



Psychoterapia pacjenta z tendencjami homoseksualnymi leczonego z powodu zaburzeń lękowych

Psychotherapy of a patient with homosexual tendencies treated for anxiety disorder

LILIANNA ENGEL

Z Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Za przyczynę homoseksualizmu uważa się najczęściej czynniki biologiczne, następnie społeczne, kulturowe i psychologiczne, z uwzględnieniem rodzinnych. Przeprowadzono analizę uwarunkowania tendencji homoseksualnych u młodego pacjenta, z podkreśleniem znaczenia występujących u niego objawów lękowych.

Przypadek. Młody pacjent z zaburzeniami lękowymi, który przy przyjęciu na terapię poinformował, że jest homoseksualistą.

Komentarz. Podkreślono istotne znaczenie postawy rodziców, zwłaszcza ojca, dla kształtowania się tendencji homoseksualnych. Zachowania homoseksualne były w przypadku opisanego pacjenta związane z zaspokajaniem potrzeb – nie tylko seksualnych. Zaburzenia lękowe chroniły go przed realizacją tendencji homoseksualnych. Młody wiek i faza rozwoju pacjenta wskazują na nieukończony proces kształtowania się orientacji seksualnej.

SUMMARY

Objective. Biological factors are usually considered as the cause of homosexuality, with social, cultural, and psychological, (also familial) determinants coming next. An analysis of factors determining homosexual tendencies in a young male patient was conducted, with an emphasis on the role of his anxiety symptoms.

Case. A young male patient with anxiety disorder who disclosed his homosexual tendencies after being admitted to therapy.

Commentary. A significant role of parental attitudes, especially these of the father, in the development of the patient's homosexual tendencies was stressed. His homosexual behaviours were associated with gratification of his needs, not only sexual ones. Anxiety disorder protected him against realization of the homosexual tendencies. The patient's young age and his developmental stage suggest that the process of shaping his sexual orientation has not been completed yet.

Słowa kluczowe: psychoterapia / homoseksualizm / lęk

Key words: psychotherapy / homosexuality / anxiety

Przedstawiam proces terapii młodego pacjenta leczonego w Klinice Nerwic z rozpoznaniem zaburzeń lękowych, który w wywiadzie przy przyjęciu ujawnił, że jest homoseksualistą. Powstała hipoteza, że u tego pacjenta orientacja seksualna miała istotną rolę w patogenezie zaburzeń lękowych. Być może zachowania homoseksualne powodowane są chęcią zaspokajania innych potrzeb, nie dotyczących sfery i orientacji seksualnej? Być może wystąpienie zaburzeń lękowych u osoby z zachowaniami homoseksualnymi świadczy o nieświadomej niechęci i potrzebie wycofania się z tych zachowań? Odpowiedź na te pytania w procesie psychoterapii mogła pomóc pacjentowi w kształtowaniu własnej identyfikacji zgodnej z jego orientacją seksualną.

Imieliński [1] opisuje hetero- i homoseksualność jako dwa bieguny kontinuum. Większość osób gromadzi się przy biegunie heteroseksualnym, część przy homoseksualnym, część pozostaje między biegunami i określa się ich jako biseksualnych. Boczkowski [2] twierdzi, że homoseksualista to osoba, której pociąg płciowy jest wy-

łącznie lub prawie wyłącznie skierowany do osób własnej płci i która wyłącznie lub prawie wyłącznie w ten sposób uzyskuje zadowolenie seksualne. John Money [cyt. za 2] podaje, że orientacja seksualna to generalne odzwierciedlenie atrakcyjności dla kogoś tej samej płci, innej, lub obu. Skłania się do relatywnego postrzegania granicy między indywidualną homofilią i heterofilią, nie dychotomią, lecz dwoma równoległymi aspektami orientacji. Stąd homoseksualizm oznacza niski poziom heterofilii i wysoki poziom homofilii, heteroseksualizm odwrotnie, biseksualizm – relatywnie wysoki poziom obu, zaś aseksualizm – niski poziom obu. Sumując, orientacja seksualna jest wypadkową obu tych aspektów.

Freud [cyt. za 3] uważał, że dziecko jest z natury biseksualne, w wieku ok. 13–14 lat określa się orientacja seksualna. Starowicz [3] prawdopodobnie tak interpretuje tezę Freuda, że dziecko jest „polimorficznie perwersyjne”. Rozważania tradycyjnej psychoanalizy wiążą homoseksualność z wczesnymi fazami rozwoju psychoseksualnego. Homoseksualność jest tu postrzegana jako

zatrzymanie rozwoju psychoseksualnego na wcześniejszym stadium.

Obok teorii psychoanalitycznych, wiele przypadków homoseksualizmu można wytłumaczyć teorią uwiedzenia, wdrukowania, wyuczenia w okresie pierwszych doświadczeń seksualnych. Z badań Kinseya (1953) [cyt. za 3] wynika, że 1/3 mężczyzn i 1/4 kobiet heteroseksualnych ma homoseksualne doświadczenia w życiu. Imieliński [1] stwierdza, że zjawisko zorientowania popędu seksualnego w kierunku własnej płci jest typowe dla okresu rozwojowego pokwitania. A jako utrwalone zjawisko w postaci homoseksualizmu występowało we wszystkich epokach i kulturach.

Jak zatem kształtuje się orientacja homoseksualna człowieka? Najwięcej doniesień dotyczy roli czynników biologicznych. Starowicz [3] wymienia trzy grupy podstawowych biologicznych przyczyn homoseksualizmu: predyspozycje genetyczne i hormonalne, uwarunkowania prenatalne wpływające na rozwój mózgu, zespół stresu prenatalnego. Wielu autorów widzi wpływ czynników społeczno-kulturowych, rodzinnych, psychologicznych na kształtowanie się orientacji seksualnej. Często uwarunkowania są wieloczynnikowe. Imieliński [4] pisze, że poprzez czynniki genetyczne człowiek dziedziczy możliwości rozwojowe. Jedne z predyspozycji są przez środowisko pobudzane i rozwijają się, inne hamowane. U każdego oddziałuje różnorodność predyspozycji dziedzicznych i niezliczona ilość czynników środowiskowych o charakterze pobudzającym lub hamującym. U każdego przebiega więc indywidualny rozwój emocjonalno-seksualny. Wśród czynników środowiskowych największą rolę w rozwoju emocjonalno-seksualnym odgrywają czynniki natury psychologicznej oraz społeczno-kulturowej, wśród nich potrzeba kontaktu emocjonalnego oraz potrzeba seksualna. Należyte zaspokojenie potrzeby kontaktu emocjonalnego ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju emocjonalno-seksualnego i dla rozwoju osobowości. Boczkowski [2] na podstawie dostępnych wyników doświadczeń i obserwacji naukowych wymienia dwie grupy przyczyn homoseksualizmu: związane z nieprawidłową czynnością hormonalną w okresie płodowym (wywierającą wpływ na ośrodki mózgowy) oraz związane z czynnikami psychicznymi i emocjonalnymi wywierającymi wpływ głównie w okresie dzieciństwa lub dojrzewania w środowisku społecznym, a głównie rodzinnym. W okresie kształtowania psychiki główną przyczyną rozwoju nastawienia homoseksualnego jest splecenie się dwóch czynników: nadmiernie silny związek uczuciowy z matką (w sensie pozytywnym lub negatywnym) oraz brak wzorca męskiego lub niechęć, lub niezdolność do naśladowania go. Dawniej sądzono, że zasadniczą rolę odgrywa tutaj nieprawidłowa wzajemna relacja pomiędzy matką i synem, ale obecnie uważa się, że większe znaczenie mają relacje między synem a ojcem. Na patologię w relacji matka – syn ojciec ma olbrzymi, niwelujący wpływ, jeśli pełni swą rolę wobec syna. Nadopiekuńczość matki nie wpływa wtedy również różnicująco. Już od 1936 r. datowane są badania struktu-

ry rodzinnej osób o orientacji homoseksualnej u obu płci. W 1936 r. Terman i Miles [cyt. za 2] analizowali rodziny 77 homoseksualistów męskich. Bardziej współczesne badania potwierdzają te zależności. (Wspominam tylko o męskich homoseksualistach ze względu na analizowany przypadek). Zasadniczym czynnikiem prowadzącym do homoseksualizmu była nieprawidłowa relacja z ojcem, którą opiszę zgodnie z obserwacjami badaczy. Dodatkowo wpływ predystynujący miały postawy matek. Bieber (1962) [cyt. za 2] wymieniał u matek homoseksualistów: 70% relacji „ciepłych”, polegających na uwodzeniu synów, wchodzeniu w intymne relacje, traktujące jak powierników, nieświadomie pobudzające seksualnie, czasem tłumiące heteroseksualne zainteresowania syna, utrudniające kontakty rówieśnicze, feminizujące syna; 30% matek homoseksualistów to matki „wrogie”: odrzucające, nie dające poczucia bezpieczeństwa, egocentryczne. Oba rodzaje matek ingerowały negatywnie w relacje synów z ojcami. Relacje homoseksualnych synów z ojcami były wg badań następujące. W badaniach Saghira i Robinsa (1973) [cyt. za 2] 84% homoseksualistów i 18% heteroseksualistów stwierdziło, że ich ojcowie byli obojętni i nie interesowali się nimi w okresie dzieciństwa. Obojętność była raczej rysem dominującym a nie sporadycznym brakiem uwagi. Ich ojcowie rzadko się z nimi bawili, rzadko też dzielili z nimi zainteresowania, często natomiast byli szorstcy i brutalni, używając w stosunku do swych synów określeń poniżających ich godność. Brak zainteresowania i związku z synem uniemożliwiał synowi wzorowanie się na ojcu, traktowanie go jak modelu, z którym mógłby się identyfikować. Według danych Saghira i Robinsa [cyt. za 2] jedynie 13% homoseksualistów identyfikowało się ze swoim ojcem w porównaniu do 2/3 heteroseksualistów, u których ten proces następował. Badania Biebera i wsp. (1962) [cyt. za 2] jednoznacznie wykazały nieprawidłowy stosunek ojciec–syn u męskich homoseksualistów. W badaniach tych stwierdzono, że ojciec był oddalony od syna i spędzał z nim małą ilość czasu. Ojcowie homoseksualistów w przeważającej większości przypadków mieli obojętny, wrogi, lekceważący i jawnie odrzucający stosunek do syna. Najczęściej występującym nastawieniem homoseksualnych synów w stosunku do ojców była nienawiść i strach. Badania te wykazały, że synowie tych ojców szukali u partnerów homoseksualnych tych właściwości, jakich nie znaleźli u ojców: ciepła, życzliwości, kontaktu, prowadząc do wniosku, że wszelkie warunki, które powodują u mężczyzn patologiczne potrzeby, które mogą być zaspokojone tylko przez innych mężczyzn, przyczyniają się do rozwoju homoseksualizmu lub problemów homoseksualnych.

OPIS PRZYPADKU

W. wówczas 23-letni student dwóch wydziałów, przebywał w Klinice Nerwic na przełomie 2000/2001 r., przyjęty z rozpoznaniem zaburzeń lękowych. W ciągu

4 lat przed przyjęciem, podczas wyjazdów za granicę wystąpiły 3 napady panicznego lęku. Podczas ostatniego napadu paniki dzwonił do ojca, chciał powiedzieć mu o swojej homoseksualnej orientacji, nie potrafił nazwać przyczyn tego zachowania. Ojciec nie odbierał telefonu. Pacjent powiedział o tym matce prosząc, aby nie mówiła ojcu i niezwłocznie wyjechał do Polski. Pytany przy przyjęciu o dotychczasowe leczenie poinformował, że dwukrotnie, w roku 1998 i 1999, po kilka miesięcy brał udział w spotkaniach grupy terapeutycznej dla osób zorientowanych homoseksualnie. Przyczyną podjęcia leczenia w Klinice Nerwic była obawa przed wystąpieniem napadu lęku.

Stan przy przyjęciu: niepokój, pobudzenie i towarzyszące im objawy somatyczne: kołatanie serca, poty, duszność. W wywiadzie okresowo występowały też jednodwutygodniowe stany obniżonego nastroju.

Stan somatyczny: pacjent ogólnie zdrowy. Od 1996 r. ma alergię na pyłki traw. Przyznano mu kategorię zdrowia A, w wojsku nie był. Alkohol pije sporadycznie, papierosów nie pali.

Wywiad: pacjent pochodzi z rodziny pełnej, ma młodszą siostrę. Matka (obecnie 49 lat, inżynier) po urodzeniu krótko się nim opiekowała. Od 6 tygodnia był pod opieką babci ze strony matki, oddany do żłobka źle się tam adaptował i znowu wrócił pod opiekę babci. Moczzenie nocne występowało do 4 roku życia. Jako dziecko nadpobudliwy, obgryzał paznokcie, miał napady bólów brzucha i głowy. Występowały napady złości z rzucaniem się na podłogę, skłonny do kłótni. W przedszkolu po okresie płaczliwości, nauczył się zwracać na siebie uwagę odmiennością zachowań, oryginalnością, uzyskał szczególne traktowanie przez nauczycielki, przewodził dzieciom. W domu stał się powiernikiem matki, która oczekiwała od niego wsparcia, prosiła aby wpływał na siostrę. Matka stosowała strategię przemilczania, przeczekiwania problemów, tworzenia tajemnic. Pacjent farbował włosy na intensywny kolor, aby sprowokować emocje w matce i aby zainteresowała się nim. Ojciec (obecnie 50 lat, inżynier) sztywny, krytyczny, wymagał bezwzględności posłuszeństwa, wiecznie niezadowolony z syna, zmuszał go do nauki biciem, znęcał się psychicznie nad nim, lekceważył. Był silnie związany emocjonalnie z własnym ojcem. W 1995 r., gdy pacjent miał 17 lat, u nich w domu leżał obłożnie chory dziadek, któremu ojciec poświęcał cały czas. Pacjent patrząc na ojca i dziadka myślał, że ojciec jest homoseksualistą. Był bardzo zazdrosny o bliskość ojca z dziadkiem. Pacjent wrócił w tym okresie późno z prywatki i ojciec nie wpuścił go do domu. Od tej pory mieszkał z dziadkami, rodzicami matki. Ma żal, że babcia nalegała często, aby wracał do rodziców. Rodzice pacjenta zawsze wzmacniali osiągnięcia intelektualne syna.

Wywiad seksualny: rozwój psychoseksualny nie odbiegał od norm dla płci i wieku. Pacjent w szkole podstawowej i w początkach średniej podkochiwał się w dziewczętach, wyobrażenia par heteroseksualnych działały na niego pobudzająco seksualnie. W 1995 r.,

w wieku 17 lat zaczął odczuwać potrzebę bliskości emocjonalnej z mężczyzną, fascynował się męskim ciałem. Od ok. 1996 r. przeżywał lęk, wstyd, myśląc o mężczyznach i starał się nie dopuszczać do takich myśli. Marzył o związku uczuciowym z mężczyzną, jednocześnie bał się opinii społecznej, napiętnowania. Znalazł w gazecie ogłoszenie o grupie wsparcia dla gejów i lesbijek i uczęszczał na spotkania, które dotyczyły akceptacji tendencji homoseksualnych w sobie. W 1999 r. podjął próbę poznania chłopaka i zbudowania związku, skończył z ogłoszenia w gazecie „Inaczej”, oczekiwał pieśczęt, przytulenia, czuł brak wzajemności uczuciowej. Po rozstaniu wystąpiły stany obniżonego nastroju. Podobnie wyglądały kolejne próby budowania bliskości i związków, zakończenie powodowało depresyjny nastrój. Pacjent bardzo aktywnie kontaktował się listownie i przez internet z osobami o orientacji homoseksualnej w kraju i za granicą. Od 1999 r. do 2000 r. miał siedmiu partnerów, w kolejnych, krótkotrwałych związkach. Kontakt seksualny polegał na wzajemnej masturbacji bez stosunków analnych i innych form współżycia, których odmawiał, co zniechęcało partnerów. Pacjent marzył o związku uczuciowym, bliskości, przytulaniu się, fascynacji ciałem atrakcyjnego mężczyzny. Marzył, aby zamieszkać za granicą i prowadzić swobodne satysfakcjonujące życie seksualne w bardziej tolerancyjnym społeczeństwie. Jednakże w czasie wyjazdów, gdy istniała możliwość nieukrywania się i swobodnego życia seksualnego, doznawał napadów lęków, co powodowało powrót do kraju.

Pobyty w Klinice Nerwic

Pacjent oczekiwał od terapii pomocy w radzeniu sobie z objawami lękowymi. W trakcie pobytu zauważył cel pracy terapeutycznej nad poznawaniem i rozumieniem motywów swego zachowania oraz nad relacjami w rodzinie i z innymi ludźmi. Uważał, że orientacja homoseksualna jest u niego uwarunkowana biologicznie, otwarcie i chętnie o tym informował. Zwracał na siebie uwagę farbowanymi włosami, kolorowym strojem, ekspresją w zachowaniu. Chciał szokować, prowokować, nie być przeciętnym. Był bardzo widoczny w społeczności terapeutycznej. Zwykłe, codzienne czynności budziły w nim niechęć i znudzenie. Wśród pacjentek był lubiany, chętnie przebywał ze starszymi kobietami, był ich doradcą, powiernikiem. W kontaktach z młodymi mężczyznami wchodził w rywalizację. Unikał starszych mężczyzn. Na spotkaniach psychoterapii grupowej bardzo aktywny, był liderem, czasem błaznował lub demonstracyjnie drzemał. Na zewnątrz pokazywał się jako silny, niezależny. W trakcie psychoterapii indywidualnej mówiąc o swojej samoocenie wysoko oceniał swoją sprawność intelektualną, zaradność, kulturę osobistą. Fizycznie czuł się gorszy od innych mężczyzn, mniej interesujący. Mimo wysokiego wzrostu i przeciętnej budowy ciała czuł się słaby fizycznie, bezbronny. W rozmowach z terapeutą wyrażał negatywne emocje do ojca: żal i ból z powodu odrzucenia, braku miłości

i akceptacji, niedoceniań. Twierdził, że boi się ojca i nienawidzi go, myśli o odwecie na nim. Po kilku tygodniach w Klinice pacjent zadzwonił do ojca i przez telefon powiedział, że jest homoseksualistą. Ojciec milczał zaskoczony, następnego dnia przyszedł na rozmowę z terapeutą bardzo wstrząśnięty, całą noc nie spał. Rozmowa rodziców z terapeutą dotyczyła ich relacji z synem. Podczas tzw. treningu domowego w weekend miała odbyć się rozmowa ojca z synem na ten temat. Ojciec podjął rozmowę z własnej inicjatywy. Powiedział, że nie będzie ingerował w jego zachowania i kontakty, przyjmuje to co powiedział syn, próbował być akceptujący i bliższy. Pacjent, jak zwykle w czasie weekendu, miał zaplanowane spotkanie z mężczyzną o orientacji homoseksualnej. Poszedł na spotkanie niepewny, z wątpliwościami czy tego chce. Po kolacji, przy próbie przybliżenia się partnera poczuł nagle olbrzymią niechęć, wręcz wstręt fizyczny i obrzydzenie. Noc spędził siedząc w fotelu, aby nie doszło do próby zbliżenia z inicjatywy partnera. Był zdziwiony swoim zachowaniem. Przy kolejnej próbie nastąpiła ta sama reakcja, więc zaprzestał spotkań. Przez ostatni miesiąc pobytu w Klinice sposób bycia, wypowiedzania się, ubierania pacjenta stopniowo się zmieniał: przestał farbować włosy, strój miał mniej kolorowy, nastrój był bardziej wyrównany, był bardziej poważny. Nastąpiło nawiązanie bliższego kontaktu pacjenta z ojcem. Co jakiś czas pojawiał się impuls do nawiązania kontaktu z homoseksualistą przez internet. Zachowania te występowały coraz rzadziej, pacjent przeżywał je jako kompulsywne, przymusowe. Umawiając się już wiedział, że nie dojdzie do tych spotkań. Umówił się na wyjazd za granicę wiedząc, że objawy lękowe go powstrzymają. Chęć nawiązania takiego kontaktu występowała przy pogarszaniu się relacji z ojcem. Zastanawiał się czy jest homoseksualistą, czuł, że sam nie wie i potrzebuje czasu aby się określić. W trakcie terapii rysowały się dwie nitki problematyki: znaczenie występowania objawów za granicą oraz relacja z ojcem.

Pomocne dla diagnozy i terapii pacjenta w Klinice były metody niewerbalne: psychodrama, psychorysunek, muzykoterapia, choreoterapia. Także poprzez techniki projekcyjne można było przybliżyć się do stref konfliktowych pacjenta. Wynikało z nich, że pacjent szuka tożsamości – kim jest i swego miejsca w rodzinie i społeczeństwie.

W końcowym etapie terapii zadawał sobie pytanie o swoją orientację seksualną, czy może jest biseksualny? Twierdził, że nie czuje niechęci ani wstrętu do kobiet. Spodobała mu się jedna dziewczyna. Wyobrażał sobie siebie we współżyciu seksualnym z kobietą jako aktywnego. Natomiast wyobrażona rola bierna w kontakcie homoseksualnym analnym budziła złość i bunt, aktywnej sobie nie wyobrażał. Po wypisaniu z Kliniki pacjent zgłaszał się na rozmowy z terapeutą w takich trudnych emocjonalnie sytuacjach, jak: przeprowadzka do samodzielnego mieszkania, obrona pracy magisterskiej, a potem licencjackiej na drugim wydziale, podjęcie pracy. W trakcie wizyt ambulatoryjnych nie różnił się wyglą-

dem i zachowaniem od innych mężczyzn, zaniechał farbowania włosów, jaskrawych kolorów, nosił okulary. Po roku przerwy w wizytach ambulatoryjnych, we wrześniu 2003 r. pacjent nadal miał trudności w znalezieniu partnera i związku odpowiadającego jego potrzebom. Nadal unikał innych form kontaktów seksualnych poza wzajemną masturbacją, z tej formy też zrezygnował w ostatnim czasie. Podczas zachowań autoerotycznych pojawiały się też wyobrażenia seksualne kobiet i kontaktów heteroseksualnych. Pacjent nie podjął prób zbliżenia z kobietami. Od kilku miesięcy myślał o tym, żeby mieć rodzinę, dziecko. Objawy lękowe nadal występowały, szczególnie w nowych sytuacjach. Były o wiele mniej nasilone i pacjent sobie z nimi radził. Od 2 lat nie występowały objawy paniki.

Hipotezy dotyczące kształtowania się osobowości pacjenta i przyczyn zaburzeń

Pacjent przejawiał bardzo duże potrzeby miłości i akceptacji niezaspokajane od dzieciństwa. Silna potrzeba osiągnięć wynikała z nagradzania przez rodziców sukcesów intelektualnych. Pacjent tłumił potrzebę dominacji, przeżywał konflikt między zależnością a dominacją. Miał wysoką samoocenę w sferze intelektu, zaniżoną w roli męskiej. W toku rozwoju osobowości wystąpiły tendencje homoseksualne, które mogły ukształtować orientację seksualną pacjenta w kierunku homoseksualnym lub biseksualnym.

Niezaspokojona potrzeba afiliacji, bliskości z ojcem mogła być zaspakajana w zachowaniach homoseksualnych. Pacjent nie podjął pełnych zbliżeń seksualnych z penetracją z kobietami ani z mężczyznami. Z mężczyznami homoseksualnymi podejmował przytulanie, pieśczoły, odmawiając kontaktów analnych. Zaspakał własne potrzeby, nie spełniał oczekiwań i potrzeb seksualnych partnerów. Można przypuszczać, że pacjent zaspakał przede wszystkim inne swoje potrzeby, nie tylko seksualne.

KOMENTARZ

Opisany przypadek ukazuje znaczenie wpływu czynników psychologicznych na kształtowanie się tendencji homoseksualnych w rozwoju psychoseksualnym młodego pacjenta. Konflikty emocjonalne wynikające z relacji rodzinnych, deprywacji uczuć wpływały na kształtowanie się niedojrzałej osobowości z niezaspokojonymi potrzebami miłości głównie ze strony ojca. Potrzeby te mogły być zaspokajane w marzeniach i pragnieniach bliskości z mężczyzną. Zachowania homoseksualne, fizjologicznie prawidłowe w okresie rozwojowym, przed pokwitaniem, kiedy popęd seksualny ukierunkowuje się, nie uległy zmianie w kierunku płci przeciwnej. Brakowało czynników sprzyjających prawidłowemu rozwojowi związanych z postawami rodziców, a szczególnie ojca. Przedstawiona tu analiza przypadku potwierdza tezy Ziemskiej [5], wymieniającej postawy

rodziców wśród psychologicznych mechanizmów patogennych wpływających na zachowania seksualne ich dzieci. Jest zgodna także z poglądami Imielińskiego [1], który wśród czynników wpływających na seksualność wymienia także psychospołeczne, a wśród nich związane z środowiskiem rodzinnym, z postawami przedstawicieli płci własnej i przeciwnej w rodzinie. W opisywanym przypadku można wysunąć hipotezę, że w zachowaniach homoseksualnych pacjent chciał zaspokoić potrzeby bliskości, których nie doświadczył od ojca. Ponieważ chciał zaspokoić niedojrzałą potrzebę zależności, a nie seksualną, unikał współżycia z partnerami. Lęki „chroniły” go przed rolą dojrzałego homoseksualnego partnera, przed podjęciem decyzji dotyczącej własnej orientacji seksualnej. Dlatego podczas wyjazdów zagranicznych, gdy był sam i mógł się realizować w sferze seksualnej, ataki lęku zmuszały go do powrotu do domu. Pacjent przeżywał ambiwalentne uczucia wobec własnej orientacji seksualnej w okresie dojrzewania. W okresie lęków homoseksualnych częsty w tej fazie dojrzewania oraz pod wpływem grup dla gejów i lesbijek, przyjął za fakt swoją orientację homoseksualną. Dostosował do tego zachowanie – zaczął nawiązywać kontakty z mężczyznami homoseksualnymi. Warunki sprzyjające realizacji zachowań homoseksualnych nasilały konflikt emocjonalny pacjenta, co prowadziło do napadów paniki. W toku psychoterapii pacjent uzyskał wgląd w powyż-

sze mechanizmy, lepsze rozumienie własnych potrzeb, szczególnie tęsknoty za silnym opiekuńczym mężczyzną, pozytywnym modelem męskości. Pacjent identyfikował się z twierdzeniem Eichelbergera [6], że ukierunkować homoseksualnie może odrzucenie syna przez ojca. Ojciec nie ma czasu dla syna, postrzega go jako kompromitującego jego męską reputację. Słaba i podporządkowana ojcu matka, wprawdzie stara się zaspokoić potrzeby uczuciowe syna, ale i sama oczekuje wsparcia i pomocy. Syn spragniony więzi uczuciowej z ojcem, szuka jej u innych mężczyzn. Eichelberger [6] twierdzi, że coraz powszechniejszy męski homoseksualizm jest wielkim wołaniem o prawdziwego ojca.

PIŚMIENNICTWO

1. Imieliński K. Zarys seksuologii i seksiatrii. Warszawa: PZWL; 1986.
2. Boczkowski K. Homoseksualizm. Warszawa: PZWL; 1988.
3. Starowicz ZL, Starowicz M. Homoseksualizm. Warszawa: PZWL; 1999.
4. Imieliński K. Seksuologia społeczna. Warszawa: PWN; 1984.
5. Ziemska M. Postawy rodzicielskie. Warszawa: Wiedza Powszechna.
6. Eichelberger W. Zdradzony przez ojca. Warszawa: Wydawnictwo Do; 1998.