

Terapia seksualna i psychoterapia pacjentów o orientacji homoseksualnej

Sex therapy and psychotherapy of homosexually oriented patients

ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ

Z Instytutu Seksuologii w Warszawie

STRESZCZENIE: *Praca omawia oczekiwania pacjentów zorientowanych homoseksualnie zgłaszających się do seksuologa, formy stosowanego leczenia: uwarunkowane na orientację psychoseksualną, terapię zaburzeń seksualnych, leczenie homoseksualnych partnerów, ukierunkowanie na samoakceptację oraz specyfikę pacjentów o homoseksualnej orientacji.*

SUMMARY: *The paper outlines expectations of homosexually oriented patients seeking the help of sexologist, as well as available forms of treatment: aimed at psychosexual re-orientation, treatment of sexual dysfunctions, treatment of homosexual partners, focusing on homosexual patients' self-acceptance and their specificity.*

Słowa kluczowe: terapia seksualna /psychoterapia/ pacjenci zorientowani homoseksualnie

Key-words: sexual therapy/psychotherapy/ homosexually oriented patients

Oczekiwania wobec lekarzy w przypadku homoseksualności są różne. Na podstawie własnych doświadczeń mogę stwierdzić, że rodzice osób o orientacji homoseksualnej, a także sami zainteresowani zgłaszają się z następującymi oczekiwaniami.

- Potrzeba zmiany orientacji homoseksualnej na heteroseksualną. Takie oczekiwania najczęściej ujawniają rodzice, którzy przeżyli szok dowiadując się pośrednio lub bezpośrednio, że ich dziecko jest homoseksualistą. Również niektóre osoby o homoseksualnej orientacji proszą o takie leczenie, bowiem z racji światopoglądu lub, własnej motywacji nie akceptują siebie i pragną się zmienić.
- Potrzeba uzyskania pomocy w zaakceptowaniu własnej homoseksualności. Z taką potrzebą zgłaszało i nadal zgłasza się wielu homoseksualistów (rzadziej lesbijki), którzy z jednej strony akceptują własne potrzeby i tendencje homoseksualne, ale z drugiej strony cierpią w wyniku odczuwania swej

inności wobec heteroseksualnej większości, doznali krzywd, upokorzeń, itd.

- Potrzeba uzyskania pomocy celem przystosowania się do sytuacji, że dziecko jest homoseksualistą. Taką potrzebę zgłaszają rodzice świadomi tego, że nic nie da się zmienić, sprawa jest przesądzona, ale oni sami cierpią i nie mogą się z tym pogodzić.
- Potrzeba uzyskania pomocy ze strony współmałżonków osób homoseksualnych, które (najczęściej przypadkiem lub późno) dowiedziały się prawdy. Mają problemy z własnym Ja, z odzyskaniem równowagi psychicznej, nie wiedzą, czy utrzymywać takie małżeństwo, czy też nie, jak to może wpłynąć na dziecko jeżeli ma homoseksualnego rodzica.
- Potrzeba udzielenia pomocy ofiarom homoseksualnego molestowania, uwiedzenia, zgwałcenia, innych czynów przestępczych. Najczęściej zgłaszają się rodzice z dziećmi, które przeżyły podobne sprawy i sytuacje.

- Potrzeba *zorientowania się, czy treści snów erotycznych, niektórych zainteresowań, potrzeb są wyrazem homoseksualności, czy czegoś innego. Często towarzyszy temu niepokój i lęk.*
- *Oczekiwanie na diagnozę - czy ujawniane preferencje i potrzeby mają charakter dewiacyjny, jak wygląda męskość-kobiecość, bowiem są istotne problemy w relacjach z drugą płcią.*
- *Prośba o dokonanie próby przewarunkowania z homo- na heteroseksualizm. Taką postawę i oczekiwania ostatnio spotyka się coraz częściej w wyniku rosnącej erudycji na te tematy. Niektórzy pacjenci sądzą, że postęp współczesnej medycyny jest na tyle duży, że z pewnością są opracowane metody umożliwiające przeorientowanie. Bycie heteroseksualistą jest postrzegane jako droga mniej trudna, bardziej akceptowana przez otoczenie, zaspokajająca naturalne dążenia do posiadania własnego domu i rodziny. Pacjent z reguły mówi: "jeżeli Panu nie uda się mnie zmienić - to nie będę miał ani do Pana, ani do siebie żalu, chcę po prostu wiedzieć, czy mogę być inny. Jeżeli tak - to wolałbym, jeżeli nie - to godzę się z tym".*
- *Osoby kierowane przez spowiedników, którzy nie wiedzą czy mają do czynienia z jakąś formą homoseksualności, rzekomym homoseksualizmem, czy też z czymś innym.*
- *Pacjenci z AIDS - fobią o homoseksualnej orientacji oczekujący psychoterapii stanu lękowego.*
- *Pacjenci homoseksualni cierpiący na zaburzenia nerwicowe, konflikty ze swoimi partnerami i akceptujący własne Ja homoseksualne. Pacjenci ci po prostu oczekują psychoterapii podobnej do tej, jakiej oczekuje populacja heteroseksualna.*

Jak z powyższego wynika, wymienione oczekiwania (nie wszystkie) wobec leczenia są nader zróżnicowane i złożone. Bywają rozbieżne w przypadku rodziców i dziecka, a także i u samego zainteresowanego. Zaczniemy od podstawowego stwierdzenia: większość osób o orientacji homoseksualnej nie oczekuje i nie

pragnie żadnego leczenia zmieniającego ich orientację homoseksualną. Mówimy tu o prawdziwej wewnętrznej motywacji, zdarza się bowiem, że taka potrzeba deklarowana jest po to, aby uniknąć poczucia winy, grzechu itp. Przypominam sobie pacjenta, który przyszedł z prośbą o zmianę orientacji bowiem homoseksualności u siebie nie akceptuje. Przedstawił swój problem w taki sposób, że pozornie wyglądało to na głęboką motywację. Tymczasem w wyniku zastosowania (w formie testu) próby przewarunkowania masturbacyjnego, przerwał szybko leczenie już po kilkunastu próbach i przyszedł w stanie dużego lęku i napięcia. Okazało się, że tak naprawdę przestraszył się, że leczenie może go zmienić, a był przekonany, że nie ma takiej możliwości i utwierdził swą motywację w dalszej walce ze swymi rodzicami nakłaniającymi go do założenia rodziny i przeorientowania się.

Czy możliwa jest zmiana orientacji homoseksualnej na heteroseksualną? Takie pytania padają bardzo często, ale nie łatwo na nie odpowiedzieć. Wpływa na to kilka czynników: forma homoseksualności (wg skali Kinseya), przyczyna, wiek inicjacji, ilość partnerów, typ praktyk i technik w kontaktach homoseksualnych, poziom samoakceptacji itd. Od dawna usiłowano przeorientowywać homoseksualistów i lesbijki. Stosowane były różne metody: farmakologiczne, awersyjne, psychoanalityczne, psychoterapia indywidualna i grupowa. Wyniki okazują się nader mierne, chociaż każdy z ośrodków leczenia chwali się swymi sukcesami. Jeżeli natomiast prowadzi się badania katamnetyczne, okazuje się, że w wielu przypadkach sukcesy były pozorne, bowiem pacjenci szybko wracali do zachowań homoseksualnych, a inni z kolei źle się czuli zarówno w hetero-, jak i w homoseksualnych.

LECZENIE UKIERUNKOWANE NA REORIENTACJĘ PSYCHOSEKSUALNĄ

W przeszłości, kiedy homoseksualność traktowano jako zboczenie i chorobę, leczenie było

oceniane jako naturalne dążenie przywracające "zdrowie". Nieudane próby leczenia w szpitalach psychiatrycznych w XIX i na początku XX wieku, skłoniły do przekonania, że choroba nie jest uleczalna, bowiem wiąże się z degeneracją układu nerwowego, cechami wrodzonymi, z głęboką psychopatologią. Od połowy lat 20 i 30 obecnego stulecia rozwijały się różne szkoły leczenia homoseksualizmu.

Zacznijmy od *psychoanalizy*, która wprawdzie zainteresowała się tym zjawiskiem wcześniej, ale badania porównawcze i katamnestyczne pojawiły się później. Bieber (1962) podaje, że skuteczność w zmianie orientacji na heteroseksualną wynosiła 19 do 27% w trakcie leczenia obejmującego ponad 150 seansów psychoanalizy. Czynniki sprzyjającymi wyleczeniu były: motywacja do zmiany, brak nadopiekuńczości i wyróżniania syna ze strony matki, zazdrośczenie mężczyznom ich płci przez matki.

Wszystkie metody usiłujące zmienić orientację psychoseksualną na drodze leczenia *środkami psychotropowymi i hormonalnymi* kończą się niepowodzeniem i obecnie ich się w tym celu nie stosuje.

W latach 50 i 60 stosowano leczenie *metodą awersyjną* (Culloch, 1967). Polegała ona na

tym, że pacjent sam przesuwał zdjęcia z przezroczami przedstawiającymi akty męskie o różnym stopniu atrakcyjności i podłączony był do prądu. Jeżeli oglądał dane przezrocze ponad 8 sekund otrzymywał uderzenie prądem. Jeżeli natomiast przyglądał się obrazom przedstawiającym akty kobiece, nie otrzymywał żadnego uderzenia prądem. Na 36 leczonych poprawa wystąpiła u 25. Byłem również, w trakcie odbywania kursu poza krajem, świadkiem innej metody awersyjnej: pacjent otrzymywał uderzenie prądem w przypadku oglądania (przedłużonego) aktu męskiego lub w przypadku wystąpienia podniecenia seksualnego, natomiast w przypadku oglądania aktów kobiecych był pobudzany przyjemnym, "łaskoczącym" prądem. Bywały stosowane i innego typu pozytywne wzmocnienia np. pacjent otrzymywał ulubione słodycze, mały prezent itd. Okazało się jednak, że metody awersyjne działają doraźnie, a później dość szybko następuje nawrót zainteresowań homoseksualnych. Metody awersyjne nie ograniczały się wyłącznie do oddziaływania prądem elektrycznym, stosowano również metody chemiczne np. prowokujące nudności i wymioty. Tabela 1 przedstawia ocenę skuteczności metod awersyjnych.

Tabela 1. Skuteczność leczenia metodami awersyjnymi

Autor	Rok	Rodzaj metody	Czas leczenia	Efekt
Freund	1960	chemiczna	5 - 8 lat	25%
Schmidt	1965	elektryczna	?	50%
Bancroft	1968	elektryczna	1 - 2 lata	25%
Fookes	1969	elektryczna	3 - 3,5 lat	60%
Feldman	1971	elektryczna	do 13 m-cy	57%
Mumford	1973	elektryczna	2 - 4 lata	27%

Obecnie metody awersyjne stosowane są bardzo rzadko i ośrodki leczenia wycofują się z nich. Podając dane w powyższej tabeli chciałem wskazać, jak często podawane są wysokie wskaźniki wyleczenia, stwarzające nadzieję

i złudzenia. Jeżeli bada się losy leczonych w ten sposób pacjentów, to okazuje się, że większość z nich wraca do stanu poprzedniego już w okresie do 2-3 lat od zakończenia leczenia.

Stosowano także metody typu: *relaksacja*, *desensybilizacja*. W zależności od autora czy szkoły podawano wyniki wyleczenia rzędu do 75%, ale większość przyznawała się do 40% skuteczności leczenia.

Od lat 70 dużą popularnością zaczęły się cieszyć *treningi masturbacyjne* oparte na koncepcji behawioralnej. Mówiąc w skrócie polegały one na tym, że pacjenci mieli opracowywać trening masturbowania się z określoną częstotliwością i z czasem trwania oraz z zaleceniem stosowania bodźców heteroseksualnych (slajdy, sceny pornograficzne na video itp.). Pacjent miał świadomie unikać wszelkich skojarzeń homoseksualnych, a w przypadku ich pojawienia się natychmiast przerwać pobudzenie się ręką, natomiast winien kontynuować pobudzenie ręczne w trakcie podniecania się wyobraźniowego lub oglądany widokami aktów kobiecych i seksualności kobiecej aż do uzyskania wytrysku nasienia. Taki trening jest oddzielnie opracowywany dla każdego pacjenta. Sam pomysł nie był zły: powiązanie przestrzenno-czasowe satysfakcji seksualnej (rosnące podniecenie i wytrysk, orgazm) z bodźcami heteroseksualnymi, unikanie pobudzania z wyobraźnią homoseksualną. Czas trwania treningu trwa od minimum 6 do 25 tygodni. Skuteczność, jak zwykle, oceniana była wysoko, nawet powyżej 70%, ale przeważały wyniki średnie rzędu do 20-26% (w przypadku wyłącznych homoseksualistów).

Treningi masturbacyjne i inne metody behawioralne okazały się skuteczne w następujących przypadkach: krótki czas trwania aktywności homoseksualnej, przewaga form aktywności ręcznej w kontaktach z mężczyznami, brak negatywnych postaw wobec kobiet, wiek do 30 lat.

Psychoterapia indywidualna obejmuje kilkadziesiąt kierunków i metod. Największe sukcesy dotyczą kierunku psychodynamicznego sięgającego do analizy całego życia pacjenta i umożliwiającego mu odreagowanie wielu przeżyć, urazów, uruchomienie mechanizmów przeniesionych. Leczeniu sprzyjają: dobra mo-

tywacja do reorientacji, wiek do 35 lat, dobry poziom intelektu, niezła struktura osobowości. Co do płci terapeuty zdania są rozbieżne, jedni sądzą, że to nie ma znaczenia, ale większość uważa, że lepiej aby terapeuta należał do odmiennej płci.

Kończąc rozważania na temat metod leczenia zmieniających orientację z homo- na heteroseksualną chciałbym na kilka rzeczy zwrócić uwagę. O skuteczności w tym przypadku można mówić w sytuacji, kiedy wyłączna lub przeważająca orientacja homoseksualna zmienia się na wyłącznie heteroseksualną. Otóż pokutuje pewien stereotyp, iż rzekomo taka reorientacja nie jest możliwa i w związku z tym wyciąga się wniosek, że nie należy zachęcać umotywowanych do reorientacji homoseksualistów do podejmowania takiego leczenia. Niektórzy terapeuci posuwają się do tego, że od razu stwierdzają, iż reorientacja jest niemożliwa i należy zaakceptować siebie, swoje homoseksualne *Ja* teraz i na zawsze. Polemizowałbym z tą postawą i stereotypem. Jakkolwiek wyniki badań z różnych szkół terapii wyraźnie stwierdzają, że skuteczność reorientacji w zasadzie nie przekracza 40%, to jednak nie należy lekceważyć tej szansy. Trzeba natomiast zdać sobie sprawę z kilku koniecznych warunków możliwości podjęcia takich prób i ich skuteczności:

- głęboka, autentyczna motywacja do reorientacji u zainteresowanego,
- nastawienie na długotrwałe leczenie, które może trwać (najczęściej) i kilka lat,
- zdrowa, niezaburzona osobowość lub osobowość niedojrzała,
- dobry poziom inteligencji i motywacja do metod leczenia,
- wiek do 30 lat,
- brak negatywnych postaw wobec kobiet, wstrętu seksualnego do nich,
- szczerść i rzetelność współpracy z terapeutą. Podkreślam to dlatego, że niektórzy pacjenci, lękając się przerwania leczenia, ukrywają przed nim nawet przelotny kontakt homoseksualny w trakcie leczenia.

SPECYFICZNA ODMIENNOŚĆ PACJENTA HOMOSEKSUALNEGO

Pacjent o homoseksualnej orientacji, nader często ma problemy z przystosowaniem się do środowiska i doświadcza na sobie różnych przejawów dyskryminacji. Udając się do lekarza, psychoterapeuty, nie zawsze wie, co go może spotkać. Obawia się, że może wzbudzić niechęć do siebie, odmowę leczenia lub potraktowania go po "macoszemu". Może też ich traktować jako przedstawicieli zagrażającej i nielubianej większości heteroseksualnej. Stąd niektórzy pacjenci początkowo nie ujawniają swej homoseksualności, "badają" natomiast osobowość terapeuty. Jeżeli przekonają się do niej, wówczas ujawniają swój problem. Inni z kolei, najpierw chcą poznać poglądy terapeuty na temat homoseksualności, możliwości jej leczenia i dopiero po takim "wywiadzie" decydują się na podjęcie ostatecznej decyzji. Bywają i tacy, których nie interesuje osobowość terapeuty, lecz wyłącznie jego wiedza i kwalifikacje. Jest przez nich traktowany jako ekspert znający się na rzeczy i potrafiący odpowiedzieć na postawiony problem.

Ważny jest też problem z jakim przychodzi. Jeżeli chce zmienić reorientację, to może spodziewać się przychylności ze strony terapeuty postrzeganego jako członka heteroseksualnej większości ("chętnie przyjmie mnie do nich"). Jeżeli natomiast zgłasza się z powodu homofobii, to szuka u terapeuty poczucia bezpieczeństwa i zrozumienia. Co nie znaczy, że i wobec terapeuty może odczuwać lęk.

Płeć terapeuty też może mieć znaczenie. Nie chodzi w tym przypadku o możliwości zauroczenia i pociągu seksualnego wobec terapeuty, lecz o odczucie ogólne. Jeżeli np. lesbijka nie lubi mężczyzn i gardzi nimi, wówczas terapeuta-mężczyzna może być od początku przez nią odrzucony, dobrze natomiast będzie czuła się z kobietą. Pacjent lepiej się czuje również odczuwając akceptację swojej osoby, znajomość środowiska homoseksualistów, jego problemów ze strony terapeuty.

To wszystko sprawia, że wstępne nawiązanie kontaktu z pacjentem homoseksualnym może trwać dłużej w porównaniu z nawiązaniem kontaktu z pacjentami heteroseksualnymi. Pacjenci zgłaszający się z potrzebą psychoterapii mającej ułatwić im samoakceptację oczekują nie tylko zrozumienia, kompetencji, ale także zdolności wczucia się terapeuty w ich rozterki, konflikty z otaczającym środowiskiem. Na ten temat mówią bardzo dużo, zagłuszając własny niepokój, wylewając żale, a terapeuta ma być "odgromnikiem" nagromadzonych negatywnych emocji wobec społeczeństwa. Jeżeli terapeuta będzie usiłował "usprawiedliwiać" społeczeństwo straci jedynie zaufanie i uniemożliwi pacjentowi catharsis (wyzwolenie z napięcia). Jeżeli natomiast będzie milczał, to może być to odebrane przez pacjenta jako wyraz dezaprobaty albo, co gorzej - niezrozumienia jego problemów.

Jak więc widać, psychoterapia wymaga od terapeuty niekiedy prawdziwej wirtuozerii i improwizacji, stąd w przypadku osób homoseksualnych sukcesy nie są łatwe. W porównaniu z psychoterapią pacjentów heteroseksualnych, tu leczenie jest znacznie dłuższe, ma inny przebieg i fazy. Zdaniem wielu psychoterapeutów najważniejsze w początkowym przebiegu psychoterapii jest rozwiązanie problemu oporów i nieufności pacjenta homoseksualnego, zyskanie jego zaufania i otwartości, wyrowadzenie z homofobii (co jest bardzo trudne i długotrwałe), doprowadzenie do samoakceptacji. Problemem kolejnym jest neutralizacja napięć i problemów wiążących się z płcią terapeuty. Najlepsze sukcesy odnoszą terapeuci o cechach androgynnych, bowiem potrafią lepiej wczuć się w kobiecość-męskość swoich pacjentów i nawiązać relację neutralną w tej sferze. Męski terapeuta może zagrażać lub zniechęcać lesbijki, wobec mężczyzn homoseksualnych może działać prowokująco erotycznie. Terapeuta macierzyński z kolei nawiąże lepszy kontakt z lesbijkami, ale w przypadku homoseksualnych mężczyzn będzie prowokował przedłużenie sytuacji uzależnienia uczuciowego od nadopiekuńczej matki itp.

Inny problem stanowi pacjent homoseksualny deklarujący potrzebę zmiany reorientacji lub podnoszący trudności w przystosowaniu się do środowiska, ale tak naprawdę oczekujący założenia dokumentacji lekarskiej, która może się przydać w przyszłości w staraniach np. o zwolnienie ze służby wojskowej, ułatwienia w załatwianiu pracy. Tego typu "pacjenci" zgłaszają się często na kilka miesięcy lub tygodni przed komisjami poborowymi. Dla terapeuty jest to zmarnowany czas, bowiem nie ma u zainteresowanego ani potrzeby leczenia, ani potrzeby reorientacji.

Jeszcze inni ukrywają swoje homoseksualne kontakty koncentrując się na problemach współżycia w związku heteroseksualnym, a dopiero "nieudane, nieskuteczne leczenie" ma uwolnić ich od poczucia winy wobec heteroseksualnego partnera.

LECZENIE ZABURZEŃ SEKSUALNYCH

W zasadzie leczenie zaburzeń seksualnych osób o homoseksualnej orientacji jest podobne, jak w przypadku pacjentów heteroseksualnych. Podobne są metody farmakologiczne, treningowe, fizykoterapia czy psychoterapia.

Nieco odmienne są problemy wiążące się z zaburzeniami seksualnymi ograniczonymi do związków heteroseksualnych (Lo Piccolo - 1979). Pojawiają się tu problemy natury etycznej - czy lekarz dowiadując się o biseksualnych kontaktach pacjenta i mając do czynienia z żoną homoseksualistą nie domyślającą się istnienia związków homoseksualnych męża ma prowadzić terapię trudności w małżeństwie udając, że nic się nie dzieje? Dyssatisfakcja seksualna homoseksualnych mężczyzn na tym tle jest często spotykana i zostały opracowane specjalne strategie lecznicze (Schwartz i Masters - 1984). Są to bardzo trudne problemy, które wymagają dużej dozy delikatności i wyczucia ze strony terapeuty. Najczęściej pacjenci ukrywają fakt kontaktów homoseksualnych koncentrując się wyłącznie na problemach w pożyciu z kobietą. Niepowodzenia lub trud-

ności w przebiegu leczenia mogą w takiej sytuacji narastać. Niektórzy uważają, że głównym zadaniem leczenia jest wywołanie pozytywnego nastawienia wobec partnerki i podtrzymanie więzi seksualnej, o ile biegun homoseksualny nie dominuje, a związek z kobietą nie jest jedynie kamuflażem społecznym. W tej sytuacji należy dążyć do bardziej jasnej sytuacji i odprzedmiotowania kobiety traktowanej jako narzędzie i parawan swoich skłonności homoseksualnych.

Znacznie trudniejsze jest leczenie pedofilów. Ich reorientacja ich na dojrzałe obiekty homoseksualne wymaga niekiedy kilku lat leczenia, a nie zawsze kończy się sukcesem. W psychoterapii są to z reguły najcięższe i najbardziej trudne sytuacje. Podobnie jest z innymi formami dewiacji (sadyzm, masochizm, raptofilia).

LECZENIE PARTNERÓW HETEROSEKSUALNYCH

Bardzo często z prośbą o pomoc zgłaszają się współmałżonkowie osób homoseksualnych, którzy przeżyli szok po ujawnieniu się prawdy. Niekiedy są to bardzo dramatyczne doświadczenia. Jedną z moich pacjentek swoją wizytę poprzedziła listem:

"Pokochałam chłopaka, wydawał mi się mądry, porządny. Wysłałam zamąż. Zakochana byłam po uszy. Był dla mnie jedyną kochaną istotą. Po 4 latach małżeństwa, kiedy mieliśmy dwoje małych dzieci, powiedział, że nie może ze mną współżyć, ponieważ czuje się źle po lekarstwach, które bierze na chorobę wrzodową. Byłam tolerancyjna i wyrozumiała, czekałam aż to mu przejdzie. Rok mijał za rokiem. Przypadkowo przeczytałam list, po którym myślałam, że roztępuje się pode mną ziemia. List był od jego partnera - chłopaka, młodszego o 11 lat. Przyznał się do wszystkiego, a ja poczułam się jak kopnięty, nikomu niepotrzebny kundel. To co się stało ze mną trudno opisać. Jak to ciągnąć? Co robić mając małe dzieci i wspólne, z trudem zdobyte mieszkanie? A co z niebezpieczeństwem AIDS? Boję się procesów sądowych, mam żal za straco-

ne lata, a co powiem swoim dzieciom? Jaki to może mieć wpływ na nich, że mają takiego ojca? A jak to odziedziczą po nim?"

Pacjentka zgłosiła się w złym stanie psychicznym, zrezygnowana i z poczuciem przegranego życia. Psychoterapia trwała 1,5 roku i zakończyła się powrotem do zdrowia psychicznego, nowego urządzenia sobie życia, bezkonfliktowego przebiegu sprawy rozwodowej, ustalenia alimentów. Ale przecież nie zawsze epilog jest tak pomyślny. Bardziej dramatyczne bywają sytuacje w przypadku późnego homoseksualizmu, kiedy wizja wspólnej jesieni życia rozsypuje się w pył i proch, a trudno zacząć wszystko od początku. Dodajmy do tego przypadki psychoterapii dzieci, które dowiedziały się, że jedno z rodziców jest homoseksualistą. Jak to rzutuje na ich identyfikację z płcią, samopoczucie, relacje z rodzicami i z drugą płcią? Trudno oddać atmosferę takich sytuacji.

LECZENIE UKIERUNKOWANE NA SAMOAKCEPTACJĘ

W psychoterapii populacji osób o homoseksualnej orientacji jest to obecnie forma dominująca i najbardziej rozpowszechniona. Pomyśleć, że na przestrzeni kilkudziesięciu lat, jeszcze w życiu jednego pokolenia o 180° dokonana się zmiana koncepcji służenia pomocą psychoterapeutyczną. Do lat 70 naszego stulecia homoseksualność była postrzegana w kategorii choroby (początkowo zboczenia, później parafilii), a w końcu jako inność psychoseksualna. Zrozumiałe, że model medyczny i klasyfikacja pociągają za sobą określone strategie lecznicze: jeżeli coś jest chorobą, to należy leczyć w celu zmiany, reorientacji. Jeżeli mamy do czynienia z innością psychoseksualną, to zakres i rodzaj pomocy psychoterapeutycznej określa sam zainteresowany. Homoseksualiści i lesbijki nie odczuwający potrzeby reorientacji i zmiany swych tendencji i potrzeb homoseksualnych najczęściej poszukują psychoterapii ukierunkowanej na wzmocnienie ich neurotycznego *Ja*, zagrożonego w środowisku spo-

łecznym, na samoakceptację, wyjście z homofobii, a także ułatwienie związków wewnątrzrodziny. Psychoterapia zaczyna się tu zatem od określonej postawy: własna homoseksualność jest akceptowana, ale sprawia trudności i problemy w relacji z własnym *Ja*, z członkami rodziny, ze środowiskiem zawodowym, wreszcie społecznym.

Istnieje wiele ośrodków psychoterapii służących pomocą osobom o homoseksualnej orientacji. Niektóre z nich są wręcz wyspecjalizowane do tej właśnie populacji pacjentów, inne udzielają pomocy różnym pacjentom, wśród nich także tym o orientacji homoseksualnej. W Polsce dominuje ten drugi profil zarówno w ośrodkach leczenia seksuologicznego, w poradniach i przychodniach Towarzystwa Rozwoju Rodziny, w ośrodkach leczenia nerwic, w Poradniach Zdrowia Psychicznego i innych placówkach lecznictwa psychiatrycznego. Obecnie istnieje wiele różnych form psychoterapii homoseksualistów i lesbijek ukierunkowanych na wzmocnienie *Ja*, samoakceptację i poprawę relacji interpersonalnych. Wymienię te najczęściej spotykane.

Psychoterapia indywidualna. W zależności od szkoły psychoterapeutycznej może ona być psychoanalityczna, psychodynamiczna, behawioralna, typu Gestalt itd. W zasadzie każdy z kierunków psychoterapii indywidualnej może być zastosowany do tego typu pacjentów, z uwzględnieniem osobistych ich potrzeb i problemów,

Psychoterapia grupowa. Od niedawna jest coraz bardziej popularna. Organizuje się albo grupy homo- i heteroseksualnych pacjentów, lub wyłącznie grupy homoseksualne. Ta pierwsza forma jest bardziej skuteczna w przypadkach potrzeby poprawy relacji z heteroseksualną większością i reorientacji postaw u niej wobec homoseksualistów. Same homoseksualne grupy dostarczają wprawdzie wzmocnień, zrozumienia, bycia we własnym świecie, ale mogą sprzyjać pogłębianiu się poczucia inności, gettowej mentalności.

Optymalne jest zatem organizowanie najpierw grup jednorodnych, co do orientacji, a pó-

źniej łączenia pacjentów hetero- i homoseksualnych,

Psychoterapia rodziców osób o orientacji homoseksualnej. Służy ona poprawie relacji między homoseksualnym dzieckiem, a rodzicami, a także przystosowaniu się rodziców do homoseksualności dziecka, przybrania właściwej postawy, tolerancji, zrozumienia,

Psychoterapia pacjentów chorych na AIDS. Została ona zorganizowana od niedawna, a o jej celowości nie trzeba chyba mówić. W tym przypadku służy ona formowaniu postaw egzystencjonalnych wobec życia i śmierci, odbudowy systemu wartości *Ja*, sensu swego istnienia, neutralizacji poczucia winy, zagrożenia, paniki,

Psychoterapia partnerska związków homoseksualnych. Ma ona podobny charakter jak psychoterapia małżeńska i ma na celu harmonię więzi partnerskich.

We wszystkich wymienionych formach psychoterapii w przypadku pacjentów o homoseksualnej orientacji w porównaniu z pacjentami heteroseksualnymi, najbardziej istotne i podstawowe problemy sprowadzają się do następujących:

- *faza "coming out"*. W procesie psychoterapii jest ona poddana interpretacji i ukierunkowaniu na pozytywny rozwój, rozwiązanie problemu homofobii jako decydującego zagadnienia w relacjach interpersonalnych,
- *osiąganie samoakceptacji* połączonej z identyfikacją z własną rolą seksualną i typem aktywności homoseksualnej,
- *neutralizacja mentalności gettovej*, psychologii mniejszości,
- *rozwiązanie problemów wiążących się z mechanizmami przeniesienia i przeciwprzeniesienia*. Te mechanizmy występują i w psychoterapii populacji heteroseksualnej, w tym jednak przypadku są nieco odmienne i terapeuta musi zdawać sobie z tego sprawę; dlatego analiza życia rodzinnego u pacjentów homoseksualnych jest bardziej rozbudowywana i obejmują sporą część czasu poświęconego psychoterapii,
- *formowanie pozytywnego obrazu Ja* - u wielu homoseksualistów i lesbijek samoocena

i poczucie własnej wartości w zbyt dużym stopniu uzależniona bywa od roli seksualnej, jako najbardziej zapalnego problemu w kontakcie z otoczeniem społecznym; odkrywanie innych wartości własnego *Ja* służy dowartościowaniu i samoakceptacji,

- *przewyciężanie negatywnych relacji wewnątrzrodzinnych*, które w populacji pacjentów homoseksualnych są raczej typowe, a rodzice są często obwiniani za zaburzenie rozwoju osobowości, a nawet traktowani w roli "kozła ofiarnego",
- *rozwiązanie problemu rodzicielstwa*, który bardziej nasilony jest u lesbijek; mogą one np. dążyć do posiadania dziecka niezależnie od warunków, sytuacji życiowej, zakładając brak ojca w wychowywaniu dziecka; u mężczyzn z kolei potrzeba założenia rodziny i posiadania dzieci może również zakłócać ich identyfikację z rolą płciową i kontynuowanie związków homoseksualnych, skłaniając do zawierania małżeństw pozornie partnerskich lub kamuflujących homoseksualne skłonności.

Wymienione problemy psychoterapii osób o homoseksualnej orientacji nadają specyficzną odmienność programowi psychoterapeutycznemu, a także roli samego psychoterapeuty. Stąd wielu fachowców uznaje, że tego typu psychoterapią winni zajmować się psychoterapeuci najbardziej doświadczeni - dojrzały, znający problemy środowiska homoseksualnego, wyspecjalizowani w tej dziedzinie, tacy których osobowość jest akceptowana przez pacjentów i dla których nie są oni przedstawicielami obcej i wrogo usposobionej większości heteroseksualnej.

Nie każdy psychoterapeuta, nawet dobrze wyszkolony, nadaje się do tego rodzaju pracy. Długotrwały z reguły proces psychoterapii wymaga od obu stron (terapeuty i pacjenta) cierpliwości, współpracy, wzajemnej akceptacji, jasnego sprecyzowania celów i zasad psychoterapii. Miarą problemu jest fakt, że na kilkaset dotąd wydanych monografii na temat psychoterapii, niewiele poświęconych jest wyłącznie

psychoterapii osób homoseksualnych. U nas takiej monografii dotąd nie ma, są jedynie pojedyncze publikacje rozsiiane w piśmiennictwie z zakresu psychoterapii. Psychoterapia homoseksualistów i lesbijek jest u nas raczej marginesem pracy psychoterapeuty niż wybranym, jednym z głównych kierunków jego profesjonalnego działania. Być może zainteresowanie problemami homoseksualności i konieczność zapobiegania AIDS skłoni do tworzenia specjalistycznych placówek ukierunkowanych na problemy homoseksualistów i lesbijek. Obecnie jest to wręcz koniecznością.

PIŚMIENNICTWO

1. Bieber I.: Homosexuality. Basic Books, New York 1962.
2. McCulloch: Aversion therapy in management of 43 homosexuals. W: Fischer J., Gochros H. (eds.): Handbook of behavior therapy with sexual problems. Pergamon Press, New York, 1977, 382-390.
3. LoPiccolo J.: Handbook of sex therapy. Plenum Press, New York, 1978.
4. Schwartz M., Masters W.: The Masters and Johnson Program for dissatisfied homosexual men. Amer. J. Psychiatry 1984, 141, 2, 173.
5. Stein T., Cohen C.: Contemporary perspectives on psychotherapy with lesbians and gay men. Plenum Med. Book Co., New York 1986.

*Adres: Prof. Zbigniew Lew-Starowicz, Instytut Seksuologii,
Pl. Trzech Krzyży 16, 00-499 Warszawa*