



Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych. Czynniki ryzyka, mechanizmy terapia

dr hab. Grzegorz Iniewicz

Zjawisko stresu znane jest chyba każdemu człowiekowi. W psychologii badania nad nim mają już bez mała stuletnią tradycję. Wiemy jak go mierzyć, znamy czynniki ryzyka pojawienia się stresu, mechanizmy jego działania, czynniki chroniące, jak też techniki pracy terapeutycznej z osobami zmagającymi się ze stresem. Nie znaczy to oczywiście, że możemy powiedzieć: wiemy wszystko o stresie. Zwłaszcza że wraz ze zmieniającymi się warunkami gospodarczo-społeczno-kulturowymi pojawiają się nowe źródła stresu i zmienia się kontekst doświadczania go, a tym samym sposoby radzenia sobie z nim.

Od stresu fizjologicznego do stresu mniejszościowego

W postrzeganiu stresu i definiowaniu go można zauważyć ważną zmianę. Początkowo był on rozumiany jako reakcja fizjologiczna, jak w badaniach Hansa Selyego, który opisał niespecyficzną reakcję organizmu na różnego rodzaju uszkodzenia. Później zaczęto odkrywać, że występują znaczące różnice indywidualne dotyczące tego, jak ludzie reagują na trudne sytuacje. Stres zaczął być rozumiany jako reakcja na działający na człowieka stresor. Badania nad stresem, których jednym z pionierów był Richard Lazarus, zaczęły koncentrować się wokół procesów poznawczych. Wkrótce zaczęto zwracać uwagę nie tylko na indywidualne doświadczenia ludzi, ale też na zjawiska społeczne, które mogą mieć dla człowieka symboliczne znaczenie i stawać się źródłem stresu.

Zjawiska społeczne mogą stać się stresorem niekoniecznie dla całego społeczeństwa, ale dla jego części, która nadaje im pewne znaczenie. Niekoniecznie chodzi o pojedyncze wydarzenia, które mogą stygmatyzująco odnosić się do grup mniejszościowych, ale jak pisał amerykański psychiatra Ilan Meyer, mogą być związane ze strukturami społecznymi. W przypadku osób nieheteronormatywnych przykładem może być nierozpoznawanie ich problemów przez różne instytucje czy brak prawnych zabezpieczeń, związanych z orientacją seksualną (obecnie w Polsce zabezpieczenie prawne osób homoseksualnych z uwzględnieniem orientacji seksualnej istnieje jedynie w Kodeksie pracy).

Refleksja i badania nad stresem mniejszościowym rozpoczęły się od rozpoznania specyfiki sytuacji etnicznych i rasowych grup mniejszościowych, pacjentów psychiatrycznych, a później różnych innych grup mniejszościowych, w tym grup osób o różnych orientacjach seksualnych czy też bardziej ogólnie – osób, które można opisać terminem płciowe i seksualne różnorodności (ang. *gender and sexual diversity*). Termin ten zwraca uwagę na różnorodność naszej seksualności w obszarze naszych preferencji, tworzenia związków, orientacji seksualnej czy identyfikacji płciowych, bez patologizowania ich i stygmatyzowania.

Współczesna wiedza oparta na badaniach i praktyce klinicznej pozwala nam właśnie w stresie mniejszościowym upatrywać źródeł zaburzeń emocjonalnych u osób biseksualnych i homoseksualnych, a nie w orientacji seksualnej *per se*. Nie przypadkiem bowiem rozpoznajemy w tej grupie zaburzenia łączone z doświadczaniem traumy, takie jak: depresje, zaburzenia lękowe, próby samobójcze czy też zaburzenia snu, objawy psychosomatyczne, labilność nastroju, nadużywanie substancji psychoaktywnych czy trudności w intymnych relacjach.

Judd Marmor, amerykański psychiatra, jeden z czołowych rzeczników depatologizacji i demedykalizacji homoseksualności pisał:

„W społeczeństwie takim jak nasze, gdzie homoseksualiści są powszechnie traktowani z lekceważeniem lub pogardą – nie mówiąc już o wrogości – byłoby doprawdy zadziwiające, gdyby znaczna ich część nie cierpiała z powodu zaburzeń obrazu siebie czy poczucia braku szczęścia, związanego ze społecznym naznaczeniem [...]. Jeśli więc pojawi się u nich neurotyzm, to zupełnie nieuzasadnione i nieadekwatne jest traktowanie go jako właściwość homoseksualności”.



Wspomniany przeze mnie Meyer, autor modelu stresu mniejszościowego, do którego odwołuje się wielu badaczy, zwracał uwagę na specyfikę stresu mniejszościowego w porównaniu ze stresem doświadczanym przez każdego człowieka:

- 1) Po pierwsze jest on unikatowy, co oznacza, że dotyczy grupy wyróżnionej w społeczeństwie ze względu na pewną stygmatyzowaną cechę.
- 2) Po drugie jest on chroniczny, co wynika z pewnej stałości postaw i przekonań wobec grupy mniejszościowej.
- 3) I po trzecie jest on uwarunkowany społecznie, czyli związany przede wszystkim z pewnymi procesami i strukturami społecznymi istniejącymi poza jednostką.

Czynniki ryzyka stresu mniejszościowego

Zastanawiając się nad źródłami stresu mniejszościowego, wolę pisać o czynnikach ryzyka niż o przyczynach. „Przyczyny” bowiem w sposób dość deterministyczny wskazują na konieczność negatywnego ich wpływu. Z kolei czynniki ryzyka odwołują się do współczesnych koncepcji stresu, w których ważną rolę odgrywają strategie radzenia sobie z nim, zasoby czy możliwości adaptacji do zmian.

Podstawowym czynnikiem ryzyka stresu mniejszościowego jest doświadczana w różnych formach przemoc. Prowadzone przez Martę Abramowicz w Polsce badania pokazały, że kilkanaście procent osób nieheteroseksualnych doznało w ciągu roku (nie całego życia) przemocy fizycznej (potrącenia, uderzenia, kopnięcia, napastowania seksualnego i innych) w związku ze swoją orientacją, a przemocy psychicznej (zaczepek słownych, wyzwisk, grożenia i innych) około połowa z nich. Badania te były publikowane w 2007 r. i 2012 r. na reprezentatywnych grupach, odpowiednio: około 1 tys. osób i ponad 11 tys. Zwracam tutaj uwagę na daty, ponieważ – jak można przypuszczać – obecnie sytuacja wydaje się być znacznie gorsza w związku z większym przyzwoleniem na tzw. mowę nienawiści.

Powyższe zachowania, jak się domyślam, dla postronnego obserwatora jednoznacznie byłyby zaklasyfikowane jako przemoc. Istnieje jednak przemoc, która jest znacznie trudniejsza do zidentyfikowania. W latach 70. ubiegłego wieku Chester M. Pierce wprowadził pojęcie mikroagresji, początkowo w odniesieniu do sytuacji żyjących w Stanach Zjednoczonych

Afroamerykanów, później okazało się ono bardzo przydatne do opisu doświadczeń różnych grup mniejszościowych. Zachowania te, co ważne, mogą być niewidoczne nawet dla sprawcy i wynikać z podtrzymywanych przez niego uprzedzeń, mających źródło w heteronormatywnych czy heteroseksistowskich postawach popularnych w społeczeństwie. Jeśli chodzi o konsekwencje dla osoby doświadczającej mikroagresji, można tutaj użyć wprowadzonego przez Allana Schore'a pojęcia „traumy kumulacyjnej”. Odnosi się ona do doświadczeń, które pojedynczo nie są traumatyczne, a których konsekwencją występowania w dłuższym czasie jest niemożność regulowania własnych emocji.

Mikroagresja przybiera różne formy. Mogą to być tzw. mikronapaści, gdy sprawca atakuje werbalnie lub niewerbalnie, równocześnie unikając zachowań jawnie dyskryminujących, ale także tzw. mikrozniewagi, które przejawiają się poniżającymi wypowiedziami bądź też brakiem wrażliwości na czyjeś pochodzenie lub tożsamość. I w końcu mogą to być tzw. mikrounieważnienia, gdy dochodzi do wykluczenia przeżyć czy doświadczeń innej osoby. Mikroprzemoc może być istotna w praktyce klinicznej czy psychoterapeutycznej, zwłaszcza w formie mikrounieważnienia, gdy psycholog nie rozpoznaje nieheteronormatywności pacjenta i tym samym pomija być może ważne dla diagnozy czy pomocy aspekty jego funkcjonowania. Mikroprzemoc zawarta jest często w różnych wypowiedziach. Gdy piszę te słowa, mija zaledwie kilka dni od nazwania na antenie katolickiej telewizji przez Ministra Obrony Narodowej poznańskiego Marszu Równości „paradą sodomitów”. Myślę, że taka wypowiedź jest dobrym przykładem omawianych zachowań mikroagresji, chociaż czy są one „mikro-”, to rzecz dyskusyjna.

Negatywny stosunek do osób nieheteroseksualnych można wyjaśnić na kilka sposobów. Z perspektywy psychoanalitycznej jest to wynik działania mechanizmów obronnych, uruchamianych przez własne seksualne bądź też bardziej specyficznie homoseksualne impulsy. Wyniki prowadzonych badań, których celem było udowodnienie tej koncepcji, nie przyniosły jednoznacznych wniosków, tym niemniej doświadczenie kliniczne może wskazywać na jej prawdziwość – przynajmniej kilkoro moich pacjentów przechodziło okres bardzo krytycznego nastawienia do osób homoseksualnych, próbując w ten sposób stłumić swoje własne homoseksualne fantazje.

Z innej perspektywy możemy odwołać się do problematyki gender. Stosunek do gejów i lesbijek byłby uwarunkowany szerszym, społeczno-

-kulturowym systemem ról związanym z byciem mężczyzną lub kobietą. Po pierwsze zakłada się tutaj pewną koherentność, jeśli – przykładowo – mamy mężczyznę, to będziemy oczekiwali, że będzie się on zachowywał po męsku, będzie miał zestaw męskich cech i podejmował męskie role. Mężczyźnie, który będzie posiadał kobiecą charakterystykę, przypiszemy homoseksualną orientację, podobnie kobiecie posiadającej męską charakterystykę. W tym przypisywaniu orientacji możemy rozpoznać pochodzące jeszcze z XIX wieku pierwsze koncepcje homoseksualizmu, w którym miałyby dochodzić do pomieszczenia pierwiastka żeńskiego w mężczyźnie i męskiego w kobiecie. Tak o tym pisał między innymi Karl Heinrich Ulrichs, jeden z pionierów seksuologii. Po drugie antyhomoseksualne uprzedzenia mogą być związane z negatywną oceną osób, które podejmują sprzeczne z tradycyjnymi rolami płciowe, zachowują się w sposób charakterystyczny dla płci przeciwnej lub które posiadają jakąś charakterystykę płci przeciwnej. Homoseksualni mężczyźni dość często są spostrzegani właśnie według tego stereotypu – posiadający kobiece cechy czy podejmujący kobiece role.

Podsumowując, można stwierdzić, iż negatywny stosunek do homoseksualności może wynikać z faktu, iż zaburza on usankcjonowane społecznie wzorce ról płciowych. Sprawia, że tracą one swoją koherentność czy też klarowność. Homoseksualność burzyłaby zatem system przekonań dotyczący płci, konfrontując z możliwym pomieszaniem ról, którego zaakceptowanie, w naszym dość tradycyjnym i konserwatywnym społeczeństwie, byłoby nie lada wyzwaniem. W literaturze anglojęzycznej można znaleźć odnoszący się do tej problematyki termin: homohisteria. Dotyczy on heteroseksualnych mężczyzn, którzy przeżywają paniczny lęk przed znalezieniem się w sytuacji, w której mogliby być posądzeni o homoseksualność lub kiedy staliby się atrakcyjnym obiektem dla homoseksualnego mężczyzny.

I na koniec można wspomnieć jeszcze o koncepcji kozła ofiarnego, kiedy grupa radzi sobie z nieakceptowanymi emocjami poprzez przrzucenie ich na osobę lub grupę. Jeśli grupie takiej zostaną wcześniej przypisane pewne właściwości, może ona być tym bardziej predysponowana do wejścia w rolę kozła ofiarnego. Z perspektywy historycznej różne grupy stawały się kozłami ofiarnymi: Żydzi, Cyganie, chorzy psychicznie, no i homoseksualiści. Odwołując się do fragmentu z książki Joanny Mizielińskiej, można powiedzieć, że ci ostatni są na „uprzywilejowanej” pozycji: „Seks jest polityczny i upolityczniony, a dysputy na temat seksualnych zachowań

bardzo często stanowiły i stanowią sposób rozładowania społecznych napięć w historii”.

Wracając do problematyki przemocy, trzeba wspomnieć, że możliwą jej konsekwencją będzie wiktyimizacja, która prowadzi do opisywanych wcześniej symptomów. Ponadto doświadczenie przemocy burzy poczucie bezpieczeństwa, przewidywalności świata i podważa poczucie własnej wartości. Powoduje to stan ciągłego napięcia emocjonalnego, doświadczania lęku i niewspółmiernych do bodźca reakcji.

Coming out

Proces ujawniania swojej orientacji jest jednym z podstawowych, a może nawet podstawowym dylematem dla większości osób nieheteronormatywnych. Z perspektywy osób heteroseksualnych dylematy te mogą być trudne do zauważenia i zrozumienia. Nie zastanawiają się one przecież nad tym, że ujawniając związek z osobą innej płci, sugerują otoczeniu swoją heteroseksualność. Konsekwencje ujawnienia związku z osobą tej samej płci mogą być znaczące. Ujawniam nie tylko związek, ale też swoją i partnera/partnerki nieheteroseksualną orientację.

Odwołując się do badań, można stwierdzić, że zasadniczo *coming out* jest działaniem prozdrowotnym i pozytywnie wpływającym na relacje – mam tu na myśli głównie bliskie związki. W modelach rozwoju tożsamości homoseksualnej dość długo uważano, iż powinien być on traktowany jako końcowe stadium wskazujące na zakończenie tego procesu. Obydwa te twierdzenia wymagają jednak pewnego komentarza. Badania rzeczywiście pokazują lepsze funkcjonowanie – zarówno psychiczne, jak i somatyczne – osób ujawnionych, jednak istotną kwestią jest reakcja otoczenia. Ujawnienie może bowiem spowodować stygmatyzujące, patologizujące czy wręcz przemocowe zachowania ze strony innych. Tak więc proces ujawniania swojej orientacji musi być połączony z umiejętnością przewidywania możliwych reakcji otoczenia i oceny sytuacji pod kątem własnego bezpieczeństwa. Należy tutaj też podkreślić, że jest to właściwie ciągły proces ujawniania swojej orientacji ze względu na nawiązywanie w toku życia nowych relacji, chyba że jest się znaną osobą, która oficjalnie ją ujawniła.

Jeśli chodzi o rozwój tożsamości homoseksualnej, to obecnie wydaje się, że bardziej adekwatnym wskaźnikiem końca tego procesu będzie umiejętność realnej oceny komu, kiedy i w jaki sposób mogę ujawnić swoją

orientację niż po prostu jej ujawnianie. Warto też pamiętać o różnych kontekstach ujawniania się. Mówiąc o nim, mamy zazwyczaj wyobrażenie nastolatka/nastolatki albo młodego dorosłego ujawniającego swoją orientację przed rodzicami czy rówieśnikami, a zdarza się przecież i to nie tak rzadko, że swoją nieheteroseksualną orientację ujawniają rodzice przed dziećmi czy też małżonkowie, którzy przez lata próbowali ją stłumić.

Na koniec uwag dotyczących ujawniania orientacji seksualnej chciałem jeszcze podkreślić, że jest w tym procesie pewna podwójność – z jednej strony przynosi ulgę wynikającą ze spadku emocjonalnego napięcia spowodowanego permanentnym kontrolowaniem siebie w celu ukrycia orientacji, ale z drugiej – może nieść niebezpieczeństwo doświadczenia przemocy czy odrzucenia nawet przez bliskie osoby. W prowadzonych przeze mnie badaniach na grupie homoseksualnych mężczyzn pokazała się ważna zależność – poczucie przynależności do społeczności LGBT (z angielskiego: lesbijki, geje i osoby biseksualne), które mocno związane jest z ujawnieniem się, uaktywnia bardzo destrukcyjny mechanizm zinternalizowanej homofobii. Badania te potwierdzają moje kliniczne i psycho-terapeutyczne doświadczenia. Zidentyfikowanie się z osobami niehetero-normatywnymi niejako zmusza do zmiany w mówieniu czy opisywaniu osób biseksualnych czy homoseksualnych z „oni” na „my”.

Zinternalizowana homofobia

Homofobia (podobnie jak bifobia) to mieszanina lęku i pogardy, w konsekwencji których powstaje negatywny stosunek do gejów, lesbijek i osób biseksualnych. Klinicyści używają też terminu zinternalizowana homofobia na opisanie procesów uwewnętrznienia społecznych, negatywnych postaw wobec homoseksualności lub biseksualności przez osoby o homoseksualnej lub biseksualnej orientacji. Jest to niezwykle ważny mechanizm w kontekście stresu mniejszościowego.

Zinternalizowana homofobia może się przejawiać internalizacją własnej seksualności jako dewiacyjnej. Może być ona porównana z procesem etykietyzowania czy naznaczenia społecznego. Nieheteroseksualność najczęściej jest odkrywana przez nastolatków i niemal równocześnie dochodzi do konfrontacji z negatywnym nastawieniem społeczeństwa do osób, z którymi zaczynają się identyfikować. Problem w tym, że te negatywne odczucia stają się fragmentem tożsamości, a tym samym czynnikiem ryzyka emocjonalnych trudności w zaakceptowaniu siebie.

Literatura dotycząca zdrowotnych konsekwencji zinternalizowanej homofobii jest dość obszerna. Są to zarówno zaburzenia emocjonalne, jak np.: depresja, zaburzenia lękowe lub psychosomatyczne. Konsekwencją zinternalizowanej homofobii mogą być trudności w intymnych relacjach – im wyższa, tym mniejsza satysfakcja ze związku i kontaktów seksualnych. Zauważono też, że osoby z wyższym poziomem zinternalizowanej homofobii rzadziej angażują się w życie społeczne.

Terapia

Odnosząc się do terapii osób LGB, trzeba wspomnieć o dwóch ich rodzajach: terapiach konwersyjnych i terapiach afirmatywnych. Pierwsze wspominałam, gdyż historycznie rzecz ujmując, poprzedzały one afirmatywne i powstały w okresie, kiedy homoseksualizm uznawany był za zaburzenie. Nie zaniechano ich mimo usunięcia homoseksualizmu z klasyfikacji psychiatrycznych (ponad 40 lat temu), jak też mimo braku przekonujących dowodów ich skuteczności czy wręcz mimo badań pokazujących ich nieskuteczność, a nawet szkodliwość dla emocjonalnego funkcjonowania. Stosowane są też wbrew negatywnemu stanowisku światowych towarzystw zajmujących się zdrowiem psychicznym i seksualnym. Polskie Towarzystwo Seksuologiczne również zajęło w tej sprawie stanowisko, które dostępne jest na stronie internetowej towarzystwa.

Przy terapiach konwersyjnych pojawia się istotna kwestia etyczna. Jeżeli towarzystwa zajmujące się zdrowiem psychicznym, seksualnym i psychoterapią przyjmują postawę krytyczną wobec terapii konwersyjnych, to jak pogodzić ich stosowanie z koniecznością uwzględniania współczesnej wiedzy w pracy terapeutycznej, która jest zawarta między innymi w Kodeksie Etyczno-Zawodowym Psychologa (Polskiego Towarzystwa Psychologicznego), Kodeksie Etyki Lekarskiej (Naczelnej Izby Lekarskiej) czy Kodeksie Etycznym Psychoterapeuty (Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego)?

Kwestia możliwości zmiany orientacji seksualnej

Przy tej okazji warto poruszyć ważną kwestię – możliwości zmiany orientacji seksualnej. John Bancroft, autor przetłumaczonego na język polski podręcznika *Seksualność człowieka*, podsumowując na podstawie dotychczasowych badań możliwości zmiany orientacji seksualnej, stwierdza,

że należałoby przyjąć, iż prawdopodobnie w niewielkim zakresie jest ona możliwa (dotyczyć może – na przykład – jedynie niektórych wymiarów tożsamości seksualnej: fantazji, zachowań czy atrakcyjności), ale zmiany te mogą wystąpić u niewielkiej liczby osób i nie znamy mechanizmów, które za takimi zmianami stoją. Wątpliwą kwestią pozostaje wyciąganie na tej podstawie wniosków o możliwości, sensowności czy zasadności wprowadzania terapii, której celem będzie zmiana orientacji.

Terapie afirmatywne, jak wskazuje nazwa, odwołują się do pozytywnego i aprobującego stosunku do kogoś lub czegoś, w tym wypadku do osób nieheteronormatywnych. Terapeuta nie dąży tutaj do zmiany orientacji seksualnej pacjenta, ale pomaga ją rozpoznać i zaakceptować. Towarzyszy pacjentowi w eksploracji jego tożsamości. Nie robi przy tym założeń, w jaki sposób pacjent powinien określać oraz realizować w życiu swoją orientację seksualną. Jest to szczególnie istotne w pracy z nastolatkami, którzy doświadczają dużego pomieszania w obszarze swojej tożsamości czy seksualności. Terapeuta może pomóc przez opisywanie i klaryfikowanie doświadczeń pacjenta.

W pracy z osobami nieheteronormatywnymi bardzo ważna jest świadomość terapeuty własnych postaw wobec osób LGB. Życie w społeczeństwie, w którym stosunek do osób nieheteroseksualnych wzbudza krańcowe postawy, jest bardzo prawdopodobne, że każdy z nas jest przesiąknięty pewnymi homofobicznymi treściami czy postawami, nie wyłączając z tego terapeutów. Przygotowanie do pracy terapeutycznej z osobami biseksualnymi czy homoseksualnymi wymaga zatem pracy nad własnymi uprzedzeniami czy postawami, a także poznania specyfiki funkcjonowania osób należących do grupy mniejszościowej. W przeciwnym razie wzrasta prawdopodobieństwo nierozpoznania nieheteroseksualności i specyficznych dla niej problemów w życiu pacjenta bądź też nadmiernej koncentracji na orientacji seksualnej i jej domniemanych powiązaniach ze wszystkimi problemami pacjenta. Tą pierwszą możliwość opisujemy jako wspomnianą wcześniej formę mikroagresji, którą będzie mikrounieważnienie. Niestety na kursach dla psychoterapeutów tematy te poruszane są stosunkowo rzadko.

Terapia osób nieheteroseksualnych opiera się na założeniu, że orientacja seksualna i funkcjonowanie emocjonalne są niezależnymi wymiarami osobowości. Orientacja seksualna nie jest sama z siebie wyznacznikiem patologii, może być natomiast uznana za czynnik ryzyka pojawienia się różnych problemów emocjonalnych. Oznacza to, że jeśli

**mówimy o zaburzeniach, jak np. narcyzmie czy osobowości borderli-
ne u osoby biseksualnej czy homoseksualnej, to relacje tych zaburzeń
do orientacji seksualnej traktujemy tak samo jak relacje heteroseksu-
alnej orientacji do zaburzeń psychicznych. Musimy tu jednak uwzględ-
nić wpływ kontekstu, w jakim żyje pacjent, na jego funkcjonowanie.
Ważne też, aby pamiętać, że błędem jest odnoszenie każdego problemu
zgłaszanego przez pacjenta do jego orientacji seksualnej.**

Kontynuując ostatni wątek, można podać jako przykład terapię nastolat-
ków. Niezależnie od orientacji seksualnej mogą oni doświadczać swego rod-
zaju emocjonalnego chaosu związanego ze zmianami w ich organizmach,
a zwłaszcza z pojawiającą się popędowością i seksualnością. Odkrywanie
przy tym swojej biseksualności czy homoseksualności może nasilać we-
wnętrzne konflikty czy utrudniać akceptację siebie. Tak więc w procesie
terapeutycznym trzeba zachować ostrożność przy interpretowaniu proble-
mów – na ile są one związane z dynamiką tego okresu, a na ile z orientacją
seksualną.

Szereg wnoszonych przez pacjentów problemów uzależniony jest
od wieku i doświadczenia. Nastolatki najczęściej przychodzą z prob-
lemem określenia swojej orientacji, dylematy dotyczące procesu jej ujawn-
iania czy radzenia sobie ze stygmatyzacją i przemocą. Dorośli zazwyczaj
koncentrują się na kwestiach związanych z budowaniem bliskich relacji
i procesach ujawniania się. Te dwie kwestie są zresztą dość ściśle ze sobą
powiązane. Różnice dotyczące ujawniania swojej orientacji są jednym
z głównych obszarów konfliktowych w parach jednopłciowych. Przy du-
żych różnicach to partner/partnerka bardziej ujawniony(-a) musi się do-
stosować do mniej ujawnionego(-ej). Inny obszar potencjalnie konfliktowy
to relacje z rodzinami pochodzenia czy ustalenie zasad budowania związ-
ku. Związki heteroseksualne korzystają z pewnych wzorców – mogą się
z nimi zgadzać albo nie, ale wzorce te istnieją. Pary jednopłciowe muszą
je sobie wypracować. Dotyczą one wierności, ustalenia, jakie obszary życia
są wspólne, a w jakich mam prawo do odrębności, kwestii posiadania/
wychowywania dzieci i innych.

Zdarzają się też sytuacje, kiedy to dorośli ujawniają swoją niehetero-
seksualną orientację dzieciom. Szacuje się, że w Polsce około 60 tys. dzie-
ci wychowywanych jest przez rodzica nieheteroseksualnego. Tak więc
kwestia ta dotyczy znacznej grupy dzieci i młodzieży. Przy okazji warto
zastanowić się, czy terapeuci pracujący z młodzieżą, która doświadcza
problemów emocjonalnych, rozważają w ogóle taką możliwość, że kryzys

może być związany z odkrywaniem nieheteroseksualności rodzica. To dobry przykład na powszechnie przyjmowaną heteronormatywność, czyli zakładanie, że nasz pacjent jest heteroseksualny i osoby z jego otoczenia, a tym bardziej jego rodzice. Tymczasem niektóre osoby LGB dopiero w dorosłości odkrywają swoją nieheteroseksualność bądź też po latach życia w związku z osobą innej płci uświadamiają sobie, że jest to oszukiwanie siebie i partnera/partnerki, więc podejmują decyzję o ujawnieniu swojej orientacji. Dzieci i młodzież różnie przyjmują taką wiadomość – w trudny dla nich sposób konfrontuje to ich z własną seksualnością, czasami wzbudza niepokój o własną orientację seksualną, ale bywa też, że reakcją jest ulga, ujawnienie się bliskiej osoby pozwala otoczeniu zrozumieć wiele zachowań, które do tej pory były niezrozumiałe.

Rodzicielstwo gejų, lesbijek oraz osób biseksualnych jest w Polsce faktem, chociaż nie jest wspierane przez polskie prawo, podobnie jak partnerstwo osób tej samej płci. Sytuacja taka bywa przyczyną dużego niepokoju homo- i biseksualnych rodziców oraz psychicznego cierpienia, które może stać się przedmiotem psychoterapii. Terapeuta podejmujący się pracy w obszarze rodzicielstwa powinien być świadomy własnych przekonań dotyczących posiadania i wychowywania dzieci przez osoby LGB. Poglądy te mogą być oparte na powszechnie panujących negatywnych opiniach, a nie na badaniach pokazujących, że orientacja seksualna rodzica nie ma bezpośredniego związku z jego zdolnościami rodzicielskimi, orientacją seksualną dziecka czy podejmowanymi przez dzieci rolami płciowymi. Obszarem, który może być tu problematyczny, jest natomiast otoczenie – na ile taka rodzina będzie traktowana jak inne rodziny i czy jej członkowie nie będą doświadczali stygmatyzacji, izolacji czy przemocy.

Podsumowanie

Stres mniejszościowy jest konstruktem użytecznym zarówno w badaniach, jak i praktyce psychologicznej czy psychoterapeutycznej. Pozwala na opisanie i zoperacjonalizowanie zmiennych, które mają istotne znaczenie jako czynniki ryzyka problemów emocjonalnych, a także opisuje mechanizmy ich powstawania. Potwierdza to stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, iż homoseksualizm czy biseksualizm sam z siebie nie jest przyczyną problemów psychicznych. Należy ich natomiast szukać wśród czynników społecznych, takich jak: homofobia, stygmatyzacja, izolacja, patologizowanie czy przemoc.

Bibliografia:

1. Abramowicz M. (2007). Sytuacja społeczna osób biseksualnych i homoseksualnych w Polsce. Raport za lata 2005 i 2006. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii i Lambda Warszawa.
2. Abramowicz M. (2012a). Sytuacja społeczna osób LGB. Analiza danych z badania ankietowego, [w:] M.Makuchowska, M.Pawłęga (red.). Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011 (s. 11–106). Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii i Lambda Warszawa.
3. Bancroft J. (2011). Seksualność człowieka.
4. Brooks, V.R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Lexington, MA: Lexington Books, D.C. Heath and Co.
5. Cass V.C. (1984). Homosexual identity formation: testing a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 20, 143–167.
6. D'Augelli A.R., Patterson C.J. (1995) (red.). *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives*. New York: Oxford University Press.
7. Garnets L.D., Kimmel D.C. (2002). (red.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences*. Columbia University Press.
8. Grabski B., Iniewicz G., Mijas M. (2012). Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska. „*Psychiatria Polska*”, 4, 639–647.
9. Herek G.M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 54–74.
10. Iniewicz G. (2016). Zaburzenia psychiczne u osób biseksualnych i homoseksualnych w kontekście stresu mniejszościowego, [w:] R.Kowalczyk, R.J.Tritt, Z.Lew-Starowicz (red.). *LGB. Zdrowie psychiczne i seksualne*. Warszawa: PZWL, s. 108–133. 11. Iniewicz G., (2015). Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych. W poszukiwaniu czynników ryzyka i czynników chroniących. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
12. Iniewicz G., Grabski B., Mijas M. (2012). Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego. „*Psychiatria Polska*”, 4, s. 649–663.
13. Iniewicz G., Mijas M., Grabski B. (2012). *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
14. Klein F., SepekofB., Wolf T.J. (1985). Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. *Journal of Homosexuality*, 1/2, 35–50.
15. Majka-Rostek D. (2008). *Związki homoseksualne. Studium socjologiczne*. Warszawa: Difn.
16. Meyer I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 5, 674–697.
17. Meyer I.H., & Dean L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. [w:] G.M. Herek (red.). *Stigma and sexual orientation: Under-*

- standing prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals (ss. 160–186). Thousand Oaks, CA: Sage.
18. Mizielińska J. (2006). *Płeć, ciało, seksualność. Od feminizmu do teorii queer*. Kraków: Universitas.
 19. Perez R.M., DeBorda K.A., Bieschke K.J. (2014). *Podręcznik poradnictwa i psychoterapii osób homoseksualnych i biseksualnych*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.
 20. Pietras T., Tritt R.J., Kowalczyk R., Loewe A., Lew-Starowicz Z., Izdebski Z., Kochanowski J., Bąk D., Bojarska K., Depko A., Długołęcka A., Holka-Pokorska J., Iniewicz G. (2013). Rekomendacje dla polskich towarzystw naukowych w sprawie postępowania oraz pomocy terapeutycznej osobom homo- i biseksualnym. *Seksuologia po Dyplomie*, 4, s. 18–19.
 21. Raport 2002. Raport o dyskryminacji i nietolerancji ze względu na orientację seksualną w Polsce (2003). Warszawa: Stowarzyszenie Lambda Warszawa, Kampania Przeciw Homofobii.
 22. Ritter K.Y., Turndrup A.I. (2002). *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*. New York: Guilford Press.
 23. Sikora K., Iniewicz G. (2012). Kwestie etyczne w psychologii LGB – ogólne normy w szczególnej sytuacji (s. 289–308), [w:] G. Iniewicz, M. Mijas, B. Grabski (red.). *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
 24. Spitzer R.L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry*, 138, s. 210–215.