

Terapia osób GSD (ang. GSDT; *Gender and Sexual Diversity Therapy*)

Olivier Cormier-Otaño i Dominic Davies

Tłumaczył: Daniel Bąk

Różnorodność genderowa i seksualna

Treść tego rozdziału dotyczy pracy z osobami reprezentującymi różnorodne tożsamości genderowe i seksualne, czyli z klientami¹ GSD (ang. *gender and sexual diversities*). Skrót GSD jest dużo bardziej „pojemny”, w porównaniu z tradycyjnie wykorzystywanym terminem LGBT(IQ) (ang. *lesbian, gay, bisexual, transgender/sexual, intersex, questioning*; odnosi się do lesbijek, gejów, osób biseksualnych, transgenderowych oraz transseksualnych, interseksualnych, a także tych, podających w wątpliwość swoją przynależność do kategorii tożsamościowych, wyodrębnianych ze względu na seksualność i/lub gender). Obejmuje on szerszy zakres różnorodnych tożsamości genderowych i seksualnych. Stąd pod pojęciem GSD rozumie się również osoby angażujące się w styl życia lub praktyki *Kink/BDSM*² – niezależnie od ich orientacji seksualnej (Langdridge i Barker, 2007), a także te, których tożsamość genderowa odpowiada dowolnemu miejscu w genderowym spektrum – a więc nie tylko osoby interseksualne czy transgenderowe.

Przyjęcie perspektywy, która wielość tożsamości genderowych i seksualnych pozwala rozumieć jako przejaw różnorodności (GSD), otwiera także dyskusję na temat możliwych sposobów bycia w związkach. Mowa tu o aseksualności (Rothblum i Brehony, 1993), celibacie lub poliamorii, swingowaniu oraz innych, niemonogamicznych formach relacji, na które zainteresowane strony wyrażają zgodę (Barker i Langdridge, 2010).

Współczesne teorie (Diamond, 2008) dotyczące orientacji seksualnej wskazują na jej naturalną płynność. Najlepszy pogląd na to, czym jest orientacja seksualna, daje wyobrażenie jej sobie w postaci kontinuum. Może ona podlegać zmianom wraz z upływem czasu, jak też zależeć od kontekstu społecznego: seksualne zainteresowanie (pożądanie) osobami tej samej płci może pojawiać się w różnych momentach życia, przy jednoczesnych wahaniach siły libido czy chęci na seks. Badania Diamond wskazują, że wspomniana płynność orientacji dotyczy w większym stopniu kobiet niż mężczyzn; kobiety wydaje się pociągać raczej konkretna osoba, a nie obiekt seksualny. Mężczyzn homoseksualnych zdaje się natomiast charakteryzować większa sztywność przy wyborze partnera³ (Diamond, 2008) (patrz także: Davies, 2012). Często sposób, w jaki osoby określają swoją seksualność lub gender, zależy od etapu ich życia. Przykładowo, wyrażanie tożsamości i/lub ról genderowych, odmiennych od dominujących norm genderowych (ang. *gender variance*), może pojawić się późno w dorosłym życiu (Lev, 2004).

Klienci w różny sposób doświadczają bycia w romantycznych i/lub seksualnych związkach. Często zgłaszane przez nich problemy dotyczą raczej kwestii interpersonalnych niż koncentrują się na ich własnych trudnościach psychologicznych. Osoby aseksualne (bez względu na to, czy

¹ Mając na względzie czytelność tekstu, zdecydowano się na stosowanie określenia „klient” (rodzaj męski) w odniesieniu do osoby zgłaszającej się po pomoc psychologiczną, bez względu na tożsamość genderową tej osoby (przyp. tłum.).

² BDSM (ang. *bondage, dominance, discipline, submission, sadism, masochism*) jest skrótem, odnoszącym się do praktyk seksualnych, obejmujących wiązanie, dominację, dyscyplinę, uległość, sadyzm/masochizm. Natomiast słowo *kink* jest terminem bardziej ogólnym. Zwykle oznacza potocznie w języku angielskim praktyki seksualne uznawane za dziwaczne, bądź w jakiś sposób odbiegające od tego, co przyjmowane jest za seksualną normę (przyp. tłum.).

³ Chodzi o tendencję, by na partnera wybierać wyłącznie innego mężczyznę (przyp. tłum.).

pozostają w romantycznym związku) zmagają się z kwestią ujawnienia własnej seksualności oraz jej akceptacji przez otoczenie: ich decyzja o nieangażowaniu się w zachowania seksualne jest często przyczyną patologizowania oraz dyskryminowania tej grupy klientów. Ujawniając swoją aseksualność, doświadczają społecznej dezaprobaty oraz nacisku na znalezienie partnera/ki oraz podjęcie współżycia seksualnego (Cormier-Otaño; w przygotowaniu). Na przeciwnym krańcu skali znajdują się związki poliamoryczne, w których partnerzy są jednocześnie zaangażowani w więcej niż jedną romantyczną i seksualną relację. Poliamoria – podobnie, jak aseksualność – dotyczy osób heteroseksualnych, homoseksualnych oraz biseksualnych.

Istnieje szereg zróżnicowanych kombinacji, na które składają się: seksualne preferencje, orientacja seksualna, tożsamość genderowa, preferencje dotyczące tożsamości genderowej partnera/ki oraz wybory dotyczące formy tworzonych związków. Każda taka kombinacja stanowi indywidualną narrację danej osoby. Część tych narracji niesie ze sobą trudności (o różnym nasileniu), jednak większość osób GSD nigdy nie zgłosi się na terapię, prowadząc szczęśliwe i satysfakcjonujące życie. Pomoc klientom w rozpoznawaniu oraz określaniu ich własnej seksualności, odślania złożoność zagadnień, z jakimi mierzą się klienci nienormatywni pod względem genderowym (ang. *gender variant*), stanowiący wyzwanie dla społecznych definicji gender oraz orientacji seksualnej. Przykładowo: czy para lesbijek nadal stanowić będzie jednopłciowy związek w sytuacji, kiedy jedna z partnerek dokona zmiany tożsamości genderowej z kobiecej na męską (Lev, 2004)?

Terapia osób GSD (ang. GSDT)

Użycie określenia „terapia osób GSD” – w języku angielskim: *Gender and Sexual Diversity Therapy* – stanowi zamierzone odejście od stosowania terminu „afirmatywna terapia osób homoseksualnych” (GAT; ang. *Gay Affirmative Therapy*). Taka zmiana nazewnictwa ma na celu uwzględnienie oraz wsparcie wszystkich form, aspektów oraz zagadnień związanych z różnorodnością genderową i seksualną. GSDT jest podejściem transteoretycznym, co oznacza, że umożliwia pracę z wykorzystaniem wszystkich teoretycznych modeli psychoterapii (psychodynamicznego, humanistycznego, behawioralnego), przy zachowaniu rządzących nimi podstawowych zasad i reguł (Davies i Neal, 2000).

Termin „afirmatywna terapia osób homoseksualnych” był problematyczny z wielu względów. W kategoriach politycznych⁴ określenie to wydaje się wykluczać (między innymi) lesbijki⁵, osoby biseksualne czy osoby nienormatywne pod względem genderowym. Termin ten ignoruje także subkultury oraz grupy, których członkowie przejawiają seksualne zainteresowanie osobami innej płci (*kink*, fetyszizm, swingowanie itd.). W końcu, koncepcja „afirmacji” z góry zakłada określone cele klienta odnośnie do jego samoaktualizacji⁶.

Kluczowa koncepcja: zwiększona czujność (ang. *hypervigilance*)

Osoby GSD mają za sobą długą historię bycia uważanymi za „szalone, złe czy takie, które niebezpiecznie jest znać”. Skutkuje to u nich zwiększoną czujnością, uwrażliwiającą na potencjalne

⁴ Chodzi tu o politykę tożsamości (przyp. tłum.).

⁵ Użycie słowa *gay* w określeniu *gay affirmative therapy* rzeczywiście sugeruje, że termin ten nie dotyczy lesbijek (w tym lesbijek, będących jednocześnie osobami transpłciowymi). Ta niejednoznaczność wynika z faktu, że angielskie słowo *gay* używane jest w stosunku do osób homoseksualnych obojga płci. Z perspektywy historycznej termin *gay affirmative therapy* odnosi się do ogółu osób homoseksualnych. Stąd polskie tłumaczenie: „afirmatywna terapia osób homoseksualnych” nie pomija lesbijek. Natomiast – podobnie, jak angielski odpowiednik – polski termin nie uwzględnia osób biseksualnych oraz transpłciowych (przyp. tłum.).

⁶ Samoaktualizacja oznacza dążenie do realizacji swojego osobistego potencjału (przyp. tłum.).

próby patologizowania czy wygłaszania negatywnych sądów na ich temat. Osoby te będą analizować („skanować”) otoczenie, poszukując oznak wrogości lub bezpieczeństwa: czy będę (nie)prawidłowo odczytany? Czy zostanę zaakceptowany, rozumiany? Czy to bezpieczne, aby odkryć się teraz (Carroll 2010)? Taki stan szczególnej wrażliwości jest źródłem lęku oraz stresu, które będą obecne także w gabinecie terapeuty. Klienci GSD będą często nieświadomie lub bezpośrednio sprawdzać swoich terapeutów pod względem rozumienia przez nich kwestii odmienności genderowych i seksualnych. Idąc dalej, niektórzy klienci mogą odnieść korzyść czy zgłaszać potrzebę pracy z terapeutą, który także jest osobą GSD; inni z kolei mogą skorzystać bądź też będą preferować pracę z terapeutą, który nie należy do społeczności GSD. Wybór terapeuty przez klienta jest faktem mającym istotne znaczenie. Przyczyny wyboru terapeuty należącego do grupy mniejszościowej lub pochodzącego spoza tej grupy, zawsze warte są bliższego zbadania. Natomiast tam, gdzie jest to możliwe, życzenie klienta w kwestii wyboru terapeuty powinno być uszanowane i spełnione. Powyższe rozważania rodzą także pytanie o to, czy terapeuci, będący osobami GSD, czują się swobodnie w kwestii ujawnienia swojej orientacji seksualnej lub historii genderowej i czy mają gotowość na takie odkrycie się przed klientem.

Dobra praktyka

Większość radców (ang. *counsellor*) oraz psychoterapeutów nie była specjalistycznie szkolona do pracy z klientami GSD (Davies, 2007). Praktycznie wszystkie modele rozwojowe oraz wiele teorii, na których opiera się pomoc psychologiczna, uprzywilejowuje heteroseksualność, zarówno jako społeczną normę, jak też oznakę zdrowia psychicznego. Z badań przeprowadzonych niedawno w Wielkiej Brytanii wynika, że 17% profesjonalistów zajmujących się pomocą psychologiczną, zgodziłoby się pomóc swojemu klientowi w stłumieniu pociągu seksualnego do osób tej samej płci (Bartlett i wsp., 2008). Terapie reparatywne, określane inaczej jako tzw. „konwersja”, są nieetyczne nie tylko z tego względu, że wzmacniają społeczną oraz uwewnętrzną (zinternalizowaną) opresję osób GSD (poprzez zrównywanie pożądania osób tej samej płci z patologią), ale – jak wykazano – przynoszą one także szkody osobom, które zostały im poddane (Daniel, 2009).

Dobra praktyka w GSDT wymaga subtelnej ciekawości i zainteresowania życiem klienta oraz umiejętności delikatnej (pełnej wrażliwości) pracy z jego zwiększoną czujnością w kwestiach gender i seksualności. Nie jest zadaniem klienta edukować terapeutę odnośnie do społecznego kontekstu własnych doświadczeń. Natomiast określenie przez klienta, w jaki sposób on sam (z własnej perspektywy) postrzega wspomniany społeczny kontekst, będzie oczywiście istotne i adekwatne. Taka sytuacja wymaga od terapeutów pogłębionego zrozumienia społecznego kontekstu, w którym „zanurzone” są codzienne doświadczenia klientów GSD, a także tego, w jaki sposób różne tożsamości tych osób mogą wchodzić ze sobą w interakcję – czasami o charakterze konfliktu. Dostępna jest duża liczba książek oraz szereg źródeł internetowych dotyczących klientów GSD. Większość aktualnej literatury pochodzi z USA, niemniej jednak brytyjskie publikacje stanowią istotny wkład do literatury przedmiotu.

To niezwykle istotne, aby każdy terapeuta rozwijał świadomość własnych uprzedzeń, przekonań oraz założeń na temat tego, co jest „zdrowe” i „normalne” w odniesieniu do seksu, ról genderowych, związków itd. Każdy z nas podlegał procesowi socjalizacji w kontekście dominującej kultury, której nieodłącznym i samoodtwarzającym się elementem jest heteronormatywność. W związku z tym nikt nie jest całkowicie wolny od heteroseksizmu i homofobii – z tego samego względu, dla którego trudno jest być wolnym od postaw rasistowskich czy seksistowskich.

Brytyjskie programy szkoleniowe w zakresie psychoterapii rzadko oferują możliwość kompetentnego treningu odnośnie do różnorodności seksualnej i genderowej. Często kwestie te są poruszane podczas tego samego wykładu, który poświęcony jest kwestii różnorodności, jako takiej. Ponadto, rzadko przeznaczają się na tematykę GSD więcej niż trzy godziny szkoleniowe.

Powszechną praktyką szkoleniową jest uwzględnienie problematyki GSD dopiero po wyrażeniu takiego oczekiwania przez uczestników, będących osobami LGBT, a także spodziewanie się, że wspomniani uczestnicy LGBT będą ułatwiać swoim kolegom proces zdobywania odpowiedniej wiedzy. Można uznać za prawdopodobne, że w ten sposób potrzeby szkoleniowe uczestników LGBT (odnoszące się do efektywnej pracy w obrębie ich własnych, mniejszościowych społeczności) pozostaną niezaspokojone, zaś oni sami będą zmuszeni do poszukiwania dodatkowego, specjalistycznego szkolenia gdzieś indziej (Davies, 2007).

Trzecim obszarem wymagającym kształcenia się terapeuty oraz rozwijania przez niego dobrych praktyk, jest coraz lepsze rozumienie psychologii GSD oraz wpływu piętna społecznego na kształtowanie się *self*⁷. Terapeuci nie powinni wpadać w pułapkę zaprzeczania bardzo realnym różnicom, które istnieją między osobami GSD oraz heteroseksualnymi. Związki lesbijek różnią się znacząco od związków tworzonych przez gejów, które z kolei nie są identyczne ze związkami osób heteroseksualnych. Tak, jak tożsamości GSD dzieli szereg różnic, tak łączy je wiele cech, stanowiących wspólne właściwości. W opinii autorów odbycie specjalistycznego szkolenia jest istotnym warunkiem dostatecznego zrozumienia zarówno wewnątrzpsychicznych, jak i społecznie konstruowanych składników codziennego doświadczenia osób GSD.

Osobiste doświadczenie oraz praktyka kliniczna są użytecznymi sposobami zdobywania wiedzy. Dla profesjonalisty zajmującego się pomocą psychologiczną, bycie wolontariuszem w organizacjach działających na rzecz osób GSD, stanowi z pewnością unikalny sposób nabywania doświadczenia. Organizacje te mogą jednak wymagać od swoich współpracowników identyfikowania się jako osoba GSD. Konsultowanie się oraz wymiana informacji z innymi terapeutami, bycie na bieżąco z literaturą, superwizja oraz nieformalne formy wsparcia, to kolejne działania sprzyjające stosowaniu dobrych praktyk w psychoterapii. Posiadanie homoseksualnego przyjaciela czy identyfikowanie się jako osoba GSD same w sobie, nie zastąpią odpowiedniego przeszkolenia, które jest istotne dla każdego, kto chce pracować w obszarze pomocy psychologicznej dla osób GSD.

Superwizja jest bez wątpienia kluczowym czynnikiem, warunkującym stosowanie dobrych praktyk terapeutycznych (jej znaczenie jest nie do przecenienia w odniesieniu do każdego aspektu pracy terapeuty). Mimo, że dopytywanie wieloletniego superwizora o jego znajomość zagadnień GSD może być trudne, podobnie jak kwestionowanie jego wiedzy i świadomości w tym zakresie, to terapeuci pracujący z klientami GSD najlepiej skorzystają z superwizji prowadzonej przez osobę, która odbyła specjalistyczne szkolenie w zakresie problematyki GSD. Terapeuta mający uświadomić sobie własne uprzedzenia w kwestiach żywo dotyczących klientów GSD, potrzebuje superwizora, który pracował i nadal pracuje nad własnymi uprzedzeniami w tym zakresie. W innym przypadku zagadnienia takie jak erotyczne przeniesienie/przeciwprzeniesienie lub uczucia złości w gabinecie terapeuty pozostaną nieprzeanalizowane lub spotkają się z nietrafną (mogącą zaszkodzić procesowi terapii) poradą ze strony superwizora (Pope, Sonne i Holroyd 2000). Przykrym przykładem mogłaby być sytuacja terapeuty, prezentującego wolne od uprzedzeń podejście do zachowań typu *kink* (ang. *kink-aware therapist*), chcącego superwizorować klienta, którego praktyki seksualne zwykle obejmują dominację – terapeuty skonfrontowanego z superwizorem, który rozumie BDSM jako przejaw tendencji klienta do autodestrukcji, mających wynikać z nadużycia w dzieciństwie lub psychicznej patologii.

Rozumienie społecznego kontekstu oraz kwestie szczegółowe

Klienci GSD mogą zgłaszać się na psychoterapię z trudnościami nieróżniącymi się tak bardzo od trudności prezentowanych przez ogół klientów. Jednak społeczny kontekst będzie w przypadku

⁷ *Self* oznacza własne Ja (przyp. tłum.).

klientów GSD stanowił dodatkowy wymiar oraz wprowadzał dalszą złożoność do ich narracji na własny temat.

To ważne, aby mieć świadomość władzy⁸ heteronormatywnego, patriarchalnego i eurocentrycznego społeczeństwa, w którym przyszło nam rozwijać się. Zewnętrzna opresja oraz negatywne przekazy odnośnie do orientacji seksualnej, gender i kwestii etnicznych prowadzą do uwewnętrznionej opresji. Młody chłopak naciskany, by zachowywał się w sposób stereotypowy dla własnej płci (np. nosił ubranie w kolorze niebieskim lub posiadał krótką fryzurę) może uwewnętrznzić przekonanie, że to niewłaściwe, aby mężczyzna ubierał się na różowo lub miał długie włosy. Takie przekonania – jeśli nie są kwestionowane – mogą spowodować, iż ten dorosły już mężczyzna zaakceptuje myśl, że jego kobiecy aspekt jest czymś niewłaściwym lub społecznie niemożliwym do przyjęcia. Podobnie przekaz, że seks oraz jego ekspresja powinny być ograniczone do heteroseksualnej, prokreacyjnej aktywności, bez eksperymentowania odbywającego się za zgodą partnerów, może prowadzić do poczucia winy i wstydu. Ten rodzaj uwewnętrznionej opresji może skutkować poczuciem odrazy do samego siebie, niską samoocena, izolacją, obawą przed odrzuceniem oraz innymi psychologicznymi trudnościami.

Osoby GSD doświadczają cierpienia, a także prezentują objawy depresyjne, samouszkodzenia oraz nadużywają substancji uzależniających częściej niż osoby heteroseksualne (King i in., 2008).

W miastach większość znajomości między osobami GSD zawierana jest w klubach i barach. Wiele nowych narkotyków jest wprowadzanych najpierw do klubów gejowskich, stając się powszechnym dodatkiem do nocnej zabawy, zanim trafią one na ogólny, klubowy rynek.

Wspomniane używanie narkotyków i alkoholu przez osoby GSD może być po części rozumiane jako odpowiedź na ucisk i opresję⁹. Miałoby ono być sposobem na ucieczkę przed zewnętrznymi naciskami, na rozluźnienie zahamowań oraz doświadczenie bycia częścią większej społeczności – razem ze swoimi znajomymi, przyjaciółmi. Jednak wykorzystywanie narkotyków i alkoholu w sposób opisany powyżej, może prowadzić także to niebezpiecznych praktyk seksualnych lub innych ryzykownych sytuacji.

Izolacja, stronienie od innych oraz wstyd stanowią częste doświadczenie klientów GSD, mogące prowadzić do braku dostępu do rzetelnych informacji. Oznacza to, że profesjonalista zajmujący się pomocą psychologiczną będzie być może potrzebował sięgnięcia po metody psychoedukacyjne i biblioterapię¹⁰, wykorzystanie prac domowych itp., aby wesprzeć klienta w zakresie edukacji seksualnej, umiejętności związanych z byciem w relacjach oraz w innych kwestiach. W przypadkach, kiedy orientacja seksualna terapeuty jest taka sama jak orientacja klienta oraz została ona przed klientem ujawniona, terapeuta może być czasem postrzegany jako model ról społecznych – bez względu na to, czy chce on tego, czy nie. Będzie to oczywiście jeden ze składników relacji terapeutycznej, składający się na jej dynamikę, któremu należałoby poświęcić czas podczas superwizji.

Tożsamość oraz przynależność

Osoby mające na swój temat szereg silnie uwewnętrznionych, autoopresyjnych myśli, mogą podawać w wątpliwość własną tożsamość oraz poczucie przynależności. Klient doświadcza wewnętrznej integracji tylko poprzez eksplorowanie własnych narracji lub znajdując tzw. pok-

⁸ Odnosi się do władzy nad jednostką (przyp. tłum.).

⁹ Odnosi się to do ucisku i opresji, których źródłem są społeczeństwo i kultura (przyp. tłum.).

¹⁰ Jest to rodzaj terapii, wykorzystujący materiały czytelnicze, jako pomoc terapeutyczną (przyp. tłum.).

rewne dusze. Terapeuta mający niepatologizujące podejście do zagadnień GSD (ang. *GSD-aware therapist*) może wzmocnić pracującą z nim osobę w poszukiwaniu słów, które pozwoliłyby opisać i nadać znaczenie jej seksualności oraz ekspresji seksualnej. Po tym, jak uświadomili sobie własną tożsamość seksualną, wielu klientów doświadcza zwiększonej potrzeby przynależności do społeczności. Jednak próba takiej przynależności może być dla części osób niełatwym przeżyciem. Klienci mogą bowiem napotkać silny, opresyjny nacisk na dostosowanie się do kulturowych norm danej społeczności GSD (moda, styl życia, presja ze strony znajomych), co będzie prowadziło do rozwoju fałszywego *self*¹¹ oraz poczucia klienta, że ponownie jest on akceptowany jedynie warunkowo.

Wiele osób GSD chce legalizować swoje związki (w Wielkiej Brytanii możliwe jest zawarcie cywilnego partnerstwa¹²) oraz adoptować dzieci, w ten sposób odtwarzając niejako styl życia, „dopasowany” bardziej do sytuacji, kiedy w relacje wchodzi osoby heteroseksualne. Przez jednych takie zachowanie będzie postrzegane jako sięganie po aprobatę ze strony dominującej większości. Dla innych z kolei takie postępowanie będzie prostą konsekwencją uznawania własnej, mniejszościowej tożsamości za właściwość o niewielkim znaczeniu.

Klienci GSD należą do wielu społeczności (duchowych, kulturowych, zawodowych, politycznych, rodzinnych, genderowych itd.) i mogą w związku z tym doświadczać konfliktu sprzecznych ze sobą przekonań lub ideologii. Większość religii czy wyznań nie toleruje związków osób tej samej płci. Podobnie, nie każda indywidualność, charakterystyka etniczna, praktyka seksualna lub tożsamość genderowa jest przyjmowana z akceptacją w różnych społecznościach GSD. Rasizm oraz dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność (ang. *ableism*) czy wiek stanowią tylko niektóre z form bardzo realnej dyskryminacji, której źródłem jest szeroko rozumiana kultura GSD.

Dawniej i dziś

Z perspektywy historycznej, aby zapewnić sobie miejsce w społeczeństwie, osoby GSD musiały funkcjonować jako heteroseksualne (ang. *pass*) lub ujawnić się (ang. *coming-out*). Musiały albo udawać, że są kimś, kim w istocie nie były (wzmacniając zewnętrzną i wewnętrzną opresję) lub ujawnić przed sobą oraz innymi własne preferencje seksualne czy tożsamość genderową, sprowadzając na siebie tym samym większe ryzyko¹³. Mowa tutaj o procesie samoakceptacji oraz odkrywania się przed innymi, którego osoby heteroseksualne nie muszą przechodzić.

Coming-out jest procesem, a nie pojedynczym wydarzeniem. Proces ten cechuje: złożoność, powtarzalność¹⁴, mający istotne podstawy lęk przed byciem odrzuconym, wiktymizowanym, wykorzystanym (przestępstwa z nienawiści, mające podłoże trans- i homofobiczne są coraz częstsze) oraz stała konieczność podejmowania decyzji – ujawnić się czy nie – w każdej nowej sytuacji społecznej lub zawodowej (praca, przyjaciele, rodzina, sąsiedzi, administracja, instytucje, lekarze itd.). Wszystko to jest dla części osób źródłem silnego stresu oraz wywołuje u nich lęk, w szczególności u tych, u których poziom zewnętrznej oraz wewnętrznej opresji jest zbyt wysoki (Carroll, 2010).

¹¹ Fałszywe *self* powstaje w odpowiedzi na zewnętrzne oczekiwania, a nie osobiste potrzeby (przyp. tłum.).

¹² W Polsce nie ma możliwości sformalizowania związku tworzonego przez osoby tej samej płci (przyp. tłum.).

¹³ Odnosi się do zwiększonego ryzyka np. negatywnych reakcji otoczenia (przyp. tłum.).

¹⁴ Właściwość coming-outu oznaczająca ujawnianie się przed kolejnymi osobami (przyp. tłum.).

Koncepcja uniwersalnego coming-outu powstała w zachodniej kulturze, stąd może w niewielkim stopniu opisywać doświadczenie innych grup społecznych i etnicznych. Coming-out może skutkować wykluczeniem z rodziny i społeczności. W szczególności dotyczy to osób należących do społeczności pochodzenia afrykańskiego oraz do społeczności tworzonych przez inne mniejszości etniczne. Tam bardziej adekwatne i trafne okazują się, odmienne od coming-outu, sposoby integrowania mniejszościowej tożsamości seksualnej z pozostałymi tożsamościami¹⁵ i aspektami sytuacji życiowej danej osoby (das Nair i Thomas, 2012; Beckett, 2010). Przykładowo, das Nair opisuje proces naprzemiennego wchodzenia do „szafy” i jej czasowego opuszczania¹⁶, z czym związana jest konieczność potajemnego doświadczenia swojej homoseksualności, z jednoczesnym spełnianiem kulturowych oczekiwań (wejście w związek małżeński i posiadanie dzieci). Z kolei Beckett, odwołując się do swojej pracy z młodym muzułmaninem, opisuje raczej proces zapraszania niż ujawniania się (odpowiednio, ang. inviting in vs coming out), w którym ważne osoby są wybiórczo zapraszane, aby dowiedzieć się więcej o życiu i seksualności klienta.

Na szczęście doświadczenie coming-outu (w odniesieniu do osób trans proponuje się używanie w języku angielskim słowa emergence, Lev, 2004) oraz poziom akceptacji osób GSD przez tzw. znaczących innych¹⁷ oraz społeczeństwo zmieniają się (dla coraz większej liczby osób) w ostatnich latach w pozytywny sposób. Niewykluczone, że kolejne pokolenia będą preferowały raczej tożsamość „queer” niż „gej” czy „lesbijka” oraz mogą nie mieć żadnej trudności z przeżywaniem siebie w kategoriach „innego”. Pomysł, by deklorować „na zawsze” określoną tożsamość seksualną lub genderową staje się dla wielu młodych osób coraz bardziej obcy i bez znaczenia. To tzw. Tęczowe Pokolenie może przeżywać swoje tożsamości w sposób bardziej płynny.

Z drugiej strony, populacja starszych osób GSD może nadal zmagać się z uwewnętrzną opresją i uciskiem, mającymi swoje źródło w przeszłych doświadczeniach (np. terapia elektro-wstrząsowa, kryminalizacja zachowań homoseksualnych, publiczne wyzywanie i zawstydzanie itd.).

Aktywne słuchanie i empatia to kluczowe umiejętności terapeuty, pozwalające klientom na rozwijanie osobistych narracji, umożliwiających uświadomienie sobie wpływu społecznego kontekstu na ich tożsamość. Trudności doświadczane przez osoby identyfikujące się jako GSD będą miały często wspólne przyczyny. Jednak, jak zawsze w takich sytuacjach, rdzeniem dobrej praktyki terapeutycznej, wspierającym wysiłki na rzecz dobrostanu oraz zdrowia psychicznego klientów, będzie podejście kliniczne cechujące się refleksyjnością, świadomością bazującą na rzetelnej wiedzy nt. GSD, nieoceniające i pełne szacunku dla unikalnej sytuacji życiowej każdego klienta (Davies, 1996).

Wykwalifikowany oraz przestrzegający etycznych standardów profesjonalista zajmujący się pomocą psychologiczną dla osób GSD powinien być na tyle elastyczny, by móc pracować ze wszystkimi klientami, niezależnie od stopnia, w jakim akceptują oni swoją seksualność. Praca terapeutyczna dotycząca tożsamości seksualnej lub genderowej może być pomocna klientowi w przepracowaniu niepokoju, dotyczącego bycia odmiennym. Nie ma ona natomiast na celu zmiany tej integralnej części życiowego doświadczenia danej osoby¹⁸.

¹⁵ Między innymi z tożsamością genderową (przyp. tłum.).

¹⁶ „Wyjście z szafy”, to angielski zwrot oznaczający ujawnianie swojej orientacji seksualnej (przyp. tłum.).

¹⁷ Oznacza to m.in. rodzinę (przyp. tłum.).

¹⁸ Odnosi się to do zmiany tożsamości seksualnej lub genderowej (przyp. tłum.).

Na koniec warto dodać, że terapeuci pomagający osobom GSD powinni być gotowi na pracę z klientami oczekującymi „wyleczenia” lub obniżenia siły seksualnego zainteresowania osobami tej samej płci, a także z tymi, którzy doświadczyli osobistych szkód lub nadużycia wskutek uczestnictwa w terapiach reparatornych.

Praktyki seksualne

Przyjemność, prokreacja oraz zabawa – to trzy cele związane z seksem. Możliwość różnorodnych praktyk seksualnych w szczególności, intensywny sposób uruchamia wyobraźnię. Jeśli terapeuta decyduje się na pracę z klientem GSD, to po stronie tego terapeuty leży odpowiedzialność za stałe bycie otwartym w kwestii rozumienia różnorodnych praktyk seksualnych.

Klient i terapeuta powinni być dostrojeni w zakresie języka i wzajemnej komunikacji. Słownictwo terapeuty powinno odzwierciedlać słownictwo klienta, zaś nieznanne słowa powinny być przez terapeutę przeanalizowane w odpowiedni sposób¹⁹. Terapeuta stosujący medyczne czy anatomiczne terminy w kontakcie z klientem, który używa nieformalnych, kolokwialnych czy slangowych określeń, może przekazywać komunikat o swoim braku komfortu i dezaprobaty.

Pomocą dla terapeuty będzie także posiadanie przez niego aktualnej wiedzy na temat zdrowia seksualnego, HIV, możliwości leczenia, jakie daje współczesna medycyna oraz bezpieczniejszego seksu.

Podsumowanie

W terapii osób GSD (ang. GSDT) bierze się pod uwagę zarówno społeczny kontekst, w którym żyją osoby GSD, jak też szczególne, indywidualne trudności każdej osoby zgłaszającej się po pomoc. Praca terapeutyczna uwzględnia zwiększoną czujność (ang. *hypervigilance*) osób GSD oraz konsekwencje życia w heteronormatywnym społeczeństwie, dopuszczającym istnienie tylko dwóch kategorii genderowych²⁰. Pomaga ona klientom GSD zrozumieć ich własne doświadczenie, wpływ zewnętrznych opresji oraz to, w jaki sposób są one przez nich uwewnętrzniane, a także przyjrzeć się szerokiemu zakresowi trudności, które są specyficzne dla tych właśnie populacji oraz społeczności. W GSDT podkreśla się możliwość samookreślenia się klienta (ang. *self-definition*) oraz wypracowania przez niego zbioru osobistych wartości oraz własnego kodu moralnego.

Dobra praktyka GSDT wymaga gruntownego przepracowania przez terapeutę własnych uprzedzeń na temat seksualności oraz gender, a także minimalnej wiedzy odnośnie do tego, jak żyją na co dzień osoby GSD – nie tylko w zachodnich, heteronormatywnych i patriarchalnych społeczeństwach, ale także w innych kontekstach społecznych, w innych miejscach świata.

Terapeuci będą nieustannie konfrontowani, prowokowani i edukowani przez klientów, których charakterystyka dotyczy dwóch wielkich, najbardziej uświęconych tabu: seksualności i gender.

Literatura

- Barker, M. i Langdridge, D. (red.) (2010). *Understanding Non-Monogamies*. Hove: Routledge.
- Bartlett, A., Smith, G. i King, M. (2009). The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect sexual orientation. *BMC Psychiatry*, 9 (11). Dostęp online: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/11>

¹⁹ Odnosi się do sposobu analizy, który będzie odpowiedni względem sytuacji i osoby klienta (przyp. tłum.).

²⁰ Kategorie: kobieta/mężczyzna (przyp. tłum.).

- Beckett, S. (2010). *Azima ila Hayati: An Invitation into My Life: Narrative Conversations about Sexual Identity*. W: L. Moon (red.) *Counselling Ideologies: Queer Challenges to Heteronormativity*. Farnham: Ashgate.
- Carroll, L. (2010). *Counselling Sexual and Gender Minorities*. Columbus: Merrill.
- Daniel, J. (2009). The Gay Cure? *Therapy Today*. October: 10-14.
- das Nair, R. i Thomas, S. (2012). Race and Ethnicity. W: R. das Nair i C. Butler (red.) *Intersectionality, Sexuality, & Psychological Therapies: exploring lesbian, gay, and bisexual diversity*. London: Wiley Blackwell/BPS-Blackwell, imprint. s. 59-88.
- Davies, D. (1996). Towards a Model of Gay Affirmative Therapy. W: D. Davies i C. Neal (red.) *Pink Therapy: a Guide for Counsellors and Therapists Working with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Buckingham: Open University Press.
- Davies, D. i Neal, C. (red.) (1996). *Pink Therapy: a Guide for Counsellors and Therapists Working with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Buckingham: Open University Press.
- Davies, D. i Neal, C. (red.) (2000). *Therapeutic Perspectives on Working with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*. Buckingham: Open University Press.
- Davies, D. (2007). Not in front of the Students. *Therapy Today*. February: 18-21.
- Davies, D. (2012). Sexual Orientation. W: C. Feltham i I. Horton (red.) *The Sage Handbook of Counselling and Psychotherapy*, 3rd edition. London: Sage Publications.
- Diamond, L. (2008). *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Langdridge, D. i Barker, M. (red.) (2007). *Safe, Sane and Consensual*. Basingstoke: Palgrave.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popely, D. i Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8 (70). Dostęp online: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/70>
- Lev, A.I. (2004). *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for working with Gender-Variant People and Their Families*. New York: Haworth.
- Pope, K.S., Sonne, J.L. i Holroyd, J. (2000). *Sexual Feelings In Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Rothblum, E.D. i Brehony K. A. (1993). *Boston Marriages: Romantic but Asexual Relationships among Contemporary Lesbians*. Amherst: University of Massachusetts Press.

Sugerowane lektury

- Finnegan, D.G. i McNally, E. B. (2002). *Counseling Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Substance Abusers: Dual Identities*. New York: Haworth.
- Moon, L. (2008). *Feeling Queer or Queer Feelings: Radical Approaches to Counselling Sex, Sexualities and Genders*. Hove: Routledge.
- Pattatucci Aragón, A. (2006). *Challenging Lesbian Norms: Intersex, Transgender, Intersectional and Queer Perspectives*. New York: Haworth.
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender and Sexual Orientation*. New Jersey: Wiley.

Autorzy

Olivier Cormier-Otaño jest akredytowanym członkiem *British Association for Counselling and Psychotherapy*. Udziela pomocy psychologicznej w podejściu integracyjnym i relacyjnym. Posiada specjalizację w zakresie terapii ukierunkowanej na tematykę psychoseksualną. Pracuje w prywatnej praktyce. Po wielu latach wolontariatu na rzecz londyńskich organizacji LGBT, aktualnie pracuje przede wszystkim z klientami GSD. Prowadzi spotkania także w języku francuskim i hiszpańskim. Posiada certyfikat *Advanced Accredited Sexual Diversity Therapist (Pink*

Therapy). Swoje badania na temat aseksualności przedstawia podczas konferencji oraz na uniwersytetach.

olivier.counselling@hotmail.com

www.oliviercounselling.co.uk

Dominic Davies jest członkiem *British Association for Counselling and Psychotherapy* (BACP) oraz posiada akredytację tego towarzystwa, jako *Senior Registered Practitioner*. Z klientami GSD pracuje od ponad 30. lat. Jest dyrektorem Pink Therapy, największej w Wielkiej Brytanii, niezależnej organizacji, specjalizującej się w psychoterapii klientów GSD. Jest współredaktorem (z Charlesem Nealem) trzyczęściowego podręcznika „Pink Therapy” (Open University Press). Pisze oraz prowadzi intensywną działalność szkoleniową w zakresie terapii GSD, zarówno w Wielkiej Brytanii, jak i zagranicą. Posiada certyfikat *Advanced Accredited Sexual Diversity Therapist* (Pink Therapy).

dominic.davies@pinktherapy.com

Tłumaczył:

Daniel Bąk jest psychoterapeutą, psychologiem oraz biologiem; posiada tytuł doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej. Z osobami GSD pracuje od siedmiu lat – najpierw, jako edukator w zakresie zdrowia seksualnego, potem, jako psycholog i terapeuta (konsultacje psychologiczne, terapia indywidualna, grupowa oraz par). Współpracownik organizacji pozarządowych, działających na rzecz osób LGBT. Stworzył oraz realizuje własny program pomocy oraz wsparcia psychologicznego dla osób GSD/LGBTQ „Tęczówka”. Szkoli psychoterapeutów w zakresie pomocy psychologicznej osobom GSD. Autor publikacji oraz wystąpień konferencyjnych dotyczących psychoterapii osób GSD. W zakresie udzielania pomocy psychologicznej osobom GSD szkolił się w Polsce i Wielkiej Brytanii (International Summer School – The Essentials of Sexual Minority Therapy w Pink Therapy, Londyn).

dbak@gestalt.waw.pl

www.psychoterapia-lgbt.pl

Pink Therapy jest największą w Wielkiej Brytanii, niezależną organizacją, specjalizującą się w terapii klientów GSD oraz szkoleniach w tym zakresie. Założona przez Dominica Davisa w 1999 roku, jest uznawana przez wszystkie organizacje terapeutyczne w Wielkiej Brytanii za wiodący ośrodek, jeśli chodzi o tematykę GSD. Prowadzimy jedyny w Europie, akredytowany przy uniwersytecie, program *Diploma in Gender and Sexual Diversity Therapy*, który dotychczas spotkał się z zainteresowaniem terapeutów z Wielkiej Brytanii, Holandii, Singapuru i Australii. Organizujemy także sześciodniowe, intensywne szkolenie International Summer School, podczas którego terapeuci z całego świata uczą się pracy z klientami GSD. Pink Therapy oferuje szkolenia, konsultacje kliniczne, superwizję oraz merytoryczne wsparcie²¹ dla terapeutów z zagranicy (osobiste lub poprzez Skype’a).

W ubiegłym roku uruchomiliśmy ponownie nasz internetowy rejestr *Directory of Pink Therapists* – teraz obejmujący terapeutów z całego świata. Ponadto nasza strona (www.pinktherapy.com) zawiera cenną sekcję Wiedza (ang. *Knowledge*), w której znajdują się: materiały służące samopomocy, polecana literatura, klipy wideo oraz pliki typu podcast. Jesteśmy aktywni w mediach społecznościowych. Możesz nas znaleźć na portalach: Facebook (Pink Therapy), Twitter (Pink-TherapyUK), Tumblr (PinkTherapyUK.tumblr.com) oraz LinkedIn (Pink Therapy International).

²¹ Dotyczy to wsparcia np. przy tworzeniu programów szkoleń (przyp. tłum.).