

## **Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego**

### **Mental health of homosexual and bisexual people – role of minority stress**

Grzegorz Iniewicz<sup>1,2</sup>, Bartosz Grabski<sup>2,3</sup>, Magdalena Mijas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instytut Psychologii UJ

Dyrektor: prof. dr hab. n. hum. M. Kossowska

<sup>2</sup> Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: dr n. med. M. Pilecki

<sup>3</sup> Katedra Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. hum. J. K. Gierowski

#### **Summary**

The results of the researches show that the prevalence of emotional problems among homosexual persons is higher in comparison with the general population. However, homosexual orientation should not be treated as a reason for that, which is stressed by the greatest associations of mental health, basing on research. The question of the causes of increased prevalence of mental disorders among members of the sexual minorities remains without a clear answer. The theory of minority stress seems to be a very interesting explanation. It integrates a variety of risk factors, which may influence the stress level. In the article we try to explain this concept, hoping that it will be useful in understanding the situation of homosexual people.

**Słowa kluczowe:** stres mniejszościowy, zaburzenia psychiczne, mniejszości seksualne, homoseksualność

**Key words:** minority stress, psychiatric disorders, sexual minorities, homosexuality

#### **Wstęp**

Analiza badań dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wśród osób należących do mniejszości seksualnych ujawnia, iż istotnie w tej grupie występują one częściej. Rozpowszechnienie to nie jest jednak tak znaczące, jak wskazywały starsze, obarczone wieloma błędami metodologicznymi, badania, zwłaszcza te sprzed usunięcia homoseksualizmu z klasyfikacji DSM i ICD. Charakterystyki rozpowszechnienia zaburzeń w grupie osób homoseksualnych okazują się ponadto bardzo zróżnicowane i uzależnione m.in. od płci czy też innych wymiarów orientacji seksualnej [1]. Pojawia się w związku z tym pytanie, jak wytłumaczyć wyższe wskaźniki występowania

zaburzeń psychicznych u osób należących do mniejszości seksualnych. W 1975 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne przyjęło rezolucję, zgodnie z którą homoseksualność per se nie jest przyczyną zaburzeń w funkcjonowaniu [2]. Równocześnie zaczęto zwracać uwagę na specyficzną sytuację społeczną osób należących do mniejszości seksualnych, w niej upatrując czynników istotnych dla powstawania i rozwoju zaburzeń psychicznych, nie ulega bowiem wątpliwości, że takie uwarunkowania, jak homofobia czy heteroseksizm nie pozostaną bez wpływu na funkcjonowanie doświadczających ich regularnie osób. Związki samej homoseksualności z zaburzeniami psychicznymi od kilku już dekad nie są traktowane przez środowiska profesjonalne ani jako oczywiste, ani tym bardziej bezpośrednie.

Rozważając kwestię wpływu specyficznego kontekstu społeczno-kulturowego na psychologiczny dobrostan i funkcjonowanie osób LGB (lesbijki, geje, osoby biseksualne) wydaje się, że nie należy go traktować jako czynnika etiologicznego, ale raczej jako czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń. Zwraca się uwagę na fakt, że mniejszości seksualne mogą być traktowane jako swego rodzaju mniejszości kulturowe, jednak z zaznaczeniem pewnych różnic. Według Lukes i Land [3] osoby LGB charakteryzuje właściwie dwukulturowość (bicultural). W porównaniu z innymi mniejszościami, proces akulturacji, mający duże znaczenie w kształtowaniu się tożsamości, przebiega u nich jednak w odwrotnym kierunku. U osób bowiem należących do mniejszości seksualnych najpierw następuje identyfikacja z dominującą większością, a potem dopiero porzucenie pierwotnej tożsamości i identyfikacja z mniejszością. Kolejna różnica dotyczy trudności osób LGB z uzyskaniem wsparcia w relacjach rodzinnych [4]. Jest to jedna z najważniejszych przeszkód w radzeniu sobie z doświadczaną agresją czy stygmatyzacją społeczną. Wśród dalszych możliwych konsekwencji wskazuje się również na (nad)identyfikację z grupą podobnych osób potęgującą społeczne wyobcowanie i prowadzącą do permanentnej sytuacji stresowej.

### **Stres mniejszościowy**

Stosunkowo nowym określeniem, które dobrze opisuje wspomniane pokrótce zagadnienie, jest „stres mniejszościowy”. Pojęcie stresu mniejszościowego nie bazuje na jednej teorii, ale jest zakorzenione w różnych teoretycznych koncepcjach z obszaru psychologii i socjologii [5]. Przede wszystkim odnosi się je do sytuacji, w jakiej żyją osoby należące do mniejszości, i doświadczanych przez nie sprzeczności między własnym systemem wartości a preferowanym w środowisku społecznym, w jakim funkcjonują. Niektórzy autorzy stres mniejszościowy odnoszą do stresu związanego z konfliktem powstającym na styku indywidualnych potrzeb i norm panujących w danym społeczeństwie. Inni podkreślają wyobcowanie i konflikty powstające pomiędzy indywidualnymi potrzebami a społecznymi strukturami, które uniemożliwiają ich zaspokojenie. Z kolei autorzy teorii odnoszących się do symbolicznego interakcjonizmu i porównań społecznych zwracają uwagę, że znaczenia naszych doświadczeń konstruowane są w kontekście społecznym. Negatywne spostrzeganie jakiejś grupy może zatem prowadzić do ukształtowania się negatywnego spostrzegania siebie, a w dalszej perspektywie nawet do powstawania zaburzeń psychicznych. Badacze

zajmujący się reakcjami społecznymi podkreślają kluczową rolę społecznej stygmatyzacji w powstawaniu stresu. Jego konsekwencją mogą być zarówno adaptacyjne jak i nieadaptacyjne zachowania, zwłaszcza w tym drugim przypadku prowadzące do pojawienia się symptomów zaburzeń psychicznych lub wtórnej dewiacji. Uruchomione mogą również zostać procesy wiktyimizacyjne, których objawami są między innymi: nienawiść do siebie, lękliwość czy też wewnątrzgrupowa agresja.

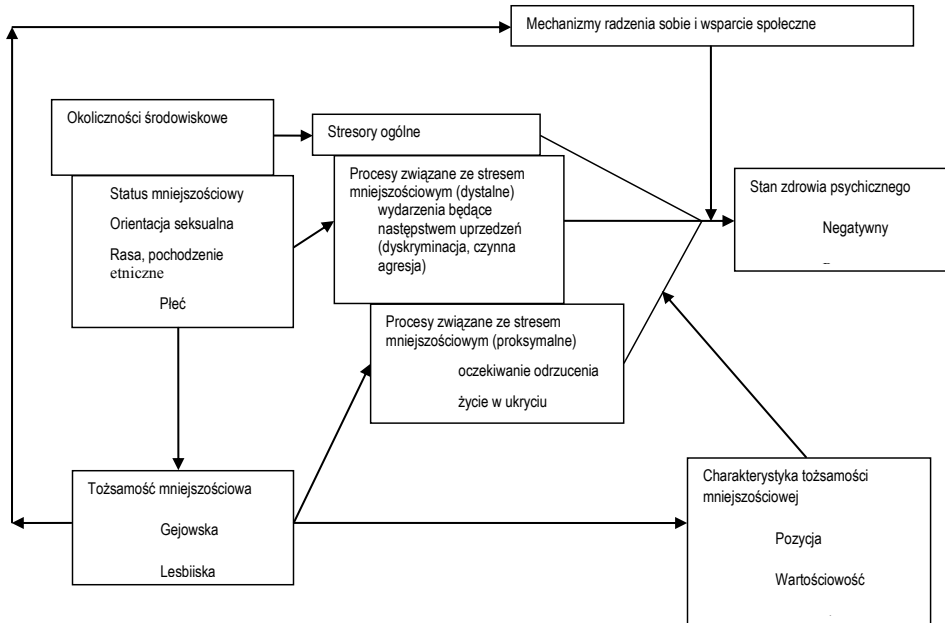
Opierając się na koncepcji Iana Meyera [5, 6, 7, 8], stres mniejszościowy można opisać jako dodatkowe, oprócz standardowych stresorów, obciążenie, które dotyka osoby należące do stygmatyzowanych grup społecznych. W przypadku osób należących do mniejszości seksualnych stres mniejszościowy odnosi się do chronicznego napięcia psychicznego, będącego skutkiem doświadczeń dyskryminacji, ze względu na orientację seksualną, i dalszych ich antycypacji, także w konsekwencji homonegatywizmu, zinternalizowanej homofobii, obaw przed ujawnianiem swojej tożsamości czy uprzedzeniami.

Podstawowe cechy stresu mniejszościowego to:

- unikatowość, co oznacza, iż nie jest on stresem powszechnym, lecz dodatkowym obciążeniem psychicznym charakteryzującym osoby należące do grupy mniejszościowej;
- chroniczność, która jest efektem względnej stałości struktur społecznych i kulturowych odgrywających istotną rolę w transmisji przekonań i postaw wobec grup mniejszościowych;
- społeczne uwarunkowanie, co oznacza, iż jest on związany raczej z procesami, instytucjami i strukturami społecznymi, istniejącymi poza jednostką, niż z indywidualnymi wydarzeniami i warunkami, charakteryzującymi stresory ogólne, lub biologicznymi, genetycznymi czy innymi niespołecznymi właściwościami jednostki, bądź całej mniejszościowej grupy.

Model Meyera [5] (rysunek 1 – *na następnej stronie*) jest o tyle interesującą propozycją, że odróżnia problematykę naznaczenia społecznego i jego manifestacji poprzez tzw. wydarzenia zewnętrzne (uprzedzenia, dyskryminację) od jego psychologicznych konsekwencji i zarazem źródła dalszych stresorów – czynników wewnętrznych, do których można zaliczyć na przykład zinternalizowaną homofobię. W konsekwencji zatem opisuje dwie podstawowe grupy stresorów charakteryzujących członków grup mniejszościowych: stresory dystalne, umiejscowione niejako zewnątrz w stosunku do doświadczającej ich osoby, a przez to bardziej „obiektywne”, oraz stresory proksymalne, umiejscowione „wewnątrz” jednostki, których występowanie jest uwarunkowane subiektywnie, co w żadnym wypadku nie podważa realności ich oddziaływania. Wśród stresorów należących do drugiej grupy znajdują się: oczekiwanie odrzucenia, życie w ukryciu oraz zinternalizowana homofobia.

Meyer, podejmując próbę oceny trafności zaproponowanego przez siebie modelu, zbadał związki zachodzące pomiędzy trzema głównymi jego zdaniami źródłami stresu wśród członków mniejszości seksualnych (zinternalizowaną homofobią, odczuwanym naznaczeniem, doświadczeniami dyskryminacji, na przykład aktami agresji) a pięcioma wskaźnikami występowania przewlekłego negatywnego stresu (*distress*)



Rys. 1. Procesy związane ze stresem mniejszościowym w populacjach osób homo- i biseksualnych (za Meyerem [7, s. 248])

psychologicznego (utrata morale, poczuciem winy, myślami i zachowaniami samobójczymi, odpowiedzią na stres związaną z AIDS, problemami seksualnymi). Otrzymane wyniki sugerują, że wszystkie trzy główne źródła stresu oddziałują w znacznym stopniu niezależnie, pozwalając zarówno razem jak i osobno przewidzieć pojawienie się przewlekłego stresu u homoseksualnych mężczyzn. Wydaje się zatem, że w dość trafny sposób opisuje możliwe związki między doświadczeniami dyskryminacji i stygmatyzacją społeczną a poziomami dobrostanu psychicznego członków grup mniejszościowych.

Co istotne i warte podkreślenia, model Meyera uwzględnia również procesy związane ze zjawiskiem odporności na stres (*resilience*) uwzględniając mechanizmy radzenia sobie oraz wsparcie społeczne (np. ze strony innych członków grupy mniejszościowej). Zwłaszcza ów ostatni element jest zdaniem autora niezwykle istotny dla jakości funkcjonowania osób LGB i radzenia sobie z naznaczeniem społecznym. Ów ostatni termin wydaje się słowem kluczem dla całej omawianej teorii, określając zarówno źródło aktów dyskryminacji, jak i zinternalizowanej homofobii, zatem stresorów proksymalnych i dystalnych.

### Naznaczenie (stygmatyzacja)

Naznaczenie i uprzedzenie są terminami często używanymi zamiennie. Pochodzenie tego pierwszego jest socjologiczne, drugiego – psychologiczne. Jedno ze spojrzeń na stygmatyzację seksualną zakłada jej analizę na poziomie instytucjonalnym i indywi-

dualnym. Uprzedzenie z kolei rozpatrywać można zarówno z perspektywy członków naznaczonej mniejszościowej grupy, jak i większościowej grupy naznaczającej. Seksualne naznaczenie konceptualizowane jest jako system przekonań podzielanych przez członków społeczeństwa stawiający homoseksualność jako gorszą w stosunku do heteroseksualności. Inkorporacja tego seksualnego naznaczenia przez instytucje społeczne (religię, prawo, medycynę) tworzy fenomen heteroseksizmu. Heteroseksizm jest źródłem zasad, które nie uwzględniają istnienia osób homoseksualnych w większości sytuacji społecznych, a w sytuacjach, gdy one się ujawnia, zezwalają na obranie ich jako celu wrogości, ataków i dyskryminacji.

Przyjmuje się, iż większość członków społeczeństwa jest świadoma społecznego naznaczenia osób homoseksualnych. Różnica pomiędzy osobami homo- a heteroseksualnymi polega na tym, iż dla tych pierwszych naznaczenie ma osobiste odniesienie i od momentu ujawnienia się jest chroniczne. Jak każde naznaczenie, także i naznaczenie seksualne jest mocno racjonalizowane (ideologie płci, moralności i postaw obywatelskich, które definiują homoseksualność jako dewiacyjną, grzeszną, bezprawną). Jak wspomniano, naznaczenie seksualne jest jednym ze źródeł dyskryminacji, aktów agresji i zinternalizowanej homofobii.

### **Wydarzenia związane z dyskryminacją**

Antygejowskie uprzedzenia, dyskryminacja i akty nadużyć opisywane są obecnie jako najważniejsze stresory dotykające ludzi homo- i biseksualnych. Mnogość stereotypów dotyczących homoseksualności jest znaczna. Do najbardziej krzywdzących należą takie, które przypisują osobom homoseksualnym inklinacje pedofilskie, a nawet zbrodnicze, wrogość wobec instytucji rodziny, a zatem i społeczeństwa, ośmieszają ich męskość lub kobiecość, utożsamiają homoseksualność z groźną chorobą, bądź dewiacją, i to w dodatku zaraźliwą, sugerują motywowany demoralizacją lub lubieżnością wolny wybór orientacji homoseksualnej. Chwila racjonalnej refleksji nadaje tym mitom i stereotypom groteskowy koloryt, jednakże osoby homoseksualne zmagające się z różnymi formami doświadczanej i/lub zinternalizowanej homofobii przechodzą przez dramat pierwszych etapów procesu wychodzenia z ukrycia i formowania tożsamości homoseksualnej.

Zakres stresu związany z uprzedzeniami, stereotypami, aktami nadużyć i pogwałceń podstawowych praw jest niedoceniany. Stres ten wynika nie tylko ze świadomości bieżących realnych lub antycypowanych zagrożeń dla integralności fizycznej i psychicznej we własnym środowisku życia, ale także ze zdobywania wiedzy o łamaniu praw osób homoseksualnych w historii ludzkości i kultury. To szczególne połączenie świadomości skali nadużyć z brakiem odpowiednich reakcji w postaci kar i potępienia dla sprawców zarówno czynów przeszłych, jak i współczesnych jest szczególnie destruktywne. Przykładem mogą być homoseksualiści – ofiary reżimu nazistowskiego. Wciąż zbyt mało wspomina się osoby, które zapłaciły życiem za swoją orientację seksualną, oraz tych, dla których dramat nie zakończył się po wojnie, i którzy ze względu na stygmat społeczny i groźbę uwięzienia, trwające długo po 1945 roku, nie mogli powiedzieć głośno o doznanym cierpieniu.

Raport Amnesty International z 2001 roku [9] stwierdza, iż osoby LGBT są ofiarami szeroko rozprzestrzenionych pogwałceń praw człowieka, tortur, okrutnych i nie mających uzasadnienia medycznego form „leczenia”, które rozciągają się od utraty godności do fizycznych napaści, a nawet morderstw. Wiele z tych nadużyć jest bezkarnych i sankcjonowanych przez rządy i społeczeństwa zarówno za pośrednictwem mechanizmów formalnych (prawo), jak i nieformalnych (uprzedzenia, tradycje religijne).

Prowadzone badania potwierdzają, jak duże jest rozpowszechnienie zjawiska dyskryminacji i przemocy. Zestawienie wybranych badań przeprowadzonych na terenie USA zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. **Rozpowszechnienie przejawów dyskryminacji wobec członków mniejszości seksualnych w USA – przegląd badań**

SKALA DYSKRYMINACJI I NADUŻYĆ – PRZEGLĄD BADAŃ		
AUTORZY, ROK	BADANA GRUPA	WYNIKI
D'Augelli, 1998 [10]	homoseksualna młodzież	¼ doznała ataków słownych ze strony członków rodziny ¼ doznała przemocy fizycznej ze strony rówieśników w szkole
D'Augelli, 1992 [11]	homoseksualna młodzież studencka	75% spotkało się z obraźliwymi uwagami 27% grożono agresją fizyczną 22% goniono lub śledzono 5% pobito 22% doznało prześladowań ze strony współlokatorów
Herek, 1993 [12]	homoseksualna młodzież z Yale University	42% spotkało się z jakąś formą fizycznej przemocy 20% zostało pobitych dwa lub więcej razy
Associated Press, 2001 [13]	losowa próba osób biorących udział w ankiecie telefonicznej, które zidentyfikowały się jako geje, lesbijki lub osoby biseksualne	74% doświadczyło ataku o charakterze werbalnym 32% padło ofiarą ataku o charakterze fizycznym lub doznało zniszczenia własności prywatnej 85% lesbijek, 76% gejów, 60% biseksualistów podało, iż doznało dyskryminacji
Grossman i in., 2001 [14]	osoby powyżej 60 r.ż., w odniesieniu do całego życia	63% doświadczyło nadużyć słownych 29% grożono atakiem fizycznym 16% napadnięto 11% obrzucano przedmiotami 12% zaatakowano bronią 29% szantażowano ujawnieniem ich orientacji
Godfried i Godfried, 2001 [15]	dane Instytutu Hetrick-Martin	25% młodzieży gejowskiej wyrzucanych jest z domów
Unger i in., 1997 [16]	osoby nastoletnie i młodzi dorośli z rejonu Hollywood	W rejonie Los Angeles ok. 18% bezdomnej młodzieży jest homo- lub biseksualna
Mays i Cochran, 2001 [17]	analiza danych z badania MIDUS	Osoby LGB 2 x częściej doświadczyły aktów dyskryminacji, np. zwolnienia z pracy

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Badgett 1995 [18]	analiza danych krajowych	Homo- i biseksualni pracownicy (mężczyźni) zarabiają średnio 11–27% mniej niż pracownicy heteroseksualni z takim samym doświadczeniem, wykształceniem, zawodem, stanem cywilnym i wyznaniem religijnym.
Herek i in., 1999 [19]	dorośle osoby LGB	1/5 kobiet i 1/4 mężczyzn doświadczyła wiktymizacji z powodu orientacji seksualnej (napaści seksualne i fizyczne, grabież, przestępstwa przeciwko własności)
Safe School Coalition of Washington, 1999 [20]	uczniowie szkół średnich w Massachusetts	Uczniowie LGB częściej niż pozostali: – padli ofiarą kradzieży lub umyślnie zniszczonej własności (7% w stosunku do 1%) – byli narażeni na groźbę lub zranienie bronią (6% w stosunku do 1%) – brali udział w poważnych bójkach (6% w stosunku do 2%)
Gay, Lesbian, and Straight Education Network, 1999 [21]	badanie narodowe młodzieży LGBT	Molestowanie: słowne – 61%, seksualne – 47%, fizyczne – 28% Napaść fizyczna – 14% Bycie świadkiem homofobicznych komentarzy w szkołach: 90%, słyszanych także od personelu szkół – 37%

W Polsce również prowadzone były badania dotyczące doświadczania przemocy przez osoby LGB w związku z homoseksualną orientacją. W raporcie za lata 2005–2006 [22] na pytanie o doświadczenia w ciągu ostatnich dwóch lat przemocy fizycznej ze względu na orientację seksualną (potrącanie, uderzanie, szarpanie, kopanie, pobicie, przemoc seksualna i inne) twierdząco odpowiedziało 18% badanych (14% kobiet i 20% badanych mężczyzn). Z kolei na pytanie dotyczące przemocy psychicznej (słowne zaczepki, obrażanie, poniżanie, ośmieszanie, rozpowszechnianie negatywnych opinii, grożenie i inne) twierdząco odpowiedziało 51% badanych (w tym 46% kobiet i 54% mężczyzn). Według kolejnego raportu, z 2008 roku [23], przemocy fizycznej doznało 11% badanych (16% mężczyzn i 5% kobiet), a przemocy psychicznej 47% (51% mężczyzn i 43% kobiet).

Już choćby pobieżna analiza powyższych raportów wyraźnie pokazuje, jak poważnym problemem jest przemoc doświadczana w związku z homoseksualną orientacją. Warto tu też wspomnieć, iż większość aktów przemocy nie jest zgłaszana na policję, głównie z braku wiary w skuteczność jej działania, a także z obawy, że sprawy te nie zostaną potraktowane poważnie, a nawet, że pokrzywdzeni usłyszą przykre komentarze funkcjonariuszy. Przemocy doświadczają również członkowie rodzin i bliscy osób z grupy LGB, co znacząco zwiększa liczbę pokrzywdzonych i uświadamia znaczenie społecznego kontekstu procesu ujawniania swojej orientacji.

### Zinternalizowana homofobia

Termin „homofobia” został wprowadzony przez Weinberga, w 1972 roku. Odnosi się on do postaw i zachowań charakteryzujących się silnym lękiem przed bliższymi kontaktami z osobami o orientacji homoseksualnej, czego konsekwencją są zachowania

agresywne [za: 24]. Wyróżnia się dwa aspekty tej postawy: emocjonalny (homofobia), przejawiający się przede wszystkim lękiem i agresją, oraz intelektualny (homonegatywizm) przejawiający się negatywną oceną moralną, dotyczącą zwłaszcza kwestii homoseksualnych relacji i legalizacji związków [25]. Wyróżnia się niekiedy również homofobię (i bifobię) zewnętrzną – w opisanym wyżej najbardziej rozpowszechnionym znaczeniu żywienia uprzedzeń i wrogości względem osób homoseksualnych, oraz wewnętrzną – związaną z odczuwaniem wstydu, awersji czy nawet złości na siebie samego w reakcji na doświadczane własne homoseksualne uczucia czy zachowania [26]. To ostatnie zjawisko znane jest także w literaturze przedmiotu pod pojęciem „zinternalizowanej homofobii”.

Odnoszenie do siebie przez osobę homo- lub biseksualną negatywnych ocen wydawanych przez heteroseksualną większość stanowi źródło dewaluacji siebie, obniżonego poczucia własnej wartości oraz konfliktów wewnętrznych. Chociaż postawa ta charakterystyczna jest w ostrej fazie procesu *coming out*, uważa się, że rzadko zanika całkowicie.

Pewne elementy negatywnych nastawień i przekonań pozostają jako wynik dużej siły wczesnych doświadczeń socjalizacyjnych. Przyjmuje się, iż duże nasilenie tej „ukrytej” zinternalizowanej homofobii może być źródłem zaburzeń i problemów psychicznych, takich jak depresja, objawy lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, myśli samobójcze, zaburzenia w związkach partnerskich i funkcjonowaniu seksualnym, zaburzenia jedzenia czy zachowania ryzykowne (np. związane z HIV).

### **Życie w ukryciu**

Jednym z najważniejszych problemów w życiu osób LGB jest kwestia ujawniania swojej tożsamości. Ujawnianie (*coming out*) jest terminem używanym najczęściej do opisanego procesów rozpoznawania swojej orientacji (ukierunkowania emocjonalnych i seksualnych pragnień do osób tej samej płci), przyjmowania homoseksualnej bądź biseksualnej tożsamości, i w końcu ujawniania jej innym [27]. W kontekście zdrowia psychicznego badania pokazują, iż ujawnienie swojej orientacji sprzyja lepszemu funkcjonowaniu. Trzeba tu jednak wziąć pod uwagę możliwość doświadczenia odrzucenia czy nawet wrogości, które nierzadko spotykają osoby ujawniające się. Kształtowanie się indywidualnej tożsamości pozostaje w silnym związku ze społecznym kontekstem, w jakim proces ten zachodzi. Także zmiana tożsamości będzie wpływać na najbliższy i dalszy kontekst funkcjonowania, modyfikując relacje zarówno z bliskimi osobami, jak i np. w miejscu pracy. Z procesem ujawniania się łączy się też problematyka żaloby po utraconej tożsamości i co za tym idzie po możliwej utracie części relacji czy też konieczności zmiany planów życiowych [28].

Niektórzy badacze zwracają uwagę, iż o procesie ujawniania się właściwie nigdy nie można powiedzieć, że został on zakończony [27]. Dzieje się tak z dwóch powodów. Po pierwsze, jeśli proces ujawniania swojej orientacji umieścimy w kontekście historyczno-społecznym, to zmieniające się społeczne czynniki wpływające na ten proces będą sprawiały, iż osoba z nienormalną tożsamością będzie stale konfrontowana ze zmieniającym się znaczeniem nadawanym różnym aspektom tożsamości. Po drugie, w ciągu życia osoby LGB wchodzi stale w nowe sytuacje, które wymagają



podejmowania decyzji dotyczących ujawniania się. Powyższe rozważania pojawiają się w literaturze przy okazji dyskusji dotyczących modeli formowania tożsamości seksualnej. Zwraca się tutaj uwagę, iż klasyczne linearne modele, w których jasno wyznaczony jest cel, do którego należy dążyć w procesie ujawniania się, nie oddają adekwatnie wszystkich aspektów tego procesu. Między innymi autorzy zauważają, iż dojście do końcowych etapów, związanych zazwyczaj z pełnym ujawnieniem się i identyfikacją z seksualną mniejszością nie może stanowić kryterium osiągnięcia pełnej dojrzałości. Różnorodność doświadczeń związanych z kształtowaniem się seksualnej tożsamości jest zjawiskiem znacznie bardziej zróżnicowanym i uzależnionym od indywidualnych doświadczeń człowieka.

Za przykład może posłużyć sytuacja osób LGB w Polsce. Ukrywanie się jest jedną z najczęściej używanych strategii radzenia sobie ze stygmatyzacją. Wspomniany raport nt. sytuacji gejów i lesbijek w Polsce [23] podaje, iż 85% badanych unikało ujawnienia swojej orientacji z obawy przed odrzuceniem, dyskryminacją, w tym 59% unika częstego ujawniania się w codziennym życiu. Przy uwzględnieniu charakterystyk kontekstu społecznego, w jakim funkcjonują osoby homoseksualne w Polsce, nadużyciem byłoby stwierdzenie, że są one niedojrzałe w kształtowaniu swojej tożsamości.

Opisano cztery główne strategie radzenia sobie z lękiem przed dyskryminacją i ujawnianiem własnej orientacji [5]:

- udawanie kogoś innego (*passing*), będące formą kłamstwa, obliczonego na uchodzenie za osobę heteroseksualną;
- ukrywanie (*covering*), polegające na eliminowaniu tych elementów z wiedzy o sobie, które mogłyby informować o orientacji seksualnej;
- wyjście z ukrycia nie wprost (*being implicitly out*), tj. mówienie prawdy o sobie, jednak bez używania języka, który wprost odkrywa orientację seksualną;
- wyjście z ukrycia wprost (*being explicitly out*); tzn. jasne otwarte komunikaty wprost mówiące o identyfikacji i orientacji seksualnej i związanych z nią aspektach stylu życia.

Ukrywanie swojej orientacji jest jednak strategią obusieczną, gdyż – poprzez angażowanie świadomych i nieświadomych procesów poznawczych – angażuje duże zasoby energetyczne i staje się samo źródłem stresu. Jest także źródłem wtórnych ocen dokonywanych przez jednostkę, które dodatkowo negatywnie wpływają na samoocenę i samopoczucie („życie w kłamstwie”). Ogranicza także możliwość uzyskania wsparcia emocjonalnego i społecznego od członków i organizacji własnej grupy mniejszościowej. Smart i Wegner [29] określili wewnętrzne doświadczenie osoby zmuszonej do ukrywania się jako „prywatne piekło”. Branscombe, Ellemers, Spears i Doosje [30] opisują cztery źródła zagrożenia związane z funkcjonowaniem w niechętnie nastawionym środowisku.

### 1. Zagrożenie związane z kategoryzacją (*categorization threat*)

Obejmuje obawy dotyczące możliwości zaszeregowania przez innych do danej grupy, bez wyrażenia własnej woli i możliwości wpływu, gdy nie ma to znaczenia dla

kontekstu sytuacyjnego, np. kategoryzacja jako osoby homoseksualnej w momencie ubiegania się o pracę („Jestem homoseksualistą, więc nie mogę...”).

## 2. Zagrożenie związane z rozróżnieniem (*distinctiveness threat*)

Obejmuje z kolei obawy, iż zostanie się pozbawionym, wbrew własnej woli, przynależności do odrębnej grupy w sytuacji, gdy może mieć to znaczenie, np. pomijanie szczególnych potrzeb osób homoseksualnych dotyczących polityki ochrony zdrowia psychicznego („Homoseksualiści domagają się specjalnych i oddzielnych praw, które przecież i tak mają, tak, jak każdy”).

## 3. Zagrożenia związane z podważaniem wartości tożsamości społecznej (*threats to the value of social identity*)

Ten typ zagrożenia związany jest z podważaniem i pozbawianiem wartości członków danej grupy mniejszościowej, np. uznawanie homoseksualistów za rozwiązłych, niekompetentnych, niemoralnych itp. („Homoseksualiści nie nadają się na nauczycieli”).

## 4. Zagrożenie utratą akceptacji (*threat to acceptance*)

Obejmuje lęk przed odrzuceniem przez własną grupę mniejszościową.

W tym kontekście warto też wspomnieć o wpływie, jaki może mieć życie w dyskryminującym społeczeństwie, na formowanie intymnych relacji osób należących do mniejszości seksualnych [31, 32, 33]. Szczególne znaczenie, jak się wydaje, będzie tu miała kwestia zinternalizowanych społecznych uprzedzeń. Podobieństwo doświadczeń może być czynnikiem, wokół którego będą powstawać intymne więzi. Doświadczenie lęku, wstydu czy złości może wpływać na potrzebę tworzenia więzi dających szczególne poczucie bezpieczeństwa, ale czynniki te mogą równocześnie powodować silne emocjonalne napięcia w relacjach. Takie związki mogą więc funkcjonować na podobieństwo związków osób, które doświadczyły traumy. Silnej potrzebie poczucia bezpieczeństwa mogą towarzyszyć napięcia wywołane stanami emocjonalnymi związanymi z przeżytą traumą. Tak więc w związkach homoseksualnych więź może być budowana wokół traumy doświadczonej przemocy czy też stygmatyzacji.

## Zagadnienia profilaktyki i polityki społecznej, czynniki ochraniające

Z perspektywy stresu mniejszościowego istotne wydają się społeczne oddziaływania mające na celu poprawę sytuacji życiowej osób należących do mniejszości. Jednak początek wszelkich oddziaływań powinien się zacząć od samych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Praca terapeutyczna z osobami należącymi do mniejszości seksualnych wymaga szczególnego uwzględnienia kontekstu historyczno-społeczno-kulturowego, i to zarówno tych osób, jak i osób im pomagających. Funkcjonowanie w heteronormatywnym społeczeństwie stanowi swego rodzaju czynnik ryzyka pojawienia się nieświadomych negatywnych nastawień czy przesądów. Uświadomienie ich sobie

warunkuje możliwość adekwatnego zrozumienia problemów osób homo- i biseksualnych, a także pozwala uniknąć zakłócenia relacji własnymi uprzedzeniami.

O konieczności specjalistycznego przygotowania do pracy z osobami o homoseksualnej orientacji pisano wiele w latach 80. i 90., głównie w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej [34, 35]. Apelowano o uwzględnianie specyficznych problemów tej grupy, organizowanie na ten temat szkoleń dla specjalistów, a także zwracano uwagę na konieczność badań nad postawami i wiedzą terapeutów. Jeszcze w latach 80. w 30% podręczników homoseksualizm traktowany był jako zboczenie.

Wydaje się, iż w Polsce problem ten wciąż jest aktualny, na co wskazują analizy polskojęzycznych tekstów, w tym podręczników akademickich, dotyczących homoseksualizmu [36, 37]. Zawarte w nich informacje często nie są zgodne z aktualną wiedzą, jak również charakteryzują się stronniczością autorów<sup>1</sup>. Przykładem mogą być opisy patologicznych relacji rodzinnych mających skutkować homoseksualną orientacją dzieci, podczas gdy współczesne badania nie udowadniają takich związków, czy też używanie w kontekście szukania przyczyn homoseksualizmu pojęcia „etiologia”, sugerującego, iż mamy do czynienia z czymś, co właściwie powinno być klasyfikowane jako zaburzenie. Ta ostatnia kwestia może się wydawać subtelna, ale jednak język, jakim się posługujemy, tworzy nasz sposób widzenia pewnych zjawisk.

Interwencje społeczne stanowią relatywnie precyzyjny i łatwy cel oddziaływań mogących pozytywnie wpływać na zdrowie całej społeczności. Oddziaływania profilaktyczne prowadzone w ramach polityki społecznej odnoszą sukcesy w walce z nikotynizmem, alkoholizmem czy otyłością w wielu krajach świata. Ostatnie badania nad instytucjonalną dyskryminacją mniejszości etnicznych i rasowych pokazują jej niekorzystny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne, przemoc i śmiertelność w tych populacjach. Wyniki te wskazują na pilną potrzebę badań nad wpływem instytucjonalnych form dyskryminacji na stan zdrowia mniejszości seksualnych. Umożliwiłoby to wskazanie racjonalnych argumentów za odpowiednim kształtowaniem polityki społecznej i legislacyjnej, tak, aby korzystnie oddziaływać na zdrowie tej populacji, zmniejszając zarówno indywidualne cierpienie jednostek, jak i finansowe obciążenie całego społeczeństwa.

---

<sup>1</sup> Problem nierzetelnej wiedzy nie jest jedynie kwestią merytoryczną, ale również etyczną. Kodeks etyczno-zawodowy psychologa w punkcie 4 stanowi: „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. Przyjmowanie twierdzeń i metod wypracowanych w innych warunkach społecznych i kulturowych powinna poprzedzać krytyczna analiza możliwości ich wykorzystania w naszych warunkach” (źródło: <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>). W takim kontekście można zatem postawić pytanie: czy na przykład promowanie terapii mającej na celu zmianę orientacji seksualnej jest uzasadnione „innymi warunkami społecznymi i kulturowymi”, skoro Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w sposób zdecydowany stwierdza, iż nie ma wystarczających dowodów sankcjonujących prowadzenie takich terapii, zwracając równocześnie uwagę, iż wiele doniesień pokazuje szereg negatywnych konsekwencji takich oddziaływań [41]. Warto tu też wspomnieć o stanowisku Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego w kwestii homoseksualizmu ([http://www.bezuprzedzen.org/doc/Stanowisko\\_PTS.pdf](http://www.bezuprzedzen.org/doc/Stanowisko_PTS.pdf)), w którym autorzy wspominają o negatywnym wpływie na funkcjonowanie osób homoseksualnych społecznych uprzedzeń.

Pierwsze kroki w tym kierunku poczyniono w USA. Warto przytoczyć tu dwie analizy przeprowadzone w ramach wcześniej cytowanego dużego badania epidemiologicznego NESARC [38].

W pierwszej [39] poddano ocenie związek pomiędzy identyfikacją homo- lub biseksualną a zaburzeniami psychicznymi w zależności od tego, czy w stanie, w którym się mieszka, prawa mniejszości seksualnych są lub nie są chronione (brak aktów prawnych zabraniających dyskryminacji związanej z zatrudnieniem lub przeciwko zbrodniom nienawiści). Mieszkanie w tych drugich związane było z większym ryzykiem diagnozy psychiatrycznej, a w szczególności zaburzenia lękowego uogólnionego, PTSD i dystymii.

W drugiej analizie [40] oceniono prospektywnie zmianę w zakresie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, jaka nastąpiła pomiędzy dwiema falami badania NESARC (2001–2002, 2004–2005) w różnych stanach. Rok 2004 był rokiem wyborczym, poprzedzonym kampanią wyborczą, w którym głosujący wpłynęli na wiele niekorzystnych z punktu widzenia ochrony mniejszości seksualnych zmian w prawodawstwie. W stanach, w których doszło do zmiany regulacji prawnych, kampania związana była z reaktywacją negatywnego nastawienia, stereotypów i wrogości w stosunku do reprezentantów mniejszości seksualnych. Tam, gdzie zakazano małżeństw jednopłciowych, zanotowano istotny wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych – o 36,6% dla jakiegokolwiek zaburzenia nastroju, o 248,2% (!) – dla zaburzenia lękowego uogólnionego, o 41,9% – dla alkoholizmu, o 36,3% – dla wszystkich zaburzeń psychicznych ocenianych łącznie. W tych samych stanach nie zanotowano wzrostu tego rozpowszechnienia u osób heteroseksualnych, podobnie jak nie stwierdzono go u przedstawicieli mniejszości, w których korzystne regulacje prawne nie uległy zmianie.

### **Podsumowanie i wnioski**

Problemy psychiczne osób należących do mniejszości seksualnych od wielu lat budzą żywe dyskusje. Po okresie prób udowodnienia ich bezpośrednich związków z homoseksualnością – homoseksualizm jako konsekwencja zaburzeń psychicznych bądź też homoseksualizm jako przyczyna zaburzeń psychicznych – nastał czas na przeformułowanie omawianego problemu. Jasne stanowisko w tej kwestii Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wskazujące, iż homoseksualizm sam z siebie nie jest powodem problemów psychicznych, wciąż jednak budzi żywe dyskusje. Cenne wydaje się zatem wprowadzenie do tej dyskusji modeli, potwierdzanych empirycznymi badaniami, które dają możliwość innego spojrzenia na związki homoseksualności z zaburzeniami psychicznymi. Omówiony w artykule model stresu mniejszościowego stanowi tego dobry przykład, przenosi bowiem akcent z szukania przyczyn zaburzeń w orientacji seksualnej na analizę społecznych czynników przyczyniających się do ich powstawania. Konstrukcja ten wprawdzie wymaga dalszych doprecyzowań i badań utwierdzających jego adekwatność, ale stanowić też może cenne źródło planowania zarówno dalszych badań, jak i pomocy terapeutycznej osobom należącym do mniejszości seksualnych.

## Психическое здоровье гомосексуальных и бисексуальных людей – роль стресса меньшинства

### Содержание

Проводимые исследования указывают на то, что имеющиеся эмоциональные проблемы среди людей гомосексуальной ориентировки являются чаще встречаемыми, чем в общей популяции. Однако, было бы ошибочным понятием на этой основе определить непосредственные связи между гомосексуальностью и появлением психических нарушений. Этот факт, на основании проводимых исследований, подчеркивают большие мировые общества, занимающиеся проблемами психического здоровья. Без однозначного ответа остается, однако, вопрос о причинах большего количества психических нарушений среди представителей сексуальных меньшинств. Одной, из наиболее интересной проблемы по этому роду сведений, интегрирующих разнообразные факторы, позволяющих избежать риск гомосексуальной патологии, пробы объяснения этой зависимости является теория стресса меньшинств. В представленной работе Авторы стараются приблизить эту концепцию, с надеждой, что она будет пригодной в лучшем понимании ситуации гомосексуальных людей.

## La santé mentale des personnes homosexuelles et bisexuelles – rôle du stress du fait d'appartenir à une minorité

### Résumé

Les résultats des recherches démontrent la prévalence des problèmes émotionnels dans les groupes des personnes homosexuelles et bisexuelles. Pourtant il n'en résulte pas que l'homosexualité se lie directement avec les troubles psychiques. Quelles sont les causes de cette prévalence ? Cette question reste sans réponse définitive. La conception du stress des minorités/ stress du fait d'appartenir à une minorité/ essaie d'expliquer cette liaison, cette conception intègre plusieurs facteurs et elle essaie d'éviter le risque de la pathologie, au passé lié avec l'homosexualité.

### Piśmiennictwo

1. Grabski B, Iniewicz G, Mijas M. *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska*. Psychiatr. Pol. 2012; 4: 637–647.
2. Conger J. *Proceedings of the American Psychological Association for the year 1974: Minutes of the annual meeting of the council of representatives*. Am. Psychol. 1975; 30: 620–651.
3. Lukes CA, Land H. *Biculturalism and homosexuality*. Soc. Work 1990; 35: 155–161.
4. Nichols M. *Terapia osób należących do mniejszości seksualnych*. W: Leiblum S.R., Rosen RC, red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
5. Meyer IH. *Minority stress and mental health in gay men*. W: Garnets LD, Kimmel DC, red. *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences*. New York: Columbia University Press 2003.
6. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychol. Bull. 2003; 5: 674–697.
7. Meyer IH. *Prejudice and discrimination as social stressors*. W: Meyer IH, Northridge ME, red. *The health of sexual minorities. Public health perspectives on lesbian, gay bisexual and transgender populations*. New York: Springer Science + Business Media, LLC; 2007.
8. Meyer IH, Frost DM. *Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals An empirical analysis of stressors for gay men and lesbians*. J. Counsel. Psychol. 2009; 56: 97–109.
9. *Torture and ill-treatment based on sexual identity*. London: Amnesty International; 2001.

10. D'Augelli A. *Developmental implications of victimization of lesbian, gay, and bisexual youths*. W: Herek GM, red. *Stigma and sexual orientation: understanding prejudice against lesbian, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998, s. 187–210.
11. D'Augelli A. *Lesbian and gay male undergraduates' experience of harassment and fear on campus*. *J. Int. Viol.* 1992; 7: 383–395.
12. Herek G. *Documenting prejudice against lesbians and gay men on campus: the Yale Sexual Orientation Study*. *J. Homosex.* 1993; 25: 15–30.
13. Associated Press: *Gays report a rise in public acceptance*. November 13, 2001 [za: 6].
14. Grossman AH, D'Augeli AR, O'Connell TS. *Being lesbian, gay, bisexual, and 60 or older in North America*. *J. Gay Lesbian Soc. Serv.* 2001; 13: 23–40.
15. Godfried M, Godfried A. *The importance of parental support in the lives of gay, lesbian, and bisexual individuals*. *J. Clin. Psychol.* 2001; 57: 681–693.
16. Unger JB, Kipke MD, Simon TR, Montgomery SB, Johnson CJ. *Homeless youths and young adults in Los Angeles: prevalence of mental health and substance abuse disorders*. *Am. J. Commun. Psychol.* 1997; 25: 371–394.
17. Mays VM, Cochran SD. *Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States*. *Am. J. Publ. Health* 2001; 91: 1869–1876.
18. Badgett LMV. *The wage effects of sexual orientation discrimination*. *Industrial and Labor Relat. Rev.* 1995; 48: 726–739.
19. Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. *Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999; 67: 945–951.
20. Eighty-three thousand youth: *Selected findings of eight population-based studies as they pertain to anti-gay harassment and the safety and well-being of sexual minority students*. Seattle, WA: Safe Schools Coalition of Washington; 1999.
21. GLSEN's national school climate survey: *Lesbian, gay, bisexual and transgender students and their experiences in school*. New York: Gay, Lesbian, and Straight Education Network; 1999.
22. Abramowicz M, red. *Sytuacja społeczna osób biseksualnych i homoseksualnych w Polsce. Raport za lata 2005 i 2006*. Warszawa: Kampania przeciw homofobii i Stowarzyszenie Lambda; 2007.
23. Krzemiński I, red. *Naznaczeni. Mniejszości seksualne w Polsce*. Raport 2008. Warszawa: Instytut Socjologii UW, 2009.
24. Pilecka B. *Psychospołeczny kontekst homoseksualizmu*. Kraków: Wydawnictwo Adamsa; 1999.
25. Hudson WW, Ricketts WA *A strategy for the measurement of homophobia*. *J. Homosex.* 1980; 5: 356–361.
26. McFarlane L. *Diagnosis: homophobic. The experiences of lesbians, gay men and bisexuals in mental health services*. London: PACE; 1998.
27. Rust PC. *Finding a sexual identity and community: therapeutic implications and cultural assumptions in scientific models of coming out*. W: Garnets LD, Kimmel DC, red. *Psychological perspectives on lesbian, gay and bisexual experiences*. New York: Columbia University Press; 2003.
28. Garnets LD, Kimmel DC. *Identity development and stigma management*. W: Garnets LD, Kimmel DC, red. *Psychological perspectives on lesbian, gay and bisexual experiences*. New York: Columbia University Press; 2003.
29. Smart L, Wegner DM. *The hidden costs of stigma*. W: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, red. *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; 2000, s. 220–242 [za: 6].
30. Branscombe NR, Ellemers N, Spears R, Doosje B. *The context and content of social identity threat*. W: Ellemers N, Spears R, Doosje B, red. *Social identity: Context, commitment, content*. Oxford, England: Blackwell; 1999, s. 35–58 [za: 6].

31. Ridge SR, Feeney JA. *Relationship history and relationship attitudes in gay males and lesbians: attachment style and gender differences*. Austr. New Zeal. J. Psychiatry 1998; 32: 848–859.
32. Gaines SO, Henderson MC. *Impact of attachment style on responses to accommodative dilemmas among same-sex couples*. Person. Relation. 2002; 9: 89–93.
33. Iniewicz G. *Specyfika relacji w parach homoseksualnych*. Psychiatr. Pol. 2009; 1: 77–86.
34. Graham DLR, Rawlings EI, Halpern HS, Hermes J. *Therapists' need for training in counseling lesbians and gay men*. Profess. Psychol. Res. Pract. 1984; 4: 482–496.
35. Kilgore H, Sideman L, Amin K, Baca L, Bohanske B. *Psychologists' attitude and therapeutic approaches toward gay, lesbian, and bisexual issues continue to improve: an update*. Psychother. Theory Res. Pract. Train. 2005; 3: 395–400.
36. Franke K. *Obraz homoseksualności, biseksualności i transpłciowości w powszechnie dostępnych podręcznikach akademickich dla studentów psychologii, pedagogiki i resocjalizacji*. W: Loewe A, red. *Raport o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich*. Kampania Przeciw Homofobii, 2010.
37. Bojarska K. *Analiza merytoryczna wybranych pozycji piśmiennictwa poświęconego problematyce homoseksualności, wydanego w języku polskim w latach 1970–2008*. W: Loewe A, red. *Raport o homo-, biseksualności i transpłciowości w polskich podręcznikach akademickich*. Kampania Przeciw Homofobii, 2010.
38. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. *Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States*. Am. J. Publ. Health 2010; 100: 468–475.
39. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM, Hasin DS. *The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study*. Am. J. Publ. Health 2010; 100: 452–459.
40. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. *State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations*. Am. J. Publ. Health 2009; 99: 2275–2281.
41. *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/lgb/publications/therapeutic-response.pdf>).

Adres: Grzegorz Iniewicz  
Klinika Psychiatrii Dorosłych SU  
31–501 Kraków, ul. Kopernika 21A

Otrzymano: 18.09.2011  
Zrecenzowano: 5.06.2012  
Otrzymano po poprawie: 16.06.2012  
Przyjęto do druku: 10.07.2012  
Adiustacja: L. Sz.