedzeń i opresji wobec osób nieheteroseksualnych.

Zagadnienie genezy orientacji seksualnej jest zapewne intrygujące poznawczo, ale w ogromnej większości przypadków bezcelowe w procesie terapeutycznym. Bardziej niż to, skąd się wzięła orientacja seksualna, interesujące wydaje się pytanie, po co klient lub osoba mu pomagająca chcą to wiedzieć, skąd się ta potrzeba wiedzy bierze i co może zmienić odpowiedź. Podczas pracy z osobami doznającymi homofobicznej przemocy kwestia źródła orientacji seksualnej osoby poszkodowanej jest bez znaczenia. Wierzymy, że samo pojawienie się tego pytania ma wiele większe znaczenie niż odpowiedź na nie.

DYSKRYMINACJA W PSYCHOLOGII SPOŁECZNEJ

Procesy międzygrupowe skutkujące podziałami, wzajemną niechęcią, ograniczaniem dostępu do zasobów, konfliktami są od przeszło półwiecza w centrum zainteresowań psychologii społecznej. Różne oddziaływania antydyskryminacyjne mające zapewnić harmonię w społeczeństwie poprzez integrację grup mniejszościowych często korzystają z koncepcji i podejść proponowanych przez badaczy oraz używają, upowszechnionej już, terminologii psychologii społecznej. Zapoznanie się z podstawowymi zjawiskami międzygrupowymi powodującymi wykluczenie i opresję jest niezbędne dla zrozumienia homofobicznej przemocy oraz do pomocnego spotkania z osobami, które takiej przemocy doświadczają.

U podstaw poznania społecznego, czyli sprawnego orientowania się w świecie złożonych relacji międzyludzkich, leżą procesy związane z kategoryzacją społeczną i posługiwanie się schematami poznawczymi. Szczególnym rodzajem schematów są **stereotypy**. Są to schematy dotyczące grup społecznych, nadające osobom do tych grup przynależących pewien zestaw cech charakterystycznych, odróżniających ich od wszystkich innych grup, a będących wspólnymi cechami przypisywanymi członkom i członkiniom grup stereotypizowanych. Za przykład może posłużyć powszechny stereotyp przypisujący gejom, w odróżnieniu od reszty społeczeństwa, wspólną cechę rozwiązłości seksualnej. Cechą stereotypów jest niedostrzeganie różnic indywidualnych wewnątrz stereotypizowanej grupy, ale wyolbrzymianie różnicy pomiędzy grupami. Cechy przypisywane grupie są więc generalizowane na wszystkie osoby, które do niej przynależą. Treść stereotypu może odnosić się do różnych charakterystyk, które psychologowie (Dovidio, Geartner 2010)[10] sprowadzają do dwóch wymiarów: temperatury i kompetencji. Niektóre cechy przypisywane grupom mogą więc odnosić się do ich zdolności w pewnym zakresie (np. zdolności artystycznych), a inne cechy można pogrupować,

10 John F. Dovidio , Samuel L. Gaertner, *Intergroup Bias*. w: S.T. Fiske, D.T. Gilbert, L. Gardner. *Handbook of Social Psychology*.

przyglądając się emocjonalnemu zabarwieniu, jakie im towarzyszy (np. emocjonalna niestabilność i zawiść). Stereotypy, ze względu na swój generalizujący charakter nigdy nie opisują rzeczywistości, najczęściej zastępują wiedzę i prawdziwe informacje na temat grupy i osób do niej przynależących. Są jednak powszechne, co oznacza, że podziela je znacząca część społeczeństwa, korzystając z nich jako z pewnego kodu znaczeniowego i komunikacyjnego. Przez niektórych stereotypy uważane są za grupowe przekonania, gdyż obserwuje się, że członkowie i członkinie jednej grupy społecznej posiadają wspólnie stereotypy o innych, często uważanych za antagonistyczne, grupach społecznych. Funkcjonowanie stereotypów, tak jak schematów poznawczych, jest wtórne względem świadomości i woli – automatycznie organizują one informacje i aktywują się u każdej osoby, chyba że celowo kontroluje ona swoje osądy i reakcje. U źródeł powstawania stereotypów jest potrzeba efektywnego zarządzania informacjami, porządkowania fragmentarycznych informacji, dopowiadania i uzupełniania ich tak, aby w miarę łatwo, w sposób zrozumiały i niezagrażający samoocenie poruszać się w świecie społecznym. Stereotypy wyjaśniają i pozwalają zaakceptować pewne zjawiska (np. stereotyp rozwiązłości mężczyzn homoseksualnych tłumaczył epidemię AIDS) oraz usprawiedliwić nierówne relacje międzygrupowe (np. stereotyp opiekuńczych kobiet powoduje, że prawodawca ułatwia im przejście na urlopy macierzyńskie i zachęca do niskopłatnej pracy opiekuńczej). Stereotypy także powstają w sytuacji konfliktu lub konkurencji grup społecznych o dobra i zasoby (np. prestiż, pieniądze, decyzyjność, czas) i służą legitymizacji interesu grupy własnej i usprawiedliwianiu opresji grupy obcej. Stereotypy nie są przekonaniami łatwymi do zmiany. Kiedy pojawia się informacja lub zdarzenie potwierdzające stereotyp (np. osoba wierząca, że lesbijki to kobiety o „męskich" cechach spotyka krótko ostrzyżoną lesbijkę w wytartych spodniach i bez makijażu), to temu wydarzeniu nadaje specjalne znaczenie, gdyż potwierdza ono własne przekonanie[11]. Kiedy natomiast napotka się informację sprzeczną ze stereotypem, to jest ona bagatelizowana („wyjątek potwierdza regułę").

11 Todd D. Nelson, *Psychologia uprzedzeń*, Gdańsk 2003.

Specyfika stereotypu wskazuje, że ma on automatyczny, bezrefleksyjny charakter i jest on naturalnie powstającym procesem poznawczym. Takie pojmowanie stereotypów może odciążać z odpowiedzialności za posiadanie i posługiwanie się stereotypami. Faktycznie, przyjmuje się, że wszyscy posiadają stereotypy wykształcone w procesie socjalizacji i nie muszą być ich świadomi. Jednocześnie stereotypy zniekształcają spostrzeganie rzeczywistości i mogą powodować nieadekwatne i krzywdzące zachowania. Jest to szczególnie ważne dla osób, które podejmują się pracy z grupami społecznymi, wobec których funkcjonuje wiele stereotypowych przekazów, jak osoby LGBTQ. Przyjmując, że ludzie nie są odpowiedzialni za posiadanie stereotypów, trudno jednocześnie przyjąć, że nie są odpowiedzialni za pielęgnowanie ich. Stereotyp nie jest dany jednostce raz na zawsze – może być reflektowany, weryfikowany, a jego wpływ na ustosunkowania i zachowanie poddany świadomej kontroli. Stereotypy wobec osób LGBTQ najczęściej pojawiają z braku wiedzy, przyjmowaniu bezrefleksyjne prostych przekazów medialnych i posługiwania się nieuzasadnionymi założeniami. Mogą być one zastępowane przez wiedzę, krytyczne podejście do powszechnie panujących opinii oraz obserwowanie własnych reakcji i poglądów, ich źródeł i zasadności.

Silnie nacechowane emocjonalnie stereotypy przybierają formę **uprzedzeń**. Uprzedzenie to osąd, najczęściej negatywny i nasycony emocjami, osoby lub grupy, którego podstawą jest jedna cecha np. płeć, orientacja seksualna, tożsamość płciowa, wiek, kolor skóry, narodowość, status serologiczny. Uprzedzenia często idą w parze z niechęcią do zmiany postawy oraz przekonaniami o konieczności podjęcia jakiś działań wobec grupy będącej obiektem uprzedzenia, które miałyby stworzyć bądź utrzymać nierówną sytuację tej grupy w porównaniu z własną grupą. Kiedy uprzedzenia przestają być poznawczo-emocjonalnymi postawami wobec grupy lub osoby i zamieniają się w czyny, mamy do czynienia z dyskryminacją.

Dyskryminacja to nierówne traktowanie jednostki lub grupy ze względu na posiadaną lub przypisywaną cechę. Celem i efektem dyskryminacji jest ograniczenie osobom z dyskryminowanej grupy dostępu do określonych dóbr i zasobów, możliwości, praw, które dostępne są innym grupom. Może ona być następstwem uprzedzeń lub pojawiać się

w konsekwencji stosowania polityk, tradycji, prawodawstwa, ideologii dyskryminacyjnych oraz prowadzi do marginalizacji i wykluczenia grupy społecznej o określonej cesze. Co ważne, dyskryminowane mogą być nie tylko osoby tę cechę posiadające, ale też osoby, którym ta cecha jest przypisywana (dyskryminacja przez asumpcję) i osoby im najbliższe (dyskryminacja przez asocjację). Ze względu na cechę będącą przesłanką dyskryminacji oraz zachowanie dyskryminujące można wyróżnić różne formy dyskryminacji. W kontekście sytuacji społecznej osób LGBTQ najczęściej mówi się o homofobii. **Homofobią** nazywa się formę dyskryminacji, ale też czasem uprzedzenie wyrażające się w antypatii, awersji, irracjonalnym lęku, dystansie, nienawiści lub przemocy wobec osób spostrzeganych jako geje lesbijki, osoby biseksualne lub transpłciowe tylko ze względu na domniemanie, że są LGBTQ. Warto zauważyć, że obiektem homofobii stać się mogą nie tylko osoby homoseksualne, ale też osoby biseksualne i transpłciowe, które są za takie postrzegane. Dlatego często się mówi i pisze o doświadczaniu przez osoby LGBTQ homofobii, a nie bifobii lub transfobii. Zjawiska określone przez dwa ostatnie terminy występują, ale w sytuacji, gdy uprzedzenie lub dyskryminacja motywowana jest biseksualnością lub transpłciowością, a nie atrybucją homoseksualnej orientacji seksualnej. Pojęcie dyskryminacji obecne jest w prawie Unii Europejskiej. Występuje także w polskim prawie, gdzie jest ściśle definiowane i ograniczone do przykładów dokładnie spełniających pewne ustawowo zapisane warunki. W związku z tym w niniejszej publikacji częściej decydujemy się na stosowanie terminów „opresja", „przemoc" i „homofobia", by uwzględnić szersze spektrum doświadczeń osób LGBTQ.

Ważne z punktu widzenia funkcjonowania mniejszości w społeczeństwie są **normy społeczne** regulujące pożądane zachowania osób i grup w określonych kontekstach. Normy wynikają z kulturowo uwarunkowanych przekonań o tym, co jest właściwie, a co niewłaściwe, jakie sposoby postępowania i ekspresji są dopuszczalne, a jakie stanowić będą przyczynek do społecznych sankcji mogących przybierać formę subtelnych dyscyplinujących sygnałów niewerbalnych (np. skrzywienie się, marszczenie brwi), dezaprobaty słownej, dyskryminacji (np. niedopuszczenie do pracy) do lub przemocy. Normy regulują takie obszary

życia społecznego, jak np. relacje między płciami, sposób okazywania emocji i rozmowy, sposób ubierania, są zależne od kultury (np. fizyczna bliskość pomiędzy mężczyznami może być powszechna w Tunezji, ale niedopuszczalna w Teksasie) i zmieniają się w czasie. Zachowanie zgodnie z normami daje poczucie wspólnoty z grupą, daje akceptację grupy i bezpieczną przewidywalność zachowań oraz pozwala utożsamić się z grupą.

Z normami ściśle wiążą się role społeczne, które są przez nieregulowane i strzeżone. Role społeczne to zespół przekonań, powinności, oczekiwań i przywilejów, które dotyczą osób w społeczeństwie ze względu na ich pewne posiadane cechy (np. płeć, wiek, kolor skóry). Role wskazują, jakie są właściwie zachowania i określają granice zachowań dopuszczalnych, na podstawie ról formułowane są oczekiwania wobec tych osób i z wypełniania tych ról ludzie są rozliczani. Rola społeczna może być przyjęta i zinternelizowana przez osobę, co skutkować będzie konformistycznym przestrzeganiem związanych z rolą norm zachowania. Osoby internalizujące swoje role mogą nie tylko im się podporządkowywać, ale też stać się ich strażnikami i stosować różne sankcje wobec osób niepełniących przypisanej przez społeczeństwo i kulturę roli. Najwyraźniejszy podział ról społecznych przebiega w większości społeczeństw na osi tzw. płci biologicznej. Od biologicznych mężczyzn i kobiet oczekuje się odmiennych zainteresowań, aspiracji oraz wyborów życiowych, co determinuje jak konstruują oni swoje tożsamości. Gdy jednak osoba nie spełnia pokładanych w niej oczekiwań społecznych związanych w jej płcią, może ona zostać z tego powodu opresjonowana.

Stanem społecznym najbardziej chyba regulującym życie osób nieheteroseksualnych jest heteronormatywność. **Heteronormatywność** (heteronorma), to obecne w społeczeństwie i powszechnie uznane przekonanie, że istnieją dwie komplementarne płcie, którym przypisane są pewne uznane za naturalne role płciowe. Heteronormatywność zakłada, ze heteroseksualność jest jedyną obecną orientacją seksualną, a związki romantyczne, seksualne i małżeńskie zachodzą i zachodzić mogą tylko pomiędzy mężczyznami a kobietami. Zachowania heteroseksualne są więc wartościowane jako prawidłowe i pożądane i oczekuje się ich od wszystkich członków oraz członkiń społeczeństwa. Powstaje zróżnico-

wanie na praktyki moralnie dobre i moralnie złe (radykalnie opozycyjne wobec normy), gdzie heteroseksualne monogamiczne i dążące do reprodukcji relacje uznawane są za naturalne i moralnie właściwe (Rubin 1993)[12]. Próba wykroczenie poza tę normę może wywoływać homofobiczne reakcje u wszystkich, którzy ją przyjęli. Efektem utrzymywania heteronormatywności społeczeństwa jest niewidoczność osób LGB oraz brak innych niż heteroseksualne wzorców relacji. Osoby żyjące w nieheteronormatywnych związkach (np. związek dwóch kobiet) i nawiązujące nieheteronormatywne relacje często w obawie przed ostracyzmem społecznym nie ujawniają tego.

Heteronormatywność rodzi **heteroseksizm**, czyli postawę mówiącą, że osoby i związki heteroseksualne są lepsze od innych (np. jednopłciowych czy związku, w którym jedna z osób jest transpłciowa). Heteroseksizm zakłada, że jedyną pożądaną i niepodlegającą opresji jest sytuacja, w której mężczyźni i kobiety pełnią ściśle przypisane im role wynikające z ich płci, w tym wiążą się w pary i płodzą dzieci. Wszystkie inne modele życia uważane są za gorsze i niezasługujące na uznanie. Osoby transpłciowe mogą zaburzać heteronormatywne założenie, zarówno pod kątem niejednoznaczności płci, jak i pod kątem kierunku potrzeb uczuciowych, które nie zawsze da się określić jako heteroseksualne, kiedy płeć osoby nie jest jednoznacznie męska czy kobieca. To dodatkowy czynnik powodujący, że osoby transpłciowe doświadczają homofobii.

Spoiwem łączącym stereotypy i uprzedzenia z dyskryminacją i heteronormatywnością jest kategoria władzy (ang. power). **Władza** w języku polskim najczęściej kojarzona jest z formalnie usankcjonowanym rządzeniem. My posługujemy się kategorią władzy, która rozumiana jest jako dostęp do autorytetu, prestiżu, zasobów finansowych, szanse awansu i rozwoju, sieć koneksji, możliwość wpływu na prawo, niezależność, decyzyjność. W heteronormatywnym i patriarchalnym społeczeństwie najwięcej do powiedzenia mają heteroseksualni mężczyźni, od których decyzji w dużym stopniu zależy los mniejszości (w sensie symbolicznym i realnym). Jednocześnie na linii władza/brak władzy najczęściej rodzi się opresja. Grupy posiadające władzę dbają o obecność

12 Gayle Rubin, *Rozmyślając o seksie: zapiski w sprawie radykalnej polityki seksualności*, tłum. Mizielińska, Joanna, w: „Lewą Nogą", nr 16, 2004.

norm, ról społecznych oraz społecznych systemów kontroli (z przemocą włącznie) celem konserwacji heteronormatywnego status quo.

Stereotypy, uprzedzenia, dyskryminacja, normy oraz role społeczne to podstawowe pojęcia psychologii społecznej pozwalające przybliżyć się do zrozumienia procesów leżących u podłoża opresji i przemocy wobec osób LGBTQ. Warto wspomnieć jednak, że historia psychologii społecznej pokazuje, że i ta nauka nie uchroniła się przed ślepymi zaułkami i upraszczającymi założeniami. Przez lata prowadzone badania nad relacjami międzygrupowymi wyabstrahowane były ze społecznych kontekstów. W eksperymentach, na podstawie których wnioskowano o naturze procesów międzygrupowych, brali udział głównie biali studenci z uprzywilejowanych grup społecznych. W badaniach bardzo rzadko uczestniczyły osoby doznające dyskryminacji i wykluczenia na co dzień i to realne doświadczenie nie było teoretykom bliskie.

Dyskurs o stereotypach, uprzedzeniach i dyskryminacji obecny jest w programach szkoleń antydyskryminacyjnych i jest już podstawą analizowania rzeczywistości społecznej. Jednocześnie należy sobie zdawać sprawę, że stosowane w psychologii społecznej kategorie tę rzeczywistość uproszczają i uciekają od zgłębiania jej złożoności. Na sytuację i doświadczenie osoby doznającej przemocy wpływa cały szereg wchodzących ze sobą w interakcje czynników. Nie tylko jedna cecha tożsamości grupowej może być wyznacznikiem opresji, ale też kontekst społeczno-historyczny, status społeczno-ekonomiczny i cały zbiór innych krzyżujących się cech. Inaczej wyglądać mogą uprzedzenia wobec lesbijek z dużych miast, a inaczej wobec gejów na wsi, inaczej będzie wyglądała sytuacja i doświadczenie dyskryminacji czarnoskórej osoby transseksualnej mieszkającej w ośrodku dla uchodźców. W takich sytuacjach używa się czasem terminu **dyskryminacja krzyżowa** lub **dyskryminacja wielokrotna**, podkreślając, że sytuacja jednostki może powodować, że jest ona jednocześnie poddana dyskryminacji z różnych powodów, a jej cechy tożsamości kształtują wyjątkowe doświadczanie opresji, które jest jakościowo inne i nie powinno być rozpatrywane jako suma różnego rodzaju uprzedzeń.

OSOBY BADANE I PACJENCI

Dominujące wciąż podejście w psychologii zakłada relację skośną pomiędzy osobą badaną a badaczem, pomiędzy terapeutą a pacjentem/pacjentką czy klientem/klientką. Biorąc udział w badaniach psychologicznych, osoby badane rzadko mają informacje o korzyściach, jakie w dłuższej perspektywie płynąć dla nich będą z udziału w badaniach, rzadko bezpośrednim i pierwszoplanowym celem dla zespołu badawczego jest przyniesienie większego dobra osobom badanym lub dążenie do zmiany społecznej mogącej poprawić ich sytuację jako grupy. Często jednak badacze poszukują i „używają" do badań reprezentantów grup mniejszościowych i będących na społecznie gorszej pozycji, stąd efekty takich badań nie mają bezpośredniego przełożenia na rzeczywistość i nie przyczyniają się do poprawy życia osób badanych. Podobna skośność relacji przenika też do relacji terapeutycznej i sytuacji spotkania osoby udzielającej wsparcia psychologicznego z osobą go poszukującą. Klasyczna pomoc psychologiczna ma stricte medyczne korzenie, gdzie rolą osoby pomagającej było wykonanie diagnozy i przypisanie środków zaradczych, a osoby diagnozowanej otworzenie się oraz podporządkowanie wiedzy i ekspertyzie lekarza. Podejście psychoanalityczne będące jednym ze znaczących filarów rozwoju psychoterapii przyjmowało, że pacjent nie jest świadomy swoich skonfliktowanych popędów i procesów intrapsychicznych i będzie mógł wyzdrowieć tylko dzięki mozolnej pracy z terapeutą znającym niezbędne klucze interpretacyjne do ludzkiej psychiki[13]. Popularne określenie „pacjent" na osobę korzystającą z pomocy psychoterapeutycznej z góry definiuje relację oraz implikuję chorobę lub psychopatologię.

Należy zauważyć, że takie zdefiniowanie spotkania i ról nie musi być niekorzystne i może odpowiadać na potrzeby wielu osób poszukujących pomocy. Tworzy ono bezpieczne poczucie zależności i pozwala oddać kontrolę sytuacji w ręce osoby, której przypisuje się wiedzę, kompetencje i znajomość rozwiązań – psychoterapeucie, lekarzowi, uzdrowicielowi.

13 Stanislav Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, Warszawa 2003, s 30-31.

Określenie relacji pomiędzy terapeutą i osobą poszukującą pomocy, ich ról oraz uświadomienie sobie tej relacji i jej konsekwencji jest ważne nie tylko dlatego, że wpływa na proces i efekt pomagania. W przypadku osób, które doświadczyły przemocy motywowanej uprzedzeniami lub w ogóle pracy z grupami marginalizowanymi, praca w gabinecie terapeutycznym znajduje odbicie w sposobie, w jaki osoba poszkodowana i poszukująca pomocy będzie wchodzić w relacje ze społeczeństwem. Postawa terapeuty i proponowana przez niego definicja ról i relacji może wzmacniać w osobie poszkodowanej postawę bezwolnej „ofiary" lub upodmiotawiać, dawać siłę do stawiania czoła przeciwnościom.

Tradycyjne i popularne podejścia w psychologii proponują wyjaśnienia ludzkiego zachowania w oderwaniu od socjopolitycznego, historycznego i kulturowego kontekstu. Przedmiotem analizy były wewnętrzne doświadczenia i przeżycia osób, ich subiektywna interpretacja, reakcje osoby na czynniki zewnętrzne, patologiczny styl przeżywania świata i zdarzeń lub niekompetencja w radzeniu sobie z trudnościami. Takie postrzeganie procesu psychoterapii warunkuje szukanie przyczyn i rozwiązań trudności osoby poszukującej wsparcia w niej samej, pracę nad przezwyciężaniem własnych ograniczeń i słabości, która ma miejsce w zamkniętej przestrzeni gabinetu terapeuty. Jednocześnie ignorowany jest fakt, że indywidualne dyspozycje mogą być wykształcone przez specyfikę relacji społecznych i ról pełnionych oraz narzuconych przez strukturę społeczną. Niezauważanie tego faktu i brak refleksji nad usytuowaniem klientów i klientek w społeczeństwie (norm, przywilejów, hierarchii) prowadzić może do błędnego atrybuowania socjopolitycznych problemów jednostce. Postrzeganie zachowania osób będących opresjonowanymi w społeczeństwie poprzez pryzmat ich procesów intrapsychicznych, a nie życia w wyobcowującym i niesprzyjającym środowisku, rodzi niebezpieczeństwo wzmacniania komunikatu, że problem leży w osobie, nie w warunkach, w jakich przyszło jej żyć.

Podejścia psychologów i terapeutów do tematyki homoseksualności i zdrowia psychicznego osób LGBTQ przenikały do metodologii prowadzonych badań, utrudniając otrzymanie miarodajnych i nieskażonych uprzedzeniami danych o tej populacji. Uznaje się, że psychologiczne interpretacje związków pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a niehete-

roseksualnością miały trzy fale[14]. Pierwsza fala trwała do przełomowych lat 70. XX wieku, kiedy to Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne oficjalnie zdepatologizowały homoseksualność. Do tego czasu większość badaczy zakładając psychopatologiczne konotacje samej nieheteroseksualnej orientacji seksualnej, nie szukała reprezentatywnych prób populacji, tylko ograniczała swoje badania do grup klinicznych (np. osób homoseksualnych korzystających z opieki psychiatrycznej) i generalizowała wyniki na wszystkie osoby LGB. Badania robione w tamtych czasach ze względu na błąd próby obecnie wykorzystywać można jedynie w celu krytycznej analizy albo w celach propagandowych, promując tezę o homoseksualizmie jako zaburzeniu. W drugiej fali badań naukowcy przenieśli się w poszukiwaniu homoseksualnych osób badanych ze szpitali psychiatrycznych i grup wsparcia do klubów, łaźni, barów oraz na spotkania organizowane przez ruch aktywistów LGBTQ. Nietrudno odgadnąć, że wciąż nie udało się uchwycić reprezentatywnej lub chociaż różnorodnej grupy osób badanych. Wynikało to najczęściej z braku zaufania do psychologów ze strony społeczności LBGTQ oraz życia w ukryciu prowadzonego przez wiele osób nieheteroseksualnych. Były to jednak grupy niekliniczne i różnice pomiędzy osobami nieheteroseksualnymi, a generalną populacją pojawiały się tylko w konsumpcji alkoholu i innych substancji psychoaktywnych(co nie powinno dziwić, zważając na to, że badania robione były wśród osób uczęszczających do klubów). W trzeciej fali badań, która trwa obecnie, duży nacisk kładziony jest na reprezentatywność próby, a pytania o orientację seksualną pojawiają się także w dużych badaniach epidemiologicznych, co pozwala dotrzeć do osób LGB z różnych grup społecznych i wiekowych. W badaniach robionych według nurtu najpowszechniejszego dla trzeciej fali uwzględnia się też wcześniej pomijane czynniki środowiskowe, obserwując, jak warunkują one zdrowie osób nieheteroseksualnych.

14 Cohhran i Mays (2009); za: B. Grabski, *Zdrowie psychiczne osób homoseksulanych i biseksualnych* w: *Wprowadzenie do psychologii LGB*, red. G. Iniewicz, M. Mijas, B. Grabski, Wrocław 2012.

ZBOCZONE SPOŁECZEŃSTWO[15]

Sytuacja życiowa gejów, lesbijek, osób biseksualnych i transpłciowych w Polsce jest diametralnie różna od sytuacji osób heteroseksualnych. Jeśli chcemy zrozumieć ich potrzeby i uwarunkowania, które wchodzą w interakcję z interwencjami terapeutycznymi, warto przyjrzeć się strukturze społecznej, w jakiej osoba poszukująca pomocy żyje i zapomnieć na moment o bezpiecznej próżni gabinetu terapeutycznego. Orientacja społeczna uwzględnia rolę historii w kreowaniu obecnego stanu i sposobu, w jaki różne wydarzenia historyczne przyczyniały się i przyczyniają się do opresji i dyskryminacji niektórych grup społecznych. Kluczowe w takim spojrzeniu jest uświadomienie sobie oraz krytyczna analiza struktur władzy i dominacji w społeczeństwie, które mogą determinować dyspozycje i stan osób LGBTQ. Jednocześnie należy zdać sobie sprawę, że przemoc i opresja, jakiej może doświadczać klient lub klientka nie jest interpersonalna, ale jest częścią większej całości organizacji społeczeństwa.

Takie spojrzenie doprowadzić może do odkryć, że objawy diagnozowane jako zaburzenia zachowania lub nastroju, psychozy, nerwice lub inaczej nazywane problemy psychiczne są naturalnymi (co nie znaczy, że konstruktywnymi) reakcjami na nienormalną sytuację społeczną. To autorytarne i niedemokratyczne zasady, które deprywują osobistą wolność i możliwość samostanowienia mogą być przyczyną kiepskiej kondycji psychicznej człowieka.

Historia psychologii bogata jest w przykłady diagnozowania zachowań odstających od normy jako dewiacyjnych i wymagających korekty. Norma kulturowa nie potrzebowała i wciąż w niektórych kręgach psychologicznych nie potrzebuje uzasadnienia, aby zostać utożsamianą ze

15 Tytuł rozdziału jest parafrazą tytułu niemieckiego filmu *Nicht der Homosexuelle ist pervers, sondern die Situation, in der er lebt* (niem. *To nie homoseksualista jest zboczony, ale społeczeństwo, w którym żyje*, reż. Rosa von Praunheim, 1971) pokazującego bohatera geja poszukującego swojego miejsca w społeczeństwie i próbującego różnych stylów życia, celem znalezienia swojej tożsamości. W ostatniej scenie bohater dochodzi do wniosku, że jedyną dla niego drogą jest działanie na rzecz zmiany społecznej.

zdrowiem psychicznym. Tym samym odstępstwo od normy bądź bunt wobec niej staje się synonimem nie zdrowia, ale patologicznego objawu będącego dyspozycją jednostki i wymagającego terapii. Klinicysta amerykański Bruce Levine zauważa, że w DSM-III pojawiło się dużo zaburzeń psychicznych i diagnoz patologizujących antyautorytaryzm, bunt i opór[16]. W niektórych przypadkach bunt jest subtelnie patalogizowany i diagnozowany w innych nazywany jest zaburzeniem wprost – jak „zaburzenie opozycyjno-buntownicze" dotyczące dzieci i młodzieży. Cechą charakterystyczną tego typu zaburzeń zachowania ma być obecność nasilonego zachowania buntowniczego, nieposłuszeństwo, i nieobecność poważniejszych działań antyspołecznych, które naruszają prawo lub prawa innych osób. Specjaliści od zdrowia psychicznego mogą przypadkiem, nie znając kontekstu społecznego, diagnozować depresję, lęk i gniew jako wynik choroby psychicznej, na którą lekarstwo kompetentni są podać, kiedy reakcje te w dużym stopniu mogą być skutkiem bólu i niezgody na życie w środowisku odzierającym z godności. Podobnej obserwacji dokonał Erich Fromm, analizując społeczeństwo amerykańskie, w którym problemy emocjonalne i wyobcowanie ludzi przepracowywane były przez psychoanalityków i terapeutów tak, aby dostosować pacjentów do realiów społeczeństwa bez refleksji nad deprywującym i zniewalającym charakterem tych realiów.

Warto się przyjrzeć opinii społecznej wobec gejów i lesbijek, aby chociaż częściowo mieć wgląd w postawy, z jakimi mierzą się oni w życiu codziennym. Posłużymy się w tym celu badaniami realizowanymi przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), które nie uwzględniają postaw wobec osób transpłciowych ani biseksualnych. Według najnowszych badań CBOS (luty 2013)[17], 83% społeczeństwa uważa, że homoseksualizm nie jest rzeczą normalną i jest odstępstwem od normy. Według większości społeczeństwa osoby tej samej płci nie powinny mieć prawa do zawarcia związku małżeńskiego (68% osób przeciwnych), partnerskiego (65%), adopcji dziecka (87%), ani publicznie pokazywać

16 B. E. Levine, *The Systemic Crushing of Young Nonconformists and Anti-Authoritarians*, 2013, http://www.huffingtonpost.com/bruce-e-levine/the-systemic-crushing-of-_b_2840316.html.

17 *Stosunek do praw gejów i lesbijek oraz związków partnerskich*, Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2013.

swojego sposobu życia (63%). Badania z lipca 2010 roku[18] dotyczące postaw wobec gejów i lesbijek są niepokojące na dwojaki sposób. Okazuje się bowiem, że 64% procent społeczeństwa uważa, że osoby homoseksualne powinny mieć zakaz urządzania manifestacji publicznych, a 37% zakazałoby gejom i lesbijkom uprawiać seks. Nie tylko alarmujący jest fakt, że część społeczeństwa chciałaby gejom i lesbijkom odebrać konstytucyjne prawa i prawa wynikające z Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka oraz Deklaracji Seksualnych Praw Człowieka[19], ale też to, że szanowany ośrodek badawczy uwzględnia taką możliwość w ankiecie (chociaż podczas badań postaw wobec innych mniejszości nie zadaje podobnych pytań). Badania CBOS pokazują także niuanse w postawach ludzi wobec poszczególnych praw dla gejów i lesbijek oraz dopuszczalności ich pracy w konkretnych zawodach. Prawa osób nieheteroseksualnych do codziennego życia (zważając na to, że żyją oni w jednopłciowych związkach, wychowują dzieci, pracują w różnych zawodach, uprawiają seks) są przedmiotem publicznej debaty i negocjacji, gdzie decydujący głos o ich przyznaniu ma większość społeczeństwa, już tymi prawami objęta. Postawy wrogie wobec osób LGBTQ znajdują swoje miejsce w dyskursie publicznym przez co można przyjąć, że obecne są także w życiu osób LGBTQ. Klient, który przychodzi do terapeuty po pomoc, nie pojawia się więc „ze swoim problem", ale z nierówną relacją łącząco go z większością społeczeństwa, ze strategiami radzenia sobie z opresją oraz z pokłosiem dyscyplinujących i deprymujących go komunikatów, z jakimi spotkał się całym życiu.

18 *Postawy wobec gejów i lesbijek*, Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2010.

19 *Powszechna Deklaracja Praw Seksualnych*, Światowa Organizacja Zdrowia 2002.

ŚWIAT ŻYCIA

Nie było dotychczas w Polsce skoordynowanych prac badawczych mogących przybliżyć realia życia, trudności oraz determinanty dobrostanu osób LGBTQ. Badania uniwersyteckie prowadzone przez wydziały i instytuty psychologii przy większych ośrodkach akademickich, kiedy poruszają tematykę związaną z LGBTQ to najczęściej dzieje się to w sposób fragmentaryczny, urywkowy i niebędący częścią większej inicjatywy, której rezultaty będą dostępne i rozpoznawalne w środowisku szerszym niż grono zaangażowanych badaczy lub badaczek[20]. Jednocześnie tematyka orientacji seksualnej jest popularna wśród studentów i studentek psychologii, którzy z powodu braku wglądu w literaturę światową i ignorancji opiekunów naukowych, nierzadko w swoich pracach rocznych oraz magisterskich weryfikują hipotezy nieobecne w dyskursie psychologicznym od dekad. Trudnością dla polskiej psychologii wydaje się odnalezienie niestereotypowych problemów badawczych oraz dotarcie do osób badanych o orientacji nieheteroseksualnej o zróżnicowanej charakterystyce demograficznej (o osobach transpłciowych niebędących pacjentami klinicznymi nie wspominając). Przykładem niskiej jakości badań w tym zakresie może być badanie zrealizowanie niedawno przez pracownika naukowego renomowanego ośrodka akademickiego, gdzie badane były „wzorce relacyjne mężczyzn homoseksualnych" na podstawie psychoanalitycznych hipotez mówiących o zerwanej więzi z ojcem. Grupę badawczą stanowili mężczyźni nieheteroseksualni nieakceptujący własnej orientacji uczestniczący w religijnej grupie wsparcia. Wyniki podobnych badań rodzą duże wątpliwości związane z możliwością ich generalizacji oraz interpretacji. Jednocześnie wnoszą one niewiele zastosowań do stanu wiedzy o osobach LGBTQ w Polsce, ich potrzebach oraz dobrostanie.

20 Jedynym takim studium sytuacji osób nieheteroseksualnych jest raport pod redakcją Ireneusza Krzemińskiego *Naznaczeni. Mniejszości seksualne w Polsce*, Raport 2008, Warszawa 2009, powstały w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego. W niniejszej publikacji nie powołujemy się na jego wyniki, gdyż późniejszy raport Kampanii Przeciw Homofobii, Lambdy Warszawa oraz Fundacji Transfuzja zawiera aktualniejsze wyniki otrzymane w badaniu na większej i bardziej reprezentatywnej próbie populacji.

Więcej w tym obszarze dzieje się na styku działań organizacji pozarządowych oraz instytucji zainteresowanych socjologicznym obrazem populacji osób LGBTQ w Polsce. Od 2001 roku organizacje pozarządowe działające na rzecz osób LGBTQ starają się przybliżyć sytuację tych osób, realizując coraz bardziej ambitne projekty badawcze. Jednocześnie powstają analizy paneuropejskie (np. raport Agencji Praw Podstawowych[21]) i w 2012 roku pierwsza analiza na zamówienie rządowe wykonywana przez zespół badawczy z Uniwersytetu Jagielińskiego[22]. Celem podobnych badań jest analiza obszarów, gdzie polityka państwa lub instytucji publicznych może zmienić się, aby lepiej i sprawiedliwiej odpowiadać na specyfikę osób LGBTQ jako grupy społecznej. Jednocześnie wyniki tych analiz ujawniają konsekwencje nierozpoznawania przez władzę osób LGBTQ jako obywateli i obywatelek równej kategorii, co osoby heteroseksualne na poszczególnych płaszczyznach życia społecznego. Wraz z widocznością osób LGBTQ w przestrzeni publicznej oraz ze wzrostem słyszalności artykułowanych przez środowiska prawnoczłowiecze postulatów rośnie też liczba sondaży opinii publicznej sprawdzających postawy społeczeństwa wobec owych postulatów i osób LGBTQ w ogóle.

Przedstawienie sytuacji osób LGBTQ w Polsce możliwe jest jedynie dzięki szczegółowym studiom organizacji pozarządowych pracujących z osobami LGBTQ oraz na rzecz osób LGBTQ. Bliskość do swoich interesariuszy oraz zaufanie, jakim cieszą się organizacje pozarządowe umożliwia dotarcie do imponującej liczebności i zróżnicowania grupy badawczej. Takie zbliżenie i wgląd nie jest często możliwe dla ośrodków akademickich i badaczy niemających ani wiedzy, ani kontaktu z osobami LGBTQ, ale instrumentalnie traktujących ich jako grupę społeczną będącą obiektem badań.

Wszystkie podanie niżej dane pochodzą z raportu przygotowanego wspólnie przez stowarzyszenie Kampania Przeciw Homofobii, stowarzyszenie Lambda Warszawa oraz Fundację Transfuzja w roku 2012[23]. Jest to największe dotychczas studium życia osób LGBT w Polsce, w którym wzięło udział ponad 11 000 osób badanych.

21 Agencja Praw Podstawowych UE, 17 maja 2013 Raport z badań EU LGBT survey.

22 Badanie realizowane na zamówienie biura Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania w ramach programu „Równe traktowanie standardem dobrego rządzenia", 2012.

23 *Sytuacja społeczna osób LGBT*. Raport za lata 2010 i 2011, red. M. Makuchowska, M. Pawlęga, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2012.

Osoby nieheteroseksualne boją się okazywać publicznie swoje uczucia wobec partnera lub partnerki tej samej płci. Respondenci zapytani, czy czuliby się swobodnie, trzymając się za rękę lub całując się w miejscach publicznych w większości (63%) odpowiadali, że takie zachowanie przychodzi im mniej swobodnie niż gdyby miało dotyczyć osoby płci przeciwnej. Wyniki mężczyzn i kobiet znacząco się różnią. Okazuje się mężczyznom jest znacząco trudniej niż kobietom o swobodę w relacjach romantycznych z partnerem w miejscach publicznych. Zjawisko to tłumaczyć można normami związanymi z ekspresją męskości, które stygmatyzują mężczyzn okazujących sobie ciepłe relacje oraz faktem, że kobiety trzymające się za ręce lub przytulające nie zawsze są społecznie spostrzegane jako będące w romantycznym związku, więc mniej narażone są na homofobiczne reakcje otoczenia. Trzy czwarte badanych (74%) gejów, lesbijek i osób biseksualnych uważa, że generalnie w Polsce osoby homoseksualne nie są akceptowane i szanowane.

Geje, lesbijki, osoby biseksualne najczęściej nie ujawniają swojej orientacji seksualnej w miejscach publicznych. Tylko 17% osób badanych stwierdziło, że nie ukrywa tego faktu w urzędach publicznych (np. urzędy gminy, sądy) lub innych miejscach publicznych (np. bary, kluby, sklepy, środki komunikacji publicznej, taksówki, plaże). Spośród tych osób 18% doświadczyło gorszego traktowania, które najczęściej polegało na nieprzyjemnym zachowaniu i odmowie usługi.

W taksówce, gdy jechałem ze swym partnerem, gdy trzymaliśmy się za ręce. Taksówkarz nas wyrzucił[24] (mężczyzna, 43 lata).

Większość (71%) gejów, lesbijek i osób biseksualnych odczuwa potrzebę ukrywania swojej tożsamości seksualnej w pracy. Oznacza to, że nie ujawniają oni swoim współpracownikom żadnych informacji mogących wskazywać na to, że są nieheteroseksualni. Często oznacza to nie tylko przemilczanie faktów swojego życia, ale też aktywne ukrywanie prawdy lub kłamanie podczas pracowniczych nieformalnych rozmów towarzyskich dotyczących życia rodzinnego lub czasu wolnego albo podczas imprez firmowych. Niektórzy z respondentów badania argumentowali, że

24 Wszystkie cytaty zostały zaczerpnięte z badań opublikowanych w raportach: *Przemoc motywowana homofobią*, red. M. Makuchowska, Warszawa 2011; *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011*, red. M. Makuchowska, M. Pawlęga, Warszawa 2012.

ich orientacja seksualna jest ich sprawą intymną i praca nie jest miejscem, aby się ujawniać. Przyjęcie takiej postawy jest zgodne ze społecznym oczekiwaniem „nieafiszowania się" z nieheteroseksualnością, ale warto jednocześnie pamiętać, że ujawnianie swojego statusu małżeńskiego i rodzicielskiego nie budzi w pracy kontrowersji a zgodnie z powyższym rozumowaniem można by uznać to za ujawnianie spraw intymnych. Z powodu homoseksualnej lub biseksualnej seksualnej orientacji seksualnej gorzej od pracowników heteroseksualnych traktowanych było 6,4% respondentów i respondentek, a dyskryminacja najczęściej polega na wymaganiu większych nakładów pracy lub zwolnieniu z powodu orientacji seksualnej.

Chcę mieć zupełny spokój i całe nerwy tj. brak zaczepek, złośliwych komentarzy, aluzji, uśmieszków, złośliwości oraz innych działań zmierzających do upokorzenia do takiego stopnia, aż musiałbym się zwolnić, by nie zwariować (mężczyzna, 42 lata).

W kontaktach ze służbą zdrowia ponad 11% osób spotkało się gorszym traktowaniem z powodu swojej ujawnionej pracownikowi służby zdrowia orientacji homo- lub biseksualnej, z czego najczęściej były to drwiny, wyśmiewanie, lekceważenie, poniżanie lub odmowa udzielenia pomocy.

Prawie połowa badanych jest wierząca (45%). Co piąta osoba nieheteroseksualna uważa się za osobę religijną, a ponad połowa uczestniczy co najmniej kilka razy do roku w jakiś praktykach religijnych (np. nabożeństwa, spotkania religijne, msze). Niektóre osoby wierzące i praktykujące ujawniały swoją orientację w kontakcie z przedstawicielami kościoła. W takich sytuacjach, co druga osoba relacjonowała doświadczenie gorszego traktowania ze strony przedstawiciela kościoła. Najczęściej było to obrażanie i ubliżanie, a zdarzenia takie miały miejsce podczas spowiedzi. W niektórych przypadkach miało miejsce odmówienie możliwości czynnego udziału w praktykach religijnych.

Prawie wszystkie badane osoby (98%) uważają, że powinny mieć prawo do formalizacji związku z osobą tej samej płci, a prawie połowa z nich (44%) obecnie przebywa w takim związku. Wychowuje lub posiada dzieci 6% osób badanych. Często są to dzieci z poprzedniego heteroseksualnego związku i są wychowywane wraz z osobą przeciwnej płci (czyli z byłym partnerem lub partnerką) lub tej samej płci (z obecnym partnerem lub partnerką).

Spośród osób w rodzinie osoby nieheteroseksualne najchętniej zaczynają ujawniać (coming out) swoją nieheteroseksualność rodzeństwu, dopiero na drugim miejscu z ujawniają sytuację rodzicom. Kiedy coming out następuje z własnej woli, osoby otrzymują większą akceptację od najbliższych. Można przypuszczać, że samodzielnie ujawniają się głównie osoby, które przypuszczają, że nie pogorszy to znacząco ich relacji z rodzicami. Osobami najbardziej akceptującymi jest właśnie rodzeństwo (siostra, potem brat), matka. Spośród wszystkich osób w rodzinie wiedzących o orientacji seksualnej, ojciec jest osobą dającą najmniej wsparcia, gdyż tylko w połowie przypadków (52%) określony został jako akceptujący. 27% respondentów i respondentek aktywnie ukrywa swoją orientację seksualną przed kimkolwiek z rodziny, przy czym najwięcej osób ukrywa ten fakt w małych miastach i wsiach.

Sytuacja osób LGB w szkole zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ dotyczy młodzieży, która uświadamia sobie dopiero orientację seksualną oraz powiązana jest sieciami zależności ograniczającymi jej autonomię i możliwości samostanowienia (np. nauczyciele, rodzice). Jednocześnie okres ten jest kluczowy dla formowania pozytywnej tożsamości i budowania satysfakcjonujących relacji ze światem. Młode osoby nieheteroseksualne raczej nie ujawniają swojej orientacji najbliższemu otoczeniu szkolnemu. 58% przyznaje, że w szkole wie o ich orientacji tylko najbliższa osoba lub nikt[25]. Dane z irlandzkiego badania młodzieży LGB[26] wskazują, że okres pomiędzy uświadomieniem sobie nieheteroseksualnej orientacji seksualnej, które następuje około 12. roku życia, a pierwszym coming outem to zazwyczaj 5 lat życia w ukryciu. W polskich szkołach w toku edukacji geje, lesbijki i osoby biseksualne nie otrzymują oczekiwanej wiedzy o swojej orientacji seksualnej, a kiedy ten temat pojawia się na lekcjach to w sposób dla nich upokarzający i rozmijający się ze stanem wiedzy naukowej[27].

25 Dane dotyczące sytuacji w szkole pochodzą z raportu *Lekcja Równości. Postawy i potrzeby młodzieży i kadry szkolnej wobec homofobii w szkole*, red. J. Świerszcz, Warszawa 2012.

26 P. Mayock, A. Bryan, N. Carr, K. Kitching, *Supporting LGBT Lives: A Study of the Mental Health and Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People*, BeLonG To Youth Services, Dublin 2012.

27 *Lekcja Równości. Postawy i potrzeby młodzieży i kadry szkolnej wobec homofobii w szkole*, red. J. Świerszcz, Warszawa 2012.

OPRESJA I PRZEMOC

Często spotykanym w literaturze antydyskryminacyjnej, policyjnej oraz prawniczej jest termin „przestępstwa z nienawiści", który wywodzi się z definicji przyjętej przez Biuro Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka (ODHIR) Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (OBWE). Według tej definicji, **przestępstwo z nienawiści** to „każde przestępstwo natury kryminalnej, wymierzone w ludzi lub ich mienie, w wyniku którego ofiara lub inny cel przestępstwa, są dobierane ze względu na ich faktyczne bądź domniemane powiązanie lub udzielenie wsparcia grupie wyróżnionej na podstawie cech charakterystycznych wspólnych dla jej członków, takich jak faktyczna bądź domniemana rasa, narodowość, lub pochodzenie etniczne, język, kolor skóry, religia, płeć, wiek, niepełnosprawność fizyczna lub psychiczna, orientacja seksualna lub inne podobne cechy"[28]. W kontekście niniejszej publikacji definicja ta budzić może wątpliwości z dwóch powodów. Po pierwsze nazwanie aktu przemocy motywowanego uprzedzeniami „przestępstwem" oraz stwierdzenie, że winno być ono „natury kryminalnej", umieszcza zdarzenie w pewnych krajowych i międzynarodowych ramach prawnych. Prawo jednak się zmienia, jest różnie interpretowane, a w obecnym przypadku Kodeks karny nierówno traktuje przestępstwa motywowane różnymi rodzajami uprzedzeń (np. incydenty przemocy motywowane rasizmem są ścigane z urzędu a incydenty przemocy motywowane homofobią nie są). Termin „przemoc" daje możliwość przyjrzenia się większemu spektrum incydentów bez potrzeby szukania ich konotacji prawnej. Czasem znaleźć można w literaturze termin „**opresja**" używany także w tej publikacji, jednak opresja w większości przypadków dotyczy jeszcze większego spektrum i manifestacji przemocy, szczególnie gdy wychodzi ona poza osobowy, relacyjny charakter i dotyczy oddziaływań społecznych i kul-

28 Ewa Ryłko, *Jak mówić o przestępstwach z nienawiści, w: Przemoc motywowana uprzedzeniami. Przestępstwa z nienawiści,* red. A. Lipowska-Teutsch, E. Ryłko, Towarzystwo Interwencji Kryzysowej, Kraków 2007.

turowych na jednostkę albo grupę społeczną. Drugą wątpliwością, jaką budzi termin „**przestępstwa z nienawiści**" jest wskazanie nienawiści jako głównego czynnika będącego motywacją dla przemocy. Nienawiść jest jednak bardzo silnie wartościowaną emocją w języku polskim oraz kojarzona jest z dużym pobudzeniem, czasem nawet afektem uniemożliwiającym ocenę swojego działania. **Przemoc motywowana uprzedzeniami** to nie zawsze (a nawet w mniejszości przypadków) działanie w afekcie. Czyny krzywdzące wobec spostrzeganych (czyli faktycznych lub domniemanych) członków jakiejś grupy społecznej ze względu na wiązanie z tą grupą negatywnych emocji i emocjonalnie nacechowanych stereotypowych przekonań uznaje się więc za przemoc motywowaną uprzedzeniami. Gdy uprzedzenie wynika z homofobii, mówimy o przemocy motywowanej homofobią.

Badania nad występowaniem przemocy motywowanej homofobią ostro definiują i kategoryzują to zjawisko w sposób niezbędny dla dociekań empirycznych. Podejście takie związane jest ze specyfiką badań ilościowych i wymaga jasnego zdefiniowania, czym jest przemoc, aby móc stwierdzić, czy wystąpiła ona i czy motyw był homofobiczny. Zanim jednak przyjrzymy się wynikom badań opisujących przemoc motywowaną homofobią, warto przyjrzeć się, jakie są obecne w dyskursie rozumienia przemocy motywowanej uprzedzeniami.

W analizach ilościowych często umyka subiektywne doświadczenie i sposób przeżywania osób, które spotkały się z opresją będącą efektem uprzedzenia. Jednocześnie część oddziaływań na osobę mogących z powodzeniem być uznanymi za element homofobicznej przemocy warunkującej dobrostan osoby jest nieobecna w badaniach.

PRZEMOC SYMBOLICZNA

Najbardziej pomijana w badaniach na gruncie polskim jest analiza przemocy symbolicznej obecnej w środowisku codziennym osób LGBTQ na całej ich przestrzeni życia. Niechęć badaczy ilościowych do koncepcji przemocy symbolicznej wcale nie dziwi. Mimo że przez niektórych jest ona uważana za jedną z kluczowych współcześnie dla socjologii kategorii opisu rzeczywistości społecznej, to w dyskursie psychologicznym

nie pojawia się zapewne ze względu na trudności w jej operacjonalizacji. Pierre Bourdieu, francuski socjolog i filozof, wyprowadził koncepcję przemocy symbolicznej z analiz narzędzi i obserwacji jak uprzywilejowane warstwy społeczne wywierają nacisk na grupy społeczne nieuprzywilejowane[29]. Przemocą symboliczną nazywa on „miękką" formę przemocy, kamuflującą swoje opresyjne zapędy, jaka ma miejsce, gdy grupa dominująca oddziałuje poprzez tworzoną przez siebie kulturę tak, aby inne grupy uznały i zaakceptowały swoją podrzędniejszą rolę w społeczeństwie. Najsilniejszym narzędziem przemocy symbolicznej wobec osób LGBTQ i nieheteronormatywnych jest heteronormatywność. Założenie, że wszyscy są heteroseksualni, uczynienie heteroseksualnych relacji i osób w niewchodzących domyślnym podmiotem życia społecznego wiąże się z organizacją kapitału symbolicznego społeczeństwa (czyli norm, prawa, historii, obrzędów, wartości, sieci powiązań, tekstów kultury i nauki) wokół osób heteroseksualnych. Obszar symboliczny, w jakim socjalizują się osoby LGBTQ komunikuje im, że są one mniej wartościowe, w taki sposób, że przekaz ten jest dla nich oczywisty i naturalny. Opresja i przemoc, z jakimi się spotykają staje się więc łatwiejsza do zniesienia i trudniejsza do zanegowania, gdyż jest habituowana (ludzie się do niej przyzwyczajają) i staje się częścią akceptowalnego status quo.

Sprawcy przemocy symbolicznej są właściwie niemożliwi do wskazania, bowiem oddziaływanie przemocy symbolicznej może być niezależne od intencji poszczególnych osób. Konsekwencje jednak dla grup poddanych takiej formie przemocy są dostrzegalne. W przypadku osób nieheteroseksualnych jest to odmawianie sobie prawa do równego, co osoby heteroseksualne, współuczestniczenia w społeczeństwie, przyjmowanie dominujących (często stereotypowych) przekazów o gejach i lesbijkach i podporządkowywanie się im (np. przyjęcie, że orientacja seksualna jest sprawą intymną i ukrywanie jej przez ludźmi, nieokazywanie uczuć wobec partnera w miejscach publicznych).

29 P. Bourdieu, J. C. Passeron, *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, tł. E. Neyman, red. A. Kłoskowska, Warszawa 1990.

MIKRONIERÓWNOŚCI

Inną formą opresji i nacisku będącą w spektrum codziennych doświadczeń osób LGBTQ, ale nie wystarczająco wyraźną i na tyle ulotną, że umykającą ilościowym opisom są mikronierówności. Mikronierówności to efemeryczne zachowania i sytuacje, z jakimi spotykają się przedstawiciele grupy mniejszościowej (społecznie nieuprzywilejowanej) w społeczeństwie będące umocnieniem i potwierdzeniem ich pośledniejszej pozycji czy roli względem większości. Manifestacje mikronierówności mogą pojawiać się w żartach, sposobie mówienia, ekspresjach mimicznych czy normach społecznych. Zazwyczaj osoby z grup większościowych nie dostrzegają nieadekwatności czy krzywdzącego charakteru swoich zachowań, osoby z grupy nieuprzywilejowanej natomiast odczuwają je i są na nie szczególnie uwrażliwione. Zauważenie i zwrócenie uwagi na występowanie mikronierówności spotyka się jednak z niezrozumieniem i oskarżeniem o przewrażliwienie, przesadę, brak dystansu lub „poczucia humoru". Przykładem może być wypowiedziany w towarzystwie dowcip o gejach lub lesbijkach, który nie będąc jednoznacznie homofobicznym, zawiera elementy stereotypu i powoduje dyskomfort osoby homoseksualnej. Inne osoby natomiast mogą uważać, że „to przecież tylko kawał" i „należy wyluzować, bo nie mówimy o tobie". Innym przykładem mikronierówności może być zestaw reakcji niewerbalnych (np. uśmiech pod nosem, niepatrzenie w oczy, utrzymywanie dystansu fizycznego lub przekraczanie go) lub parawerbalnych (ton głosu, chrząkanie), z jakimi spotyka się osoba zgłaszająca homofobiczne przestępstwo ze strony policji. Ten ostatni przykład może prowadzić do wtórnej wiktymizacji, czyli ponownego skrzywdzenia osoby, jaka doznała przemocy, poprzez system i osoby mające za zadanie ją wesprzeć.

HOMOFOBIA ZINTERNALIZOWANA

Ostatnią grupą doświadczeń i przeżyć niedefiniowaną wprost jako przemoc homofobiczna, ale uznawaną za taką przez autora i autorkę niniejszej publikacji są różne formy opresji homofobicznej kierowanej wobec siebie. Nienawiść wobec siebie i brak samoakceptacji nie jest problemem jednostki, który możemy diagnozować i traktować indywidualnie jako

zjawisko oddzielone od kontekstu społecznego. To właśnie ten kontekst oraz nakazy kulturowe stwarzają nakaz nieakceptacji i samodyscyplinowania, który jest internalizowany na poziomie myśli o sobie, uczuć wobec siebie oraz zachowań. Osoba przyjmując komunikaty, że dla niej z jej obecną tożsamością nie ma miejsca w społeczeństwie, ze społeczeństwa czuje się zmuszona wycofać. Najwyraźniejszą i ostateczną manifestacją homofobicznej przemocy wobec „ja" jest odebranie sobie życia. W niektórych przypadkach motywy samobójstw, których podłożem jest poczucie niższości, bezwartościowości oraz nienawiści do siebie są ujawnianie otoczeniu, gdyż osoba odbierająca sobie życie komunikuje najbliższym swoje zamiary bądź zostawia list pożegnalny. W wielu jednak sytuacjach przełamanie wstydu jest dla niej zbyt trudne i przyczyny samobójstwa pozostają trudne do jednoznacznego wskazania. Badania polskie pokazują, że osoby nieheteroseksualne w porównaniu z generalną populacją mają większą skłonność do myśli samobójczych. W grupie wiekowej osób 15-18 lat różnica w występowaniu myśli samobójczych jest prawie pięciokrotna. Brak samoakceptacji przejawiać się może też w szeregu innych zachowań autodestrukcyjnych, pośrednich pomiędzy stworzeniem pozytywnego obrazu siebie a odebraniem sobie życia. Są nimi angażowanie się w zachowania ryzykowne, uzależnienia, samookaleczanie, zaburzenia nastroju, lęk[30].

PRZEMOC FIZYCZNA I PSYCHICZNA

Szczegółowo w niniejszym rozdziale przedstawione zostaną dane o przemocy w jej klasycznym i bezdyskusyjnym ujęciu, czyli sytuacji, w której mamy do czynienia z osobą lub osobami stosującymi przemoc i osobą doświadczająca przemocy. Osoba doświadczająca przemocy może w takim ujęciu tematu świadomie przywołać zdarzenia i konkretne nietrudne do skategoryzowania zachowania prześladowcze, z jakimi się spotkała. Jednocześnie intencja lub motyw osób stosujących przemoc jednoznacznie wynika z przesłanek homofobicznych – identyfikują oni osobę będącą celem ataku jako nieheteroseksualną. Należy jednak pamiętać, że jest to podejście zawężające spektrum homofobicznych doświadczeń osób LGBTQ

30 Ian R. Williamson, (2000), *Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men*, „Health Educational Research", nr 15 (1), s. 97-107.

i nie daje ono pełnego w nie wglądu ze względu na pominięcie wpływu przemocy symbolicznej, mikronierówności i homofobii zinternalizowanej.

Przemoc psychiczna, czasem nazywana przemocą psychologiczną, operacjonalizowana jest w badaniach[31] jako agresja werbalna (zaczepki słowne, obrażanie, poniżanie, ośmieszanie), rozpowszechnianie negatywnych opinii na temat osoby, groźby (w tym pogróżki i szantaż), nienawistne listy (w tym maile, sms-y do osoby lub jej bliskich), wandalizm i niszczenie mienia osoby, graffiti, ulotki i inne formy publicznego szkalowania odnoszące się do osoby z powodu jej spostrzeganej orientacji seksualnej. Takich form przemocy doświadczyło 44% osób LGB, a spośród tych osób większość więcej niż trzy razy w ciągu dwóch lat objętych badaniem. Najczęściej jest to agresja słowna i zaczepki werbalne. Słowami najbardziej rozpowszechnionymi podczas stosowania przemocy werbalnej są pedał, ciota, lesba, kurwa lub pospolite wulgarne zwroty (np. chuj, suka, frajer, pizda) oraz pochodne inwektyw i słów odnoszących się do środowiska LGBTQ (np. pederasta, homo, lesbijka, pedzio). Osobną kategorię często występujących inwektyw stanowi słowotwórstwo związane z czynnościami seksualnymi (np. lachociąg, dupojebca, spermojad) lub odnoszące się do zdrowia i zaburzeń psychicznych (np. chory, nienormalna, zboczona, dewiant).

Osobami stosującymi przemoc psychiczną najczęściej (w 59% przypadków) są osoby nieznane, gdyż dzieje się to najczęściej w miejscach publicznych. Niepokojące jednak jest to, że aż w 37% przypadków przemoc psychiczna ma miejsce ze strony kolegów i koleżanek ze szkoły bądź uczelni. Z badań przeprowadzanych z udziałem młodzieży szkolnej LGB wynika, że aż 76% młodych osób zauważa homofobiczną przemoc słowną u siebie w szkole. Spotykają się z nią najczęściej chłopcy, niezależnie od ich faktycznej orientacji seksualnej, odbiegający swoim zachowaniem od kulturowo przyjętych norm związanych z ich płcią (np. jeśli wolą kolegować się z dziewczynami, niż grać w piłkę, dbają o swój wygląd) oraz osoby, o których społeczność szkolna uważa, ze są LGBTQ.

31 Posługujemy się głównie statystykami z badań realizowanych przez Stowarzyszenie Kampania Przeciw Homofobii realizowanymi wspólnie z Lambdą Warszawa i Fundacją Transfuzja, których wyniki zostały przedstawione w raportach *Przemoc motywowana homofobią*, red. M. Makuchowska, Warszawa 2011; *Sytuacja społeczna osób LGBT*. Raport za lata 2010 i 2011, red. M. Makuchowska, M. Pawlęga, Warszawa 2012. Dane pochodzące z innych publikacji zostaną wskazane w tekście.

Ciągle ktoś mnie zaczepia, boję się sam chodzić po szkole, nawet do sklepiku szkolnego nie chodzę sam, bo boję się, że tam będą ci, którzy mnie zaczepiają. Nawet czasem w mieście jakieś dziwne typy coś sobie o mnie mówią. W szkole parę osób z innej klasy ciągle mnie zaczepia jakimiś odzywkami, nawet wymyślili sobie o mnie rymowankę (mężczyzna, 15 lat).

Spośród osób, które spotkały się z homofobiczną przemocą psychiczną 48% spotkało się z rozpowszechnianiem negatywnych opinii na ich temat, a 11% z groźbami. Rozpowszechnianie negatywnych opinii to najczęściej plotkowanie, obmawianie za plecami, ujawnianie innym niekorzystnych i/lub nieprawdziwych opinii na temat jakiejś osoby po to, by ją umniejszyć w oczach innych.

Przełożona poinformowała wszystkich pracowników działu, że przyjmuje mnie do pracy, aby sprawdzić, czy rzeczywiście jestem osobą homoseksualną. Rozpowiadała plotki na temat mojego życia prywatnego (o którym nie miała żadnej wiedzy) oraz mojej partnerki. Dopytywała pracownice, czy cyt. „lecę na którąś". Zgłoszenie sprawy dyrektorowi nie dało żadnego rezultatu. Poinformowano mnie, że przed wyborami nikt nie będzie takiej sprawy ruszał. Byłam zmuszona do zakończenia pracy w tamtym miejscu, ponieważ przełożona przez wiele miesięcy rozpowszechniała plotki na mój temat po różnych działach – również wśród osób, które mnie nie znały (kobieta, 30 lat).

Jedną z form przemocy psychicznej jest outing, czyli ujawnienie informacji o czyjejś niehetroseksualnej orientacji, aby narazić tą osobę lub jej bliskich na homofobiczne reakcje. **Outing** jest czymś innym niż **coming out**, gdzie ujawnienie się jest autonomiczną decyzją osoby LGBT. W sytuacji, gdy dochodzi do outingu osoba go używająca zdaje sobie sprawę, że druga osoba nie życzy sobie ujawnienia orientacji gdyż może to spowodować pogorszenie jej sytuacji, dyskryminację, eskalację przemocy lub odrzucenie ze strony najbliższych. Outing jest często przedmiotem gróźb i szantażu, a osoba na osobie szantażowanej wymusza się usługi (np. wykonywanie nieodpłatnie pracy, usługi seksualne) lub dobra (np. pieniądze) pod groźbą, upublicznienia, że jest gejem, lesbijką lub osobą biseksualną.

Najgorsze było skopiowanie postów z mojej prywatnej strony i wysłanie tego na publiczną skrzynkę mailową do szkoły, w której pracuje moja mama. O mojej orientacji, wszystkich emocjach i szczęśliwej miłości dowiedziały się więc kolejno sekretarki, pani dyrektor i pewnie jeszcze połowa grona pedagogicznego. Matka, która już wiedziała, była przerażona, że wyrzucą ją z pracy, bo padały hasła, że skoro własnego dziecka nie potrafiła wychować, to jak śmie brać się za wychowywanie cudzych. Skończyło się

na usunięciu mnie z sieci. W całości. Wszystkie strony, profile na portalach społecznościowych, zmiany adresów i numerów. Plus oczywiście poniżające krzyki w domu. Pozostałe wydarzenia, typu wyśmiewanie i umniejszanie wartości mojego związku to standard, o którym mi się nawet nie chce pisać (kobieta, 22 lata).

Przemoc fizyczna rozumiana jest jako inwazyjne naruszenie nietykalności cielesnej osoby ze względu na przypisywaną jej orientację nieheteroseksualną. Wskaźnikami wystąpienia takiej formy przemocy są zaczepki fizyczne (potrącanie, uderzanie, szarpanie, kopanie), pobicie, atak z bronią, zaczepki seksualne (np. dotykanie wbrew woli, poklepywanie), przemoc seksualna (gwałt lub próba gwałtu). Takiej formy przemocy doświadcza co najmniej jedna na dziesięć badanych osób LGB (12%), w tym 39% trzy lub więcej razy w ciągu dwóch lat. Najczęstszymi formami przemocy fizycznej są zaczepki fizyczne (65%), zaczepki seksualne (42%), pobicia (17%) i przemoc seksualna (8%). We wszystkich przypadkach sprawcami są prawie zawsze mężczyźni.

Jechałam autobusem, do którego wsiadło trzech młodych pijanych mężczyzn. Przykleili do szyby wlepkę z krzyżem celtyckim i hasłem ,,zakaz pedałowania''. Zaprotestowałam i zaczęłam zrywać homofobiczną naklejkę. Zostałam przez sprawców zwyzywana w bardzo wulgarny sposób (m.in. od ,,lesb'', sprawcy byli przekonani, że jestem osobą homoseksualną), jeden z nich mnie opluł, drugi szarpał (kobieta).

Identycznie jak w przypadku przemocy psychicznej, sprawcami najczęściej są osoby nieznane (68% przypadków), a gdy są osobami znajomymi najczęściej są kolegami i koleżankami ze szkoły i uczelni (36%). Według co czwartej młodej osoby LGB w szkole (26%), do której uczęszcza ma miejsce homofobiczna przemoc fizyczna, taka jak kopanie, szarpanie czy plucie.

Warto zwrócić uwagę na znaczące różnice w formie przemocy kierowanej do mężczyzn i kobiet. Mężczyźni częściej spotykają się pobiciami i zaczepkami fizycznymi, kobiety natomiast z zaczepkami i przemocą seksualną. Takie zróżnicowanie przemocy ze względu na płeć spójne jest ze stereotypem i rolami genderowymi. Męskość demonstruje i egzekwuje się poprzez siłę fizyczną. Powszechne natomiast stereotypy i przekonania o seksualności kobiet odbierają im podmiotowość w obszarze seksualnym oraz czynią obiektem męskiego zaspokojenia i satysfakcji. U podłoża przemocy seksualnej mężczyzn wobec lesbijek i kobiet biseksualnych leży mit, że kobieta potrzebuje penetracyjnego stosunku seksualnego z męż-

czyzną i dopiero taki stosunek jest w stanie rozbudzić jej „zdrową" seksualność. Efektem tego mitu są tzw. gwałty naprawcze na lesbijkach, których celem ma być „wyleczenie", czyli odmiana orientacji seksualnej poprzez doświadczenie obcowania seksualnego z mężczyzną.

Będąc w klubie gejowskim, wyszłam na zewnątrz z klubu z jednym z poznanych tam mężczyzn. Byłam przekonana, że jest gejem. Niestety, gdy oddaliliśmy się o parę metrów od klubu, zgwałcił mnie, twierdząc, że nie wiem, jak to jest z facetem i że on mi pokaże. Mimo, że próbowałam mu się wyrwać, on nie przestawał... (kobieta, 21 lat).

Policja nie jest powiadamiana o zaistnieniu przemocy psychicznej prawie nigdy, tylko 3% osób poszkodowanych decyduje się zgłosić taką sytuację organom ścigania. Warto wiedzieć, że zgodnie z polskim prawem groźby i zastraszanie są formami przestępstw, które mogą być ścigane na gruncie prawa karnego, jeśli osoba poszkodowana je zgłosi. Nieznacznie więcej – co dziesiąta osoba poszkodowana (10%) – powiadamia Policję o wystąpieniu przemocy fizycznej.

Przyczyną niezgłaszania się na Policję jest nie tyle nieznajomość prawa, co niewiara w skuteczność organów ścigania (42%) i lęk przed niekompetencją (26%) oraz homofobią (19%) ze strony funkcjonariuszy. Alarmujące jest, że większość osób, która doświadcza przemocy (57%) stwierdza, że „nie czuje potrzeby" zgłaszania jej na policję. Ten odsetek dla psychologa jest szczególnie niepokojący, oznacza on bowiem, że w ponad połowie przypadków osoby opresjonowane mogą nie podejmować działań na rzecz zmiany swojej sytuacji, akceptować ją lub traktować z biernością, co może mieć związek z zinternalizowaną homofobią tych osób, przyzwalającą na gorsze traktowanie.

DOBROSTAN OSÓB LGBTQ

Specyfika doświadczanej opresji, dyskryminacji i przemocy nie jest tylko częścią kontekstu i atmosfery społecznej, która jest niesprzyjająca dla osób LGBTQ. Z perspektywy zagrożeń dla dobrostanu psychicznego należy wspomnieć o większej niż w generalnej populacji podatności osób niehetroseksualnych na odczuwanie osamotnienia, depresji, myśli samobójczych i zwiększonego angażowania się w zachowania ryzykowne, nadużywanie alkoholu i podatność na uzależnienia. Porównanie pomiędzy wynikami zbliżonych demograficznie populacji „Diagnozy społecznej 2011[32]" a „Sytuacji społecznej osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011" w obszarze związanym ze dobrostanem psychicznym przynosi bardzo niepojące wyniki. Okazuje się, że geje, lesbijki i osoby biseksualne w wieku 19-50 lat gorzej oceniają swoje życie niż ogólna populacja. Widać zróżnicowanie pomiędzy ocenami swojego życia dokonywanymi przez osoby nieheteroseksualne z mniejszych miejscowości i dużych miast. Osoby z większych miejscowości oceniają swoje, życie lepiej. Wyjaśnić to może tendencję do migracji osób LGBTQ z mniejszych do większych miast znaną w analizach socjologicznym społeczności LGBTQ. Osoby migrujące wybierają sobie nowe środowisko, często dopasowując je do swoich potrzeb, lepiej zapewniające im możliwości rozwoju i poczucie bezpieczeństwa niż miejsce pochodzenia. Podążając za myślą Pierre'a Bourdieu o mechanizmach przemocy symbolicznej, można przypuszczać, że osoby nieheteroseksualne będąc grupą nieuprzywilejowaną, będą miały ograniczany kapitał społeczny pozwalający im radzić sobie z trudnymi sytuacjami i sprawnie poruszać się w społeczeństwie. Kapitał społeczny rozumiany jest jako sieć powiązań i budzących zaufanie relacji społecznych oraz uznaniu ze strony innych. Faktycznie, co druga osoba nieheteroseksualna (49%) odpowiedziała, że „czuje się osamotniona, mimo że tego nie chce" (w porównaniu do 18% osób z ogólnej

32 *Diagnoza Społeczna 2011*, red. J. Czapiński, T. Panka, www.diagnoza.com; za: *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011*, red. M. Makuchowska, M. Pawlęga, Warszawa 2012.

populacji). Za osamotnieniem widoczne są znaczące różnice w sposobie radzenia sobie z kłopotami i trudnymi sytuacjami życiowymi. Osoby nieheteroseksualne częściej niż ogólna populacja sięgają w takich sytuacjach po alkohol (13% vs. 3%) i zażywają środki uspokajające (6% vs. 3%). Jednocześnie w obliczu braku możliwości poradzenia sobie z problemem dwa razy częściej starają się odwrócić od niego swoją uwagę i zajmują się innymi czynnościami poprawiającymi nastrój (49% vs. 26%) albo poddają się (12% vs. 2%). Po alkohol częściej sięgają nieheteroseksualne kobiety niż mężczyźni. Mężczyźni częściej od kobiet mobilizują się do działania lub szukają pocieszenia w modlitwie, chociaż grupa LGB znacznie rzadziej szuka pomocy u Boga niż ogólna populacja (12% vs. 23%). Pośród różnych zachowań będących reakcją na załamanie pojawiają się też znacznie częściej u osób nieheteroseksualnych myśli samobójcze. Aż 13% osób LGB w wieku 19-50 lat przyznaje, że w ostatnich miesiącach myślało o samobójstwie „dosyć często" lub „bardzo często" w porównaniu z 2% osób w tym wieku mających myśli samobójcze, według Diagnozy Społecznej 2010.

STRES MNIEJSZOŚCIOWY

Dekady badań pokazały, że członkowie i członkinie grup mniejszościowych społecznie marginalizowanych oraz doznających opresji częściej angażują się w zachowania ryzykowne zagrażające ich zdrowiu (np. uzależnienia, ryzykowne zachowania seksualne), mają niższy niż reszta populacji dobrostan psychofizyczny oraz częściej diagnozuje im się występowanie objawów zaburzeń psychicznych. Niechlubna tradycja badań osób LGBTQ poszukiwała wyjaśnienia zaburzeń i obniżonego dobrostanu tej grupy społecznej w dyspozycjach osobistych lub cechach, jakie zostały nabyte w efekcie określanych za patologiczne relacji w dzieciństwie i adolescencji. Współcześnie badacze i praktycy mają większe zrozumienie kontekstu społecznego, który prowadzi do występowania takich objawów u części grup mniejszościowych. Koncepcja stresu mniejszościowego[33] opisuje złożony proces długotrwałego wpływu stre-

33 I. H. Meyer (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*, „Psychological Bulletin", nr 129, s. 674-697.

sorów o społeczno-kulturowo-ekonomicznym charakterze na dobrostan psychofizyczny osób przynależących do grup stygmatyzowanych społecznie i wyjaśnia zjawiska przypisywane wcześniej cechom osobistym. Relatywnie młoda teoria stresu mniejszościowego, rozwijana i weryfikowana w największej mierze przez psychologów amerykańskich, ma zastosowanie i potwierdzenie w badaniach grup społecznych, które poddane są dyskryminacji i opresji, takich jak osoby LGBTQ oraz Afroamerykanie. Wedle proponowanego przez nią podejścia bycie obiektem uprzedzeń ze strony dominującej i większościowej grupy konstruującej normy oraz zasady życia społecznego wpływa na odczuwanie chronicznego stresu (którego objawami mogą być między innymi lęk i podwyższone ciśnienie) oraz w efekcie na gorszy stan zdrowia psychicznego i fizycznego.

Stres mniejszościowy wyróżnia od znanych wcześniej czynników stresogennych oraz czynników warunkujących ogólny dobrostan kilka aspektów. Po pierwsze jest to zjawisko unikatowe, co oznacza, że odnosi się wyłącznie do osób, których tożsamość lub rozpoznawalne cechy (jak kolor skóry lub ekspresja płciowa) kategoryzują do grup mniejszościowych i społecznie defaworyzowanych[34]. Taki rodzaj stresu nie jest doświadczany przez niestygmatyzowane grupy społeczne. Drugą cechą charakterystyczną jest chroniczność stresu mniejszościowego. Stres mniejszościowy związany jest ze stałymi strukturami społecznymi oraz kulturowymi, które pozycjonują wybraną grupę społeczną np. osoby LGBTQ na określonym mniej uprzywilejowanym miejscu względem większości. Stres ten nie jest więc reakcją na sytuację, ale na stan społeczno-kulturowy. Trzeci aspekt wyróżniający ten rodzaj stresu odnosi się właśnie jego społecznych źródeł, w przeciwieństwie do źródeł biologicznych czy intrapsychicznych. Stres mniejszościowy uwarunkowany jest z procesami, hierarchią, działaniem norm społecznych i instytucji, które są poza osobą go doznającą. Osoby LGBTQ są obiektem uprzedzeń, funkcjonują w środowisku nasączonym stereotypami na ich temat, mierzą się z heteronormatywnymi zwyczajami, zagrożeniem dyskryminacją i z tych względów inaczej doświadczają codzienności.

34 Grupy określane jako mniejszościowe i społecznie defaworyzowane nie muszą stanowić statystycznej mniejszości w społeczeństwie. Terminy te odnoszą się do grup, które ze względu na konstrukcję systemu społecznego mają mniejszy dostęp do władzy i przywilejów. Dlatego też, często mówi się np. o kobietach jako mniejszości mimo, że nie stanowią statystycznej mniejszości.

Teoria stresu mniejszościowego nie jest szczególnie wyjątkowa lub zaskakująca dla badaczy i badaczek. Jest sprawnym modelem porządkującym wcześniej znane zjawiska i pokazującym, jak świat społeczny może mieć kluczowy wpływ na świat indywidualny, a nawet podstawowe kwestie zdrowotne osób przynależących do mniejszości. Należy zauważyć, że stres mniejszościowy nie tyle wyjaśnia, ile doświadczanie incydentów przemocy wpływa na osobę, ale jak życie w świecie, w którym te incydenty mają miejsce długofalowo, oddziałuje doświadczenie stresu i deficyty zdrowotne.

W teorii stresu mniejszościowego wyróżnia się dwa rodzaje stresorów odpowiedzialnych za proces oddziaływania stresu na osobę: **stresory dystalne** i **proksymalne**. Stresory dystalne umiejscowione są na zewnątrz jednostki i składają się na nie takie czynniki, jak doświadczenie odrzucenia, dyskryminacji, przemocy ze względu na przynależność do grupy osób LGBTQ. Wcześniej przytoczone badania dotyczące dyskryminacji oraz przemocy wobec osób nieheteroseksualnych oraz postaw społecznych wobec tej grupy wyraźnie potwierdzają obecność stresorów dystalnych w środowisku życia osób LGBTQ w Polsce. Warto zwrócić uwagę, że przemoc werbalna jest najpowszechniejszą formą przemocy, a różnego rodzaju agresywne, napastliwe, szkalujące, nawołujące do nienawiści wobec osób LGBTQ opinie zagościły w mainstreamowych mediach jako równoprawny element dyskursu[35].

Drugim typem stresorów są stresory proksymalne, czyli te oddziałujące od wewnątrz osoby i będące pochodną stresorów dystalnych. Zaliczają się do nich takie zjawiska, jak ukrywanie własnej orientacji, oczekiwanie odrzucenia i ciągły lęk przed uprzedzeniami, negatywne spostrzeganie własnej grupy (np. osób nieheteroseksualnych). Osoby, które obserwują w swoim środowisku uprzedzenia i negatywne podejście wobec osób LGBTQ często decydują się na ukrywanie swojej nieheteroseksualnej orientacji seksualnej i nieujawnianie jej osobom bliskim. Można wyróżnić kilka form ukrywania, że jest się gejem, lesbijką lub osobą biseksualną[36]. Część osób decyduje się na udawanie osoby heteroseksualnej i celowe stwarzanie pozorów posiadania heteroseksualnej

35 Por. *Raport o homofobicznej mowie nienawiści w Polsce*, red. G. Czarnecki, Warszawa 2009.
36 I. H. Meyer, *op. cit.*, s. 674-697.

orientacji wprowadzając innych w błąd. Druga strategia wiąże się z unikaniem jakichkolwiek sytuacji lub rozmów, w których konieczne jest wyjawienie swojej orientacji seksualnej lub preferowanej płci partnera lub partnerki. Jednocześnie osoby stosujące tę strategię dokładnie kontrolują ujawnianie innym wiedzy na swój temat i wykluczają z niej informacje odnoszące się do ich orientacji seksualnej. Kolejną strategią, która może poprzedzać coming out, jest ujawnianie innym informacji o sobie, które mogłyby wskazywać na nieheteroseksualną orientację, ale niekomunikowanie tego wprost i uciekanie od jednoznacznych deklaracji. Ukrywanie nieheteroseksualnej orientacji seksualnej często powoduje znaczący stres związany z ciągłym skupieniem uwagi na udawaniu i tworzeniu pozorów heteroseksualności, powracające myśli lękowe o zagrożeniu ujawnienia, poczucie winy, wstyd i obniżona samoocena oraz wybór życia w izolacji od innych osób LGBTQ[37].

Jednym z kluczowych dla osób LGBTQ stresorów proksymalnych jest zinternealizowana homofobia rozumiana jako zinternelizowanie negatywnego społecznego spostrzegania homoseksualności, które prowadzi do obniżonego poczucia własnej wartości i nienawiści wobec siebie. Zgodnie z założeniami koncepcji stresu mniejszościowego zinternalizowana homofobia jako stresor proksymalny pojawi się, kiedy występują stresory dystalne, czyli ogólnodostępne i rozpowszechnione w przestrzeni publicznej uprzedzenia, niekorzystne stereotypowe opinie oraz negatywne przekonania o osobach LGBTQ.

Osoby doświadczające stresu mniejszościowego spodziewają się także doznać krzywdy i funkcjonują w stanie chronicznego lęku przed odrzuceniem ze względu na swoją społecznie stygmatyzowaną cechę tożsamości. Odrzucenie może być odczuwane jako odebranie pewnych praw, przypisanie określonych cech lub wyrażenie braku akceptacji przez grupę znaczącą dla osoby. Oczekiwanie odrzucenia i nieakceptacji jako stresor proksymalny nierzadko wiąże się ze zinternalizowaną homofobią, depresją i lękiem.

37 Zjawisko to widoczne jest w języku mężczyzn szukających kontaktów seksualnych z innymi mężczyznami za pośrednictwem Internetu. Piszą oni o sobie, że są „dyskretni", „niebudzący skojarzeń", „typ hetero" i szukają osób „spoza środowiska". Podobne sformułowania interpretować można także w kontekście doświadczania zinternalizowanej homofobii i zagrożenia stereotypem.

Kolejnym charakterystycznym zjawiskiem związanym z doświadczaniem stresu mniejszościowego są ruminacje, czyli obsesyjne i nieustanne kierowanie swoich myśli w kierunku sytuacji zagrażających w tym powtarzalne rozpamiętywanie wydarzeń z przeszłości związanych z doświadczeniem dyskryminacji lub przemocy motywowanej homofobią. Szczególnie osoby, które spotkały się z incydentami przemocowymi będą skłonne do nich wracać, co przyczyniać się może do obniżenia nastroju i stanów lękowych.

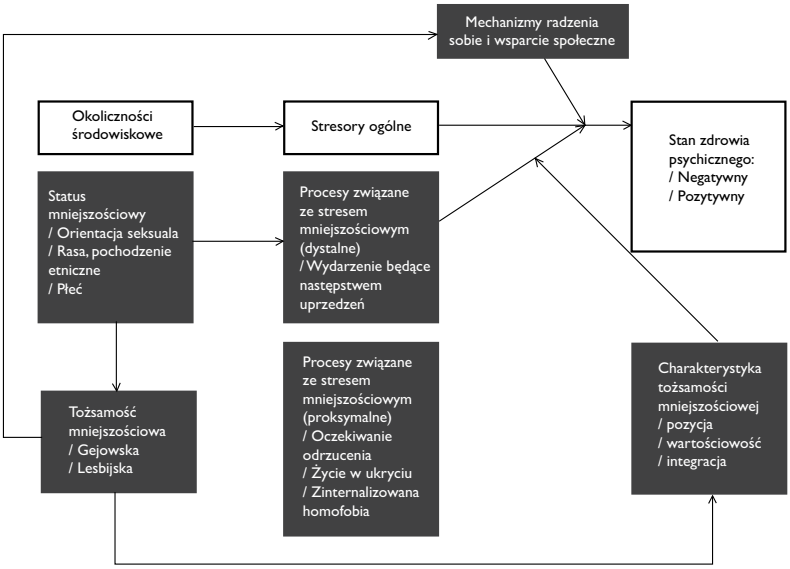
Podsumowując, istnieją trzy bazowe tezy teorii stresu mniejszościowego:

1) Status mniejszościowy w społeczeństwie prowadzi do zwiększonej ekspozycji na stresory dystalne.

2) Status mniejszościowy w społeczeństwie prowadzi do zwiększonej ekspozycji na stresory proksymalne, które zapośredniczone są w stresorach dystalnych.

3) Osoby ze statusem mniejszościowym cierpią na problemy zdrowotne będące efektem doświadczania stresorów proksymalnych i dystalnych.

Rycina 1. Procesy związane ze stresem mniejszościowym



Źródło: Meyer, 2003, za: Grabski i in. 2012[38].

38 B. Grabski, G. Iniewicz, M. Mijas, *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska*, „Psychiatria Polska", XLVI, 4, 2012, s. 649-663.

EMANCYPACJA I WYZWOLENIE

Uznawszy, że osoby nieheteroseksualne podlegają społecznej opresji, doświadczają dyskryminacji oraz różnych form przemocy, które wpływają na ich kondycję psychofizyczną, trudno sytuację tę przyjąć jako zastane i akceptowalne *status quo*. Dylemat, jaki stoi przed osobami udzielającymi wsparcia psychologicznego ludziom, którzy doświadczyli homofobicznej przemocy, wiąże się z celem spotkania terapeutycznego. Szerzej rozważania takie prowadzić można i należy wokół misji i etosu zawodu psychologa oraz wokół roli osób udzielających pomocy psychologicznej członkom grup doznających stresu mniejszościowego. Wiele praktykowanych sposobów terapii oraz używanych metod widzi cel pracy z klientem lub klientką jako zmianę wewnętrznego świata osoby, aby w sposób racjonalny i uznawany za społecznie adekwatny odpowiadał doświadczanej rzeczywistości. Taka praca z osobą koncentruje się na wypracowywaniu zachowań oraz sposobu myślenia i interpretacji świata, który jest społecznie oczekiwany oraz przyjmuje normy społeczne jako ramy funkcjonowania osoby. Oddziaływania terapeutyczne, które mają na celu wyjść poza problem, poradzenie sobie z jego skutkami oraz znalezienie rozwiązania niepodważającego niesprawiedliwości i niezasadności doznanej krzywdy prowadzić mogą jedynie do opracowania strategii radzenia sobie z problem (przemocą), ale nie przyczynią się do jej zapobieżenia i zmiany. Osoba pomagająca pracująca w takim podejściu, dopasowująca klientów, by mieścili się w ramach społecznej normy i akceptowalnych zachowań może stać się osobą wspierającą opresyjny system uprzedzeń oddziałujących na klienta lub klientkę. Świadoma identyfikacja swojej roli i misji oraz określenie celu oddziaływań jest więc niezwykle istotna. Obecnie coraz częściej (jak argumentuje Levin[39]) terapeuci stawiają sobie za zadanie stawiać ludzi przeżywających trudności do pionu przy pomocy terapii farmakologicznej albo psychoterapii krótkoterminowych, aby mogli oni z powrotem wrócić do swojego środowiska niezależnie

39 B. E. Levine, *How Psychologists Subvert Democratic Movements*, „ZMagazine", 20 Oct 2012.

od tego, jak bezsensowne (np. konsumpcyjne), wyniszczające (np. opresyjne) lub eksploatujące (np. w sensie produkcyjnym) jednostkę jest to środowisko. W podejściu proponującym przywrócenie „chorego i cierpiącego pacjenta" społeczeństwu ogromną, lecz zakulisową rolę, odgrywa ideologia. Jest to ideologia mówiąca, że umiarkowany konformizm jest najzdrowszą reakcją wobec obecnych norm i ról społecznych oraz organizacji świata wraz z jego niesprawiedliwymi przywilejami wobec jednych grup i przemocą wobec innych. W myśl zasady, że osoby z grup mniejszościowych i z tego powodu defaworyzowanych powinny nauczyć się radzić sobie z psychologicznymi powikłaniami związanymi z doznawaną opresją lub właśnie szukać pomocy u specjalistów, którzy postawią je do pionu. W konsekwencji ideologia ta służy podtrzymywaniu interesów grup uprzywilejowanych i pielęgnowaniu niesprawiedliwego środowiska społecznego.

Myśl, że przystosowanie do otaczającego świata społecznego jest zawsze objawem zdrowego i dobrego dla jednostki stylu funkcjonowania podważona była już pół wieku temu przez wybitnego polskiego psychiatrę, twórcę pojęcia „higieny psychicznej", Kazimierza Dąbrowskiego: „(...) dotychczas w psychologii, w pedagogice i w psychopatologii panowało przekonanie; że przystosowanie na ogół jest czymś prawidłowym, pozytywnie rozwojowym, że stanowi kryterium zdrowia psychicznego. A nieprzystosowanie jest czymś niewłaściwym, negatywnym, świadczącym o braku zdrowia psychicznego. Przy dokładniejszym przyjrzeniu się temu zagadnieniu okazuje się, że przystosowanie w każdych warunkach i na każdym poziomie świadczy o niedorozwoju uczuciowym i moralnym, że wyraża brak hierarchii wartości, że jest związane z postawą konformistyczną, że nie zawiera istotnych elementów pozytywnego rozwoju i elementów twórczych. (...) Nie można przystosować się do zbrodni, krzywdzenia i poniżania, kłamstwa, podstępu, zdrady i wielu innych tego typu zjawisk"[40]. Dąbrowski wskazywał, że nieprzystosowanie i przeżywanie objawów pozornie mających charakter psychopatologiczny, może być jedną z dróg rozwoju dezintegrującej się osobowości.

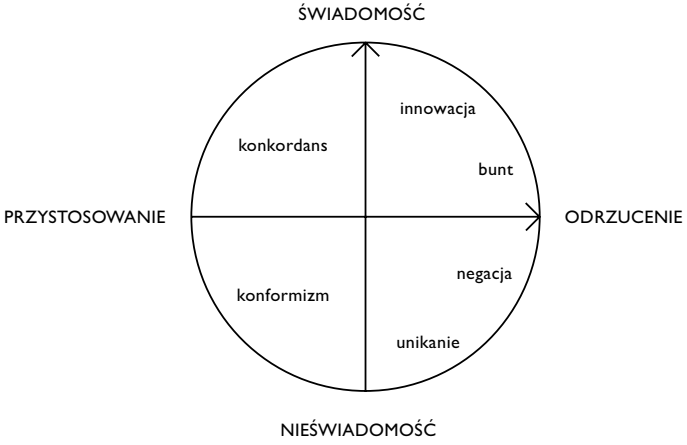
W takim podejściu do pojęcia przystosowania można znaleźć wiele elementów wspólnych z postulowanym przez pedagogów krytycznych

40 Kazimierz Dąbrowski, *Trud istnienia*. Warszawa 1986, s. 49-50.

rozwojem kompetencji emancypacyjnych. Kompetencje te to rozwój sprawności w dostrzeganiu i rozumieniu podmiotowych ograniczeń, wyrażanie niezgody na opresję, bunt wobec zastanej rzeczywistości i wybieranie odpowiedzialnej drogi poszerzania pola wolności w celu doskonalenia siebie i otoczenia. Rycina 2 przedstawia koncepcję „róży emancypacyjnej", obrazującej rozwój kompetencji emancypacyjnych, która może być też użyteczna dla zrozumienia procesów zachodzących w postawie osób LGBTQ doznających opresji.

W doświadczaniu przemocy proces wyzwolenia się z opresji oraz podmiotowej emancypacji można przedstawić na dwóch osiach: przystosowania i świadomości. Na kontinuum przystosowania osoba doświadczająca krzywd może się do nich dostosowywać, podporządkować im lub buntować przeciwko niesprawiedliwej rzeczywistości i odrzucać opresyjne środowisko. Jednocześnie osoba może mieć niewielki wgląd i niezrozumienie doznawanej przemocy albo wysoką społeczno-polityczną samoświadomość połączoną z umiejętnością rozumowego uporządkowania swojego doświadczenia w opresyjnej strukturze społecznej.

Rycina 2. Róża emancypacyjna



Źródło: W. Leirman (1981), *Vormingswerle en Vormingswetenschap*, za: M. Czerpaniak-Walczak (2006), *Pedagogika emancypacyjna.*

Sytuacja niskiej świadomości zależności od otoczenia, deprywującej sytuacji społecznej i reżimu norm ograniczających wolność skutkować

może w przyjęciu postawy konformistycznej. Osoba niemająca szerszego wglądu w czynniki związane z doświadczaną przez nią opresją próbuje się do nich dostosowywać i być wobec nich uległa. Na tym etapie opresyjne nakazy o charakterze homofobicznym i heteroseksistowskim mogą być bezrefleksyjne internalizowane, nawet przekazywane dalej (czego przykładem może być niechęć i oburzenie osoby homoseksualnej wobec par jednopłciowych publicznie chodzących za rękę). Niezgoda na doświadczaną krzywdzącą rzeczywistość połączona z niezrozumieniem tej rzeczywistości i jej opresyjnych mechanizmów może skutkować wycofaniem się, izolacją, zamykaniem się w sobie lub zachowaniami ucieczkowymi, czy w wymiarze społecznym dobrowolną gettoizacją mniejszości. Niezgoda może też się przejawiać w manifestowaniu swojego niezadowolenia, krytykowaniu osób stosujących przemoc, nawet agresywnym buncie, ale bez wzrostu świadomości nie będzie przybierała działań obnażających i wycelowanych w rzeczywiste źródła opresji.

W koncepcji zobrazowanej matrycą róży emancypacyjnej proces wyzwalania się od ograniczeń odbywa się w dialogowej relacji postawy wyzwalającej zachowania innowacyjne z konkordansem. Konkordans rozumiany jest jako świadome uczestnictwo w systemie zależności i ograniczeń, także rodzących opresję, oraz akceptacja go. Świadomość istnienia tego systemu, wgląd w swoją w nim rolę oraz niezgoda na uprzedmiotowienie i niesprawiedliwe konstruowane ograniczenia jest więc potencjałem do krytycznego poszukiwania nowych innowacyjnych rozwiązań wyzwalających od doznawanej opresji. Odrzucane jest nie tylko krzywdzące status quo, negowane są też konwencjonalne i nieskuteczne sposoby radzenia sobie z krzywdą a na ich miejsce osoba tworzy osobiste rozwiązania odpowiadające na indywidualne potrzeby.

Według przywołanego wcześniej w tym rozdziale Martina Baró, klinicysty i jezuity pracującego na co dzień z najbardziej zmarginalizowaną grupą biedoty w Salvadorze, celem spotkania terapeutycznego z reprezentantami grup opresjonowanych powinna być „deideologizacja rzeczywistości"[41]. Psycholog powinien więc pomagać ludziom lepiej zrozumieć naturę ich związku ze światem społecznym zamiast pozo-

41 M. Burton, C. Kagan, *Liberation social psychology: learning from Latin America*. „Journal of Community and Applied Social Psychology", 15, 2005, s. 63-78.

stawiać ją przezroczystą. Taka deideologizacja poprzez lepszy wgląd w swoją rolę w społecznej strukturze przywilejów, nakazów i oczekiwań pobudza osoby z grup marginalizowanych do rozwijania własnych ideologii, jakie mogą zadbać o ich własne interesy i mają szanse przełamać hegemonię grup uprzywilejowanych. Dopiero kiedy cierpienie, ból i zachowania autodestrukcyjne osoby doświadczającej przemocy zostaną wyjaśnione i uzasadnione relacją społeczną, pojawi się miejsce na zrozumienie i poczucie bezpieczeństwa w dążeniu do zmiany swojej sytuacji. Nie chodzi więc o to, żeby osobę postawić do pionu, aby radziła sobie w społeczeństwie, ale chodzi o to, żeby oswoić i ukierunkować jej bunt, wzmocnić w niej naturalną chęć emancypacji i nauczyć zmieniać swoje środowisko[42].

Psychologia wyzwolenia proponowana przez Baró spostrzegająca psychologa jako ważnego aktora w procesie emancypacji grup opresjonowanych, nie jest pierwszą nauką społeczną stawiającą emancypację w centrum rozwoju jednostki. Na znaczenie wewnętrznej reprezentacji związku pomiędzy osobistym doświadczeniem a strukturą społeczno-polityczną, czyli podstawowego elementu psychologii wyzwolenia, uwagę zwrócił już brazylijski pedagog i myśliciel Paolo Freire. Za cel prowadzonych przez siebie działań edukacyjnych przybrał on „pomaganie ludziom, by mogli pomóc sobie krytycznie postrzegać i interpretować rzeczywistość, która ich ciemięży"[43] poprzez zwiększanie społeczno-politycznej świadomości (concientización). W procesie concientización osoby nabierają podmiotowości i stają się działaczami w swojej własnej sprawie dzięki pogłębieniu zrozumienia swojego życia w kontekście nierówności społecznych i opresji. W momencie, kiedy osoby te zaczynają wpływać na swoje środowisko, zachodzi zmiana także w nich. W podejściu tym wgląd w powiązanie środowiska doświadczania przemocy,

42 Myśl ta wcielona w życie staje się niesłychanie niebezpieczna dla wszystkich autorytarnych systemów władzy i destabilizuje społeczeństwa zbudowane na niesprawiedliwości i nierównościach. Martin Baró pracował zgodnie ze swoją metodą z najbiedniejszymi warstwami społeczności w Salvadorze, jednocześnie rozbudzając w nich świadomość polityczną i chęć zmiany swojej sytuacji ekonomicznej poprzez większą partycypację społeczną. Stanowiąc zagrożenie dla ówczesnej dyktatury wraz z najbliższymi współpracownikami, pracownikami uniwersytetu i jezuitami, został brutalnie zamordowany w swoim domu przez oddział wojskowy.

43 P. Freire , *Pedagogy of Oppressed*, New York 1970, s. 166.

dystrybucji oraz relacji władzy w społeczeństwie z zachowaniami i objawami psychopatologicznymi jednostek jest niezbędny do zrozumienia doświadczeń osób doznających opresji.

Praca terapeutyczna z osobami LGBTQ doznającymi przemocy ze względu na swoją tożsamość może czerpać z podejścia proponującego emancypację i wyzwolenie. Oznaczałoby to otrząśnięcie się z dyskursu koncentrującego się na cierpieniu, psychopatologii i doświadczaniu homofobii. Oprócz intrapsychicznych poszukiwań, klient z terapeutą mają szansę zrozumieć miejsce doświadczenia klienta w szerszych społeczno-politycznych, kulturowych i historycznych kontekstach. Efektem takiej analizy powinien być nie tylko większy wgląd w swoją sytuację, lecz także uwolnienie od poczucia winy i wstydu związanych z nieświadomą internalizacją heteronormatywnych przekonań na swój temat. Wzrost concientización powoduje świadomość swojego uczestnictwa z systemie społecznym oraz świadomość możliwości wzięcia odpowiedzialności za swoje położenie. Ponadto, zgodnie z założeniem dialektycznej relacji pomiędzy zmianą osobistą a społeczną, osoby LGBTQ dokonujące zmian osobistych i środowiskowych, mogą świadomie obserwować zmiany na tych dwóch płaszczyznach. A właśnie odzyskanie sprawstwa i kontroli jest kluczowe dla poczucia dumy i uwłasnowolnienia.

ROZDZIAŁ II

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE DLA OSÓB LGBTQ

Aby kompetentnie podejmować się pracy z osobami nieheteroseksualnymi i transpłciowymi, należy po pierwsze zapoznać się z społeczno-kulturowymi uwarunkowaniami wpływającymi na specyfikę doświadczeń osób należących do grup defaworyzowanych, czemu poświęcony jest cały pierwszy rozdział niniejszej publikacji. W tej części skupiamy się na kompetencjach (wiedzy, umiejętnościach, świadomości i postawie) specjalistów i specjalistek podejmujących się pracy z osobami, których płeć lub seksualność wymyka się heteronormatywnym założeniom. W niniejszym rozdziale znajdują się praktyczne zalecenia i rekomendacje do pracy dla osób udzielających wsparcia psychologicznego osobom LGBTQ, które są w dużo większym stopniu niż osoby heteroseksualne czy tradycyjnie upłciowione (spełniające kulturowe oczekiwania odnośnie płci), narażone na przemoc. Mowa tu o specyficznej formie przemocy – przemoc motywowanej nienawiścią na tle homofobii. Na ten rodzaj przemocy narażone są szczególne osoby, które w sposób widoczny wymykają się z stereotypowych oczekiwań na temat zachowań, wyglądu, zainteresowań czy cech tradycyjnie przypisywanych kobietom i mężczyznom. Jednym z tych oczekiwań jest domniemana heteroseksualność, towarzyszy założenie o binarności płci, niedopuszczające tego, że płeć biologiczna, tożsamość czy/i ekspresja płciowa mogą być dużo bardziej różnorodne niż przeciwstawne i oddzielne kategorie kobiety i mężczyzny.

Niniejsza część rozpoczyna się poszukiwaniem wytycznych, które mogłyby stanowić drogowskazy do standardów pracy z osobami LGBTQ, poparte wytycznymi światowych i krajowych organizacji zajmujących się seksualnością i zdrowiem psychicznym, m.in. Polskie Towarzystwo Seksuologiczne, Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i Światowa Organizacja Zdrowia. Aby mocniej umiejscowić niniejszą publikację w kontekście polskim, będziemy odwoływać się do polskich realiów oraz standardów i wytycznych, które wyznaczane są przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

ETYKA PSYCHOLOGICZNA W PRACY Z OSOBAMI LGBTQ

Wsparcie psychologiczne jest newralgicznym obszarem wiążącym się z dużą odpowiedzialnością po stronie osób decydujących się na świadczenie jej. Aby utrzymać wysoki standard pracy oraz zadbać o etykę i bezpieczeństwo w kontakcie psychologicznym, środowiska psychologiczne i medyczne tworzą kodeksy etyczne, których celem jest wyznaczanie standardów mających zapewnić bezpieczeństwo, poszanowanie godności oraz optymalne warunki do pracy zarówno dla osoby udzielającej wsparcia psychologicznego, jak i dla osoby korzystającej z niego.

Aktualnie w Polsce nie ma ustawy o zwodzie psychologa, w związku z tym nie ma też oficjalnego kodeksu etycznego, który byłby wspólny dla wszystkich specjalistów i specjalistek. Osoby zajmujące się udzielaniem wsparcia psychologicznego przyjmują różne wytyczne, począwszy od Hipokratejskiego *primum non nocere* (łac. po pierwsze nie szkodzić), poprzez Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychologicznego aż po kodeksy etyczne różnorodnych szkół terapeutycznych (np. Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej, Kodeks Etyczny Terapeuty Poznawczo-Behawioralnego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej[44]). Kodeksy te mają pewne części wspólne, wynikające z ogólnych norm etycznych – poszanowania praw człowieka. Różnorodność kodeksów sprawia, że łatwo o niejednoznaczność, również w odniesieniu do kwestii uprzedzeń i dyskryminacji, których doświadczają osoby LGBTQ, jak zostało to opisane w pierwszym rozdziale.

Jak wytyczne znajdujące się w tych kodeksach odnoszą się do pracy z osobami LGBTQ? Zacznijmy od Kodeksu Etycznego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (PTP), który w ostatnim punkcie podaje, że: „Zasady Kodeksu Etyczno-Zawodowego obowiązują wszystkich polskich

44 Za: http://www.pttpb.pl/pl/pttpb-info/kodeks-etyczny-pttpb.

psychologów". Choć formalnie zasady te obowiązują wyłącznie członków i członkinie Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, to zwykle uznaje się go jako wyznacznik w środowisku psychologów i psycholożek bez względu na przynależność do PTP.

Wspomniany kodeks został zatwierdzony przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1991 roku. Warto zwrócić na to uwagę, kodeks został zatwierdzony 22 lata temu, może więc nie uwzględniać przemian technologicznych oraz kulturowych, jakie nastąpiły od tego czasu. W dokumencie tym w żadnym miejscu nie pojawia się wprost kwestia dotycząca poszanowania tożsamości seksualnej i płciowej, jednak odnajdujemy fragmenty, które są szczególnie ważne w pracy z osobami LGBTQ:

> Art. 4. Obowiązkiem psychologa jest stały rozwój zawodowy i dążenie do stałego rozwoju osobistego. Kwalifikacje psychologa powinny odzwierciedlać **aktualny poziom wiedzy i technik psychologicznych**. Psycholog korzysta **z dorobku nauki światowej**[45].

Fragment ten wyraźnie wskazuje na potrzebę aktualizacji wiedzy i technik stosowanych również w pracy z klientami i klientkami LGBTQ, z uwzględnieniem dorobku nauki światowej. Ma to szczególne znaczenie w przypadku kwestii seksualności i płciowości, o których wiedza rozwija się dynamicznie w ostatnich latach". Jak wskazują wyniki badań analizujących zawartość merytoryczną publikacji polskojęzycznych, rodzima literatura często prezentuje treści, które są niezgodne z najnowszymi standardami. Widać to wyraźnie chociażby w „Raporcie o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich" (Loewe, 2010). Katarzyna Bojarska w wspomnianym raporcie podzieliła analizowane publikacje na trzy główne podejścia, wychodząc od najmniej aktualnego ujęcia wyjściowego – „patologizującego", poprzez ujęcie pośrednie – „podskórnie wartościujące" aż do najbardziej aktualnego ujęcia współczesnego – „egalitarystycznego"[46]. W wyniku analizy jakościowej badaczka stwierdza, że spośród otrzymanych do analizy

45 Podkreślenia własne autorów tekstu, mające uwypuklić szczególne istotne fragmenty w kontekście pracy z osobami LGBTQ.

46 Katarzyna Bojarska, *Analiza merytoryczna wybranych pozycji piśmiennictwa poświęconego problematyce homoseksualności*, w: Raport o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich, red. A. Loewe, Warszawa: Kampania Przeciwko Homofobii., s. 20-21.

podręczników „wszystkie, poza jedną, współczesne publikacje naukowe polskich autorów reprezentowały ujęcie B (pośrednie)". Podobnie w przypadku osób transpłciowych, jak wskazuje Wiktor Dynarski, prezentowane treści odbiegały w znaczącym stopniu od współczesnych standardów. Jako główne problemy wskazuje on:

- fałszywe (w stosunku do obecnego stanu wiedzy medycznej) informacje na temat klasyfikacji kategorii „zaburzenia tożsamości płciowej" bądź innych kwestii związanych z płciowością;
- nadmierną stereotypizację i/lub stygmatyzację płciowości i seksualności,
- fałszywe informacje dotyczące działań medycznych prowadzących do korekty płci[47].

Pojawia się coraz więcej pozycji w języku polskim, które prezentują standardy zgodne z aktualnymi wytycznymi (zob. podrozdział z proponowaną literaturą w niniejszej publikacji), jednak wciąż stanowią one mniejszość. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę aktualizacji swojej wiedzy w oparciu o światową literaturę, zgodną z najnowszymi osiągnięciami, do czego zobowiązuje Kodeks Etyczno-Zawodowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Czytamy w nim, że:

> Przyjmowanie twierdzeń i metod wypracowanych w **innych warunkach społecznych i kulturowych** powinna poprzedzać **krytyczna analiza możliwości ich wykorzystania** w naszych warunkach.

To niezwykle ważny punkt, który może przywoływać słuszne skojarzenia z kulturą rozumianą jako pochodzenie czy etniczność, jednak „warunki kulturowe i społeczne" można również odnieść do odmienności kulturowej, która charakteryzuje każdą mniejszość w społeczeństwie, w tym mniejszości seksualne i płciowe. Bez wątpienia warunki społeczne osób LGBTQ są zdecydowanie odmienne od warunków społecznych osób heteronormatywnych, które posiadają przywileje nieznane osobom LGBTQ np. możliwość formalizowania związków w świetle prawa. Dyskryminacja, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i systemowym sprawia, że osoby LGBTQ żyją w odmiennych niż osoby

47 Wiktor Dynarski, *Tematyka transpłciowości w wybranych publikacjach oraz jej usytuowanie we współczesnych dyskursach akademickich, w*: *Raport o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich*, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2010.

heteronormatywne warunkach społecznych i mają pewne wspólne doświadczenia, np. doświadczenie coming outu (ujawnienia nieheteroseksualnej tożsamości psychoseksualnej), któremu najczęściej towarzyszy duży stres. Znajomość tych doświadczeń i kultury, jest jednym z warunków niezbędnych do kompetentnej pracy z osobami LGBTQ. Wiedzę tę można zdobyć poprzez udział w warsztatach i szkoleniach poruszających tematykę seksualności (należy zwrócić uwagę na kompetencje osób prowadzących), samodzielną lekturę aktualnego piśmiennictwa, oglądanie filmów (zarówno dokumentalnych, jak i fabularnych), udział w wydarzeniach tematycznych organizowanych przez organizacje pozarządowe, a także znajomości (zarówno kontakty prywatne, jak i zawodowe) z osobami nieheteroseksualnymi i transpłciowymi.

Wracając do wytycznych obowiązujących polskich specjalistów i specjalistki zajmujących się terapią i poradnictwem, w Kodeksie Etyczno-Zawodowym PTP czytamy dalej:

> Art. 15. Psycholog powinien wykonywać swoje czynności zawodowe, dążąc do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu swej pracy, **bez względu na** to, kto jest odbiorcą jego czynności i jaki jest jego **osobisty stosunek do tej osoby czy osób**. W szczególności intencja niesienia pomocy i staranność w wykonywaniu czynności zawodowych przez psychologa **nie zależy od takich właściwości klienta**, jak: pozycja społeczna, sytuacja, materialna, poglądy polityczne, światopogląd i system wartości, rasa, narodowość i wiek, a także charakter problemów wymagających interwencji psychologicznej.

Jak widać w żadnym miejscu nie ma bezpośredniego odniesienia do osób LGBTQ, jednak pojawia się kwestia wrażliwości na różnorodność cech lub właściwości naszych klientów czy klientek. Kodeks wskazuje, że należy starać się wykonywać swoje czynności zawodowe na jak najwyższym poziomie bez względu na cechy osób, które się do nas zwracają. Aby to było możliwe, specjaliści i specjalistki potrzebują możliwości zweryfikowania własnych postaw i wpływu społecznych stereotypów i uprzedzeń na osobisty stosunek do osób należących do grup defaworyzowanych. Niezwykle istotne jest, aby osoby udzielające wsparcia psychologicznego, miały świadomość swoich wartości, przekonań oraz kontekstu kulturowego, który je kształtuje, co jest możliwe podczas treningu antydyskryminacyjnego. Obok aktualnej wiedzy i umiejętności psychologicznych to właśnie trening antydyskryminacyjny jest

podstawowym zaleceniem dla osób podejmujących się pracy z osobami doświadczającymi przemocy motywowanej nienawiścią. Umożliwia on krytyczną analizę osobistego stosunku do osób LGBTQ, co jest niezbędne, biorąc pod uwagę obecny w społeczeństwie heteroseksizm i homofobię, które uwewnętrzniamy w procesie socjalizacji. Brak krytycznej analizy własnych przekonań – stereotypów i uprzedzeń, może przyczynić się do nieświadomych zachowań lub interwencji działających na szkodę klientów czy klientek nieheteroseksualnych czy/i transpłciowych.

Przykładem nadużycia w zakresie pomocy dla osób LGBQ jest próba zmiany orientacji seksualnej w kierunku heteroseksualności, czyli tzw. terapia naprawcza, zwana też reparatywną czy konwersyjną. Jeżeli zgłasza się do nas osoba nieakceptująca swojej orientacji seksualnej, co często podaje się jako pierwszy etap w rozwoju tożsamości seksualnej[48], terapeuta czy terapeutka może, działając zgodnie z pragnieniem klienta, próbować podejmować takie próby. To skrajny przypadek, kiedy brak wiedzy na temat współczesnych wytycznych i badań nad efektami takiej terapii, połączony z własną nieświadomością mechanizmów związanych z zinternalizowaną homofobią, sprawia, że poprzez terapię osoba udzielająca (w swoim przekonaniu) wsparcia będzie wzmacniać samonienawiść u swojego klienta i zwiększać ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju i pogorszenia stanu psychicznego [49].

Poza wspomnianym Kodeksem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, osoby kształcące się w ramach różnorodnych szkół terapeutycznych przyjmują kodeksy etyczne tworzone w ramach tych szkół. Tutaj często pojawiają się już bezpośrednie wzmianki dotyczące płci i orientacji seksualnej. Przykładowo: Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej[50] w części drugiej zatytułowanej „Szacunek dla innych i niedyskryminowanie" podaje wprost, że:

> Psychoterapeuta nie dyskryminuje z uwagi na wiek, płeć, rasę, narodowość, religię, orientację seksualną, niepełnosprawność, światopogląd, wykształcenie, język czy status społeczno-ekonomiczny.

48 zob. Alicja Długołęcka, 2012, Savin Williams 2011, Reynolds i Hanjorgins 1999.

49 APA 2009, Iniewicz 2012.

50 Kodeks Etyczny Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej, za: http://www.integrative.pl/index.php?page=kodeks.

Podobnie w Kodeks Etyczny Terapeuty Poznawczo-Behawioralnego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej[51], w dziale II „Odpowiedzialność etyczna psychoterapeuty poznawczego bądź też behawioralnego wobec pacjenta" podaje:

Psychoterapeuta poznawczy bądź też behawioralny jest zobowiązany do równego traktowania pacjentów bez względu na wiek, płeć, stan cywilny, orientację seksualną, narodowość, wyznanie, przekonania polityczne, sytuację materialną, stan zdrowia, rasę, kolor skóry oraz inne preferencje i cechy osobiste.

Jednak są też szkoły, które pomijają lub nie poruszają wprost tej kwestii, jak choćby Kodeks Etyki Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej[52].

Jak widać na podanych przykładach, sformułowania i stopień dosłowności podejścia do orientacji seksualnej w różnych kodeksach różnią się od siebie, jednak elementami wspólnymi są: szacunek dla praw człowieka i godności ludzkiej, troska i dbałość o dobro klienta czy klientki, kompetencja, uczciwość i odpowiedzialność zawodowa i społeczna[53]. Prawa człowieka spisane w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (Organizacja Narodów Zjednoczonych, 1948) w art. 2 podają, że:

Art. 2: Każdy człowiek posiada wszystkie prawa i wolności zawarte w niniejszej Deklaracji bez względu na jakiekolwiek różnice rasy, koloru, płci, języka, wyznania, poglądów politycznych i innych, narodowości, pochodzenia społecznego, majątku, urodzenia lub jakiegokolwiek innego stanu (...).

Na szczególną uwagę zasługują „Zasady Yogyakarty. Zasady stosowania międzynarodowego prawa praw człowieka w stosunku do orientacji seksualnej oraz tożsamości płciowej"[54] (Remin 2009), które zostały opracowane w 2006 roku przez grono ekspertów ds. praw człowieka. Jest to zestaw 29 zasad stanowiących rekonstrukcję międzynarodowych standardów praw człowieka w odniesieniu do orientacji seksualnej i tożsamości płciowej.

51 Kodeks Etyczny Terapeuty Poznawczo-Behawioralnego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, za: http://www.pttpb.pl/pl/pttpb-info/kodeks-etyczny-pttpb.

52 Za: http://psychodynamika.pl/index.php/page/witamy/1-kodeks-etyczny.html.

53 Harbin Leach, 1997, za: Iniewicz, 2012, s. 29.

54 Do pobrania na: http://www.kph.org.pl/publikacje/b-y_zasady.pdf.

Warto też przywołać fragment Powszechnej Deklaracji Praw Seksualnych[55], która została przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w 2002 roku, gdzie wprost podkreśla prawo do równości seksualnej, które:

> Odwołuje się do wolności od wszystkich form dyskryminacji, niezależnie od płci, orientacji seksualnej, wieku, rasy, klasy społecznej, religii lub niesprawności fizycznej albo emocjonalnej.

Polskie Towarzystwo Seksuologiczne w swoim oficjalnym stanowisku z 2006 roku podkreśla zaniepokojenie krzywdzącym wpływem społecznych uprzedzeń na funkcjonowanie psychiczne i społeczne osób homoseksualnych oraz biseksualnych. Równocześnie wzywa „zdrowotne organizacje naukowe oraz wszystkich indywidualnych psychologów, psychiatrów i innych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego" do podjęcia działań polegających na dementowaniu stereotypów i uprzedzeń wobec homoseksualności.

Zapraszamy też do zapoznania się z treścią „Rekomendacji dla polskich towarzystw naukowych w sprawie postępowania oraz pomocy terapeutycznej osobom homo- i biseksualnym" (2013) znajdujących się w załączniku do niniejszej publikacji.

W kolejnej części, porównamy różnorodne podejścia do pracy terapeutycznej i pomocowej z osobami LGBTQ w kontekście ich etyczności oraz zgodności z aktualnymi wytycznymi i standardami.

55 Deklaracja Praw Seksualnych została utworzona na XIII Światowym Kongresie Seksuologii w 1997 roku (por. XIII World Congress of Seology Valencia Declaration on Sexual Rights, w: The Kinsey Institute Advancing Sexual Health and Knowledge Worldwide, http://www.iub.edu/~kinsey/resources/valencia.html). W maju 2002 roku deklaracja została przyjęta i zarekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia.

SPOŁECZNO-KULTUROWE ZAŁOŻENIA NA TEMAT SEKSUALNOŚCI

Szkoła terapeutyczna jest jednym z czynników wpływających na filozofię pracy oraz wybór narzędzi wykorzystywanych w pracy psychologicznej. Przedmiotem niniejszej części nie będą jednak różnorodne szkoły terapeutyczne, tylko inna, niezwykle istotna perspektywa, która wpływa na sposób pracy z osobami LGBTQ, niezależnie od nurtu terapeutycznego. Poza szkołą terapeutyczną, jednym z znaczących czynników istotnych w kontekście pracy z osobami należącymi do grup stygmatyzowanych społecznie jest (nie)świadomość własnych uwewnętrznionych przekonań na temat płci i seksualności. Ich krytyczna analiza jest kluczowa do kompetentnej pracy terapeutycznej. Osoby udzielające wsparcia psychologicznego są narzędziami w swojej pracy i tak samo, jak inni ludzie wyrastający w heteronormatywnym i homofobicznym społeczeństwie, uwewnętrzniają panujące w tym społeczeństwie skrypty, schematy – stereotypy i uprzedzenia wobec osób LGBTQ. Wyrastając w heteronormatywnym społeczeństwie, już w dzieciństwie uczymy się obelżywych określeń opisujących osoby LGBTQ, przyswajamy nie tylko stereotypowe przekonania (stereotypy), lecz także bardzo silne emocje z nimi powiązane (uprzedzenia). Często zdarza się, że przyswajamy negatywne emocje powiązane z określeniami opisującymi osoby LGBTQ (np. „pedał"), zanim poznamy ich rzeczywiste znaczenie. Np. dziecko może nauczyć się (w przedszkolu, szkole, na podwórku), że jeżeli chce kogoś obrazić to wystarczy powiedzieć słowo „pedał" – usłyszało, jak ktoś kiedyś ze złością tak nazwał inna osobę. Takie dziecko już wie, że słowo to oznacza coś okropnego (nie musi wcale znać znaczenia tego słowa – może zastanawiać się dlaczego właśnie ta część od roweru jest tak obraźliwa) i jeżeli chce kogoś obrazić lub ośmieszyć, to już wie, w jaki sposób to uczynić. Z upływem czasu i podobnych doświadczeń negatywne skojarzenia utrwalają się. Z czasem dziecko może dowiedzieć się, że to słowo oprócz części od roweru używa się też na określenie chłopców i mężczyzn, którzy interesują się lub nawiązują bliskie, intymne relacje z osobami tej samej płci.

Wyuczone wzorce reakcji emocjonalnych utrwaliły się i automatycznie pojawia się odczucie niechęci. W dalszej części, wyuczone, automatycznie wzbudzane odczucia (niechęci, pogardy, obrzydzenia, politowania itp.) wzmacniane są przez powszechne stereotypy i uprzedzenia (np. geje molestują dzieci, lesbijki nienawidzą mężczyzn, osoby biseksualne nie wiedzą, czego chcą, nie są godne zaufania, a osoby transpłciowe mają fanaberie w związku z swoją płcią), które są obecne zarówno w sferze prywatnej, jak również, co jest szczególnie niepokojące, w sferze publicznej. Na przykład homofobiczne slogany w przestrzeni miejskiej (na murach, budynkach), mowa nienawiści w mediach (np. wypowiedzi laureata Pokojowej Nagrody Nobla – Lecha Wałęsy[56], który zabrał głos w sprawie związków partnerskich. W jego opinii: „Oni muszą wiedzieć, że są mniejszością i muszą się do mniejszych rzeczy przystosować. (…) Ja sobie nie życzę, żeby ta mniejszość, z którą się nie zgadzam (...) wychodziła na ulice i moje dzieci i moje wnuki bałamuciła jakimiś tam mniejszościami". Jego zdaniem, w polskim Sejmie „homoseksualiści powinni siedzieć w ostatniej ławie sali plenarnej, a nie gdzieś na przodzie (…) A nawet jeszcze za murem"), w wypowiedziach przedstawicieli instytucji religijnych (np. wypowiedź księdza Ireneusza Wołoszczuka[57]: „homoseksualna adopcja dzieci jest zbrodnią z premedytacją na bezbronnej psychice dziecka, na jego wizji ról społecznych, a nawet na podstawach istnienia społeczeństwa!"). Pojawia się to nawet wśród osób, które powinny stanowić wzór etyczności w zawodach pomocowych, jak np. psychologów polecanych przez organizacje podejmujące się „leczenia" homoseksualności[58]. Tego typu przykłady można mnożyć. O ile wypowiedz księdza łatwiej zrozumieć w kontekście doktryny religijnej nakładającej na swoich przedstawicieli pewne wytyczne (choć stosunek religii odnośnie do orientacji seksualnej wcale nie jest taki jednoznaczny,

56 Wypowiedź pojawiła się w programie „Fakty po faktach" w TVN24, zob. „Wałęsa ostro o homoseksualistach: Oni muszą wiedzieć, że są mniejszością" dostępne na stronie: http://www.tvn24.pl/wiadomosci-ze-swiata,2/lech-walesa-dzialacz-elektryk-prezydent-laureat-nobla-homofob,309769.html. Zobacz też kontynuację debaty w TVP Polonia na: http://www.youtube.com/watch?v=u8SIKzeXs4Q.

57 Tekst księdza Ireneusza Wołoszczuka pt. *Przywileje za homoseksualizm?* ukazał się w tygodniku katolickim, „Idziemy" nr 30 (359), 22 lipca 2012. Dostępny na stronie: http://www.idziemy.com.pl/polityka/przywileje-za-homoseksualizm/1/.

58 Zob. *Zawracanie geja*. Podgórska Joanna (2013). Polityka. Artykuł dostępny na http://www.polityka.pl/spoleczenstwo/artykuly/1546771,1,jak-leczyc-homoseksualistow.read.

o czym można poczytać więcej w literaturze[59]), to wypowiedzi padające z ust psychologów, których obejmuje etyka zawodowa, są szczególnie skandaliczne. Takie wypowiedzi są nie tylko niezgodne z Kodeksem Etycznym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, są przejawem głęboko zakorzenionych stereotypów i uprzedzeń, a także braku elementarnej wiedzy na temat seksualności i płci. Zatrważająca jest też bezkarność, niema zgoda na mowę nienawiści i jawne łamanie kodeksu etycznego. To jeden z przykładów systemowej homofobii, która pozostaje bezkarna w kręgach, które powinny stać na czele depatologizacji i poszanowania praw człowieka, w tym osoby LGBTQ.

Zmiana homofobicznej czy heterseksistowskiej postawy nie jest łatwym zadaniem, nie przychodzi bez wysiłku – wymaga to świadomej pracy, aktualizacji wiedzy, weryfikacji głęboko zakorzenionych przekonań i zauważenia mechanizmu, który za nimi stoi – społecznego nabywania i utrwalania uprzedzeń (MacRae, Stangor i Hewstone 1999, Nelson 2003). Dodatkowo raz nabyte stereotypy i uprzedzenia są słabo podatne na zmianę[60]. Można powiedzieć, że naturalnym efektem socjalizacji w homofobicznym i transfobicznym społeczeństwie jest uwewnętrznienie tych negatywnych przekonań i emocji. „Stereotypy wydają się być częścią wspólnego dziedzictwa społeczeństwa. Przekazywane są z pokolenia na pokolenie jako element zgromadzonej przez społeczeństwo wiedzy. (...) Nikt nie może dorosnąć w społeczeństwie, nie nauczywszy się stereotypów"[61].

Warto zadać sobie pytanie – jak brak wiedzy i świadomości specjalistów i specjalistek na temat heteronormatywności, heteroseksizmu i homofobii może wpływać na pracę z osobami LGBTQ?

59 Np. w: John Boswell, *Chrześcijaństwo, tolerancja społeczna i homoseksualność: Geje i lesbijki w Europie Zachodniej od początku ery chrześcijańskiej do XIV wieku*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2006; Daniel A. Helmniak, *Co Biblia naprawdę mówi o homoseksualności.* Uraeus, Gdynia 2006. Zob. też *Gene Robinson – homoseksualny biskup*, np. *First Gay Episcopal Bishop Gene Robinson Talks About Jesus*, „Alternative Lifestyle", http://www.christianpost.com/news/first-gay-episcopal-bishop-gene-robinson-talks-about-jesus-alternative-lifestyle-96790/.

60 *The nature of prejudice*, Allport 1958; *Psychospołeczne korelaty homofobii*, Bojarska 2005; *Postrzeganie społeczne, Dyskryminacja*, Cieślikowska 2010; *Tendencyjność spostrzegania a stereotypizacja gejów i lesbijek*, Dułak 2008; *Stereotypy i uprzedzenia*,Neil MacRae, Charles Stangor, Miles Hewstone 1999; *Psychologia uprzedzeń*, Nelson 2003.

61 Ehrlich, 1973, s. 35; za: Dułak, *Tendencyjność spostrzegania a stereotypizacja gejów i lesbijek* 2008, s. 58.

Aby lepiej zrozumieć wpływ heteronormatywności na postrzeganie świata, proponujemy zapoznać się z *Kwestionariuszem heteroseksualności.*

KWESTIONARIUSZ HETEROSEKSUALNOŚCI

Bez względu na Twoją faktyczną tożsamość seksualną, spróbuj wcielić się w rolę osoby heteroseksualnej i odpowiedzieć na poniższe pytania:

1. Jak sądzisz, co sprawiło, że jesteś heteroseksualist(k)ą?

2. Kiedy i na jakiej podstawie po raz pierwszy uznałaś(-eś) się za heteroseksualist(k)ę?

3. Czy może być tak, że heteroseksualizm jest tylko pewnym etapem Twojego rozwoju, z którego wyrośniesz?

4. Czy Twój heteroseksualizm może być wynikiem neurotycznego lęku przed osobami tej samej płci? Może po prostu potrzebujesz pozytywnego doświadczenia homoseksualnego?

5. Niekiedy heteroseksualiści/tki miewają „przygody" homoseksualne. Czy sądzisz, że zwróciłaś(-eś) się ku heteroseksualizmowi ze strachu przed odrzuceniem?

6. Jeśli nigdy nie kochałaś(-eś) się z osobą tej samej płci, to skąd wiesz, że nie będziesz tego woleć od miłości heteroseksualnej?

7. Jeśli heteroseksualizm jest normą, to dlaczego nieproporcjonalnie dużą liczbę pacjentów z zaburzeniami psychicznymi stanowią właśnie heteroseksualiści?

8. Przy kim ujawniłaś(-eś) swoje preferencje heteroseksualne? Jaka była reakcja tych osób?

9. Twoja orientacja heteroseksualna nie przeszkadza mi tak długo, jak długo nie próbujesz nawiązać ze mną intymnych kontaktów: ale dlaczego tak dużo heteroseksualistów/tek stara się skłonić innych do przyjęcia ich orientacji seksualnej?

10. Jeśli zdecydujesz się mieć dzieci, to czy będziesz chciał(a) wychować je na heteroseksualistów/tki, wiedząc, jak wiele problemów może to im przynieść w życiu?

11. Większość przestępców molestujących seksualnie dzieci jest heteroseksualna. Czy uważasz za bezpieczne narażanie swoich dzieci na kontakty z heteroseksualistami/tkami (zwłaszcza z heteroseksualnymi nauczycielami/kami)?

12. Dlaczego większość heteroseksualistów/tek manifestuje swoją orientację seksualną w miejscach publicznych w tak ostentacyjny sposób? Czy nie możecie być sobą i trzymać to w tajemnicy?

13. Heteroseksualiści/tki zawsze wpisują się w ściśle określone, stereotypowe schematy ról płciowych. Dlaczego trzymacie się tak niezdrowych reguł, jak odgrywanie ról?

14. Jak to możliwe, żeby mieć w pełni satysfakcjonujące, głębokie doświadczenia emocjonalne lub seksualne z osobą przeciwnej płci, skoro oczywiste różnice fizyczne, biologiczne i charakterologiczne są tak ogromne? Jak mężczyzna może zrozumieć, co zadawala kobietę, a kobieta – co zadawala mężczyznę?

15. Małżeństwa heteroseksualne mają ogromne wsparcie społeczne, a mimo to lawina rozwodów stale rośnie. Dlaczego tak mało jest trwałych związków heteroseksualnych?

16. Tylko nieliczni heteroseksualiści/tki są szczęśliwi/e, dlatego rozwinięto techniki mające służyć ludziom pomocą. Czy rozważałaś(-eś) możliwość terapii zmieniającej Twoją orientację seksualną?

17. Dlaczego heteroseksualiści często prowadzą rozwiązły tryb życia, dlaczego ciągle mają romanse i inne „przygody"?

18. Doprawdy nieproporcjonalnie wiele osób korzystających z pomocy socjalnej, kryminalistów czy rasistów jest heteroseksualistami/tkami. Kto brałby poważnie pod uwagę możliwość zaproponowania im odpowiedzialnej pracy?

Cytowany kwestionariusz zbudowany jest jako lustrzane odbicie pytań zadawanych często gejom, lesbijkom i innym nieheteroseksualnymi osobom przez niektórych terapeutów i terapeutki (zwłaszcza pytania 1-6,8-10,16-17). Część pytań (12,15,18) jest dwuczłonowa: człon pierwszy bierze pod uwagę realia „świata heteroseksualnego", podczas gdy człon drugi cytuje (zastępując słowo „homoseksualist(k)a" słowem „heteroseksualist(k)a") pytania zadawane osobom o orientacji homoseksualnej. Pozostałe pytania Kwestionariusza (7,11,13,14) starają się ukazać, jakie kwestie nie budzą zwykle naszego sprzeciwu – choć nie są wcale oczywiste, a ich pozorna oczywistość jest tylko wynikiem treningu kulturowego: przyjęcia określonych reguł za „naturalne".

Źródło: Monika Darman, *Szkic o pedagogii homoseksualnej*, „Furia Pierwsza", nr 2, marzec 1991.

Jak odpowiada się na te pytania?

Czy łatwo przychodzą odpowiedzi?

Czy jest to przyjemne?

W podanym ćwiczeniu pojawia się dużo pytań, które mogą pojawić się w efekcie braku wiedzy oraz świadomości specjalistów i specjalistek na temat heteronormatywności, heteroseksizmu i homofobii oraz społeczno-kuturowych czynników, które je konstruują i podtrzymują. W pytaniach można wyczuć negatywne, patologizujące nastawienie, w wyniku czego pojawiają się krzywdzące i nieprzyjemne w odbiorze dla wielu osób pytania. Jak łatwo się domyślić, usłyszenie takich pytań od osoby, do której przychodzi się po pomoc, nie sprzyja nawiązaniu bezpiecznej, opartej na zaufaniu relacji.

Jednym z powszechniejszych przykładów heteronormatywności przejawiających się w pracy terapeutycznej jest pytanie o męża lub partnera skierowane do kobiety oraz analogicznie pytanie o żonę, partnerkę skierowane do mężczyzny. To znaczy, jeśli kobieta mówi, że jest w związku, terapeuta lub terapeutka może automatycznie, heteronormatywnie założyć, że jest w związku z mężczyzną. W efekcie może dalej zapytać o inne fakty związane z związkiem, podkreślając (często celowo) płeć osoby, np. „Czy Pani partner o tym wie?". Innym przykładem jest standardowe pytanie w wywiadzie „Czy ma Pan partnerkę?", „Czy ma Pani partnera?", zamiast pytania o związek czy bliskie osoby. Przykładem heteronormatywności poza gabinetem może być proponowanie (np. na stronie internetowej) „poradnictwa małżeńskiego", zamiast „poradnictwa partnerskiego, dla związków". Samo sformułowanie „poradnictwo małżeńskie" zawęża grupę osób, do których kierowana jest oferta pomocowa, nie tylko wyklucza to osoby nieheteroseksualne, które najczęściej nie pozostają w związkach małżeńskich (przynajmniej w Polsce, gdzie nie ma takiej możliwości prawnej), ale też osoby heteroseksualne w tzw. „związkach nieformalnych". Warto też mieć na uwadze, że zarówno osoby heteroseksualne jak i nieheteroseksualne mogą chcieć lub tworzyć różne rodzaje mniej lub bardziej otwartych związków, w które zaangażowane jest więcej osób. Chęć lub akceptacja zaangażo-

wania w związek miłosny czy seksualny z więcej niż jedną osobą w tym samym czasie, za zgodą i wiedzą wszystkich tworzących dany związek osób określa się poliamorią[62]. Ujawnienie swojej nieheteroseksualności jest ogromnym wyzwaniem dla osób LGBTQ, a stawianie sugerujących heteroseksualność pytań przez terapeutę czy terapeutkę dodatkowo komplikuje ten proces, co może utrudniać autentyczną relację i kompetentne wspieranie osób LGBTQ.

Heteroseksizm zakłada, że jedyne właściwe, poprawne czy zdrowe osoby to ludzie heteroseksualni pełniący i dostosowujący się do tradycyjnych ról płciowych. Jak łatwo się domyślać, takie założenie ze strony terapeutki czy terapeuty może powodować duże szkody dla osób nieheteroseksualnych i transpłciowych. W podejściu tym patologizuje się nieheteroseksualność i transpłciowość, może to się objawiać szukaniem przyczyn, czemu może towarzyszyć nadzieja, że odnalezienie przyczyny pomoże ją usunąć, naprawić i przywrócić pożądany kierunek, czyli heteroseksualność i jednoznaczną płeć.

Brak refleksji na temat wymienionych zjawisk może sprawiać, że specjaliści i specjalistki zawodów pomocowych mogą w dobrej wierze podejmować próbę zmiany orientacji seksualnej (Iniewicz 2012, zob. też Ardweg 2006 – przykład takiego podejścia) czy rzadziej ekspresji płciowej (Zucker 1999). Terapie te nazywa się terapiami **reparatywnymi**, **naprawczymi** bądź **konwersyjnymi**. Często osoby czy grupy podejmujące terapię reparatywną mają u podstaw ideologię religijną (Iniewicz, Bąk 2012). Sama próba zmiany kierunku potrzeb uczuciowych i/lub seksualnych sugeruje już na wstępie, że pierwotny, nieheteroseksualny kierunek tych potrzeb jest niewłaściwy i wymaga korekty. Proponowanie takiego rozwiązania przez specjalistów i specjalistki jest przejawem heteroseksizmu, który może prowadzić do negatywnych konsekwencji psychologicznych: od niskiej samooceny, braku akceptacji własnej seksualności aż do samonienawiści[63]. Sama chęć zmiany własnej tożsamości seksualnej czy płciowej nie powinna dziwić,

62 Dossie Easton, Janet Hardy, *Puszczalscy z zasadami, Praktyczny przewodnik dla miłośników poliamorii, otwartych związków oraz innych przygód*, tł. R. Majdański, Warszawa 2012.

63 *APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation* (2009). *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Washington, DC: American Psychological Association, http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/therapeutic-response.pdf.

ponieważ osoby LGBTQ wyrastając w homofobicznym społeczeństwie, tak jak reszta społeczeństwa podlegają socjalizacji, w ramach której uwewnętrzniają negatywne przekonania na temat nienormatywności seksualnej czy płciowej. Takie uwewnętrznione przekonania nazywają się zinternalizowaną/uwewnętrznioną opresją (homofobią, bifobią, transfobią itd.).

Organizacje badające efektywność tych terapii (m.in. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne) od lat podają, że nie ma dowodów na skuteczność, a są badania wskazujące na szkodliwość tych terapii dla zdrowia psychicznego osób korzystających z tego rodzaju oddziaływań. Wiele organizacji psychologicznych i medycznych, m.in. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, Narodowe Stowarzyszenie Pracowników Społecznych, Amerykańska Akademia Pediatrów i Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne na podstawie analizy wyników badań stwierdziło, że brak jest naukowych dowodów na skuteczność tego rodzaju terapii, natomiast potencjalne zagrożenia, takie jak zaburzenia nastroju, lęk i zachowania autoagresywne, są ogromne[64]. Oficjalne stanowiska środowisk medycznych i naukowych brzmią następująco:

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne:

Homoseksualność sama o w sobie nie implikuje osłabienia osądu, zrównoważenia, solidności ani społecznych i zawodowych zdolności. (...) Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne [APA] nawołuje wszystkich specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego do podejmowania wysiłków usuwania piętna choroby psychicznej, które od dawna kojarzone jest z orientacją homoseksualną. Co więcej, APA popiera i nawołuje do wprowadzenia w życie przepisów chroniących prawa obywatelskie [tych osób] (...). (1975).

64 *APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation* (2009). *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Washington, DC: American Psychological Association, http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/therapeutic-response.pdf; *Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* (2010). *Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. W: *American Psychologist Association* Vol. 55, No. 12, 1440-1451 Iniewicz, Grzegorz, Grabski, Bartosz, Mijas, Magdalena (2012a). *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksaulnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska*. „Psychiatria Polska", tom XLVI, nr 4; *American Psychological Association* (2006). *Statement of the American Psychological Association on conversion therapies*, z 10 sierpnia 2006, dostępny na http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/ex-gay.pdf.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne:

Zważywszy że homoseksualność sama w sobie nie implikuje osłabienia osądu, zrównoważenia, solidności ani społecznych i zawodowych zdolności, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wzywa wszystkie międzynarodowe organizacje zdrowotne oraz indywidualnych psychiatrów w innych krajach (...) do zrobienia wszystkiego, co możliwe, aby zmniejszyć piętno ciążące na homoseksualności, gdziekolwiek i kiedykolwiek ono się pojawi (grudzień 1992).

Amerykańskie Towarzystwo Psychoanalityczne:

Homoseksualna orientacja nie może być uznawana za przejaw niepełnego rozwoju osobowości lub psychopatologii. 2. Tak jak z każdym uprzedzeniem społecznym, uprzedzenie wobec homoseksualności wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne, przyczyniając się do trwałego poczucia naznaczenia i głębokiego samokrytycyzmu u osób zorientowanych homoseksualnie poprzez uwewnętrznienie tego uprzedzenia.

Źródło: Oficjalne stanowisko Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego z 30 czerwca 2006 roku.

Dlatego też proponowanie terapii reparatywnych osobom LGBQ jest niezgodne z etyką zawodową, zgodnie z wymienionymi wcześniej założeniami i zasadami. Niestety taka praktyka wciąż ma się dobrze w Polsce, gdzie niezwykle łatwo dostępne są książki (np. seria książek Aardwega, m.in. *Homoseksualizm i nadzieja* z 2000 roku), portale internetowe (np. www.homoseksualizm.edu.pl), czy grupy naprawcze (np. Grupa Pascha z Lublina) mające na celu zmianę orientacji seksualnej na heteroseksualną. Niepokojące jest to, że książka wymienionego autora jest łatwo dostępna w popularnych księgarniach (np. Empik), a portal internetowy jest jednym z pierwszych, które pojawiają się na liście propozycji po wpisaniu hasła „homoseksualizm" w wyszukiwarce internetowej (stan na czerwiec 2013 roku). Wchodząc na jedną z zakładek (zatytułowaną „Terapia jest możliwa"[65]), możemy tam odnaleźć „Świadectwa ex-gejów" i „Świadectwa ex-lesbijek". Tym sposobem sporo osób szukających wiedzy na temat homoseksualności na własną rękę (również rodzice czy specjaliści i specjalistki) trafia na tę stronę i utrwala heteroseksistowskie uprzedzenia. Niewielka ilość alternatywnych źródeł wiedzy wywiera ogromny wpływ na utrwalanie krzywdzących ste-

65 Zob. http://www.homoseksualizm.edu.pl/index.php/terapia/sukcesy-terapii/swiadectwa-exgejow?Name=Value.

reotypów, uprzedzeń i kształtowanie opinii publicznej, co wpływa na podtrzymywanie stereotypów i uprzedzeń oraz przekłada się na statystyki homofobicznej przemocy. Aby zobaczyć, jak może funkcjonować taka grupa warto zobaczyć przykładowy reportaż o grupie „Pomoc 2002" wyemitowany w programie Tomasza Sekielskiego „Po prostu" 22.01.2013 w TVP[66].

Warto też przytoczyć fragment listu z 27.06.2007 – przeprosiny wystosowane przez Darlene Bogle, Michael Bussee i Jeremy'ego Marksa, liderów ruchu *byłych gejów i lesbijek*[67]: „Jako byli liderzy ruchu *byłych gejów i lesbijek*, chcemy przeprosić wszystkie osoby oraz ich rodziny, którzy uwierzyły w nasze postulaty, że w byciu gejem, lesbijką, osobą biseksualną lub transpłciową jest coś bezsprzecznie złego. Ci, którzy poszli za naszym ruchem, czuli się zmuszeni do tego, aby starać się zmienić integralną część samych siebie, wyrządzając tym krzywdę sobie samym i swoim rodzinom. Mimo że działaliśmy w dobrej wierze, wielokrotnie byliśmy świadkami izolacji, wstydu, strachu i utraty wiary, którą były konsekwencją takiego podejścia. Przepraszamy za nasz udział w świadczeniu nieprawdy, którą głosiliśmy w imieniu Exodusu[68] i innych organizacji (...). Zachęcamy obecnych liderów ruchu *byłych gejów*, aby zdobyli się na odwagę i ocenili efekty swoich programów. Prosimy, aby wzięli pod uwagę długofalowe skutki ich oddziaływań".

Inną sytuacją jest homofobia w postawie specjalistów, która może skutkować świadomym działaniem na niekorzyść osób LGBTQ, co jest rażącym złamaniem etyki zawodowej. Tu nasuwa się pytanie, czy homofobiczna terapeutka czy terapeuta mimo homofobicznych czy heteroseksistowskich

66 Zob. też artykuł na ten temat *Heterycy z odczuciami homo Radosława Hołowczyca*, w: „Replika – dwumiesięcznik społeczno-kulturalny LGBTQ", nr 42, marzec-kwiecień 2013, http://homiki.pl/index.php/2013/04/heterycy-z-odczuciami-homo/.

67 Tekst dostępny w oryginale na stronie: http://www.beyondexgay.com/article/apology. Tłumaczenie własne autorów.

68 Exodus International to chrześcijańska organizacja oferująca terapię reparatywną dla gejów i lesbijek. Ta największa tego typu organizacja (120 oddziałów w Stanach Zjednoczonych i 150 na świecie) powstała w 1976 roku, a 19 czerwca 2013 rokuprzestała istnieć. Zarząd tej organizacji opublikował przeprosiny skierowane do gejów i lesbijek. Szef Exodusu Alan Chambers oświadczył: „Od pewnego czasu byliśmy więźniami sposobu myślenia, który ani nie wyraża szacunku wobec innego człowieka, ani nie jest zgodny z Biblią. (…) Przepraszam za ból, jakiego doznaliście oraz za wstyd i poczucie winy podczas wielu lat pracy nad zmianą orientacji seksualnej": http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/870645,Exodus-przeprasza-za-leczenie-gejow-i-lesbijek.

przekonań może zostawić swoją homofobię „w domu" i podejmować się pracy z osobami LGBTQ w życiu zawodowym? Co z osobami, które pracują w ośrodkach interwencji kryzysowej czy w innych placówkach, które zobowiązana są udzielać pomocy osobom jej potrzebującym.

Przypominając mechanizm powstawania uprzedzeń, warto podkreślić komponentę emocjonalną, emocje, takie jak niechęć, odraza, które, jeśli nieuświadomione i nieprzepracowane (np. na warsztacie antydyskryminacyjnym), wzbudzane są automatycznie. Biorąc pod uwagę te mechanizmy niemożliwym wydaje się udzielanie wsparcia, gdy pojawiają się takie odczucia. Co więcej, najprawdopodobniej może to być widoczne dla osoby LGBTQ, która może w zachowaniu terapeuty zauważyć zniechęcone spojrzenie czy grymas na twarzy, tzw. mikronierówności, których sam terapeuta czy terapeutka może nie być świadoma. Część osób należących do grup społecznie defaworyzowanych (m.in. osoby LGBTQ), ze względu na permanentne doświadczenie opresji, może być wyczulona nawet na najmniejsze oznaki wskazujące na niechęć czy dezaprobatę [69]. Kontakt terapeutyczny powinien być przestrzenią, w której powtarzający się schemat opresji zostanie złamany i zastąpiony pełnym szacunkiem oraz życzliwością, które stoją u podstaw terapii afirmatywnej.

69 Allport 1958, Iniewicz, Grabski i Mijas 2012b

SPOŁECZNO-KULTUROWE ZAŁOŻENIA NA TEMAT PŁCI

W kulturze zachodniej dominuje założenie, że istnieją dwie rozłączne kategorie płci – kobieta lub mężczyzna. Większość ludzi w kulturze judeochrześcijańskiej podlega socjalizacji mającej na celu przyjęcie tego założenia. W naukach społecznych nazywa się to „założeniem o dychotomii/binarności płci". To założenie jest tradycyjnym sposobem pojmowania płci, które ma swoje odzwierciedlenie w systemie prawnym (płeć metrykalna – kobieta lub mężczyzna[70]), w medycynie (jednostki chorobowe patologizujące każdą „odmienność"[71] płciową), w systemie edukacji formalnej (brak lub znikoma edukacja na temat transpłciowości w szkołach) itd.

Zakłada się, że płeć może występować w dwóch wariantach – męskim lub żeńskim oraz że każdy człowiek posiada wewnętrznie „zaprogramowaną" płeć, będącą jego płcią „rzeczywistą", która wyznacza to, jak wygląda ciało (płeć biologiczna), tożsamość płciową (poczucie płci), płeć kulturową (zainteresowania, ubiór, zachowanie, cechy osobowościowe)[72]. Jest to jedno z głównych podejść spotykanych we współczesnym piśmiennictwie seksuologicznym, medycznym i psychologicznym, które nazywa się podejściem esencjalistycznym. W podejściu tym zakłada się binarność płci (kobieta vs. mężczyzna) oraz spójność wszystkich wymiarów płci (ciało żeńskie = tożsamość kobieca = kobiecość w wyglądzie, zachowaniu, cechach = płeć metrykalna „kobieta"), co postrzega

70 To założenie jest tak silnie ugruntowane w polskim systemie prawnym, że jedyną możliwością zmiany płci metrykalnej jest procedura polegająca na pozwaniu swoich rodziców o złe rozpoznanie płci przy narodzeniu. Stan na czerwiec 2013.

71 Odmienność od cisnormatywnego założenia, np. że płeć biologiczna odzwierciedla tożsamość płciową danej osoby.

72 *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gendervariant people and their families*. Lev 2004; Katarzyna Bojarska, Katarzyna Dułak, (2012). *Specjaliści zawodów pomocowych wobec ludzkiej różnorodności płciowej*, w: *Transpłciowość – Androgynia. Studia o przekraczaniu płci*, red. Anna Kłonkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

się jako „naturalną" i „oczywistą" ekspresję płci[73]. To podejście jest charakterystyczne dla nauk biologicznych i medycznych. Osobom, które nie wpisują się w to założenie, nadaje się w społeczeństwie i medycynie (zachodnich) etykietę nienormalności, dewiacji od normy, zaburzenia, czy „wynaturzenia".

Innym podejściem jest społeczny konstrukcjonizm, który podważa tradycyjny sposób myślenia o płci i seksualności. Podejście to uwzględnia dorobek nauk społecznych – czynniki społeczno-kulturowe, historyczne, biograficzne i psychologiczne mające wpływ na kształtowanie i ekspresję tożsamości płciowej, a także role pełnione w społeczeństwie. Sposób społecznego konstruowania płci i seksualności to przedmiot zainteresowania teorii queer[74].

Takie spojrzenia pociągają za sobą określone konsekwencje i sposób interpretacji rzeczywistości. Zgodnie z podejściem esencjalistycznym ekspresje płci i/lub tożsamości płciowej dzieli się na „prawidłowe" i „nieprawidłowe", „lepsze" i „gorsze", „zdrowe" i „patologiczne" itp. Społeczny konstrukcjonizm, wstrzymując się od osądów wartościujących, dostrzega co najwyżej ekspresje płci „bardziej" i „mniej rozpowszechnione"[75].

Każde z podejść wyznacza też odmienne spojrzenie na rolę lekarzy i psychologów w systemie pomocy świadczonej ludziom transpłciowym – w podejściu esencjalistycznym duży nacisk kładzie się na odpowiednią diagnozę (patologizację), która umożliwi „wyleczenie", natomiast podejście społecznego konstrukcjonizmu, które dominuje w aktualnym, światowym piśmiennictwie specjalistycznym, odcina się od patologizacji, skupia się na podejściu afirmatywnym uznającym odczucia i tożsamość osób transpłciowych, wzmacniając prawo do samostanowienia o sobie. Elementem takiego podejścia może być odkrywanie kulturowego uwikłania płci oraz opresyjnego systemu społecznego.

---

73 Tamże.

74 Judith Butler (2008).*Uwikłani w płeć*. Warszawa; Michel Foucault, (1995). *Historia seksualności*, tł. B. Banasiak T. Komendant & K. Matuszewski; Mizielińska, Joanna (2007). *Płeć/ciało/seksualność,* Kraków.

75 Bojarska Katarzyna, Dułak Katarzyna, *Specjaliści zawodów pomocowych wobec ludzkiej różnorodności płciowej*, w: , *Transpłciowość – Androgynia. Studia o przekraczaniu płci*, red. Anna Kłonkowska, Gdańsk 2012, s. 32-57.

Dla lepszego zrozumienia tematyki przywołamy podstawowe definicje związane z płcią:

Płeć biologiczna odnosi się do cielesności. Jest to szereg różnorodnych cech fizycznych/anatomicznych, które różnicują ludzi między sobą. Płeć biologiczna jest wieloaspektowym, mało poznanym zjawiskiem, jednak to, co wiadomo na ten moment, zaprzecza założeniu jakoby ludzkie ciała występowały w dwóch rodzajach – ciele męskim i żeńskim. Osoby, których płeć podważa to założenie, określa się w medycynie jako **osoby interseksualne** (nie ma spójności pomiędzy różnymi wymiarami płci biologicznej).

Interseksualność definiuje się jako posiadanie przez jedną osobę takich płciowych cech fizycznych: genetycznych, biologicznych, anatomicznych lub fizjologicznych, które nie pozwalają określić jej płci biologicznej jako jednoznacznie męskiej lub żeńskiej. Czasami interseksualność ujawnia się przy urodzeniu (noworodek ma narządy płciowe, które nie są jednoznacznie kobiece lub męskie), a niekiedy w okresie dorastania (np. osoby, uznane za dziewczynki, mające zewnętrzne narządy płciowe żeńskie), u których w okresie dojrzewania zaczynają pojawiać się drugorzędowe cechy płciowe męskie – dochodzi do zstąpienia (pojawienia się) jąder, mutacji głosu itd.[76]. W medycynie zachodniej określa się te osoby jako posiadające deficyt 5-ARD. W 1974 roku opisano wioskę na Dominikanie, w której „dziewczynki stają się chłopcami". W tej wiosce obserwowano 5-ARD u 1 na 90 mężczyzn (46XY). Nazywa się ich guevedoces, skrót od potocznego sformułowania „huevo a las doce", czyli „jaja w wieku 12 lat"[77]. Czasami w takich sytuacjach dokonuje się operacji „normalizujących", które mają upodobnić narządy płciowe, aby były bardziej jednoznaczne i zgodne z oczekiwaniami na temat tego, jak narządy wyglądać powinny[78]. Taka „normalizacja" rzeczywistości do założeń społecznych spotyka się z dużą krytyką osób, których to dotyczy oraz organizacji

76 Kenneth J. Zucker (1999). *Intersexuality and gender identity differentiation, Review of Sex Research*, 1999, 10, 1-69.

77 Imperato-McGinley, Guerrero, Gautier, Peterson (1974) *Steroid 5alpha-reductase deficiency in man: an inherited form of male pseudohermaphroditism.*

78 Alice Dreger (1998). „Ambiguous sex" or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality, The Hastings Center Report, 28(3), s. 24-35; Kenneth J. Zucker (1999). *Intersexuality and gender identity differentiation*, „Annual Review of Sex Research", 1999, 10, 1-69.

działających na rzecz osób interseksualnych. Organizacje te postulują depatologizację interseksualności oraz wstrzymanie się od interwencji medycznych, o podjęciu których decyzję należy pozostawić danej osobie[79].

Płeć kulturowa/ Gender – różni się od płci biologicznej (ang. *sex*). Gender oznacza sposób pojmowania, postrzegania i przypisywania pewnych cech i zachowań kobiecie i mężczyźnie przez społeczeństwo i kulturę"[80]. Cechy te nabywane są w trakcie socjalizacji, np. „mężczyźni nie płaczą" to kulturowe oczekiwanie wobec mężczyzn wzmacniane w procesie socjalizacji (np. kiedy chłopiec płacze ktoś zrobił mu krzywdę, otrzymuje odpowiedź, aby „się nie mazał". Dodatkowo w popkulturze wzmacniane są wizerunki „twardziela" np. Rambo, Supermen itd.[81]). Gender zawiera w sobie oczekiwania wytwarzane przez społeczeństwo i kulturę w której funkcjonuje, więc jego treść będzie różna w zależności od kultury, która go tworzy i momentu w historii. Ta więc oczekiwania wobec kobiet będą inne dla Muzułmanki w kulturze zachodniej (np. w Kanadzie), a inne w Iranie, gdzie kontekst kulturowo-historyczny jest inny. W większości kultur mamy dwie opcje do wyboru w ramach gender, odpowiadające dychotomicznemu podziałowi płci biologicznej na kobiecą i męską. Analogicznie do sex mamy gender, czyli kulturowe wzorce cech i zachowań, ról przypisywanych kobiecie i mężczyźnie. U osób uznawanych biologicznie za kobiety społeczeństwo wymaga, lub uznaje za pożądane, określone cechy (delikatności, wrażliwość, dbania o urodę itd.), a w przypadku mężczyzn jest inny zestaw pożądanych i wzmacnianych cech (siła, zdecydowanie, zainteresowanie piłka nożną czy motoryzacją, zapewnienie stabilności finansowej itp.).

Jednak taki podział nie jest jedynym czy uniwersalnym. Są kultury, w których zauważono czy stworzono więcej kategorii płci kulturowej do wyboru np. w Tajlandii poza kobietą i mężczyzną jest kathoey, a w In-

79 Alice Dreger (1998), *„Ambiguous sex" or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality, The Hastings Center Report*, 28(3), s. 24-35; Dreger, Alice (2012) *Shifting the Paradigm of Intersex Treatment, Intersex Society of North America*. Pobrane z http://www.isna.org/ compare w dniu 31 XII 2012.

80 *Gender – kulturowa tożsamość płci. Podręcznik dla trenerów.* Amnesty International, Warszawa 2005, s. 21.

81 Więcej w: Jackson Katz, *Paradoks macho*, Warszawa 2012; zob. też: podręcznik i załączony film: Dziurok, Serkowska, Stoecker, Teutsch, *Maska twardziela – przemoc, media i kryzys męskości*, 2009.

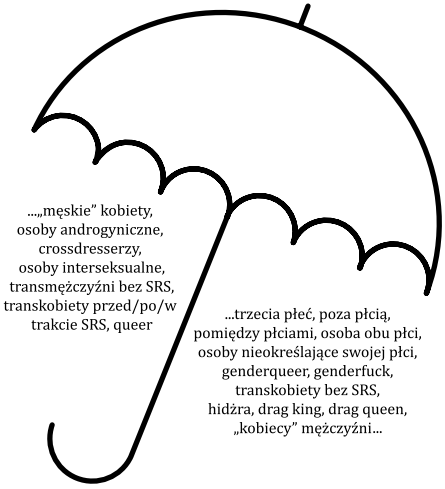
diach hijra (czyt. hidźra). Tak samo jak kobiecość i męskość, wymienione kategorie kolejnych płci kulturowych mają pełen zestaw oczekiwań odnośnie do określonych cech, zachowań i pełnionych ról[82]. Np. hijra sprawują obrzędy sakralne w czasie ceremonii zaślubin oraz po narodzinach dziecka.

Kulturowe założenie jest takie, że gender (płeć kulturowa) jest związany z płcią biologiczną, tzn. osoby o cechach biologicznych uznawanych za męskie mają męski gender (cechy, zachowania, zainteresowania), a osoby o cechach biologicznych uznawanych za kobiece mają gender kobiecy. Oczywiście może tak być – płeć biologiczna może być spójna z genderem (kobieca kobieta, męski mężczyzna), jednak najczęściej ludzie mają mieszankę cech przypisywanych różnym genderom (część cech uznawanych kulturowo za kobiece i cześć cech uznawanych kulturowo za męskie).

Tożsamość płciowa – kolejny aspekt płci, który można zdefiniować jako wewnętrzne, subiektywne poczucie własnej płci. To jak osoba sama siebie opisuje. Jak odczuwa, nazywa lub jak się nie nazywa. Tożsamość może być zgodna ze społecznymi oczekiwaniami, które stawiają znak równości pomiędzy określonymi cechami biologicznymi danej osoby a przypisaną do nich tożsamością, lub też z nimi niezgodna. Przykładem niezgodności z społecznym oczekiwaniem będzie osoba o płci biologicznej żeńskiej identyfikująca się jako mężczyzna. Osoby, które wyłamują się z oczekiwań społecznych odnośnie spójności różnych wymiarów płci nazywa się transpłciowymi.

Transpłciowość (ang. transgender) to wszystkie nazwane i nienazwane tożsamości, w których nie ma społecznie oczekiwanej zgodności pomiędzy płcią biologiczną, przypisaną jej płcią metrykalną, tożsamością płciową czy pełnioną w społeczeństwie rolą płciową, gender. Transpłciowość jest parasolowym terminem, w którym zawiera się cała ludzka różnorodność płciowa, niezgodna z kulturowymi założeniami na temat płci. Na rysunku znajdują się przykłady tożsamości przełamujących kulturowe założenia na temat płci. Przeciwieństwem transpłciowości jest cispłciowość.

82 Zob. J. Kenneth (1999). *Intersexuality and gender identity differentiation*, „Review of Sex Research", 1999, 10, 1-69.



Transseksualność to medyczna kategoria (węższa niż transpłciowość) stworzona po to, aby nazwać poczucie rozbieżności pomiędzy posiadaną płcią fizyczną a odczuwaną płcią (tożsamością płciową). Często taka rozbieżność wiąże się z głębokim dyskomfortem emocjonalnym. Dana osoba może poszukiwać możliwości zmiany płci metrykalnej oraz poddania się zabiegom chirurgicznym i/lub terapii hormonalnej, mającym dopasować status prawny i/lub wygląd własnego ciała do własnej tożsamości płciowej. Operacje zmiany/korekty płci biologicznej (SRS, od ang. sex reassignment surgery) mają na celu dostosowanie wyglądu ciała do tożsamości płciowej (odczuwanej płci). Nie zmienia się płci, zmienia się ciało. Tożsamość płciowa to coś innego niż samo ciało.

Cispłciowość (ang. *cisgender*) to kategoria wprowadzona przez osoby działające na rzecz ludzi transpłciowych, aby nazwać zgodność pomiędzy posiadaną płcią fizyczną, odczuwaną płcią (tożsamością płciową), gender i pozostałymi wymiarami płci. Taka zgodność jest oceniana jako „normalna" w kulturze zakładającej dychotomię i wewnętrzną spójność wszystkich wymiarów płci.

Cisnormatywność to odgórne, dominujące w kulturze założenie o binarności płci i spójności wszystkich tych wymiarów, czyli że ludzie wy-

stępują w dwóch wersjach: kobieta (w domyśle żeńska płeć biologiczna – kobieca tożsamość płciowa – kobieca płeć kulturowa – ...) lub mężczyzna (w domyśle męska płeć biologiczna – męska tożsamość płciowa itd.).

Język polski nie ułatwia krytycznej analizy kulturowego uwikłania płci. W języku polskim mamy jedno słowo na określenie płci, które mieści w sobie zarówno płeć biologiczną (ang. sex), role płciowe i oczekiwania społeczne (ang. gender), płeć metrykalną, tożsamość płciową oraz inne elementy, z których mniej lub bardziej zdajemy sobie sprawę.

Różnorodność, również płciowa, jest fundamentalną cechą życia od najbardziej prymitywnych biologicznych organizmów po najbardziej skomplikowane społeczne układy[83]. A jednak zakłada się dwa standardy dla ludzkiej płci biologicznej – kobieta lub mężczyzna. Ogromna ilość badań na temat płci z zakresu seksuologii, antropologii, psychologii, socjologii i seksuologii, a także osobiste doświadczenia w pracy z osobami transpłciowymi, wskazują na to, że kulturowe założenie o binarności płci jest sztuczne i nie przystaje do rzeczywistości[84]. Każda z osób przełamująca kulturowe założenia na temat płci jest w pewien sposób transpłciowa. Mnóstwo ludzi swoim zachowaniem, ciałem, pełnionymi rolami czy też wewnętrznie odczuwaną tożsamością zaprzecza kulturowym założeniom na temat płci. Społeczno-kulturowy obraz płci (kobieta vs. mężczyzna) jest uproszczony – nie dostrzega całej złożoności i różnorodności płciowej, która występuje w rzeczywistości. Istnieje nieskończona liczba najróżniejszych przejawów i kombinacji płci na różnych jej wymiarach (płeć biologiczna – tożsamość płciowa – rola płciowa – płeć

83 Porównaj z Gayle Rubin, *Rozmyślając o seksie: zapiski w sprawie radykalnej polityki seksualności*, Tłum. Mizielińska, Joanna, W: „Lewą Nogą", nr 16.

84 Zob. W.J. Blumenfeld(1992), *Squeezed into gender envelopes. w: Homophobia: How we all pay the price. red. Blumenfeld* , Boston: Beacon Press; *Teatr płci. Eseje z socjologii gender,* red. Małgorzata Bieńkowska-Ptasznik i Jacek Kochanowski, Łódź 2008; Katarzyna Bojarska, Katarzyna Dułak (2012). *Specjaliści zawodów pomocowych wobec ludzkiej różnorodności płciowej*, w: *Transpłciowość – Androgynia. Studia o przekraczaniu płci*, red. Anna Kłonkowska, Gdańsk; Alice Dreger (1998), *„Ambiguous sex" or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality*, The Hastings Center Report, 28(3), s. 24-35; Alice Dreger, *Shifting the Paradigm of Intersex Treatment, Intersex Society of North America*. Pobrane z http://www.isna.org/compare w dniu 31 XII 2012; Rhonda J. Factor, Esther Rothblum (2008). *Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers*. Health Sociology Review, 17(3), 235-253; Kenneth J. Zucker (1999). *Intersexuality and gender identity differentiation*, Annual Review of Sex Research, 1999, 10, 1-69; Marta Konarzewska, Piotr Pacewicz, *Zakazane miłości. Seksualność i inne tabu*. Warszawa 2010.

prawna – ... itd.), a każda osoba może odczuwać swoją płeć w jedyny, niepowtarzalny, oryginalny sposób i może decydować się na ekspresję swoich odczuć oraz na to, jak chce się nazywać, jakie chce pełnić role.

Warto się zadać sobie pytanie – jak brak wiedzy i świadomości na temat społecznych założeń o binarności, stałości i spójności różnych wymiarów płci, może wpływać na pracę terapeutów i terapeutek z osobami transpłciowymi?

Efektem kulturowej cisnormatywności (założenia o binarności i spójności różnych wymiarów płci) może być automatyczne założenie, że:

- Osoba która do nas przychodzi jest kobietą lub mężczyzną (założenie o binarności płci).
- Wygląd zewnętrzny (gender, czyli cechy stereotypowo uznawane za kobiece lub męskie np. biżuteria, sukienka i płeć biologiczna – widoczne oznaki cech fizycznych, anatomicznych uznawanych za kobiece i męskie) świadczy o tożsamości płciowej danej osoby.

W rzeczywistości osoba „wyglądająca" (zgodnie z kulturowymi wzorcami dyktującymi, co nazywamy męskim, a co kobiecym) jak mężczyzna może czuć się kobietą, trochę kobietą i trochę mężczyzną, ani kobietą, ani mężczyzną itd. Ilość możliwości jest nieograniczona. Często decyzja o ujawnieniu swojej transpłciowości wiąże się z dużym napięciem i lękiem przed niezrozumieniem czy odrzuceniem. Same osoby transpłciowe mogą czuć się zagubione i nie rozumieć swoich odczuć (np. widać too w wypowiedzi klienta: „Nie czuję się kobietą, ale mężczyzną też nie... nie wiem nawet, czy jestem człowiekiem"[85]). Warto pamiętać, że wszystkie osoby żyjące w danej kulturze podlegają podobnej socjalizacji – uczą się, czym jest płeć i ile jest jej typów. Z czasem okazuje się, że wyuczone wzorce nie odzwierciedlają autentycznych odczuć osób transpłciowych wobec własnej płci, pojawia się konflikt pomiędzy tym, co wiem, a tym, co czuję. Można to doprowadzić do podważania własnych udczuć i podjęcia próby „nawracania" się na „właściwą", pożądaną i cenioną w danym społeczeństwie drogę, np. osoba urodzona w ciele biologicznie kobiecym odczuwająca, że jest mężczyzną może zaprzeczać tym odczuciom i próbować jak najwierniej odgrywać rolę kobiecą, mimo poczucia niezgodności i cierpienia nim wywołanego. Inną drogą może być podważenie „tego, co wiem" na temat płci, jej spójności i próba odnalezie-

85 Przykład z własnej praktyki zawodowej autorki.

nia, czy konstruowania alternatywnej tożsamości. Jednym z elementów kompetentnej, opartej na szacunku praktyki zawodowej jest uznanie tożsamości osoby, która zwraca się po pomoc. Najłatwiejszą drogą jest unikanie cisnormatywnych założeń na temat płci i sprawdzanie, jak osoba sama o sobie mówi (przedstawiając się) oraz jak chce, aby się do niej zwracać – o co można zapytać wprost, rozpoczynając współpracę terapeutyczną, czy w każdym momencie, gdy pojawi się taka potrzeba (np. „Potrzebuję ustalić, jak będziemy się do siebie zwracać").

Analiza binarności płci jest jednym z czynników koniecznych do kompetentnej pracy z osobami transpłciowymi. Nieświadomość kontekstu kulturowego wpływającego na nasze myślenie o płci sprawia, że pracując z osobami transpłciowymi możemy bagatelizować odczucia naszych klientów, klientek, osób transpłciowych, które nie są upłciowione w tradycyjny sposób. To niezwykle ważny obszar, który powinien podlegać uważnej refleksji ze strony specjalistów i specjalistek, którzy chcą w sposób kompetentny pracować z osobami transpłciowymi. Warto, aby terapeuci mieli możliwość przepracowania własnego podejścia do kwestii wiążących się z tradycyjnym postrzeganiem zarówno płci biologicznej jak i kulturowej (gender), aby nie odtwarzać opresyjnego systemu społecznego, w którym transpłciowości czy niejednoznaczności płciowej nadaje się etykietę dewiacji, zboczenia, czegoś nienormalnego, potęgując tym samym cierpienie osób, które zwracają się po pomoc.

REKOMENDACJE DLA INSTYTUCJI I OSÓB UDZIELAJĄCYCH WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO OSOBOM LGBTQ

> Nie jest miarą zdrowia być dobrze przystosowanym do głęboko chorego społeczeństwa.
>
> JIDDU KRISHNAMURTI

W pierwszym rozdziale pokazaliśmy specyfikę sytuacji, w której znajdują się osoby LGBTQ. Kontekst społeczno-kulturowy, stereotypy i uprzedzenia sprawiają, że osoby LGBTQ w większym stopniu niż osoby heteroseksualne i cispłciowe doświadczają różnorodnych form przemocy, od przemocy symbolicznej do przestępstw z nienawiści. Jedyną możliwością zmiany gorszego położenia osób LGBTQ w społeczeństwie jest zmiana systemu społecznego, który jest opresyjny zarówno dla osób nieheteroseksualnych jak i transpłciowych. Pierwszym i podstawowym zadaniem ludzi i instytucji pracujących w obszarze szeroko rozumianej pomocy społecznej i psychologicznej jest świadomość mechanizmów przyczyniających się do takiej sytuacji, efektów tej sytuacji dla zdrowia i życia osób LGBTQ, a także jasny sprzeciw przeciwko dyskryminującym praktykom. Szereg organizacji pozarządowych działających na rzecz praw człowieka[86], ale też instytucji naukowych i pomocowych (m.in. te wymienione w niniejszej publikacji) podjął aktywne działania na rzecz zmiany krzywdzących uprzedzeń. Może to przyjmować najróżnorodniejsze formy (od afirmatywnego podejścia do osób LGBTQ, poprzez aktywne przeciwstawianie się dyskryminującym praktykom w miejscu pracy czy życiu prywatnym aż po aktywizm i zaangażowanie w działania antydyskryminacyjnej mające na celu zmianę krzywdzącego systemu społecznego. Nie jest to łatwe zadanie, ponieważ efektem rozpowszechnionego

86 M.in. Stowarzyszenie rodziców osób LGB Akceptacja, Lambda, Kampania Przeciw Homofobii i TransFuzja.

w społeczeństwie heteroseksizmu i homofobii może być negatywne nastawienie do tej tematyki w instytucjach. W dużo łatwiejszej sytuacji są osoby, które prowadzą indywidualną praktykę pomocową, jednak taka pomoc najczęściej jest pomocą odpłatną, niedostępną dla wszystkich. Dlatego istnieje ogromna potrzeba, aby zaangażowały się osoby działające w publicznych ośrodkach, poradniach, szczególnie tych świadczących interwencję kryzysową. Każda osoba ostatecznie sama podejmuje decyzję czy reagować i próbować zmieniać ten system, czy powstrzymać się od reakcji. Warto jednak pamiętać, że brak reakcji jest również reakcją. Reakcją, która daje przyzwolenie na zastaną sytuację.

W tej części opracowania pojawią się wskazówki dla osób udzielających wsparcia psychologicznego, na temat tego, w jakim kierunku się rozwijać, jak nabywać niezbędną wiedzę, doświadczenia i umiejętności, aby w sposób kompetentny pracować z osobami LGBTQ. Każda z osób zajmujących się terapią czy poradnictwem psychologicznym ma swój własny zestaw kompetencji i umiejętności, które można wykorzystać do tej pracy oraz, na co zwrócić uwagę i jak się rozwijać w tym obszarze.

PODEJŚCIE AFIRMATYWNE I EMANCYPACJA

U podstaw terapii afirmatywnych(od ang. affirm – zatwierdzić, uznać, honorować) leży pełna akceptacja i szacunek dla tożsamości seksualnej i płciowej osoby zwracającej się po pomoc psychologiczną, bez względu na to czy jest to tożsamość większościowa (heteroseksualna) czy mniejszościowa[87]. Polega na udzieleniu wsparcia m.in. poprzez uznanie tożsamości seksualnej i/lub płciowej klienta czy klientki bez podważania („Nie wyglądasz na …"), kwestionowania („Czy jesteś tego

87 Określenie „większość-mniejszość" nie odnosi się do liczebności grup czy ich proporcji w społeczeństwie, ale do pozycji społecznej, ilości praw i przywilejów (heteroseksualność i normatywność płciowa są uprzywilejowane). Dlatego też w naukach społecznych kobiety opisuje się jako grupę mniejszościową, ponieważ mimo większości liczebnej mają mniej uprzywilejowaną pozycję w społeczeństwie patriarchalnych (np. analizy sytuacji ekonomicznej ujawniają szereg mechanizmów dyskryminujących kobiety na rynku pracy co przekłada się na to, że kobiety zarabiają mniej niż mężczyźni na tych samych stanowiskach), mniejszy udział we władzy (por. rozkład płci na stanowiskach kierowniczych, w polityce). Osoby nieheteroseksualne i transpłciowe są pozbawione szeregu przywilejów i praw, które mają osoby heteroseksualne (np. możliwość swobodnego, nieskrępowanego trzymania partnera/partnerkę za rękę w miejscu publicznym bez obawy o negatywne reakcje otoczenia).

pewien?") czy próby jej zmiany („Spróbujemy cię wyleczyć"). Samo przepełnione szacunkiem uznanie tej tożsamości jest pierwszym krokiem umożliwiającym przełamanie krzywdzącego schematu automatycznych reakcji zaskoczenia czy odrzucenia, których mogą doświadczać osoby LGBTQ przy ujawnianiu nienormatywnej tożsamości[88]. Co ciekawe, takie afirmatywne podejście jest czymś całkowicie oczywistym w podejściu do osób heteroseksualnych, gdzie z góry terapeuta czy terapeutka okazuje wsparcie, akceptację rzeczywistości i przeżyć oraz uznaje tożsamość swojego klienta czy klientki, jednak kiedy w gabinecie pojawia się osoba LGBTQ, automatycznie uruchamiają się kulturowe założenia na temat płci (binarność, spójność różnych jej wymiarów) i seksualności (heteronormatywność, heteroseksizm, homofobia), które wprowadzają niejasność co do właściwego postępowania. Dlatego tak ważna jest analiza własnej wiedzy i przekonań (stereotypów i uprzedzeń) na temat płci i seksualności, ponieważ umożliwia ona weryfikację potocznej oraz naukowej, lecz nieaktualnej wiedzy i przekonań.

Podejście afirmatywne nie jest odrębną szkołą czy nurtem terapeutycznym, nie proponuje specjalistycznych narzędzi i technik. Jest to podejście, które uwzględnia dorobek nauk społecznych, zauważając rolę kontekstu społecznego w życiu i sytuacji osób LGBTQ. Wykorzystuje pozytywne podejście do tożsamości i relacji osób LGBTQ oraz podejmuje kwestie wpływu homofobii, transfobii i heteroseksizmu na sytuację i życie klientów LGBTQ[89]. W podejściu tym uwzględnia się rolę mechanizmów przyczyniających się do sytuacji i przeżyć osoby. Chodzi o zauważenie wpływu heteronormatywności, heteroseksizmu, homofobii, rozpowszechnionych założeń o binarności i spójności płci, transfobii, z szczególnym uwzględnieniem zinternalizowanej opresji – homofobii czy transfobii, które mogą skutkować przyjmowaniem roli

88 *Affirmative psychotherapy and counselling for lesbians and gay men*. Chernin & Johnson 2002, *Does affirmative training matter? Assesing CFT student's beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training*. Journal of Marital and Family Therapy. Rock& Carlson & McGeorge 2010.

89 *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Perex, DeBord, Kurt, Bieschke 1999, *Does affirmative training matter? Assesing CFT student's beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. Journal of Marital and Family Therapy*. Rock& Carlson & McGeorge 2010., *Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* (2010). *Guidelines for Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients* (2010).

ofiary, zgodą na doznawaną przemoc czy samonienawiścią, a co za tym idzie pogarszaniem się stanu psychicznego. Jest to podejście zgodnie z aktualnymi wytycznymi światowych organizacji psychologicznych, psychiatrycznych i seksuologicznych. Podejmując pracy z osobą LGBTQ, która zgłasza się z problemem przemocy, której doświadcza, czy się jej obawia, należy mieć na uwadze, że problem czy objawy, z którymi się zgłasza są ściśle powiązane z szerszym kontekstem społecznym, który najczęściej te trudności wywołuje.

Podejście afirmatywne może czerpać z psychologii wyzwolenia i koncepcji emancypacji. Koncepcje te proponują wyjście z pracy skoncentrowanej na cierpieniu (efektów homofobii) i psychopatologii oraz intrapsychicznych oddziaływań, a zwrócenie się ku szerszej perspektywie uwzględniającej kontekst społeczny, polityczny, gospodarczy, historyczny i kulturowy. Interpretowanie zachowań osób doświadczających społecznej opresji przez pryzmat ich procesów intrapsychicznych, zamiast życia w nieprzychylnym, stygmatyzującym środowisku nasuwa niebezpieczeństwo pośredniego wzmacniania przekazu, że problem leży w osobie, a nie w warunkach, w jakich przyszło jej żyć. Perspektywa emancypacji ma na celu wzmocnienie, uwłasnowolnienie, czy upodmiotowienie (ang. empowerment) osoby poprzez zwrócenie uwagi na krzywdzący kontekst społeczny i uznanie, że doświadczane w wyniku przemocy reakcje to naturalna reakcja na nienormalną sytuację społeczną. Pozwala na uwolnienie od poczucia winy i wstydu towarzyszących zinternalizowanej opresji (homofobii, transfobii itp.). W konsekwencji prowadzi to do uświadomienia sobie, że to niesprawiedliwość społeczna stygmatyzująca wybrane osoby wyłamujące się z oczekiwań odnośnie płci czy seksualności, deprywuje osobistą wolność i pozbawia poczucia mocy, samostanowienia, które mogą przyczyniać się do gorszego stanu psychicznego osób LGBTQ. Zrozumienie mechanizmów przyczyniających się do nierówności społecznej może ułatwić emancypację, rozumianą jako świadome i odpowiedzialne uwalnianie się podmiotu od odczuwanych ograniczeń. Emancypacja to proces świadomego odrzucenia stereotypów i mitów, pokonywania utrudnień oraz „świadome i trwające w czasie rozpoznawanie własnych ograniczeń i źródeł opresji, podejmowanie działań skierowanych na ich odrzucenie, osiąga-

nie nowych pól wolności i nowych praw oraz odpowiedzialne i konsekwentne korzystanie z nich"[90]. Aby odrzucić mity i stereotypy, należy je zidentyfikować, w czym może towarzyszyć świadoma, afirmatywna osoba wspierająca (np. terapeuta lub terapeutka). Właściwe rozpoznanie źródeł opresji jest kluczowe do podejmowania właściwych działań mających na celu zmianę opresyjnego systemu społecznego. Przyczynia się ono do odzyskanie poczucia kontroli, sprawstwa i wpływu, które są kluczowe dla odzyskania poczucia dumy i uwłasnowolnienia (empowerment). To droga umożliwiająca poprawę stanu psychicznego osób defaworyzowanych społecznie.

Podejście afirmatywne koncentruje się na pozytywnym kształtowaniu własnej tożsamości. Niezbędnym elementem pracy z osobami LGBTQ jest wiedza nie tylko na temat sytuacji społecznej tej społeczności, też lecz także na temat kultury (zob. kultura queer) oraz możliwych systemów wsparcia, takich jak grupy samopomocowe czy organizacje pozarządowe działające na rzecz osób LGBTQ.

WSKAZÓWKI DLA TERAPEUTÓW I TERAPEUTEK AFIRMATYWNYCH[91]:

1/ Mów otwarcie o swoim afirmatywnym podejściu do osób LGBTQ w środowisku zawodowym, wśród potencjalnych klientów i klientek, a także w życiu prywatnym (rodzinie, osobom bliskim, znajomym).
2/ Miej świadomość swojej własnej heteronormatywności i założeń na temat płci. Podważaj opresyjne normy.
3/ Poznaj środowisko LGBTQ oraz istniejące już zasoby w lokalnej społeczności (organizacje, miejsca spotkań, portale internetowe, grupy wsparcia, lokale przyjazne osobom LGBTQ).
4/ Miej świadomość, że każda osoba ma swoja własną, unikalną historię związaną z odkrywaniem/konstruowaniem swojej tożsamości seksualnej czy płciowej, nie zakładaj z góry żadnych schematów (np. że coming out w rodzinie był bolesny, wiązał się z odrzuceniem przez osoby bliskie).

90 Maria Czerpaniak-Walczak, *Pedagogika emancypacyjna,* Gdańsk 2006, s. 32-33.

91 Rock, M. Carlson, T. S. McGeorge, C.R (2010). *Does affirmative training matter? Assesing CFT student's beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training.* „Journal of Marital and Family Therapy", 36 (2), 171-184. https://education.uoregon.edu/sites/default/files/affirmative_therapy_handout.pdf.

5/ Znaj różnicę pomiędzy orientacją seksualną i tożsamością płciową.
6/ Używaj odpowiedniego słownictwa i formy rodzajowej, zwracając się do ludzi. Jeśli masz wątpliwość – zapytaj!
7/ Dbaj o nieustanną edukację, aktualizuj swoją wiedzę i praktykę zgodnie z najnowszymi osiągnięciami nauki. Bierz udział w warsztatach, szkoleniach, treningach antydyskryminacyjnych, a także tych dotyczących terapii afirmatywnej.
8/ Weź odpowiedzialność za własne samokształcenie – skorzystaj z zasobów bibliotecznych czy stron internetowych.
9/ Zaangażuj się w wydarzenia i aktywności kierowane do społeczności LGBTQ.

TRENING ANTYDYSKRYMINACYJNY I JEGO ZNACZENIE W ROZWOJU TERAPEUTYCZNYM

Jedynym z kluczowych elementów rzetelnego przygotowania do pracy z osobami LGBTQ jest udział w warsztacie, czy treningu antydyskryminacyjnym, umożliwiającym weryfikację własnej wiedzy oraz postawy mających ogromne znaczenie w relacji terapeutycznej, a także zwiększenie świadomości na temat mechanizmów stereotypizacji i dyskryminacji. Edukacja antydyskryminacyjna zgodnie z definicją Towarzystwa Edukacji Antydyskryminacyjnej[92], „to świadome działanie podnoszące wiedzę, umiejętności i wpływające na postawy, które ma na celu przeciwdziałanie dyskryminacji i przemocy motywowanej uprzedzeniami oraz wspieranie równości i różnorodności".

Rzetelna edukacja antydyskryminacyjna:

- rozwija wiedzę na temat mechanizmów dyskryminacji i wykluczenia oraz konsekwencji dyskryminacji (m.in. wykluczenie społeczne, stygmatyzację, izolowanie, marginalizację);
- pokazuje, jak stereotypy, uprzedzenia i nierówne traktowanie mogą prowadzić do przemocy, w tym mowy nienawiści i przestępstw z nienawiści;
- rozwija świadomość własnych stereotypów i uprzedzeń oraz uczy, jak im przeciwdziałać;

92 *Edukacja antydyskryminacyjna i jej standardy jakościowe*. Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej, Warszawa 2011.

- buduje kompetencje przeciwdziałania dyskryminacji, m.in. poprzez zwiększenie wiedzy na temat instrumentów przeciwdziałania dyskryminacji, rozwijanie umiejętności przeciwdziałania i reagowania na przejawy dyskryminacji;
- rozwija wiedzę na temat grup dyskryminowanych oraz ruchów emancypacyjnych;
- wzmacnia grupy i osoby dyskryminowane na zasadach włączania i upodmiotowienia;
- kształtuje postawę równościową, opierającą się na uznaniu godności, wolności i równości wszystkich osób, a także szacunku dla różnorodności ludzi i grup społecznych93.

Edukacja antydyskryminacyjna jest odpowiedzią czy reakcją na nierówność społeczną, która jest faktem. U podstaw tej edukacji leży założenie, że dyskryminacja i przemoc są problemami całego społeczeństwa, bez względu na to, czy zjawiska te są naszym osobistym doświadczeniem czy nie. Ponadto przyjmuje się, że różnorodność ludzi pod kątem różnych cech jest faktem, co więcej powinna ona być szanowana i doceniana. Inne ważne założenia, to przekonanie, że wyrastając w społeczeństwie przepełnionym stereotypami i uprzedzeniami, nie można być wolnym od nich, co najwyżej można je sobie uświadomić i się ich „oduczyć" poprzez weryfikację i zmianę idącego za nimi zachowania.

Edukacja antydyskryminacyjna może przybierać różne formy, poniżej przedstawiam przykładowy podział[94]:

Szkolenie – forma edukacji opierająca się w głównej mierze na przekazaniu wiedzy, z wykorzystaniem różnych metod, również aktywnych. Praca na postawach, czy kształcenie umiejętności (np. rozpoznawanie heteronormatywności, przeciwdziałanie dyskryminacji) nie jest głównym celem szkolenia, choć może być jego efektem.

Warsztat – głównym celem jest refleksja i zmiana w obszarze świadomości i wiedzy, zidentyfikowanie stereotypów i uprzedzeń oraz kształcenie umiejętności oraz kompetencji społecznych związanych z reagowaniem na dyskryminację. W tej formie edukacji w głównej mierze

93 *Edukacja antydyskryminacyjna i jej standardy jakościowe. Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej 2011, Trening antydyskryminacyny jako narzędzie przeciwdziałania homofobii*. Teutsch i Grzymała-Moszczyńska 2012.

94 *Edukacja antydyskryminacyjna. Podręcznik trenerski*. Branka, Cieslikowska 2010.

wykorzystuje się metody aktywne. „Warsztat powinien być wyraźnie strukturalizowany i składać się z konkretnych doświadczeń (ćwiczeń)". W trakcie warsztatu trenerka/trener może uwzględniać procesy i zjawiska grupowe, ale nie bazuje na nich, prowadząc warsztaty.

Trening – podobnie jak warsztat – realizowany jest metodami aktywnymi i ma świadomościowo-umiejętnościowe cele, jednak w odróżnieniu od warsztatu skupia się bardziej na „wglądzie psychologicznym i indywidualnym, doświadczeniu życiowym i osobistym przeżyciu oraz pogłębionej refleksji" dotyczącej własnej tożsamości społecznej. Struktura treningu ma być jasno zaplanowana, ale jest aktualnych potrzeb osób uczestniczących i zjawisk grupowych. Trening opiera się na procesie grupowym i zależy przede wszystkim od niego.

Zgodnie z powyższymi definicjami, szczególnie zalecane są warsztaty i treningi, które umożliwiają przepracowanie własnej postawy i jej znaczenia w kontakcie terapeutycznym. Edukacja antydyskryminacyjna obejmuje szeroką tematykę i różne przesłanki, np. płeć, pochodzenie etniczne, kolor skóry, tożsamość seksualną, tożsamość płciową, status społeczno-ekonomiczny, wyznanie, bezwyznaniowość, wiek itd. Szczególnie zalecane są treningi oraz warsztaty genderowe i antydyskryminacyjne poruszające kwestie płci, w tym transpłciowości[95] i seksualności. Trening lub warsztat umożliwia weryfikację wlasnych przekonań oraz nabycie wiedzy o mechanizmach stereotypizacji i dyskryminacji, które odgrywają dużą rolę w rzeczywistości osób LGBTQ. Ważne jest, aby decydując się na udział w takim warsztacie czy treningu, sprawdzić kompetencje osoby, która taką formę edukacji proponuje. Nie wszystkie osoby, które ukończyły szkołę trenerską będą miały kompetencje do prowadzenia tego rodzaju warsztatów! Umiejętności trenerskie nie gwarantują świadomości i wrażliwości antydyskryminacyjnej. Poza przygotowaniem i doświadczeniem trenerskim należy zwrócić szczególną uwagę na doświadczenie zawodowe w zakresie tematyki antydyskryminacyjnej. Najlepiej, aby osoba prowadząca takie zajęcia sama ukończyła minimum 16-godzinny warsztat lub trening an-

95 Kwestia transpłciowości nie zawsze pojawia się na warsztatach antydyskryminacyjnych czy genderowych. Warto zapoznać się z celami oraz programem warsztatu czy treningu, aby upewnić się do zawartości.

tydyskryminacyjny i 16-godzinny trening genderowy, czyli dotyczący przeciwdziałania dyskryminacji ze względu na płeć. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na zaangażowanie w działalność naukową lub społeczną (np. w organizacjach pozarządowych) w tej tematyce oraz wszelkie pozazawodowe działania czy zainteresowania uwiarygodniające kompetencje i postawę równościową trenera lub trenerki w tej tematyce[96]. Ze względu na specyfikę edukacji, konieczne jest, aby osoba podejmująca się tego zadania nie tylko posiadała konieczną wiedzę, lecz także, aby uświadomiła sobie własne stereotypy i uprzedzenia oraz uznała wartości związane z równością i przeciwdziałaniem dyskryminacji: przyrodzoną godność, wolność i równość oraz szacunek dla różnorodności.

Edukacja antydyskryminacyjna nie tylko ułatwia etyczną i kompetentną pracę terapeutów i terapeutek w gabinecie, ale odpowiada też na pytanie, jak przyczyniać się do zmiany krzywdzących praktyk w swoim miejscu pracy czy życiu prywatnym. Na przykład, jak reagować, kiedy słyszymy homofobiczny żart w miejscu pracy. Na treningach i warsztatach można nauczyć się, jak reagować na dyskryminację w miejscu pracy oraz jak wzmacniać zachowania równościowe, zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym.

SUPERWIZJA I JEJ ZNACZENIE W ROZWOJU

Kolejnym elementem umożliwiającym etyczną praktykę zawodową osób pracujących w obszarze wsparcia psychologicznego z osobami LGBTQ jest superwizja, czyli spotkania terapeuty czy terapeutki z innym specjalistą/specjalistką, lub też grupą osób (superwizjaś grupowa) w celu konsultacji pracy i innych kwestii związanych z wykonywaniem obowiązków zawodowych (np. sprawdzenie aktualności i rzetelności swojej wiedzy, zgodnie z zobowiązaniem zawodowym do aktualizacji praktyki zgodnie z najnowszymi, światowymi osiągnięciami[97]). Celem superwizji jest pomoc w przyjrzeniu się własnym doświadczeniom w pracy terapeu-

96 Zobacz też wytyczne Towarzystwa Edukacji Antydyskryminacyjnej – „Rekomendowane kompetencje trenera/trenerki prowadzących zajęcia z zakresu edukacji antydyskryminacyjnej dla organizacji pozarządowych i instytucji publicznych", w: *Edukacja antydyskrymnacyjna i jej standardy jakościowe* (2011), s. 20-22. Dostępne na www.tea.org.pl/publikacje.

97 Art. 15 Kodeksu Etyczno-Zawodowego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

tycznej, ewentualnym przeszkodom w tym kontakcie leżącym zarówno po stronie samej osoby udzielającej wsparcia psychologicznego, jak i klienta/klientki. Istotnym celem superwizji jest zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług terapeutycznych. W art. 28. Kodeksu etyczno-zawodowego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego czytamy, że: „Psycholog jako psychoterapeuta jest świadomy niebezpieczeństw wynikających z jego możliwości wpływania na innych ludzi, w związku z czym poddaje się superwizji lub konsultacji".

W przypadku pracy z osobami LGBTQ, niezwykle ważne jest konsultowanie swojej pracy z osobami, które mają wiedzę i świadomość na temat mechanizmów stereotypizacji i dyskryminacji warunkujących podejście społeczeństwa do osób LGBTQ. Brak takiej wiedzy może skutkować niedostrzeganiem heteronormatywności, heteroseksizmu czy uproszczonych założeń na temat płci w pracy z klientami i klientkami. Podczas pracy z osobą transpłciową, np. taką która nie czuje identyfikacji z żadną płci, możemy usilnie kierować się założeniem, że osoba ta musi ostatecznie wybrać, czy chce być kobietą lub mężczyzną. Pozbawiamy tym sposobem osobę możliwości samodzielnego skonstruowania swojej tożsamości poza kulturowymi normami zakładającymi binarność płci. Tym samym reprodukujemy opresyjny system społeczny, który nakazuje dostosowanie się do jednej lub drugiej kategorii. Aby dostrzec takie zależności, niezbędna jest wiedza na temat sytuacji społecznej osób LGBTQ oraz kulturowych uwarunkowań płci i seksualności.

Wybierając superwizora czy superwizorkę, warto wziąć pod uwagę jej kompetencje, na które składają się: wiedza, świadomość antydyskryminacyjną, doświadczenia i specjalizacje, a także podejście terapeutyczne, które może być mniej lub bardziej przychylne osobom nienormatywnym. W przypadku superwizji u osoby, która nie aktualizuje swojej wiedzy, czy przejawia homofobię czy heteronormatywność w swoich wypowiedziach czy zachowaniach, istnieje duże ryzyko przeoczenia istotnych dla kompetentnej i etycznej pracy czynników.

Warto wspomnieć też o superwizji koleżeńskiej, która często możliwa jest do zorganizowania bez ponoszenia kosztów finansowych, przez co jest bardziej dostępna dla wielu osób, które zajmują się poradnictwem czy terapią. W przypadku tej formy można samodzielnie tworzyć interdyscy-

plinarne zespoły, zapraszając do niej osoby o różnym wykształceniu i doświadczeniu, co zwiększa ilość perspektyw, jakże cennych dla superwizji.

Czasami superwizja zalecana jest narzędzie mające na celu przeciwdziałanie tzw. „wypaleniu zawodowemu", które w literaturze opisuje się jako wynik stresu i przepracowania, szczególnie w zawodach wymagających intensywnego kontaktu z ludźmi. Praca z osobami należącymi do grup defaworyzowanych może wydawać się szczególnym wyzwaniem. Jedną z obaw, które deklarowali psychoterapeuci i psychoterapeutki w badaniu sprawdzającym podejście do pracy z osobami LGB[98], było poczucie bezsilności wobec sytuacji społecznej, w której znajdują się geje, lesbijki i osoby biseksualne. Rzeczywiście takie spojrzenie może wywoływać obawy czy niechęć przed pracą z osobami nieheteronormatywnymi. Jednym ze sposobów na poradzenie sobie z tym dyskomfortem jest dostrzeżenie swojej roli w systemie społecznym i podjęcie działań mających na celu przeciwdziałanie niesprawiedliwej sytuacji społecznej. Może to być aktywizm społeczny czy prawoczłowieczy na różnym poziomie: od otwartego deklarowania swoich równościowych poglądów np. w miejscu pracy, poprzez udział w wydarzeniach kulturalnych, edukacyjnych, antydyskryminacyjnych na rzecz społeczności LGBTQ, aż po aktywne inicjowanie działań mających na celu zmianę opresyjnego systemu społecznego (np. wprowadzanie zmian w miejscu pracy, w swojej instytucji, organizowanie wydarzeń edukacyjnych itd.).

JĘZYK WRAŻLIWY JAKO NARZĘDZIE PRACY

Język, którego używamy nadaje ramy interpretacyjne dla rzeczywistości, dlatego warto z uwagą używać języka, którym posługujemy się pracy z osobami LGBTQ, które się do nas zwracając po pomoc. Poniżej przedstawiam do rozważenia kilka propozycji:

- Warto w kontakcie z osobami, które się do nas zwracają unikać sformułowań, które mogą nasuwać mylne skojarzenia tożsamości seksualnej czy płciowej z chorobą. Popularne używanie określenia „pacjent" na osobę korzystającą z pomocy psychoterapeutycznej definiuje z góry nawiązywaną relację – pacjent i osoba, która go leczy. Określenie to może implikować chorobę czy psychopatologię.

98 Autorzy badania: Grzegorz Iniewicz i Bartosz Grabski 2012.

- W różnych językach funkcjonują rozmaite, choć często pokrywające się określenia służące nazywaniu elementów rzeczywistości. W języku angielskim mówiąc o płci, ludzie posługują się dwoma słowami – sex, oznaczające płeć biologiczną i gender, oznaczające płeć kulturową. W języku polskim mamy jedno słowo określające płeć, co może sugerować, że płeć biologiczna i kulturowa to jedno i to samo. Używając języka, warto je rozróżniać, aby pokazywać, że są nie są to tożsame elementy.
- Kolejna rzecz związana z językiem w kontekście osób transpłciowych – nie należy zakładać, że jeśli jakaś osoba do nas przychodzi i prezentuje się na zewnątrz w sposób, który kulturowo nazywamy męskim lub kobiecym, jest zgodne z tym, kim się czuje, jak siebie określa i jak chce, żeby się do niej zwracać. Gdy do gabinetu wchodzi osoba, której charakterystyki cielesne wskazują na płeć biologicznie męską, dodatkowo jest w garniturze i krawacie możemy automatycznie zacząć zwracać się do niej w rodzaju męskim (np. „Co pana do mnie sprowadza?"), podczas gdy może to być osoba transpłciowa, która zmaga się z swoją żeńską tożsamością płciową. Takie pytanie może automatycznie zmniejszać poczucie bezpieczeństwa i utrudniać coming out. Warto sprawdzić, pytając wprost na początku, czy nawet później w trakcie terapii lub konsultacji, jeśli pojawia się jakakolwiek wątpliwość – jak dana osoba chce, żeby się do niej zwracać.
- Aby ułatwić kontakt z osobą LGBTQ, a także potencjalny coming out w gabinecie, warto zwracać uwagę na to, czy język, którym się posługujemy, nie jest heteronormatywny, np. należy unikać odgórnego zakładania płci partnera/partnerki jak w podanym przykładzie: „Mówiła Pani, że jest Pani w związku, proszę powiedzieć coś więcej o partnerze". Można to łatwo zastąpić propozycją opowiedzenia o tym z kim dana osoba jest w związku.
- Aby stworzyć przestrzeń komfortową dla osób, które nie określają swojej płci w sposób tradycyjny, należy unikać wprowadzania binarnego systemu płciowego na rzecz akceptacji koncepcji płci danej osoby, np. jeśli jakaś osoba nie czuje, że jest kobietą lub mężczyzną, inaczej określa swoją płeć – ma do tego prawo. Należy unikać pytań sugerujących konieczność wyboru tożsamości kobiecej, męskiej czy transseksualnej, jeśli dana osoba myśli o sobie inaczej.

- Mówiąc o osobach LGBTQ, warto podkreślać ich „osobowość", tzn. zamiast homoseksualista, mówić osoba homoseksualna, zamiast transseksualista – osoba transseksualna itp. Słowo homoseksualista czy transseksualista może sugerować, że seksualność czy płeć jest jedyną czy główną cechą określającą daną osobę. W przypadku osób homoseksualnych odwołując się do ich seksualności, najlepiej używać słów, którymi same osoby się opisują. Ponadto homoseksualista (ang. homosexual) to termin używany w przeszłości, mający negatywne czy medyczne konotacje. Warto pamiętać, że wiele osób należących do środowiska LGBTQ nie używa tego terminu dla określenia samych siebie w związku z pejoratywnymi skojarzeniami historycznymi związanymi z tym terminem (np. wykorzystanie określenia homoseksualizm w DSM i innych badaniach klinicznych, które klasyfikowały ją jako zaburzenie natury psychicznej). Dlatego też nie stosujemy się tego wyrażenia w niniejszej publikacji. Część osób homoseksualnych akceptuje bądź lubi określenie gej i lesbijka zaadaptowane z języka angielskiego (gay, lesbian), osoba biseksualna. Inne, szersze sformułowanie, to osoby nieheteroseksualne, określające wszystkie osoby LGBQ. Zamiast „homoseksualizm" (końcówka „–izm" może nasuwać błędne medyczne skojarzenia) warto posługiwać się pojęciem „homoseksualność".
- Orientacja seksualna, psychoseksualna czy uczuciowa (ang. affectional orientation)? W niektórych tekstach[99] autorzy i autorki korzystają z wyrażenia orientacja uczuciowa zamiast orientacja seksualna czy psychoseksualna. Orientacja uczuciowa jest synonimem tych określeń. Stosowanie terminu orientacja uczuciowa zamiast orientacja seksualna ma na celu podkreślenie wielopoziomowości związków (warstwy emocjonalnej, seksualnej, duchowej i psychicznej) i zmniejszenie nacisku kładzionego na zachowania „seksualne" jako jedynego sposobu zrozumienia własnej tożsamości. W związku z tym, że tożsamość u dużej części osób nie współgra dokładnie z ich

99 Zob. ALGBTIC LGBQQIA Competencies Taskforce, Amney Harper, Pete Finnerty, Margarita Martinez, Amanda Brace, Hugh C. Crethar, Bob Loos, Brandon Harper, Stephanie Graham, Anneliese Singh, Michael Kocet, Linda Travis, Serena Lambert, Theodore Burnes, Lore M. Dickey & Tonya R. Hammer (2013): Association for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling Competencies for Counseling with Lesbian, Gay, Bisexual, Queer, Questioning, Intersex, and Ally Individuals, Journal of LGBT Issues in Counseling, 7:1, 2-43; http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.755444.

zachowaniami seksualnymi i pociągiem seksualnym (czego przykład mamy w słynnych badaniach Kinseya). Użycie terminu orientacja uczuciowa lepiej odzwierciedla wielopoziomowość tożsamości. W tej publikacji posługujemy się sformułowaniem orientacja seksualna jako synonim orientacji uczuciowej.

- Tożsamość płciowa (ang. gender identity) dotyczy wewnętrznego poczucia bycia mężczyzną, kobietą, kobietą i mężczyzną jednocześnie, albo też żadnym z powyższych (opisywanie własnej płci poza binarnym systemem płciowym). Tożsamość płciowa zazwyczaj zgadza się płcią biologiczną (metrykalną) danej osoby (osoby cispłciowe), ale zdarza się inaczej (osoby transpłciowe). Tożsamość płciowa osoby może być określona tylko i wyłącznie przez daną osobę.

Mówiąc o płci i seksualności, w niniejszej publikacji posługujemy się również sformułowaniami tożsamość seksualna i płciowa. Tożsamość dotyczy tego, jak osoba opisuje, nazywa (lub nie nazywa) swoją płeć i/lub seksualność. Współcześnie, w ramach teorii queer, odchodzi się od określenia orientacja seksualna na rzecz tożsamości seksualnej, które ma służyć podkreśleniu samoopisu i subiektywności w definiowaniu własnej seksualności. Podobnie tożsamość płciowa dotycząca wewnętrznego poczucia płci. Tożsamość płciowa osoby może być określona tylko i wyłącznie przez daną osobę. Należy unikać podejść, w których „specjalista" mówi danej osobie, jaką ma „prawdziwą" płeć.

SAMOROZWÓJ

Obecnie na większości polskich uniwersytetów kształcących psychologów, a także na kursach terapeutycznych kształcących w psychoterapii w niewielkim stopniu podejmuje się temat nienormatywności płciowej i seksualnej, a także kwestie wpływu czynników społeczno-kulturowych w ich kształtowaniu i postrzeganiu. Dlatego istnieje ogromna potrzeba, aby samodzielnie podejmować wysiłek aktualizacji wiedzy na temat kwestii związanych z społecznością i kulturą LGBTQ, a także adekwatnymi oddziaływaniami w pracy z tą grupą i możliwymi systemami wsparcia. Poniżej przedstawiamy przykładowe źródła, mogące stanowić podstawę do dalszej edukacji. Osoby zainteresowane dalszym rozwojem zachęcamy do zapoznania się z literaturą cytowaną w bibliografii, wykazanej w ostatniej części tego rozdziału.

WARTO OBEJRZEĆ:

Aimee & Jaguar (1999), Niemcy, reż. Max Färberböck

Cheerleadearka (1999), USA, reż. Jamie Babbit

Gdyby ściany mogły mówić 2 (2000), USA, reż. Anne Heche, Jane Anderson, Martha Coolidge

80 dni (2010), Hiszpania, reż. Jon Garaño, José María Goenaga

Zagubione (2001), Kanada, reż. Lea Pool

Płynące wieżowce (2013), Polska, reż. Tomasz Wasilewski

Debiutanci (2011), USA, reż. Mike Mills

Modlitwy za Bobby'ego (2009), USA, reż. Russell Mulcahy

Wszystko w porządku (2009), USA, reż. Lisa Cholodenko

Samotny mężczyzna (2009), USA, reż. Tom Ford

Obywatel Milk (2008), USA, reż. Gus Van Sant

Senność (2008), Polska, reż. Magdalena Piekorz

XXY (2007), Argentyna, reż. Lucía Puenzo

Bańka Mydlana (2006), Izrael, reż. Eytan Fox

Shortbus (2006), USA, reż. John Cameron Mitchell

Śniadanie na Plutonie (2005), USA, reż. Neil Jordan

C.R.A.Z.Y. (2005), Kanada, reż. Jean-Marc Vallée

Transamerica (2005), USA, reż. Duncan Tucker

Tajemnica Brokeback Mountain (2005), USA, reż. Ang Lee

Anioły w Ameryce (serial) (2003), USA, reż. Mike Nichols

Godziny (2002), USA, reż. Stephen Daldry

Venus boyz (dokument) (2002), Niemcy, Szwajcaria, USA, reż. Gabrielle Baur

Wszystko o mojej matce (1999), Hiszpania, reż. Pedro Almodóvar

Nie czas na łzy (1999), USA, reż. Kimberly Peirce

Całkowite zaćmienie (1995), Belgia, Francja, Włochy, Anglia, reż. Agnieszka Holland

Wilde (1997), Anglia, reż. Brian Gilbert

Kolor purpury (1985), USA, reż. Steven Spielberg

WARTO ODWIEDZIĆ:

KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII – www.kph.org.pl

Strona ogólnopolskiej organizacji zajmującej się edukacją, badaniami, rzecznictwem oraz wsparciem psychologicznym i prawnym osób LGBTQ doświadczających dyskryminacji. Na stronie www.kph.org.pl znajdują się informacje o realizowanych projektach, publikacje do pobrania oraz szczegóły dotyczące udzielania pomocy psychologicznej i prawnej.

LAMBDA WARSZAWA – www.lambdawarszawa.org

Strona najstarszej polskiej organizacji pomocowej dla osób LGBT, prowadzącej konsultacje psychologiczne, grupy wsparcia oraz telefon zaufania.

TRANSFUZJA – www.transfuzja.org

Strona największej, do niedawna jedynej, organizacji zrzeszającej osoby transpłciowe. Obecnie Fundacja działa w czterech obszarach - rzecznictwa, wsparcia, edukacji oraz kultury.

REPLIKA–ONLINE.PL – Strona dwumiesięcznika społeczno-kulturalnego o tematyce LGBT.

QUEER.PL – Największy polski portal społecznościowy zawierający aktualne informacje i artykuły w tematyce LGBTQ.

HOMIKI.PL – Strona zawierająca informacje, artykuły i opinie dotyczące tematyki LGBTQ.

KOBIETY-KOBIETOM.COM – Portal społecznościowy dedykowany nieheteroseksualnym kobietom.

TRANSOPTYMISTA.PL – Prywatna strona z ciekawymi informacjami oraz opiniami dotyczącymi tematyki transpłciowości.

WWW.TRANSSEKSUALIZM.PL – Strona kierowana do osób transseksualnych z informacjami o procedurze korekty płci.

ROWNOSC.INFO – Internetowa baza artykułów i książek z zakresu różnorodności i przeciwdziałania dyskryminacji.

BEZUPRZEN.ORG – Portal poświęcony edukacji antydyskryminacyjnej zawierający zasób materiałów i informacji.

WARTO PRZECZYTAĆ:

Literatura w języku polskim[100]:

Abramowicz, Marta. Biedroń, Robert, Kochanowski, Jacek (red.) (2009). *Queer studies – podręcznik kursu*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

Biedroń, Robert (2007). *Tęczowy elementarz, czyli (prawie) wszystko, co chcielibyście wiedzieć o gejach i lesbijkach*. Warszawa: Wydawnictwo AdPublik.

Małgorzata Bieńkowska-Ptasznik i Jacek Kochanowski (2008, red.), *Teatr płci. Eseje z socjologii gender*, Łódź: Wydawnictwo Wschód-Zachód

Bojarska-Nowaczyk, Katarzyna (2005). *Psychospołeczne korelaty homofobii. Rozprawa doktorska*. Gdańsk: Biblioteka Chemiczna Uniwersytetu Gdańskiego.

Bojarska, Katarzyna (2008a). *Krytyka pojęcia orientacji seksualnej w świetle społecznego konstrukcjonizmu i teorii queer*. W: A. Jodko (red.), *Tabu seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.

Bojarska Katarzyna (2010). *Analiza merytoryczna wybranych pozycji piśmiennictwa poświęconego problematyce homoseksualności, wydanego w języku polskim w latach 1970-2008*. W: Loewe, Agata (red.), *Raport o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich*, Warszawa: Kampania Przeciwko Homofobii.

Bojarska, Katarzyna, Dułak, Katarzyna (2012). *Specjaliści zawodów pomocowych wobec ludzkiej różnorodności płciowej*, W: Anna Kłonkowska red., *Transpłciowość – Androgynia. Studia o przekraczaniu płci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Boswell, John (2006). *Chrześcijaństwo, tolerancja społeczna i homoseksualność: Geje i lesbijki w Europie Zachodniej od początku ery chrześcijańskiej do XIV wieku*.Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.

Butler, Judith (2008). *Uwikłani w płeć*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

100 Wszystkie publikacje Kampanii Przeciw Homofobii dostępne są w wersji elektronicznej na stronie www.kph.org.pl. Można je także zamówić w wersji drukowanej, pisząc na adres: info@kph.org.pl.

Czerepaniak-Walczak, Maria (2006). *Pedagogika emancypacyjna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Cieślikowska, Dominika (2010). *Postrzeganie społeczne, Dyskryminacja*. W: Branka, Maja, Cieślikowska, Dominika (red.), *Edukacja antydyskryminacyjna. Podręcznik trenerski*, Kraków: Villa Decjusza.

Dułak, Katarzyna, Kosińska, Marta (2009). *Edukacja BezTabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich*. Gdańsk.

Dułak, Katarzyna (2013). *Strategie radzenia sobie z sytuacją opresji w odniesieniu do możliwych postaw przyjmowanych przez osoby badane w trakcie wywiadu*, W: Chustecka Magdalena red. (2013). *Ekspertyza na temat dyskryminacji wielokrotnej*, http://rownosc.info/index.php/main/index/page/725.

Czerpaniak-Walczak Maria (2006). *Pedagogika emancypacyjna,* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 32-33.

Dynarski, Wiktor (2010). *Tematyka transpłciowości w wybranych publikacjach oraz jej usytuowanie we współczesnych dyskursach akademickich*. W: Kampania Przeciw Homofobii (2010). *Raport o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich*, Warszawa.

Dynarski, Wiktor (2012). *Wszyscy jesteśmy hetero. Homonormatywności lęk przed transpłciowością*; w: Anna Kłonkowska (red.), *Transpłciowośc – Androgynia. Studia o przekraczaniu płci.* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

Dziurok, Marcin, Serkowska, Monika, Stoecker, Ewa, Teutsch, Agata (2009). *Maska twardziela – przemoc, media i kryzys męskości"* Stowarzyszenie Kobiet KONSOLA i Fundacja Autonomia. Film dokumentalny wraz omówieniem.

Easton, Dossie, Hardy, Janet (2012). *Puszczalscy z zasadami, Praktyczny przewodnik dla miłośników poliamorii, otwartych związków oraz innych przygód*. Tłum R. Majdański, Warszawa: Czarna Owca.

Foucault, Michel (1995). *Historia seksualności*. Przeł. B. Banasiak T. Komendant & K. Matuszewski.

Franke, Karolina (2010). *Obraz homoseksualności, biseksualności i transpłciowości w powszechnie dostępnych podręcznikach akademickich dla studentów psychologii, pedagogiki i resocjalizacji.* W: *Kampania Przeciw Homofobii (2010). Raport o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich*, Warszawa.

Grabski, Bartosz, Iniewicz, Grzegorz, Mijas, Magdalena (2012a). *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksaulnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska*. „Psychiatria Polska", tom XLVI, nr 4.

Helmniak, Daniel A. (2002).*Co Biblia naprawdę mówi o homoseksualności*. Gdynia: Uraeus.

Hołowczyc, Radosław (2013). *Heterycy z odczuciami homo*. W: „Replika – dwumiesięcznik społeczno-kulturalny LGBTQ", nr 42, marzec-kwiecień 2013, http://homiki.pl/index.php/2013/04/heterycy-z-odczuciami-homo/.

Iniewicz, Grzegorz, Grabski, Bartosz, Mijas, Magdalena (2012b). *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksaulnych – rola stresu mniejszościowego*. „Psychiatria Polska", tom XLVI, nr 4.

Iniewicz, Grzegorz, Mijas, Magdalena, Grabski Bartosz (red.), (2012), *Wprowadzenie do Psychologii LGB, Wrocław*: Wydawnictwo Continuo.

Iniewicz, Grzegorz, Bąk, Daniel (2012). *Psychoterapia osób LGB – od terapii konwersyjnych do terapii wykorzystujących teorię queer*. W: Iniewicz, Grzegorz, Mijas, Magdalena, Grabski, Bartosz (red.), (2012).*Wprowadzenie do Psychologii LGB*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.

Jodko, Aleksandra (2008). *Tabu seksuologii - wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica".

Konarzewska, Marta, Pacewicz, Piotr (2010). *Zakazane miłości. Seksualność i inne tabu*. Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

Katz, Jackson (2012). *Paradoks Macho*. Warszawa: Czarna Owca.

Lipowska-Teutsch, Anna, Ryłko, Ewa (2010). *Przemoc motywowana uprzedzeniami. Przestępstwa nienawiści*. Kraków: Towarzystwo Interwencji Kryzysowej.

Laszuk, Anna (2006).*Dziewczyny, wyjdźcie z szafy!* Warszawa: Fundacja Lorga.

Loewe, Agata (red.), (2010). *Raport o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich*, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

Mackie, D. M, Hamilton, D. L., Susskind, J., Rosselli, F. (1999). *Społeczno-psychologiczne podstawy powstawania stereotypów.* W: Macrae, C.N., Stangor, Ch., Hewstone, M. (1999). *Stereotypy i uprzedzenia*. Gdańsk: GWP.

Makuchowska, Mirosława (red.), (2011). *Przemoc motywowana homofobią*, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

Makuchowska, Mirosława, Pawlęga Michał (red.), (2012). *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011*, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii, Lambda Warszawa & Fundacja Transfuzja.

Mizielińska, Joanna (2007). *Płeć/ciało/seksualność.* Wydawnictwo Universitas. Kraków.

Nelson, Todd N. (2003). Psychologia uprzedzeń. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Organizacja Narodów Zjednoczonych (1948).

Powszechna Deklaracja Praw Seksualnych, Światowa Organizacja Zdrowia (2002).

Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa (1991), http://www.ptp.org.pl.

Polskie Towarzystwo Seksuologiczne (2006). Stanowisko Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego odnośnie homoseksualności z 30.06.2006. Warszawa, na: http://www.bezuprzedzen.org/doc/Stanowisko_PTS.pdf.

Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej, Kodeks Etyczny Terapeuty Poznawczo-Behawioralnego, http://www.pttpb.pl/pl/pttpb-info/kodeks-etyczny-pttpb.

Polskie Towarzystwo Psychoterapii Integratywnej, Kodeks Etyczny, http://www.integrative.pl/index.php?page=kodeks.

Remin, Katarzyna (2009). *Zasady Yogyakarty. Zasady stosowania międzynarodowego prawa praw człowieka w stosunku do orientacji seksualnej oraz tożsamości płciowej.* Kampania Przeciw Homofobii: Warszawa.

Remin, Katarzyna, Gajewska, Katarzyna (red.) (2010). *My, rodzice. Pytania i odpowiedzi rodziców lesbijek, gejów i osób biseksualnych.* Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

Remin, Katarzyna (2012). *Różowe Trójkąty. Zbrodnie nazistów na osobach homoseksualnych w kontekście edukacji antydyskryminacyjnej.* Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

Rubin, Gayle (2004).*Rozmyślając o seksie: zapiski w sprawie radykalnej polityki seksualności*, Tłum. Mizielińska, Joanna, W: „Lewą Nogą", nr 16.

Savin-Williams, Ritch C. (2011). *Homoseksualność w rodzinie. Ujawnianie tajemnicy.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Szkudlarek, Karolina (red.) (2010). *Przebrani w płeć. Zjawisko drag w kulturze.* Poznań: Stowarzyszenie Kobiet „Konsola".

Świerszcz, Jan (red.) (2012). *Lekcja Równości. Postawy i potrzeby kadry szkolnej i młodzieży wobec homofobii w szkole.* Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

Świerszcz, Jan (red.) (2013). *Lekcja Równości. Materiały dla nauczycieli i nauczycielek jak rozmawiać o orientacji seksualnej w szkole i wspierać młodzież.* Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

Tomasik, Krzysztof (2008). *Homobiografie. Pisarki i pisarze polscy XIX i XX wieku.* Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

Tomasik, Krzysztof (2012). *Gejerel. Mniejszości seksualne w PRL-u.* Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej (2011). *Edukacja antydyskryminacyjna i jej standardy jakościowe*. Warszawa; http://tea.org.pl/userfiles/file/Edukacja%20antydyskryminacyjna%20i%20jej%20standardy%20jakosciowe.pdf.

LITERATURA W JĘZYKU ANGIELSKIM:

Allport, Gordon W. (1958). *The nature of prejudice*. Garden City, New York: Anchor Books.

American Psychological Association (2006). Statement of the American Psychological Association on conversion therapies z 10 sierpnia 2006, dostępny na http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/ex-gay.pdf.

American Psychologist Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation (2009). Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. Washington, DC: American Psychological Association (://www.apa.org/pi/lgbc/publications/therapeutic-response.pdf).

Blumenfeld, W. J. (1992). *Squeezed into gender envelopes.* W: *Homophobia: How we all pay the price.* red. Blumenfeld , Boston: Beacon Press.

Broido, Ellen M. (1999) *Constructing Identity: The Nature and Meaning of Lesbian, Gay and Bisexual Identities*, W: Perex, Rupert M. & DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (1999) *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. American Psychological Association*, Washington, DC.

Chernin, J. N. & Johnson, M. R. (2002). *Affirmative psychotherapy and counselling for lesbians and gay men.* Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.

Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients (2010). *Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. W: American Psychologist Association Vol. 55, No. 12.

Dreger, Alice (1998). *"Ambiguous sex" or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality*, The Hastings Center Report, 28(3), s. 24-35.

Dreger, Alice (2012) *Shifting the Paradigm of Intersex Treatment*, Intersex Society of North America. Pobrane z http://www.isna.org/compare w dniu 31 XII 2012.

Factor J. Rhonda, Rothblum Esther (2008). *Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers.* Health Sociology Review, 17(3), 235-253.

Imperato-McGinley, Guerrero, Gautier, Peterson (1974) *Steroid 5alpha-reductase deficiency in man: an inherited form of male pseudohermaphroditism.*

Intersex Society of North America. What evidence is there that you can grow up psychologically healthy with intersex genitals (without „normalizing" surgeries)? http://www.isna.org/faq/healthy.

Leach, Mark & Harbin, Judd (1997) *Psychological ethics codes: a comparision of twenty-four countries*. International Journal of Psychology, 32, 181-192. Dostępne na: http://e-book.lib.sjtu.edu.cn/iupsys/ethics/ethics_info.htm.

Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gendervariant people and their families*. New York: Haworth Clinical Practice Press.

Perex, Rupert M. & DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (1999) *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. American Psychological Association*, Washington, DC. (Tłumaczenie na j. polski w przygotowaniu, Kampania Przeciw Homofobii).

Reynolds, Amy L. & Hanjorgiris, William F. (1999), *Coming Out: Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Development*, W: Perex, Rupert M. & DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (1999) *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. American Psychological Association, Washington, DC, s. 35-56.

Rock, M., Carlson, T. S., McGeorge, C.R (2010). *Does affirmative training matter? Assesing CFT student's beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. Journal of Marital and Family Therapy*, 36 (2), 171-184. Zob. też https://education.uoregon.edu/sites/default/files/affirmative_therapy_handout.pdf.

Silverstein, C. (1991). *Psychological and medical treatments of homosexuality*. W: Gonsiorek, J.C., Heinrich, J.D. (red.) *Homosexuality: Research implications for Public Policy*. Newbury Park, CA: Sage Publications, s.101-114.

XIII World Congress of Sexology Valencia Declaration on Sexual Rights w: *The Kinsey Institute Advancing Sexual Health and Knowledge Worldwide*, dostępne na: http://www.iub.edu/~kinsey/resources/valencia.html).

Zucker, Kenneth J. (1999). *Intersexuality and gender identity differentiation*, Review of Sex Research, 1999, 10, 1-69.

ROZDZIAŁ III

PACJENT NIGDY NIE MA OBJAWÓW – ROZMOWA Z DANIELEM BĄKIEM

Daniel Bąk – dr n. med.; psychoterapeuta, psycholog oraz biolog. Pomocą osobom reprezentującym nienormatywne tożsamości genderowe i seksualne (LGBTQIA) zajmuje się od ośmiu lat – najpierw jako edukator w zakresie zdrowia seksualnego, potem jako psycholog i terapeuta (konsultacje psychologiczne, terapia indywidualna, grupowa oraz par). Twórca oraz realizator programu pomocy psychologicznej i rozwoju osobistego dla osób LGBTQIA. Współpracownik organizacji pozarządowych działających na rzecz osób LGBTQIA. Autor publikacji naukowych i popularnonaukowych, doniesień konferencyjnych oraz szkoleń dotyczących psychoterapii osób LGBTQIA. W zakresie udzielania pomocy psychologicznej osobom LGBTQIA szkolił się w Polsce i Wielkiej Brytanii.

Jan Świerszcz: Czym się Pan zajmuje?

Daniel Bąk: Jestem psychologiem i psychoterapeutą. Moje działania to przede wszystkim pomoc psychologiczna w formie psychoterapii indywidualnej, par oraz terapii grupowej. Organizuję także szkolenia i warsztaty dla terapeutów, pedagogów, pracowników socjalnych itp., w zakresie niesienia pomocy psychologicznej osobom LGBTQIA. Uczestniczę również w konferencjach, prowadząc warsztaty i wykłady, prezentujące afirmatywny model psychoterapii i pomocy psychologicznej osobom LGBTQIA; „afirmatywny" oznacza tutaj „bazujący na szacunku i akceptacji". Dodatkowo, jestem pomysłodawcą grupy superwizji koleżeńskiej dla psychoterapeutów, którzy pracują z osobami, reprezentującymi różnorodne tożsamości seksualne i genderowe. Odbyła się już pierwsza edycja tej grupy. Edukacja jest bardzo ważną częścią mojej działalności; jest przynajmniej równie ważna, jak tych kilkanaście lub więcej godzin w fotelu tygodniowo, które przepracowuję, jako psychoterapeuta. Jestem również autorem, piszącym teksty na temat pomocy psychologicznej osobom LGBTQIA, zarówno do publikacji naukowych, jak i popularnonaukowych.

Może Pan rozwinąć skrót LGBTQIA? Skąd wybór aż tylu literek?

Mam poczucie, że używając skrótowca LGBT w rozmowach na temat homofobii, orientacji seksualnej, heteronormatywności, stale pomijamy osoby, reprezentujące jakieś tożsamości seksualne i genderowe. Jak do LGBT nie dodaje się tego QIA (ang. *Queer/Questioning*, *Intersexual*, *Asexual*), to nie uwzględnia się osób, które identyfikują się, jako interseksualne, czyli takie, które zgodnie ze starą, niezalecaną dziś nomenklaturą, nazywane były hermafrodytycznymi; pomija się wtedy także osoby aseksualne. W literaturze skrótowiec LGBTQIA czasem „rozciąga się" nawet dalej. Słyszałem kiedyś anegdotę, że w którymś momencie liter alfabetu, na oznaczenie różnorodności cechującej ludzką seksualność i gender, zabraknie. Używam skrótowca LGBTQIA, ponieważ jest względnie szeroko rozpoznawany. Natomiast uważam, że istnieje skrót literowy, będący nawet lepszym rozwiązaniem. Przywiozłem go z Londynu, od Dominica Davisa, u którego się szkoliłem. Dominic postuluje wykorzystywanie skrótu GSD, który rozwija się do *Gender & Sexual Diversities*. Te trzy literki są bardzo pojemne, ponieważ odwołują się do istnienia nieskończenie wielu, bardzo różnych tożsamości seksualnych i genderowych. Dodatkowo słowo diversities, oznaczające w języku angielskim różnorodności, odsyła różne wątki patologizujące seksualność i gender do lamusa. Poza tym: nie ma takiej groźby, że literki się skończą.

Czy w skrócie GSD są identyfikacje heteronormatywne i osoby heteroseksualne?

Tak bym to sobie wyobrażał. Nie pamiętam, czy kiedyś o tym z Dominiciem Daviesem dyskutowałem, ale: jak różnorodność, to różnorodność. Heteroseksualność by się więc w skrótowcu GSD mieściła razem z innymi tożsamościami seksualnymi. Skrót LGBTQIA jest z kolei wyjątkowy z tego względu, że obejmuje grupy mniejszościowe, nieuprzywilejowane i częściej poddawane społecznej opresji. Wybór skrótu, którego będziemy używać w danej sytuacji, mógłby zależeć od tego, na co chcemy położyć akcent.

Co stanowi przedmiot psychoterapii osób LGBTQIA?

Przedmiotem zgłoszenia do dalszej pracy w terapii mogą być przykładowo trudności związane z tym, że osoba LGBTQIA doznała jakiegoś ro-

dzaju opresji ze względu na swoją orientację seksualną czy gender, na skutek czego doświadcza psychicznego cierpienia i/lub zaburzeń funkcjonowania. To z pomocowej perspektywy jasna sytuacja: terapia jest tam, gdzie istnieje przedmiot leczenia. Jednocześnie Pana pytanie kojarzy mi się z kontrowersyjną kwestią stosowania tzw. terapii konwersyjnej (zwanej także często reparatywną, reparacyjną, reorientacyjną), czyli mającej zmieniać orientację seksualną osób homo- i biseksualnych na heteroseksualną. Określenie „terapia konwersyjna" spotyka się często w literaturze. Uważam, że stosowanie terminu „terapia" dla prób konwersji orientacji homoseksualnej jest bezzasadne, nie posiada merytorycznego uzasadnienia. W definicji terapii jest mowa o leczeniu, jej leczniczym charakterze. Jak mielibyśmy mówić o leczeniu, jeżeli nie istnieje przedmiot tego leczenia? Należy szczególną uwagę zwrócić na to, że osoby zajmujące się tzw. terapią konwersyjną, próbują przedmiotem swoich oddziaływań uczynić homo- i biseksualność – jako takie, uznając je za zaburzenia psychiczne lub ich objawy. Jest to niezgodne z aktualną wiedzą o ludzkiej seksualności oraz niespójne ze stanowiskiem organizacji takich, jak Światowa Organizacja Zdrowia. Osoby zajmujące się próbami konwersji orientacji seksualnej odwołują się często do rozpoznania, obecnego w ICD-10: *egodystoniczna* (niechciana) orientacja seksualna, oraz uznają, że źródłem takich trudności jest orientacja seksualna sama w sobie. Informują, że w związku z tym, to właśnie orientacja powinna ulec zmianie. Nic bardziej błędnego, nic takiego nie wynika z kryteriów tej diagnozy w ICD-10! Trudności, jakie zgłasza w opisywanej sytuacji homoseksualny klient (zawsze mówię o kliencie, nie pacjencie, co wynika z faktu, że jestem terapeutą pracującym w podejściu humanistycznym), związane są z jego homoseksualnością; natomiast mówienie, że homoseksualność jest źródłem tych trudności – to już jest nadużycie. Równie dobrze można by poszukiwać źródeł trudności psychologicznych osób homo- i biseksualnych w stresie mniejszościowym, czego osoba próbująca konwersji raczej nie zrobi. Podsumowując, w świetle aktualnej wiedzy i zgodnie ze stanowiskami najistotniejszych dla psychiatrii i psychoterapii towarzystw naukowych na świecie, orientacje homo- i biseksualna nie stanowią zaburzeń ani ich objawów. Jasno z tego wynika, że nie mogą stanowić przedmiotu leczenia. Stąd nie ma pod-

staw, by tzw. terapie konwersyjne określać mianem terapii. W związku z tym nigdy nie mówię o terapii konwersyjnej. Używam określenia oddziaływania konwersyjne, podkreślając ich realny status na tle pomocy psychologicznej o charakterze psychoterapii. To są nie tylko teoretyczne rozważania. Język tworzy rzeczywistość. Używanie bez merytorycznego uzasadnienia określenia „terapia" może stwarzać mylne wrażenie, że homo- i biseksualność, jako takie, powinny być leczone.

Powołuje się Pan na różne instytucje i standardy. A czy psychoterapeuta może mieć własny światopogląd? Czy musi zawieszać swoje postawy i nie może kierować się własnymi wartościami?

Zacznijmy od tego, że psycholog czy terapeuta zawsze ma jakiś światopogląd. Uważam więc, że nie ma co pytać, czy powinien go mieć. On go ma. Ja bym raczej zapytał o to, w jakim stopniu światopogląd terapeuty powinien wpływać na podejmowane przez niego działania, interwencje. Przy próbie odpowiedzi na tak postawione pytanie, sam dla siebie, mam dwie wskazówki: dobro klienta oraz bycie terapeuty w zgodzie ze sobą. Przykładowo uważam, że alarmująca jest sytuacja, w której światopogląd terapeuty, choćby wynikający z wierności prawdom określonej religii, ma szansę wpływać na pogorszenie stanu psychicznego klienta; a przecież tak bywa w niektórych przypadkach podejmowania oddziaływań konwersyjnych. Terapeuci, niejednokrotnie motywowani religijnie, wzmacniają przekonanie klientów, że ich homoseksualność jest zaburzeniem lub objawem zaburzenia. Tymczasem, homoseksualność dawno temu zdepatologizowano, a dodatkowo nie ma dowodów wspierających twierdzenie, że orientacja inna niż heteroseksualna jest – jako taka – źródłem psychopatologii. Ja kontraktów na zmianę orientacji seksualnej nie podejmuję; spotkałem natomiast na swojej drodze zawodowej osoby, które były gotowe podjąć się próby konwersji orientacji seksualnej, kierując się własnym światopoglądem. Nieumawianie się z klientem na próbę zmiany jego orientacji homoseksualnej, to z kolei sytuacja, kiedy mój światopogląd „stoi na straży" pozostania w zgodzie ze sobą. Nie mam w sobie motywacji religijnej do negatywnego oceniania homo- czy biseksualności, nie nazywam terapią oddziaływań, które wycelowane są w cechy człowieka, niestanowiące o chorobie czy zaburzeniu, szanuję subiektywny świat przeżyć moich klientów, nie zakładam, że rozumiem

ich lepiej od nich samych. To elementy mojego światopoglądu. Nie rezygnuję z niego, jako terapeuta. Jest dla mnie drogowskazem, by nie ranić osoby, której pomagam i by nie nadużywać siebie w kontakcie pomocowym z drugą osobą.

Wspomniał Pan, że spotkał na swojej drodze zawodowej osoby, które podjęły się konwersji orientacji seksualnej, kierując się własnym światopoglądem – to jest w porządku?

Czy to jest OK? Nie, dla mnie to nie jest OK. To mnie oburza z tego względu, że uważam za swój obowiązek, stosowanie się do reguł etycznych, regulujących mój zawód. W kodeksy etyczne, np. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wpisany jest zakaz dyskryminacji ze względu na orientację seksualną. Podejmowanie kontraktu na konwersję, proponowanie konwersji homo- i biseksualności na heteroseksualność traktuję, jako dyskryminację klienta ze względu na orientację seksualną. Proszę się zastanowić: gdyby do terapeuty przyszedł klient i powiedział – Jestem heteroseksualny, chciałbym, żeby mi pan pomógł zmienić orientację na homoseksualną, to ten terapeuta nie myślałby o konwersji na homoseksualność, przekonywałby klienta, że wszystko z nim w porządku, że nic nie trzeba z orientacją heteroseksualną robić. Natomiast, jeśli z prośbą o konwersję zgłosi się klient homoseksualny, to część praktyków, ta zajmująca się oddziaływaniami konwersyjnymi, rozważy próbę zmiany orientacji seksualnej. To jest, według mnie, dyskryminujące. Takie działania spełniają kryteria definicyjne bezpośredniej dyskryminacji.

Czyli istnieje światopogląd bardziej lub mniej pomocny osobom LGBTQ?

Można tak powiedzieć. Chociaż ja raczej pomyślałem o tym, na ile światopogląd powinien wpływać na treść sesji. Wierzę w to, że im bardziej jestem świadomy własnego ustosunkowania do różnych spraw, tym mniej zaszkodzę, jako psychoterapeuta. Kiedy uświadamiam sobie, że mój światopogląd może być dla kogoś krzywdzący, staram się wycofywać z takiej pracy, po prostu. Nie podejmuję jej.

Powołał się Pan przed chwilą na kodeks etyczny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a przedstawił, jako psycholog. Dlaczego nie powołał się Pan na kodeks Polskiego Towarzystwa Psychologicznego?

Powołałem się na kodeks psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nie kodeks lekarski, tylko ten odwołujący się do pomocy psychoterapeutycznej. Stoję na stanowisku, że psychoterapeuta jest zawodem odrębnym od psychologa. Nie trzeba być, według mnie, psychologiem, żeby być dobrym psychoterapeutą. Znam świetnych psychoterapeutów pedagogów, świetnych psychoterapeutów lekarzy; na tym „psychologu" bym się nie fiksował.

Zapytałem o to, bo w kodeksie etyczno-zawodowym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego nie ma zapisu o niedyskryminacji osób homoseksualnych.

Tak, nie ma. Jest dla mnie jasne, że w kwestii niedyskryminowania ze względu na orientację seksualną i gender, kodeks etyczny Polskiego Towarzystwa Psychologicznego wymaga szybkiej nowelizacji. Jednocześnie, warto w tym miejscu dodać, że odpowiedni zapis antydyskryminacyjny jest obecny w Kodeksie Zasad Etycznych Psychoterapeuty Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Przychodzą do Pana osoby, które doświadczają przemocy motywowanej homofobią lub stresu mniejszościowego. Przyczyna ich stanu leży poza nimi, w dyskryminacji i opresji, jakiej doświadczają. Ich reakcje na te doświadczenia mogą być jak najbardziej naturalne. Czy praca terapeuty powinna ograniczać się do pracy z klientem, skoro w nim samym nie ma patologii?

Kiedy przychodzi do mnie cierpiąca osoba, to często, z perspektywy niektórych narracji terapeutycznych oraz narracji medycznej, prezentuje ona określone zaburzenia. Moim zadaniem jest wsparcie tej osoby, pracując z nią w adekwatny sposób: zgłasza się osoba potrzebująca pomocy – jest ktoś, kto pomaga. Jednocześnie zgadzam się z Panem – kłopot zaczyna się stopień wcześniej. Realną trudnością jest sytuacja społeczno-kulturowa osób LGBTQIA, powodująca ich opresję. Osoby LGBTQIA ze skutkami przeżywania i nieskutecznego radzenia sobie z tą opresją, przychodzą do gabinetu psychoterapeuty. W gabinecie mogą już z kolei „wpaść" w określoną narrację „medyczno-psychoterapeutyczno-pomocową", związaną często z postawieniem diagnozy (to zależy od podejścia teoretycznego, w którym pracuje terapeuta). Tak, zdecydowanie widzę tu dwa poziomy. Pierwszy to pracująca wspólnie para: klient – psychoterapeuta. Drugi poziom, to opresyjny stosunek społeczeństwa i kultury

do osób LGBTQIA – czyli ustosunkowanie, będące *de facto* pierwotną przyczyną obecności przynajmniej części osób LGBTQIA w gabinecie psychologa czy psychoterapeuty.

Powiedział Pan, że zgłaszająca się osoba „wpada" w narrację medyczno-psychoterapeutyczno-pomocową. „Wpada"? Czy to jest jakaś pułapka? To słowo niedobrze mi się kojarzy…

Kolokwialne i w kontekście, o jakim mówimy, paskudne.

Kiedy osoba „wpadnie" w taką narrację, to ma szanse pracować na temat czegoś więcej niż tylko przejawów własnych trudności?

„Wpadnięcie" w narrację oznacza tutaj przypisanie jakiejś etykiety. Istnieją mniej i bardziej etykietujące podejścia terapeutyczne. Jeszcze czymś innym bywa narracja medyczna, psychiatryczna w szczególności, odległa od niektórych narracji terapeutycznych. Kiedy pracowałem w szpitalu psychiatrycznym, to bardzo mądrze edukował mnie pewnego razu kolega psychiatra. Na moje stwierdzenie, że pacjent ma, wymienione przeze mnie objawy, on odpowiedział: Daniel, pacjent nigdy nie ma objawów – pacjent prezentuje sposób przeżywania, który ktoś kiedyś uznał za objaw. Prawda! To była dla mnie bardzo cenna, korygująca informacja i *de facto* do tego sprowadza się cały mój powyższy wywód na temat etykietowania. Przypisujemy klientom różne diagnostyczne etykiety. Wiążą się z tym określone zagrożenia. Jeśli przyjdzie do nas osoba LGBTQIA przeżywająca trudności i dostanie diagnostyczną etykietkę, to od tego momentu będzie to już osoba LGBTQIA z etykietą trudności. Uważam, że taka sytuacja może stosunkowo łatwo zaszczepiać u części praktyków sposób myślenia o klientach LGBTQIA, przypisujący im – z założenia – zmaganie się z psychicznymi trudnościami. Ten rodzaj wnioskowania znamy z historii patologizowania homo- i biseksualności: badania funkcjonowania psychicznego osób homo- i biseksualnych przeprowadzano m.in. w szpitalach psychiatrycznych. Wychodziło z nich, że ci pacjenci mieli spore trudności psychologiczne. W sumie: nic dziwnego. Pacjenci szpitali psychiatrycznych są grupą z założenia prezentującą trudności, wymagające specjalistycznej pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. Podsumowując, z etykietami – także tymi diagnostycznymi, przypisywanymi w dobrej wierze, trzeba uważać. Należy

być wrażliwym na to, czy za sprawą etykiet nie stawia się znaku równości między LGBTQIA oraz obecnością trudności psychologicznych. Takie równanie, potraktowane jako rodzaj uzasadnionego uogólnienia, nie jest prawdziwe. Jednocześnie nie traćmy z oczu ewentualnych korzyści, mogących płynąć z etykietowania. Otrzymując diagnozę, osoba może zyskać, korzystając z określonego, często wcześniej opracowanego, medycznego modelu leczenia. Od momentu uzyskania diagnozy istnieje szansa, że trafi w specjalistyczny algorytm leczenia, że uzyska skuteczną pomoc. Opisany wyżej sposób postępowania dotyczy m.in. korzystania z pomocy medycznej i psychoterapeutycznej w ramach ubezpieczenia. Uzyskanie pomocy z ubezpieczenia wymaga postawienia diagnozy; musi zaistnieć, obecny w katalogu zaburzeń i chorób Światowej Organizacji Zdrowia, przedmiot leczenia. Etykietowanie może być związane z korzyściami także w kontekście narracji psychoterapeutycznej. W części podejść terapeutycznych jest tak, że określona etykieta o diagnostycznym charakterze jest związana z konkretnym pomysłem na genezę, powstanie danej trudności. To często bezcenna pomoc dla klienta i terapeuty – systemy teoretyczne objaśniające powstawanie różnych trudności psychologicznych powstały przecież, jako efekt kumulowania się doświadczeń terapeutów przez dziesiątki lat. Trzeba jednak pamiętać, że efekt w postaci określonej trudności psychologicznej, może często powstawać na kilka różnych sposobów. Uważam, że psychoterapia traci na próbach wyjaśniania jakiejś trudności psychologicznej tylko w jeden, „słuszny" sposób.

Co w takim razie jest celem terapii z osobą, doświadczającą przemocy motywowanej uprzedzeniami? Przychodzi dlatego, że sobie z tą przemocą nie radzi i w związku z tym ma określone trudności psychiczne, objawy, którymi chciałaby się zająć.

Po pierwsze, obecność klienta w gabinecie jest szansą na to, żeby zająć się bezpośrednimi skutkami doświadczania przemocy np. lękiem, stresem, złością, które się wtedy pojawiają. Warto pamiętać o tym, że doznawanie homofobicznej, bifobicznej czy transfobicznej przemocy, może być przyczynkiem do tworzenia przez klienta LGBTQIA takiego obrazu siebie i takiego sposobu przeżywania własnej osoby, który jako taki zacznie stanowić trudność. Najlepiej znany jest model internalizowanej

homofobii, kiedy osoba homoseksualna zaczyna uznawać homofobiczne postawy otoczenia za własne. Nie zapominajmy jednak, że internalizacji, czyli uwewnętrznieniu mogą podlegać także bifobia i transfobia. To przynosi cierpienie. Wtedy bezcenna jest praca z klientem czy klientką, ukierunkowana na to, żeby pokazać, mówiąc kolokwialnie: co robią z nim/nią kultura i społeczeństwo. Jest to według mnie bardzo istotna część procesu wsparcia: pomoc w uświadomieniu sobie przez klienta, że nie jest on zawieszony w społeczno-kulturowej próżni. Nasz porządek społeczno-kulturowy ma charakter heteronormatywny, heteroseksistowski i cisseksistowski, zaś seksualność i gender są produktami konstrukcji w ramach wspomnianego porządku. Jestem zdania, że osoba pomagająca powinna zdawać sobie sprawę, że tak zwane nienormatywne seksualności i gendery podlegają opresji i umieć tę świadomość przekazać klientowi. Myślę, że to jest absolutnie konieczna część pracy z osobą poszkodowaną. Brak refleksji klienta nad charakterem uwarunkowań społeczno-kulturowych, w których przyszło mu żyć, może tylko utrudniać poradzenie sobie z psychologicznymi następstwami homo-, bi- i transfobii. Jeżeli klient zrozumie to, o czym właśnie rozmawiamy, zwiększy własne szanse na możliwość zdystansowania się do faktu doznawania opresji, na stanięcie z boku i zobaczenie, „co się tutaj tak naprawdę dzieje". Tylko wtedy klient będzie mógł zreflektować się, że nie ma obiektywnych przyczyn, dla których np. homo- czy biseksualność miałyby być uznawane za nieprawidłowe, niezdrowe, zaburzone lub chore; że istnieje długa tradycja patologizowania homo- i biseksualności, natomiast obiektywnej przyczyny dla takiego patologizowania nie ma. Gdzie, jeśli nie od swojego terapeuty, klient miałby się dowiedzieć, że orientacja seksualna to pomysł z końca XIX wieku, że określenia „homoseksualizm" i „heteroseksualizm" nie istniały wcześniej. Dla części klientów będzie to bardzo otwierająca – intelektualnie i emocjonalnie, opowieść.

Czyli bardzo ważnym czynnikiem jest, pozwolę sobie sparafrazować, żeby w tym spotkaniu terapeutycznym osoba doznająca przemocy uświadomiła sobie, że jest obiektem wielu kulturowych, społecznych, historycznych opresji?

Tak.

To chyba straszna rzecz, uświadomienie sobie czegoś takiego?

Dla wielu klientów taka świadomość rzeczywiście bywa w przeżyciu bardzo trudna. Jednak myślę, że z czasem okazuje się naprawdę lecząca, pomocna. Leczące może być uświadomienie sobie, że tożsamości seksualne i genderowe, choć są po części uwarunkowane biologicznie, są również społecznie i kulturowo konstruowane. Żeby nie pominąć aspektu społeczno-kulturowej konstrukcji seksualności i genderu, w prowadzonej przez siebie terapii sięgam po perspektywę teorii queer. Teoria ta jest bezcenna, jeśli chodzi o podkreślenie kulturowo-społecznych uwarunkowań seksualności i genderu; jest bezcenna w sytuacjach, kiedy do gabinetu zgłasza się osoba, której seksualność i/lub gender nie mieszczą się w udostępnianych przez heteronormę konstrukcjach. Może to być osoba, która mówi np.: Mam orientację seksualną, ale nie jestem ani hetero-, ani bi-, ani homoseksualna. Jeśli ona się w tym „wyrabia", jeśli nie ma wokół tego tożsamościowych trudności i w żaden sposób nie jest to u niej przyczyną dyskomfortu, to po prostu to przyjmuję. Mówię: Acha i pracuję dalej. Doświadczenie tej osoby, w jej przeżyciu, nie jest opisywane przez kategorie orientacji seksualnej wymieniane w specjalistycznych książkach. Czy to oznacza, że taki klient bądź klientka ma w związku z tym problem ze swoją orientacją seksualną? Nie musi tak być! Ludzka seksualność i gender są bardziej niepowtarzalne i różnorodne, niż chciałoby wielu seksuologów i psychoterapeutów. Jednak to ich problem, nie klienta czy klientki.

Czyli jednym z czynników pomagających, leczących jest uświadomienie sobie, że jest się obiektem opresji. Osoba zaczyna rozumieć lepiej swoje położenie, swoje otoczenie, ale uświadamia sobie, że jest ofiarą. W jaki sposób to może być lecz̨ące?

Ona czy on, przychodząc do gabinetu, ma świadomość, że doświadcza opresji. W pracy z terapeutą czy psychologiem ma szansę zobaczyć, że to jest bezzasadne i niesprawiedliwe. A przecież nie zawsze, od samego początku, klient czy klientka o tym wie. Kwestia niesprawiedliwości jest tutaj dla mnie czymś odrębnym od bezzasadności. Naprawdę nie ma podstaw, by orientacja seksualna i/lub gender stanowiły dla kogoś przyczynę lub były motywacją do stosowania przemocy.

I jak to jej pomaga, skoro kiedy kończy się sesja, ona wychodzi z gabinetu i wraca do tego kontekstu społecznego, który ją krzywdzi?

Moje doświadczenie jest takie, że to pomaga. Doświadczanie przemocy może destruktywnie wpływać na sposób, w jaki osoba przeżywa siebie. Rozmawiamy z nią więc o wątkach dotyczących seksualności, genderu, a w szczególności o tym, jak przeżywa swoją seksualność, własny gender. Świadomość, że to jak przeżywa się własną orientację seksualną i/lub gender jest w porządku, pomimo, że jest to sposób odmienny od tego, który charakteryzuje większość społeczeństwa, może być leczące. Taka rozmowa nie wzmacnia negatywnego obrazu siebie, który można „nabyć", doświadczając homo-, trans-, czy bifobicznej przemocy. Dialog terapeuta-klient ma szansę zapobiec nieadekwatnemu procesowi poszukiwania winy w sobie. Fakt, że klient czy klientka nie uwewnętrznia homo-, trans- czy bifobicznych przekonań, może bardzo zmienić jego/jej sytuację i jego/ją umocnić. Osoba taka zmieni sposób widzenia siebie, rozpozna, że bezzasadnie jest poddawana przemocy. Czy to mało?

Ja mam w sobie duszę aktywisty i się zastanawiam, czy Pana zdaniem to wystarczy, dla psychologa: czy taki cel i efekt wystarczy w tej relacji terapeutycznej?

Nie mam wpływu na to, czy ta osoba nie spotka na swojej drodze kogoś, kto będzie próbował ją skrzywdzić po raz kolejny. Natomiast, jako psychoterapeuta, mogę pracować tak, żeby pomóc jej przeżyć kolejną, ewentualną konfrontację w zupełnie inny sposób. To mogę zrobić podczas udzielania pomocy psychologicznej w gabinecie. Czy zmiana w kliencie/klientce, pojawiająca się podczas pracy z terapeutą jest dla mnie wystarczającym rezultatem terapii? Kiedy myślę o pracującej wspólnie, w pewnym sensie wyizolowanej parze klient-terapeuta, moja odpowiedź brzmi: tak; kiedy uświadamiam sobie siłę opresyjnego kontekstu społeczno-kulturowego, który „przyprowadził" klienta do mojego gabinetu, odpowiadam: zmiana powinna mieć dużo szerszy zasięg, powinna zachodzić także poza gabinetem – w naszych miejscach pracy, domach, sejmie, gabinetach psychologów i terapeutów. Ten drugi rodzaj zmiany staram się wspierać tak, jak to dla mnie możliwe. Uważam, że jestem takim mini-aktywistą w kwestiach psychologii i psychoterapii LBGTQIA. Prowadzę wykłady i warsztaty na konferencjach, organizuję

szkolenia – wszędzie tam staram się wpływać na sposób myślenia i postępowania innych psychologów i terapeutów.

Nie mówię, że nie zdarzają mi się językowe, heteronormatywne „wpadki", bo zdarzają. Natomiast mam poczucie, że sam dla siebie wykonałem dużą, osobistą pracę dotyczącą własnych, heteronormatywnych ustosunkowań i przekonań, własnego heteroseksizmu, własnej seksualności, własnego genderu. Myśląc o mojej pracy psychoterapeuty,ś nie wyobrażam sobie, że mogłoby być tak, że w gabinecie staram się pracować nad refleksyjnością klienta w odniesieniu do heteronormy, heteroseksizmu, innymi słowy: zewnętrznej, społeczno-kulturowej opresji, a potem wychodzę z gabinetu i tę heteronormę świadomie wzmacniam. Trudno mi sobie wyobrazić, jak jedna osoba mogłoby mieścić takie dwa, sprzeczne ze sobą aspekty w środku.

Jednocześnie, doświadczyłem już kontaktu z psychologami, którzy deklarując, że chcą pracować z pełną świadomością tego, w jaki sposób heteronormatywność oraz heteroseksizm wpływają na funkcjonowanie klientów LGBTQIA, po sesji terapeutycznej lub superwizji mówili coś ewidentnie wskazującego na posługiwanie się heteronormatywnymi stereotypami. Ci psychologowie i terapeuci nie byli jednak tego świadomi i spodziewam się, że chcieliby wiedzieć, że się nimi posługują. Oni, najzwyczajniej w świecie, prawdopodobnie nie zdawali sobie sprawy, że wypowiadane przez nich sądy, opinie, hipotezy, to stereotypy. Ten przykład pokazuje, że istnieją osoby, które pracując na sesjach w sposób raczej afirmatywny, po spotkaniu z klientem mogą – nie mając tego świadomości – mówić lub robić coś nieafirmatywnego względem różnorodności seksualnej i genderowej, heteroseksistowskiego czy w inny sposób wspierającego heteromatriks, przez co wzmacniać negatywne nastawienia do osób homoseksualnych, biseksualnych, czy osób trans.

W takim razie dla kogo to jest praca? Czy pomocą psychologiczną dla osób LGBTQIA może zajmować się każda osoba pomagająca, każdy terapeuta? Zakładam, że świadomość oraz gotowość do przepracowywania w gabinecie kwestii wpływu relacji społecznych na klienta, umiejętność rozpoznawania tego wpływu i nazywania go, to wyjątkowa kompetencja.

Mam kolegów, którzy nie rozumieją „o co mi chodzi z tą seksualnością i genderem", dlaczego ja tak podkreślam specyfikę klientów LGB-

TQIA. Zdarza się, że prezentują oni taki oto, prosty sposób widzenia całej sprawy: ewentualna specyfika nie jest aż tak kluczowa, nie ma co się na niej zbytnio koncentrować; siada się w fotelu i pracuje. Ja się z tym nie zgadzam. Z jednej strony, rzeczywiście: osoba, która skończyła całościowe szkolenie w zakresie profesjonalnej psychoterapii, powinna być przygotowana do prowadzenia sesji psychoterapeutycznej. Wie jak to się robi, zna psychoterapię, jako swego rodzaju pomocową instytucję – tego bym się spodziewał. Z drugiej strony nie wyobrażam sobie, aby decydując się na pracę z osobami LGBTQIA, siadała w fotelu bez wiedzy na temat seksualności i genderu oraz tego, w jaki sposób uwarunkowania społeczno-kulturowe wpływają na dobrostan, funkcjonowanie tej grupy klientów.

Druga rzecz, jeżeli – jako psycholog czy psychoterapeuta – siadasz w fotelu bez rozpoznania wątków związanych z własną seksualnością i genderem, to przynajmniej w części sytuacji, w niektórych procesach terapii, będzie to prosta droga do terapeutycznej katastrofy. Przykład, który uważam za szczególnie trafiony, to sytuacja, kiedy przychodzi do terapeuty klient, mający niezgodę na swoją homoseksualną orientację, a terapeuta ma … dokładnie ten sam problem. Proszę sobie wyobrazić, że rozpoczęliby współpracę. Źle wróżę takiemu kontaktowi. Jest szansa, że ten terapeuta wszystkie swoje obawy, lęk, stereotypy związane z potrzebami homoseksualnymi przekaże klientowi. Uważam też, że bez względu na to, jakiemu klientowi terapeuta by nie pomagał, to warto aby przepracował on wątki dotyczące własnej seksualności i genderu. Przecież nie zawsze seksualność i gender w terapii muszą oznaczać homoseksualność, biseksualność, transgenderyzm itd. Czasem będzie tak, że przyjdzie do psychologa czy psychoterapeuty klient bądź klientka, którzy dobrze odnaleźli się w heteronormie, czy odnaleźli się w heteronormie w większości aspektów. Jednocześnie mogą mieć trudności związane ze stereotypami genderowymi, na przykład ze spełnianiem określonych ról społecznych, które zwykle przypisane są tylko jednej płci. Jeżeli terapeuta nie ma świadomości tego, jak wygląda aktualna sytuacja społeczno-kulturowa kobiet i mężczyzn, jak ona się zmienia, jak zmieniają się modele rodziny, to myślę, że jego możliwości pomocy będą

ograniczone. Nie będzie posiadać istotnej wiedzy, bo umiejętności ma, która pozwoliłaby klientowi zobaczyć własne trudności także przez pryzmat oczekiwań heteronormatywnego społeczeństwa i kultury.

Czy można być dobrym terapeutą bez tej wiedzy?

To jest jedno z tych trudniejszych pytań... Spotkałem na swojej drodze zawodowej takich terapeutów, którzy o ile nie natrafili na wyrażone wprost wątki LGBTQIA, byli świetnymi, bardzo dobrymi terapeutami dla osoby, którą wspierali. Empatycznymi, sprawnymi technicznie i pomocnymi. Natomiast ci sami terapeuci, skonfrontowani bezpośrednio z kwestiami LGBTQIA, okazywali się merytorycznie niegotowi do dalszej pracy, przykładowo: nie posiadali wiedzy na temat orientacji seksualnej. Korzystali z takich sposobów rozumienia orientacji seksualnej, czy koncepcji jej powstawania, które były dyskryminujące, marginalizujące oraz niezgodne z aktualną wiedzą naukową na ten temat. Nie odważyłbym się jednak powiedzieć, że to byli źli, nieodpowiedni terapeuci, bo dla części klientów oni sprawdzili się prawdopodobnie stuprocentowo. Natomiast w momencie, gdy przychodził do nich klient LGBTQIA, okazywali się nieprzygotowani. Spodziewałbym się, że mógł to być podwójny brak przygotowania. Po pierwsze, niedostatek wiedzy na temat seksualności i genderu. Po drugie, brak osobistej pracy, stąd rozeznania odnośnie do własnej seksualności i genderu.

Czy zgodziłby się Pan z tym, że każdy terapeuta może uznać: „OK, to jest część specjalizacji, ja się tym nie zajmuję po prostu, jestem dobry w innych rzeczach"?

Kiedy się nad tym zastanawiam, to rodzą się we mnie duże wątpliwości, bo to jest dokładnie ta sama historia, o której rozmawialiśmy przed sekundą. Wątki związane z seksualnością i genderem mogą się nie pojawiać wprost, ale mają szansę okazać się w pewnym stopniu ważne w przypadku każdego klienta, choćby w temacie stereotypów genderowych. Spodziewałbym się, że terapeuta, czy terapeutka, o których mówi Pan w pytaniu, napotka tutaj trudność. A nie muszą to przecież być klienci LGBTQIA. To może być heteroseksualny, cisgenderowy klient, co nie zmienia tego, że może mieć kłopot w odniesieniu do ról genderowych. Nie mając wcześniejszego przygotowania, wspomniani terapeuta czy terapeutka mogą w takiej pracy z klientem odczuwać dyskomfort, tym

większy, że z dużym prawdopodobieństwem nie uświadamiają sobie, że stosunki społeczne mogą być regulowane inaczej niż heteronormatywnie. Chodzi więc o nabywanie nowej wiedzy, aktualizowanie własnych nastawień i postaw – cały czas zakładam, że umiejętności pomocowe taki terapeuta ma. Uważam, że trzeba wiedzieć, że istnieje coś takiego, jak heteronormatywność, homofobia, bifobia, transfobia, żeby zacząć sobie zdawać sprawę, że być może moje zachowania i moje przeżycia dotyczą dokładnie tych obszarów, w obydwóch aspektach – a więc np. zarówno używania heteronormatywnych przekonań, jak i podlegania heteronormatywnej opresji. Terapeuci muszą najpierw posiąść wiedzę, z której później mogliby korzystać, próbując lepiej zrozumieć własne doświadczenia i świat osobistych przeżyć, związanych z ich seksualnością i genderem. Zwykle uniwersyteckie studia w Polsce nie zapewniają takiego merytorycznego przygotowania. Trzeba zdobyć je gdzieś poza programem uczelni albo próbować przygotować się samemu. Jednak, chcę to podkreślić raz jeszcze, tu nie chodzi tylko o wiedzę. Kolejnym, niezbędnym etapem jest praca nad sobą, swoją seksualnością, genderem i nastawieniami do nich. Brak takiego zaangażowania terapeuty we własny rozwój może skutkować późniejszą niemożnością sięgania po empatię, kiedy klient będzie się z nami dzielił swoimi doświadczeniami podlegania opresji. Zwyczajnie nie będziemy wiedzieli „o czym mówi". Cała ta opresyjność płynąca z heteronormatywności zostanie pustą, raczej teoretyczną historią przeczytaną w książce, którą przecież w końcu odkłada się na półkę.

Chodzi o pracę na postawach?

Tak, praca na postawach jest według mnie bardzo istotna. Kiedy pracuję z terapeutami podczas szkoleń, to nie informuję ich dyrektywnie, które postawy należałoby uznać za poprawne, etyczne itd., a które nie. Prezentuję natomiast własne stanowisko, po czym badamy wspólnie z uczestnikami ich postawy, sprawdzamy, z czego one wynikają. Zdecydowanie staram się nie wchodzić względem uczestników w rolę tego, który wie lepiej lub najlepiej, na zasadzie: Teraz Ci powiem, jak to (czyli pomoc psychologiczna osobom LGBTQIA) powinno wyglądać. Natomiast mówię na przykład: Uważam, że podjęcie kontraktu na konwer-

się orientacji homoseksualnej jest przejawem dyskryminacji ze względu na orientację seksualną. Hmm … Kiedy teraz o tym mówię, o zawieraniu kontraktu na zamienianie osoby homoseksualnej w heteroseksualną, to uświadamiam sobie, że ja w zasadzie jasno stwierdzam: To według mnie nie jest etyczna postawa. Tak, taki kontrakt nie spotka się z moją akceptacją. Gdyby inny terapeuta przyszedł i powiedział mi, że robi coś takiego – próbuje konwersji orientacji seksualnej, to moja reakcja nie byłaby neutralna. Byłbym poruszony, dał temu wyraz i uzasadnił merytorycznie swoje odmienne stanowisko. Wskazuję więc, jaka postawa według mnie nie jest OK. Istotnie, rzeczywiście nie jest tak, że jestem…

…neutralny?

Na ten moment przyjmuję taką właśnie postawę. Jako psycholog funkcjonujący w swoim środowisku zawodowym, daję się poznać, jako osoba nieneutralna i zaangażowana. Bardzo jasno prezentuję swoje poglądy. Prowadząc wykład, czy warsztat, opisuję określony, afirmatywny model pracy z seksualnością i genderem – w tym sensie nie pozostaję neutralny. Jednocześnie jest tak, że gej, lesbijka czy osoba transseksualna, nie otrzymają w moim gabinecie jakiejś lepszej pomocy albo lepszego wsparcia tylko dlatego, że mają nienormatywną orientację seksualną i/lub gender. Staram się być tak samo zaangażowanym i kompetentnym terapeutą dla wszystkich moich klientów. Natomiast w odniesieniu do niekorzystnej sytuacji społeczno-kulturowej osób LGBTQIA, kiedy biorę udział w forum wymiany zawodowej psychologów i psychoterapeutów, pozostaję nieneutralny w sensie wspomnianym wcześniej.

Neutralność nie jest wartością w takim razie najważniejszą dla Pana?

Uważam, że dopóki sytuacja społeczno-kulturowa osób LGBTQIA jest związana z opresją, nieuzasadnione jest zachowywanie neutralności na forum wymiany zawodowej z innymi psychologami czy psychoterapeutami. Pozostawanie za wszelką cenę neutralnym zamyka możliwości wskazywania, że klienci LGBTQIA podlegają silnej opresji, także w części gabinetów psychologicznych i terapeutycznych. Doświadczanie społecznej opresji nie ma nic wspólnego z neutralnością. Jednocześnie, odróżniałbym brak neutralności od zideologizowania procesu terapii.

Przykładowo, uznałbym za własny błąd, gdyby stało się tak, że moje zaangażowanie w sprawy LGBTQIA zaczęłoby się przenosić na pracę zawodową w taki sposób, że z emancypacji osób LGBTQIA uczyniłbym sobie ramę, organizującą praktykę terapeutyczną.

Proszę poczekać... to znaczy, że emancypacja nie może być celem w kontakcie terapeutycznym?

Może być celem. Jednocześnie zaniepokoiłoby mnie, jeżeli ponad wszystkimi innymi kwestiami, z każdym swoim klientem czy klientką stawiałbym wątki emancypacyjne. Emancypacja społeczna i kulturowa jest rzeczywiście jednym z elementów rzeczywistości osób LGBTQIA, ale nie dla wszystkich kluczowym i nie jedynym. Nawet, jeśli jednym z ważniejszych czy najważniejszym, to nie jedynym. Obawiałbym się sytuacji, w której tracę z oczu inne sprawy i zajmuję się tylko i wyłącznie tym, jakim opresjom podlega mój klient, tylko stresem mniejszościowym i tylko zinternalizowaną homo- czy transfobią. Oprócz tego ta osoba ma mnóstwo innych właściwości, może również trudności psychologicznych, które mogą nie mieć aż tak wiele wspólnego z kwestiami seksualności, czy genderu, jak sprawy opresji i emancypacji społeczno-kulturowej.

Czy można odizolować zupełnie trudności psychologiczne od powiązania z różnymi tożsamościami, które osoba ma jednocześnie i kontekstem społecznym tworzącym opresję?

Nie za bardzo. Na różne właściwości klienta kwestie seksualności i genderu wpływają w pewnym stopniu. W stopniu większym lub mniejszym, ale wpływają. Trudno mi sobie wyobrazić taką sytuację, kiedy np. identyfikuję się jako mężczyzna, moja tożsamość genderowa jest męska i to nie wpływa, nie stanowi ramy dla różnych sytuacji, w które w życiu wchodzę, dla relacji, jakie buduję. Ta identyfikacja jest rodzajem soczewki, przez którą oglądam świat. Jeżeli żyję w heteronormie i w społeczeństwie, które patriarchat uznaje za istotną wartość to fakt, że jestem mężczyzną stanowi moją bardzo ważną właściwość. Można się spodziewać, że kiedy siedzę w gabinecie, to moje pierwsze reakcje, pierwsze pomysły i pierwsze obrazy, jakie widzę w głowie, mają szansę być przepuszczane właśnie przez tę soczewkę. Muszę wziąć to pod uwagę. Tylko wtedy, przykładowo pracując w terapii z kobietą, będę

w stanie dostrzec jak coś, co dla mnie – mężczyzny może się wydawać oczywiste czy łatwe w patriarchalnym kontekście społecznym, dla niej może być wyjątkowo trudne. Żeby to zobaczyć, muszę być świadomy swojej tożsamości i zdawać sobie sprawę z tego, jakie z jej posiadania wynikają konsekwencje na co dzień, w tym w praktyce terapeutycznej.

Jakie dobre praktyki i wskazówki może Pan przekazać innym specjalistom i specjalistkom w kontekście pracy z osobami LGBTQ?

Ważnymi elementami dobrej praktyki terapeutycznej, „dziejącymi się" w dużej mierze poza gabinetem, są: zdobywanie aktualnej wiedzy i praca nad sobą. Moglibyśmy teraz kolejno wymieniać poszczególne składowe leczącej relacji terapeutycznej z osobą LGBTQIA, czyli m.in.: świadomość terapeuty odnośnie do swojej heteronormatywności, swojego heteroseksizmu, świadomość stereotypów genderowych, które posiada, świadomość własnej homo-, bi- oraz transfobii, bycie uważnym na pogłębioną diagnozę sytuacji klienta. Proszę jednak zwrócić uwagę, że wszystkie te „cegiełki" da się sprowadzić do dwóch wymiarów: poszerzania wiedzy na temat seksualności i genderu oraz zwiększania samoświadomości terapeuty w tych obszarach. Przykładem kluczowego znaczenia wyczerpującej diagnozy sytuacji klienta dla późniejszego niesienia pomocy psychologicznej, może być sytuacja homoseksualnego mężczyzny, który jednocześnie jest niepełnosprawny np. ruchowo. Jeżeli nie rozpoznamy wątków, które płyną z posiadania tożsamości homoseksualnej oraz – w tym samym momencie – tożsamości zorganizowanej wokół faktu bycia niepełnosprawnym, nie będziemy mieli pełnego obrazu sytuacji tej osoby. Proszę zauważyć: tożsamość homoseksualna konstruowana jest społecznie, jako hiperseksualna, natomiast niepełnosprawność dla sporej części społeczeństwa nadal oznacza brak seksu i seksualności. Nasz klient będzie musiał negocjować między tymi dwiema tożsamościami. Czy my, niosący pomoc, jesteśmy tego konfliktu świadomi? Uważam, że stopień, w jakim będziemy mogli pomóc tej osobie, może zależeć od odpowiedzi udzielonej przed chwilą.

Wspomniałem również, że dobra praktyka pomocowa w kontakcie z klientami LGBTQIA, jest dla mnie jednoznaczna z pracą nad coraz lepszym rozumieniem własnej seksualności i genderu. Przykładowo, w pro-

cesie niesienia pomocy psychologicznej osobom o orientacji odmiennej niż heteroseksualna, chodziłoby m.in. o świadomość własnych potrzeb homoseksualnych. Są, czy nie? Jeżeli odpowiedź byłaby twierdząca, otwierałaby drogę dla następnego pytania – o to, czy są realizowane. Gdyby okazało się, że te potrzeby nie znajdują spełnienia, to – zanim usiądzie w fotelu przed homo- lub biseksualnym klientem – sugerowałbym terapeucie, by zadał sobie pytanie: z jakiego względu nie? Jeśli znaleziona odpowiedź wskazywałaby na uwewnętrznioną, własną homofobię terapeuty, to może lepiej by tego akurat klienta nie zapraszał do wspólnej pracy. Opisuję elementy dobrej praktyki pomocowej. Jak wspomniałem, sprowadzają się one do dwóch aspektów: edukacji oraz osobistej pracy nad sobą. Zdobywanie nowej wiedzy na temat osób LGBTQIA oraz ich życia może odbywać się na różne sposoby. Warto rozważyć udział w szkoleniu, sięgnięcie po literaturę piękną, w której nie brakuje przecież bohaterów LGBTQIA czy po filmy poruszające kwestie LGBTQIA. Jeśli to możliwe, uważam, że warto poznać na gruncie zawodowym i/lub prywatnym osoby LGBTQIA. Zwykle obawiamy się, doklejamy etykietki tym, których nie znamy. Nie czekałbym więc zbyt długo. Zachęcam do konfrontowania wyobrażeń, szczególnie zbudowanych na gruncie literatury psychologicznej niskiej jakości, z rzeczywistością.

Jakie są wyzwania (ograniczenia) związane z funkcjonowaniem w instytucjach psychologicznych/instytucjach pomocy w obszarze LGBTQ? Jakie korzyści?

Podstawowa korzyść, to wiele głów, z których każda może mieć pomysł, związany z niesieniem pomocy w określonej sytuacji. Ograniczenie, jakie napotkałem w zespołowej pracy pomocowej na temat wątków LGBTQIA, to niejednorodność stanowisk, jeśli chodzi o patologizowanie wątków LGBTQIA. Można by próbować twierdzić, że to po raz kolejny cenny pluralizm, „pięknie się różnimy". Jednak, przykładowo, ponad dwadzieścia lat po depatologizacji homoseksualności przez Światową Organizację Zdrowia, ponowne zastanawianie się, czy homoseksualny klient jest zaburzony, bo jest homoseksualny, to strata czasu – zarówno zespołu pomocowego, jak i tego klienta. Z takich własnych doświadczeń „wyrósł" zresztą mój pomysł, realizowany, powołania do życia grupy superwizyjnej dla terapeutów pracujących z klientami LGBTQIA; zastrzeżeniem

organizacyjnym, jeśli chodzi o dołączenie do tej grupy, był niepatologizujący stosunek do ludzkiej seksualności i genderu. Ta grupa już pracuje. Nie tracimy czasu na zastanawianie się, czy homo- i biseksualność to psychopatologia. Jesteśmy przekonani, że nie. Myślę, że dla naszych klientów (należę do tej grupy superwizyjnej) to duży komfort. Afirmatywna praca, czyli oparta na szacunku i akceptacji dla różnorodności tożsamości seksualnych i genderowych, potrzebuje afirmatywnej superwizji. Nie ma innej możliwości. „Pomagacz" może się posługiwać perspektywą, rozpatrującą nienormatywne orientacje seksualne i gendery, jako przejaw różnorodności, i pracować w afirmatywnym podejściu. Jeśli jednak trafi na superwizora, któremu bliskie będą wątki związane z naprawianiem, leczeniem, poprawianiem nienormatywnych orientacji seksualnych i genderów, to Ci dwaj profesjonaliści raczej się nie dogadają. Szczególnie trudna jest sytuacja, kiedy początkujący terapeuci trafiają do superwizorów, którzy uczą swoich superwizantów homo-, bi- czy transfobicznych postaw. Będzie to ze szkodą dla tego terapeuty, ale przede wszystkim – dla klienta. Przy okazji, proszę zauważyć, jak mało mówi się o superwizji pracy terapeutycznej z klientami LGBTQIA. Sporo czasu poświęca się na refleksję odnośnie do terapeutów, a przecież terapeuta pomaga pod superwizją. Uważam, że przyszedł czas nie tylko na rozmowę o jakości terapii, ale także o jakości superwizji, obejmującej wątki LGBTQIA, wątki: klienta, terapeuty i superwizora (!).

Czym jest ten stosunek do seksualności i genderu z perspektywy różnorodności?

Chodzi o rozpatrywanie różnych orientacji seksualnych, wariantów tożsamości genderowej, ról genderowych, płci biologicznej, jako przejawu różnorodności, która cechuje ludzką seksualność i gender. Użycie słowa różnorodność oznacza przeniesienie punktu ciężkości z pytania: „Co tu poszło nie tak?", na ciekawość, której towarzyszą akceptacja i szacunek. To byłby „punkt startu" udzielania pomocy psychologicznej z perspektywy, która akcentuje różnorodność. Proszę pamiętać, że ta różnorodność seksualna i genderowa dotyczy nie tylko klienta, ale także jego terapeuty (warto by dodać: również superwizora wspomnianego terapeuty). To bardzo ważna uwaga, świadomość. Jeśli przeglądnąłby Pan programy całościowych szkoleń dla przyszłych psychoterapeutów,

to na palcach jednej ręki zliczy Pan te, podczas których jest jakikolwiek blok tematyczny, dotyczący LGB; T może w ogóle brakować. Na szkoleniach z zakresu terapii nie ma zajęć, które dotyczyłyby wprost seksualności i genderu terapeutów. W efekcie, jeżeli student nie zainteresuje się tym sam, nie będzie miał takiej potrzeby albo jego terapeuta go o to nie „zahaczy" podczas terapii treningowej, to jest szansa, że przejdzie on cały cykl szkoleniowy w ogóle bez poruszenia wątków związanych z własną seksualnością i genderem. Po czym siądzie w fotelu i zacznie wspierać poszerzanie czyjejś samoświadomości odnośnie do seksualności i genderu. Jestem zdania, że nie stanie się najlepiej, jeśli dla terapeuty i klienta – równocześnie – będzie to doświadczenie pierwszorazowe...

Wychodziłoby na to, że terapeuta nie ma genderu ani seksualności? Terapeuta jest neutralny, ma wiedzę, interwencje…

Tak, to niezwykłe, że kiedy się spojrzy na te szkolenia, to rzeczywiście jest niewiele lub nic o terapeucie, za to dużo uwagi poświęca się seksualności klientów. Na temat seksualności klientów powstało szereg koncepcji; w niektórych podejściach terapeutycznych to właśnie seksualność ma być trzonem, decydującym o psychologicznym kształtowaniu się klienta. O kliencie zawsze i dużo. Natomiast terapeuta „czysty jak łza".

To może dobrze, jakby terapią osób LGBTQ zajmowali się terapeuci mający właśnie taką tożsamość? Pewnie łatwiej byłoby im zrozumieć klientów.

To dobry moment na odpowiedź, uznawaną stereotypowo za ulubioną wśród psychologów: „To zależy". Rzeczywiście, terapeuta identyfikujący się przykładowo, jako homo- lub biseksualny będzie dysponował osobistym doświadczeniem, którego heteroseksualny terapeuta nie ma: społeczno-kulturowym doświadczeniem bycia w społeczeństwie i kulturze, jako osoba nieheteroseksualna Jestem pewny, że to może być niezwykle pomocne w lepszym rozumieniu klientów LGB. Wyobrażam sobie również, że część klientów będzie się czuła bardziej swobodnie wiedząc, że jego terapeuta czy terapeutka jest osobą homo- czy biseksualną. Jednocześnie obawiałbym się ogłaszania w tej sprawie takich prostych zależności. Według mnie fakt bycia osobą homo- lub biseksualną, sam w sobie, nie stanowi dostatecznego przygotowania do udzielania pomocy psychologicznej osobom LGB. To, że tożsamość terapeuty

jest homo- lub biseksualna nie oznacza jeszcze, że jest on przygotowany do takiej pracy pomocowej, w kategoriach potrzebnej wiedzy oraz świadomości własnej seksualności i genderu. A jak z ujawnianiem się przez terapeutę? Jestem zdania, że sytuacja w której terapeuta czy inna osoba pomagająca, nie decyduje się na ujawnienie swojej orientacji seksualnej, jest powtórzeniem tego, z czym osoba homo- czy biseksualna styka się na co dzień. Proszę zauważyć, że regulacja społeczna w tej sprawie jest następująca: o orientacji seksualnej się nie mówi, w szczególności o innej niż heteroseksualna. Spodziewałbym się, że powtórzenie tego w gabinecie, w relacji z terapeutą, który niejednokrotnie jest dla swojego klienta modelem zachowania w różnych, społecznych sytuacjach, może u klienta wzmocnić wspomniany wcześniej przekaz: Nawet mój terapeuta nie mówi o orientacji. Jeśli mój terapeuta nie mówi, to znaczy, że rzeczywiście nie należy o tym mówić. Uważam, że byłoby to ze szkodą dla klienta. Jeśli klient pyta swojego terapeutę o orientację seksualną, to warto zaciekawić się, w jaki sposób to jest dla niego istotne i jak ta informacja może wpłynąć na relację terapeutyczną. Natomiast, z samej orientacji ostatecznie nie robiłbym tajemnicy. Ważnym warunkiem jest tutaj, oczywiście, gotowość terapeuty do tego, by ujawnić swoją orientację. Jest on stroną relacji terapeutycznej i ma prawo zadbać o swój osobisty komfort, bezpieczeństwo. Dobrze natomiast, żeby zawsze miał świadomość relacyjnych konsekwencji wycofywania się z odpowiedzi na różne pytania, nie tylko to, dotyczące orientacji seksualnej.

Można być faktycznie dobrym terapeutą, pomagać osobom LGBTQ, jeśli się nie robi tego też poza relacją terapeutyczną?

Kiedy to słyszę, uświadamiam sobie własną czujność: o co może chodzić, że ktoś inaczej funkcjonuje w gabinecie, inaczej na zewnątrz? O czym to mogłoby świadczyć?

Był Pan wczoraj na paradzie?

Byłem, pewnie.

I jakie odniósł Pan wrażenia?

Po drugiej stronie była mała kontrpikieta. Panowie trzymali duży baner, na którym było napisane „CHCEMY MĘSZCZYZN A NIE CIOTY". Bardzo intensywnie machaliśmy do tych panów.

ODRZUCENIE ZAŁOŻEŃ O ISTNIENIU JAKICHKOLWIEK OCZYWISTOŚCI – ROZMOWA Z KATARZYNĄ BOJARSKĄ

Katarzyna Bojarska – dr n. hum., absolwentka psychologii, seksuolożka, nauczycielka akademicka, trenerka, edukatorka seksualna i badaczka społeczna. Pracuje w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego oraz w Poradni Zdrowia Psychoseksualnego „BezTabu". Od 2002 r. wykłada na Uniwersytecie Gdańskim przedmioty z zakresu seksuologii oraz psychologii płci i seksualności. W 2002 roku wprowadziła na rodzimej uczelni pierwszy w Polsce kurs akademicki w całości poświęcony problematyce homoseksualności i biseksualności, przygotowujący studentów psychologii do przyszłej pracy pomocowej z osobami LGB. Ma wieloletnie doświadczenie w udzielaniu pomocy psychologicznej – indywidualnej, partnerskiej, rodzinnej i grupowej – osobom homoseksualnym, biseksualnym, transpłciowym i interseksualnym oraz ich heteroseksualnym bliskim (rodzicom, współmałżonkom, rodzeństwu, dzieciom). Od 2005 roku prowadzi zajęcia na podyplomowych kursach i studiach seksuologicznych. Wykładała jak dotąd m.in. w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu, w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Sopocie, na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, na Queer Studies w Warszawie, a także na kursach realizowanych w ramach poradni seksuologicznej „BezTabu". Od 2002 roku przeprowadziła kilka tysięcy godzin szkoleń, wykładów, treningów i warsztatów w zakresie problematyki LGBTQIAF, seksuologii i psychologii płci oraz seksualności.

Katarzyna Dułak: Jesteś uznaną specjalistką w dziedzinie poradnictwa dla osób LGBTQ – co wydaje ci się szczególnie ważne? Czym kierujesz się w pracy?

Katarzyna Bojarska: W pracy pomocowej z osobami LGBTQ, moim zdaniem, podstawą jest afirmatywne, bezlękowe i naturalne traktowanie tożsamości czy też orientacji seksualnych i tożsamości płciowych klien-

tek i klientów. Drugą kwestią jest kształcenie się w dziedzinie psychologii LGBTQ, ponieważ wiedza na ten temat wykracza poza potoczne intuicje, nawet jeżeli terapeuci sami są osobami LGBTQ. Niezależnie od naszej własnej tożsamości (orientacji) seksualnej, heteronormatywna socjalizacja utrudnia nam wgląd w kontekst historyczny, społeczno-kulturowy i psychologiczny, w którym funkcjonują osoby LGBTQ. Nawet jeżeli z doświadczenia znamy realia życia codziennego osób LGBT, to nie przekłada się to automatycznie na wgląd w mechanizmy, które tymi realiami rządzą. Reasumując, ważna jest metawiedza, która wyjaśnia codzienne doświadczenie i stany psychiczne osób LGBTQ. Moim zdaniem nie da się jej zdobyć bez wysiłku i zamierzonego kształcenia.

Ważny jest też sposób, w jaki mówimy. Chodzi o to, żeby nie był szufladkujący, stereotypizujący, medykalizujący ani dyskryminujący, zarówno wobec osób LGB, jak i transpłciowych. Na przykład, jeżeli arbitralnie „stawiamy diagnozę" i orzekamy, nawet na prośbę klientów, jaka jest ich „prawdziwa orientacja seksualna", to możemy przedwcześnie zamknąć te osoby w szufladce, z której ciężko będzie im wyjść (np. „skoro miała pani partnerów-mężczyzn, to nie jest pani lesbijką, lecz biseksualistką") i tym samym możemy zakłócić ich rozwój tożsamości. Świat zewnętrzny dostatecznie już szufladkuje ludzi i moim zdaniem w gabinecie warto się do tego nie przyczyniać. Jeżeli z kolei określamy tożsamość klientki czy klienta językiem medykalizującym, kojarzącym się z patologizacją tożsamości seksualnych (np. „skoro czuje się pan (!) kobietą, to stwierdzam u pana (sic!) zaburzenia tożsamości płciowej"), to tworzymy z tą osobą relację wyższości-niższości, moim zdaniem niesprzyjającą pomaganiu. Słowa, poza swoim znaczeniem słownikowym, niosą też określone ładunki emocjonalne i bagaż skojarzeń, czasami stereotypizujących czy też dyskryminujących.

Język, którym się posługujemy, nie powinien być heteronormatywny. Dobrą praktyką jest uważać na to, jak na przykład mówimy o związkach. Ważne, żeby w naszym języku od razu nie zakładać heteroseksualności klientów czy klientek. Przecież gdy ktoś wkracza do naszego gabinetu, to jeszcze nie wiemy, z czym ta osoba przychodzi. Zatem jeżeli pytamy kobietę, z którą spotykamy się pierwszy raz, o jej związek, używając męskiego rodzaju gramatycznego w odniesieniu do jej domniemanego

partnera, to możemy sprawić, że ta osoba już nigdy nie wróci do naszego gabinetu. Język powinien być otwarty na różnorodność i na to, że nasi klienci czy klientki niekoniecznie są osobami heteroseksualnymi. No i – bardziej ogólnie – ważne w pracy terapeutycznej w ogóle, a zwłaszcza z osobami LGBTQ, jest odrzucenie założeń o istnieniu jakichkolwiek „oczywistości". Pozory potrafią być bardzo mylące.

A jak to jest z osobami transpłciowymi? Na co warto zwrócić uwagę?

Na pewno wypada podążać za tożsamością płciową osoby, która się do nas zgłasza – w takim sensie, żeby zwracać się do niej w sposób odpowiadający jej tożsamości. Przejawem naszego respektu wobec osoby transpłciowej jest nieszufladkowanie i uszanowanie sposobu, w jaki ta osoba się identyfikuje. Może się zdarzyć, że w trakcie pracy może ulegać zmianie poczucie tożsamości płciowej danej osoby i wówczas może zachodzić potrzeba zmiany sposobu, w jaki się do niej zwracamy – mam na myśli rodzaj gramatyczny. I znowu sprawdza się zasada odrzucania założeń o „oczywistościach". Ponieważ kombinacja pomiędzy płcią somatyczną danej osoby, jej płcią metrykalną, rolą płciową, ubiorem i tożsamością płciową może być dowolna, to zamiast stawiać odgórne założenia, warto zupełnie naturalnym tonem (bez lęku i niepewności) pytać wprost, w jaki sposób mamy się do danej osoby zwracać. Chodzi o to, żeby zachować otwartość na wszelkie ewentualne możliwości, w tym na eksperymenty z tożsamościami u osób, z którymi pracujemy, i żeby naszym sposobem bycia tę otwartość okazywać. W takim sensie, aby… przestać się dziwić. Jeżeli będziemy okazywać zdziwienie tożsamością klientów, to możemy podkopać ich zaufanie do nas jako psychologów. To, oczywiście, zasada bardziej ogólna, wykraczająca poza pracę z osobami LGB czy transpłciowymi. Warto przestać dziwić się światu, tylko z otwartością się jemu przyglądać. Warto powściągać formułowanie natychmiastowych osądów czy kategoryzacji, a zamiast tego – z zaciekawieniem eksplorować sytuacje, w których nasze dotychczas żywione założenia zostały podważone.

Masz jakiś przepis, w jaki sposób się nie dziwić?

Pierwsza reakcja naszego umysłu jest automatyczna i natychmiastowa. Nie da się jej powściągnąć. Możemy natomiast ćwiczyć umiejęt-

ność oddzielania automatycznej reakcji umysłowej od jej wpływu na nasze zachowanie – werbalne i niewerbalne. Jeżeli okażemy zdziwienie niestandardową tożsamością klienta lub klientki, to ta osoba może poczuć się niepewnie i mieć wątpliwości, czy może nam powierzyć swoje sprawy.

Wróćmy do mechanizmów, o których mówiłaś na początku. Możesz o nich więcej powiedzieć?

Jasne. Chociaż niezależnie od tożsamości seksualnej wzrastamy w jednym społeczeństwie, a ono w podobny sposób nas socjalizuje, to ten sam świat oznacza coś innego dla osób wpasowujących się w heteronormy, a coś innego dla tych, które się poza nie wyłamują. Świat zachodni jest zorganizowany w sposób sprzyjający funkcjonowaniu osób heteroseksualnych i tradycyjnie „upłciowionych". To samo, co stanowi ułatwienia dla osób mieszczących się w heteronormie, często bywa utrudnieniem dla osób poza nią. Chociażby wszechobecne heteronormatywne założenia otoczenia. Heteroseksualność jest traktowana jako coś tak domyślnego i oczywistego, że o orientację seksualną się z reguły nie pyta. Po prostu zakłada się, że jest heteroseksualna. Osoba heteroseksualna nie musi regularnie prostować błędnych założeń rozmówców na temat własnej tożsamości seksualnej. Osoba LGBTQ musi wybierać pomiędzy ukrywaniem swojej tożsamości seksualnej lub płciowej a ujawnieniem jej. Jeżeli wybierze pierwszą opcję, to musi się mieć cały czas na baczności, co rodzi obciążenia psychiczne, napięcie stresowe, zwane „stresem mniejszościowym". Jeżeli wybierze opcję drugą, czyli ujawnienie własnej tożsamości, to część tego napięcia stresowego spada, ale pewna część pozostaje. Świat składa się z niezliczonej ilości ludzi żywiących heteronormatywne założenia. Jeżeli ujawnimy tożsamość LGBTQ przed jedną osobą i w ten sposób podważymy jej heteronormatywne wyobrażenia na nasz temat, to po niej spotkamy dziesięć kolejnych, które również błędnie założą naszą tożsamość. A kiedy również i je wyprowadzimy z błędu, to na miejsce każdej z nich przyjdzie dziesięć dalszych. I cały ten proces powtarza się w nieskończoność. Nieheteroseksualny coming out to jest bezustanna praca, ponieważ niezliczoną ilość razy musimy konfrontować się z sytuacjami, w których ktoś nas zmierzy heteroseksualną miarą. To jest jeden z elementów podtrzymujących stres

mniejszościowy. Ten rodzaj stresu dotyczy nie tylko ludzi LGBTQ, ale generalnie osób z grup społecznie defaworyzowanych. Na różne stresy dnia codziennego nakłada się jeszcze pewien poziom „szumu stresowego", specyficznego tylko dla osób z grup opresjonowanych. Wynika on z nieustannej mobilizacji do działania lub do podejmowania szybkich decyzji. Na przykład ciągle nastawiamy się, że ktoś może potraktować nas w oparciu o mylne założenia na temat naszej tożsamości. Możemy też trzymać wysoko gardę w oczekiwaniu, że ktoś może chcieć nam zrobić krzywdę. Jeżeli jesteśmy osobą LGBTQ, to bezustannie ocieramy się o czyjeś założenia, które nie pasują do naszego życia. I dlatego nawet jeżeli uporamy się ze swoją własną uwewnętrznioną homofobią albo transfobią lub dokonamy coming outu, to nasz stres mniejszościowy nadal będzie trwał, może tylko w mniejszym nasileniu. Jeżeli jesteśmy osobami LGBTQ, to jesteśmy w większym stopniu obciążeni pewnymi zadaniami, których nie musimy realizować, jeżeli jesteśmy heteroseksualni lub „upłciowieni" w sposób standardowy.

A jak ci się wydaje, czy postawy i światopogląd osoby udzielającej wsparcia osobom LGBTQ ma znaczenie w tej pracy?

Bez wątpienia ma znaczenie, ponieważ sposób, w jaki pracujemy, i rozwiązania terapeutyczne, które proponujemy, są wyznaczone przez uwewnętrzniony przez nas kontekst makro- i mikrokulturowy – kontekst, który nas ukształtował. Nasza mentalność w makroskali i mikroskali, jest produktem kultury, w której wzrastamy. W związku z tym nasz sposób widzenia świata będzie nam wyznaczał granice poznania i granice tego, co możemy zaproponować innym. Zatem nasz sposób patrzenia na świat i podejście do rzeczywistości, do relacji społecznych – nasza orientacja terapeutyczna czy sposób, w jaki się kształciliśmy do pomagania, bez wątpienia wpływają na to, co mamy do zaoferowania naszym klientom i klientkom.

A czy postawa wobec homo- czy biseksualności ma znaczenie?

Oczywiście. Można powiedzieć, upraszczając, że ze względu na stopień uporania się z własnymi uprzedzeniami, można mieć w pracy pomocowej podejście jawnie homofobiczne, podejście „neutralne" (a właściwie pozornie neutralne, poparte niewiedzą czy też niepoparte wiedzą) albo

podejście afirmatywne. Własnej homofobii można być świadomym lub nieświadomym, dlatego mówię o podejściu „pozornie neutralnym".

Jeżeli mamy podejście świadomie homofobiczne, czyli świadomie uznajemy homoseksualność i biseksualność za gorsze niż heteroseksualność, to jest duże prawdopodobieństwo, że będziemy zwolennikami tzw. „terapii naprawczych", czyli „leczenia" osób LGB z homoseksualności lub biseksualności. Wówczas w procesie „leczenia" będziemy zazwyczaj u klientów podtrzymywać przekonanie, że homoseksualność czy biseksualność jest nieprawidłowością czy też pewnym rodzajem „uszkodzenia", które należy „naprawić" i „wyprostować". Tym samym będziemy wzmacniać u klientów i klientek nieakceptację własnej seksualności. Tak długo, jak trwać będzie terapia, tak długo będzie trwać wzmacnianie u nich samonienawiści.

Z kolei podejście „neutralne" (pozornie neutralne) bywa przyjmowane przez osoby, które w dobrej wierze i z życzliwością chcą pracować terapeutycznie z osobami LGBT, ale brakuje im wspomnianej wcześniej meta-wiedzy w zakresie problematyki LGBTQ, ponieważ nie kształciły się w tym zakresie. Jeżeli brakuje nam meta-wiedzy, to nie mamy narzędzi do tego, aby skutecznie skonfrontować się z własnym heteroseksizmem, heterocentryzmem i homofobią i utrzymać je w ryzach. W efekcie możemy być niezdolni do tego, aby jako terapeuci ułatwić klientom i klientkom skonfrontowanie się z ich własnymi uwewnętrznionymi uprzedzeniami, które obniżają jakość ich życia. Dzieje się tak dlatego, że gdy nie dostrzegamy swoich własnych uprzedzeń, to takich samych zapewne nie dostrzeżemy również u innych. Mimo, że nasza wiedza o realiach życia osób LGBTQ może być większa lub mniejsza, w zależności od tego, czy sami jesteśmy LGBTQ, czy też nie, to nasze uwewnętrznione uprzedzenia mogą wkraczać w proces terapii i zakłócać go. A to, że w procesie socjalizacji nabyliśmy homofobiczne uprzedzenia, wydaje się niemal nieuniknione. Homofobia naznacza nasze życie, czy tego chcemy, czy nie, czy o tym wiemy, czy nie.

Jeżeli brakuje nam wiedzy i samoświadomości, to nasze podejście do terapii osób LGBTQ może okazać się „ślepe na orientację seksualną". Dzieje się tak wtedy, gdy interwencje pomocowe, które mamy do zaproponowania, z braku innych punktów odniesienia czerpiemy z doświad-

czeń z pracy z osobami heteroseksualnymi, a one mogą kompletnie nie przystawać do realiów, które wyznaczają doświadczenie i możliwości działania naszych klientów lub klientek LGBTQ. Myśląc, że pomagamy, możemy nie pomóc lub wręcz zaszkodzić, ponieważ będziemy po prostu strzelać kulą w płot niewłaściwą interwencją.

Jest wreszcie podejście afirmatywne, czyli honorujące tożsamości nieheteronormatywne. Warto zauważyć, że w psychoterapii afirmatywne podejście do tożsamości osób heteroseksualnych od zawsze przyjmowane było jako oczywiste z założenia. Natomiast wykształcenie się podejścia afirmatywnego w terapii osób LGBT stanowiło prawdziwy przełom – myśl, że homoseksualność czy biseksualność klienta czy klientki można traktować tak samo naturalnie, jak dotychczas traktowało się heteroseksualność. Podejście afirmatywne i swoboda terapeutów w pracy z osobami LGBTQ z reguły idą w parze z wiedzą szerszą niż tylko intuicyjna. Mam na myśli to, że jeśli ktoś rzeczywiście pracuje w nurcie afirmatywnym, to zwykle oznacza, że ta osoba kształciła się w dziedzinie LGBTQ.

„Honorowanie" tożsamości – możesz wyjaśnić, co to oznacza?

Staram się posłużyć możliwie trafnym polskim odpowiednikiem anglojęzycznego czasownika to affirm, aby dobrze wyrazić istotę terapii zwanej afirmatywną, ponieważ polski czasownik „afirmować" kojarzy się w języku polskim inaczej niż w angielskim, ma odmienny odcień znaczeniowy. „Afirmacja" po polsku kojarzy się z uwielbieniem, ubóstwieniem, wywyższeniem. Natomiast to affirm można przetłumaczyć jako „uznać", „zatwierdzić", „przyklepać", „przyjąć do wiadomości", „dopuszczać" i w polskim języku trudno mi znaleźć pojedyncze słowo, które dobrze oddawałoby to znaczenie. „Honorowanie" przez terapeutów tożsamości LGBTQ, czyli jej uznawanie, wydaje mi się najbliższe znaczeniowo. Oznacza, że klientki i klienci LGBTQ mogą w gabinecie swobodnie mówić o własnej tożsamości, bez obawy, że z jej tytułu zostaną uznani za niepełnowartościowych czy zaburzonych – tak jak bywa w gabinetach terapeutów reprezentujących starsze chronologicznie podejście do problematyki LGBTQ. Tożsamość LGBTQ zostanie przyjęta tak samo naturalnie, jak heteroseksualność.

Podsumowując, jeżeli jako psychologowie nie uporaliśmy się z własną postawą homofobiczną czy heteroseksistowską, to w trakcie terapii podtrzymujemy analogiczne postawy u klientek i klientów, ponieważ nie jesteśmy w stanie doprowadzić siebie ani klientów do konfrontacji z uwewnętrznionymi uprzedzeniami. Możemy w ten sposób nieintencjonalnie wzmacniać u klientów samonienawiść. Może być też tak, że już trafiając do naszego gabinetu, niektórzy klienci będą mieli swoje własne uprzedzenia „przepracowane" bardziej niż my. Wówczas możemy nie zrozumieć ich sposobu myślenia i relacja terapeutyczna na tym ucierpi.

W przypadku terapii afirmatywnej czas terapii, który terapeuci naprawczy wykorzystaliby na wzmacnianie uprzedzeń, my możemy wykorzystać na empowerment – pracę, która będzie dawała klientom poczucie wewnętrznej siły, pozwoli na nabranie sił, które wypompowuje z człowieka społeczna opresja.

Zatem biorąc pod uwagę szanse na osiągnięcie przez klientów poprawy stanu psychicznego, terapia afirmatywna jest po prostu korzystniejsza dla zdrowia. Trudno nawet porównywać jej skuteczność z terapiami naprawczymi, które prędzej pogłębią trudny stan psychiczny klientów czy klientek niż go poprawią. Ten sam czas terapii spożytkowany na pracę w nurcie afirmatywnym daje lepsze rokowanie na polepszenie zdrowia psychicznego.

Kolejną kwestią jest etyka. Na ile oddziaływania „naprawcze" są etyczne?

Homoseksualność już czterdzieści lat temu przestała być uznawana za zaburzenie przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i dwadzieścia lat temu – przez Światową Organizację Zdrowia. Tym samym w rozumieniu medycyny przestały istnieć podstawy do prowadzenia terapii naprawczych. Nie leczymy czegoś, co nie jest chorobą. Czym innym są jednak etyczne standardy pracy terapeutycznej wyznaczane przez organizacje zawodowe czy naukowe, takie jak Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne czy Psychologiczne, a czym innym – przekonania czerpane przez terapeutów z indywidualnego, uwewnętrznionego systemu wartości. Jeżeli pracujemy w nurcie naprawczym, to znaczy, że uwewnętrzniliśmy konserwatywny system wartości. Wówczas nasza praca może być zgodna z naszą wewnętrzną etyką, ale niekoniecznie z etyką zawodu wyznaczaną przez organizacje naukowe czy zawodowe.

Należy pamiętać, że osoby pracujące w nurcie naprawczym żyją w przekonaniu, że w ten sposób rzeczywiście pomagają klientom. Te osoby żywią przeświadczenie, że homoseksualność jest nieprawidłowością, która sama w sobie uszkadza ludziom psychikę. W związku z tym według nich jedynym sposobem, aby tę psychikę uratować, jest usunięcie „przyczyny", czyli homoseksualności, a więc sprawienie, że ta osoba stanie się heteroseksualna. W rozumieniu osób, które prowadzą terapie naprawcze, ich oddziaływania są etyczne, natomiast ich zdaniem nieetyczne może być prowadzenie terapii afirmatywnych. Te osoby liczą na to, że rzeczywiście uzdrowią psychicznie klientów LGB przez zmianę ich orientacji seksualnej.

Inną kwestią jest etyczny aspekt wpływu tych terapii na psychikę osób poddawanych „leczeniu". W czerwcu 2013 roku wskutek „rachunku sumienia" rozwiązała się organizacja Exodus International, wielka koalicja zrzeszająca organizacje, instytucje i indywidualnych terapeutów prowadzących terapie naprawcze. Przez niemal czterdzieści lat istnienia nie udało jej się odnieść rezultatów w postaci skutecznego „uleczania z homoseksualizmu" swoich podopiecznych. Zamiast tego jej oddziaływania okazywały się niszczące psychicznie dla klientów, bo wzmacniały zarazem ich samonienawiść i poczucie porażki. Ludzie pozostawali homoseksualni i często w rozpaczy popadali w autodestrukcję. Z punktu widzenia konsekwencji zdrowotnych tego typu terapii, ich prowadzenie, zwłaszcza przez terapeutów świadomych ich nieskuteczności, a także niechęć terapeutów do skonfrontowania się z ich niszczącymi konsekwencjami można uznać za nieetyczne.

A jak oceniasz stan poradnictwa psychologicznego dla osób LGBTQ w Polsce?

Na pewno podaż usług pomocowych ze strony psychologów przygotowanych na tyle, aby nie wzmacniać niechcący uprzedzeń klientów LGBTQ wobec własnej seksualności czy tożsamości, jest mniejsza niż skala potrzeb. Przygotowanie do pracy afirmatywnej nie jest bowiem standardowym elementem kształcenia na studiach psychologicznych i medycznych, ani nawet w ramach większości szkół psychoterapii.

Garstka psychologów pracujących w nurcie świadomie afirmatywnym wydaje się być skupiona wokół kilku większych ośrodków miej-

skich w kraju, natomiast na większości terytorium Polski może być duża trudność z dostępem do tego typu pomocy.

Nawet jeżeli jakaś część psychologów przygotowanych do pracy afirmatywnej pracuje w mniejszych miastach, to tutaj pojawia się druga istotna sprawa – żeby potencjalni klienci i klientki mogli się o tym dowiedzieć. Jeśli dana osoba ogłasza się jak „zwykły" psycholog, to osoby LGBTQ mogą nie wiedzieć, że u tej osoby można swobodnie mówić o własnej tożsamości i związkach. Często trafiają do mnie pytania o to, czy wiem, czy w danym rejonie Polski ktoś świadczy afirmatywną pomoc, ponieważ ludzie szukają jej i często nie mogą znaleźć. Nie znajdują takiej informacji wprost. Takich przygotowanych psychologów jest mniejszość, bo to jest duża wiedza, wymagająca odrębnego kształcenia. W związku z tym nawet jeśli już ktoś się kształcił w dziedzinie terapii afirmatywnej, to ważne jest, żeby dać klientom znać: „jestem i możecie do mnie przyjść". Chodzi o to, aby to było coś więcej niż poczta pantoflowa, bo ta ma ograniczony zasięg. Istotne jest, żeby stwarzać ścieżki dostępu, aby terapeuci ogłaszali się, że pracują właśnie w nurcie afirmatywnym, ponieważ w przeciwnym razie potencjalnym klientom może być trudno znaleźć przyjaznego psychologa.

Masz jakieś wskazówki, jak to robić?

Jeśli prowadzimy stronę internetową własnego gabinetu psychologicznego lub gdzieś go ogłaszamy, to możemy podawać tam wprost informację, że z osobami LGBTQ pracujemy w nurcie afirmatywnym (np. „gabinet przyjazny osobom LGBTQ"). Podanie takiej informacji znacząco zwiększa prawdopodobieństwo, że klienci i klientki LGBTQ wybiorą wśród dostępnych właśnie nasz gabinet. Po drugie, w notce na swój temat warto podawać informację o własnych kwalifikacjach. W jaki sposób lub gdzie kształciliśmy się do pomocy psychologicznej osobom LGBQ, czy i jakie mamy przygotowanie do pracy z ludźmi transpłciowymi itp. To może być informacja o kursach i szkoleniach, ale i o wszelkich innych formach (samo)kształcenia. Być może kształcimy się sami przez lekturę aktualnego piśmiennictwa. Dzięki podaniu takich informacji klienci już na etapie wstępnego poszukiwania terapeuty decydują, czy jesteśmy osobą, do której chcą się udać. W szczególności potrzeba

afirmatywnych psychologów w mniejszych miejscowościach, w miastach niewojewódzkich i bardzo potrzeba upowszechniania informacji, że ktoś taki tam przyjmuje.

A jak można tworzyć przyjazną osobom LGBTQ atmosferę w instytucjach, w których pracujemy?

Możemy tworzyć klimat pracy na większą lub na mniejszą skalę. Może być tak, że jesteśmy osobą (współ)decyzyjną, mogącą proponować i wprowadzać reguły, które będą obowiązywać cały zespół i to jest największa swoboda działania. Ale nawet jeżeli pracujemy z niesprzyjającym środowisku i wydaje się, że nasz głos będzie miał niewielki wpływ na postępowanie współpracowników, to możemy działać w mikroskali i stwarzać taką przyjazną atmosferę chociażby przez to, jakim językiem mówimy. Możemy mówić językiem inkluzywnym płciowo i nieheteronormatywnym, przełamującym założenia współpracowników lub klientów o heteroseksualnych „oczywistościach".

Gdy nie podoba nam się, że ktoś mówi w sposób pogardliwy, obraźliwy czy stygmatyzujący o ludziach zróżnicowanych płciowo lub seksualnie, możemy o tym mówić wprost (np. „Wolałabym, abyś nie mówiła w ten sposób, bo możesz kogoś zranić, nie wiedząc, że wśród współpracowników jest ktoś, kogo osobiście lub kogo członka rodziny to dotyczy" albo „Wolałbym, abyś posługiwał się innym słownictwem, bo być może jest wśród nas ktoś, komu takie określenie sprawia przykrość. Zamiast tego możesz użyć takiego a takiego wyrażenia"). Tak samo zresztą możemy postąpić wtedy, gdy ktoś w naszej obecności wyraża się w sposób stereotypizujący lub wskazujący na uprzedzenia płciowe, rasowe, etniczne, religijne czy ekonomiczne. Taka bezpośrednia konfrontacja wymaga czasem odwagi, ale jest zaskakująco skuteczna, zwłaszcza jeżeli jesteśmy generalnie w przyjaznych stosunkach z współpracownikami. Możemy obawiać się, że stracimy przez to sympatię otoczenia, ale jeżeli powiemy to w sposób nienapastliwy i spokojny, to szybko może się okazać że jakaś część współpracowników zacznie wdrażać w życie zaproponowaną przez nas zasadę, bo nigdy wcześniej się nad tym nie zastanawiali i nie robili tego ze złej woli. Zatem na każdym poziomie tak naprawdę można działać i dbać o przyjazną atmosferę.

Jeżeli nie mamy możliwości wprowadzić reguł, które będą obowiązywać współpracowników, to możemy sami dostarczać wzorów do naśladowania, czyli w swoim zachowaniu czy języku demonstrować interesujące nas zasady bez pouczania innych. Wówczas możemy zauważyć, że niektórzy zaczną przejmować od nas nasz język czy sposoby zachowania, ale zwykle tylko pod warunkiem, że generalnie nas lubią.

Jeżeli nie możemy nic wskórać ze współpracownikami, to możemy wprowadzać atmosferę życzliwości i akceptacji tylko w pracy z klientkami czy klientami. Można zatem działać zarówno formalnie i na większą skalę, jak i właśnie nieformalnie, indywidualnie, w takim stopniu, w jakim będziemy się czuć bezpiecznie. Każdym z tych sposobów przyczyniamy się do społecznej zmiany.

Trudno uogólnić tu jakiekolwiek wskazówki, ponieważ są różne warunki, osoby, różne funkcje, różne instytucje i różne konsekwencje naszych działań. W związku z tym musimy uwzględniać realia, w których żyjemy i ograniczenia, które nas wiążą. Nie ma jednego sposobu.

Moim zdaniem nie dla wszystkich i nie we wszystkich instytucjach bezpieczne będzie jawne konfrontowanie się ze współpracownikami, ponieważ może to grozić utratą pracy. A utrata przez nas pracy może na przykład dla naszych klientów oznaczać, że stracą jedynego we własnej miejscowości przyjaznego psychologa – kogoś, o kim dowiedzieli się tylko pocztą pantoflową i kogo w ten sposób polecali dotąd innym. Zatem ważne jest pytanie o bilans zysków i strat. Być może nawet jeżeli zewnętrzne ograniczenia nie pozwolą nam w pełni rozwinąć skrzydeł, to nie oznacza, że nie możemy zrobić nic. Nawet z uwzględnieniem ograniczeń, nadal możemy zrobić kawał dobrej roboty. To nie musi być, moim zdaniem, „wszystko albo nic". Robimy tyle, ile w danych okolicznościach możemy, a każdy kroczek do przodu w stosunku do tego, co było, stanowi już społeczną zmianę na lepsze.

A co wtedy, jeżeli osoby udzielające wsparcia psychologicznego ludziom LGBTQ przypadkiem spotykają swoje klientki lub klientów w okolicznościach pozaterapeutycznych – w sytuacjach nieformalnych, towarzyskich czy prywatnych?

To jest taka specyfika pracy. Populacja osób LGBTQ stanowi mniejszość, w związku z tym jeżeli w swoim życiu prywatnym obracamy się

w lokalnych społecznościach LGBTQ, to takie spotkania wydają się niemal nieuniknione. Podobnie jest, gdy pracujemy z osobami heteroseksualnymi. Wówczas też może się zdarzyć, że spotkamy klienta czy klientkę w sytuacji prywatnej, na przykład w sklepie czy na przyjęciu u znajomych. Tyle że jeżeli pracujemy z osobami LGBTQ i w tej społeczności się obracamy, to prawdopodobieństwo przypadkowego spotkania, a także ujawnienia się jakichś powiązań w sieci kontaktów towarzyskich jest znacznie większe, bo ten świat jest znacznie mniejszy. Trzeba się liczyć z tym, że tak będzie. Moim zdaniem nie ma powodu, żebyśmy z racji swojej pracy wyrzekali się własnego świata czy przyjaciół.

To, co możemy zrobić, a co jest pomocne, to ustalenie reguł. Na przykład jeżeli przychodzi do naszego gabinetu osoba LGBTQ, to możemy na którymś ze spotkań poruszyć wspomniany temat. Możemy powiedzieć, że może się zdarzyć, że gdzieś przypadkiem spotkamy się nieformalnie i ustalić zasady, co w takim wypadku zrobimy. Ja czasem mówię klientom, że jeżeli przypadkiem zetkniemy się w jakimś miejscu poza gabinetem, to zostawię tej osobie decyzję, czy chce się do mnie „przyznać" i przywitać się, czy nie. Ja pierwsza nie wychodzę z powitaniem, ponieważ zdaję sobie sprawę, że nie wiem, z kim ta osoba jest na spacerze. W obawie przed niewygodnymi pytaniami ze strony towarzyszy (na przykład rodziców) ta osoba może wybrać, że udaje, że mnie nie zna. Przez moje nieopatrzne powitanie ta osoba mogłaby znaleźć się w kłopotliwej sytuacji. To jest jedna z dobrych praktyk, którą moim zdaniem warto wdrożyć. Zresztą nie tylko w pracy z osobami LGBTQ, ale tu, ze względu na małe środowisko, szczególnie warto zwrócić na to uwagę.

No i jeszcze jedna ważna zasada – trzymać język za zębami. Jeżeli okaże się, że mamy z naszym klientem czy klientką wspólnych znajomych, którzy nie wiedzą o naszej znajomości, to należy unikać wdawania się ze znajomymi w jakiekolwiek rozmowy na temat tej osoby. A to dlatego, że łatwo może nam się pomylić, skąd mamy o niej jakieś informacje – czy to od niej samej z gabinetu, czy raczej od niej samej z jakiegoś wspólnego ze znajomymi spotkania towarzyskiego, czy też może z doniesień innych osób. Łatwo wówczas o potencjalnie brzemienną w skutki sytuację, w której moglibyśmy omyłkowo powiedzieć o tej osobie zbyt dużo i w ten sposób niechcący złamać tajemnicę zawodową. Fakt posiadania

z klientem wspólnych znajomych nie jest ani komfortową, ani łatwą sytuacją, tym bardziej że również i ta osoba może uzyskać na nasz temat jakieś prywatne informacje, nieprzeznaczone generalnie dla osób, z którymi jesteśmy w stosunkach formalnych, ale trudno – trzeba sobie jakoś radzić.

Czy masz jeszcze jakieś wskazówki, rekomendacje dla osób, które pracują pomocowo z osobami LGBTQ?

Czytać! Jeżeli chodzi o publikacje polskojęzyczne, to im nowsze – tym większe prawdopodobieństwo, że nie będą powielać przestarzałych informacji. W przypadku starszych publikacji polskojęzycznych, a zwłaszcza takich, które były przekładami jeszcze starszych publikacji zachodnich – im starszy rok wydania, tym większe prawdopodobieństwo, że dana publikacja już w momencie wydania zawierała nieaktualne informacje. Nowsze trendy w zakresie nauki i nurtów terapeutycznych, obecne w krajach zachodnich, gdzie emancypacja ludzi LGBTQ jest bardziej zaawansowana, zaczęły na nieco szerszą skalę przenikać do piśmiennictwa polskojęzycznego dopiero po 2005 czy 2010 roku. Oczywiście, fakt wydania jakiejś książki po 2010 roku nie oznacza automatycznie, że ta książka będzie dobra (śmiech), natomiast jest większe prawdopodobieństwo, że będzie ona uwzględniać aktualny stan myśli akademickiej. Dla osób, którym nie sprawia problemu czytanie w języku angielskim, wartościową, moim zdaniem, opcją jest lektura publikacji zachodnich.

Poza tym kształcić się, szkolić. Warto sprawdzać kwalifikacje ośrodków, które organizują szkolenia. Czy dany ośrodek ma dostateczne kwalifikacje, aby kształcić do pracy pomocowej w nurcie afirmatywnym? Czy to jest na pewno ten rodzaj kursu, w którym chcemy uczestniczyć? Co wiemy na temat kwalifikacji i doświadczenia osób prowadzących?

Niestety, trzeba przy tym liczyć się z tym, że – póki co – profesjonalne i wyczerpujące kształcenie w zakresie pomocy psychologicznej osobom LGBTQ nie jest najczęściej oferowane w ramach regularnych studiów psychologicznych, szkół terapeutycznych ani podyplomowych studiów seksuologicznych. Nie uzyskamy tam wiedzy ani kompetencji wystarczających do profesjonalnego pomagania. To jest wiedza specja-

listyczna, wymaga specjalistycznego szkolenia, a ze strony terapeuty czy terapeutki – zamierzonego wysiłku, aby tę wiedzę zdobyć. To nie jest wiedza, która sama do nas przyjdzie, to my musimy po nią wyjść.

Na zakończenie powiedz jeszcze, skąd twoje zaangażowanie w tym temacie. Jak to się stało, że zaczęłaś się nim interesować?

Nie potrafię tego wytłumaczyć. Z całą pewnością nie był to jeden czynnik. Seksuologią interesowałam się w zasadzie od dziecka. Urodziłam się pod koniec lat 1970 i czytałam wszystkie książki i artykuły seksuologiczne, które wpadły mi w ręce. Wówczas jeszcze, aż po lata 1980' relatywnie sporo tych publikacji wychodziło, również edukacyjnych dla dzieci i młodzieży. Kozakiewicz, Jaczewski, Wisłocka, Sokoluk, Imieliński, Lew-Starowicz… Po roku 1989 zmieniła się atmosfera społeczna, w mediach pojawił się silny przydech moralnościowy i przynajmniej na całą dekadę temat edukacji seksualnej zniknął. Albo przynajmniej ja to tak odbieram. W każdym razie, gdy dorastałam, piśmiennictwa miałam pod dostatkiem.

To, że zajęłam się problematyką orientacji czy tożsamości seksualnych i płciowych, zaczęło się chyba od tego, że przeczytałam „Homoseksualizm" Boczkowskiego z 1988 roku i „Homoseksualizm" Lwów-Starowiczów z 1999 roku i doświadczyłam olbrzymiego rozdźwięku pomiędzy tym, co tam przeczytałam, a tym, co na ten temat mówili tzw. „zwykli ludzie". Te książki wówczas wydawały mi się niezmiernie postępowe, wręcz rewolucyjne. To były czasy, zanim jeszcze tematyka LGBTQ na szeroką skalę zaistniała w polskich mediach. W mediach ten temat właściwie w ogóle nie był poruszany. Jedynie w sferze prywatnych, pogardliwych komentarzy lub przepełnionych zgrozą plotek, z ust do ust, przy okazji, mimochodem. Przed 2003 rokiem, przed akcją medialną „Niech Nas Zobaczą" zapoczątkowaną przez Kampanię Przeciw Homofobii, nie był to temat, który tak naprawdę interesowałby heteroseksualną większość, a ludzie heteroseksualni powtarzali na temat osób LGBTQ jedynie zasłyszane od innych, nieprzemyślane, niestworzone historie (co zresztą robią i do dziś).

Ten rozdźwięk mnie zaintrygował i wzbudził mój bunt: dlaczego mówi się, że homoseksualność jest chorobą, skoro już dawno uznano, że nią nie jest? Wtedy zaczęłam poszukiwać informacji. Zaczynałam od ba-

dania homofobii. Jeszcze bardzo mało na ten temat wiedziałam, więc trochę w tych moich badaniach poruszałam się po omacku. To jeszcze były inne czasy. Można powiedzieć, że częściowo wyważałam otwarte drzwi. Internet dopiero wchodził do powszechnego użytku. Nie miałam dostępu do literatury zachodniej, w tym do publikacji elektronicznych, więc początkowo mogłam bazować tylko na polskojęzycznym piśmiennictwie seksuologicznym dostępnym w druku, które – jak już wspominałam – w porównaniu do postaw społecznych wydawało mi się bardzo postępowe. Potem trafiłam na strony internetowe Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Psychologicznego i zapoznałam się z oficjalnymi stanowiskami tych organizacji. To było wielkie otwarcie oczu i jeszcze większe zaskoczenie, że te polskie „Homoseksualizmy" były aż tak bardzo nieaktualne. A potem zetknęłam się z teorią queer, której początkowo nie potrafiłam nawet pomieścić w moich ciasnych umysłowych szufladkach. I wtedy musiałam te szufladki połamać i ujrzałam świat w zupełnie nowy sposób.

Gdy wróciłam po paru latach, już po zaznajomieniu się z myślą zachodnią, do tych polskich książek, które początkowo tak bardzo ceniłam, to zdałam sobie sprawę, że te książki już w momencie ukazania się niosły przekaz bardzo nieaktualny i pełen stereotypów. Jako prawomocne i „naukowe" przedstawiały dawno już skompromitowane „teorie przyczyn". W ogóle interesowały się „przyczynami" i operowały tego typu językiem. Opierały się głównie na publikacjach z lat 1960 i 1970, a nawet jeszcze starszych – czyli pochodzących jeszcze z epoki obowiązywania medycznego modelu homoseksualności. I generalnie nie uwzględniały najnowszej myśli akademickiej – tej, która już w momencie ich powstawania była dostępna w obcojęzycznej literaturze. Ale mimo, że na początku jedyna literatura, do której miałam dostęp, była już nieaktualna, to i tak rozdźwięk między jej zawartością a postawami społecznymi był tak dramatyczny, że zmotywował mnie do zajęcia się tą problematyką.

WYZWALANIE POCZUCIA DUMY I WPŁYWU NA WŁASNE ŻYCIE – ROZMOWA Z ALICJĄ DŁUGOŁĘCKĄ

Alicja Długołęcka – dr n. hum., absolwentka Wydziału Pedagogiki na Uniwersytecie Warszawskim, uczennica prof. Andrzeja Jaczewskiego i prof. Zbigniewa Lew-Starowicza, jest adiunktem na Wydziale Rehabilitacji w Warszawie, gdzie prowadzi zajęcia z podstaw psychoterapii i rehabilitacji seksualnej. Od wielu lat zajmuje się edukacją psychoseksualną i seksualnością kobiet- prowadzi szkolenia dla specjalistów i młodzieży, jest wykładowcą na Podyplomowych Studiach Wychowania Seksualnego na Uniwersytecie Warszawskim i Seksuologii Klinicznej w Wyższej Szkole Psychologii Społecznej oraz Akademii Medycznej i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, autorką licznych książek i artykułów z tego zakresu m.in. podręcznika dla gimnazjalistów do „wychowania do życia w rodzinie" i monografii „Edukacja seksualna", „Jak się kochać" i „Seks na wysokich obcasach". Swoją pracę naukową i popularyzatorską poświęca profilaktyce zaburzeń psychoseksualnych, szeroko rozumianej edukacji seksualnej i propagowaniu „zdrowia seksualnego". Szczególnie bliskie są jej tematy związane z seksualnością kobiet.

Jan Świerszcz: Napisała Pani pierwszą polską książkę o coming oucie i zajmuje się edukacją seksualną, w tym edukacją o osobach LGBT. Skąd u Pani wzięło się zaangażowanie związanie z tym tematem?

Alicja Długołęcka: Zaczynałam od profilaktyki HIV/AIDS we wczesnych latach 90., więc chcąc nie chcąc, na samym początku pracy zawodowej zetknęłam się ze środowiskiem LGBT, aczkolwiek ono na pewno się tak nie nazywało. Obecnie moja działalność jest bardziej edukacyjna i nastawiona też na pracę z młodymi ludźmi. Naukowo i nienaukowo z kolei zjawisko bolesnego, długotrwałego coming outu przerabiałam na osobach, z którymi rozmawiałam - to było środowisko warszawskich, wrocławskich, poznańskich lesbijek, kompletnie pozamykane. Teraz są to kobiety mniej więcej czterdziestoletnie, toteż mogę się w jakiś sposób

wypowiadać na ten temat z perspektywy czasu. Rok temu wydaliśmy „Wprowadzenie do psychologii LGB" z Uniwersytetem Jagiellońskim i tam napisałam rozdział o zanikaniu zjawiska coming outu, w każdym razie na Zachodzie. Mam nadzieję, że w Polsce też tak będzie, nie za lat 15, tylko przypuśćmy maksymalnie za 5 lat.

Podczas swojej pracy poznała Pani dużo osób LGBT. Czy Pani zdaniem profesjonalista pracujący z osobami niehetroseksualnymi powinien zachowywać pewnego rodzaju neutralność i bezstronność?

Orientacja seksualna nigdy nie jest czymś bezstronnym. Byłaby, bo jest ona jedynie pewnym konstruktem teoretycznym, gdyby społeczeństwo nie było heteronormatywne. Ale dopóki w naszym życiu heteronormatywność jest obecna, to zrozumienie jakiejkolwiek mniejszości i bycie bezstronnym, jest niemożliwe bez poznania tej mniejszości. Nie sądzę jednak, że warunkiem bezwzględnym jest jakieś bliskie doświadczanie osobiste. Czyli nie koniecznie trzeba być w związku homoseksualnym, czy mieć orientację homoseksualną, żeby rozumieć i wspierać lesbijki i gejów. Osobiście uważam, i to chcę zaznaczyć, że jest to moje prywatne zdanie, że nie można pracować w tematyce LGBT, nie mając w swoim przynajmniej otoczeniu osób zorientowanych homoseksualnie. Wydaje mi się to niewykonalne. Myślę, że osoba, która chce pracować pedagogicznie/psychologicznie z osobami nieheteronormatywnymi, a sama jest heteroseksualna i żyje w heteronormatywny sposób to będzie jej trudno, jeżeli nie będzie mieć w swoim bliskim otoczeniu gejów i lesbijek. Biorąc pod uwagę ilość osób niezorientowanych heteroseksualnie, to prawdopodobieństwo jest bardzo wysokie, że każdy z nas takie osoby ma szanse poznać. Trzeba być nieheteronormatywnym do szpiku kości, żeby rozumieć i wspierać tę grupę mniejszościową oraz myślę, że to jest taki podstawowy wniosek, jaki wysnuwam po latach.

A czy zdarzyło się Pani być właśnie heteronormatywną do szpiku kości? Skąd się wzięło to obecne podejście do tych kwestii?

Oczywiście! W czasach, kiedy byłam studentką, miałam bardzo bliskiego przyjaciela, z którym robiłam dużo przedsięwzięć natury artystycznej, i którego podejrzewałam o romans ze starszą kobietą. Okazał się gejem, ale wyszło to w bardzo niefortunny sposób. Siedziałam ze

swoją przyjaciółką ze studiów, w parku Saskim na ławce i padło zdanie: „zobacz jakiś pedał idzie". Spojrzałam się i zobaczyłam, że to jest on i momentalnie zrozumiałam, na czym polega jego tajemnica. W związku z tym, że znaliśmy się już dosyć blisko, to nie sam fakt, że jest gejem był dla mnie jakimś szokiem, tylko to, że mi nie powiedział i to, że się ukrywał przed teoretycznie tak bliską osobą. Było to dla mnie z jednej strony niepojęte, czułam się w jakimś sensie urażona, z drugiej strony zrozumiałam, w jakim zamknięciu musi żyć, skoro ukrywa się przed całym naszym środowiskiem, które w moim przekonaniu całkowicie by go zaakceptowało. No i zainteresowałam się tym tematem teoretycznie. Kiedy zaczęłam eksplorować z kolei środowisko kobiece, na pierwszym spotkaniu w tajnym klubie, na szyję rzuciła mi się koleżanka z obozu żeglarskiego. Zrozumiałam, że tacy ludzie są wśród nas i widocznie to jest moja droga jako pedagoga. To były lata, kiedy ten wybór kierunku pracy to była totalna abstrakcja. Teraz, od mniej więcej pięciu lat mam takie poczucie, że tematyka młodych osób zorientowanych homoseksualnie wkracza do pedagogiki, bo w psychologii myślę, że dzieje się to wolniej. Wkracza bez jakichś takich nadmiernych emocji i z adekwatnym koncentrowaniem się na problemach, które są istotne. Już przestajemy skupiać się na tym „skąd pochodzi homoseksualizm?'" i nie zakładamy z góry, że osoba homoseksualna jest nieszczęśliwa i zagubiona. Pojawia się pewna świadomość czynników, które mogą wpływać na sytuację osób LGBT. Mój początek zainteresowania tym tematem był absolutnie osobisty i wynikał z przyjaźni. Kiedy zaczęłam pisać pracę magisterską, właśnie na temat coming outu, pojechałam za granicę. Na uniwersytecie w Holandii znalazłam dużo literatury na ten temat i zobaczyłam, że istnieją specjalne katedry, które się zajmują osobami LGBT. Bardzo mi to otworzyło oczy.

A co w tym czasie działo się w polskim dyskursie naukowym? Nie znalazła Pani podobnych źródeł?

W ogóle. Literatura to był głównie Boczkowski, czyli podejście bardzo medyczne i anachroniczne. To, co było bardzo ważne to fakt, że otworzyła się dla mnie niezmierzona przestrzeń poznania nieobecnych w Polsce prądów filozoficzno-społecznych. Zobaczyłam w końcu kon-

struktywistyczny sposób myślenia, a nie z esencjalizm. W Polsce cały czas siedzieliśmy, też nie w pełni świadomie, w temacie: czy i dlaczego człowiek taki się rodzi? Niewiele było innej refleksji.

Mówiła Pani, że aby skutecznie pracować z osobami LGBT lub nieheteonormatywnymi należy czegoś „osobiście doświadczyć"? Jakie doświadczenie lub refleksje są tu najcenniejsze?

Chodzi o to, żeby w obecności osoby pomagającej klient lub klientka czuła się bezpiecznie. Często osoby nieheteronormatywne odczuwają bariery, że o pewnych rzeczach, o których by chcieli powiedzieć, powiedzieć nie mogą. Ze strony osoby pomagającej chodzi nawet o stosowanie rodzajników w pozornie neutralnych pytaniach typu, z kim spędziło się weekend. Wbrew pozorom to może być dosyć trudne, aby stworzyć taką bezpieczną relację na poziomie emocjonalnym i to jest coś, co się przerabia samemu.

Co się musi wydarzyć, żeby w osobie pomagającej, wspierającej, żeby wokół niej można było poczuć taki komfort?

Ja myślę, że to jest kwestia pracy nad sobą i dotyczy nie tylko poglądów tylko czegoś głębszego. Wracamy do nurtu konstruktywistycznego. To, że np. pełnię rolę kobiety, kobiety heteroseksualnej, matki dwójki dzieci, mężatki jednokrotnej, czyli że się usytuawiam w pewnym modelu, nie powinno być oczywiste. Chodzi o zrozumienie, że to jest pewien scenariusz, który świadomie się w życiu wybiera, bo świat nie musi być heteronormatywny i nie są to kategorie i role tak oczywiste, jak się większości ludzi wydaje. To zrozumienie wymaga głębszej refleksji, głębszego obserwowania świata oraz wnikania w różne relacje.

Jak osoba nabierze świadomości różnych społecznie konstruowanych ról i relacji, to zobaczy też, że świat jest zbudowany na normach, które wykluczają jakieś osoby, a inne uprzywilejowują. Czy to też należy dostrzec?

Ja staram patrzeć nieopresyjnie. Chodzi mi o możliwość życia w prawdzie, jakkolwiek to brzmi. Człowiek może realizować się w życiu, jeżeli czuje się wolny Jeżeli spotyka bariery to może go to bardzo głęboko unieszczęśliwiać i tu w zależności od pewnych cech osobowych albo będzie przyjmował postawę walczącą albo będzie się zamykał w sobie,

samoupokarzał i będzie po prostu żył w ukryciu. Sam terapeuta, ten „pomagacz", musi różne konstrukty w swojej głowie porozbijać, żeby rozumiał, w jaki sposób może pomóc osobie przygotowywać się do funkcjonowania w tym systemie. Wydaje mi się, że absolutnie to się nie różni w swojej istocie z uświadamianiem funkcjonowania w roli osoby heteroseksualnej. Bo np. kobieta, która urodziła dwójkę dzieci z mężczyzną, którego nie kocha, czyli nie żyje w prawdzie, tak samo żyje w pewnym schemacie, który ją ogranicza. Ona sama może nie rozumieć, dlaczego tak się stało, bo jest to pewna kulturowa rola, która jest jej przypisana przez rodziców i przez środowisko, w którym się wychowała. Bardzo dużo czynników będzie wpływało na to, że nie podjęła decyzji takich w swoim życiu, które pozwalały jej „na życie w prawdzie". Ja też tkwiłam w różnych szufladkach. Moment zwrotny w sposobie mojego myślenia, to było ostatnio zetknięcie się z osobami transgenderowymi. Innym ważnym przełomowym momentem było jak po badaniach kobiet homoseksualnych zaczęło się do mnie zgłaszać bardzo dużo kobiet heteroseksualnych, które poddawały refleksji… nazwijmy to enigmatycznie „pierwiastek homoseksualny" odkrywany w sobie. Przy okazji bardzo wypływało z nich wiele żalu niezwiązanego z tym, że „się zmuszają do heteroseksualizmu", ale z heteronormatywnego sposobu życia. Czuły się ograniczone i to między innymi rodziło u nich homofobię. Opresję możemy tworzyć we własnej głowie i to może dotyczyć bardzo różnych obszarów życia. Często jest to niezależne od orientacji seksualnej, bo też pewną opresyjnością jest przyjmowana nakazowość kulturowa- to, że każda kobieta musi być matką, że mężczyzna, który nie jest odpowiedzialny finansowo za osoby, którymi się zajmuje, nie jest do końca prawdziwym mężczyzną. Ta opresyjność narzuca również w związkach homoseksualnych pewne modele, które kompletnie ludziom mogą nie pasować.

Homoseksualna para nigdy nie będzie klasyczną polską rodziną?

Myślę, że niezwykłość związków homoseksualnych, nie dotyczy wyłącznie kwestii seksualności, ale kwestii relacji, że rozbijają klasyczną koncepcję rodziny. Nie mówię tego absolutnie w negatywnym sensie. Myślę, że zupełnie inaczej polskie rodziny, by funkcjonowały, mam na myśli też posiadanie dzieci i sposób ich wychowania, wzajemne trakto-

wanie się, gdyby to była kwestia świadomego, wolnego wyboru. Osoba homoseksualna z racji swojej kondycji, swojej seksualności, jest uwolniona od tych schematów, jakie są generalnie nam wszystkim narzucone. Osoba heteroseksualna może się zastanowić nad świadomym rodzicielstwem, a homoseksualna jest zmuszona do tego.

Mogę dokonać takiego skrótu myślowego, że kobiety, które ze mną rozmawiały o homoseksualnym pierwiastku w pewnym sensie zazdrościły lesbijkom wolności w życiu, wolności myślenia, bo same czuły się opresjonowane w roli tradycyjnej kobiety. Rozumie Pan?

Zastanawiam, czy można mówić, że osoba nieheteroseksualna, jest właśnie z samej swojej kondycji wolna i uwolniona, czy po prostu ona ma zupełnie inne bariery przed sobą i zupełnie inne kwestie do poradzenia sobie.

To wszystko zależy od perspektywy. Dla mnie kategorią podstawową jest kategoria samosterowności. Rozumiem przez to też, że w pracy z drugim człowiekiem chodzi o wyzwalanie poczucia dumy i takiego przekonania, że można mieć wpływ na swoje życie. To jest właściwie jedyna szansa i należy odnajdywać te obszary, które nam pozwalają na racjonalne życie. Jeśli pracuję z 17-latkiem, który jest gejem i jest z małej miejscowości, często powtarzam: „trudno, nawet jak nie jesteś zdolny, kuj, ucz się. Dzięki temu będziesz mógł się stąd wyrwać. A jeżeli będziesz dalej od środowiska, które tego nie rozumie, jeżeli dostaniesz się na studia lub do takiej pracy, która ci da niezależność będziesz mógł żyć tak, jak chcesz". Nie jest to praca nad afirmowaniem, czy zmienianiem bliskiego środowiska, bo on to środowisko prawdopodobnie zmieni, dopiero jak wróci: Jak będzie mieć 28 lat i będzie na tyle silny i ukształtowany, że przyjedzie ze swoim partnerem i odwiedzi znajomych. Jedni się odwrócą, inni nie i ten łańcuszek zmian będzie miał miejsce.

Zauważyłem, że podawała Pani wcześniej dużo przykładów i analogii, mówiąc o kobietach i sytuacji kobiet...

Tak, bo to jest kolejna grupa mniejszościowa, która jest dyskryminowana i opresjonowana.

Czyli ta analogia bycia spętanym więzami konstrukcji społecznych, ustawiania w jakimś miejscu i oczekiwań odnośnie roli wynikającej z płci dotyczy też kobiet udzielających pomocy psychologicznej, których w tym zawodzie jest nad-

reprezentacja w stosunku do mężczyzn? Mówiła Pani, że ich zadaniem byłoby budowanie, czy wspieranie klientów w poczuciu dumy, w tej wewnątrzsterowności, kontroli nad własnym życiem i wpływu na własne życie. To chyba duże wyzwanie dla osób, które, jak sama Pani zauważyła, nie muszą być świadome schematów, jakie ograniczają ich własną wolność?

Oczywiście, że tak. Niedawno szkoliłam przyszłych seksuologów z tej tematyki, no i właśnie zadałam pytanie, czy mają mówić, czy mają nie mówić klientowi, jaka jest ich orientacja seksualna. W większości były to kobiety i doszły do wniosku, że jednak jest przyjęte, że psycholog nie powinien mówić, ale z drugiej strony, dlaczego by nie, ze to może być ważne dla klienta. Ale kiedy zadałam pytanie: „a która z was jest homoseksualna" to żadna się nie ujawniła albo nie było takiej osoby. Powiedziały natomiast: „gdybym była homoseksualna to już tak łatwo bym tego nie przyznała". Mam przyjaciela, który jest psychoterapeutą, którego namawiam od lat, żeby się wyoutował. To nie jest jednak łatwe, bo środowisko lekarzy, psychologów potrafi być bardzo konserwatywne. A jak powiedziałam środowisko LGBT jest środowiskiem, które nas wyzwala z pewnych norm, dzięki niemu możemy bardziej świadomie pewne wartości w swoim życiu przyjąć. Kiedy określałyśmy na szkoleniu listę lęków, to podstawowym lękiem było uwodzenie przez klientkę homoseksualną. Uczestniczki tego szkolenia zdecydowanie bardziej bały się uwodzenia przez kobietą podczas pracy terapeutycznej niż uwodzenia przez mężczyznę. A przecież uwodzenie to bardzo często jedna z taktyk, z resztą szeroko opisana w literaturze, sprawdzania przez klienta wiarygodności terapeuty, jego stosunku do klienta i relacji terapeutycznej. Wracamy więc do tego, o czym mówiłam wcześniej: klient potrzebuje wiedzieć, czy emocjonalnie może się czuć bezpiecznie. Żeby stworzenie atmosfery bezpieczeństwa było wykonalne przy jednoczesnym stawianiu granic w relacji terapeutycznej, to ten pierwiastek homoseksualny terapeuta w sobie musi przerobić i go w pełni zaakceptować, oswoić się, a nawet go polubić. Nie może budzić paraliżującego lęku. Dopóki tak nie będzie w naszym kraju, to biorąc przykład z terapii na Zachodzie, wydaje mi się, że bardziej korzystne są sytuacje, w których terapeuta nie ukrywa swojej orientacji.

A czy nie myśli Pani, że osoba, która po prostu jest uprzedzona, może swoje uprzedzenie zostawić poza pokojem, gabinetem i pomagać?

Nie, myślę, że nie można tak swoich uprzedzeń zostawić.

Na tym chyba polegałby profesjonalizm i neutralność?

Nie. Myślę, że to jest pomylenie pojęć. Uprzedzeń się nie da ot tak za sobą zostawić. Jak dobry terapeuta ma takie uprzedzenia lub odczuwa jakiś lęk, to pewnie oznacza, że może nie być gotowy. Z drugiej strony nie musi być gotowy, nigdy nie ma takiego obowiązku, ale nie powinien wtedy pracować z klientami homoseksualnymi. To jest podobnie jak z światopoglądem. Jeśli jestem świadoma, że mam jakiś światopogląd, który może powodować nieakceptację wyborów mojego klienta, to nie mogę być całkowicie neutralna. Powinnam w takiej sytuacji być na tyle odpowiedzialna i dojrzała, żeby przyjąć, że nie jestem w stanie zrozumieć problemów klienta, wniknąć w jego świat.

Myślę o psychologach i psycholożkach, którzy decydują, czy uświadamiają sobie, że oni mają taki właśnie światopogląd. Takie poglądy, które utrudniają im pracę z osobami homoseksualnymi czy nieheteronormatywnymi. W efekcie decydują się tej pracy nie podejmować i odsyłają te osoby dalej. Nie nawiązują kontaktu ani relacji terapeutycznej, a nie za bardzo jest do kogo odesłać.

Ja nie myślę w ogóle proponować selekcjonowania klientów. Chodzi o poczucie osobistej odpowiedzialności. To jest też problem tego „pierwiastka homoseksualnego", który należy przerobić w sobie. Bardzo mało się o tym rozmawia i się go nie przepracowuje, a jest to pewne wyzwanie dla każdego psychoterapeuty, który chce pracować z osobami homoseksualnymi, spotkać się ze swoim „pierwiastkiem homoseksualnym" albo z jego brakiem. Należy podejść do tematu refleksyjnie i przekuć to na konkretną świadomą postawę. Jednocześnie tego się nie da narzucić z góry. Standardy są narzucone z góry i mówią, że jedynym zaburzeniem, gdzie się pojawia kwestia orientacji seksualnej to są zaburzenia egodystoniczne związane z nieakceptowaniem swojej orientacji seksualnej. To jest jasne, jaka jest klasyfikacja, więc każdy psycholog, psychiatra jest zobowiązany do przyjęcia takiej postawy. A co się dzieje? Wiadomo, co się dzieje. Tylu mamy cudotwórców, którzy leczą z homo-

seksualności i stosują różne takie techniki… no nie wiem nawet, jak je nazwać. Pan pewnie myśli o tym politycznie. Oczywiście w pełni popieram ten sposób myślenia, że w każdym ośrodku pomocowym powinien być przecież człowiek, który jest w stanie udzielić pomocy osobie nieheteronormatywnej.

Nie będę uciekał od słowa politycznie, ale w tym przypadku wydaje mi się, że to też jest pewien imperatyw moralny. Bo jeżeli istnieje system pomocowy mający ofertę dla osób właśnie z trudnymi przeżyciami przemocowymi i ten system nie jest w stanie udzielić wsparcia pewnej grupie społecznej, to jest to chory system.

W normalnej sytuacji, w pewnej rzeczywistości idealnej, wszyscy bylibyśmy równi i mielibyśmy równy dostęp do pomocy psychologicznej. Każda osoba, niezależnie od orientacji seksualnej czy nieheteronormatywna powinna otrzymywać w sytuacjach kryzysowych profesjonalne wsparcie porównywalnej jakości. Ale żyjąc w chorej rzeczywistości, sensowne byłoby może nawet tak idiotyczne rozwiązanie, jak narzucenie i przypilnowanie, aby w każdym ośrodku była osoba pomagająca merytorycznie przygotowana i mająca przepracowane ze sobą tematy płci i seksualności. Niech pan zobaczy, jak to jest z kobietami i parytetami. W pewnym kontekście, póki nie będzie równości szans pomiędzy osobami różnej płci parytety mają sens, ale oczywiście przejściowo. Podobnie zasadniczo terapeuta nie powinien mówić o swojej orientacji seksualnej, ale dopóki to jest bardzo ważna kwestia społeczna, która nas bardzo dzieli, to jednak to terapeutę bardzo uwiarygadnia w oczach klienta.

Jak terapeuta czy terapeutka hetero poprzez ujawnienie się na spotkaniu może pomóc klientowi?

Przypominam sobie, że jak zaczynałam pracę z grupą kobiet to one mi mówiły, że nawet ta moja heteroseksualność ułatwiała. Byłam „reprezentantką osoby heteroseksualnej", która modelowo jest w środowisku i je akceptuje. A taką bezpieczną relację z osobą heteroseksualną warto budować szczególnie u osób, które doświadczyły przemocy ze względu na swoją nieheteroseksualną orientację. Jednocześnie trochę jest prawdy w tym, że trudno być heteroseksualnym „pomagaczem" i nie

działać w ogóle w środowisku. Jeżeli psycholog, czy psychiatra jest kompletnie niezorientowany to raczej można podejrzewać, że będzie myślał dosyć schematycznie i kompletnie się nie połapie w spawach ważnych dla osób homoseksualnych. W dodatku te osoby natychmiast to rozpoznają. To jest kwestia posługiwania się pewnymi terminami, znajomości pewnych zachowań środowiskowych, działań społecznych, książek. Nie umiem sobie wyobrazić, w jaki inny sposób niż poprzez bezpośredni kontakt i, działalność w środowisku można zrozumieć świat klientów nieheteronormatywnych. Takich rozumiejących i bliżej środowiska terapeutów bardzo brakuje. Chociaż jeżeli terapia miałaby dotyczyć relacji z rodzicami albo komunikacji w związku lub wychowania dziecka to orientacja seksualna dla profesjonalisty nie powinna mieć żadnego znaczenia. Tego też profesjonaliści powinni być uczeni: jak mieć dystans i nie koncentrować się na orientacji, kiedy ma ona niewielkie znaczenie. Mimo że rzadko problemy będą ściśle związane z homoseksualnością, to warto mieć nieheteronormatywny umysł. Umieć wyrzucić tę kategorię z umysłu, która nie jest istotą takiego spotkania i skoncentrować się na tym, co człowiek, który przychodzi określa jako problem. Są też takie sytuacje, gdzie lepiej wesprze osoba, która jakby zna te wszystkie procesy i z której doświadczeniem można się identyfikować. Na przykład w pracy z młodzieżą, bardzo utrudnia brak pozytywnych wzorców dorosłych osób zorientowanych homoseksualnie. Żebym nie wiem ile się starała to ja nie będę nigdy takim wzorcem. Najlepszy jest bezpośredni kontakt np. granie w kosza, robienie festiwali filmowych, realizowanie projektów społecznych i takie tam...

Poszukujący siebie młodzi geje czy lesbijki powinni też poznawać innych gejów, lesbijki i z nimi grać w piłkę?

Oczywiście! A najlepiej, jakby mieli w swoim otoczeniu osoby dorosłe, które się nie ukrywają. Chodzi o to, żeby te wzorce istniały w rzeczywistości, a nie były abstrakcją. Wtedy taka młoda osoba na pewno by się nie czuła, że jest sama jedna na świecie i że sobie nie da rady. Chodzi mi o obecność dorosłych, na których może taki młody człowiek patrzeć i widzieć, że nie są to ludzie z nerwicą lękową, jacyś totalnie sfrustrowani, czy zatracający się w promiskuityzmie.

Nie mogę się uwolnić od tej Pani myśli, że są takie problemy, z którymi mogą przyjść osoby LGB do psychoterapeuty, które nie są związane z ich orientacją seksualną. Myślę, że cokolwiek to będzie, czy to będą relacje w związku, czy to będzie uzależnienie czy coś innego to nie można tego rozpatrywać w izolacji do kontekstu społecznego heteronormatywnego. Póki żyjemy w heteronormatywnym społeczeństwie, chyba można zawsze rozpatrywać jakby tą relację „problemu" do kontekstu, w którym osoba jest zanurzona.

Widzi Pan wychodzi taka sprzeczność pewnego rodzaju między nami i mnie się wydaje, że ja kiedyś myślałam tak jak Pan. Teraz myślę, że te normy są bardziej uniwersalne niż myślimy i dotyczą również wielu innych obszarów i grup. Dlatego właśnie mówiłam o kobietach, ale mężczyźni heteroseksualni też są uwiązani. Skąd się ta homofobia bierze u mężczyzn typu macho? No bo są osadzeni w sposób sztuczny i bezrefleksyjny w normach bycia heteroseksualnym mężczyzną. A wszystko co jest homo budzi w nich paniczny lęk.

W ogóle pracując z ludźmi, trzeba mieć świadomość kontekstu.

Tak, zwłaszcza że kontekst seksualny jest bardzo ważny w naszej kulturze i bardzo trudny, budzący bardzo silne emocje, bo żyjemy jednak w bardzo ocenzurowany sposób i jesteśmy niezwykle przez ten kontekst oceniani. Kiedy pracuję z kobietami to widzę jak wiele z nich poddaje się normom i kulturowym nakazom dotyczącym życia rodzinnego i same mają tę opresyjność w głowie dotyczącą roli matki. Generalnie to jest problem życia w relacji do określonych kulturowych nakazów i ocen społecznych z tym związanych. W związku z tym ja bym nie wyróżniała tak bardzo specyfiki problemów związanych z homoseksualnością. One oczywiście są, ale może dlatego, że się zajmuję seksualnością to bardziej bym się koncentrowała na specyfice samej seksualności i płci, bo uważam, że to właśnie płeć jest czymś co nas bardziej różnicuje niż orientacja. Generalnie chodzi o taką pracę, znowu wrócę do tego hasła, żeby wspierać człowieka w jego rozwoju i życiu w prawdzie, jakakolwiek ona jest.

To jest taka osobista, a może raczej społeczna emancypacja? Czy to jest „życie w prawdzie"?

Tak, bardzo dobrze to pan określił, bo wydaje mi się, że orientacja seksualna jest takim zaczątkiem, jest, ale nie musi.

PODSTAWOWĄ RZECZĄ JEST ŚWIADOMOŚĆ – ROZMOWA Z GRZEGORZEM INIEWICZEM

Grzegorz Iniewicz - dr n. hum., psycholog, psychoterapeuta, specjalista psycholog kliniczny. Certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz European Association for Psychotherapy. Superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Adiunkt w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Psychoterapeuta w Oddziale Klinicznym Klinik Psychiatrii Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Autor prac z zakresu psychologii klinicznej, psychoterapii, etiologii zaburzeń emocjonalnych, psychologii LGB. Współredaktor książek: „Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej", „Seksualność człowieka. Wybrane zagadnienia", „Wprowadzenie do Psychologii LGB". Były członek Zarządu Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Prowadzi superwizje w podejściu psychodynamicznym i systemowym. Prowadzi terapię indywidualną i partnerską z osobami LGB.

Katarzyna Dułak: Czym Pan się kieruje w pracy z osobami LGB?

Grzegorz Iniewicz: Problemy osób LGB dzielę na dwa obszary. Pierwszy, wspólny większości pacjentom, dotyczy problemów związanych z obecnymi, czy przeszłymi relacjami, z teraźniejszymi problemami emocjonalnymi. W to wplątany jest drugi obszar, związany już ściślej z samą orientacją, np. kwestia funkcjonowania w kontekście społecznym, ujawnianie swojej orientacji czy akceptacja nieheteroseksualnej orientacji. Wydaje mi się, że niezbędną rzeczą jest zobaczenie życia osób LGB w trochę innym kontekście związanym przede wszystkim z problematyką dyskryminacji, odrzucenia. To, co pokazują chociażby badania Marty Abramowicz czy profesora Ireneusza Krzemińskiego – wskaźniki doświadczanej przemocy, zarówno psychicznej, jak i fizycznej, są znacznie wyższe u osób LGB niż u osób heteroseksualnych i to musi być uwzględnione, bo będzie to wpływało zarówno na indywidualne funkcjonowanie, jak też na funkcjonowanie całej grupy ze względu na doświadczanie tak zwanego stresu mniejszościowego, co ma konsekwencje dla zdrowia, a z drugiej strony wpływa na funkcjonowanie w związkach. Odrzu-

cenie, przemoc, dyskryminacja i w konsekwencji złość i frustracja – to wszystko odbija się na relacjach osób LGB. W pracy terapeutycznej absolutnie podstawową rzeczą dla terapeuty jest to, aby miał świadomość, jaki jest jego osobisty stosunek do osób nieheteroseksualnych. Można mieć mniejszą wiedzę np. o ich funkcjonowaniu, tego można się dowiedzieć od pacjentów, można doczytać, ale wydaje mi się, ze absolutnie podstawową rzeczą jest to, co ze mną się dzieje w takiej relacji. Kiedy podczas superwizji z młodymi psychoterapeutami, pytam o orientację pacjentów, których omawiamy, i stosunek terapeutów do niej to odpowiadają, że absolutnie akceptują. Natomiast kiedy pytam, co się dzieje, kiedy siadają w gabinecie z osobą LGB, to okazuje się, że doświadczają bardzo różnych emocji. Jest to jakiś rodzaj inności i trudno się temu dziwić, bo żyjąc w takim społeczeństwie jesteśmy przesiąknięci heteronormatywnością czy homofobią. Z jednej strony obserwuję to w swojej pracy superwizyjnej, a z drugiej strony odnajduję potwierdzenie tego też w badaniach.

Jak Pan wspomniał, jest Pan superwizorem, co oznacza, że ma Pan kontakt z wieloma osobami zajmującymi się poradnictwem i terapią. Jakie trudności czy błędy w praktyce pojawiają się najczęściej?

Często się zdarza się, że terapeuci jakby nie zauważają nieheteroseksualnej orientacji – „ok, ktoś ma homoseksualną orientację i pracujemy dalej", a z drugiej strony zagrożenie jest takie, że terapeuta, czy w ogóle osoba pomagająca, może wszystkie sprawy, trudności odnosić do orientacji seksualnej. Trudno im wtedy spojrzeć na pacjenta, klienta w inny sposób niż przez pryzmat jego nieheteroseksualności.

Myślę, że więcej przykładów miałbym na nierozpoznawanie konsekwencji nieheteroseksualności niż na nadmierne skupianie się na niej. Niedawno przeprowadziliśmy z doktorem Bartoszem Grabskim badania, które przygotowujemy do publikacji z udziałem, psychoterapeutów i osób LGB mających przyjść na terapię. Pamiętam sytuacje, gdy zbieraliśmy dane, które wywołały moje duże zdziwienie i zaskoczenie, kiedy troje znajomych terapeutów na moje pytanie, czy wypełnili już naszą ankietę, odpowiedziało, że nie zrobili tego, bo nie spotkali się z osobami LGB w swojej praktyce. Zastanawiam się, czy to możliwe, aby terapeuci

z ponad 20-letnim doświadczeniem nie mieli w swojej praktyce nieheteroseksualnej osoby. Nawet statystycznie rzecz biorąc, to jest niemożliwe, a poza tym nie wydaje mi się, żeby te osoby uchodziły za tak homofobiczne, żeby były omijane szerokim łukiem przez osoby LGB. To dobry przykład na to, jak kwestia orientacji jest nierozpoznawana w obszarze terapii.

Dość rzadko terapeutom, zwłaszcza młodszym, zaczynającym swoją pracę, kwestia orientacji seksualnej przychodzi do głowy. Kiedy podczas superwizji pytam np.: „A co z orientacją seksualną tej osoby?", to często ci młodzi terapeuci są zdziwieni moim pytaniem. Tak bardzo zakładają heteroseksualność pacjenta, że trudno im zauważyć, że może być inaczej. Z kolei, gdy pada „podejrzenie", mają oni często trudność, aby się zdystansować i nie odnosić wszystkiego do kwestii orientacji.

Wspomniał Pan o prowadzonych badaniach. Czy mógłby Pan o nich opowiedzieć?

W badaniach wyszły nam ciekawe rzeczy, mianowicie pytaliśmy o to, jak się mają problemy emocjonalne do orientacji, i tam w zasadzie pomiędzy grupą psychoterapeutów a grupą osób LGB nie było różnicy, badani z obu grup twierdzili, że nie wszystkie problemy należy odnosić do orientacji. Tylko to jest teoretyczne założenie i deklaracja, natomiast pytanie brzmi, co się dzieje w praktyce? Jak mówiłem wcześniej, z mojego doświadczenia superwizyjnego wynika, że nie zawsze tak jest.

W badaniach pytaliśmy też psychoterapeutów, czego oni by się najbardziej obawiali w pracy z osobami LGB i okazuje się, że na pierwszym miejscu najbardziej psychoterapeuci boją się własnej bezradności w związku z społeczną sytuacją osób LGB. Można powiedzieć, że jest to trudna sytuacja dla terapeutów, bo jak się pracuje z jakąś grupą, która jest narażona na większe ryzyko przemocy czy odrzucenia, to pojawia się pewien rodzaj bezsilności. Zgodnie z koncepcją stresu mniejszościowego, doświadczenia osób należących do mniejszości są wpisane w strukturę społeczną, wynikają z funkcjonowania instytucji czy też z braku regulacji prawnych. Nie zmieni tego przeprowadzka pacjenta, czy odcięcie się od toksycznych relacji, to wymaga czasu i zmiany całej struktury społecznej.

Z kolei największym lękiem osób LGB było to, że terapeuta będzie próbował zmieniać ich orientację. Myślę, że odzwierciedla to niejednorodność postępowania wśród profesjonalistów. Przebadaliśmy prawie 3000 osób LGB, więc to nie była jakaś mała grupka, która się bała, że terapeuta mógłby próbować zmieniać ich orientację. Na drugim miejscu była obawa, że terapeuta nie zrozumie ich problemów, a na trzecim lęk przed odrzuceniem i agresją ze strony psychoterapeuty. Myślę, że dość zaskakujące są te obawy.

Może się wydawać, że wszyscy psychoterapeuci chcą pomagać, pracować zgodnie z etyką zawodową, ale przecież są i tacy którzy nie tylko rozważają możliwość zmieniania orientacji seksualnej pacjenta, ale też są gotowi to realizować.

A co Pan sadzi o tzw. terapiach naprawczych czy reparatywnych, mających na celu zmianę orientacji seksualnej?

Powiem krótko, uważam, że to jest niemerytoryczne i nieetyczne. Nie wiem, czy to trzeba rozwijać? Pierwsza rzecz – jeśli orientacja homoseksualna jest wariantem prawidłowego rozwoju, to jakie ja mam prawo ją leczyć? Czy leczymy to, co zdrowe? Zagłębiając się bardziej w temat, inny aspekt niemerytoryczności polega na tym, że nie ma badań, które by dawały podstawę do ich prowadzenia. Każda psychoterapia, zgodnie ze stanowiskiem Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, musi być oparta na rzetelnych, weryfikowalnych badaniach, pokazujących, że działa i że nie szkodzi. Badania nad terapią konwersyjną nie tylko pokazują, że bardzo wątpliwe jest, czy ona w ogóle działa, ale też, a może przede wszystkim, że jest duże ryzyko szkodliwości. Z tego wyłania się kwestia etyczna, ponieważ w różnych kodeksach etycznych podkreśla się, że psycholog, psychoterapeuta, lekarz powinien działać zgodnie z najnowszą wiedzą. Jakim prawem zatem stosuje się terapię o wątpliwej skuteczności, która w dodatku, co jest bardzo prawdopodobne, może przyczynić się do pojawienia się lub nasilenia lęków, złości, depresji czy prób samobójczych?

Czytałem dużo literatury na ten temat i okazuje się, że nie ma żadnej spójnej teorii, do której taka terapia by się odwoływała. To raczej kompilacja dość dowolnie pomieszanych ze sobą fragmentów różnych teorii.

Próbuje się np. szukać przyczyn homoseksualności w zaburzonych relacjach z ojcem w przypadku gejów. Nie jest to potwierdzone w żadnych badaniach Z perspektywy mojego gabinetu mogę powiedzieć, że zarówno heteroseksualni jak i homoseksualni mężczyźni mają problemy z ojcami, więc nie wydaje mi się żeby było w tym coś wyjątkowego.

Samo pytanie o przyczyny homoseksualności wydaje się być przejawem heteroseksizmu, nie szuka się przecież przyczyn heteroseksualności.

Wydaje mi się, że za tym stoi lęk związany z innością. To wyraźnie widać w kontekście społecznym - lęk, że osoby nieheteroseksualne jako mniejszość są czy mogą być niebezpieczni, że będą zarażać homoseksualizmem, że zbałamucą dzieci i będą one wszystkie homoseksualne itp. To jest absurdalne, ale można to zrozumieć, odnosząc się do koncepcji kozła ofiarnego, która mówi, że w społeczeństwie dobrze mieć taką grupę, na którą można zrzucić odpowiedzialność za złe rzeczy, które się dzieją. My, jako ci lepsi, możemy siebie spostrzegać jako tych wspaniałych. To przecież dobrze znane wątki z naszej historii. Homoseksualizm może też być tematem zastępczym, wręcz politycznym.

Ta chęć zmiany orientacji ma też swój kontekst religijny. Bardzo częstym motywem do zmiany orientacji jest przeżywanie jej samej albo czynów, do których może ona popychać w kategorii grzechu. Mam tu zresztą pewną wątpliwość, czy w przypadku oddziaływań nastawionych na zmianę orientacji możemy w ogóle mówić o „terapiach". Jeśli bowiem się im przyjrzymy, to okazuje się, że to są najczęściej grupy religijne, dużo tam jest modlitwy, kierownictwa duchowego, wspólnie podzielanej wiary, że da się zmieniać orientację. Jeśli dla kogoś kwestia wiary jest tak istotną, to rozumiem, że jest w stanie zaprzeczyć ważnym aspektom swojego funkcjonowania. Zaprzeczyć i uznać, że ta orientacja to jest coś złego, niepożądanego itd. Te badania, które próbują pokazać skuteczność tych „terapii", są z gruntu źle zaplanowane, bo to tak, jakby badać jakieś osoby, które są do czegoś bardzo zmotywowane, żeby to u siebie zmienić i sprawdzać, czy im się to udało, pytając je później o to. Jest bardzo prawdopodobne, że im się to uda i że jeśli się po tym zrobi z nimi wywiad, to jest im niezręcznie powiedzieć, czy też nie wypada powiedzieć, że im się nie udało. Wszystkie te badania z metodologicznego punktu widzenia są łatwe do zakwestionowania.

Warto w tym momencie jeszcze wspomnieć o amerykańskim badaczu – Robercie L. Spitzerze, który najpierw był w grupie psychiatrów, która usunęła homoseksualizm z klasyfikacji psychiatrycznej, potem prowadził badania, w których próbował udowodnić możliwość zmiany orientacji i skuteczność terapii reparatywnych, by w końcu w 2012 roku przepraszać wszystkich, zwłaszcza lesbijki i gejów, za to, ze wcześniej twierdził, iż zmiana orientacji jest możliwa i co za tym idzie, można prowadzić terapie konwersyjne, co robił na podstawie badań, które do takich twierdzeń nie uprawniały.

Osoby LGB są silniej narażone na przemoc i dyskryminację w społeczeństwie, doświadczają skutków stresu mniejszościowego, co przekłada się na ich funkcjonowanie w różnych obszarach życia. Jaka jest tutaj rola psychologa i wsparcia psychologicznego?

Trzeba zacząć od tego, że pomoc dla osób LGB w Polsce jest bardzo słabo zorganizowana, żeby nie powiedzieć, że praktycznie jej nie ma. Z mojej wiedzy polega to na tym, że osoby LGB same wyszukują na własną rękę terapeutów, którzy nie będą im chcieli zmieniać orientacji, pytają, szukają ludzi z polecenia. Co prawda są organizacje, które ją oferują, ale to nie jest sieć, która byłaby powszechna. Jeśli przeciętny gej czy lesbijka szuka pomocy, to myślę sobie, że jest w dużym kłopocie polegającym na tym, do kogo ma się skierować. Może co prawda wybrać psychologa czy psychoterapeutę, który jest rekomendowany przez KPH czy przez Lambdę, jednak nie zawsze taki terapeuta jest dostępny. Powiedzmy sobie, że to jest tylko w dużych miastach. Jeśli chodzi o mniejsze miasta albo osoby, które nie mają wyobrażenia, gdzie szukać, to jest to bardzo duży problem.

Co można zrobić, żeby zmienić tę sytuację?

Moim zdaniem powinno się zacząć od edukacji nauczycieli. Nauczyciele są tą grupą, jak pokazują badania, do której często w różnych trudnych doświadczeniach młodzież się zwraca w pierwszej kolejności. Nauczyciele mogą rozpoznać, że coś się dzieje niepokojącego.

Jak mam zajęcia z tymi grupami zawodowymi, to zwracam uwagę na to, że jeśli mamy do czynienia z nastolatkiem, który jest depresyjny, który jest po próbie samobójczej, to ile osób zadaje sobie pytanie, czy być

może to jest kwestia związana z orientacją seksualną tej osoby. Zazwyczaj, jak to mówię, gdy prowadzę zajęcia, to w tym momencie pojawia się cisza na sali. Czasami pojedyncze osoby podnoszą rękę, że rzeczywiście biorą to pod uwagę. Zdecydowana większość nie zdaje sobie z tego sprawy. Jak miałem zajęcia w szkole medycznej dla obcokrajowców ze studentami medycyny, którzy są ze Skandynawii, więc kiedy rozmawialiśmy na ten temat, to okazuje się, że tam jest to standardowe pytanie w wywiadzie. Oni byli zdziwieni, że jak można nie pytać o orientację seksualną pacjenta, dla nich to jest absolutnie jedno z pytań, które zadaje się pacjentowi, jeśli się robi wywiad. Myślę, że to jest ogromnie ważne, aby zająć się kwestią edukacji osób, które mają zajmować się pomocą w tym zakresie.

Istnieje potrzeba stworzenia całego systemu pomocy, to nie jest kwestia wyszkolenia paru osób. Przede wszystkim myślę, że to musi być standardową wiedza, która jest podawana studentom medycyny, psychologii, socjologii, pedagogiki i że tutaj trzeba by zacząć, żeby ta kwestia była w ogóle rozważana. Myślę, że te wszystkie kampanie i akcje społeczne są niezwykle istotne, bo one zwracają uwagę, że coś takiego w ogóle istnieje i dzięki temu coraz więcej osób zacznie na to zwracać uwagę.

Bardzo zaniedbany obszar to problematyka homoseksualnych nastolatków. Odkrywają oni swoją nieheteroseksualną orientację, co jest zazwyczaj trudnym doświadczeniem, w okresie, kiedy inność jest rzadko tolerowana. Stąd tym bardziej są oni narażeni na przemoc czy odrzucenie ze strony rówieśników, tym bardziej, że tylko nieliczni mogą liczyć na wsparcie ze strony rodziny czy przyjaciół. Te trudności nie są tylko naszymi podejrzeniami, to rzeczywistość – jak pokazują badania: 63% homoseksualnych nastolatków rozważała kwestię samobójstwa, przy 12% wśród heteroseksualnych nastolatków. Czy te dane nie są przerażające?

Kolejna rzecz to są już sami profesjonaliści. Mam to szczęście, że na dwóch kursach psychoterapeutycznych, na których mam zajęcia w Krakowie, tej problematyce mamy poświęcony cały blok zajęć. Ale też jest to ciekawe, mimo że są to osoby, które uczą się być psychoterapeutami, to jest wyselekcjonowana grupa i tam wciąż jest ten problem odpowiedniego stosunku, tego jak pracować, dużo własnych lęków, niepokoje. Co ciekawe, jak się rozmawia na forum, to jest ogólna akceptacja, ale już na przykład

w trakcie konkretnych zajęć pojawia się coś innego. Pamiętam sytuację z grupą, gdzie wszyscy mówili: „tak, jak najbardziej akceptujemy", i gdy zrobiliśmy taką scenkę, gdzie mieli porozmawiać z parą gejów to pierwsze pytanie jak padło, to było „Z czym Państwo przychodzicie?". Myślę, że to dobrze pokazuje, jak bardzo, nawet w płaszczyźnie językowej, jesteśmy przyzwyczajeni do heterostandardów, heteronormatywności. Także myślę sobie, że to jest niezwykle istotne, żeby na kursach pojawiała się ta wiedza. Żeby psychoterapeuci po prostu to rozpoznawali.

Myślę też, że konieczne jest stworzenie specjalistycznych ośrodków, bo o ile dorosłe osoby mogą sobie coś znaleźć, to absolutnie zaniedbana jest kwestia pracy z rodzinami. Typowa ścieżka jest taka, że jak rodzice odkrywają homoseksualność swojego dziecka, to idą do psychiatry albo do seksuologa. Od razu ta ścieżka jest patologizowaniem i medykalizacją orientacji. Od razu jest w tą stronę szukania patologii i to jest pierwszy odruch, który zresztą możemy zrozumieć. Taka chęć zmiany, zaskoczenie, faza szoku, to jest akceptowalne, że rodzice muszą przejść przez to, ale gdyby były takie ośrodki, to byłaby możliwość żeby rodzice mogli o tym spokojnie porozmawiać, a nie od razu wchodzimy na ścieżkę patologizowania.

Kolejna istotna kwestia to jest praca z parami. Ona też wymaga rozeznania terapeutów odnośnie do własnych przekonań, a z drugiej strony trzeba wiedzieć o specyfice funkcjonowania – np. to, jak ważna jest kwestia coming outu. Jednym z częstszych problemów, z którymi trafiają do mnie pary jest to, że partnerzy czy partnerki są na różnym etapie ujawniania się. Jedna osoba jest ujawniona i otwarcie funkcjonuje w swoim środowisku, a druga nie i prawie nikt nie wie o jej orientacji. To jest w moim poczuciu jeden z najczęstszych problemów, którego konsekwencją są potem spory dotyczące tego, gdzie mogą chodzić razem, a gdzie osobno, czy do rodziny każdy z partnerów/partnerek ma jechać w pojedynkę, czy mogą razem itp.

Kolejną ważną kwestią jest wychowywanie dzieci przez pary jednopłciowe, gdyż mnóstwo jest społecznych uprzedzeń z tym związanych. Mimo że badania pokazują, że to nie ma wpływu na funkcjonowanie poznawcze, społeczne, czy emocjonalne dzieci. Skoro sami psychoterapeuci mogą mieć takie uprzedzenia, to tym bardziej będą one funkcjonowały w społeczeństwie

Temat wychowywania dzieci jest jednym z bardziej kontrowersyjnych, wzbudza duży sprzeciw czy nawet generuje agresję ze strony przeciwników. Mimo to mówi Pan odważnie i otwarcie mówi o tym publicznie, jak np. w czerwcowym numerze „Znaku".

Zajmując się tą problematyką, staram się odwoływać do badań, nawet nie do pojedynczych, ale do metaanaliz, w których dane zagadnienie jest niejako oglądane z różnych perspektyw, przy użyciu różnych narzędzi. Zdaję sobie sprawę jednak, że to jeden z możliwych dyskursów na ten temat. Są też inne, oparte na światopoglądzie osób dyskutujących, na ich moralności, na etyce, do której się odwołują. Myślę jednak, że o ile dyskusja prowadzona w oparciu o badania może nam pomagać w znajdywaniu adekwatnych rozwiązań, o tyle, wprowadzając kwestie światopoglądowe my możemy w zasadzie tylko swoimi poglądami się wymienić. No bo jak o nich dyskutować? Albo się jakiś przyjmuje albo nie. Z tego powodu chyba większość dyskusji na temat homoseksualizmu w pewnym momencie staje się mało sensowna – gdy wiedza pochodząca z badań zaczyna się mieszać właśnie z kwestiami światopoglądowymi.

Czy postawa osób udzielających wsparcia osobom LGB ma znaczenie w stosunku do tego, jak pracują?

Myślę, że ma znaczenie. Wydaje mi się, że nie da się tego rozdzielić. Jeżeli ja prywatnie nie lubię, nie akceptuję jakiejś grupy np. Romów, Czarnoskórych, Żydów, to wydaje mi się to mało prawdopodobne, że wchodząc do własnego gabinetu, nagle jestem w stanie to zawiesić. Jestem przekonany, że absolutnie nie. Zresztą kodeks psychologa, psychoterapeuty, wprawdzie nieistniejący formalnie, ale jednak zwyczajowo przyjmowany, bardzo wyraźnie mówi, że psycholog musi mieć pełną zdolność wykonywania czynności. Jeżeli przychodzi ktoś, kogo nie mogę zaakceptować, nie mogę go emocjonalnie przyjąć, czy też, jak kiedyś słyszałem, że kogoś brzydzi rozmawianie z osobami homoseksualnymi o seksie, to w takich sytuacjach nie jest możliwe udzielenie profesjonalnej pomocy. Znajduje to zresztą potwierdzenie w badaniach. Niedawno byłem na I Międzynarodowej Konferencji Psychologii LGB w Lizbonie[101], na której było bardzo ciekawe wystąpienie, podczas którego autor pre-

101 Chodzi o konferencję w Lizbonie, która odbyła się w dniach 20-22.06 2013.

zentował badania pokazujące wyraźny związek stosunku do osób nieheteroseksualnych z zaangażowaniem w pracę z nimi.

Co należy wtedy zrobić?

Należy odesłać klienta czy pacjenta do innej osoby. To jest kwestia podstawowej odpowiedzialności za to, na ile ja mogę współpracować z takimi osobami.

Tu też trzeba zwrócić uwagę na taką ważną rzecz, że w pracy z osobami LGB nie tylko kontekst jest istotny, ale też zwrócenie uwagi na pewną specyfikę rozwoju własnej tożsamości homoseksualnej. Ja np. zwracam bardzo dużą uwagę na to, z jakiego rocznika jest osoba, która przychodzi. Czym innym jest, gdy to odkrywanie orientacji kształtowało się w okresie, kiedy homoseksualizm był w DSM, a czym innym jest teraz, kiedy mimo tego, że jest polaryzacja stanowisk, wyraźne już jest stanowisko, że to jest absolutnie normalny rozwój i można sie z tym identyfikować. Dużo zależy od otoczenia. Wątek własnej postawy odnośnie własnej tożsamości jest niezwykle istotny.

Czy jest coś jeszcze, na co powinny zwracać uwagę osoby udzielające wsparcia psychologicznego osobom LGB?

Kwestia, która jest często podnoszona w amerykańskich podręcznikach, zwłaszcza wtedy, gdy terapeuta sam jest osobą homoseksualną, to, że może być tak, że terapeuta może mieć relację z pacjentem na różnych płaszczyznach. To może być relacja terapeutyczna, ale też mogą przynależeć do jednej grupy np. gdy biorą udział w manifestach itp. Kiedy pacjent LGB widzi swojego terapeutę jako działacza, może to mu pomóc nabrać do niego zaufania, ale z drugiej strony, może to utrudniać relację terapeutyczną. Dla terapeuty może nie być łatwe utrzymanie dystansu do pacjenta, kiedy łączy go z nim realizowanie jakiejś wspólnej idei. Z kolei heteroseksualny terapeuta może nie wzbudzać zaufania, mogą pacjentowi towarzyszyć obawy, czy zostanie zrozumiany, ale z drugiej strony takiemu terapeucie może być łatwiej zachować dystans do problemów zgłaszanych przez pacjentów. Tak więc sprawy te, niemające jasnych rozwiązań, wymagają nie lada uważności od terapeuty. No i dobrze, jeśli są one w terapii omawiane.

Pracuje Pan w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego i w Oddziale Klinicznym Kliniki Psychiatrii Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie – są to instytucje publiczne. Czy temat homoseksualności tam się pojawia, czy Pan go podejmuje?

Podejmuję w ramach pracy na Uniwersytecie są to badania naukowe, obecnie wraz z grupą studentów realizujemy program badawczy dotyczący stresu mniejszościowego, a także są to zajęcia związane z psychologicznymi aspektami funkcjonowania osób LGB.

W Klinice Psychiatrii od ponad roku ze wspominanym już Bartoszem Grabskim zaczęliśmy zajmować się pracą terapeutyczną z osobami nieheteroseksualnymi. Nie jest to osobna jednostka w klinice, ale być może kiedyś coś takiego powstanie. W każdym razie koleżanki i koledzy wiedzą, że taką problematyką się zajmujemy i często kierują do nas pacjentów, u których rozpoznają problemy związane z kwestią orientacji seksualnej jako istotne dla ich funkcjonowania. Zauważam jednak, że większość osób LGB woli pójść do prywatnego gabinetu, niż przechodzić przez machinę państwowej instytucji, co wiąże się z ujawnianiem swojej orientacji czasami wielu osobom. Prywatny gabinet daje większe poczucie komfortu, bezpieczeństwa. Większość osób, które do mnie trafiły, były kierowane przez psychologów lub lekarzy, którzy wiedzą, jaką problematyką się zajmuję, bądź też sami trafili, bo np. czytali moje artykuły i wiedzą, jaki mam stosunek do homoseksualności. Zdarza mi się usłyszeć: „Czytałam/łem pana artykuł, dlatego przychodzę". To też pokazuje, jak istotną kwestią jest wyraźne rozpoznawalność stosunku do homoseksualności terapeuty.

A czy spotkał się Pan z jakimiś trudnościami ze strony instytucji lub współpracowników, kiedy otwierał Pan ten gabinet?

Jeśli były jakieś problemy, to nie były one związane ze specyfiką tej grupy pacjentów. Wynikało to bardziej z ogólnych trudności organizacyjnych instytucji takiej jak szpital. Natomiast zaskoczony byłem postawą dwóch kolegów, psychiatrów, którzy kiedyś zapytali mnie, traktując to pytanie jako oczywiste, – czy my się zajmujemy zmianą orientacji. Mnie to zszokowało, że w ogóle padło takie pytanie i pomyślałem, jak bardzo jednak takie myślenie wciąż jeszcze jest obecne. Myślę też, że

na tą kwestię nakłada się pewna polityczna poprawność naszych wypowiedzi. W wielu dyskusjach, wielu profesjonalistów nie otwiera tych tematów, jednak myślę, że on gdzieś w nich jest. Wypada mówić pewne rzeczy. Myślę, że to powoduje, że na konferencjach, spotkaniach mamy jasne stanowisko, że oficjalnie pomagamy, nie zmieniamy orientacji, ale zastanawiam się, co się dzieje tak naprawdę w tych gabinetach, zwłaszcza że pacjenci, którzy do mnie trafiają, opowiadają bardzo różne rzeczy. Jeden z nich powiedział, że jak trafił właśnie na oddział psychiatrii z symptomami depresji, pierwsze, co usłyszał, to, że musi się wyleczyć z homoseksualizmu i wtedy zaczniemy Pana leczyć z depresji. Wiem, że to nie jest jedyna taka sytuacja, wiem od innych osób pracujących z osobami LGB, że zdarza się coś takiego, gdy psycholodzy, psychoterapeuci, psychiatrzy chcą leczyć. Nie zawsze nazywają to leczeniem, ale podejmują działania, aby zmienić orientację seksualną pacjenta, na tę, która jest „lepsza" czy „bardziej zdrowa".

Co Pan w takich sytuacjach robi?

Na szczęście ci moi pacjenci mieli dystans do takich postaw lekarzy. Jednak tutaj ujawnia się pewna specyfika pracy terapeutycznej z osobami nieheteroseksualnymi, mianowicie czasami psychoterapeuta musi być edukatorem, wyjaśniającym pewne kwestie. Z dorosłymi pacjentami to się rzadziej zdarza, częściej, jeśli się pracuje z nastolatkami albo z rodzinami, gdzie jest homoseksualny nastolatek. Praca z ich rodzicami to jest często taki właściwie rodzaj poradnictwa, psychoedukacji, wyjaśniania - czym jest homoseksualność syna czy córki, że to nie jest choroba psychiczna ani zboczenie, ze to nie jest ich wina, ze dziecko jest gejem albo lesbijką. To również początek procesu, podkreślam – procesu, godzenia się z homoseksualnością dziecka. Podkreślam, bo nie można od rodziców oczekiwać, że tak od razu przyjmą i zaakceptują. Część z nich ma oczywiście taką emocjonalną możliwość, jednak wielu potrzebuje wsparcia, rozmów, uporania się z własnymi lękami czy uprzedzeniami. Tutaj niezwykle pomocne były by grupy samopomocowe prowadzone przez samych rodziców, bardzo ich brakuje. Trzeba ich wesprzeć, aby oni mogli wspierać swoje dzieci, we wchodzeniu w życie, gdzie mogą doznawać wielu trudności. I nie chodzi o to, aby udawać, że tak nie jest, tylko,

aby otwarcie o tym rozmawiać i wspólnie znajdywać rozwiązania. Najgorszą rzeczą, jaka może się przytrafić, to zostać z problemem samemu. Sytuację takich rodziców można trochę zrozumieć, używając analogii rodzin emigrantów, którzy znajdują się w państwie niekoniecznie im przychylnym. Można albo uciekać, albo się zamykać, albo się zastanowić, w jaki sposób przystosować się do tej sytuacji, jak sobie radzić.

Prowadzi Pan badania i publikuje, jest Pan przez to rozpoznawalny, a Pana stanowisko jest jasne – prezentuje Pan antyhomofobiczną postawę, podpierając się badaniami. Mówi Pan otwarcie o tym, że homofobia nie jest dobra. Czy napotyka Pan z tego tytułu trudności?

Nie miałem, jak do tej pory trudności. Czasami zdarzają się osoby, które inaczej myślą, ale nic mnie nie spotkało w związku z moimi poglądami. Natomiast jak to robię, to staram się oprzeć na czymś bardzo konkretnym, np. na badaniach. Staram się unikać w dyskusji ideologizacji tego problem, zamiast tego powołuję się na badania. Wydaje mi sie, że tam, gdzie zaczynamy wprowadzać pewną ideologizację, to zaczynają się dyskusje, bo każdy ma swój światopogląd. Ja z tym nie dyskutuje, zostawiam to. Dla mnie istotną kwestią jest to, co mówią badania naukowe i na ile one się zgadzają z moją praktyką zawodową.

Tu pojawia się też ważna kwestia, którą warto podkreślić, że mnie, jako terapeucie, nie wolno kierować pacjenta w jakąkolwiek stronę. To bardzo widać u nastolatków. Praca z nimi jest bardzo trudną pracą, uważam, że to jest najtrudniejsza grupa pacjentów. To szczególnie trudne, żeby tak rozmawiać, by nastolatka nie popychać w żadną stronę - czy w stronę homoseksualności, czy heteroseksualności, tylko żeby mu towarzyszyć, pomagać w odkrywaniu, co w nim jest. Zdaję sobie sprawę, że jak go zacznę popychać, to ja mogę być powodem jakichś problemów emocjonalnych. Tutaj moim ulubionym przykładem, jak łatwo wpaść w pułapkę, co zawsze mówię studentom podczas wykładów, jest sytuacja, gdy mamy w terapii nastoletniego chłopca. Ja pamiętam jeszcze z wykładów z psychologii rozwojowej jedno ze standardowych pytań, które sie zadaje, to np. „Czy masz dziewczynę?". Jeśli nastolatkowi, który dopiero odkrywa swoją homoseksualność, zadamy pytanie, czy ma dziewczynę, to można powiedzieć, że wychodzi z nas taka heteronormatywność, że wydaje mi się, że jest bardzo mało prawdopodobne, żeby on wniósł, że jest inaczej,

bo musiałby nie tylko ujawnić, że ma fascynację kolegami czy mężczyznami, ale jeszcze musiałby zaprzeczyć mojemu pytaniu i to wydaje mi się w tak delikatnej sferze. Dodatkowo wychodzi straszna heteronormatywność samego terapeuty. Myślę sobie, że bardzo łatwo jest zamknąć temat w ten sposób. Zresztą, jak pracuję z dorosłymi pacjentami, to też zadaje to pytanie o zachowania I fantazje seksualne np. dorosłego mężczyznę, który jest w heteroseksualnym związku. Pytam, czy ma fantazje z kobietami i dodaje też pytanie, czy też z mężczyznami. Często pacjenci się dziwią, ale kontynuują i dodają, że tak, zdarzyło się. Samo zadanie takiego pytania dopuszcza w ogóle opcje w pracy, pokazuje, że możemy rozmawiać też o tym.

A jak to się stało, że zaczął się Pan tym tematem zajmować?

To była bardzo ciekawa historia. Moje zainteresowanie zaczęło się kilkanaście lat temu, gdy byłem na konferencji w Rzymie. To była konferencja terapii rodzin i par. W ramach tej konferencji miało miejsce wystąpienie amerykańskiej terapeutki, niestety nie pamiętam jej nazwiska, która miała mówić o specyfice terapii par jednopłciowych. Mnie ten temat wtedy bardzo zainteresował, pracowałem wtedy z parami heteroseksualnymi i pomyślałem – co tu może być nowego? Miałem taki odruch – no, to będzie podobne pewnie, i z ciekawości, ponieważ nie było nic ciekawszego do słuchania, poszedłem na to, zakładając, że w zasadzie tak sobie posłucham, ale uważając, że chyba nic mnie nie zaskoczy. No i nic bardziej błędnego. Cały ten wykład był dla mnie zaskoczeniem. Zacząłem wtedy odkrywać, ile we mnie samym jest stereotypów, które są kompletnie nieadekwatne, które kompletnie nie pasują tutaj do tego myślenia o parach jednopłciowych. I potem to mnie zaczęło jakoś interesować. Wiele osób zaczęło zauważać, że ja się tym interesuję i zaczęli też pacjenci do mnie przychodzić. To się tak zaczęło, że z jedną, dwiema, trzema osobami porozmawiałem, jakie miały doświadczenia, bo wiem, że miały doświadczenia w pracy z osobami LGB, więc i powoli, powoli zaczęli mnie rozpoznawać, kojarzyć, że się tym zajmuję. Zacząłem też poruszać te tematy na konferencjach. Ciekawa była dla mnie konferencja o terapii par w Krakowie, która odbywała się kilka lat temu, której byłem współorganizatorem i to było dla mnie interesujące, że miałem

tam właśnie cały wykład na temat funkcjonowania osób homoseksualnych. Po tym wystąpieniu nie było ani jednego pytania z sali. Natomiast jak się wykład skończył i wyszedłem na korytarz, to raptem mnóstwo pytań się wtedy zaczęło. To było dla mnie interesujące, zacząłem się zastanawiać, co takiego jest w tym temacie, chociaż miałem poczucie, że jestem bardzo uważnie słuchany, że nie pojawiają się pytania publicznie, a nagle gdy wyszedłem, to w korytarzu, w kuluarach nagle pojawiło się całe mnóstwo pytań.

Można powiedzieć, że ten watek pojawił się w moim życiu przez jakąś moją ciekawość. I takie rozpoznanie czegoś, co mi się wydawało inaczej i przez podważenie moich własnych oczywistości, które sobie uświadomiłem w Rzymie, dobrze, że nie w Watykanie.

A skąd wziął się pomysł na książkę *Wprowadzenie do psychologii LGB*?

Z pewnej bezradności. Wraz z Magdą Mijas i Bartkiem Grabskim mieliśmy takie poczucie, że prowadząc zajęcia z studentami, nie było czego polecać im do czytania. Można było polecać teksty anglojęzyczne albo nasze, ale one nie zawsze podejmowały problematykę, którą chcieliśmy wprowadzać na zajęciach ze studentami. Na zajęciach okazywało się, że tu potrzeba konkretnej wiedzy np. rozdział o terapii, rozdział o historii pojęcia, na temat osób biseksualnych. To jest niezwykle ważna i niedoreprezentowana wiedza odnośnie osób biseksualnych. Przecież badania pokazują, że to jest ta grupa, która ma najtrudniej. Osoby biseksualne mają mnóstwo problemów, jako że mogą funkcjonować i w związkach heteroseksualnych, i homoseksualnych. Może nam się wydawać, że mają oni tak duże możliwości, skoro mogą wchodzić w relacje zarówno z osobami tej samej, jak i przeciwnej płci. Tymczasem w ich życiu jest dużo emocjonalnego napięcia. Osoby te są odrzucane zarówno w środowiskach heteroseksualnych, które nie ufają im, jak i środowiska homoseksualnych, które posądzają osoby biseksualne, że tak naprawdę są to osoby homoseksualne, tylko się nie ujawniają. Moje koleżanki Magda Mijas, współredaktorka podręcznika, i Marta Dora, doktorantka w Instytucie Psychologii UJ, przeprowadziły niedawno ciekawe badanie, polegające na analizowaniu ogłoszeń, jakie pojawiają się na portalach, gdzie kobiety szukają kobiet. Okazało się, że bardzo często w tych ogłoszeniach jest wyrażona niechęć

do nawiązywania relacji z kobietami, które już są w związkach, jak też z kobietami biseksualnymi. Są więc one niejako w grupie „odrzuconych" przez lesbijki. Zatem psychologiczne funkcjonowanie osób biseksualnych to ważny i niedoceniany problem, wart zgłębienia.

Wspaniale. Czy chciałby Pan coś jeszcze dodać?

Najważniejsze, co mnie cieszy, że ta świadomość społeczna, także u specjalistów jednak wzrasta. Widzę to po zajęciach ze studentami i na kursach terapeutycznych, że te tematy są przyjmowane czasami jako pewne oczywistości – kwestie homofobiczne, heteronormatywne, heteroseksizm. Mam coraz większe poczucie, że rozmawiam na tematy, które te grupy rozpoznają. Może nie do końca wiedzą, co z tym zrobić, ale to nie jest tak, że nagle mówimy o ufoludkach, tylko mówimy o realnych osobach. W trakcie dyskusji nagle się okazuje, że w większości znamy takie osoby i że nie ma specjalnie problemu z relacjami z tymi osobami. Myślę, że to jest też to, co pokazują badania, że nawet ci, którzy mają jakieś uprzedzenia do homoseksualności, potem jak znają jakiegoś geja czy lesbijkę, to nie mają problemu w relacji z nimi. A w zasadzie każdy kogoś zna.

Każdy kogoś zna, choć pewnie nie zawsze o tym wie. Tak jak terapeuci, o których Pan wspomniał, którzy z pewnością spotkali się w swojej długoletniej praktyce z osobami LGB, jednak te nie ujawniły przed nimi swojej orientacji.

Myślę, że pocieszające jest, że mówiąc o osobach LGB mówimy o czymś, co jest to już tak zaskakujące. To, co obserwuję, to, że brakuje naukowego dyskursu, natomiast dominuje światopoglądowy, czy ideologiczny, który wydaje mi się, że jest o tyle nieskuteczny, że możemy przedstawić swoje stanowiska i na tym w zasadzie kończy. To są moje własne poglądy i na tym się kończy. Natomiast kwestia badań otwiera pole do refleksji i do zmiany. Jest narzędziem umożliwiającym zmianę tego jak wygląda poradnictwo dla osób LGB na ten moment w Polsce.

REKOMENDACJE DLA POLSKICH TOWARZYSTW NAUKOWYCH W SPRAWIE POSTĘPOWANIA ORAZ POMOCY TERAPEUTYCZNEJ OSOBOM HOMO- I BISEKSUALNYM

dr hab. n. med. Tadeusz Pietras*, dr n. med. Remigiusz Jarosław Tritt*,
dr n. med. Robert Kowalczyk*, mgr Agata Loewe*,
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz, prof.
dr hab. n. hum. Zbigniew Izdebski, dr hab. n. hum. Jacek Kochanowski,
dr n. med. Daniel Bąk, dr n. hum. Katarzyna Bojarska, dr n. med. Andrzej Depko,
dr n. hum. Alicja Długołęcka, dr n. med. Justyna Holka-Pokorska,
dr n. hum. Grzegorz Iniewicz

Grupa inicjatywna*

Grupa inicjatywna[102] oraz konsultanci/tki reprezentujący gremia naukowe zgadzają się ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)[103], zgodnie z którym homoseksualność, biseksualność i heteroseksualność stanowią równorzędne i równoprawne przejawy seksualności człowieka.

Istnienie homoseksualności, biseksualności i heteroseksualności to zaledwie kilka z przejawów szerokiej gamy międzyludzkiego zróżnicowania, dotyczącego wszelkiego rodzaju ludzkich cech i właściwości. Tymczasem pogląd o tym, jakoby homoseksualność lub biseksualność (w przeciwieństwie do heteroseksualności) miały stanowić chorobę somatyczną, zaburzenie psychiczne lub też kondycję zdrowotną samą w sobie wymagającą terapeutycznej korekty, w świetle aktualnej, opartej na badaniach wiedzy naukowej, okazuje się jedynie osądem wartościującym, a nie faktem naukowym.

102 Grupa inicjatywna to osoby, które rozpoczęły proces zbierania i formułowania rekomendacji oraz zainicjowały powstanie niniejszego dokumentu.

103 Zob. World Health Organization (1993).

W zgodzie ze stanowiskiem i rekomendacjami międzynarodowych towarzystw naukowych i terapeutycznych[104], dotyczącymi pomocy psychoterapeutycznej dla osób LGB (lesbijek, gejów, osób biseksualnych), stwierdzamy, że w świetle aktualnego stanu wiedzy naukowej postulat korygowania kierunku psychoseksualnych potrzeb osób homoseksualnych i biseksualnych jest w równym stopniu pozbawiony empirycznych i teoretycznych podstaw, co postulat korygowania kierunku psychoseksualnych potrzeb osób heteroseksualnych. Kierowanie się w pracy pomocowej założeniem typowym dla tzw. „terapii naprawczych" (zwanych też „oddziaływaniami reparatywnymi" lub „konwersyjnymi")[105], zgodnie z którym homoseksualne lub biseksualne potrzeby klientów/ek lub pacjentów/ek same w sobie miałyby być nieprawidłowością i wymagały wyeliminowania jako warunku osiągnięcia zdrowia psychicznego i fizycznego, uznajemy za oparte na nieprzychylnym osądzie moralnym oraz za niezgodne z etyką zawodową profesjonalistów zajmujących się

104 Zob. American Psychiatric Association (2000): Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne sprzeciwia się każdemu rodzajowi leczenia, takiemu jak terapia naprawcza lub konwersyjna, które opiera się na założeniu, że homoseksualność sama w sobie stanowi zaburzenie psychiczne lub na założeniu, że pacjent/ka powinien/na zmienić swoją homoseksualną orientację seksualną [tłum. Katarzyna Bojarska]; American Psychoanalytic Association (2012): Technika psychoanalityczna nie obejmuje zamierzonych starań, aby „przekonwertować", „naprawić", zmienić lub dokonać przesunięcia czyjejś orientacji seksualnej, tożsamości płciowej ani płciowej ekspresji. Tego typu ukierunkowane wysiłki są sprzeczne z fundamentalną zasadą leczenia psychoanalitycznego i często skutkują znacznym psychologicznym cierpieniem przez to, że wzmacniają uwewnętrznione postawy o niszczycielskim charakterze [tłum. Katarzyna Bojarska]; por. American Psychological Association (2008): Wszystkie większe organizacje koncentrujące swoją działalność wokół zdrowia psychicznego oficjalnie wyraziły zaniepokojenie terapiami nawołującymi do modyfikacji orientacji seksualnej. Nie opublikowano jak dotąd spełniających naukowe standardy badań dowodzących skuteczności lub bezpieczeństwa terapii ukierunkowanej na zmianę orientacji seksualnej (zwanej czasem terapią „naprawczą" lub „konwersyjną"). Co więcej – wydaje się, że promowanie terapii, których celem jest [taka] zmiana, wzmacnia stereotypy i przyczynia się do utrzymywania się wokół homoseksualnych i biseksualnych kobiet i mężczyzn negatywnej atmosfery [tłum. Katarzyna Bojarska].

105 Używanie terminu „terapia" na określenie oddziaływań mających na celu zmianę orientacji homo-/biseksualnej na heteroseksualną („konwersyjnych") nie znajduje merytorycznego uzasadnienia. Terapia oznacza „leczenie", to zaś powinno mieć swój przedmiot. Osoby podejmujące się zmiany czyjejś orientacji seksualnej przedmiotem swoich oddziaływań czynią orientacje homo- i biseksualną, traktując je jak zaburzenia. Tymczasem, żadna z orientacji seksualnych nie stanowi zaburzenia, choroby psychicznej ani objawów tego typu stanów – stąd nie może być przedmiotem leczenia. W związku z tym oddziaływania ukierunkowane na zmianę orientacji seksualnej nie spełniają kryteriów uzasadniających nazywanie ich „terapią".

pomocą osobom homoseksualnym i biseksualnym[106]. Stanowi to bowiem – w świetle dotychczasowych wyników badań, a także doniesień organizacji, które do niedawna same zajmowały się prowadzeniem tego typu oddziaływań „naprawczych" – działanie na szkodę klientów/ek lub pacjentów/ek[107].

Terapeuci, psychologowie, lekarze oraz pozostali specjaliści pracujący lub pragnący kompetentnie pracować pomocowo z osobami LGB powinni zdobywać specjalistyczną wiedzę i umiejętności poprzez ustawiczne angażowanie się w proces (samo)kształcenia w zakresie tematyki LGB. Programy wyższych studiów medycznych i psychologicznych, a także większości szkół terapeutycznych nie uwzględniają bowiem jak dotąd w dostatecznym zakresie aktualnych treści specyficznie poświęconych problematyce LGB. Przyswojenie tych treści merytorycznych jest warunkiem koniecznym świadczenia profesjonalnej pomocy na rzecz tej części populacji.

Niniejszy dokument należy traktować jako punkt wyjścia do dalszych rekomendacji dotyczących pracy pomocowej na rzecz osób homoseksualnych i biseksualnych.

My – niżej podpisani – apelujemy do osób zajmujących się pomocą psychologiczną i medyczną oraz do pozostałych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego do aktywnego przeciwstawiania się utrzymującej się w społeczeństwie stygmatyzacji osób LGB – jako opartej na nierzetelnej wiedzy i uprzedzeniach[108].

dr hab. n. med. Tadeusz Pietras*
dr n. med. Remigiusz Jarosław Tritt*
dr n. med. Robert Kowalczyk*
mgr Agata Loewe*

106 Por. Kodeks etyczno-zawodowy psychologa (2005).

107 Zob. American Psychiatric Association (2000), Bogle, Bussee i Marks (2007), Bogle (2007), Bussee (2007), Chambers (2013), Exodus International (2013) i Marks (2007)

108 Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne od 1975 roku apeluje do wszystkich specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego o aktywne działania na rzecz usuwania piętna choroby psychicznej kojarzonego z homoseksualnością (zob. Conger, 1975): Homoseksualność sama w sobie nie osłabia zdolności do dokonywania osądu, zrównoważenia, sumienności ani ogólnych umiejętnoś społecznych czy możliwości zawodowych. Ponadto Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne wzywa wszystkich specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, aby dawali przykład swoimi działaniami na rzecz eliminowania piętna choroby psychicznej od dawna kojarzonego z orientacjami homoseksualnymi [tł. Katarzyna Bojarska].

* Grupa inicjatywna
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Lew-Starowicz
prof. dr hab. n. hum. Zbigniew Izdebski
dr hab. n. hum. Jacek Kochanowski
dr n. med. Daniel Bąk
dr n. hum. Katarzyna Bojarska
dr n. med. Andrzej Depko
dr n. hum. Alicja Długołęcka
dr n. med. Justyna Holka-Pokorska
dr n. hum. Grzegorz Iniewicz

LITERATURA CYTOWANA

American Psychiatric Association. (2000). Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies). American Psychiatric Association. Pobrano 20 sierpnia 2013 z http://www.psychiatry.org/advocacy--newsroom/position-statements.

American Psychoanalytic Association. (czerwiec 2012). Position Statement on Attempts to Change Sexual Orientation, Gender Identity, or Gender Expression. Pobrano 19 sierpnia 2013 z http://www.apsa.org/About_APsaA/Position_Statements/Attempts_to_Change_Sexual_Orientation.aspx.

American Psychological Association. (2008). Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality. Washington, DC: American Psychological Association. Pobrano 19 sierpnia 2013 z http://www.apa.org/topics/sexuality/sorientation.pdf.

Bogle, D. (2007, czerwiec 27). Darlene Bogle Ex-Gay Leader Apology. Beyond Ex-Gay. Pobrano 25 czerwca 2013 z http://www.beyondexgay.com/article/bogleapology.

Bogle, D., Bussee, M., & Marks, J. (2007, czerwiec 27). Exodus Leader Apology. Beyond Ex-Gay. Pobrano 25 czerwca 2013 z http://www.beyondexgay.com/article/apology.

Bussee, M. (2007, czerwiec 27). Michael Bussee Ex-Gay Leader Apology. Beyond Ex-Gay. Pobrano 25 czerwca 2013 z http://www.beyondexgay.com/article/busseeapology.

Chambers, A. (2013, czerwiec 19). I Am Sorry. Exodus International. Pobrano 25 czerwca 2013 z http://exodusinternational.org/2013/06/i-am-sorry/.

Conger, J. J. (1975). Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the Year 1974: Minutes of the Annual Meeting of the Council of Representatives. American Psychologist, 30(6), 620–651. doi:10.1037/h0078455.

Exodus International. (19 czerwca 2013). Exodus International to Shut Down. Exodus International. Pobrano 25 czerwca 2013 z http://exodusinternational.org/2013/06/exodus-international-to-shut-down/.

Marks, J. (27 czerwca 2007). Jeremy Marks Ex-Gay Leader Apology. Beyond Ex-Gay. Pobrano 25 czerwca 2013 z http://www.beyondexgay.com/article/jeremyapology.

Polskie Towarzystwo Psychologiczne. (2005). Kodeks etyczno-zawodowy psychologa. Pobrano 19 sierpnia 2013 z http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29.

World Health Organization. (1993). ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Albany, NY, USA: World Health Organizatio

SŁOWNIK

Bifobia (ang. *biphobia*) to uprzedzenia wobec osób biseksualnych. Bifobię można znaleźć wewnątrz społeczności LGBTQ (np. sformułowania takie jak „Nigdy nie spotykałabym się z biseksualną dziewczyną, ponieważ zostawiłaby mnie dla mężczyzny, jeśli tylko miałaby okazję"), a także w heteroseksualnych środowiskach (np.: „On w końcu się ustatkuje i weźmie ślub"). Bifobia może być także zinternalizowana, co widać, gdy osoby biseksualne wierzą, że rzeczywiście zasługują na złe traktowanie ze względu na swoją tożsamość (np. poczucie, że nie należą do społeczności LGBTQ, jeśli spotykają się z osobami „odmiennej płci").

Cispłciowość (ang. *cisgender*) to kategoria wprowadzona przez osoby działające na rzecz osób transpłciowych, aby nazwać zgodność pomiędzy posiadaną płcią fizyczną, odczuwaną płcią (tożsamością płciową), gender i pozostałymi wymiarami płci. Taka zgodność jest oceniana jako „normalna" w kulturze zakładającej dychotomię i wewnętrzną spójność wszystkich wymiarów płci. Osoba cispłciowa np. ciskobieta spełnia oczekiwania społeczne związane ze spójnością pomiędzy jej płcią metrykalną (jest określana jako biologiczna kobieta), tożsamością płciową (czuje się kobietą) i ekspresją płciową (zachowuje się i ubiera w sposób uważany za społeczeństwo jako kobiecy).

Coming-out („wyjście z szafy") to osobisty (tzn. dokonany wobec siebie) proces zrozumienia, zaakceptowania i uznania własnej mniejszościowej orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej, a jednocześnie interpersonalny (coming-out wobec innych ludzi) proces dzielenia się tą informacją z innymi. To ciągły proces, który wielokrotnie powtarza się w życiu osób ze środowiska LGBTQ. I choć wielu ludzi uważa, że osoba może być „w" lub „poza" tzw. szafą („bycie w szafie" to nie ujawnianie swojej tożsamości seksualnej czy płciowej), to zazwyczaj coming-out wiąże się z ogólną otwartością wobec innych odnośnie tego, kim się

jest. Jednak ilekroć osoba staje twarzą w twarz z nową sytuacją, w którą zaangażowani są nowi ludzie, musi ona ocenić czy dzielenie się tą informacją jest dla niej bezpieczne i/lub komfortowe. Coming-out oznacza badanie własnej orientacji uczuciowej i/lub tożsamości płciowej, a także dzielenie się tym z innymi, włączając w to rodzinę, przyjaciół, przyjaciółki, ludzi w miejscu pracy itd. Wielokrotnie proces ten może być żmudny i trudny z uwagi na heteroseksizm, homo-, bi- i transfobię itp. zjawiska. Istnieje wiele różnych modeli, które opisują ten proces jako trwający całe życie proces w życiu osób LGBTQ.

Dyskryminacja to nierówne, niesprawiedliwe traktowanie osoby, ze względu na posiadaną cechę. Przesłankami do dyskryminacji mogą być m.in. kolor skóry, wiek, wyznawana religia, status ekonomiczny, tożsamość płciowa, orientacja seksualna. Dyskryminacja może być bezpośrednia (sytuacja, w której osoba jest traktowana gorzej niż inni z powodu przynależności do jakiejś grupy) lub „pośrednia" (kiedy pozornie neutralna i nieróżnicująca praktyka powoduje, że osoby przynależące do jakiejś grupy są w mniej uprzywilejowanej pozycji). Obie formy dyskryminacji mogą prowadzić do wiktymizacji i prześladowania. Dyskryminacja jest zakazana w prawie polskim i europejskim i istnieją pewne szczegółowe przepisy dotyczące pewnych aspektów dyskryminacji i rodzajów sytuacji, które zostały uznane za szczególnie ważne przez prawodawców (np. dyskryminacja na rynku pracy). Dyskryminacja jest formą opresji i może się wiązać z różnymi rodzajami przemocy.

Ekspresja płci (ang. *gender expression*) – zewnętrzna manifestacja tożsamości płciowej jednostki, która ukazuje się poprzez ubiór, fryzurę, gesty i tym podobne charakterystyki.

Gej (ang. *gay*) – mężczyzna, który emocjonalnie, seksualnie, psychicznie i/lub duchowo ukierunkowany jest na wiązanie się i dzielenie uczuć z innymi mężczyznami. W języku angielskim gay jest to termin czasem używany na określenie całej społeczności LGBTQ (np. gay pride, gay rigts) jednak w języku polskim nie ma takiego zastosowania i najczęściej używa się go w odniesieniu do homoseksualnych mężczyzn.

Gender inaczej płeć kulturowa, czy społeczno-kulturowa tożsamość płci. Różni się od płci biologicznej (ang. sex). Gender oznacza sposób pojmowania, postrzegania i przypisywania pewnych cech i zachowań kobiecie i mężczyźnie przez społeczeństwo i kulturę (Gender – kulturowa tożsamość płci. Podręcznik dla trenerów. Amnesty International, 2005, s. 21). Konstrukty te tworzą się w poszczególnych kulturach i określają to, co powszechnie jest uznawane za właściwe dla tożsamości płciowej i ekspresji płci (np. podział rodzajów garderoby i kolorów na „męskie" i „kobiece").

Heteronormatywność (ang. *heteronormative*) – kulturowe założenie, które mówi o tym, że każdy podąża lub powinien podążać za tradycyjnymi normami heteroseksualności (np. mężczyzna i kobieta spotykają się, zakochają się w sobie, biorą ślub, zwykle płodzą dzieci i pozostają do końca życia razem). U podstaw heteronormatywności leży założenie o istnieniu dwóch płci. Tak więc, heteronormatywność poza heteroseksualnością wzmacnia kulturowe założenie o binarności płci.

Heteroseksizm (ang. *heterosexism*) odnosi się do założenia czy przekonania, że wszyscy ludzie są heteroseksualni albo powinni tacy być. Heteroseksizm reprezentuje system ideologii, który zaprzecza istnieniu praw, oczernia, ignoruje, marginalizuje albo stygmatyzuje kogokolwiek, kto należy do społeczności LGBTQ poprzez dążenie do wyciszenia albo uniewidocznienia ich istnienia w społeczeństwie. Jest wszechobecny w ramach społecznych obyczajów i instytucji, a sam w sobie, tak jak inne rodzaje przywilejów, nie jest otwarcie podważany w dominującym dyskursie, co pozwala na przekazywanie jego idei z pokolenia na pokolenie w procesie socjalizacji. Przykładem heteroseksizmu jest stwierdzenie: „Szkoda takiego fajnego chłopaka na geja, żeby tak się marnował. Mógłby mieć dziewczyn na pęczki!" - w zdaniu tym kryje się założenie, że bycie heteroseksualnym jest w jakiś sposób lepsze, bardziej wartościowe niż bycie homoseksualnym.

Homofobia (ang. *homophobia*) to uprzedzenie wobec lesbijek, gejów, osób biseksualnych, queerowych lub poszukujących czy kwestionujących swoją seksualność, a także zjawisk związanych z ich kulturą czy sposobem bycia. Homofobią nazywamy też zachowanie motywowane

uprzedzeniem, wyrażające się w antypatii, awersji, irracjonalnym lęku, dystansie, nienawiści lub przemocy wobec osób spostrzeganych jako geje lesbijki, osoby biseksualne lub transpłciowe. Homofobia może być również zinternalizowana, co jest widoczne, gdy osoby LGBQ uważają, że rzeczywiście zasługują na złe traktowanie z powodu swojej tożsamości.

Homoseksualista (ang. *homosexual*) – termin używany w przeszłości do opisania osoby, która emocjonalnie, seksualnie, psychicznie i/lub duchowo czuje pociąg do wiązania się i dzielenia uczuć z osobami „tej samej" płci. Należy pamiętać, że wiele osób należących do środowiska LGBTQ nie używa tego terminu dla określenia samych siebie w związku z pejoratywnymi skojarzeniami historycznymi związanymi z tym terminem (np. wykorzystanie określenia homoseksualizm w DSM i innych badaniach klinicznych, które klasyfikowały ją jako zaburzenie natury psychicznej). Dlatego też nie stosuje się tego wyrażenia w tej publikacji. Zamiast określenia osoba homoseksualna lub homoseksualista proponujemy gej lub lesbijka. Używamy czasem sformułowania osoby nieheteroseksualne na określenie wszystkich osób LGBQ.

Interseksualność definiuje się jako posiadanie przez jedną osobę takich płciowych cech fizycznych: genetycznych, biologicznych, anatomicznych lub fizjologicznych, które nie pozwalają określić jej płci jako jednoznacznie męskiej lub żeńskiej.

Lesbijka (ang. *lesbian*) – kobieta, która czuje emocjonalny, seksualny, psychiczny i/lub duchowy pociąg do wiązania się i dzielenia uczuć z innymi kobietami.

LGBTQ (akronim od ang. *lesbian, gay, bisexual, transgender, queer*), może występować w rozszerzonej wersji np. **LGBTQIQAF** (gdzie I – intersexual,Q – questioning, A – ally, F – families and friends) – to skrót włączający do swojego zbioru różne rodzaje nieheteronormatywnych tożsamości seksualnych i płciowych (lesbijki, gejów, osoby biseksualne, transpłciowe, queerowe, interseksualne, poszukujące lub kwestionujące swoją seksualność), a także ich sojuszników i sojuszniczki (A) oraz rodziny i przyjaciół (F). W publikacji posługujemy się skrótem LGBTQ traktując Q jako termin parasolowy określający wszystkie nienormatywne tożsamości płciowe i seksualne.

Mowa nienawiści to różne typy emocjonalnie negatywnych wypowiedzi, wymierzonych przeciwko grupom, które opisuje się jako „gorsze"[1]. Mowa nienawiści obejmuje wypowiedzi (ustne i pisemne) i przedstawienia ikonograficzne lżące, oskarżające, wyszydzające i poniżające grupy i jednostki z powodów po części przynajmniej od nich niezależnych – takich jak przynależność rasowa, etniczna i religijna, a także płeć[2] i inne.

Opresja (ang. *oppression*) to termin używany w niniejszej publikacji do określenia ogółu doświadczeń grup mniejszościowych i defaworyzowanych związanego z dyskryminacją, przemocą motywowaną uprzedzeniami, mikronierównościami oraz przemocą symboliczną oraz doświadczania stresu mniejszościowego.

Orientacja uczuciowa (ang. *affectional orientation*) – w niektórych tekstach[3] autorzy i autorki korzystają z wyrażenia orientacja uczuciowa zamiast orientacja seksualna. Orientacja uczuciowa odnosi się do kierunku potrzeb (dotyczącego płci, tożsamości płciowej czy ekspresji płci), w sferze emocjonalnej, fizycznej, duchowej i/lub psychicznej. Stosowanie terminu orientacja uczuciowa zamiast orientacja seksualna ma na celu podkreślenie wielopoziomowości związków (warstwy emocjonalnej, fizycznej, duchowej i psychicznej) i zmniejszenie nacisku kładzionego na zachowania seksualne, jako jedynego sposobu zrozumienia własnej tożsamości. W związku z tym, że tożsamość u dużej części osób nie współgra dokładnie z ich zachowaniami seksualnymi i pociągiem seksualnym (czego przykład mamy w słynnych badaniach Kinseya, które skupiały się na zachowaniach seksualnych i w rezultacie okazało się, że występowanie zachowań homo- i biseksualnych jest znacznie częstsze niż z reguły wynika z większości badań mających na celu

1 *Przemoc motywowana uprzedzeniami. Przestępstwa nienawiści,* pod red. A. Lipowskiej-Teutsch, E. Ryłko, Towarzystwo Interwencji Kryzysowej, Kraków 2010, s. 11

2 S. Kowalski, M. Tulli, *Mowa nienawiści. Raport 2001*, „Otwarta Rzeczpospolita", Stowarzyszenie Przeciwko Antysemityzmowi i Ksenofobii, Warszawa.

3 Zob. ALGBTIC LGBQQIA Competencies Taskforce, Amney Harper, Pete Finnerty, Margarita Martinez, Amanda Brace, Hugh C. Crethar, Bob Loos, Brandon Harper, Stephanie Graham, Anneliese Singh, Michael Kocet, Linda Travis, Serena Lambert, Theodore Burnes, Lore M. Dickey & Tonya R. Hammer (2013): *Association for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling Competencies for Counseling with Lesbian, Gay, Bisexual, Queer, Questioning, Intersex, and Ally Individuals*, Journal of LGBT Issues in Counseling, 7:1, 2-43. Dostępne w dniu 14.07.2013 na: http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.755444.

określenie sposobów identyfikowania się z własną tożsamością) użycie terminu orientacja uczuciowa lepiej odzwierciedla wielopoziomowość tożsamości. W tej publikacji posługujemy się sformułowaniem orientacja seksualna, jako synonim orientacji uczuciowej.

Orientacja seksualna – określa emocjonalny i fizyczny pociąg do osób określonej płci, kierunek potrzeb uczuciowych, seksualnych, psychicznych i/lub duchowych. To sposób w jaki dana osoba określa swoją seksualność z punktu widzenia płci osób, w których się zakochuje lub z którymi nawiązuje relacje intymne. Odnosi się do uczuć i ogólnej koncepcji samej/samego siebie. Najczęściej mówi się o orientacji heteroseksualnej (pociąg do osób płci odmiennej), homoseksualnej (pociąg do osób „tej samej" płci) i biseksualnej (wobec osób różnej płci). Istnieją również inne formy wyrażania się ludzkiej seksualności, zarówno nazwane jak np. aseksualność (brak potrzeby utrzymywania jakichkolwiek stosunków o charakterze seksualnym w stosunku do innych osób) jak i nienazwane. Podane kategorie są umowne, każda osoba może określić swoją orientację seksualną w całkowicie niepowtarzalny sposób, zupełnie wyjątkowym określeniem. Zob. tożsamość seksualna.

Osoba biseksualna (ang. bisexual) – kobieta lub mężczyzna, którzy czują pociąg emocjonalny, seksualny, psychiczny i/lub duchowy zarówno do kobiet, jak i do mężczyzn.

Osoba cispłciowa (ang. cisgender) – osoba normatywna płciowo. Zob. cispłciowość.

Osoba heteroseksualna (ang. heterosexual) – jest to termin, używany do określenia osoby, która odczuwa emocjonalny, seksualny, psychiczny i/lub duchowy pociąg do wiązania się i dzielenia uczuć z osobami odmiennej płci.

Osoba homoseksualna (ang. gay/lesbian) – jedna z definicji mniejszościowych tożsamości seksualnych – osoba czująca pociąg uczuciowy, seksualny, psychiczny i/lub duchowy do osób „tej samej" płci. Zob. gej, lesbijka.

Osoba interseksualna (ang. *intersex*) – osoba, której płeć biologiczna nie może zostać jednoznacznie zaklasyfikowana jako „męska" lub „żeńska". W ciele pojawiają się charakterystyki albo zarówno kobiece, jak i męskie lub trudno je jednoznacznie zaklasyfikować jako kobiece lub męskie. Dawniej nazywana hermafrodytą, chociaż termin ten jest wciąż używany przez niektórych członków społeczności osób interseksualnych, stracił on wielu entuzjastów ze względu na jego negatywne nacechowanie. Zob. interseksualność.

Osoba transpłciowa – osoba nienormatywna płciowo. Zob. transpłciowość.

Osoby poszukujące/kwestionujące swoją seksualność, rzadziej płeć *(ang. questioning)* – termin ten odnosi się do osób, które nie są pewne czy emocjonalnie, seksualnie, psychicznie i/lub mentalnie czują pociąg do kobiet, do mężczyzn, do obu płci jednocześnie czy do ludzi w ogóle bez względu na ich płeć.

Płeć biologiczna (ang. *sex*) odnosi się do cielesności. Jest to szereg różnorodnych cech fizycznych/anatomicznych, które różnicują ludzi między sobą.

Przestępstwo z nienawiści to każde przestępstwo natury kryminalnej, wymierzone w ludzi i ich mienie, w wyniku którego osoba lub inny cel przestępstwa są dobierane ze względu na ich faktyczne bądź domniemane powiązanie lub udzielenie wsparcia grupie na podstawie cech charakterystycznych wspólnych dla jej członków, takich jak: faktyczna lub domniemana rasa, narodowość lub pochodzenie etniczne, język, kolor skory, religia, płeć, wiek, niepełnosprawność fizyczna lub psychiczna, tożsamość seksualna lub inne podobne cechy[4].

Queer ogólnie odnosi się do osób, które identyfikują się nieheteronormatywnie i/lub poza dychotomicznym podziałem płci (np. osoby ze społeczności LGBTQ, osoby, które są przeciwne instytucji małżeństwa albo te, które praktykują poliamorię). Queer może mieć również kono-

4 Definicja Biura Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka (ODIHR) Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (OBWE) [za:] *Przemoc motywowana uprzedzeniami. Przestępstwa nienawiści,* red. A. Lipowskiej-Teutsch, E. Ryłko, Towarzystwo Interwencji Kryzysowej, Kraków 2010, s. 11.

tacje z tożsamością polityczną, gdy dana osoba zajmuje się aktywizmem na rzecz praw osób LGBTQ. Queer jest również wyrazem używanym jako określenie parasolowe odnoszące się do społeczności LGBTQ(IQA). W przeszłości w krajach anglosaskich był i nadal może być używany w negatywnym sensie (ang. queer to dziwak, odmieniec) jako obelga wobec osób LGBTQ. Jednakże w tej publikacji słowo queer używane jest w związku z przemianą i odzyskaniem pozytywnej konotacji tego słowa przez osoby LGBTQ.

Seksizm (ang. *sexism*) odnosi się do opresji, prześladowań, dyskryminacji, uprzedzeń, przejawów mikroagresji itp. skierowanych do ludzi w związku z ich płcią biologiczną. Seksizm jest nierozerwalnie związany z heteroseksizmem, ponieważ opiera się na zestawach zachowań, które są uważane za odpowiednie dla kobiet lub mężczyzn, włączając w to oczekiwanie wchodzenia w związki heteroseksualne.

Sojusznik/sojuszniczka (ang. *ally*) termin ten użyty w niniejszej publikacji odnosi się do osób, które zapewniają – odpowiednio – terapeutyczne lub osobiste wsparcie osobie lub osobom, które same określają swoją tożsamość jako LGBTQ. Sojusznicy i sojuszniczki mogą być osobami bliskimi, terapeutami, znajomymi z pracy, osobami udzielającymi wsparcia, aktywistami, aktywistkami antydyskryminacyjnymi i prawoczołowieczymi czy jakąkolwiek osobą wspierającą osoby LGBTQ. Mogą być zarówno osobami heteroseksualnymi, cis płciowymi, jak też członkami/członkiniami społeczności LGBTQ.

Stereotyp to rozpowszechniona opinia czy przekonanie na temat pewnej grupy społecznej i cech osób do tej grupy przynależących. Stereotypy zastępują wiedzę, upraszczają rzeczywistość. Nabywane i utrwalane w procesie socjalizacji. Cechami stereotypów są trwałość i odporność na próbę zmiany oraz to, że mają wartościujący charakter. Przekonanie, że geje posiadają cechy przypisywane przez kulturę kobietom (delikatność, dbałość o wygląd), a lesbijki są bardziej „męskie" to przykłady stereotypów.

Tożsamość płciowa (ang. gender identity) dotyczy wewnętrznego poczucia bycia mężczyzną, kobietą lub i jednym, i drugim jednocześnie, albo też żadnym z powyższych (opisywanie własnej płci poza binarnym

systemem płciowym). Tożsamość płciowa zazwyczaj zgadza się płcią biologiczną (metrykalną) danej osoby (osoby cispłciowe), ale zdarza się inaczej (osoby transpłciowe). Tożsamość płciowa osoby może być określona tylko i wyłącznie przez daną osobę.

Tożsamość seksualna (ang. sexual identity) dotyczy tego jak dana osoba opisuje, nazywa (lub nie nazywa) swoją seksualność. Współcześnie, w ramach teorii queer, odchodzi się od określenia orientacja seksualna na rzecz tożsamości seksualnej, które ma służyć podkreśleniu samoopisu i subiektywności w definiowaniu własnej płci i seksualności. Tożsamość seksualną odróżnia się od zachowania seksualnego, ponieważ może ona, ale nie musi, wyrażać się w zachowaniach seksualnych.

Transfobia (ang. transphobia) to uprzedzenie wobec ludzi transpłciowych, queerowych lub tych, którzy swoim postępowaniem zacierają dominujące normy płciowe. Transfobię można znaleźć w społeczności LGBTQ (np. poprzez stwierdzenia: „Nigdy nie spotykał(a)bym się z transem") oraz w społeczności osób heteroseksualnych (sformułowanie „Zachowuj się jak kobieta/mężczyzna"). Transfobia może być zinternalizowana, co widocznie jest w momencie, gdy osoba transpłciowa wierzy, że rzeczywiście zasłużyła na złe traktowanie ze względu na własną tożsamość (np. wykluczenie zarówno ze społeczności LGB, jak i heteroseksualnej większości).

Transgender/Transpłciowość o określenia parasolowe używane do opisania tożsamości osób, które poddają w wątpliwość społeczne normy płci, włączając w to: osoby queerowe, osoby o niekonformistycznej płciowości, osoby transseksualne, cross-dresserów (transwestytów/ki, drag kings i drag queens) itd. To wszystkie nazwane i nienazwane tożsamości w których nie ma społecznie oczekiwanej zgodności pomiędzy płcią biologiczną, przypisaną jej płcią metrykalną, tożsamością płciową oraz pełnioną w społeczeństwie rolą płciową, gender. Transpłciowość jest parasolowym terminem, w którym zawiera się cała ludzka różnorodność płciowa, niezgodna z kulturowymi założeniami na temat płci. Przeciwieństwem transpłciowości jest cispłciowość.

Uprzedzenie to negatywna postawa wobec pewnej grupy społecznej i każdej osoby, która do tej grupy przynależy albo jest z nią kojarzona. Uprzedzenie może przejawiać się niechęcią np. wobec osób różnej narodowości, wieku, religii oraz orientacji seksualnej. Uprzedzenie w przeciwieństwie do stereotypu, który ma głównie komponent poznawczy, wiąże się z odczuwaniem negatywnych emocji.

Zinternalizowana homofobia – dotyczy osób nieheteroseksualnych, które przyjmują, że jedynie heteroseksualność jest poprawną formą relacji romantyczno-seksualnej, wiąże się z nieakceptowaniem siebie jako geja/lesbijki/osoby biseksualnej czy w inny sposób nieheteroseksualnej (np. będącej w relacji z osobą transpłciową nieokreślającą swojej płci w sposób jednoznaczny). Często współwystępuje z uprzedzeniami i dyskryminacją wobec innych osób LGBTQ.

Zinternalizowana transfobia – analogicznie do zinternalizowanej homofobii. To rodzaj zinternalizowanej opresji, czyli przyjęcie stereotypów i uprzedzeń na temat osób transpłciowych, które występują w społeczeństwie. Formą zinternalizowanej transfobii może być warunkowa akceptacja części osób transpłciowych, np. tych, które przyjmą etykietkę choroby i poddadzą się pełnej operacji zmiany ciała w kierunku kobiety lub mężczyzny, a brak akceptacji tych, które podważają binarny system płciowy (np. określają się jako „trzecia płeć").

NOTA O AUTORZE I AUTORCE

Jan Świerszcz

Psycholog społeczny i międzykulturowy, badacz, trener antydyskryminacyjny i działacz organizacji pozarządowych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Zaangażowany we wspieranie osób doświadczających przemocy motywowanej uprzedzeniami oraz w pracę z młodzieżą. W pracy z ludźmi czerpie z podejścia skoncentrowanego na zasobach i upodmiotowieniu. Prowadzi projekty edukacyjne i empowermentujące z różnorodnymi grupami m.in. dziećmi, młodzieżą, osobami studiującymi, nauczycielami i nauczycielkami, administracją publiczną oraz policją. Autor tekstów na temat edukacji dorosłych w obszarze przeciwdziałania dyskryminacji i promowania różnorodności oraz materiałów dla nauczycieli i nauczycielek. Członek zarządu Fundacji na rzecz Różnorodności Społecznej, członek zarządu i konsultant ds projektów edukacyjnych i badawczych Kampanii Przeciw Homofobii, członek Towarzystwa Edukacji Antydyskryminacyjnej, konsultant i trener Fundacji Robinson Crusoe.

Katarzyna Dułak

Psycholożka-seksuolożka oraz trenerka antydyskryminacyjna specjalizująca się w tematyce seksualności oraz płci. Doktorantka w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej. Uczestniczka i współtwórczyni projektów badawczych i edukacyjnych zarówno w Polsce, jak i za granicą (m.in. w Hiszpanii, Słowacji, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoszech). Współtwórczyni Grupy Edukacyjnej BezTabu, w której od 2007 roku tworzy i realizuje programy edukacji seksualnej i równościowej dla młodzieży. Od 2008 roku pracuje w Poradni Zdrowia Psychoseksualnego „BezTabu" w Gdańsku, gdzie zajmuje się poradnictwem psychologicznym i psychologiczno-seksuologicznym, m.in. dla osób LGBTQ i ich rodzin. Członkini zarządu Centrum Wspierania Partycypacji Społecznej, członkini Towarzystwa Edukacji Antydyskryminacyjnej, konsultantka oraz trenerka w projektach i działaniach licznych organizacji pozarządowych. Entuzjastka teorii queer i szeroko pojętej różnorodności. Szczególnie interesuje się seksuologią społeczną, transpłciowością, psychologią tendencyjnego spostrzegania i uprzedzeń.

SPODOBAŁA CI SIĘ TA PUBLIKACJA?

KPH jest ogólnopolską organizacją pożytku publicznego działającą na rzecz osób homo- i biseksualnych oraz transpłciowych (LGBT) i ich bliskich poprzez rzecznictwo, edukację i wsparcie. Prowadzimy pomoc prawną i psychologiczną, współpracujemy z decydentami i decydentkami oraz mediami, szkolimy różne grupy zawodowe i społeczne, monitorujemy polskie prawo pod kontem zgodności z międzynarodowymi standardami prawnoczłowieczymi, badamy sytuację osób LGBT, publikujemy materiały edukacyjne i informacyjne, prowadzimy kampanie społeczne.

Naszym celem jest pełne równouprawnienie osób LGBT. Nasza wizja to świat, w którym prawa człowieka są respektowane, a każdy jest traktowany równo i sprawiedliwie, z poszanowaniem orientacji seksualnej i tożsamości płciowej.

Kampania Przeciw Homofobii mogłaby robić znacznie więcej, gdyby dysponowała większą ilością środków. Jesteśmy organizacją non profit, tzn. że nie zarabiamy na naszej działalności i staramy się, aby wszystkie nasze usługi i publikacje były zawsze bezpłatne. Jednak aby działać, potrzebujemy środków finansowych.

Wspierając KPH możesz aktywnie przyczynić do stworzenia społeczeństwa bardziej przyjaznego i bezpiecznego dla osób LGBT!

ZOSTAŃ CZŁONKIEM WSPIERAJĄCYM/CZŁONKINIĄ WSPIERAJĄCĄ!

Osoby wspierające regularnie KPH mogą zostać członkami wpierającymi/członkiniami wspierającymi. Wsparcie regularne to wspomaganie naszych działań poprzez comiesięczne odprowadzanie ustalonej kwoty (minimum 10zł) na rzecz KPH przy użyciu formularza polecenia zapłaty.

JAK TO DZIAŁA?

Należy wypełnić formularz polecenia zapłaty w 2 egzemplarzach dla banku i dla stowarzyszenia (zamieszczone na następnych stronach) podpisać i bezpłatnie odesłać pocztą na nasz adres wskazany na kopercie.

UWAGA: POLE "IDENTYFIKATOR PŁATNOŚCI" POZOSTAW NIEWYPEŁNIONE.

- Po otrzymaniu wypełnionych formularzy, jeden egzemplarz polecenia zapłaty przekażemy do banku, który zweryfikuje dane i prześle nam informację o uruchomieniu polecenia zapłaty.

- Po poprawnej weryfikacji bank przekazuje co miesiąc na konto Stowarzyszenia zadeklarowaną przez Ciebie kwotę.
- W przypadku, gdy w danym miesiącu na Twoim rachunku bankowym nie ma środków, w miesiącu kolejnym dotacje NIE kumulują się.
- Aby anulować polecenie zapłaty wystarczy tylko wysłać e-mail z informacją o rezygnacji z polecenia zapłaty na adres info@kph.org.pl lub złożyć rezygnację w swoim banku.
- Polecenie zapłaty jest bezpieczną formą wsparcia, a poprawność działania gwarantują regulacje prawne tj. Ustawa o prawie bankowym.

MOŻESZ PRZEKAZAĆ JEDNORAZOWĄ DAROWIZNĘ!

DAROWIZNĘ MOŻESZ PRZELAĆ NA NASZE KONTO

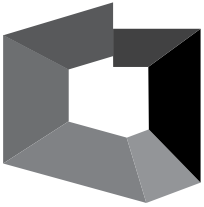
Nr konta: 35 2130 0004 2001 0344 2274 0001
Volkswagen Bank Polska S.A.
Rondo ONZ 1
00-124 Warszawa
Kampania Przeciw Homofobii
ul. Solec 30a
00-403 Warszawa

Darowizny (składki na członkowstwo wspierające też są darowizną!) można też odpisać od podatku dochodowego.

PRZEKAŻ SWÓJ 1%

Nie dokładając do tego swojej złotówki, możesz też wspomóc nas finansowo! Wystarczy, że przekażesz KPH 1% ze swojego podatku, który i tak czy inaczej płacisz państwu. Wypełnij tylko odpowiednią rubrykę w Twoim rocznym zeznaniu podatkowym (PIT-36, PIT-37 lub PIT-28). Po wyliczeniu ile podatku masz do zapłacenia, w ostatnich rubrykach zeznania podatkowego wpisz numer **KRS 0000 111 209.**

Zeznanie podatkowe możesz również wypełnić on-line przy pomocy DARMOWEGO PROGRAMU na stronie: www.1procent.kph.org.pl



kampania przeciw homofobii

ZGODA DO OBCIĄŻENIA RACHUNKU
NINIEJSZYM UPOWAŻNIAM
STOWARZYSZENIE KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII
UL. SOLEC 30A
00-403 WARSZAWA
IDENTYFIKATOR WIERZYCIELA (NIP) 521-32-04-077

Do obciążenia wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z mojego zobowiązania w terminie do 10 dnia każdego miesiąca
Chcę wesprzeć Kamapanię Przeciw Homofobii kwotą:

☐ 10 PLN ☐ 20 PLN ☐ 30 PLN ☐ PLN

Nazwa i dokładny adres Płatnika/Darczyńcy

Telefon i adres e-mail

Data urodzenia (dd,mm,rrrr)

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Numer rachunku bankowego Płatnika/Darczyńcy w formacie NRB

Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy Płatnika/Darczyńcy — Identyfikator płatności

☐ Chcę zostać członkiem wspierającym /członkinią wspierającą KPH

☐ Nie chcę otrzymywać materiałów pocztą

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku do obciążenia mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu mojego zobowiązania wobez ww. wierzyciela. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Kampania Przeciw Homofobii z siedzibą w Warszawie przy ul. Solec 30A w celu przesyłania mi materiałów informacyjnych o działalności Stowarzyszenia pocztą i środkami komunikacji elektronicznej. Zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych osobowych jest dobrowolne oraz przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Miejscowość i data

Podpis Płatnika/Darczyńcy - posiadacza rachunku zgodny z kart podpisów w banku

kampania
przeciw
homofobii

ZGODA DO OBCIĄŻENIA RACHUNKU
NINIEJSZYM UPOWAŻNIAM
STOWARZYSZENIE KAMPANIA PRZECIW HOMOFOBII
UL. SOLEC 30A
00-403 WARSZAWA
IDENTYFIKATOR WIERZYCIELA (NIP) 521-32-04-077

Do obciążenia wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z mojego zobowiązania w terminie do 10 dnia każdego miesiąca

Nazwa i dokładny adres Płatnika/Darczyńcy

Adres

Data urodzenia (dd,mm,rrrr)

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Numer rachunku bankowego Płatnika/Darczyńcy w formacie NRB

Nazwa banku prowadzącego rachunek bankowy Płatnika/Darczyńcy

Miejscowość i data

Podpis Płatnika/Darczyńcy - posiadacza rachunku zgodny z kart podpisów w banku

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku do obciążenia mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu mojego zobowiązania wobec ww. wierzyciela. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Trzymacie Państwo w ręku książkę niezwykle potrzebną, a równocześnie ciekawą i rzetelną. Autorzy prezentują w niej specyfikę społecznego kontekstu funkcjonowania osób nieheteroseksualnych, przybliżają problematykę wynikających z tego kontekstu trudności emocjonalnych, prezentują zasady udzielania wsparcia i pomocy psychologicznej tej grupie klientów. Niezwykle ciekawym dopełnieniem zasadniczego tekstu są wywiady z czwórką wybitnych ekspertów zaangażowanych zawodowo w pomoc psychoterapeutyczną osobom nieheteroseksualnym oraz rekomendacje eksperckie dla polskich towarzystw naukowych. Publikacja powinna stanowić ważną lekturę dla szerokiego grona odbiorców profesjonalnie zajmujących się wychowaniem, pomocą i leczeniem.

dr n. med. Bartosz Grabski
Katedra Psychiatrii UJ CM

Książka adresowana jest do ludzi wspierających osoby doświadczające opresji motywowanej homofobią. Przedstawia problemy związane z udzielaniem etycznego i odpowiedzialnego wsparcia psychologicznego jednostkom narażonym na przemoc motywowaną uprzedzeniami a żyjącymi w społeczeństwie, które w niepokojącym stopniu uprzedzenia te podziela. Wskazuje na pułapkę postrzegania opresjonowanych osób przez pryzmat ich procesów intrapsychicznych z pomijaniem permanentnego zagrożenia grup mniejszościowych (stres mniejszościowy). Otwiera możliwości budowanie przestrzeni wyzwolicielskiej w relacji terapeutycznej – przestrzeni zrozumienia osobistego doświadczenia w kontekście społeczno-politycznym, kulturowym i historycznym, odzyskanie sprawstwa i kontroli, co jest kluczowe dla poczucia dumy i uwłasnowolnienia.

Anna Lipowska -Teutsch
Towarzystwo Interwencji Kryzysowej