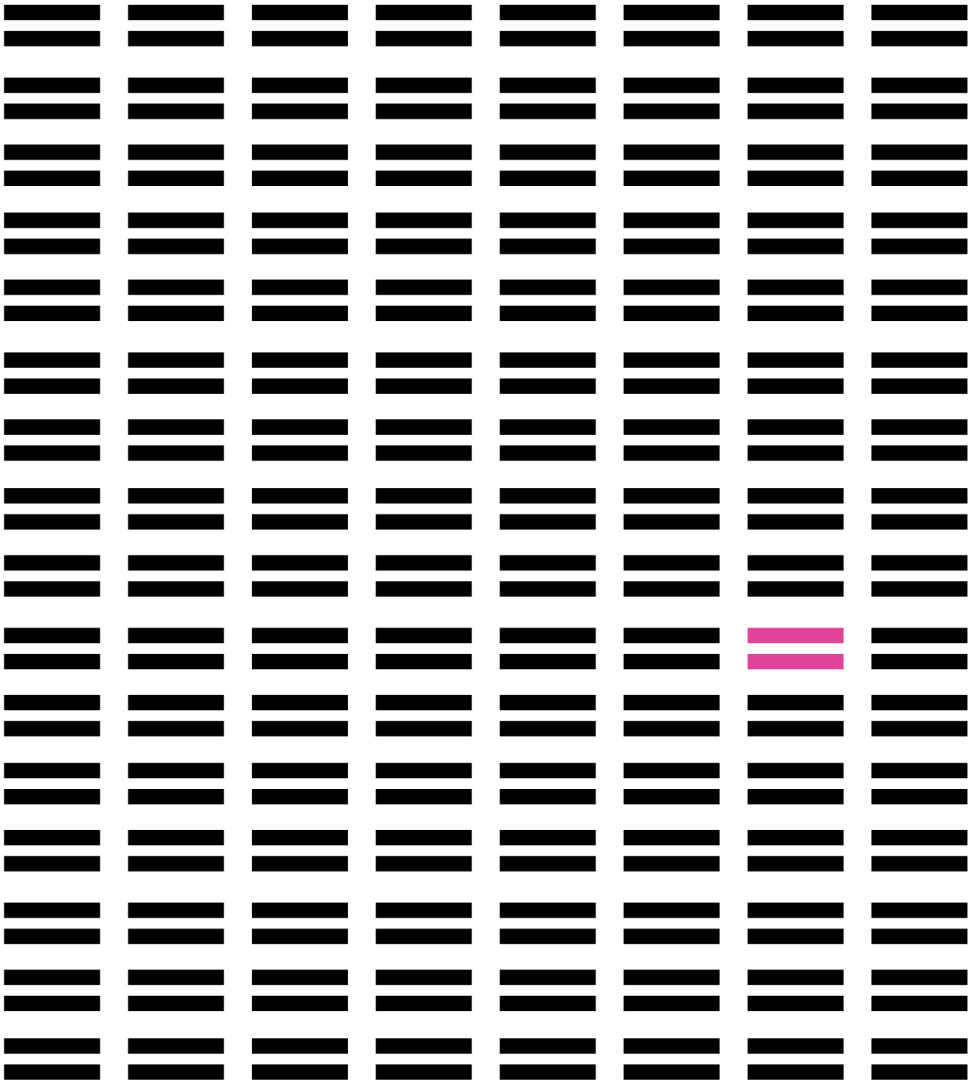


PRIRUČNIK ZA LGBT PSIHOTERAPIJU

UREDNICI: VLADIMIR MILETIĆ I ANASTASIJA MILENKOVIĆ



PRIRUČNIK ZA PSIHOTERAPIJSKI RAD SA LGBT OSOBAMA

Urednici:

Vladimir Miletić

Anastasija Milenković

Sva prava su zaštićena. Nijedan deo ove publikacije ne može se reprodukovati niti kopirati elektronskim, mehaničkim ili bilo kojim drugim putem bez prethodne saglasnosti nosioca autorskih prava.

Urednici:
Vladimir Miletić
Anastasija Milenković

PRIRUČNIK ZA LGBT PSIHOTERAPIJU
Prvo izdanje



Udruženje za unapređenje mentalnog zdravlja
Beograd

Sadržaj

Autori	7
Predgovor	9
I Teorija	11
Gej afirmativna psihoterapija (<i>Jelisavka Milošević</i>)	13
Homofobija i predrasude (<i>Vesna Marotić</i>)	16
Pol, rod i LGBT identiteti (<i>Anastasija Milenković</i>)	24
Razvojni modeli LGBT identiteta (<i>Vladimir Miletić</i>)	31
LGBT partnerski odnosi (<i>Vladimir Miletić</i>)	41
Socijalne i demografske karakteristike LGBT populacije u Srbiji (<i>Aleksandar Stojaković</i>)	46
II Terapija	61
Smernice za gej afirmativni psihoterapijski rad (<i>Marko Ćirić</i>)	62
Alati za psihoterapijski rad sa LGBT osobama (<i>Vesna Marotić i Vladimir Miletić</i>)	101
„Coming out“ (<i>Vladimir Miletić</i>)	107
Internalizovana homofobija/ heteroseksizam (<i>Jelena Zulević</i>)	115
III Teme	141
Psihoterapijski rad sa LGBT adolescentima (<i>Vladimir Miletić i Milica Pejović Milovančević</i>)	142
Specifičnosti rada sa LGBT osobama u porodičnoj terapiji (<i>Maša Karleuša Valkanou</i>)	154
Rad sa transseksualnim klijentima – specifičnosti tranzicije i izazovi nakon nje (<i>Dušica Marković Žigić, Jelena Zulević, Katarina Maksimović</i>)	172
Gej osobe koje žive sa HIV-om (<i>Jelena Zulević</i>)	189
Literatura	212
Pojmovnik	240

Autori

Vladimir Miletić

Anastasija Milenković

Jelena Zulević

Vesna Marotić

Maša Karleša Valkanou

Milica Pejović Milovančević

Dušica Žigić Marković

Katarina Maksimović

Jelisavka Milošević

Aleksandar Stojaković

Marko Ćirić

Predgovor

Prema nekim istraživanjima, u privatnim psihoterapijskim praksama u Velikoj Britaniji i Sjedinjenim američkim državama klijenti neheteroseksualne orijentacije procentualno su zastupljeniji nego klijenti heteroseksualne orijentacije, ako se poredi odnos iz opšte populacije. Ova statistika je u tesnoj vezi sa povećanim stopama depresije i anksioznosti u LGBT populaciji koja se uglavnom pripisuje negativnoj društvenoj klimi, diskriminaciji, institucionalnoj (posledično i internalizovanoj) homofobiji. Statistike o mentalnom zdravlju LGBT osoba u Srbiji ne postoje; međutim, imajući u vidu dominantno negativan stav prema LGBT zajednici i u medijima prisutan govor mržnje, može se opravdano pretpostaviti da su pripadnici LGBT populacije izloženi značajnije višem nivou diskriminacije i stresa, nego što je to slučaj u Velikoj Britaniji ili SAD-u.

Jasna je potreba da LGBT osobe, kada se obrate za psihološku pomoć, dobiju najbolji mogući tretman. Predrasude profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja, česta su prepreka, zajedno sa nepoznavanjem specifičnih problema sa kojima se LGBT osobe suočavaju. Na taj način, čak ni psihoterapijska soba ne može da se vidi kao bezbedno mesto. Bez razumevanja klijenta nije moguć napredak u terapiji. Istovremeno, edukacije iz čitavog spektra psihoterapijskih modaliteta koji u Srbiji postoje, po pravilu ne uključuju i odgovarajuće treninge za rad sa LGBT populacijom, te su psihoterapeuti najčešće uskraćeni za potrebna znanja. Drugi veoma važan problem jeste nedostatak adekvatne dostupne literature na srpskom jeziku i to je problem koji smo ovom knjigom ciljali da umanjimo.

Priručnikom za LGBT psihoterapiju imali smo nameru da psihoterapeutima i drugim profesionalcima koji se bave mentalnim zdravljem, pružimo adekvatan teorijski okvir za razumevanje različitih LGBT identiteta i stilova života, kao i da pružimo informacije o specifičnim problemima sa kojima se LGBT osobe suočavaju u Srbiji. Priručnik smo podelili u tri tematske celine. Prvi deo ima za cilj da pruži čitaocu osnovna teorijska znanja o razvoju afirmativnih pristupa teorijskom radu sa LGBT osobama, kao i osnovna znanja iz oblasti LGBT psihologije. Druga tematska celi-

na posvećena je smernicama za afirmativni terapijski i savetodavni rad, uz posebno obrađene teme bez kojih se ne može zamisliti rad sa LGBT osobama, poput rada sa internalizovanom homofobijom ili autovanjem. Treća celina posvećena je radu sa specifičnim grupama (HIV pozitivnim LGBT osobama, radu sa adolescentima, porodicama i transeksualnim osobama, pre, posle i za vreme tranzicije).

Pri korišćenju ovog Priručnika, važno je imati u vidu dve stvari. Različiti autori pisali iz različitih teorijskih perspektiva, pa je tako potrebno uzeti u obzir teorijski kontekst kako bi se u potpunosti razumele implikacije i značenja upotrebljivanih pojmova. Takođe, trebalo bi napomenuti da je upotreba rodno senzitivnog jezika u knjizi uglavnom nedosledno sprovedena. U većini slučajeva korišćene su adekvatne imenice u muškom i ženskom rodu, ali je u nekim situacijama, radi jasnoće, upotrebljavana samo imenica muškog roda (recimo, „klijent“), gde se podrazumeva da se ove imenice odnose i na žene.

Vladimir Miletić
Anastasija Milenković

I TEORIJA

Gej afirmativna psihoterapija

Jelisavka Milošević

Imajući u vidu činjenicu da se terapija homoseksualnosti nipošto ne sme poistovećivati sa pokušajima eventualne promene i “lečenja” seksualnosti LGBT osoba, kao i da svaka ista ili slična intervencija predstavlja apsurd jednak pokušaju menjanja seksualnih sklonosti osoba heteroseksualne orijentacije, na ovom mestu predstavimo način rada sa LGBT osobama koji se može smatrati gej afirmativnim. Mišljenja smo da jedino terapija koja povećava sposobnosti klijenta da najpre razume, a potom prizna, i integriše seksualnu orijentaciju u sopstveni način života predstavlja dobar i konstruktivan psihoterapijski pristup, te je važno napraviti razliku između takvih težnji i onih koje su usmerene na konverziju seksualne orijentacije LGBT populacije. Gej afirmativna je svaka ona forma terapije koja svojim metodama, tehnikama i intervencijama omogućava terapeutu da na podržavajuć i razumevajuć način pristupi svom klijentu, sa uverenjem da su muška homoseksualnost, lezbejstvo i biseksualnost normalni, moralno ispravni i podjednako vredni izrazi ljudske seksualnosti.

Istorijski posmatrano, psihoterapija je korišćena, a slobodno se može reći da je i zloupotrebljavana, kao moćno sredstvo jačanja društvenih zabrana istopolnih želja, odnosa i identiteta. U prošlosti, LGBT terapeuti nisu mogli slobodno da iskazuju svoju seksualnu orijentaciju, a da ne budu u strahu i riziku da će izgubiti poziciju na poslu kao i društveni ugled (podsetimo se da su ove debate trajale još od samih početaka strukovnog organizovanja u Frojdovo vreme), dok danas polako, ali sigurno, imaju sve važniju ulogu u području definisanja korisnih kliničkih pristupa u radu sa osobama homoseksualne orijentacije u okviru psihoterapijskog procesa. Stoga, savremeni pristupi, uopšteno govoreći, služe tome da pomognu da se prevaziđe efekat internalizovane homofobije koji je u proizveden življenjem u homofobičnom društvu, i što je još važnije, da se postigne razvoj funkcionalnog gej identiteta.

Sredinom sedamdesetih godina počinje da se pojavljuje novi korpus profesionalne literature o psihoterapiji LGBT osoba koji je baziran na pretpostavci da je homoseksualnost normalna varijacija seksualne želje i ponašanja pojedinca. Ovakav model terapije prepoznaje centralno

mesto seksualne privlačnosti, ponašanja i identiteta u životu jedne osobe i sa druge strane uvažava činjenicu da je seksualna orijentacija jedan od aspekata ličnosti i da može, ali nužno ne mora, sve u zavisnosti od klijentovih htenja i potreba, imati centralno mesto u terapijskom procesu. Kao i kod većine tradicionalnih pristupa u psihološkom tretmanu, gej afirmativna terapija uključuje razrešenje konflikta i samoaktualizaciju. Važno je napomenuti da teorijska konstrukcija seksualnosti, pa samim tim i formulacija pritužbe i njena psihološka konceptualizacija mogu da se razlikuju u zavisnosti od toga da li je neko psihodinamski ili kognitivni ili humanistički terapeut. Gej afirmativne intervencije mogu se primeniti samo kod osoba koje potražuju i prihvataju psihološku podršku terapeuta koja bi im bila od pomoći u aktivnom doživljaju novog identiteta. Sve ovo ne sme biti praćeno nametanjima ili uticajima od strane terapeuta na model privlačnosti i konačni ishod identiteta.

Razlog za razvoj i primenu ovakvog modela terapije najčešće je potreba LGBT populacije da pronađu „bezbedno mesto“ u terapijskoj sobi i da terapeut bude osoba koja razume i može da ublaži jak stresogeni uticaj stigmatizacije, internalizovane i institucionalne homofobije. Principi afirmativne terapije zasnovani su na činjenicama da istopolne seksualne privlačnosti, ponašanja i usmerenja nipošto ne ukazuju na mentalne ili razvojne poremećaje, te da su same po sebi normalne i pozitivne varijante ljudske seksualnosti. Dalje, homoseksualnost i biseksualnost su stigmatizovane i mogu imati različite negativne posledice – ne zbog toga što same po sebi utiču na funkcionisanje individue, već zbog negativne društvene klime. Gej muškarci, lezbejke i biseksualci oblikuju stabilne veze koje su po svom kvalitetu ekvivalentne heteroseksualnim vezama u osnovnim njihovim aspektima. Seksualna privlačnost između istih polova se javlja u kontekstu raznih seksualnih orijentacija i trajnog je karaktera. Naposletku, ne postoje naučne studije koje mogu govoriti u prilog tvrdnjama da istopolna seksualna orijentacija nastaje kao posledica porodičnih disfunkcija i trauma.

Ono što predstavlja svojevrsan izazov u afirmativnoj psihoterapiji LGBT osoba jeste iskreno prihvatanje i priznavanje klijentovih želja, odnosa i identiteta, za razliku od čestog poricanja i omalovažavanja od strane porodice i društva. Važno je istaći da psihoterapeut mora zadržati, kao i u svim ostalim slučajevima, neutralnu poziciju koja mu omogućava da analizira i raščlanjuje problem koji se pred njega iznosi. LGBT osobe terapijskom procesu pristupaju sa istom namerom kao i drugi klijenti, u potrazi za odgovorima i rešenjima za svoje duševne probleme ili neprila-

gođenost koju doživljavaju u kontaktu sa drugim ljudima bilo u porodici, poslu ili društvu. U mnogim slučajevima seksualna osećanja, ponašanja i identiteti mogu biti od sporednog značaja za tretman, dok u nekim mogu imati centralnu ulogu. Sama priroda problema koji su vezani za seksualnu orijentaciju zavisi od toga da li je klijent muškarac ili žena, kao i od rase, starosti, obrazovanja i mnogih drugih personalnih i socijalnih faktora. Ponekad gej muškarci i lezbejke, kao klijenti, mogu da zauzmu stav koji može ometati kvalitetan i efikasan odnos u terapijskom procesu. Oni sami neretko imaju negativne i suprotstavljene stavove prema sopstvenoj seksualnosti. Upravo zato na sve ove potencijalne ometajuće faktore treba reagovati prenošenjem prihvatajućih i podržavajućih stavova u okviru svog profesionalnog odnosa. Pri svemu ovome, treba imati na umu da homoseksualne osobe mogu imati različite psihičke probleme, koji polaze od lakših kriza, a mogu sezati do ozbiljnih poremećaja ličnosti, te da je zapravo srž razumevanja kvalitetnog pristupa upravo pojam o tome da se nijedan od tih problema ne povezuje sa seksualnom orijentacijom, već stav da oni zahtevaju istovetan način lečenja kako za heteroseksualne, tako i za homoseksualne osobe. Većina problema homoseksualnih osoba ima mali stepen neposredne veze sa njihovom seksualnošću, iako su zbog toga unapred diskriminirani kao manjina.

Sam odabir psihoterapijskog pravca kao i terapeuta zavisi od nivoa na kom neka osoba želi razrešiti problem. Činjenica je da različite tehnike samopomoći koje se plasiraju kroz mnogobrojne priručnike iz popularne psihologije sadrže mnoštvo netačnih informacija koje svojom jednostavnom primenom navode na pomisao da vrlo lako mogu pomoći. Međutim, neretko se dešava da upravo to može dovesti do veće nelagode, teskobe i depresivnih simptoma čija šteta i posledice mogu biti velike. Možemo reći da određeni skup znanja o homoseksualnosti, problemima i potrebama LGBT osoba, upoznatost sa različitim psihološkim aspektima seksualne orijentacije kao i etičkih načela za afirmativan pristup terapiji sa LGBT klijentima predstavlja neophodan uslov za dobrog terapeuta. Pored navedenog, za kvalitetan rad sa klijentim koji su seksualno različiti, posebno je važno preispitati svoja verovanja, osećanja i predrasude prema istopolnoj ljubavi, jer ih svako od nas ima u određenoj meri. Kontinuiran rad na upoznavanju sa gej kulturom i njihovim životnim stilovima, kao i iskren odnos jesu način da se stvori neodbrambeni odnos terapeut/klijent koji će u velikoj meri doprineti uspehu u ostvarenju ciljeva, jer je izuzetno važno biti osoba od poverenja i neko ko pruža podršku.

Homofobija i predrasude

Vesna Marotić

U psihološkoj literaturi postoji čitav spektar termina koji se koriste da definišu negativna osećanja ili predrasude prema LGBT osobama. Pojam homofobija označava strah ili mržnju orijentisanu prema osobama homoseksualne orijentacije. Homofobija podrazumeva dijapazon različitih osećanja, koja se kreću od odbojnosti, anksioznosti, ka gađenju i preziru, a dovode čak i do zločina iz mržnje usmerene ka osobama homoseksualne orijentacije. Homofobi su osobe koje imaju snažna negativna osećanja prema osobama homoseksualne orijentacije i neretko podražavaju antihomoseksualne aktivnosti (aktivno, ili novcem i uticajem).

Kada govorimo o vrstama homofobije, razlikujemo institucionalnu (u ekonomiji, politici, obrazovanju, religiji, socijalnoj zaštiti), ličnu (osobe iskazuju otvoreno neprijateljstvo i nasilje) i internalizovanu homofobiju (unutrašnji sukobi izazvani stvarnom ili zamišljenom homoseksualnom orijentacijom).

Istorijski gledano, homofobija kao pojam egzistira unazad nekoliko decenija (tačnije, od 1971. godine) i predstavlja stav celokupne zapadne kulture da svrstava homoseksualnost među najteže moralne prestepe, pri čemu je ovaj stav u prošlosti bio uglavnom usmeren na mušku homoseksualnost. Lezbejstvo kao koncept predstavlja konstrukt iz 20. veka i na njega se, po analogiji, širio stav koji je odranije postojao prema muškoj homoseksualnosti.

Iako se homofobija često koristi kao termin za sve oblike predrasuda prema LGBT osobama, postoje izvesne razlike u diskriminaciji biseksualnih i transseksualnih osoba, te termin homofobija u današnje vreme biva kritikovan, s obzirom da ne obuhvata na adekvatan način diskriminaciju biseksualnih i transseksualnih osoba i kao rezultat kritike javljaju se novi termin bifobija i transfobija, koji još uvek nisu sasvim prihvaćeni u psihološkoj literaturi.

Iako biseksualne i transseksualne osobe dele neka pitanja diskriminacije sa osobama homoseksualne orijentacije, oni su diskriminirani i zato što ne odgovaraju prihvaćenim normama seksualnosti, kao i rodnom različitostima. Bifobija se manifestuje kroz negativne stereotipe. Smatra se da su biseksualci zbunjeni svojim seksualnim identitetom, te da su oni

zapravo homoseksualci koji nemaju hrabrosti da istupe kao takvi, zbog čega se prikrivaju promiskuitetom i opsednutošću seksom. Transeksualne osobe se usled netolerancije rodne različitosti takođe posmatraju kao prikrivene homoseksualne osobe, koje izbegavaju da budu identifikovane kao takve, te biraju da budu transeksualne orijentacije.

Organizacija društva prema modelu o dva pola uslovljava određene norme, koje prožimaju praktično sve aspekte svakodnevnog života, od zvaničnih dokumenata, u kojima oznake za pripadnost muško-žensko isključuju prostor za fluidnost rodne različitosti, do svakodnevne podele prostora, kao što je npr. toalet, koji označen kao muški ili ženski predstavlja dnevni podsetnik za netoleranciju prema rodnoj različitosti.

Zabrana diskriminacije po osnovu seksualnosti sprovedena je 2000. godine u Velikoj Britaniji, kao i u drugim zemljama, u nekoliko domena: ukinuta je zabrana služenja vojnog roka za muškarce homoseksualce, doneta je odluka o zaštiti od diskriminacije na radnom mestu, istopolnim parovima proširen je zakon o pravu na usvajanje dece u SAD-u i Velikoj Britaniji. Takođe, bilo je i pozitivnih promena u odnosu na rodni identitet: zabranjena je diskriminacija nad transeksualnim osobama prilikom zapošljavanja.

Napredak u pojedinačnim aspektima smanjenja polne i rodne diskriminacije izrodio je suprotnost na polju tolerancije prema LGBT osobama po pitanju socijalnih uključivanja. Vojna politika u SAD-u i dalje sprečava služenje vojnog roka muškarcima homoseksualne orijentacije, te sprečava LGBT osobe da otkriju svoju seksualnu orijentaciju. Slično tome, u Australiji LGBT osobama nije data mogućnost da formiraju građanski brak ili da pravno usvoje dete (postoje registri istopolnih partnerstava, ali pravno gledano, zakonom nisu omogućeni).

Iako u većem delu zapadnog sveta LGBT osobe imaju određeni stepen jednakosti, u 85 zemalja članica Ujedinjenih nacija, koje podrazumevaju širok spektar kultura i vera, partnerski odnos osoba homoseksualne orijentacije kriminalizuje se i dalje, a u pojedinim zemljama i oštro kažnjava: smrtna kazna za mušku ili sto udaraca bičem za žensku homoseksualnost u Iranu, zatvorska ili novčana kazna u nekim delovima Afrike za stupanje u istopolnu zajednicu. Dakle, iako su u nekim zemljama osnovna ljudska prava LGBT osoba zakonom zaštićena, a rodna i seksualna različitost tretirane sa poštovanjem i tolerancijom, u drugim zemljama, LGBT osobe su mučene, hapšene, zatvarane, a ponekad su i nestajale. Uklanjanje homoseksualnosti iz DSM klasifikacije 1973. godine pogoduje razvoju istraživanja predrasuda i diskriminacije osoba homoseksualne

orijentacije. Prva skala za merenje i procenu homofobije nastala je 1970. godine i tretira homofobiju kao crtu ličnosti koja se pomoću ove skale može lako identifikovati. Slične skale razvijaju se i poslednjih godina, za merenje internalizovane homofobije (2001), bifobije (2002) i transfobije (2005, 2006). Istraživanja pokazuju da se homofobija češća javlja kod muškaraca, onih sa utemeljenim konzervativnim verskim ili političkim stavovima, kao i kod onih koji nemaju lični kontakt sa gej muškarcima/lezbejkama. Utvrđena je visoka korelacija između transfobije i postojanja konzervativnih verskih i političkih uverenja.

Istorijski posmatrano, glavni cilj istraživanja homofobije jeste identifikacija osoba koje su u visokom riziku od realizacije homofobije, te kreiranje obrazovnih programa za borbu protiv homofobije i osvešćivanje negativnih stavova prema osobama homoseksualne orijentacije. Programi se fokusiraju na tri glavna cilja: upoznavanje sa činjenicama o LGBT osobama, obezbeđivanje kontakta sa njima i povlačenje paralele između LGBT osoba i drugih marginalizovanih grupa. Procenjuje se da ovi programi efikasno menjaju stavove.

Pojedina istraživanja su pokazala da postoji korelacija između rizičnih oblika ponašanja, kao što je npr. upotreba psihoaktivnih supstanci i homofobije, kao i to da su anksioznost ili depresivne epizode povezane sa povećanom verovatnoćom javljanja homofobije. Takođe, pojedine crte ličnosti sa sobom nose veću verovatnoću razvijanja homofobičnih stavova. Otvoreno izražavanje homofobičnih osećanja je u nekim društvenim i kulturnim kontekstima vremenom postalo manje prihvatljivo.

Obzirom da u ovom kontekstu postaje manje vidljiva i teže prepoznatljiva, neki psiholozi su pokušali da razviju osetljivije skale, sposobne da identifikuju i suptilnije oblike homofobije. Jedna od prvih naprednijih skala koja meri homofobiju datira iz 1998. godine i sastoji se iz spektra pitanja koja istražuju institucionalnu homofobiju i lične nelagodnosti i verovanja da je homoseksualnost devijantna i promenljiva. Ova skala se u odnosu na prethodne razlikuje po tome što sadrži dve subskele: jedna procenjuje stavove prema lezbejkama, a druga prema gej muškarcima, te po prvi put oni nisu bili posmatrani kao homogena grupa.

U malom broju studija, stavovi prema homoseksualnim temama, umesto osobama, se koriste kao način istraživanja homofobije. One se fokusiraju na istraživanje predrasuda u odnosu na nedavne zakonske promene koje su dovele do institucionalizacije društvene jednakosti za LGBT osobe i ukazuju na to da je pojam jednakosti u ovom slučaju dobro podržan. Čak 96% učenika u Velikoj Britaniji se slaže sa izjavom da

“seksualna orijentacija osobe ne treba da sputava osnovna prava i slobode osobe”. Međutim, ovaj nivo podrške opada kada se dovedu u pitanje konkretna prava, u odnosu na socijalna pitanja, pravo na brak i usvajanje dece.

Studije pokazuju da je bifobija češća kod učenika heteroseksualne orijentacije, nego kod učenika homoseksualne orijentacije. U zapadnom društvu preovlađuju anti-trans osećanja. Istraživanje iz 2006. godine u Velikoj Britaniji pokazuje da su osobe transseksualne orijentacije u visokom riziku od diskriminacije, te uprkos pravnoj zaštiti, diskriminacija i uznemiravanje na radnom mestu se i dalje javlja. Od 873 anketirane transseksualne osobe, 10% je verbalno zlostavljano na poslu, a čak 6% napadnuto na radnom mestu.

S obzirom da homofobija, kao temelj za nepravedno i diskriminišuće ponašanje prema LGBT osobama, neretko dovodi do nasilja ili nekog drugog oblika zlostavljanja, brojna istraživanja se fokusiraju na anti-LGBT ponašanja. Iako ne postoji rutina u prikupljanju podataka o seksualnosti i rodnom identitetu u zakonskim procedurama koje sprovodi policija i organi reda, kada se dogodi zločin, postoje značajna istraživanja koja ukazuju na postojanje diskriminacije u ovim slučajevima i podsećaju da homofobični i transfobični zločini iz mržnje uopšte nisu retki. Istraživanje iz 2003. godine u Velsu ukazuje da je jedan od tri ispitanika bio žrtva fizičkog nasilja ili zlostavljanja. Homofobično nasilje u školama je takođe uobičajeno. Serija ubistava i nestanaka gej muškaraca u Sidneju, u Australiji, takođe upućuje na homofobične zločine iz mržnje. Slučajevi ukidanja medicinske nege nakon spoznaje rodne pripadnosti osobe koja se identifikuje kao transseksualna nisu pojedinačni, kao ni slučajevi silovanja, ubistva, mučenja, prebijanja i drugih vrsta zlostavljanja.

Zločin iz mržnje po osnovu seksualnosti i rodnog identiteta u velikom broju slučajeva ne biva prijavljen, često zbog toga što žrtve ne žele da budu izopštene iz društva ili iz straha od ponovnog zlodela. Iako je teško odvojiti slučajeve zasnovane na seksualnoj orijentaciji od onih zasnovanih na rodnoj pripadnosti, s obzirom na nepouzdanu statističke izvore, postoje dostupni podaci koji pokazuju da je u SAD-u u 2006. godini prijavljeno policiji 1415 krivičnih dela po osnovu seksualne orijentacije, 78 homofobičnih zločina iz mržnje u Kanadi, zatim 822 homofobična zločina u periodu april 2006. godine – mart 2007. godine u Velikoj Britaniji. Počinioци su obično mladi ljudi, bele rase, starosti 16-20 godina. U Australiji se zločini evidentiraju po vrsti kriminala, a ne po motivu, te nije moguće utvrditi broj zločina po osnovu seksualne orijentacije/rodnog identiteta.

S obzirom na to da se zločini prema osobama biseksualne orijentacije ne pominju eksplicitno, postoji pogrešna pretpostavka da su ove osobe ciljane meta za zločin iz mišljenja da su lezbejke/gej muškarci, a samim tim i žrtve homofobičnih kriminalaca. Statistički podaci u SAD-u podržavaju ove pretpostavke brojkama: samo 1,5% zločina iz mržnje su usmereni prema osobama biseksualne orijentacije, nasuprot 62,3% zločina prema gej muškarcima, 13,6% zločina usmerenih prema ženama homoseksualne orijentacije, 20,7% zločina prema homoseksualcima (pol nije uzet u obzir), a 2% zločina prema osobama heteroseksualne orijentacije. Važno je napomenuti da u zakonodavstvu Velike Britanije postoje termini transfobičnih zločina, dok ova kategorija nije uspostavljena u SAD-u, u FBI statistici zločina iz mržnje, kao ni u drugim zemljama.

Postoje dobro utemeljena psihološka istraživanja homofobičnih zločina iz mržnje, iz 2009. godine koja sugerišu da postoje značajne razlike u nivoima intenziteta zločina u zavisnosti od seksualnosti žrtve. Podaci ukazuju da svaki treći gej muškarac prijavi zločin iz mržnje, u odnosu na svakog desetog biseksualnog muškarca, koji će prijaviti isti. Zločin će prijaviti i oko 12% lezbejki, kao i 12% biseksualnih žena. Zločini nad ženama teže da se dogode u privatnom ambijentu (dom počinioca ili žrtve), dok se zločini nad muškarcima značajno češće dešavaju na javnim mestima, npr. u blizini gej kluba. Počinioci zločina obe vrste su uglavnom muškarci. Jedan od izazova sa kojim se suočavaju istraživači je i određivanje kriterijuma da se zločin dogodio iz mržnje. Činjenica da se zločin protiv LGBT osobe dogodio ne upućuje automatski na to da je bio posredovan mržnjom. Postoje tri vrste kriterijuma pomoću kojih LGBT osobe prepoznaju homofobnu motivaciju počinioca zločina: verbalni signali, situacioni signali i kontekstualni zaključci.

Najčešći ishod zločina je psihološka trauma. LGBT osobe koje su iskusile neki homofobični napad ili bile žrtve homofobičnih zločina imaju mnogo veću verovatnoću da razviju simptome depresije, posttraumatskog stresa, anksioznosti i besa, u poređenju sa osobama koje su žrtve zločina nezavisno od seksualne orijentacije/rodne ravnopravnosti.

U mržnjom motivisanim zločinima, vrlo česta namera pojedinca nije samo da naudi drugoj osobi, već da pošalje poruku zastrašivanja grupi kojoj pojedinac pripada, odnosno široj LGBT zajednici.

Umesto da se fokusiraju na negativne stavove i predrasude prema LGBT osobama i njihovim problemima, određena istraživanja su usmerila pažnju na doživljaj LGBT osoba u njihovom okruženju i njihova iskustva. Klimatske studije fokusiraju se na praćenje ponašanja prema

LGBT osobama u nekom okruženju i mogućnosti napredovanja u nekom okruženju.

Jedan primer studije je praćenje ponašanja okoline prema LGBT studentima na univerzitetu, iako se rezultati ovih ispitivanja donekle razlikuju, sve ukazuje na to da je homofobija na univerzitetima uobičajena. Osobe homoseksualne orijentacije koje su anketirane su u 75% slučajeva doživele su verbalno maltretiranje, od toga je četvrtini ispitivane populacije prećeno fizičkim nasiljem, a 17% je pretrpelo fizičko nasilje. Više od 80% studentske populacije je prisustvovalo stereotipnom vrednanju LGBT osoba. Ranija istraživanja homofobije u univerzitetskom kontekstu pokazuju veliku učestalost zlostavljanja, zastrašivanja, uznemiravanja LGBT osoba, kao i izbegavanje prijavljivanja svega navedenog, od straha od diskriminacije i novog uznemiravanja, međutim, novije studije ukazuju na javljanje pozitivne klime prema različitostima seksualne orijentacije i rodnog identiteta, kao i prihvatanje LGBT osoba u mnogo većoj meri nego ranije. Studenti psihologije, društvenih nauka i medicine u većoj meri smatraju da se nastavni programi na adekvatan način bave pitanjima seksualne orijentacije i rodnog identiteta, u odnosu na studente drugih fakulteta.

Kao direktan rezultat kritike termina "homofobija", u psihološki leksikon uveden je pojam "heteroseksizam". Heteroseksizam je pristup i stav koji promoviše heteroseksualnost kao jedini legitimni oblik ljudske seksualnosti. Ovaj termin obuhvata predrasude protiv svih onih koji nisu heteroseksualci i prepoznaje marginalizaciju LGBT osoba od strane zajednice u celini, a ne samo od pojedinaca. Heteroseksizam je definisan kao "ideološki sistem koji negira i stigmatizuje svaki neheteroseksualni oblik ponašanja, identitet, odnos ili zajednicu".

Ovaj termin je sinonim za kulturalnu, kolektivnu ili društvenu homofobiju, koja se odnosi na društvene norme i standarde koji diktiraju uverenje kako je biti heteroseksualan bolje ili moralnije nego biti LGBT osoba. Heteroseksizam se manifestuje na dva osnovna načina: kulturni i psihološki. Kulturni heteroseksizam ili institucionalna homofobija odnosi se na heteroseksualne pristrasnosti u okvirima društvenih običaja i institucija (religije, obrazovanja i pravnog sistema), što dovodi do negiranja postojanja LGBT zajednice, njihovih običaja i istorije, čime privileguje status heteroseksualne zajednice. Psihološki heteroseksizam odnosi se na borbu protiv LGBT stavova i ponašanja u mnogo širem kontekstu društvenih struktura koje održavaju predrasude prema seksualnoj opredeljenosti i rodnom identitetu.

Istraživanje heteroseksizma odvija se u okvirima društvenog konteksta, sa akcentom na društvene interakcije i predrasude prema LGBT osobama u kontekstima svakodnevnog života. Ovakav pristup osetljiviji je u identifikovanju suptilnijih oblika predrasuda. Udžbenici psihologije su veoma značajni kao predmet ovih istraživanja. Uočeno je da su 1996. godine lezbejke isključene iz psiholoških udžbenika, a više od jedne decenije kasnije, malo toga se promenilo. Britanski psiholog je 2007. godine utvrdio da mnogi udžbenici uopšte ne pominju ili se blago osvrću na seksualnu orijentaciju i ignorišu LGBT seksualnost. Poseban akcenat je na ignorisanju biseksualne orijentacije koja se podvodi pod lezbejsku/gej orijentaciju, bez posebne diskusije. Ovo pokazuje da LGBT perspektive nisu samo marginalizovane, već su u mnogim slučajevima sistematski isključene.

Izuzetan primer heteroseksizma je medicinski tretman interseksualne odojčadi. Glavni kriterijum u odlučivanju da li će novorođenče opredeliti da bude muško ili žensko dete jeste medicinski kriterijum da li je moguće formirati vaginu (koja će u odraslom dobu biti podobnih dimenzija za polni odnos), odnosno falus dovoljne dužine (za potrebe polnog odnosa). Ova jasna implikacija heteroseksualnosti i pripadnost konvencionalnim “muškim” i “ženskim” rodnim kategorijama predstavljaju imperativ.

Svakodnevni suptilni uplivi heteroseksizma u govor, ponašanje i aktivnosti predstavlja prihvatljivu društvenu normu. Komplimenti između muškaraca često pobuđuju različite sumnje o postojanju budućeg ljubavnog odnosa zato što odudaraju od načina komunikacije pripadnika istog pola u okviru naše kulture.

Heteroseksizam se manifestuje odbijanjem da prizna različitost i razlike koje evidentno postoje, te je uskraćivanje različitih društvenih resursa (zdravstvene usluge, prisustvovanje kulturnim dešavanjima, finansiranje) uobičajena. Često se sugeriše da su LGBT osobe saučesnici u sopstvenoj marginalizaciji i skreće se pažnja sa pravog izvora predrasuda-društva, a fokus stigmatizacije pomera na LGBT populaciju.

U vezi sa idejom heteroseksizma, uveden je konstrukt heteronormativnosti. Odnosi se na percepciju pojačanja određenih uverenja o seksualnosti u socijalnim ustanovama i politikama. U pitanju su stavovi da porodicu čini heteroseksualni par i njihova deca, da je brak institucija dva suprotna pola i drugi stavovi koji posmatraju heteroseksualnost kao jedino prirodno ispoljavanje seksualnosti, te u skladu sa tim heteronormativnost legitimizuje privilegiju heteroseksualnosti. Međutim, neki oblici

neheteroseksualnog seksa i odnosa mogu odgovarati heteronormativnim pretpostavkama, kao slučaj homoseksualnog odnosa koji je monogaman, posvećen i romantičan, te u tom slučaju može koristiti privilegije heteronormativnosti koje su utkane u društveni život.

Heteroseksualnost promovira i nagrađuje jedan određen stil življenja, na način koji obezbeđuje da drugi oblici seksualnosti ostaju marginalizovani. Svakodnevni život bombardovan je porukama i slikama heteronormativnosti u medijima, knjigama, reklamama. Da bi se podigla svest o važnosti prevazilaženja predrasuda i diskriminacija LGBT populacije, neophodno je istražiti načine na koje bi se izvršile pozitivne društvene promene, kada su u pitanju homofobija, heteroseksizam i heteronormativnost.

Pol, rod i LGBT identiteti

Anastasija Milenković

Pol, interseksualnost

Pojam pola, kao i roda, tradicionalno je pogodjen konceptom binarnosti, konceptom koji rezultira čvrstom i nepromenljivom strukturom: „muško-žensko“. Ta struktura jeste jedan generalizujući model koji onemogućava slobodu postojanja međuprostornih kategorija.

Štaviše, koncept binarnosti, rođen iz akademsko-teoretske pozicije esencijalizma, vidi dva pola kao dve fiksne i nepromenljive razlike, tj, vidi polni dimorfizam kao „činjenicu“ ili „opšteprihvaćenu realnost“. A ta ontološka datost pola zapravo je posledica okovnosti u normativnim imperativima pozitivizma.

Tako, usko-medicinsko gledište pol definiše na osnovu fizioloških karakteristika, i klasifikuje polne kategorije prvenstveno na temelju anatomske strukture polnih organa, hormonalnog statusa, diferencijacije središnjeg nervnog sistema i sekundarnih polnih karakteristika, što rezultira postuliranjem tumačenja pola kao biološkog entiteta po sebi. Medjutim, i genetika i paleontologija i biologija susreću sa ozbiljnim ograničenjima pri pokušaju davanja integralnog odgovora na pitanje šta je pol. Iako se gledano kroz prizmu binarnosti, pol javlja u ženskoj i muškoj varijanti, postoje i oni polni varijeteti koji nisu ništa manje „normalni“ ili „prirodni“, koji se javljaju čak u 1 od 1500-2000 slučajeva. Primera radi, polni razvoj, posmatran biološkim diskursom, ne mora biti nužno tipično „ženski“ sa 46 XX hromozoma ili tipično „muški“ sa 46 XY hromozoma, već izmiče unitarnosti kroz raznovrsne 45XO, 47XXY, 45X/46XX, 46XY/47 i druge varijacije, smeštajući ih u pojam interseksualnosti. Interseksualnost jeste onaj razvoj pola koji svojim stanjem hromozoma, gonada, reproduktivnih kanala i genitalija ne podleže strukturi „muškog“ i „žen-skog“.

Razne studije pola i roda preispituju naučne i medicinske argumente za ovakvo postuliranje navodno inherentnih, „ontološki opravdanih činjenica“ o polu i pozivaju na dalju elaboraciju i modifikaciju kategorija zdravstvene politike kako bi se obezbedila prava androginih,

hermafrodita, transseksualaca i uopšte svih onih čija biološka anatomija i konstitucija izmiče dimorfnom obrascu i koji su izuzeti, isključeni i diskriminirani ovim procesom podele.

Uočavati opasnost esencijalizma, lako je kroz analizu reitarne moći jezika. Naime, jezik je odličan primer kontingentnosti pojma pola. Drugim rečima, jezik je pokazatelj u kojoj je meri pol neotporan na svaki društveni kontekst u kome se radja, i odaje nam uvide o mnogim društvima koja su priznavala i danas priznaju postojanje više polova.

Mesopotamijska mitologija spominje treći pol, a sumertski mit o nastanku pominje boginju Ninmah koja je kreirala bića bez „muških“ i „ženskih“ organa, koja su se zvala ur.sal i kur.gar.ra. Egipatska grnčarija iz Tebe ističe tri pola: tai, sekhet i hmt. U Indiji, Ardhanari/Ardhanarishvara je androgino božanstvo koje sačinjavaju Shivati i Shakti, sinteza dva pola, a u Vinayi se čak pominju četiri pola: „muški“, „ženski“, „ubhatobzanjana-ka“ (osobe dvolne pole prirode) i „pandaka“ (osobe ne-normativne polne prirode). Mitologija Inka opisuje „quariwarmi“, osobe dualne prirode, dok Maje i Asteci opisuju postojanje više polova, kao i androginiju i polnu nejasnost.

Danas ne možemo prevesti ove ne-binarnе koncepcije i posredovani jezikom, kreiramo svest, stavove, vršimo izbore pozivajući se na diskriminativni model, čiju „iskonsku dualnost“ i „antropološku nužnost“ negiraju druge kulture i druga vremena. Stoga mnoge postmoderne teorije, relativizacijom kriterijuma za klasifikaciju pola, počinju da izgrađuju sveobuhvatniju sliku o polnoj identifikaciji, ali i da otkrivaju opresivne pozicije društva u formiranju polnog identiteta.

“Birajući koji će kriterijum da se koristi pri odredjivanju pola i birajući da uopšte dodje do odredjivanja, društvene su odluke”

Anne Fausto-Sterling

Čak i kada izostaju zdravstveni razlozi, mnoge zajednice vrše pritisak i pozivaju se na specifikovano rano polno deklarisanje, pozicioniranje u dve kategorije – muškaraca i žena, pa čak i po cenu narušenog telesnog integriteta. Na primer, cena održavanja “prirodnog” i “faktičkog” u tretmanu interseksualnih osoba, ogleda se u podleganju hirurškim intervencijama i upućivanju na hormonalne terapije u cilju opstanka u binarnom poretku, a radi izbegavanja i odbacivanja marginalizovane, stigmatizovane i patologizovane pozicije u društvu.

Britanska nacionalna zdravstvena služba je prva državna zdravstvena služba na svetu koja je počela tretman interseks beba pod pretpostavkom da one ne bi trebalo da budu automatski operisane.

U Srbiji ne postoji zakon koji uređuje status i položaj transseksualnih i transrodnih osoba. Zakonski je jedino uređeno to da se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja snosi najmanje 65 odsto od cene zdravstvene usluge za promenu pola iz medicinskog razloga. Međutim, sva druga pitanja, poput bračnog i porodičnog statusa, radnih prava, promene dokumenata, nisu regulisana zakonom.

Australija, Nepal i Nemačka dozvoljavaju roditeljima da umesto ženskog ili muškog pola, upišu u dokumenta "X" kao oznaku za interseksualnu osobu. Argentinski zakon je prvi koji građanima/kama daje pravo da administrativno promene svoj rod bez prethodnih telesnih modifikacija.

Sam termin "polne razlike" sugerise da su ljudi podeljeni na žene i muškarce. Mislim da treba da postavimo pitanje upravo o načinu na koji se tokom istorije razvila ta morfološka dualnost, taj polni "dimorfizam" kao ideal. Reč je o tome da se na kritički način preispita šta znači biti i postati "žena" ili "muškarac", i da se pitamo da li su to jedine mogućnosti koje imamo. Možda se može postati nešto drugo?

Džudit Batler

Stoga je važno ne prenebregnuti ideološku prirodu sistema koji očuvava takvo vidjenje pola kao "prirodnog" (Garfinkel, 1967) i njegov politički karakter (Monik Vitig, 1983). Američki istoričar Tomas Laker (1990) podseća nas da je čak i binarni koncept gledanja na pol relativno nov model tumačenja "prirodnog" i da su, u ne tako davnoj prošlosti, ženska tela bila vidjena kao različita verzija muškarca i štaviše, inferiornija slika istog. To je dobar dokaz da je naše tumačenje pola i tela uopšte, isfabrikovano dominantnim diskursima jednog vremena (Fuko).

Tako je pol, počev od XX veka sve manje mišljen kroz prizmu Frojdove hipoteze "anatomija je sudbina": počev od napora Mišel Fukoa da pojam pola izbavi iz prediskurzivne niše, datosti koja nije podložna konstrukciji, sve do Džudit Batler i njene performativne teorije, koja pol promišlja kao proizvod različitih diskursa koji su u službi određenih političkih interesa. Feminizam, queer teorija i pojava gej afirmativne psihologije iz 1970-ih svojim aktivizmom započeli su narušavanje paradigme o binarnim vrednostima „muško“ i „žensko“, nasrtajima na njene korene: bilo

time što su ukazivali da generička upotreba muškog pola i roda nikada nije „neutralna“, bilo da su pojmu pola oduzimali kvalitet unitarnog iskustva ili, pak, potcrtavali da je reč o instrumentima regulacije i normalizacije, ističući društveno-ideološku razinu problema.

Rod, transrodnost, queer

U opozitu spram esencijalističke perspektive i njene ideološke pozicije, stoji svakako drugačija paradigma socijalnog konstrukcionizma, koji od kraja 1980. stupa na scenu sa svojom kritičkom tezom o reifikaciji apstraktnih koncepta. Ne negirajući materijalnu prirodu stvari, ali odričući biološku determinisanost, socijalni konstrukcionizam ostavlja prostor za agensnost, a da istovremeno potcrtava socijalne procese kao važne determinante u konstituisanju ne samo pola, već i roda i seksualnog identiteta.

Kako se to ogleda na pojmu roda? Rod se, naime, definiše kao društveni konstrukt pola koji odredjuje društvene uloge i konstrukte „muškarca“ i „žene“, ali istovremeno, rod je i individualni konstrukt vlastitog identiteta/izražavanja koji potvrđuje, negira i/ili nadilazi društveno zadatu binarnu osnovu „muškog i ženskog“.

Obično se kaže da je to način na koji doživljavamo, kontekstualizujemo i komuniciramo naš pol. Za socijalni konstrukcionizam, rod nije manifestacija suštine našeg pola. Rod je društveno mesto, koje nam se dodeljuje, koje upotpunjavamo.

Rod se realizuje uvek u društvenom odnosu i zbog toga, pored rodnog identiteta, govorimo i o rodnim ulogama. Rod nije samo društveno konstruirana definicija žena i muškaraca, to je i društveno konstruirana definicija njihovog odnosa. Drugim rečima, rodne uloge imaju eksplanatornu i prediktivnu moć i obezbeđuje ponašajnu jasnoću u jednom društvu. Termin uloga se koristi da označi da se šabloni ponašanja uče ili odigravaju kao po nekom društvenom kodu (Ganjon i Simon, 1973.). Dakle, rodne uloge su deskriptivne kategorije, kontingentno definisane, kulturološki obojene i podložne vremenskom propadanju i redefinisanju.

Rod je imitacija za koju ne postoji original.

Džudit Butler

Rod se tradicionalno, u opoziciji spram pola kao fiksiranog elementa, predstavljao kao svojstvo u permanentnoj realizaciji, s obzirom da se rodna uloga žene ili muškarca susreće sa stalnim izazovima doseza-

nja. Čak i kada su promene tumačenja roda podložne svesnom proširivanju granica, nivelisanja razlike ili asimetrije političke ravnopravnosti – čak i tada se rod odlikuje dinamikom „postajanja“ i „dosezanja“, pojam brementit značenjima koja čekaju na reviziju. Rod je vrlo promenljiv aspekt života pojedinaca, koji sabira mnoge karakteristike, načine ponašanja, obaveze, očekivanja, koji zavise od bezmalo svih faktora i konteksta ljudskog delovanja. Pa ipak, uprkos toj kompleksnosti, rod može biti izuzetno tesna kategorija.

Dok za neke ljude rod igra vrlo važnu ulogu, drugi žele da ga u celosti odbace kao pojam i prevazidjenu kulturnu tvorevinu. S jedne strane, postoji tendencija oslobodjenja od klasifikacije roda, a sa druge, snažna borba za slobodu biranja roda i življenja roda, jer rod za neke može biti ključ onoga što jesu i kako se osećaju. Drugim rečima, rod je poput jezika koji se uči, koga neki ljudi govore i prihvataju, a koga neki negiraju i/ili nadilaze, kreirajući vlastiti spektar identiteta, izražavanja, uloga i normi.

Dobar primer jeste transrodnost. Transrodnost podrazumeva vlastitu rodnu samokoncepciju. Transrodnost se, naime, tiče rodnog i polog identiteta i njihovog izražavanja koje prevazilazi postojeće društveno prihvatljive norme u određenoj sredini. Za razliku od transseksualnih osoba, osobe koje ispoljavaju transrodno ponašanje najčešće ne žele da promene pol, već aspekte svog roda, što narušava dihotomiju muških i ženskih rodnih uloga, podriva društveno nametnute granice i oduzima jasnoću rodnim ulogama. Osobe čiji se pol poklapa sa unutarnjim osećanjem za rod nazivaju se cis-rodne.

Pod jednim širokoobuhvatan terminom - trans* - redjaju se svi oni identiteti u spektru rodnih varijeteta koji se odupiru pojednostavljenju fiksne rodne binarnosti: transvestiti, rodno queer osobe, rodno fluidne, nebinarne osobe, osobe koje se poigravaju sa rodom, bezrodne, arodne, nerodne, osobe trećeg roda, two-spirit, birodni, trans muškarci i trans žene.

Reč “transvestit” je prvi upotrebio 1910. godine nemački seksolog Magnus Hirschfeld, koji je kasnije osnovao Berlinski institut na kome su se obavile prve operacije “promene pola”. Reč “transseksualac” se nije pojavila sve do 1949.godine, a transrodan do 1971.god, dok je reč “trans” (što je veoma britanski izraz) ušla u jezik 1996. godine. Prema Oxford English Dictionary, prva upotreba reči “androgen” je zabeležena 1552.godine, ali se zapravo samo u poslednjih deset godina dešava da ljudi koji sebe opisuju kao osobe između polova ili su oba pola, nazivaju sebe ovim imenom. “Polirodan” je kalifornijska intervencija nastala ka-

snih devedesetih prošlog veka, koja opisuje stanje osobe multiplih rodova.

Mnogo pre Hirschfelda su druge kulture razvile svoju terminologiju kojom su opisivale "trans" osobe. Od indijskih Hijra preko polinežanskih Fa'afafine do tajlandskih Ladyboys i Tomboys i Takatāpui Novog Zelanda, postoji mnoštvo reči koje trans osobe koriste u opisivanje sebe. Queer označava teorije, politike i aktivizme protiv raznih oblika opresije i diskriminacije, nadovezujući se na strukturalizam i dekonstrukciju. To je transgresija i dekonstrukcija pretpostavljenih konstrukata seksualnosti i identiteta, pola i roda, kategorija poput: lezbijske, gej, biseksualne, transrodne, transeksualne, interseksualne i heteroseksualne. Queer aktivizam usredsređen je na stvaranje slobode samoidentifikacije, na odnos reprodukcije identiteta. Queer aktivizam je radikalniji aktivizam koji je nastao kao odgovor na porast homofobije u javnom diskursu uoči AIDS krize u svetu, posebno SAD-u, početkom 1980. Tada i dobija svoju pozitivnu konotaciju, prestaje da bude psovka ili pogrdno ime za obično, gay muškarce. Queer je zapravo odstupanje od heteropatrijarhalnih normi, principa i vrednosti, preispitivanje i konstantno remećenje svega što je društveno pretpostavljeno i uslovljeno.

Cross-dressing – trans-oblacenje, tj. nošenje odeće koja je dizajnirana i namenjena za suprotni pol.

Drag – transvestija (dressed as a girl), reč se izvorno koristila u Šekspirovom Glob teatru kao oznaka za glumce koji su imali ženske uloge, pošto glumica nije bilo. Termin se odnosi na kostim i prerusavanje, a referira na muškarce koji na ovaj način nastupaju, oponašajući žene i time sprovode rodni performans čime demonstriraju fluidnost rodnog identiteta koji se inače po definiciji smatra „fiksiranim“. Drag queen – muškarac koji simulira ženu. Drag king – žena koja simulira muškarca.

Transrodnost ima mnogo oblika, jer sa samom transformacijom roda, menja se i koncept transrodnosti. I kao što danas ne smatramo žene koje nose pantalone transrodnima, jer takvo rodno izražavanje ulazi u prihvatljive norme ženskog rodnog identiteta, dobra nada trans-pokreta danas jeste fokusirana na promenu i njenu mogućnost. Ta promena podrazumeva i pobedu nad transfobijom, ali i depatologizacijom kroz reviziju medicinskih sintagmi "rodna nekongruentnost ili rodna kontradiktornost".

Ta promena, ipak, sa vremenom, i po svojoj prirodi, nije ostala samo borba za pravo na definisanje sopstvenog rodnog identiteta, već je izrasla i nadrasla u suprodstavljanje "datosti" sistema protiv kojih se

pozicionira. I stoga je bliska queer i transfeminističkim pokretima. Kroz pravo na rodnu neodređenost i rodnu kontradikciju, rodovi prestaju da imaju dva lica, rodovi postaju neograničeni u svojoj brojnosti, kao što u toj neodređenosti raste i sloboda određenja pola i ne-pola svakog pojedinca. Na krajnjem horizontu te borbe krije se i ultimativno pitanje prava na identitet, kao izraz otpora prema reprodukciji binarnih kategorija.

Pol i rod su mnogo komplikovaniji od muškaraca i žene, roze i plavog
Leslie Feinberg

Razvojni modeli LGBT identiteta

Vladimir Miletić

Psihološki modeli razvoja LGBT identiteta predstavljaju cikluse koji mapiraju proces kroz koji osoba prolazi u definisanju sopstvenog seksualnog identiteta. Modeli koji će ovde biti prikazani nisu esencijalistički ili patologizujući, ne prejudiciraju poreklo nečije seksualnosti i u potpunosti zaobilaze debatu o poreklu neheteroseksualnih seksualnih orijentacija. Umesto toga, fokus je stavljen na različite načine na koje osoba konstruiše sopstvenu seksualnost u toku života.

Različiti autori su identifikovali različite stadijume i neće svaki od prikazanih modela biti primenljiv na svakog klijenta sa kojim se terapeut susretne, zbog čega je posebno značajno da terapeut poznaje više različitih modela. Takođe, treba naglasiti na početku da modeli nisu uvek međusobno samerljivi, zbog čega bi ih trebalo primenjivati odvojeno. Sa druge strane, pristup odabiru modela trebalo bi da bude pragmatičan.

U nekim periodima terapijskog rada, biće korisniji jedan model, ali se to može promeniti i terapeut ne bi trebalo da okleva u rekonstruisanju svog gledanja na klijentovu seksualnost, onda kada se za to ukaže potreba. U suprotnom, terapeut se dovodi u poziciju da nameće svoje konstruisanje seksualnosti klijentu.

Glavna prednost poznavanja razvojnih modela LGBT identiteta je u tome što lociranje klijenta u nekom od njih može da učini njegovo ponašanje razumljivim i predvidljivim. U ma kojem stadijumu da terapeut locira svog klijenta, koliko da „boravak“ u tome stadijumu deluje teško, on ima i svoje prednosti i jedan je od zadataka za terapeuta da razume koje to prednosti pruža način konstruisanja seksualnog identiteta koji bira njegov klijent. Korisno je za terapeute da obrate pažnju, osobito na izvesna ograničenja, jer im to može biti korisno u davanju interpretacija ili u ohrabrivanju klijentata na eksperimentisanje. Isto tako, u različitim stadijumima klijentima može biti potrebna različita vrsta podrške.

Koler i Hamak (2007) ističu da je za sve psihološke modele razvoja LGBT identiteta karakterističan narativ o borbi i prevazilaženju. Oni identifikuju četiri osnovna elementa koji su prisutni u svim modelima koje ćemo u ovom poglavlju pominjati:

1. svest o homoseksualnim osećanjima
2. istraživanje homoseksualnosti
3. prihvatanje homoseksualnog identiteta
4. integracija identiteta

Interakcionistički model Vivijan Kas (1979)

Više od trideset godina nakon što je prvi put publikovan, model razvoja homoseksualnog identiteta australijske psihološkinje Vivijan Kas i danas ostaje najpoznatiji, uprkos sve brojnijim kritikama koje mu se upućuju. Pored toga što je prvi, ovaj model značajan je i zbog toga što predstavlja jedan od pionirskih aktivističkih pokušaja na polju nauke – ovaj model je prvi koji je homoseksualnost tretirao kao prirodan, normalan fenomen.

Vivijan Kas razvoj gej identiteta posmatra kroz dve bazične pretpostavke: (1) seksualni identitet nastaje kroz kompleksan razvojni proces i (2) ovaj razvojni proces vrši se kroz stalnu interakciju pojedinca i društva čiji je deo. U vezi sa drugom stavkom, važno je ponovo napomenuti da je ovaj model eksplicitno nepatologizujući. Razvoj gej identiteta posmatra se kao adaptiranje gej osoba na heteroseksističku i homofobičnu društvenu sredinu.

Vivijan Kas je izdvojila šest faza u razvoju gej identiteta. Prelaz iz faze u fazu odvija se kroz pokušaje osobe da razreši diskrepance u njenom konstruisanju sebe i načina na koji je društvo konstruiše na kognitivnom i na afektivnom nivou. Premda bi idealno bilo linearno prolaženje kroz identifikovane faze, to ne mora uvek biti slučaj. Budući da se konstrukcija identiteta odvija kroz interakciju pojedinca i društva, u zavisnosti od drugih psiholoških ili socijalnih faktora, moguće je „vraćanje“ na neku od ranijih faza, kao i „preskakanje“ neke od predviđenih faza. Fleksibilnost čini ovaj model veoma korisnim za razmatranje u psihoterapijskom kontekstu. Dalje ćemo razmotriti karakteristike svake od faza ovog ciklusa.

1. Zbunjenost

Pretpostavka je da osoba, ukoliko se pre ove faze bavi konstruisanjem svog seksualnog identiteta, sebe vidi kao heteroseksualnu. Kas pravi ovu pretpostavku zbog implicitne društvene pretpostavke (očekivanja) da su njegovi članovi heteroseksualni; osobe koje jesu heteroseksualne, u ciklus razvoja identiteta ne moraju da ulaze na isti način, budući

da postoji kulturalno ustanovljen model heteroseksualnog identiteta koji može da se usvoji. Zbog toga se može reći da razvoj gej identiteta počinje konstruisanjem različitosti u odnosu na heteroseksualnost.

Svest o različitosti može proizaći iz homoseksualnog iskustva ili iz svesti o emotivnom, kognitivnom ili fiziološkom odgovoru na osobu istog pola. Svest o homoseksualnosti može dovesti do povlačenja iz društva ili osećaja otuđenosti. Osoba u ovom periodu može usvojiti i izrazito homofobične stavove ili naglašeno heteroseksualni identitet. U slučaju homoseksualnih iskustava, česte su racionalizacije tipa „bio je to samo eksperiment“, traženje izgovora u alkoholisanosti i sl. Jedan od često prisutnih objašnjavanja homoseksualnosti u ovom periodu svodi se na dihotomiju emotivni odnosi / seksualni odnosi, gde se jedno toleriše, drugo ne. Osoba može smatrati da je prihvatljivo da gaji osećanja prema osobama istog pola zato što to može da otpiše kao „prijateljski“, dok je telesni kontakt neprihvatljiv; suprotno je takođe moguće – seksualni onos se preemptira kao „samo zadovoljstvo i ništa drugo“, dok se prisustvo osećanja prema osobama istog pola doživljava kao „znak“ homoseksualnosti. Sa druge strane, faza zbnjenjosti može proizvesti početak interesovanja za književnost ili filmove sa LGBT tematikom, za ispitivanjem LGBT kulture ili traganjem za sličnim osobama.

Klijenti u ovoj fazi mogu pokazati posebnu osetljivost na priču o svojoj, pa čak i seksualnosti uopšte. Od svih faza koje ovaj model identifikuje, ova je verovatno najdelikatnija za terapijski rad i traži od terapeuta najviše strpljenja, prihvatanja i podrške. U ovoj fazi, važno je da terapeut ima lakoveran pristup i da klijenta ne konfrontira, čak ni kada iznosi upadljivo kontradiktorne i naizgled nelogične stavove. Potrebno je stvoriti atmosferu tolerancije i sigurnosti u kojoj bi klijent mogao da istraži svoj seksualni identitet.

2. Poređenje

Primarni cilj ove faze jeste da pruži odgovor na pitanje: da li sam ja gej? Kakva je moja seksualnost? Sekundarni cilj jeste nalaženje mehanizma za prevazilaženje socijalnog otuđenja koje osoba anticipuje nakon što prihvati da oseća seksualnu i emotivnu privlačnost prema osobama istog pola. Klijent sebe počinje da konstruiše kao drugačijeg u odnosu na svoju okolinu, što dovodi do toga da se oseća otuđeno od porodice i prijatelja. Prihvatanje istopolne seksualne privlačnosti i konstruisanje sebe kao drugačijeg, stavlja osobu u poziciju da počne da dovodi u pitanje svo-

je pređašnje planove i anticipacije za budućnost, preispituje mogućnost da formira porodicu kakvu je planirala, da ima decu, itd. Ovo osećanje otuđenosti od sredine može navesti osobu da potraži kontakt sa drugim LGBT osobama. Ukoliko je, sa druge strane, osećanje otuđenosti do te mere neprijatno, osoba može potražiti pomoć psihoterapeuta, neretko sa ciljem „ne želim da budem drugačiji“.

Identifikovana su tri glavna načina postupanja i sagledavanja seksualnosti u ovom periodu:

- osoba se upušta u eksperimentisanje i elaborisanje svog novog seksualnost identiteta;
- klijenti počinju da prihvataju svoju seksualnost, ali ne u potpunosti. Mogu početi da stupaju u seksualne, čak i emotivne odnose sa osobama istog pola, ali će neretko isticati da je to jedina osoba istog pola sa kojom mogu da budu u emotivnom odnosu, te da bi u odsustvu te osobe verovatno bili heteroseksualni. Slično tome, klijenti će isticati da jesu homoseksualni, ali da nemaju izbora u vezi sa tim („tako sam rođen“, „nisam ja to birao“, „nisam kriv za to“). Upadljivo je implicitno patologizovanje sopstvene seksualnosti, premda sami klijenti često to ne sagledavaju na takav način, stoga psihoterapeut treba veoma pažljivo da radi na tome da se u to stekne uvid.
- Treća grupa ponašanja odnosi se na „odsustvo“ ponašanja. Osoba je svesna sopstvene homoseksualnosti, ali zbog velikog straha od odbacivanja okleva da se upušta u odnose sa osobama istog pola. Ovakvo ponašanje terapeuti će najčešće primetiti kod osoba koje su posebno vezane za porodicu ili prijatelje, kao i kod onih klijenata kojima je uklapanje u društvenu sredinu i minimizovanje konflikata od sržnog značaja. U radu sa klijentima koji na ovakav način sagledavaju svoju seksualnost, potrebno je da terapeuti posebno budu obazrivi na suicidalnost, osobito ako ova faza dugo traje.

3. Tolerancija

Prethodna faza završava se prihvatanjem da je osoba vrlo verovatno homoseksualna. Ono što klijenta pokreće da uđe u fazu tolerancije jeste uglavnom potreba za socijalizacijom. Druga faza obeležena je osećajem otuđenosti od primarne zajednice, zato što osoba sebe počinje da konstruiše dominantno kroz svoju (drugačiju) seksualnost.

U ovoj fazi nije ispravno reći da osoba prihvata svoj identitet,

ona ga samo toleriše, zato što je tolerisanje identiteta neophodno kako bi klijent ostvario svoju potrebu za socijalizacijom. (Homoseksualnost se u ovoj fazi na neki način posmatra kao nužno zlo: potrebni su mi drugi ljudi, a društvo me zbog homoseksualnosti odbacuje; dakle, moram naći ljude koji su slični meni.) U trenutku kada započinje socijalizacija sa drugim LGBT osobama, kvalitet te interakcije je od presudnog značaja. Pozitivna iskustva dovode do toga da osoba brzo može da prihvati svoj identitet. Negativna iskustva često nastaju zbog neadekvatnih socijalnih veština, stidljivosti, lošeg samopouzdanja, straha od toga da drugi ljudi saznaju za njenu homoseksualnost. Ovi faktori su dobra mesta za terapijsko delovanje i način na koji terapeut može pomoći klijentu u prihvatanju seksualnosti.

4. Prihvatanje

Zadovoljavajuće razrešenje prethodne faze, uslov je za prihvatanje svog seksualnog identiteta. Faza prihvatanja uglavnom nastaje onda kada osoba u gej zajednici pronađe bliska i trajnija prijateljstva. Pozitivnije konstruisanje sopstvene homoseksualnosti dolazi iz pozitivnijeg i kompleksnijeg konstruisanja drugih LGBT osoba.

Model Vivijan Kas predviđa još dve faze: ponos i sintezu identiteta, ali to da li će osoba kroz njih proći i na koji način, u mnogome zavisi od socijalne mreže koju je razvila do trenutka kada prolazi kroz fazu prihvatanja identiteta. U ovom periodu dolazi do izvesne stabilizacije konstruisanja identiteta, odnosno, u trenutku prihvatanja određeni temelji gledanja na seksualnost su čvrsto postavljeni. Jedna grupa klijentata seksualnost može konstruisati kao isključivo privatnu stvar, nešto što ne mora da bude vidljivo van kontakta sa partnerom ili užom grupom (uglavnom homoseksualnih) prijatelja. Onda kada se seksualnost konstruiše kao nešto što je isključivo u domenu privatnog, ona se tretira kao „tajna“. Ovakvo konceptualizovanje homoseksualnosti često je u konzervativnim i diskriminativnim sredinama i uzrok je getoizaciji i socijalnoj izolaciji LGBT osoba. Socijalna mreža osobe koja na ovakav način konstruiše svoju seksualnost ili je veoma mala i sastoji se od drugih LGBT osoba (formirajući izvesno „tajno društvo“) ili osoba formira veoma jasan rez u svojoj socijalnoj mreži gde je jedan njen deo rezervisan isključivo za LGBT osobe i emotivni život, a drugi deo za „ostale“ ljude gde se predstavlja kao heteroseksualna. Važno je napomenuti da „predstavljanje“ ne mora podrazumevati eksplicitnu nameru da se odigrava heteroseksualni iden-

titet. Pod ovim se podrazumeva i to da neke LGBT osobe „prolaze“ kao heteroseksualne. Primer za ovakvo ponašanje su klijenti koji na terapiji, kada govore o drugim ljudima, imaju potrebu da napominju da li osoba o kojoj je reč zna da su gej ili ne zna; takođe, neretko klijenti u ovoj fazi govore o tome da njihovo okruženje „ne zna da su oni gej, ali ne bi lagali ako bi ih neko pitao“, ili slično tome, da „drugi pretpostavljaju da su strejt“, ali iz nekog razloga oni tu pretpostavku ne dovode u pitanje (zato što im odgovara, zato što se plaše posledica, zato što ih „zabavlja“ da drugi tako misle, itd.). U radu sa ovom grupom klijenata od presudne je važnosti baviti se internalizovanom homofobijom (videti poglavlja Predrasude i homofobija za teorijski uvod i Internalizovana homofobija za smernice za rad).

Druga grupa osoba će svoj seksualni identitet konstituisati dvojako: kao privatni i kao javni identitet. Onda kada osoba uvidi značaj javnog aspekta svoje homoseksualnosti, stiču se uslovi za poslednje dve faze konstituisanja LGBT identiteta: ponos i sinteza.

5. Ponos

Ova faza je prva u kojoj je osoba sposobna da u potpunosti odbaci negativno konstruisanje homoseksualnosti koje je prihvatila odrastajući u homofobičnom društvu. Upravo zbog ovoga, osoba najčešće razvija određenu vrstu podozrenja prema heteroseksualnim osobama i to je jedan od prvih naznaka da se klijent nalazi u ovoj fazi. Budući da odbacuje heteroseksističko gledanje na homoseksualnost, osoba se pozicionira na suprotni pol od heteroseksizma. Ovakvo crno – belo gledanje dovodi do podele na „nas“ (LGBT zajednicu) i njih (svi ostali). U ovoj fazi, osoba postaje deo gej zajednice – počinje da čita gej književnost, gleda gej filmove, sluša LGBT muzičare, izlazi u gej klubove i uglavnom se druži sa drugim LGBT osobama.

Ova faza predstavlja period najveće opozicije dominantnim društvenim normama i neretko se stereotipi o LGBT osobama baziraju na tome kako se osobe predstavljaju u ovoj fazi. Ideja gej ponosa se rađa u ovom periodu i ona često heteroseksualnim terapeutima predstavlja problem u radu sa klijentima, na sličan način na koji ideja ponosa i van terapijske sobe često izaziva otpor. U ovoj fazi ključno je da terapeut sopstveni otpor savlada, budući da nije teško da klijent terapeuta preemptira kao homofobičnog, što može dovesti da naglog završetka terapije.

Veoma je korisno za psihoterapeuta da „ponos“ posmatra kroz

prizmu teškog razvojnog puta kroz koji LGBT osoba mora da prođe u pronalaženju sopstvenog identiteta i prihvatanju homoseksualnosti. Ponos je osećanje koje LGBT osobe razvijaju savladavajući negativnu društvenu klimu, predrasude i odbacivanje. Iskustvo „ponosa“ je nešto što će heteroseksualnim terapeutima biti teško za razumevanje.

6. Sinteza

Sinteza identiteta započinje onog trenutka kada strategije „mi protiv njih“, koja je toliko upadljiva u prethodnoj fazi, više ne daje pozitivne rezultate. Katalizator za ulazak u ovu fazu može biti kontakt sa dosledno podržavajućim heteroseksualnim osobama sa kojima klijent razvija bliske odnose. Na ovaj način, klijent počinje sebe da konstruiše kao sličnijeg heteroseksualnim osobama nego ranije (samim tim, konstruisanje sebe postaje složenije) i upravo ova promena u konstruisanju sebe i drugih omogućava bolju integraciju u društvo.

Fazu sinteze identiteta uvek treba gledati kao proces u razvoju, budući da potpunoj integraciji u društvenu sredinu prethode i promene u društvu, ne samo volja pojedinca da se adaptira na društvene norme.

Model Vudmana i Lene

Ukoliko je u interakcionističkom modelu Vivijan Kas akcenat stavljen na značaj socijalnih interakcija i predstavljanja osobe u društvenom kontekstu, onda je modele Vudmana i Lene intrapsihički, jer je akcenat stavljen na unutrašnji svet pojedinca i proces prihvatanja seksualnog identiteta. Ovaj model može biti od koristi svim onima koji su upoznati sa Kibler-Ros modelom tugovanja, kao i psihoterapeutima iz psihodinamskih modaliteta. Vudman i Lene razlikuju četiri faze u razvoju gej identiteta: poricanje, zbunjenost, pogađanje i depresija. U fazi poricanja osoba može čak i da stupa u istopolne seksualne odnose, ali sebe neće gledati kao LGBT osobu. Neretko će se klijenti obraćati terapeutu za naizgled nevezane tegobe. Dejvis (2011) navodi primer studenta koji se na terapiju javlja zbog nesanice i napada panike koji se povlače onda kada se na terapiji počne pojavljivati tema seksualnosti i privlačnosti koje klijent oseća prema osobama istog pola. Premda će mnogi terapeuti moći da identifikuju seksualnost kao temu koju je značajno otvoriti, u ovoj fazi je veoma važno strpljenje i pružanje podrške klijentu da temu, kada je to za njega uvremenjeno, sam otvori.

Onda kada osoba postane svesna svoje homoseksualnosti, započinje faza zbunjenosti. U ovom periodu karakteristično je nezadovoljstvo zbog novootkrivene seksualnosti. Klijenti u ovom periodu uglavnom od terapeuta očekuju podršku i pomoć u razmevanju i boljem sagledavanju novootkrivene seksualnosti i podrška terapeuta može biti od presudnog značaja za formiranje funkcionalnog identiteta. Ukoliko je terapeut upoznat sa LGBT organizacijama koje bi klijentu mogle da pruže podršku ili pomoć u sticanju prvih poznanstava, to može biti od izuzetnog značaja, budući da je za razvoj LGBT identiteta važno postojanje „pozitivnih uzora“. Veliki je rizik, naročito u homofobičnim sredinama u kakve spada i Srbija, da klijent uz neadekvatnu podršku terapeuta i okoline konstruiše svoj identitet internalizujući homofobične stavove sredine. Neki od znakova na osnovu kojih terapeut može primetiti internalizovanu homofobiju su sledeći: prezir prema feminiziranim muškarcima ili „buč“ lezbejkama, bes usmeren prema LGBT aktivistima koji „provociraju“ svojim ponašanjem, izgledom, usvajanje izrazito muževnog identiteta (oblačenje, gestikulacije, govor, itd.); zanimljivo je da je i obrnut fenomen moguć, klijenti se povremeno povinuju stereotipima koje društvo ima prema gej muškarcima, pa osećaju potrebu da se priklone njima, umesto da ih preziru.

Naredna faza je pogađanje (cenkanje) oko identiteta. Klijent već ima određena iskustva u interakciji sa LGBT osobama i preplavljen je implikacijama koje usvajanje ovog identiteta ima za njegov svet. Klijent može na terapeuta gledati kao na spoljni superego i, shodno tome, od njega zahtevati da promeni realnost i „vrati“ klijenta u period kada nije postao svestan svoje seksualnosti. Terapeuti koji rade sa mlađim klijentima koji imaju homofobične roditelje u ovom periodu mogu očekivati zahteve za „popravljanjem“ seksualnosti. Veoma je važno da terapeut predoči klijentu da konverzivna terapija ne daje dobre rezultate i da se smatra neetičnim menjanje nečije seksualne orijentacije. Istovremeno, terapeuti bi trebalo da su svesni besa koji ova informacija može da izazove kod klijenta, pa čak i privremeni ili trajni prekid terapije. Religiozni klijenti će u ovoj fazi početi da govore o implikacijama koje seksualnost ima u religijskom sistemu kome pripadaju.

Depresija je poslednja faza koju predviđaju Vudman i Lena i ona nastaje onda kada svi mehanizmi iz prethodne faze prestanu da funkcionišu, tj. kada klijentima postane jasno da je homoseksualnost nešto što ne mogu da promene, a istovremeno nemaju mogućnosti da se odreknu drugih važnih resursa u životu koji su sa njom inkompatibilni (recimo re-

ligije ili zato što predviđaju uskraćivanje roditeljske podrške i sl.). Depresija koju Vudman i Lena opisuju može (ali ne mora) biti ekvivalent klinički značajnoj depresiji, često sa suicidalnom ideacijom ili samopovređivanjem. Od velike je važnosti da terapeut razume intenzitet depresivnosti i da prihvati osećaje beznađa i bezizalnosti koji klijenti donose na terapiju. Terapijska soba treba da bude percipirana kao dovoljno bezbedna sredina da klijent može da verbalizuje krivicu i stid koji oseća zbog svoje seksualnosti. Imati LGBT terapeuta može biti od velike koristi u drugim fazama, ali u ovoj može predstavljati i prepreku, budući da klijent izrazito negativno konstruiše homoseksualnost u ovoj i prethodnoj fazi, što ga može sprečiti da uspostavi iskren i otvoren odnos sa terapeutom, ukoliko je svestan terapeutaove seksualnosti.

Kako se razvija biseksualni identitet?

Sve do devedesetih godina XX veka, izučavanje biseksualnosti bilo je znatno manje zastupljeno u naučnoj literaturi. I danas je brojčano manje zastupljeno od izučavanja gej identiteta, ali je situacija znatno bolja. Najčešće citirani model razvoja biseksualnog identiteta je onaj koji je sa kolegama predstavio Martin Vajnberg. Karakteristično za njegov model u odnosu na modele homoseksualnog identiteta jeste da se razvoj biseksualnosti oslanja na dvostruko distanciranje: istovremeno na odbacivanje heteroseksualnog identiteta, ali i homoseksualnog. Takođe, za razliku od homoseksualnih osoba, može se reći da oni koji odaberu biseksualni identitet trpe i dvostruku stigmatizaciju: od dominantno heteroseksualnog društva, ali istovremeno i od LGT zajednice. Sa druge strane, biseksualnost pruža prednost lakše adaptacije u heteroseksualne norme, s tim da se u tom slučaju teško može govoriti o biseksualnosti kao specifičnom identitetu.

Vajnbergov model obuhvata četiri faze: fazu inicijalne zbunjenosti, fazu pronalaženja i primene „etikete“ biseksualnosti, fazu prihvatanja identiteta i fazu kontinuirane nesigurnosti. Dok se prve tri faze mogu lako poistovetiti sa fazama razvoja koje su već opisane u delu o razvoju gej identiteta, za Vajnberga specifičnost biseksualnosti leži u poslednjoj fazi koju je opisao kao „kontinuiranu nesigurnost“. Kanadska psihološkinja Marija Gurević (2007) ovu Vajnbergovu fazu opisuje kao otpor prema etiketi biseksualnosti i njeno preispitivanje, kako bi se pronašla zadovoljavajuća alternativa, u kom slučaju nesigurnost dolazi i od činjenice da su seksualni identiteti velikim delom društveno konstruisani, te da je iz-

bor identiteta koji osoba može usvojiti relativno ograničen. Nesigurnost pogoršava činjenica da tokom vremena osoba može osećati veću privlačnost ka jednom polu, a potom ka drugom, ali ne dovoljno da bi osoba mogla da se definiše kao homoseksualna ili heteroseksualna.

Transseksualnost

Transseksualnost je još manje prisutna u istraživanjima ove vrste od biseksualnosti zato što je tradicionalno ona ostavljena istraživačima koji se bave psihijatrijskim i hirurškim aspektima. Postoji nekoliko modela razvoja transseksualnog identiteta, ali ni jedan od njih nema važne kliničke implikacije, stoga ovda neće biti predstavljeni. Smernice za rad sa transseksualnim klijentima biće date u trećeg delu ovog udžbenika.

LGBT partnerski odnosi

Vladimir Miletić

U periodu pre 1973. godine, kada je homoseksualnost kao mentalni poremećaj uklonjena iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika Američkog udruženja psihijatarata, veliki deo naučne literature na temu LGBT partnerskih odnosa bio je pod uticajem stereotipa o ovoj populaciji. Veoma je bila raširena pretpostavka da LGBT osobe nisu sposobne za održavanje stabilnih partnerskih odnosa, pa su shodno tome LGBT veze smatrane za retkost; česte su bile pretpostavke da LGBT veze preuzimaju normativne standarde iz heteroseksualnih odnosa, a veze biseksualnih ili transseksualnih osoba gotovo da nisu bile razmatrane. Prva gej afirmativna istraživanja iz ovog perioda, fokusirala su se na identifikovanje i elaboraciju sličnosti između heteroseksualnih i LGBT veza, kako bi doprinieli razbijanju predrasuda i tada veoma važnoj borbi za depatologizaciju homoseksualnosti.

Za psihoterapijski rad, svest o razlikama možda je i značajnija od svesti o sličnostima, zbog toga što ona omogućava psihoterapeutima da upadnu u zamku projektovanja heteroseksualnih interpersonalnih obrazaca na LGBT partnerske odnose, što je greška koju i gej- afirmativni psihoterapeuti mogu veoma lako napraviti.

Nekoliko je glavnih tematskih celina u koje se mogu svrstati istraživanja na ovu temu: podela rada, kvalitet veze, upravljanje novcem, seksualne prakse.

Jednakost u odnosima

U okviru heteroseksualnih veza, trend je poslednjih decenija da su muškarci sve više uključeni u obavljanje kućnih poslova, no i dalje ovo ostaje dominantno „žensko“ zaduženje i podaci pokazuju da žene i dalje obavljaju značajno veći broj ovih poslova (Dryden, 1999). Nasuprot heteroseksualnim vezama, LGBT partnerski odnosi podrazumevaju simetričniju raspodelu obaveza. Različiti autori su evidentirali različite karakteristike podele dužnosti u LGBT vezama, pa tako Kurdek (2007) navodi da u lezbejskim vezama češće postoji tip podele po kojoj obe partnerke

obavljaju sve poslove, ali u jednakom odnosu, dok kod gej muškaraca češće postoji određena vrsta specijalizacije, gde partneri naprave podelu poslova na jednakoj osnovi, ali se svaki partner pridržava samo onih poslova koje on obavlja.

Veća jednakost partnera u LGBT vezama može se objasniti i kulturnim faktorima. Uprkos formalno osvojenim jednakim pravima, žene u Evropi su i dalje manje plaćene nego muškarci – prema podacima iz 2006. u Velikoj Britaniji je razlika između ženskih i muških primanja 17.1%, a u Srbiji 8.5% prema podacima iz 2012. godine. Razlika u primanjima implicitno može da određuje i raspodelu poslova i odnose moći u partnerskim odnosima. Britanska Komisija za jednaka prava (2006) navodi da je 95% muškaraca i dalje u radnom odnosu, iako imaju dete, dok je istovremeno zaposleno samo 55% majki sa malom decom, što ukazuje na to da žene znatno češće odustaju od karijere onda kada preuzimaju roditeljsku ulogu. Sa druge strane, Peplau i Fingerhut (2007) navode da su LGBT osobe najčešće u vezama gde oba partnera imaju prihode, što onda dovodi do manje nejednakosti u distribuciji moći unutar odnosa dve osobe.

Postoje autori koji sugerišu da je jednakost u LGBT vezama određena vrsta „ideološke orijentacije“ LGBT osoba (Dunne, 1998) koja je zasnovana na emancipaciji od tradicionalno konstruisanih rodni uloga koje konstituišu odnose moći u heteroseksualnim odnosima. Carrington (1999) navodi da je egalitarizam u LGBT partnerskim odnosima u određenom broju slučajeva artefakt metodološkog pristupa istraživanjima i da su razlike (pa i egalitarizam) u praksi manje izražene u odnosu na heteroseksualne veze. Ono što Dunne tumači kao ideološku orijentisanost ka egalitarnom odnosu, Carrington tumači na ličnom nivou: manipulacija informacijama o raspodeli poslova može biti jedan od načina da se partner zaštiti od odstupanja od socijalno konstruisanih normi njegove rodne uloge, pa tako gej muškarci često u istraživanjima konstruišu svoj doprinos kućnim poslovima kao veći od doprinosa partnera, jer na taj način čuvaju „muškost“ partneru, budući da se podrazumeva da muškarci obavljaju daleko manji deo kućnih poslova, u lezbejskim odnosima postoji obrnut trend, ali sa istim ciljem.

Seksualne prakse

U radu sa ljudima koji su u vezi, bez obzira da li je primarni terapijski rad usmeren ka problemima u vezi, seksualne prakse su tema koja

se teško može zaobići, a u radu sa LGBT osobama, tema koje se terapeuti retko i stidljivo dotiču. Zbog ovoga je važno napomenuti da LGBT osobe praktikuju praktično identične oblike seksualnog ponašanja kao heteroseksualne osobe, kao i da su određene etičke norme u vezi sa seksualnim praksama u LGBT populaciji uglavnom preuzete iz heteroseksualnih odnosa, pa se tako i u okviru gej zajednice znatno prihvatljivijim smatraju oni odnosi u okviru monogamnih veza. Istovremeno, nema mnogo istraživanja koja mapiraju raznolikost seksualnih praksi u LGBT vezama, s jedne strane zbog etičkih i metodoloških prepreka u izvođenju ovakvih istraživanja, a sa druge strane zbog straha istraživača da rezultati studija ne budu interpretirani na diskriminatoran i patologizujuć način (Clarke, Ellis, Peel & Riggs, 2010).

Solomon (2005) je ispitivao razlike u seksualnim aktivnostima prema polu i seksualnoj orijentaciji ispitanika, pa je tako ustanovio da se heteroseksualni i homoseksualni muškarci ne razlikuju značajnije po učestalosti seksualnih odnosa, dok razlika postoji kod žena: heteroseksualne žene su navele da odnose imaju u proseku dva ili tri puta mesečno, dok je kod lezbejki učestalost bila u proseku jednom mesečno. Gej parovi u proseku imaju seks češće od heteroseksualnih ili lezbejskih parova. Kurdek (1991) navodi da gej muškarci češće stupaju u nemonogamne, otvorene veze, u poređenju sa lezbejkama i heteroseksualnim muškarcima i ženama. Sa druge strane, otvorenost veze kod gej muškaraca nije povezana sa kvalitetom i zadovoljstvom u vezi, pa je u psihoterapijskom radu potrebno posvetiti pažnju značenju koje se monogamiji pridaje, budući da njeno prisustvo odnosno odsustvo ne moraju da budu odraz zadovoljstva vezom već simbol nekih drugih važnih vrednosti.

Moralnost i seksualne prakse

Veoma je važno imati u vidu da moral (lični, društveni, itd.) utiče na to na koji način govorimo o seksualnim praksama i kako sa njima postupamo. U psihoterapiji je značajno da terapeut razvije dovoljno refleksivnosti u vezi sa ovom temom kako bi mogao da razdvoji svoje od kulturalnih i klijentovih stavova. Takođe, treba imati u vidu da način na koji klijenti govore o svojim i tuđim seksualnim praksama implicitno govori i njihovom konstruisanju seksualnog identiteta.

Liberalnije shvatanje seksualnih praksi bi akcenat stavilo na njihovu bezbednost u zdravstvenom smislu, umesto na učestalost i vrstu seksualnih odnosa, ali je u radu veoma važno da terapeuti budu osetljivi

na to šta upuštanje u određene seksualne prakse znači za njihove klijente i da li je to u koliziji sa njihovim moralnim ubeđenjima. Ovo može biti od posebnog značaja sa religioznim LGBT klijentima ili osobama koje tek počinju da otkrivaju svoju homoseksualnost.

Nenormativni LGBT odnosi

Česta kritika upućena psiholozima i sociolozima koji proučavaju LGBT veze jeste da su istraživanja bazirana na normativnom modelu dugih, monogamnih veza. Istraživanja pokazuju da se nezanemarljiv broj LGBT osoba upušta u nenormativne veze: primarno seksualne veze, veze koje se nalaze „na pola puta“ između partnerskih i prijateljskih odnosa, otvorene veze, poliamorne veze ili bilo koji drugi nenormativni model odnosa. Premda je korisno teorijski poznavati okvire u kojima se ove veze kreću, psihoterapeut bi trebalo da im pristupi fenomenološki: kroz oči klijenta i kroz pravila koja su partneri međusobno definisali. Pogrešno je pretpostaviti da je kvalitet veze loš ukoliko partneri ili nisu monogamni ili osoba ima više od jednog emotivnog partnera, ili su seksualne prakse drugačije od onoga što bi psihoterapeut očekivao. U terapiji je važno eksplicirati hipoteze koje klijenti koriste kako bi strukturalizovali svoje partnerske odnose.

Američki komunikolog Ringer (2001) obavio je kvalitativno istraživanje na uzorku od trideset gej muškaraca o njihovim partnerskim odnosima. Njegovo istraživanje pokazuje da je devijacija od monogamije u organizovanju partnerskih odnosa (tj. „relacionih ideologija“) od velikog značaja za razumevanje LGBT veza. Ringer izdvaja najčešće obrasce:

- Partneri dozvoljavaju seks van primarne veze, ali uz dogovor o tome da se ova iskustva dele kroz razgovor sa partnerom.
- Ohrabruju formiranje prijateljskih, seksualnih i emotivnih odnosa van primarne veze, zbog toga što smatraju da jedna osoba ne može da zadovolji sve potrebe svog partnera.
- Seks van veze je dozvoljen onda kada su partneri razdvojeni.
- Seks van veze je neka vrsta preventivne mere, jer smatraju da će partner u jednom trenutku varati, „jer su muškarci takvi“ pa se veza konstituše kao otvoren odnos kako bi se zaobišla prevara kao razlog raskida.

Vidljivost LGBT veza

U Srbiji ne postoji zvaničan okvir koji bi uredio LGBT veze: partnerstva i brakovi nisu zakonski regulisani, a velika količina homofobije u javnom diskursu i nasilje nad LGBT osobama (fizičko i verbalno) utiču na to da LGBT veze nisu vidljive u javnosti. Ne postoje modeli na koje bi se mlade LGBT osobe mogle pozvati i na osnovu kojih bi mogli organizovati svoje odnose. Takođe, veliki broj LGBT osoba nije deklariralo svoju seksualnost porodici, prijateljima ili u poslovnom okruženju, zbog čega njihove veze ostaju nevidljive i nepostojeće za njihovu okolinu.

Sakrivanje veze od okoline donosi dodatne socijalne i psihološke poteškoće, zbog strogog odvajanja „javnog“ (odnosa sa porodicom, prijateljima, kolegama sa posla, itd.) od „intimnog“ seta odnosa, gde partnerski odnosi postoje u svojevrsnom socijalnom vakuumu – često bez zajedničkih prijatelja i društvene podrške koja bi pomogla održavanju i dugotrajnosti odnosa. Takođe, oni parovi koji su autovani svojoj okolini, mogu osetiti pritisak da svoju vezu prikažu kao „normalnu“ vezu, sličnu heteroseksualnim vezama koje imaju prilike da vide.

Dok je vidljivost heteroseksualnih veza nešto što se uvek podrazumeva, u LGBT vezama (osobito u homofobičnim, konzervativnim zemljama) ona je privilegija retkih parova. Istovremeno, organizovanje odnosa unutar heteroseksualnih veza nešto je što se može nesvesno preuzeti, budući da društvena matrica već obezbeđuje određene modele između kojih je moguće birati. LGBT osobe na to ne mogu da računaju i veoma je često psihoterapija mesto na kome parovi mogu da počnu da organizuju svoj odnos, da preispituju pravila preuzeta iz heteroseksualnih odnosa koja možda nisu dovoljno primenljiva ili funkcionalna.

Socijalne i demografske karakteristike LGBT populacije u Srbiji

Aleksandar Stojaković

Metodološke napomene u vezi sa istraživanjem

Početkom 2014. godine Centar za kvir studije sproveo je četvo-romesčno istraživanje (10.1.2014 - 10.4.2014.) ispitujući stavove LGBT populacije (osoba koje se identifikuju kao lezbejke, gejevi, biseksualne i transrodne osobe) o Paradi ponosa kao aktivističkom instrumentu koji je u zapadnom svetu politički identifikovan kao osnovno sredstvo za postizanje ravnopravnosti sa većinskom, heteroseksualnom populacijom. Budući da u Srbiji nedostaju istraživanja koja se dublje bave strategijama LGBT populacije za ostvarivanje svojih političkih prava, te da se tek sada upoznajemo sa ovom temom, ovo istraživanje je nužno eksplorativne prirode.

Kvantitativni deo istraživanja je obavljen anonimno preko elektronskog upitnika. Konačni uzorak na kojem je vršena statistička obrada činilo je 402 ispitanika/ca na teritoriji Srbije (nakon što su logičkom proverom izostavljeni nevalidno popunjeni upitnici – osobe koje ne pripadaju LGBT populaciji ili ne žive na teritoriji Srbije).

Budući da ne postoji pouzdana statistička baza o LGBT populaciji, i da je zbog izražene homofobije teško doći do pouzadnih podataka kojim bi moglo da se barata, ovakvo istraživanje nije moguće sprovesti na reprezentativnom uzorku, pa se uzorak može smatrati prigodnim ili dostupnim - što bi značilo da je ovim istraživanjem obuhvaćen onaj deo LGBT populacije do kojih je istraživački tim mogao da dođe. To se može primećiti i na osnovu toga što u uzorku postoji nadzastupljenost muškaraca, osoba sa visokim obrazovanjem, mlađih od 36 godina, osoba koje žive u gradovima (najviše u Beogradu), i onih koji/e su aktivni/e u civilnom društvu. Uz sve ovo treba obratiti pažnju i da su elektronska istraživanja ograničena na osobe koje koriste računar i imaju pristup internetu što dodatno sužava uzorak i utiče na rezultate istraživanja.

Glavni nalazi istraživanja – socijalne karakteristike ispitanika/ca

Budući da je uzorak ovog istraživanja prigodan – a ne reprezentativan – ne možemo da govorimo o karakteristikama (cele) LGBT populacije, već onog dela koji je istraživanjem obuhvaćen. Eksplorativno istraživanje za cilj ima upoznavanje sa određenim i specifičnim fenomenima i preuzima se u početnim proučavanjima određene oblasti koja sadrži dosta nepoznatog, te je njegova priroda da postavlja osnov za dalje produblјivanje istraživanja.

Dominantan utisak istraživanja je da strah od nasilja i duboko osećanje elementarne nebezbednosti obeležava egzistenciju LGBT osoba u Srbiji. To se vidi u gotovo svakom stavu prema socijalnom nastupu i u socijalnim potrebama populacije, pa tako ogroman broj ispitanika/ca navodi njegovo smanјivanje kao primarni cilj rada LGBT organizacija. Zaštita od svih oblika nasilja i osiguranje elementarne bezbednosti se postavljaju i kao primarni zahtevi Parade ponosa prema državi, a većina ispitanika/ca (55%) navodi da bi otišli/e na Paradu ako bi se osećali/e bezbedno. Možemo s pravom reći da nasilje (fizičko, verbalno i psihičko) i bojaznost od diskriminacije u mnogome diriguju životima LGBT osoba u Srbiji. Drugi važan parametar koji oblikuje stavove i potrebe populacije je coming out, ili spremnost na vidljivost.

Coming out

Coming out porodici (i široj okolini) predstavlja poseban i značajan trenutak u životu LGBT osoba, kome prethodi prihvatanje sopstvene (homo)seksualnosti ili rodnog identiteta (kod transrodnih osoba). Što je u društvu povećan stepen homofobije, to je autovanje pojedinca/ke teže. Poznato je i da se veliki broj LGBT osoba tokom svog života nikada ne autuje (često govoreći kako je to “njihova privatna stvar u koju niko drugi ne treba da se meša”), ali se čini da su mlađe generacije sklonije da bar sa porodicom podele svoju seksualnu orijentaciju ili (trans)rodni identitet.

Kod najvećeg broja ispitanika/ca (39%) niko od članova porodice ne zna da su LGBT. 30% ispitanih je za svoju seksualnu orijentaciju ili transrodnost reklo nekom od članova porodice, dok kod 31% ispitanih svi članovi porodice znaju za njihovu seksualnu orijentaciju ili transrodnost.

DA LI VAŠA PORODICA ZNA DA STE LGBT OSOBA?

NE	39 %
DA	31 %
ZNAJU NEKI ČLANOVI / CE MOJE PORODICE	30 %

Razlika u odgovorima postoji u zavisnosti od uključenosti ispitanika/ca u civilno društvo. Tako 59% uključenih u rad organizacija koje se bave LGBT pitanjima je autovano svojoj porodici, u odnosu na svega 20% autovanih ispitanika/ca koji/e nisu uključeni/e u rad LGBT organizacija. 42% onih koji/e nisu uključeni u rad LGBT organizacija nisu autovani svojoj porodici, dok je tek 16% ispitanika/ca uključenih u rad LGBT organizacije nije reklo nijednom članu svoje porodice za svoju seksualnu orijentaciju ili transrodnost. Ovo se može objasniti na dva načina: 1. Može se pretpostaviti da LGBT organizacije deluju kao prostor senzibilisanja i osnaživanja na prevazilažnje straha od suočavanja sa okolinom; 2. Osobe koje su senzibilisane i osnažene radije se uključuju u civilno društvo i nevladine organizacije koje se bave LGBT populacijom.

Odgovor na pitanje “koji članovi vaše porodice znaju da ste LGBT”, deluje prilično očekivano u društveno-kulturološkom kontekstu Srbije, gde se muškarac samopercipira i samoidentifikuje kao glava porodice, zaštitnik tradicije, dok su žene, možemo pretpostaviti, otvorenije za “modernija shvatanja”. Tako je najveći broj ispitanih svoju seksualnu orijentaciju ili transrodnost saopštio sestri (49%) i mami (44%). 29% “ostaloj rodbini”, koja ne pripadaju užoj porodici. U procesu autovanja muškarcima, LGBT osobe se u značajno manjem procentu odlučuju na to: braći (27%) i očevima (11%).

Kod onih LGBT osoba čije porodice znaju, najveći procenat je saznao direktno od ispitanika/ce – 89% slučajeva. U znatno manjem procentu “od nekog drugog člana porodice” (6%), “videli su slike, poruke/ sami shvatili” (4%), “od okoline” (4%).

Kod većine ispitanih (42%), porodica je pozitivno reagovala na njihovu seksualnu orijentaciju ili transrodnost. 20% ispitanika/ca navodi da je “većina na početku reagovala negativno, a s vremenom se reakcija popravila”. “Neki/e su reagovali/e pozitivno, a kod nekih je reakcija

bila negativna, ali se s vremenom reakcija popravila” je bio slučaj kod 15% ispitanih. Kod 10% ispitanika/ca “neki/e su reagovali na početku negativno i s vremenom se reakcija popravila, a kod nekih je reakcija bila negativna i ostala negativna”. Po 7% ispitanih navodi da je “većina na početku reagovala negativno i reakcije je ostala negativna” i “neki/e su reagovali/e pozitivno, a kod nekih je reakcija bila negativna i ostala negativna”. Ovakva statistika nam sugerira da većina ljudi u Srbiji pozitivno reaguje kada im pripadnici/e LGBT populacije saopšte svoju seksualnu orijentaciju ili transrodnost, ili, ako je reakcija na početku bila negativna, s vremenom promene svoje mišljenje u pozitivno. Budući da poznajemo društveni kontekst Srbije, nekako ne možemo da se otarasimo skepse kada govorimo o rezultatima koje smo dobili na ovo određeno pitanje. Čini mi se da rešenje naše dileme možemo pronaći upravo u prigodnom uzorku istraživanja i nadzastupljenosti osoba sa visokim obrazovanjem, mlađih od 36 godina i onih koji žive u gradovima (93% ispitanih žive u gradu, dok samo 7% u selu). Pitanje je da li bi ovi rezultati bili isti sa reprezentativnim uzorkom i da su istraživači/ce uspeli/e da dođu do osoba koje žive u selima, sa nižim nivoom obrazovanja i starijih od 36 godina.

Kod ispitanika/ca kod kojih porodica ne zna za njihovu seksualnu orijentaciju ili transrodnost na pitanje kako bi reagovali kada bi saznali, 26% odgovara da bi “većina na početku reagovala negativno i reakcija bi ostala negativna”. 24% smatra da bi “neki/e na početku reagovali/e negativno i s vremenom bi se reakcija popravljala, a kod nekih bi reakcija bila negativna i ostala negativna”, dok 21% veruje da bi “većina na početku reagovala negativno, ali s vremenom bi se reakcija popravila”. Ovakvo ubeđenje – da bi reakcija bila negativna – svakako oslikava njihovu bojazan od suočavanja sa okolinom, te svoju seksualnu orijentaciju ili transrodnost kriju od porodice. Očekivano, vrlo su mali procenti onih koji veruju da bi reakcija bila pozitivna: “neki/e bi reagovali/e pozitivno, a kod nekih bi reakcija bila negativna, ali bi se vremenom reakcija popravila” (12%); “neki/e bi reagovali pozitivno, a kod nekih bi reakcija bila negativna i ostala negativna” (11%); “većina bi reagovala pozitivno” (7%). Rezultati nam govore da ubeđenje da će okolina reagovati negativno sprečava ispitanike/ce da govore o svojoj seksualnosti ili transrodnosti, te se odlučju da je zadrži za sebe.

Kao značajno u odgovorima na ovo pitanje pojavljuje se starost ispitanika/ce. Da bi “većina na početku reagovala negativno i da bi reakcija ostala negativna” smatra 29% ispitanih, starosti od 15 do 25 godina, 14% njih između 26 i 29 godina, 31% između 30 i 35 godina, i 29% ispita-

nih starosti 36 i više godina. 36% ispitanih starosti između 15 i 25 godina misli da bi „neki/e reagovali/e na početku negativno i s vremenom bi se reakcija popravljala, a kod nekih bi reakcija bila negativna i ostala bi negativna”. To misli i 20% onih starosti između 26 i 29 godina, 20% starosti između 30 i 35 godina, i 16% ispitanih sa 36 i više godina. 17% ispitanika/ca između 15 i 25 godina, 26% između 26 i 29 godina, 20% ispitanika/ca između 30 i 35 godina i 21% onih sa 36 i više godina smatra da bi „većina na početku reagovala negativno, a vremenom bi se reakcija popravljala”. Da bi „neki/e reagovali/e pozitivno, a kod nekih bi reakcija bila negativna, ali bi se s vremenom reakcija popravljala” kao odgovor navodi 10% onih između 15 i 25 godina, 14% između 26 i 29 godina, 15% ispitanih između 30 i 35 godina, i 10% ispitanika/ca starih 36 i više godina.

Stiče se utisak da, kada je reč o autovanju, naročito svojoj porodici, stavovi ispitanika/ca su pre emotivni nego racionalni, i njih oblikuju različite karakteristike kao što su zrelost, strah, odrastanje u specifičnim kulturnim sredinama. Možemo zapaziti da neautovane osobe starosti između 26 i 29 godina imaju značajno pozitivnije mišljenje od drugih starosnih kategorija. U odnosu na ostale, najmanji procenat ispitanih iz te kategorije veruje da bi mišljenje okoline na njihovo autovanje „bilo negativno i ostalo negativno”, i najveći broj daje optimističnu pretpostavku o pozitivnim reakcijama na autovanje. Sa druge strane, najpesimističniji su ispitanici/e u starosnoj kategoriji između 15 i 25 godina (oni daju prognozu da bi većina reagovala negativno, a samo 10% smatra da bi reakcija bila pozitivna) i oni koji su u kategoriji između 30 i 35 godina. Za tako jako izražen pesimizam ove dve starosne grupe možemo naći razloge, kod prvih, u njihovoj ekonomskoj potčinjenoj poziciji, jer su zbog školovanja i dalje zavisni od roditelja, a kod drugih možemo da promišljamo o nekim drugim parametrima ako se usudimo da uzmemo u obzir generacijski i kulturno-socijalni jaz njihovih roditelja u odnosu na mlađe generacije roditelja.

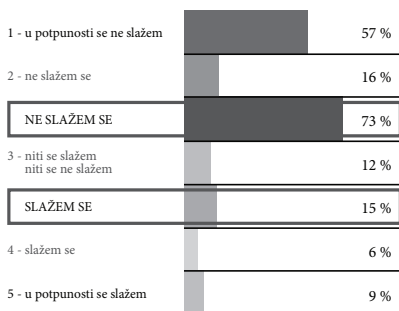
Kada je reč o coming out-u široj okolini, 46% ispitanih navodi da za njihovu seksualnu orijentaciju „znaju svi/e koje to interesuje”. Visok procenat (40%) je za svoju seksualnu orijentaciju ili transrodnost reklo „najbližim prijateljima/cama”. 11% ispitanih odgovara da niko u široj okolini ne zna za njihovu seksualnu orijentaciju, dok 5% je reklo samo „najboljoj prijateljici”.

Kada pogledamo raspodelu odgovora, može se uočiti značajna razlika u odnosu na region u kome ispitanici/e žive. Od onih koji/e navode da za njihovu seksualnu orijentaciju znaju „svi/e koje to interesuje”, 53%

živi u Beogradu i 41% u Vojvodini, dok (značajno niže od proseka onih koji/e inače daju taj odgovor) njih 23% živi u Centralnoj Srbiji. U Centralnoj Srbiji živi i značajno više ispitanika/ca za čiju seksualnu orijentaciju ne zna niko (20%). Kod ispitanih koji/e žive u Beogradu, taj procenat je 9%, a kod onih koji/e žive u Vojvodini, 4%. 34% ispitanih iz Beograda, 50% iz Vojvodine i 46% iz Centralne Srbije navodi da za njihovu seksualnu orijentaciju znaju „najbliži/e prijatelji/ce“.

Kod ispitanih kod kojih bar neko zna iz njihove šire okoline, čak 95% navodi da su saznali lično od njih, dok 22% navodi „od okoline“, nekog/e člana/ice porodice (3%) ili nekako drugačije (2%). Kada je reč o reakcijama coming out-a široj okolini, veliki procenat (70%) ispitanih odgovara da je „većina reagovala pozitivno“, dok je kod svega 2% okolina „na početku reagovala negativno i reakcija je ostala negativna“.

MISLIM DA LGBT OSOBE TREBA DA ZADRŽE SVOJU SEKSUALNU ORIJENTACIJU KAO SVOJU PRIVATNU STVAR I DA NE TREBA DA JE ISPOLJAVAJU JAVNO



Upitani šta misle o stavu: “Mislim da LGBT osobe treba da zadrže svoju seksualnu orijentaciju kao svoju privatnu stvar i da ne treba da je ispoljavaju javno”, kao značajne varijable javljaju se pol, region i uključenost u civilno društvo. Tri i po puta više muškaraca se slaže sa ovom izjavom (21% muškaraca u odnosu na 6% žena). S njom se ne slaže 82% žena i 65% muškaraca, dok 12% žena i 14% muškaraca navodi “niti se slažem, niti se ne slažem”. Da LGBT osobe treba da zadrže svoju seksualnu orijentaciju kao svoju privatnu stvar i da ne treba da je ispoljavaju javno, misli 31% onih koji/e žive u Centralnoj Srbiji u odnosu na 12% onih iz Beograda i 10% ispitanih iz Vojvodine. S ovim se ne slaže 79% ispitanih iz Beograda, 69% onih iz Vojvodine i 54% onih koji/e žive u Centralnoj Srbiji. 21% ispitanika/ca iz Vojvodine, 15% njih iz Centralne Srbije i 10% iz Beograda ne mogu da se odrede.

Kvantitativna istraživanja (naročito kad su eksplorativne prirode) daju nam tek bazičan uvid u situaciju, te nam mnoge pojedinosti ostaju nerazjašnjene. Bilo bi značajno u daljim istraživanjima razjasniti emotivni i generacijski jaz u mišljenjima LGBT populacije kad je reč o autovanju, a čiji rezultati su nas naterali da promišljamo umesto njih i dajemo najopštije moguće pretpostavke, i sa tim u vidu da otklonimo sumnju koliko su njihovi odgovori zapravo emotivni vapaj, a koliko racionalno promišljeni. Ostaje, dalje, vrlo nejasno šta znači “za moju seksualnu orijentaciju ili rodni identitet znaju svi koje to interesuje”, budući da taj odgovor daje više od polovine ispitanika/ca.

Potrebe LGBT populacije

O potrebama ispitanika i ispitanica (pošto zbog prigodnog uzorka ne možemo da govorimo o potrebama LGBT populacije) možemo da vidimo kroz one ciljeve koje su označili/e da bi LGBT organizacije trebalo da se bave. Ciljevi oslikavaju goruće probleme sa kojima se LGBT populacija u Srbiji suočava, i razliku u odnosu na privilegije koje imaju heteroseksualni/e građani/ke. Budući da se ciljevi formiraju iz mapiranih potreba, mislim da je sasvim legitimno da ove ciljeve interpetiramo tako – kao potrebe populacije (ispitanika/ca).

Sa 97% opredeljenih, zaštita od nasija vidi se kao gorući problem LGBT populacije. Nakon toga sa 96% idu “ekonomska i socijalna prava LGBT osoba i zaštitu od diskriminacije na radnom mestu” i “SOS telefoni i psihološka pomoć LGBT osobama” (94%). Broj onih koji se ne slažu sa ovim ciljevima je gotovo zanemarljiv. Slede „saradnja sa državnim institucijama“ (86%), „borba za legalizaciju istopolnih partnerskih zajednica“ (80%), „povećanje vidljivosti/medijske kampanje“ (77%), „održavanje Parade ponosa (47%)“, „saradnja sa političkim strankama“ (59%) i „veći broj žurki“ (42%). Široka raspodela odgovora može da ukazuje i da postoji prepoznavanje da je važno raditi simultano na svim društvenim nivoima, jer menjanje socijalnih struktura i institucija u značajnoj meri vode promenama u ponašanju i stavovima ljudi, a promenjeni stavovi ljudi potvrđuju nove strukture i nova normativna ponašanja koje te strukture od njih traže.

Najveći broj ispitanih pripadnika/ca LGBT populacije (77%) slaže se da je potrebno “povećati vidljivost”. Sa tim stavom se ne slaže 11% ispitanih, dok 12% nema stav po tom pitanju.

Kod “povećavanja vidljivosti” kao bitna varijabla pojavljuju se

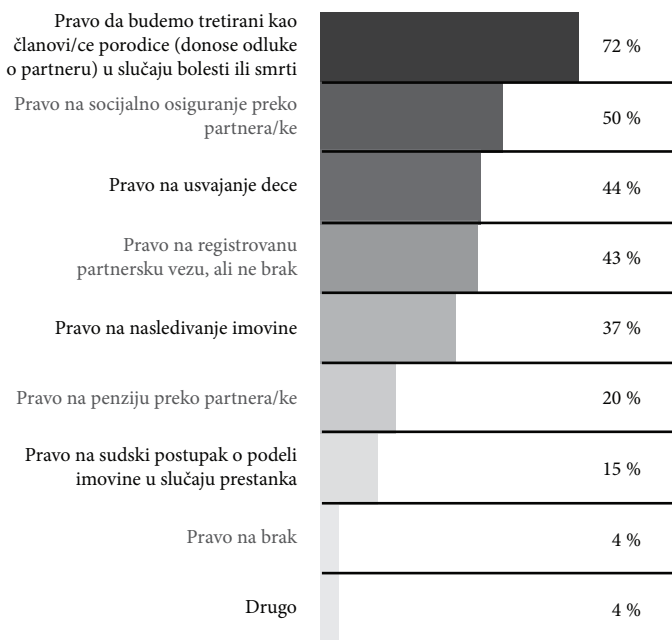
coming out porodici (da li članovi/ce porodice znaju za seksualnu orijentaciju ili transrodnost ispitanika/ca). 87% ispitanih čiji svi/e članovi/ce porodice znaju da su LGBT, 82% onih kod kojih znaju neki/e članovi/ce porodice, ali ne i roditelji, i 65% onih čije porodice to ne znaju, zalaže se za povećanje vidljivosti LGBT osoba. Nasuprot tome, oni/e koji/e nisu autovani/e porodici u značajno manjoj meri podržava povećanje vidljivosti LGBT osoba 18%. Takođe, ispitanici/e koji/e su autovani/e porodici, u značajno manjoj meri ne odobravaju povećanje vidljivosti LGBT osoba – 4%. Možemo pretpostaviti da je autovanje porodici neka vrsta „praga spremnosti na vidljivost“ zbog straha od odbacivanja i gubljenja podrške. Legalizacija istopolnih partnerskih zajednica se takođe vidi kao potreba 80% ispitanih. 9% ispitanika/ca koji pripadaju LGBT populaciji se ne slaže, dok 11% nema mišljenje tome.

Za “brobu za socijalna i ekonomska prava i zaštitu od diskriminacije na radnom mestu” zalaže se visok broj ispitanih (95%), kao i za zaštitu od nasilja (96%). Takođe visok procenat ispitanika/ca (94%) vidi potrebnu “SOS telefona i psihološke pomoć LGBT osobama”.

Zaštita od svakog oblika nasilja (77%) se vidi kao najveći problem i onda kada ispitanici/e treba da rangiraju cijeve kojim bi trebalo da se bave LGBT organizacije. Kao drugi po važnosti izdvaja se “borba za ekonomska i socijalna prava LGBT osoba i zaštita od diskriminacije na radnom mestu” koji navodi kao najvažniji cilj 65% ispitanika/ca. Slede “borba za legalizaciju istopolnih partnerskih zajednica”, koju kao važnu izdvaja 37% ispitanih, “SOS telefon i psihološka pomoć LGBT osobama” (33%) i “povećanje vidljivosti” (30%).

Prava čije ostvarivanje je najznačajnije u ovom momentu za 72% ispitanih je “pravo da budemo tretirani kao članovi/ce porodice (donose odluke o partneru) u slučaju bolesti ili smrti”. Polovina (50%) navodi “pravo na socijalno osiguranje preko partnera/ke”, a slede “pravo na usvajanje dece” (44%), “pravo na registrovanu partnersku vezu, ali ne brak” (43%) i “pravo na nasleđivanje imovine” (37%). “Pravo na penziju preko partnera/ke” navodi 20% ispitanih, a 15% “pravo na sudski postupak o podeli imovine u slučaju prestanka zajedničkog života”. Vrlo mali procenat (4%) navodi “pravo na brak” kao najznačajnije pravo u ovom momentu.

Ostaje nedoumica u kojoj meri ova prava zapravo funkcionišu simbolički, odnosno pojavljuju se kao simbol svih ostalih “prihvaćenosti”. Kao obrazloženje možemo promišljati o uticaju popularne kulture (filmova, serija, popularnih emisija i tako dalje) koji dolaze iz zemalja u kojima



je stepen poštovanja prava LGBT osoba znatno viši, pa se sada diskutuje o pravu na brak i usvajanju dece; jer takva čežnja, iako prisutna i kod populacije koja živi u Srbiji, može nam delovati nelogično u društvu gde ispitanici/ce govore o nasilju i diskriminaciji kao o velikom problemu sa kojim se suočavaju.

Potreba za zaštitom od nasilja u Srbiji se još jednom pojavljuje kao potreba ispitanik/ca. Kada se govori o najvažnijim zahtevima na Paradi ponosa, najveći broj (26%) traži od države zaštitu. Slede “jednaka prava koje imaju i sve heteroseksualne osobe” (24%), zaštita protiv svih oblika diskriminacije (16%). U manjim procentima se pojavljuje i “pravo na brak” (10%), “promena zakona za presteupe nasilja, strožije kažnjavanje” (5%), “socijalno-ekomski položaj LGBT osoba” (5%), “pravo na usvajanje dece” (4%), vidljivost (3%), “sloboda u svakom mogućem smislu” (2%) i tako dalje.

Kada je reč o ciljevima, ili potrebama same populacije, čini se da postoji određena hijerarhija po tome koji su gorući problemi u ovom trenutku i da li su oni temelj koji prvo treba izgraditi kako bi moglo da se radi na drugim poljima. Zato se nasilje (fizičko, verbalno, psihičko) i osećaj elementarne bezbednosti, koji je realan problem i svakodnevnica

LGBT populacije u Srbiji, uvek pojavljuje visoko na listi kada govorimo o potrebama (ili ciljevima na kojima treba da rade LGBT organizacije i država). Dok se problemi sa nasiljem i diskriminacijom na poslu, porodici i na javnim mestima na reše, teško je da može da se govori o bračnoj zajednici ili usvajanju dece, što za mnoge pripadnike/ce LGBT populacije u Srbiji, sa ovog stanovišta, i prema ovom istraživanju, može da deluje kao "luksuz" koji će dostići u budućnosti.

LGBT zajednica u Srbiji

Kod pitanja "Šta je za Vas LGBT zajednica?" nije bilo ponuđenih odgovora, već je ispitanicima/cama ostavljena mogućnost da ga sami formulišu. Za skoro trećinu njih (29%) LGBT zajednica je "zajednica ljudi aktivnih u promociji i unapređivanju LGBT prava". Slede: "zajednica koju čine sve LGBT osobe" (17%), "zajednica u kojoj se osećam dobro i imam osećaj da joj pripadam" (10%), „zajednica koju povezuje kultura, zajednički ciljevi“ (8%) i u jednakom procentu „zajednica ljudi koji su povezani sličnim problemima, iskustvima“(6%) i „zajednica LGBT osoba i drugih koje nas podržavaju“ (6%).

Na pitanje "Da li postoji LGBT zajednica u Srbiji" 57% ispitanih odgovara potvrdno, 20% odrečno, dok 23% ne zna da li ona postoji.

Na pitanje "Ko po Vašem mišljenju čini LGBT zajednicu u Srbiji?" uz ponuđene odgovore raspodela odgovora je drugačija. Najveći deo ispitanih smatra da LGBT zajednicu čine „ne samo LGBT osobe, već i osobe koje podržavaju LGBT prava i LGBT osobe“ (53%), 32% da nju čine "sve LGBT osobe", dok 11% ispitanih navodi da njoj pripadaju „samo LGBT osobe koje su aktivne u promociji i unapređivanju prava LGBT osoba“.

Kod pitanja "Ko bi po Vašem mišljenju trebalo da čini LGBT zajednicu u Srbiji?" većina ispitanih navodi da bi LGBT zajednicu trebalo da čine "ne samo LGBT osobe, već i osobe koje podržavaju LGBT prava i LGBT osobe" (70%), 24% da bi nju trebalo da čine „sve LGBT osobe“, dok 3% ispitanih smatra da bi to trebalo da budu „samo LGBT osobe koje su aktivne u promociji i unapređivanju prava LGBT osoba“.

Visok procenat onih koji su odgovorili da bi LGBT zajednicu trebalo da čine i "osobe koje podržavaju LGBT prava i LGBT populaciju" govori o potrebi za stvaranjem strateških prijateljstava, ali se može iščitati i kao vapaj LGBT osoba za većom podrškom, kako u borbi za emancipaciju ne bi bili usamljeni.

Stav prema Paradi ponosa

Istorija (pokušaja) organizovanja Parade ponosa u Beogradu je istorija fizičkog i verbalnog nasilja nad marginalizovanom LGBT populacijom u Srbiji, još od pokušaja njene prve instalacije 2001. godine, koja je dobila alarmantne razmere, završivši se prebijanjem nekolicine učesnika/ca. Parada ponosa je od lokalnog karaktera (koliko god može da se govori o lokalnom karakteru kada govorimo o Beogradu), postala problem u čitavoj zemlji. Povećanje fizičkog i verbalnog nasilja na ulicama, govora mržnje u javnom prostoru je naročito osetno od trenutka kada se Parada ponosa za tekuću godinu najavi i traje u danima posle Parade. To je jasan pokazatelj da je Parada ponosa najglasniji javni politički momenat u LGBT aktivizmu i oko nje se artikulišu brojni stavovi koje društvo u Srbiji ima o homoseksualnosti. Razlog za to možemo pronaći kako u senzacionalističkom medijskom pristupu temi – tako i u senzacionalističkoj recipijenciji. Takođe, Parada je i jasan pokazatelj položaja LGBT populacije i senzibilisanosti većinske, heteroseksualne populacije prema njoj. Strah od nasilja i argument o „povećanju homofobije“ je upravo razlog zbog kojeg mnogi pripadnici/e LGBT populacije traže da se odustane od Parade kao političko-aktivističkog oblika borbe za ravnopravnost i integraciju, te da se umesto nje pronađu druga rešanja kojima bi se poboljšala prava LGBT populacije u Srbiji.

Zbog svega toga, održavanje Parade ponosa je pitanje koje izaziva dosta kontroverzi. 29% ispitanih su za njeno održavanje bez ograda. 38% podržava održavanje Parade “ali ne u obliku kakava je danas”, dok se 26% ispitanika/ca protivi njenom održavanju. 7% posto “ne zna”.

Varijable značajne za odnos prema Paradi ponosa su coming out i mesto življenja (region). Ispitanici/ce koji žive u Centralnoj Srbiji, oni za koje porodica i šira okolina ne znaju za njihovu seksualnu orijentaciju ili transrodnost, u velikoj meri su protiv održavanja Parade ponosa. Tako polovina (51%) onih koji/e žive u Centralnoj Srbiji su protiv održavanja Parade ponosa, dok je 18% za njeno održavanje bez ograda, i 26% je za “ali ne u ovom obliku”. 26% ispitanika/ca koji žive u Vojvodini su za Paradu bez ograda, 38% odgovaraju da podržavaju održavanje “ali ne u ovom obliku kakva je danas”, dok 24% su izričito protiv Parade. Održavanje Parade ponosa najveću podršku ima u Beogradu: 33% podržavaju održavanje bez ograda, 41% ispitanih je za Paradu “ali ne u obliku kakva je danas”, dok petina je protiv Parade ponosa (20%).

38% onih za čiju seksualnu orijentaciju ili transrodnost porodice

i šira okolina ne zna su protiv održavanja Parade ponosa (i 35% da “ali ne u ovom obliku”). Kod onih za čiju seksualnu orijentaciju ili transrodnost zna porodica i šira okoliko, stav prema održavanju Parade je drugačiji: 36% podržava održavanje bez ograda, dok 43% podržava “ali ne u ovom obliku kakav danas imamo”. Budući da je Parada ponosa događaj o kome se u javnosti mesecima govori i raspravlja, nije čudno što visok procenat onih koji su neautovani su protiv njenog održavanja, jer ih to dovodi u opasnost od saznanja šire okoliko za njihovu seksualnu orijentaciju.

Upitani/e zbog čega imaju takav stav, ispitanici/e odgovaraju: “Parada ponosa povećava vidljivost LGBT osoba” (10%), “Parada ponosa je način da se ostvare LGBT prava” 10%, “Treba raditi nešto preko cele godine: radionice, filmovi, festivali...” (9%), “Povećava netrpeljivost prema LGBT osobama” (9%).

Što se Parade ponosa tiče, vrlo zanimljive odgovore dobili smo na pitanje “Da li bi došli na sledeću Paradu ponosa ako bude organizovana”. Najveći broj ispitanih (38%) odgovara da ne bi došlo, 25% bi se pojavilo na Paradi ukoliko bude održana, dok 27% ne zna. Ono što se pojavljuje kao zanimljivo jeste što u odgovorima postoje značajne razlike u odnosu na pol ispitanika/ce. Najveći broj muškaraca (47%) odgovara da ne bi došlo na Paradu ponosa, dok odričan odgovor daje 29% žena. Isti broj žena (29%) odgovara da bi došlo na sledeću Paradu ponosa ako bude održana, kao i četvrtina (20%) muškarca. 30% žena i 26% muškarca je neodlučno. Postoji razlika u odgovorima i što se tiče regiona u kome ispitanik/ca živi i coming out porodici (da li članovi/ce porodice znaju da za seksualnu orijentaciju ili transrodnost ispitanika/ca). Među onima koji ne bi došli značajno je viši procenat onih koji/e žive u Centralnoj Srbiji (54% onih iz Centralne Srbije u odnosu na 35% iz Beograda i 35% iz Vojvodine), oni/e čije porodice ne znaju da su LGBT osobe (54% njih u odnosu 25% onih za koje porodica znaju da su LGBT i 33% onih kod kojih neki članovi/ce porodice to znaju, ali ne i roditelji). Možemo da uočimo veću otvorenost žena prema ideji parade, ili eventualno veću hrabrost da se pojave na samoj manifestaciji u odnosu na muškarce. Ovo istraživanje nam ne daje nikakvo obrazloženje za ovaj fenomen, a promišljanje bez adekvatnog istraživanja bi bilo opasno.

Demografske karakteristike ispitanika/ca

Uzorak od 402 ispitanika koji su popunili upitnik, 56% čine osobe koje su se identifikovale kao muškarci, 41% kao žene i 3% pod “drugo”.

Najveći broj ispitanih (26%) ima između 15-26 godina i 30-35. 24% ispitanika/ca ima između 25-29 godina i više od 36. Postoji visoka nadzastupljenost ispitanika/ca koji/e žive u gradovima (93%), u odnosu na sela, gde živi tek 7% ispitanih. U Beogradu živi najveći broj ispitanika/ca (65%), u Vojvodini 19%, dok u Centralnoj Srbiji živi 15% (1% ispitanih nije dao odgovor).

Što se obrazovanja tiče, postoji nadzastupljenost visoko-obrazovanih: 45% je završilo fakultet ili višu školu, 10% specijalističke, postdiplomske, doktorske ili postdoktorske studije. Srednju školu je završilo 41% ispitanih, a 4% je sa nezavršenom ili završenom osnovnom školom. Najveći broj ispitanih (37%) je stalno zaposlen. 5% je povremeno zaposleno na sezonskim poslovima, 19% povremeno zaposleno na honorarnim poslovima, 7% zaposleno u "sivoj ekonomiji", dok je 14% ispitanika/ca nezaposleno. 18% ispitanih nije zaposleno jer su trenutno na studijama.

Najveći broj ispitanih (24%) ne ostvaruje nikakve prihode. 13% ispitanika/ca mesečno zarađuje (u dinarima) do 15.000, 6% do 20.000, 12% između 20.001-30.000. 21% ispitanika/ca mesečno zarađuje između 30.001-50.000 dinara, 11% između 50.001-80.000, 6% između 80.001-100.000 i 6% preko 100.001 dinara.

Kad je reč o prihodima domaćinstva u kojem žive, najveći procenat (46%) mesečno raspolaže sa (u dinarima) između 30.001-80.000 (23% između 30.001-50.000 i 23% između 50.001-80.000). 6% raspolaže sa "do 15.000" dinara mesečno, 5% sa "do 20.000", 10% onih koji mesečno između 20.001-30.000 dinara. 11% ispitanih živi u domaćinstvima koje mesečno raspolažu sa 80.001-100.000 dinara, 9% između 100.001-130.000, 2% između 130.001-150.000, i 8% ispitanih raspolaže sa preko 150.000 dinara mesečno.

Više od polovine ispitanih nije zadovoljno svojim životnim standardom. 44% ispitanih smatra da je njihov životni standard "tek toliki da se preživi", dok 11% kaže da su njiova primanja i primanja domaćinstava "nedovoljni za preživljavanje". Skoro trećina (31%) smatra da su njihovi prihodi dovoljni za "korektan životni standard." 11% kaže da su njihova primanja "dovoljna za dobar životni standard", dok tek 3% ispitanika/ca svoja primanja procenjuju kao "dovoljne za više nego dobar životni standard".

Skoro polovina ispitanika/ca (48%) živi u stanu sa svojim roditeljima. 11% ispitanih živi "sam/a u vlastitom stanu", do 2% živi sa "cimerom/kom/ima u vlastitom stanu". Skoro trećina ispitanika/ca iznajmljuje stan:

12% onih iznajmljuju stan sami, 11% “iznajmljuje stan sa cimerom/kom/ima”, 1% ispitanih iznajmljuje stan u kome živi sa roditeljima, a 6% iznajmljuje stan sa partnerom/kom. 9% ispitanika/ca živi u vlastitom stanu sa partnerom/kom.

Dodatna zapažanja

Kada govorimo o LGBT populaciji i (naročito) LGBT zajednici (kao i o svakoj drugoj neideološkoj grupaciji) ne možemo govoriti kao o jednoj homogenoj grupi – kako se možda čini onima koji nisu upoznati sa njenim karakteristikama – već o pojedincima i pojedinkama koji imaju različite stavove i interese, i koji/e mogu biti (a često i jesu) na različitim ideološkim koordinatama. To se dalo zaključiti i iz ovog istraživanja.

Iako govorimo o prigodnom uzorku, čini mi se da ne bi dobili drastično drugačije rezultate kada bi imali reprezentativan uzorak, a kad je reč o demografskom podatku koji smo istraživanjem dobili o nadzastupljenosti onih koji žive u gradovima, naročito u Beogradu. Migracija u velike gradove je karakterisitka LGBT populacije svuda u svetu. Razlog tome su kulturne i socijalne razlike većih gradova i metropola, u odnosu na manje gradove i sela. U većim gradovima se može govoriti o postojanju zajednica, te nije neobično što homoseksualne, biseksualne i transrodne osobe, osećajući se usamljeno i neprihvaćeno u maloj sredini, žele da se presele u veće gradove gde je veća koncentracija ljudi koji dele njihove probleme i životni stil. Pored toga, razlozi za migraciju su često slični i kao i kod većinske, heteroseksualne populacije, a to može biti obrazovanje, posao, životni standard, ili mesto boravišta partnera/ke.

Kao sastavni deo društva u Srbiji, LGBT osobe dele probleme i žive u okolnostima kao i ostali građani/ke. U prilog tome ide podatak da 48% ispitanika/ca živi i dalje sa roditeljima. Iako takva oklonost, naročito kod onih koji su završili studije, može biti prepreka za sve, čini mi se da to u društvenom kontekstu Srbije posebno je otežavajuće za pripadnike LGBT populacije, naročito kod onih za koje roditelji ne znaju za njihovu seksualnu orijentaciju ili transrodnost, ili su roditelji negativno reagovali kad su saznali. Postoji opšti (a i logičan je) utisak da takva životna okolnost otežava emotivni i socijalni život LGBT osoba, te da je njihova čežnja da se osamostale znatno veća od osoba koje nisu diskirminisane po pitanju seksualne orijentacije.

Videli smo da je autovanje i dalje vrlo kritičan momenat u životu LGBT osoba. Na njihove statvove i odluku o autovanju utiče društvena

homofobija. Ako se vodimo time, zaključujemo da je Centralna Srbija najnepovoljnija za život LGBT osoba, jer je većina osoba koji/e žive u Centralnoj Srbiji protiv autovanja. Velika većina je, takođe, i protiv održavanja Parade ponosa, a više od polovine je odgovorilo da ne bi došli na sledeću Paradu ako bude organizovana.

II TERAPIJA

Smernice za gej afirmativni psihoterapijski rad Američkog udruženja psihologa¹

Prevod: Marko Ćirić

Adaptacija: Anastasija Milenković

Smernica 1. Psiholozi nastoje da shvate efekte stigme (tj. predrasude, diskriminaciju i nasilje) i njene različite kontekstualne manifestacije u životu lezbejki, gej muškaraca i biseksualnih ljudi.

Obrazloženje

Život u heteroseksualnom društvu neminovno predstavlja izazov za neheteroseksualne osobe. Lezbejke, homoseksualci i biseksualci često su suočeni sa društvenom stigmom, heteroseksizmom, nasiljem i diskriminacijom (Herek, 1991a, 2009; Mays & Cochran, 2001; Meyer, 2003). Stigma se definiše kao negativni društveni stav ili društveno neodobravanje usmereno prema odredjenim karakteristikama pojedinca koje dovodi do predrasuda i diskriminacije (VandenBos, 2007). Herek (1995) definiše heteroseksizam kao “ideološki sistem koji negira i osuđuje bilo kakav neheteroseksualni oblik ponašanja, identiteta, odnosa ili zajednice” (str. 321).

Izazovi sa kojima su suočene neheteroseksualne osobe mogu generisati značajan stepen tzv. manjinskog stresa, a LGBT osobe su tolerisane samo onda kada su „nevidljive“ (DiPlacido, 1998). Manjinski stres može imati oblike ružnih svakodnevnih događaja, kao što su homofobične šale, ali i vanrednih događaja, poput gubitka zaposlenja, promene mesta stanovanja, gubitka starateljstva nad decom, fizičkog i seksualnog zlostavljanja (DiPlacido, 1998). Prema Herekovoju studiji (2009), antigej viktimizaciju doživelo je od 1 od 8 osoba lezbejske i biseksualne orijentacije i od 4 od 10 homoseksualaca u SAD-u. Nasilje i diskriminacija mogu dovesti do “osećaja stigmatizovanosti”, osećaja ugroženosti lične bezbednosti i blagostanja (Herek, 2009).

Antigej viktimizacija i diskriminacija povezani su sa problemima

¹ APA Etički kodeks, verzija iz 2010. nalazi se ovde: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

mentalnog zdravlja i psihološkog stresa (Cochran, Sullivan, & Mays, 2003; Gilman et al., 2001; Herek, Gillis, & Cogan, 1999; Mays & Cochran, 2001; Meyer, 1995; Ross, 1990; Rostosky, Riggle, Horne, & Miller, 2009). Jednako je važno da formirajući lezbejski, gej ili biseksualni identitet u kontekstu ekstremne stigmatizacije, većina lezbejki, gejeva i biseksualnih ljudi imaju neki nivo internalizovanih negativnih stavova o neheteroseksualnosti (Szymanski, Kashubeck-West, et Meyer, 2008a). Szymanski, Kashubeck-West i Meyer (2008b) preispitali su empirijske podatke o internalizovanom heteroseksizmu kod lezbejki, gej muškaraca i biseksualnih pojedinaca i utvrdili da je veća internalizacija heteroseksizma povezana sa depresijom, manjkom samopoštovanja, psihosocijalnim i psihološkim stresom, problemima sa fizičkim zdravljem, intimnošću, socijalnom podrškom, kvalitetetom odnosa i razvojem karijere.

Postoje značajne razlike u prirodi stigme sa kojima se suočavaju lezbejke, gej muškarci i biseksualni pojedinci. Lezbejke i biseksualne žene, osim suočavanja sa predrasudama prema neheteroseksualnim osobama, moraju takođe da se bore i sa predrasudama i diskriminacijom u svetu gde je seksizam i dalje uticajan (APA, 2007). Sa druge strane, gej i biseksualni muškarci suočeni su i sa predrasudama i pritiscima koje potiču od rodnih odredbi muškosti u društvu uopšte, ali su takodje suočeni i sa posebnim pritiscima koje donosi pripadnost određenim supkultura-ma (Herek, 1986; Stein, 1996).

Biseksualne žene i muškarci mogu biti žrtve negativnih stavova i od lezbejki i gej osoba, kao i od heteroseksualnih osoba (Herek, 1999, 2002; Mohr & Rochlen, 1999). Grin (1994b) napominje da kumulativni učinak heteroseksizma, seksizma i rasizma deluje na lezbejke, homoseksualce, biseksualce i rasne/etničke manjine tako što ih izlaže posebnom riziku za stres. Društveni stresori koji utiču na mlade pripadnike ove grupe, kao što su verbalno i fizičko zlostavljanje, povezani su sa akademskim problemima, bežanjem od porodice, prostitucijom, zloupotrebom opojnih droga i samoubistvom (D'Augelli, Pilkington, & Hershberger, 2002; Espelage, Aragon, Birkett, & Koenig, 2008; Savin-Williams, 1994, 1998). Smanjena vidljivost u društvu i manje LGBT organizacija za podršku mogu da pojačaju osećaj društvene izolacije kod lezbejki, homoseksualaca i biseksualnih ljudi koji žive u ruralnim zajednicama (D'Augelli & Garnets, 1995).

Istraživanja su utvrdila niz kontekstualnih faktora koji utiču na živote lezbejki, gej muškarca i biseksualnih klijenata, tj. na njihovo iskustvo stigmatizacije (Bieschke, Perez, & DeBord, 2007). Među tim faktorima

su: rasa i nacionalnost (Brown, 1997; Chan, 1997; Espin, 1993; Fygetakis, 1997; Greene, 2007; Szymanski & Gupta, 2009; Walters, 1997); imigracioni status (e.g., Espin, 1999); religija (e.g., Davidson, 2000; Dworkin, 1997; Fischer & DeBord, 2007; Ritter & Terndrup, 2002); geografski položaj-regionalne dimenzije, ruralno nasuprot urbanom, ili zemlja porekla (e.g., Browning, 1996; D'Augelli, Collins, & Hart, 1987; Kimmel, 2003; Oswald & Culton, 2003; Walters, 1997); socio-ekonomski status, kako u prošlosti, tako i tekući (Albelda, Badgett, Schneebaum, & Gates, 2009; Badgett, 2003; Diaz, Bein, & Ayala, 2006; Martell, 2007; Russell, 1996); starost (Russell & Bohan, 2005); invaliditet (Abbott & Burns, 2007; Shuttleworth, 2007; Swartz, 1995; Thompson, 1994;); HIV status (O'Connor, 1997; Paul, Hays, & Coates, 1995); rodni identitet i predstavljanje (APA, 2008; Lev, 2007).

Primena

Psiholozi su pozvani i pozivaju na ozbiljno shvatanje posledica društvene stigmatizacije, predrasuda i diskriminacije koje mogu biti izvori stresa i stvarati zabrinutost zbog lične sigurnosti lezbejki, homoseksualaca i biseksualnih klijenata (Mays & Cochran, 2001; Rothblum & Bond, 1996). Upravo zato, stvaranje osećaja sigurnosti u terapijskom okruženju od primarne je važnosti. Naime, od suštinskog je značaja razumevanje uticaja stigme i sposobnost psihologa da pokaže to razumevanje klijentima. Psiholozi koji rade sa lezbejkama, gej muškarcima i biseksualnim ljudima savetuju se da procene istoriju viktimizacije klijenta, istoriju i uticaje uznemiravanja, diskriminacije i nasilja. Pored toga, treba proceniti otvorene i prikrivene manifestacije internalizovanog heteroseksizma sa kojima je klijent suočen (Sanchez, Westefeld, Liu, & Vilain, 2010; Szymanski & Carr, 2008). Različite kombinacije kontekstualnih faktora vezanih za pol, rasu, etničku pripadnost, kulturno prekllo, socijalni status, versku pozadinu, invaliditet, geografsko područje i drugi izvori identiteta mogu dovesti do različitih stigmatizirajućih pritiska. U proceni koji tretman je prihvatljiviji i efikasniji za klijenta, polazište psihologa čini razumevanje ovih pomenutih kontekstualnih faktora. (Fontes, 2008; Ivey & Ivey, 2007).

Među dostupnim intervencijama psiholozima su na raspolaganju:

1. povećanje osećaja sigurnosti i smanjenje stresa klijenta,
2. razvoj ličnih i društvenih resursa,
3. rešavanje zaostalih trauma i

4. osnaživanje klijenta da se suoči sa društvenom stigmom i diskriminacijom, kada je to prikladno.

Psiholog treba da dijagnostifikuje nivoe sigurnosti i socijalne podrške koju klijenti doživljavaju u svom okruženju i u skladu sa tim planiraju intervencije. Na primer, klijentima koji su lagodniji sa svojim lezbejskim, homoseksualnim i biseksualnim identitetom, mogu biti korisne preporuke lokalnih grupa podrške ili drugih društvenih organizacija. Za klijente koji su manje zadovoljni sa svojom neheteroseksualnom orijentacijom, pre mogu biti od pomoći online sredstva. Psiholog treba da odmeri rizik i korist za svakog klijenta, smeštajući ga u kontekst u kome se nalazi klijent. Budući da je stigma tako sveprisutna u kulturi, njeni efekti mogu biti nevidljivi čak i pripadnicima neheteroseksualne orijentacije. Stoga, korisno je razmotriti i one očigledne načine na koje stigma može biti u životima klijenata, iako se o njoj eksplicitno ne govori.

Smernica 2. Psiholozi razumeju da lezbejska, gej i biseksualna orijentacija nisu duševne bolesti.

Obrazloženje

Ne postoje naučni dokazi iz kojih se može zaključiti predispozicija psihopatologije ili druge neprilagođenosti kao svojstvo homoseksualnosti ili biseksualnosti. Studija Evelyn Hooker (1957) bila je prva koja je uspela da ospori istorijsku pretpostavku, zaključivši da ne postoji nikakva razlika u projektivnim testovima između nekliničkih primera heteroseksualnih i homoseksualnih muškaraca. Naknadne studije potvrdile su kako nema razlike između heteroseksualnih i homoseksualnih grupa na merama kognitivnih sposobnosti (Tuttle i Pillard, 1991) i psihičkog zdravlja, kao i samopoštovanja (Coyle, 1993; Herek, 1990a; Savin-Williams, 1990). Foks (1996) je utvrdio da nema dokaza o psihopatologiji u nekliničkim studijama biseksualnih muškaraca i biseksualnih žena.

U današnje vreme, postoje naponi da se repatologizuje neheteroseksualna orijentacija, od strane zagovornika konzervativne ili reparativne terapije (APA, 2009a; Haldeman, 2002). Ipak, glavne zdravstvene organizacije (Američko udruženje psihijatara, 1974; Američko udruženje psihologa, 1975; Američko udruženje za bračnu i porodičnu terapiju, 1991; Američko udruženje savetnika, 1996; Kanadsko udruženje psihologa, 1995; Nacionalno udruženje socijalnih radnika, 1996) potvrdile su da homoseksualnost i biseksualnost nisu duševne bolesti. Štaviše, opsežna

literatura je pokazala da se prepoznaje nekoliko značajnih razlika između heteroseksualnih, homoseksualnih i biseksualnih ljudi na širokom spektru varijabli povezanih sa ukupnim psihološkim funkcionisanjem (Gonsiorek, 1991; Pillard, 1988, Rothblum, 1994).

Dalje, utvrđeno je da je literatura koja klasifikuje homoseksualnost i biseksualnost kao mentalne bolesti metodološki neosnovana. Gonsiorek (1991) je razmatrao pomenutu literaturu i utvrdio ozbiljne metodološke nedostatke kao što su: nejasne definicije pojmova, netačne klasifikacije ispitanika, neprikladne komparacije grupa, neispravno uzorkovanje, nepoznavanje i neprepoznavanje relevantnih društvenih faktora i upotreba sumnjivih mera ishoda istraživanja. Iako su ove studije zaključile da je homoseksualnost mentalna bolest, ne postoji valjana empirijska podrška za uverenja koja dovode do takvih prikaza lezbejki, homoseksualaca i biseksualaca.

Onda kada su studije identifikovale razlike između homoseksualnih i heteroseksualnih pojedinaca u pogledu psihološkog funkcionisanja (e.g., DiPlacido, 1998; Gilman et al., 2001; Mays, Cochran, & Roeder, 2003; Ross, 1990; Rotheram-Borus et al., 1994; Savin-Williams, 1994), te razlike su pripisane uticaju stresa koji se odnosi na stigmatizaciju na temelju seksualne orijentacije. Ovi nalazi su u skladu sa postojećim delom istraživanja koja povezuje izloženost diskriminatorskom ponašanju sa psihološkim stresom (e.g., Kessler, Michelson, & Williams, 1999; Markowitz, 1998). U svojoj analizi istraživanja populacije, Kočran (2001) je zaključio da povećan rizik za psihijatrijski distres i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci među lezbejkama i gej populacijom treba pripisati negativnim efektima stigme.

Primena

Psiholozi preporučuju da se izbegne pripisavanje zastoja u razvoju ili psihopatologije klijentima neheteroseksualne orijentacije. Praksa koja je zasnovana na nejasnim, zastarelim i patologizujućim pogledima na homoseksualnost i biseksualnost može se manifestovati kao neodgovarajuće pripisivanje problema klijenta njegovoj/njenoj neheteroseksualnoj orijentaciji (Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds, & Peplau, 1991; Pachankis & Goldfried, 2004). Šidlo i Šreder (2002) su došli do podatka da je za skoro dvotrećinski broj klijenata na psihoterapiji, terapeut smatrao da ne mogu da očekuju da vode ispunjen, produktivan život, ili da učestvuju u stabilnim emotivnim vezama zbog njihove seksualne

orijentacije. Takve izjave proizilaze iz fundamentalnog gledišta da homoseksualnost i biseksualnost ukazuju na ili su automatski povezane sa duševnim poremećejima.

Klijenti koji su bili izloženi utisku da su homoseksualnost i biseksualnost mentalne bolesti mogu imati internalizovane heteroseksističke predrasude (Beckstead & Morrov, 2004; Pachankis & Goldfried, 2004). U ovim slučajevima, važno je uzeti u obzir efekte internalizovane stigme. Ovi efekti mogu se rešiti direktno ili indirektno (Bieschke, 2008) po potrebi, s obzirom na psihološku spremnost klijenta. Beksted i Izrel (2007) sugerišu saradnički pristup u uspostavljanju terapijskih ciljeva i ispitivanja negativnih efekata predrasudnih uverenja. APA (2009a) “podržava širenje tačnih naučnih i stručnih informacija o seksualnoj orijentaciji, kako bi se suzbila pristrasnost “ i “protivi se izobličenju i selektivnom korišćenju naučnih podataka o homoseksualnosti od strane pojedinaca i organizacija koje utiču na javnu politiku i javno mnjenje“ (p. 122).

Smernica 3. Psiholozi shvataju da su istospolna privlačnost, osećaji i ponašanja normalne varijante ljudske seksualnosti, te da se napori za promenu seksualne orijentacije nisu pokazali kao efikasni i bezbedni.

Obrazloženje

Terapijski napori za promenu seksualne orijentacije postali su učestaliji i vidljiviji u poslednjih nekoliko godina (Beckstead & Morrov, 2004). Terapijske intervencije koje imaju za cilj modifikovanje, ili upravljanje neželjenim neheteroseksualnim orijentacijama nazivaju se “Procesi promene seksualne orijentacije “ (SOCE) (APA, 2009a). Većina klijenata koji traže da promene svoju seksualnu orijentaciju to čine preko takozvanih “eks-gej” programa ili crkvenih zajednica (Haldeman, 2004; Tozer & Haies, 2004). Većina konteksta u kojima se javljaju SOCE proizilaze od religijski zasnovanog “Eks-gej” pokreta (Haldeman, 2004) mada postoji nekoliko psihoterapijskih pristupa. Na primer, Nikolozzi (1991) opisuje model u kome se muška homoseksualnost tretira kroz terapijsko rešavanje razvojnih deficita koji dovode do privlačnosti ka istom polu.

Recenzije literature, u rasponu od nekoliko decenija, dosledno su otkrile da su napori za promenu seksualne orijentacije bili neuspešni (APA, 2009a; Drescher, 2001; Haldeman, 1994; Murphy, 1992). U tim recenzijama ističe se niz metodoloških problema sa kojima se susreću istraživanja u ovoj oblasti, uključujući i pristrasne tehnike uzorkovanja,

netačne klasifikacija subjekata, procene zasnovane isključivo na instrumentima samoprocene i loše ili nepostojeće mere ishoda. Čak i najveći optimisti zagovornici SOCE zaključili su da je seksualnu orijentaciju gotovo nemoguće promeniti (Spitzer, 2003) i da manje od trećine ispitanika u ovim studijama tvrdi uspešnost lečenja (Haldeman, 1994). Stoga, u trenutnoj klimi zasnovanoj na dokazima prakse, SOCE se ne može preporučiti kao efikasno lečenje. Štaviše, u skladu sa APA politikom (APA, 2009a), "...prednosti, po izjavama učesnika, koje proizilaze iz pokušaja promene seksualne orijentacije mogu se dobiti putem pristupa koji ne pokušavaju da promene seksualnu orijentaciju" (p. 121).

Takođe se pokazao i potencijal SOCE-a da prouzrokuje štetu mnogim klijentima. Šidlo i Šreder (2002) su utvrdili da je većina ispitanika prijavila da su dovedeni u zabludu od strane svojih terapeuta o prirodi seksualne orijentacije, kao i normativnim životnim iskustvima lezbejki, homoseksualaca i biseksualnih pojedinca, u procesu promene seksualne orijentacije. Osim toga, Šidlo i Šreder su primetili da većina ispitanika nije dobila adekvatni informisani pristanak u vezi sa svojom konverzivnom terapijskom procedurom, kao što obavezuje politika Američkog udruženja psihologa o delu o Prikladnim terapijskim odgovorima na promenu seksualne orijentacije (APA, 1998). Haldeman (2002) opisuje spektar negativnih ishoda kod neuspelih pokušaja konverzivne terapije, poput izbegavanja intimnosti, seksualne disfunkcije, depresiju i suicidalnost.

Pristrasnost i dezinformacije o homoseksualnosti i biseksualnosti i dalje su široko rasprostranjene u društvu (APA, 1998, 2009a; Haldeman, 1994) i upletene u mnoge zahteve klijenata za promenu seksualne orijentacije. Tozer i Hejes (2004) potvrđuju da je internacionalizacija negativnih stavova i uverenja o homoseksualnosti i biseksualnosti primarni faktor u motivisanju pojedinaca koji žele da promene svoju seksualnu orijentaciju. Strah od potencijalnog gubitka (npr. porodice, prijatelja, karijere, duhovne zajednice), kao i osetljivost na uznemiravanja, diskriminaciju i nasilje može doprineti strahu od samoidentifikacije kao lezbejke, homoseksualca ili biseksualca. Pored toga, neki klijenti navode da neheteroseksualna orijentacija nije u skladu sa njihovim verskim uverenjima ili vrednostima (APA, 2009a, Beckstead, 2001).

Primena

Psiholozi se podstiču da pažljivo procene motive klijenata koji traže da promene svoju seksualnu orijentaciju. S obzirom na uticaj internalizova-

ne homonegativnosti i antigej verskih uverenja na zahtev klijenta da promeni seksualnu orijentaciju (Tozer & Haies, 2004), važno je za psihologa suočenog sa takvim zahtevom da nastavi sa temeljnim promišljanjem pritužbe. Pored toga, psiholog je etički dužan da pruži tačne informacije o seksualnoj orijentaciji klijentima koji su pogrešno informisani ili zbunjeni (APA, 1998). Psiholozi treba da identifikuju i rešavaju pristrasnost i internalizovane predrasude o seksualnoj orijentaciji koje mogu imati negativan uticaj na klijentovu samopercepciju. U pružanju preciznih informacija klijentima o socijalnim stresorima koji mogu dovesti do nelagodnosti u vezi sa seksualnom orijentacijom, psiholozi mogu pomoći da se neutrališu efekti stigme i zaštiti klijent od dalje štete.

Politika Američkog udruženja psihijatarata (1998), Prikladni terapijski odgovor na seksualnu orijentaciju, nudi okvir delovanja psiholozi- ma koji rade sa klijentima koji su zabrinuti zbog posledica njihove seksualne orijentacije. Rezolucija naglašava one delove etičkog kodeksa koji se odnose na sve psihologe koji rade sa lezbejkama, homoseksualcima, biseksualcima starije životne dobi, srednje životne dobi i mladima. Ti delovi su:

- zabrane protiv diskriminatorne prakse;
- pogrešno predstavljanje naučnih i kliničkih podataka (npr. neosnovana tvrdnja da se seksualna orijentacija može menjati);
- i jasan mandat informisanog pristanka (APA, 1992). Informisani pristanak bi uključivao diskusiju o nedostatku empirijskih dokaza da je SOCE efikasan i njegovim potencijalnim rizicima za klijente (APA, 2009a), kao i pružanje tačnih informacija o seksualnoj orijentaciji klijentima koji su loše informisani ili zbunjeni.

Gore citirana politika poziva psihologe da razgovaraju o pristupnom tretmanu, njegovim teorijskim osnovama, razumnom ishodu i alternativnom pristupu lečenja. Drugim rečima, ova politika osudjuje pri- nudne tretmane, posebno sa mladima.

Klijenti koji su u sukobu u pogledu seksualne orijentacije i ver- ske identifikacije i izražavanja, već dugo predstavljaju izazov za psiholo- ge (Beckstead & Morrow, 2004; Haldeman, 2004; Yarhouse & Burkett, 2002). Krajnji cilj koji može imati smisla za mnoge takve sukobljene kli- jente je integracija seksualne orijentacije sa religijskim identifikovanjem, kao i sa klijentom koji prihvata da je on/ona gej i kreće iz konzervativne do otvoreno afirmišuće veroispovesti. Međutim, za neke klijente, a po- sebno one koji smatraju versku orijentaciju za važniji aspekata identiteta nego što je seksualna orijentacija, takav prelaz nije moguć. U ovim slu-

čajevima, klijent može da izabere da je prioritet njegova/njena religijska pripadnost nad seksualnom orijentacijom, a može da traži prilagodjavanje kompatibilno sa takvim izborom (APA, 2009a ; Beckstead, 2001 ; Haldeman , 2004, Throckmorton, 2007). Treba napomenuti, međutim, da to nije isto što i promena ili čak upravljanje seksualnom orijentacijom, ali je osnovni cilj terapije u službi lične integracije. Za detaljniju diskusiju o tretmanu planiranja sa klijentima koji su u konfliktu seksualne orijentacije i verske identifikacije, pogledajte APA (2009a), Beckstead (2001) i Beckstead Moroa (2004), i Haldeman (2004).

Smernica 4. Psiholozi se podstiču da prepoznaju kako njihovi stavovi i znanja o LGB pitanjima mogu biti relevantni za procenu, tretman, konsultacije ili davanje odgovarajuće preporuke kada je to potrebno.

Obrazloženje

APA etički kodeks poziva psihologe da eliminišu uticaj predrasuda u svom radu (APA, 2002b). Da bi to uradili, psiholozi nastoje da procene svoje sposobnosti i ograničenja svoje stručnosti, posebno kada nude procenu i lečenje ljudima koji dele karakteristike koje se razlikuju od njihovih (na primer, lezbejke, gej, biseksualni klijenti). Bez visokog nivoa svesti o sopstvenim uverenjima, vrednostima, potrebama, i ograničenjima, psiholozi mogu da ometaju napredak klijenata u psihoterapiji (Corei, Schneider-Kori, i Callanan, 1993). Ovo je posebno važno kada se obezbeđuje procena i tretman lezbejki, gej i biseksualnih klijenata.

Psihološka procena i tretman LGB klijenata može biti ugrožena eksplicitnim i implicitnim negativnim stavovima terapeuta, npr. kada homoseksualnost i biseksualnost smatraju kao dokaz mentalne bolesti ili psihopatologije i posmatraju je kao glavni izvor psiholoških poteškoća klijenata istopolnog seksualnog opredeljenja, čak i kada to nije predstavljeno kao problem (Granat et al 1991; Liddle, 1996; Nistrom, 1997). Čak i kada su psiholozi svesni svojih negativnih stavova, efikasnost psihoterapije može biti ugrožena njihovom heteroseksističkom pristrasnošću.

Alternativa tome, ali jednako neefikasan pristup jeste usvajanje devize da je terapeut “slep na seksualnu orijentaciju” kada se nudi procena i lečenje. Kao u sličnim “rasno-slepim” modelima, zanemaruju se ili negiraju kulturno jedinstvena životna iskustva lezbejki, gejeva, biseksualnih pripadnika populacije. Umesto da eliminiše heteroseksističku pristranost, takozvani “slepi” model verovatno će produbiti heteroseksizam na

način koji nije od velike pomoći klijentima (Granati i sur, 1991.; Winegarten, Cassie, Markowski, Kozlowski, i Yoder, 1994).

Primena

Kao što je navedeno u Etičkom kodeksu APA (APA, 2002b), psiholozi su pozvani da budu “svesni i poštuju kulturne, individualne i uloge razlika, uključujući i one zbog ... seksualne orijentacije ... i pokušaju da eliminišu uticaj predrasuda na njihov rad na temelju [takvih] faktora” (APA, 2002b, str. 1063). Da bi to učinili, psiholozi se podstiču da budu svesni kakav uticaj eksplicitne i implicitne predrasude mogu imati. Eksplicitne predrasude su očiglednije i psiholozima koji ih poseduju i njihovim klijentima, a opisane su kao direktan i svestan oblik predrasuda (Conrey, Sherman, Gawronski, Hugenberg, & Groom, 2005). Nasuprot tome, implicitne predrasude su izvan svesti onog koji ih drži (Greenwald & Banaji, 1995), ali ipak mogu imati značajan negativan uticaj na psihoterapijski proces.

Budući da je sigurnost u psihoterapijskom odnosu viđena kao centralno mesto u razvoju pozitivnih promena (Lewit & Williams, 2010), psiholozi se ohrabruju da koriste odgovarajuće metode samoistraživanja i samoobrazovanja (npr. konsultacije, studije i kontinuiranu edukaciju) da bi se identifikovale i ublažile implicitne i eksplicitne predrasude o homoseksualnosti i biseksualnosti. Na taj način, psiholozi nastoje da budu svesni koliko njihova pozadina i lični faktori, kao što su pol, seksualna orijentacija, heteroseksizam i verska ideologija, mogu uticati na njihovu procenu i tretman gej muskaraca, lezbejki i biseksualni klijenata (Izrael, Gorcheva, Valther, Sulzner, Koen, 2008; Morrov, 2000). Osim toga, psiholozi nastoje da izbegnu da pretpostavljaju da je klijent heteroseksualan, čak i u prisustvu očiglednih markera heteroseksualnosti (na primer, bračni status, roditeljstvo, itd).

Kako mnogi psiholozi nisu dovoljno informisani u vezi sa LGB klijentima (Pilkington & Cantor, 1996), snažno se potcrtava instrukcija da traže obuku, iskustva, konsultacije, odnosno nadzor kada je to neophodno kako bi se osigurala kompetentna praksa u radu sa ovom populacijom. Ključno za psihologe je da budu upoznati sa, ali ne ograničeni na razumevanje: (1) ljudske seksualnosti tokom njegovog života; (2) uticaja društvene stigme o seksualnoj orijentaciji i razvoj identiteta; (3) “coming out” procesa i kako varijable kao što su uzrast, pol, rasna pripadnost, invaliditet, religija, i socio-ekonomski status mogu uticati na taj proces;

(4) dinamiku istospolne zajednice; (5) porodične odnose; (6) borbe sa duhovnošću i verske pripadnosti članova; (7) pitanja karijere i diskriminacije na radnom mestu; i (8) strategije prevazilaženja za uspešno funkcionisanje.

Smernica 5. Psiholozi nastoje da prepoznaju jedinstvena iskustva biseksualnih pojedinaca.

Objašnjenje

Biseksualne osobe su pod uticajem negativnih individualnih i društvenih stavova prema biseksualnosti koje su izražene od strane heteroseksualnih i gej osoba (Bradford, 2004b; Eliason, 2001; Evans, 2003; Herek, 2002; Mulick & Vright, 2002). Uz heteroseksističku pristrasnost, biseksualnost se ne može smatrati validnim vidom seksualne orijentacije (Dworkin, 2001), ali umesto toga može se posmatrati kao prelazno stanje između heteroseksualne i homoseksualne orijentacije (Eliason, 2001, Herek, 2002; Russell & Richards, 2003; Rust, 2000a). Biseksualne osobe se mogu promatrati kao promiskuitetne, razvojno zaustavljene, itd. (Fox, 1996, Izrael & Mohr, 2004; Mohr, Izraela & Sedláček, 2001; Oxley & Lucius, 2000). Vidljivost polnog identiteta može biti poseban izazov za biseksualne osobe, dok se za druge može pretpostaviti da su lezbejke ili homoseksualci ako su u istospolnoj vezi ili heteroseksualci ako su u mešovitom seksualnom odnosu (Bradford, 2004b; Keppel & Firestein, 2007; Rust, 2007).

Biseksualci nisu homogena grupa. Raznolikost među biseksualnim osobama ogleda se u varijacijama u polu, kulturi, razvoju identiteta, odnosa i značenjem koje pridaju biseksualnosti (Fox, 1996; Rust, 2000b). Ljudi mogu prihvatiti biseksualni identitet, jer su privučeni i ženama i muškarcima, tako da rod ne predstavlja ključni kriterijum za izbor intimnog partnera ili zato što smatraju tradicionalne pojmove seksualne orijentacije ograničavajućim (Ross & Paul, 1992). Biseksualne osobe mogu češće biti u nemonogamnim vezama ili smatrati poliamoriju kao ideal, iako ima mnogo onih koji žele da održe monogamne veze (Rust, 1996b, Veitzman, 2007). Identitet razvojne putanje varira kod ljudi koje privlače žene i muškarci. Neki pojedinci prvobitno usvoje gej identitet, neki kasnije usvoje gej identitet, a neki dosledno prihvate biseksualni identitet (Fok, 1996).

Iako je malo naučnika istraživalo mentalno zdravlje pojedinaca

biseksualne orijentacije, neke studije pokazuju da biseksualci mogu imati veću stopu depresije, anksioznosti, sklonosti ka samoubistvu i zloupotrebi supstanci u odnosu na lezbejke, gej muškarce i heteroseksualnu populaciju (npr, Dodge & Sandfort, 2007).

Primena

Psihoterapija sa biseksualnim klijentima podrazumeva poštovanje različitosti i složenosti njihovih iskustava (Bradford, 2006; Dvorkin, 2001; Goetstouwers, 2006; Page, 2004, 2007). Psiholozi se zato podstiču da razviju sveobuhvatno razumevanje seksualne orijentacije u svom pristupu i lečenju (Horowitz, Weis, i Laflin, 2003). Psiholozi se takođe podstiču da preispitaju svoje stavove prema vezama i predrasude prema netradicionalnim odnosima koje biseksualci mogu imati (Baxton, 2007; Veitzman, 2007). Osim toga, psiholozi nastoje da se upoznaju sa razvojem biseksualnog identiteta, uključujući kulturne razlike u odnosu na biseksualnost (Collins, 2007; Evans, 2003; Ferrer i Gomez, 2007; Scott, 2006, 2007) i polne razlike (Eliason, 2001, Fox, 2006; Goetstouwers, 2006).

Psiholozi treba da imaju na umu da se afirmativna psihoterapija sa biseksualnim klijentima može razlikovati od one sa gej i lezbejskim klijentima (Bradford, 2004a). Na primer, biseksualni muškarci i žene ponekad se deklarišu (autuju) nakon mešovitog ili istopolnog odnosa (uključujući brak) i žele da priznaju ili ozvaniče svoja osećanja prema drugom polu (Keppel & Firestein, 2007). Tretman stoga mora da im pomogne da pregovaraju o novim odnosima sa svojim supružnicima, što može uključiti i razvod (Bakston, 2007; Carlsson, 2007; Firestein 2007).

Smernica 6. Psiholozi nastoje da razlikuju pitanje seksualne orijentacije od rodnog identiteta kada rade sa lezbejkama, homoseksualnim i biseksualnim klijentima.

Objašnjenje

Seksualna orijentacija i rodni identitet su jasne karakteristike pojedinca (APA, 2006). Česta greška je da se homoseksualci i lezbejke često posmatraju kao osobe koje verovatno manifestuju rodno nesukladjeno ponašanje i/ili da su transrodne osobe (Fassinger & Arseneau, 2007; Helgeson, 1994; Kite, 1994; Kite & Deaux, 1987, Martin, 1990). Slično tome, polna neusaglašenost može da dovede do toga da pojedinca doživljavaju

kao lezbejku ili homoseksualca, nezavisno od stvarne seksualne orijentacije te osobe. S obzirom na vjerovatnoću da će rodna nesaglasnost vjerovatno biti stigmatizovana, rodna nesaglasnost sama po sebi može dovesti do predrasuda i diskriminacije, bez obzira na seksualnu orijentaciju (Green & Brinkin, 1994; Lombardi, 2001). Na primer, neka istraživanja u školama pokazala su da rodne neusaglašenosti (bez obzira na seksualnu orijentaciju) pobuđuju bar onoliko antipatije među srednjoškolcima koliko to čine i homoseksualna ili biseksualna orijentacija (na primer, Horn, 2007).

Lezbejke, gej muškarci i biseksualni klijenti mogu se predstaviti na rodno usklađen ili rodno neusklađen način. Psiholozi mogu videti klijente koji se bore sa pitanjima o identitetu i koji takođe, izražavaju zbunjenost o tome da li se njihova rodna usklađenosti ili usklađenosti odnose na njihovu seksualnu orijentaciju.

Primena

Psiholozi treba da pomognu klijentima da razumeju razlike između rodnog identiteta, rodno povezanog ponašanja i seksualne orijentacije, kada su ova pitanja u sukobu. Psiholozi se takođe pozivaju da budu svesni potencijala da rodna nesaglasnost kod lezbejki, gej muškaraca i biseksualnih klijenata mogu pogoršati stigmatizaciju. Za efikasan rad sa pitanjima vezanim za rodno neusaglašavanje, psiholozi treba da nastoje da budu svesni svojih vrednosti i predrasuda u vezi sa polom, rodnom i seksualnom orijentacijom (APA, 2008; Gainor, 2000).

Danas postoje razni resursi za psihologe koji rade klinički sa klijentima koji se identifikuju negde duž spektra rodne neusaglašenosti (npr, Apa, 2008; Brill & Pepper, 2008; Benjamin, 1967; Carroll, 2010; Carroll & Gilroy, 2002; Izrael i Tarver, 1997; Korell & Lorah, 2007; Lev, 2004, Raj, 2002; Ubaldo & Drešer, 2004). Psiholozi koji rade sa transrodnim ljudima koji se izjašnjavaju kao lezbejke, gej muškarci i biseksualci, mogu da koriste rastuću stručnu literaturu, kao i online resurse.

Gejnor (2000) pruža sveobuhvatan uvod u transrodna pitanja lezbejske, gej i biseksualne psihologije. Braunov i Ronslijev (1996) rad pruža informacije za pomoć profesionalcima na transseksualnosti. Korisni sajtovi su: the American Psychological Association, the World Professional Association of Transgender Health, the Gender Public Advocacy Coalition, the National Center for Transgender Equality, the Sylvia Rivera Law Project, and the Transgender Law Center.

Porodica i veze

Smernica 7. Psiholozi teže da budu upoznati i da poštuju značaj lezbejskih, gej i biseksualnih odnosa.

Objašnjenje

Homoseksualni i biseksualni parovi su i slični i različiti od heteroseksualnih parova (Peplau, Veniegas, & Campbell, 1996). Oni formiraju veze iz sličnih razloga (Herek, 2006), izražavaju slična zadovoljstva u svojim odnosima (Kurdek, 1995; Peplau & Cochran, 1990) i prate razvojne obrasce slično kao i heteroseksualni parovi (Clunis & Green, 1988; McVhirter & Mattison, 1984). Razlike su izvedene iz nekoliko faktora, uključujući različite obrasce seksualnog ponašanja, rodne uloge, socijalizacije (Hancock, 2000, Herek, 1991a, Ossana, 2000), i stigmatizacije njihovih veza (Garnets i Kimmel, 1993).

Istopolni parovi moraju se ponekad prilagoditi uslovima koji su neprijateljski ili devalviraju njihove odnose. Ovo uključuje psihološke efekte političkih kampanja protiv istopolnih brakova (Rostoski et al., 2009; Russel, 2000) i zabranu pravne i medicinske zaštite istopolnih porodica (Herek, 2006). Osim toga, na obrasce veza i izbor između lezbejki, gej muškaraca i biseksualaca mogu da utiču stigme i marginalizacije iz ranijeg perioda života (Mohr & Fassinger, 2003).

Promene telesnog zdravlja mogu predstavljati jedinstvene stresore, posebno kod starijih homoseksualnih i biseksualnih parova (npr., moguće odvajanje od partnera, moguć gubitak kontakta sa partnerom u staračkim domovima i drugim stacionarnim ustanovama, suočavanje sa homofobijom od strane staratelja ili sugrađana u staračkim domova i drugim pomoćnim ustanovama i udruženjima). Lezbejke, gej muškarci i biseksualni klijenti mogu postati toliko otporni na uticaj stigme i diskriminacije u svojim odnosima da neretko ne prepoznaju uticaj stigme na sukobe sa kojima se suočavaju.

Strukture veza LGB parova variraju. Nemonogamne ili višeljubavne (poliamorne) veze mogu biti više prihvatljive među gej muškarcima i biseksualnim pojedincima, nego za lezbejke ili heteroseksualce (Herek, 1991b; McVhirter & Mattison, 1984; Peplau, 1991). Isto tako, treba imati na umu i da se mnoge lezbejke i homoseksualci autuju godinama posle heteroseksualnog braka (Buxton, 1994, 2007).

Primena

Psiholozi treba da razmotre negativne efekte društvenih predrasuda i diskriminacije na LGB veze. Par može da ne prepozna doprinos stigme i marginalizacije na zajedničke probleme u odnosima sa kojima se svi parovi mogu susresti (Green & Mitchell, 2002). Ipak, LGB parovi mogu zatražiti terapiju iz razloga sličnih kao heteroseksualni parovi (na primer, komunikacijske poteškoće, seksualni problemi, pitanja o karijeri, kao i posvećenost mogu biti terapijske teme) ili različitih razloga (na primer, otkrivanje seksualne orijentacije; razlike između partnera u procesu autovanja i pitanja koja proizilaze iz efekata rodne socijalizacije). Na primer, kada je jedan partner saopštio seksualnu orijentaciju porodici, a drugi nije, par se može sukobiti po pitanjima gde da provedu praznike, ili da li će “dehomoseksualizovati” kuću kad očekuju posetioce. Psiholozi se stoga pozivaju da razmotre porodične i druge društvene i kulturne faktore u sprovođenju terapije sa LGB parovima. Poznavanje netradicionalnih struktura odnosa može biti korisno za psihologa koji radi sa istopolnim parovima (Martell & Prince, 2005). Neki gej, lezbejski i biseksualni parovi će možda morati da reše nejasnoće u oblastima angažovanja i granica, da se nose sa homofobijom i razvijaju odgovarajuće socijalne podrške (Green & Mitchell, 2002; Greenan & Tunnell, 2003, Hancock, 2000, Kurdek, 1988). Monogamija je normativno očekivanje u mnogim heteroseksualnim veze, a to se uvek ne pretpostavlja kod muških gej parove.

Odnosi lezbejski, gej muškaraca i biseksualnih pojedinaca su raznoliki. U odsustvu društveno sankcionisanih potpora za konstituisanje veze, lezbejke, gej muškarci i biseksualni ljudi stvaraju sopstvene modele odnosa i sistema podrške. Stoga je korisno za psihologe da budu svesni raznovrsnosti LGB veza i da se uzdrže od primene heteroseksističkog modela kada rade LGB parovima. To se posebno ističe kad je reč o seksualnim životima lezbejskih, gej i biseksualnih parova. Zdrav seksualni izraz očito se uzima kao element celokupnog zadovoljstva u odnosima. Korisno je za psihologe koji rade sa LGB parovima da budu osetljivi i da imaju znanje o zajedničkim seksualnim praksama i zabrinutosti koju dele lezbejke, gej, biseksualni parovi (na primer, učestalost seksa, različiti oblici seksualne disfunkcije, zabrinutost u vezi sa intimnošću i žudnjom). Psiholozi treba da prepoznaju da internalizovani heteroseksizam može komplikovati razvoj zdravih seksualnih veza. Psiholozi se takođe podstiču da prepoznaju posebne izazove sa kojima se muškarci i žene u heteroseksualnim brakovima susreću pri autovanju i integraciji svoje lezbejske, gej

ili biseksualne orijentacije u svoje živote. Pored toga, supružnici i porodice ovih lica mogu zahtevati terapijske podršku.

Smernica 8. Psiholozi teže da razumeju iskustva i izazove sa kojima se suočavaju lezbejke, gej muškarac i biseksualni pojedinci kao roditelji.

Objašnjenje

Istraživanja su pokazala da su lezbejke, gej muškarci i biseksualni roditelji sposobni isto koliko i heteroseksualni roditelji (cf. Armesto, 2002; Erich, Leung, & Kindler, 2005; Herek, 2006; Patterson, 2000, 2004; Perrin, 2002; Tasker, 1999). Ustvari Flaks, Fičer, Masterpaska i Josif (1995) utvrdili su da su lezbejski parovi imali bolje roditeljske veštine od heteroseksualnih parova. Bos, van Balen i van den Bom (2005, 2007) su došli do zaključka da su lezbejke kao majke (nebiološke majke) imale bolje interakcije roditelj-dete, bile posvećenije kao roditelji i bile efikasnije u podizanju dece u poredjenju sa očevima u heteroseksualnim brakovima. Takve rezultate je važno imati na umu, s obzirom na kontekst diskriminacije lezbejki, gej muškaraca i biseksualaca kao roditelja (pravne prepreke za hraniteljske porodice, usvajanja dece za istopolne roditelje, usvajanje za drugog roditelja, opasnost od gubitka starateljstva nad decom, zabrane življenja sa vlastitim istopolnim partnerom i nedostatak zakonskih prava jednog od roditelja) (ACLU Lesbian and Gay Rights Project, 2002; Appell, 2003; Patterson, Fulcher, & Wainwright, 2002). LGB roditelji se suočavaju i sa izazovima sa kojima se ne suočavaju i koji ne uključuju heteroseksualne ljude, kao što su stresori oko pitanja alternativne oplodnje i surrogatstva (Gifford, Hertz, i Doskov, 2010). Takođe jedinstveni problemi LGB roditelja su nedostatak podrške od porodice i prijatelja, kao i homofobične reakcije od strane pedijatara, osoblja dnevnog boravka i školskog osoblja. Porodice nebioloških majki lezbejki mogu posmatrati decu kao tuđe unuke/ sestriće/ bratance (Ben-Ari i Livni, 2006). Tri glavna problema su posvećena (pre svega u pravnim i društvenim sistemima zaštite) vezi o dobrobiti dece odgajane od strane LGB roditelja (Patterson, 2005). One uključuju: (1) identifikaciju pola, rodnog ponašanja i seksualnu orijentaciju dece; (2) lični razvoj dece; i (3) socijalna iskustva takve dece. Paterson (2005) je sprovedla sveobuhvatan pregled podataka u svakoj od ovih oblasti. Njen pregled empirijskih podataka (pre svega na uzorku dece lezbejskih majki) ukazuje da ne postoje razlozi za zabrinutost u pomenutim oblastima. Paterson je takođe izvestila da su podaci pokazali da ne postoji značajnija razlika između dece koju su podizale lezbejke kao

roditelji u odnosu na onu koju su podizale heteroseksualne majke, kada se govori o ličnom razvoju deteta u oblastima kao što su samopouzdanje, lokus kontrole, inteligencija, problemi u ponašanju, ličnosti, prilagođavanju školi i psihijatrijskom zdravlju. U svetlu ovih istraživanja, kao i u cilju davanje podrške pozitivnog ishoda za decu lezbejskih i gej roditelja, Američka akademija za pedijatriju objavila je izjavu 2002. godine da podržava usvajanje kod LGB domaćinstava (Perrin & the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002).

Primena

APA "...podstiče psihologe da eliminišu svaku diskriminaciju na osnovu seksualne orijentacije po pitanjima usvajanja, starateljstva, posete, hraniteljstva i usluga zaštite reproduktivnog zdravlja" (Paige, 2005, p. 496). Dok pristrasnost i dezinformacije i dalje postoje u obrazovnim, pravnim i društvenim sistemima zaštite, psiholozi se pozivaju da isprave ove dezinformacije u svom radu sa roditeljima, decom, javnim organizacijama i institucijama i da pruže tačne informacije zasnovane na naučno i stručno izvedenim znanjima. Psiholozi nastoje da prepoznaju izazove sa kojima se suočavaju LGB roditelji i podstiču da istraže ova pitanja sa svojim klijentima. Na primer, uskraćivanje braka stvara prepreke istopolnim roditeljima, kao i pristupu istih pravnih i ekonomskih koristi i socijalnom statusu koje su omogućene heteroseksualnim parovima (APA, 2008). Istovremeno, psiholozima je naloženo da prepoznaju jedinstvenu snagu i otpornost LGB porodice. Psiholozi treba da ispituju različite aspekte identiteta (na primer, rase i nacionalnosti, kulture, društveno-ekonomske klase, invaliditeta, verske ili duhovne tradicije) koje su u koliziji sa stvaranjem iskustva LGB roditelja.

Smernice 9. Psiholozi prepoznaju da porodice lezbejki, gej muškaraca i biseksualnih ljudi uključuju ljude koji nisu pravno ili biološki vezani.

Objašnjenje

Značajnom broj lezbejki, gej muškaraca i biseksualnih pojedinaца, skrivanje seksualne orijentacije i/ili nedostatak priznanja njihovih intimnih odnosa može da dovede do emocionalnog udaljavanja od porodice (Paterson, 2007). Čak i kada porodice prihvataju, to prihvatanje često može da bude više tolerancija, nego istinsko prihvatanje (Green, 2004).

Za LGB ljude, mreža bliskih prijatelja može predstavljati alternativnu strukturu porodice - onu koja se ne može zasnivati na osnovu zakonskih i/ili bioloških veza. Ove porodice izbora pružaju socijalne veze i porodični kontekst za lezbejske, gej muškarce i biseksualne pojedince (Grin, 2004) i mogu biti značajnije od prave porodice (Kurdek, 1988). Takve porodične strukture mogu ublažiti efekte diskriminacije i odsustvo pravnog ili institucionalnog priznavanja (Weston, 1992).

Primena

S obzirom na uticaj socijalne podrške na zadovoljstvo vezom i kontrolisanje stigme (Beals, 2004), psiholozi treba da prepoznaju vrednost LGB porodične strukture. Psiholozi se takođe pozivaju da razmotre stres koji klijenti mogu doživeti kada njihove porodice, poslodavci ili drugi ne prepoznaju njihove alternativne porodične strukture. Kada radite sa LGB klijentima, može biti od pomoći da pitate klijenta o njegovoj/njenoj mreži prijatelja, kvalitetu njegovih/njenih odnosa u toj mreži, i ako on/ona smatra članove/ice ove mreže "porodicom".

Smernica 10. Psiholozi nastoje da shvate načine na koje osobe lezbejske, gej ili biseksualne orijentacije mogu da utiču na primarnu porodicu i odnos sa tom porodicom.

Objašnjenje

Postoji više reakcija koje porodica može imati kada sazna da je jedan od njenih članova lezbejka, gej muškarac ili biseksualna osoba (Patterson, 2007; Savin-Williams, 2003). Neke porodice mogu biti nespreme da prihvate dete ili drugog člana porodice zbog porodičnih, etničkih ili kulturnih normi, verskih ubeđenja, ili negativnih stereotipa (Buxton, 2005; Chan, 1995; Firestein, 2007; Greene, 2000; Matteson, 1996). Za ove porodice, ta činjenica može da implicira porodičnu krizu koja može da dovede do dubokog udaljavanja ili potpunog odricanja od LGB člana porodice. To su krize poput: odbijanja roditelja, braće i sestara od LGB člana porodice, osećaji roditeljske krivice i samooptuživanje ili sukobi unutar odnosa roditelja (Dickens & McKellen, 1996; Griffin, Wirth, & Wirth, 1996; Savin-Williams, 2003; Savin-Williams & Dube, 1998; Strommen, 1993). Sa druge strane, postoje porodice u kojima je prihvatanje njihovog LGB člana bezuslovno ili bez krize (Patterson, 2007; Savin-Wi-

lliams, 2003). Istraživanje sugerije da čak i porodice koje podržavaju mogu doživeti razdoblje prilagođavanja nakon saznanja da je član porodice lezbejka, homoseksualac ili biseksualac (Jennings & Shapiro, 2003; Pallotta-Chiarolli, 2005).

Biseksualne osobe mogu da dožive neke jedinstvene komplikacije sa svojim porodicama. Lica koji se identifikuju kao biseksualna i počinju vezu sa istopolnim partnerom moguće je da će doživeti pritisak od strane svojih porodica kako bi izaberele partnera suprotnog pola. Takođe, biseksualci koji su u mešovitim polnim vezama mogu imati poteškoće održavanja njihovog biseks identiteta u okviru svoje porodice (Dworkin, 2001, 2002; Firestein, 2007).

Neke životne promene mladih ljudi (na primer, izbor karijere, odluka o roditeljstvu) posebno će biti komplikovane za članove porodice LGB pojedinaca. To može biti izazov da se objasni članovima porodice kako seksualna orijentacija i iskustva u vezi sa stigmama može uticati na odluke vezane za rad i karijeru, seksualne i romantične veze, i roditeljstvo (Patterson, 2007). I primarna porodica i proširena porodica mogu se boriti sa priznavanjem istopolnih partnera i dece podignute od strane istopolnog para.

Primena

Psiholozi se pozivaju da istražuju sa LGB klijentima sve probleme i brige u vezi sa njihovom primarnom biološkom porodicom, kao i proširenom porodicom. Psiholozi treba da nastoje da razumeju kulturno specifične rizike razotkrivanja LGB osoba sopstvenim porodicama. Na primer, rasne i etničke manjinske porodice mogu se plašiti da će izgubiti podršku svoje zajednice, ako su otvorene o tome da imaju LGB dete. Psiholozi mogu da pomognu klijentima u olakšavanju razgovora sa svojim porodicama o svom identitetu, kao i o kulturnoj stigmati. Porodicama je možda potrebna podrška za razvoj novih shvatanja seksualne orijentacije, za suočavanje sa načinom na koji se negativni društveni stavovi o homoseksualnosti i biseksualnosti manifestuju unutar porodice, kao i razvijanje novih načina za podršku članova porodice u rešavanju poteškoća vezanih za društvene stigmatizacije. Noviji modeli porodične terapije promovišu procese stvaranja konstruktivnih sistemskih promena (Fish & Harvey, 2005). Psiholozi treba da pomognu porodicama u razvoju dugoročne podrške za LGB člana i da prate odnose među članovima porodice koji se odvijaju i mimo procesa prilagođavanja otkrivanju identiteta LGB

člana (Oswald, 2002). Psiholozi su pozvani da pomognu lezbejkama, gej muškarcima i biseksualnim klijentima u njihovim naporima da navedu tačne informacije u vezi sa seksualnom orijentacijom njihovim porodicama. Na kraju, psiholozi nastoje da budu svesni kulturnih varijacija u reakcijama porodice i načinima prilagođavanja na LGB člana. Lokalni i nacionalni resursi su na raspolaganju da pruže informacije, pomoć i podršku članovima porodice.

Pitanja različitosti

Sledeće smernice odnose se na aspekte životnog iskustva koji mogu da se preklapaju i/ili doprinose različitom stepenu osećaja identiteta pojedinca i odnosa prema njegovom/njenom socijalnom i kulturnom okruženju. Koncept isprepletenosti (Cole, 2009) se koristi za karakterizaciju varijable, diferencijalnog i jedinstvenog učinke konstrukcija poput rase, etničke pripadnosti, kulture, pola, starosti, seksualne orijentacije, roda, invaliditeta na život pojedinca. Interseksionalnost (isprepletenost) je definisana pomoću više kategorija identiteta, različitosti i nepovoljanog položaja. Razumevanjem kako ove kategorije zavise jedna od druge, temelji se na pitanjima inkluzije (odnosno, raznolikosti unutar kategorije), nejednakosti (odnosno, relativan plasman u hijerarhiji moći i privilegija) i sličnosti (odnosno, preko zajedničkih kategorija tipično posmatrano kao duboko različite) (Cole, 2009). Svaka od sledećih smernica o različitosti odražavaju suštinski konstrukt; međutim, čitalac se podstiče da ih razmotri kroz lupu isprepletenosti.

Smjernica 11. Psiholozi nastoje da prepoznaju izazove vezane za višestruke i često sukobljene norme, vrednosti i uverenja sa kojima se suočavaju lezbejke, gejevi i biseksualni i pripadnici rasnih i etničkih manjinskih grupa.

Obrazloženje

LGB pojedinci koji su pripadnici rasne, etničke i kulturne manjine moraju da pregovaraju o normama, vrednostima i uverenjima u vezi sa homoseksualnošću i biseksualnošću i sa većinskim i sa manjinskim kulturama (Chan, 1992, 1995; Greene, 1994b; Manalansan, 1996; Rust, 1996a). Postoje neki dokazi koji sugerišu da kulturna varijacija ovih normativnih vrednosti, uverenja i stavova može biti značajan izvor psihološkog stresa koji utiče na fizičko zdravlje i mentalno zdravlje lezbejki,

gej muškaraca, i biseksualni žena i muškaraca (Diaz, Ayala, Bein, Henne, & Marin, 2001; Harper & Schneider, 2003; Meyer, 2003). Od nedavno, međutim, postoje dokazi koji ukazuju na to da lezbejke, gejevi i biseksualni pojedinci iz različitih rasnih, etničkih i kulturnih sredina mogu imati niži stope psihičkih problema (e.g., Cochran, Mays, Alegria, Ortega, & Takeuchi, 2007; Kertzner, Meyer, Frost, & Stirratt, 2009; Meyer, Dietrich, & Schwartz, 2008). Može biti da su veštine naučene u borbi sa jednim stigmatizovanim aspekt identiteta, zapravo od pomoći pojedincu u rešavanju i zaštiti od drugih oblika stigmatizacije.

Uprkos tome, integracija višestrukih identiteta može predstavljati izazov za lezbejke, gejeve i biseksualne ljude iz različitih rasnih, etničkih i kulturnih sredina. Na primer, LGB osobe koje nisu bele kože mogu iskusiti "sukob lojalnosti" (Gock, 2001, Morales, 1989) kada su očekivanja LGB zajednice sa kojom se identifikuju u suprotnosti sa očekivanjima rasne, etničke ili kulturne grupe sa kojom takođe imaju jak osećaj pripadnosti. Ovi sukobi lojalnosti mogu dovesti do toga da LGB osobe raznoličite rase, nacionalnosti ili kulturnog porekla doživljavaju osećaj da nikada neće biti deo bilo koje grupe u potpunosti (Greene, 2007). Prema Grinu (2007), pored bavljenja problemima manjinske seksualne orijentacije, lezbejke, gejevi, biseksualni obojeni ljudi doživljavaju rasizam i diskriminaciju u okviru LGB zajednice uopšte. Ovi izazovi mogu biti još veći za LGB ljude iz različitih rasnih, etničkih ili kulturnih sredina, kada su suočeni i sa drugim oblicima marginalizacije, npr. u vezi sa faktorima kao što starost, geografska lokacija, imigracioni status, ograničeno znanje engleskog jezika, status akulturacije, društvena klasa i invaliditet (Bieschke, Hardi, Fassinger, i Croteau, 2008; Rosario Schrimshav, et Hunter, 2004) .

Primena

Psiholozi se pozivaju da razumeju različite načine na koje višestruki manjinski statusi mogu komplikovati i pogoršati već teško iskustvo njihovih klijenata. Na primer, psiholozi su ohrabreni da razmotre kao ključne faktore u pristupu, načine na koje klijenti mogu biti pogođeni iz pozicije kulture iz koje potiču (Gock , 2001, Greene, 1994c), kao i da imaju i vidu efekte rasizma u okviru mejnstrim lezbejskih, gej i biseksualnih zajednica (Gock, 2001, Greene, 1994a, Morales, 1996, Rust, 1996a). Pored toga, osetljivost na dinamiku složene povezanosti sa drugim preklapanjima slojeva društvenih identiteta i statusa (npr. društvena klasa, rodne uloge, verska uverenja) od presudnog je značaja za efikasan rad

sa ovim populacijama (Chan, 1995; Garnets & Kimmel, 2003; Greene, 1994a; Rust, 1996a), a u cilju pomoći klijentima da pregovaraju o ovakvim pitanjima.

Psiholozi nastoje da prepoznaju i da pomognu svojim klijentima da razviju efikasne strategije prevladavanja i druge zaštitne faktore koje su njihovi LGB klijenti iz rasnih, etničkih i kulturnih manjinskih grupa razvili kroz više marginalizovanih iskustava (Greene, 2003; Selvidge, Matthews, & Bridges, 2008). Psiholozi se takođe podstiču da razumeju i pomognu LGB klijentima da usmere bes, frustracije i bol, koje su često doživeli kao ljudi iz različitih rasnih, etničkih i kulturnih sredina i seksualnih manjina (Espin, 1993 ; Jones & Hill, 1996).

Smernica 12. Psiholozi se pozivaju da razmotre uticaje religije i duhovnosti u životu lezbejki, gej i biseksualnih lica.

Obrazloženje

Uticaj religije i duhovnosti na život lezbejki, gej i biseksualnih osoba može biti složen, dinamičan, ali i izvor ambivalentnosti. Dok su neki verski i duhovni sistemi verovanja relativno neutralnog stava o različitim seksualnim orijentacijama (na primer, budizam i hinduizam), drugi su više ili manje osuđivački nastrojeni (npr. hrišćanstvo, judaizam i islam). Čak i unutar religijskih tradicija koje kroz istoriju ne odobravaju neheteroseksualnu orijentaciju, došlo je do javljanja i porasta teološke paradigme, u poslednjih 20 do 30 godina, koja prihvata i podržava različite seksualne orijentacije (Borg, 2004). Religiozna pozadina lezbejki, gejeva i biseksualnih pojedinca može imati promenljive efekte na njihovo psihološko funkcionisanje i blagostanje (Haldeman, 2004). Pored raznolikih prethodnih iskustava sa verom, perspektive lezbejki, gej i biseksualnih pojedinaca mogu da se razlikuju u pogledu uloge koju religija i duhovnost igraju u njihovim životima. Na primer, dok neki vide svoju veru i tradiciju kao važan i sastavni deo identiteta, drugi ne moraju (Mejnard, 2001). Štaviše, kao i kod heteroseksualnih osoba, uticaj i značenje vere za lezbejke, gej i biseksualna lica može se razlikovati kroz životni vek.

Primena

Psiholozi nastoje da budu svesni i poštuju različite verske i duhovne prakse koje podržavaju lezbejke, gej i biseksualni ljudi. Psiholozi

koji rade sa LGB populacijom naročito treba da budu osetljivi na svesne ili nesvesne verske pristrasnosti koje bi mogle negativno uticati na rad sa klijentima koji poseduju jaku versku identifikaciju (Haldeman, 2004). Tada treba razumeti kakva je istorijska i trenutna uloga i uticaj religije i duhovnosti na život LGB klijenata (Haldeman, 1996). Konkretno, psiholozi treba da razmotre odbacivanje i štetna verska iskustva koja su njihovi LGB klijenti možda imali. Integracija ovih ponekad različitih, ali istaknutih aspekata identiteta je često važan cilj tretmana za psihologe koji rade sa LGB klijentima koji su u konfliktu zbog svojih verskih identifikacija (Benoit, 2005; Buchanan, Dzelme, Harris, & Hecker, 2001; Harris, Cook, & Kashubek-West, 2008).

APA rezolucija o religiji, religijski zasnovanim i/ili religijski izvedenim predrasudama (Anton, 2008) poziva psihologe da ispituju svoja verska uverenja i spreče da ta uverenja dobiju prednost nad stručnom praksom u kliničkom radu s lezbijkama, homoseksualcima i biseksualnim klijentima. Većina klijenata koji traže SOCE napominju da su verska uverenja koje imaju iskusili kao nespojiva sa njihovom seksualnom orijentacijom (APA, 2009a; Shidlo & Schroeder, 2002; Tozer & Hayes, 2004). Psiholozi se pozivaju da veoma pažljivo razmotre takve zahteve razmatrajući rezoluciju APA o Odgovarajućim potvrdnim odgovorima na distres vezan za napore promene seksualne orijentacije (APA, 2009a) i raspravljaju sa svojim klijentima o aktuelnim istraživanjima i mogućim rizicima u vezi sa naporima za promene. Osim toga, psiholozi su ohrabreni da se raspitaju o društvenim i kulturnim uticajima koji mogu da igraju ulogu u ovim zahtevima. Osim toga, psiholozi se trude da budu upoznati sa resursima (uključujući, ali ne ograničavajući se na, versku literaturu i verske grupe) iz različitih verskih tradicija u svojim zajednicama koji se afirmišu i prihvataju LGB ljude.

Smernice 13. Psiholozi nastoje da prepoznaju kohortne (grupne) i starosne razlike između lezbejki, gejeva i biseksualnih pojedinaca.

Objašnjenje

LGB pojedinci mogu da se razlikuju značajno na osnovu efekata kohorti i starosti. Kohortni uticaji su široke istorijske sile koje oblikuju kontekst razvoja; za lezbejke, gej i biseksualne osobe, vremensko razdoblje u kojem je neko živeo i/ili autovao može duboko uticati na razvojne zadatke kao formiranje i otkrivanje identiteta, roditeljstva, kao i

na politički angažman (Fassinger & Arseneau, 2007). Primeri faktora koji utiču na generacijske razlike uključuju: promenu stavova u društvu prema seksualnosti; efekti HIV/AIDS-a na seksualne manjinske zajednice; menjanje verskih i duhovnih stavova i praksi, pokreti za gej i građanska prava; napredak u reproduktivnim tehnologijama i promenama u ideologija o porodicama; promene u konceptualizacije seksualnog i rodnog identiteta, uključujući i identitet. Kohortni efekti su različiti od razlike u godinama. Na primer, osoba koja je autovana 1950. verovatno bi imala veoma drugačije iskustvo od nekoga ko je autovan u protekloj deceniji. Slično, 15 godina stara osoba autovanje danas bi verovatno drugačije doživlela od nekog ko ima 45, a danas se autuje.

Normativna pitanja ili promene vezane za starije odrasle (npr. zdravlje, penzionisanje, finansije i socijalna podrška; Berger, 1996, Kimmel, 1995, Slater, 1995) može postati znatno veći izazov za lezbejke, gejeve i biseksualne pojedince zbog heteroseksističke diskriminacije. Nedostatak pravne zaštite može povećati probleme u medicinskom i finansijskom odlučivanju, autonomiji parova u zdravstvu i krajnjih životnih odluka, pristup odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti, roditeljska prava, zdravstvenoj zaštiti i penzijama, nasledstvu i imovinskih prava. Kohortni učinci i starosni učinci interaguju, kao što stariji lezbejski, gej i biseksualni pojedinci imaju češće interakcije sa medicinskim uslugama (starosni efekti) u kombinaciji sa verovatnim prikrićivanjem identiteta (kohorti efekat); takve interakcije mogu dovesti do ugrožene zdravstvene zaštite (Fassinger & Arseneau, 2007).

Primena

Psiholozi se pozivaju da razmotre određeni istorijski kontekst kohorte kojoj klijent pripada. U odnosu na starost, psiholozi prepoznaju da su starije osobe raznolika grupa i da normativna promena starenja može biti pozitivna, kao i negativna, a ne nužno u vezi sa patologijom ili klijentovom seksualnom orijentacijom.

Psiholozi prepoznaju da federalni, državni i lokalni zakoni i propisi utiču na prava starijih lezbejki, gejeva, biseksualnih klijenata i da su svesni relevantnih izvora koji mogu pomoći klijentima sa medicinskim, pravnim i finansijskim potrebama. Psiholozi mogu naći sredstva za pozitivno prilagođavanja starenju među starijim LGB osobama (Friend, 1990; Lee, 1987) od pomoći. Psiholozi mogu pomoći starijim lezbijkama, gej muškarcima i biseksualnim klijentima da primene strategije koje su nau-

čili od suočavanja sa heteroseksizmom u upravljanju izazova povezanih sa normativnim starenjem (Fassinger, 1997; Kimmel sur 2006.).

Smernice 14. Psiholozi nastoje da razumeju jedinstvene probleme i rizike koji postoje kod mladih LGB pojedinaca.

Obrazloženje

Prolazak kroz kognitivne, emocionalne i društvene razvojne promene adolescencije, a istovremeno integrisanje lezbejkog, gej ili biseksualnog identiteta, može biti izazov za mlade (D'Augelli, 2006). Lezbejke, gej, biseksualni mladi i oni koji su u fazi preispitivanja mogu biti u povećanom riziku za suočavanje sa poteškoćama koje nisu iskusili njihovi heteroseksualni vršnjaci (vidi D'Augelli, 2002; Espelage et al, 2008; Lasser, Tharinger, i tkanina, 2006; Tomas 2002), kao što su beskućništvo (Urbina, 2007), prostitucija (Savin-Villiams, 1994) i seksualno prenosive bolesti (Solario, Milburn, i Veiss, 2006). Lezbejke, gej, biseksualni mladi pojedinci koji nisu usklađeni sa rodnim normama mogu da iskuse povećane teškoće u vršnjačkim odnosima (D'Augelli et al, 2002; Vilson & Vren, 2005). Odluke o "autovanju" mogu predstavljati još veće poteškoće za "obojenu" LGB omladinu za koju porodica i zajednice mogu biti vitalni izvor podrške u sukobu protiv rasizma (vidi Smernica 11). LGB omladina često ima probleme u školi koje se odnose na njihovu seksualnu orijentaciju (Cooper-Nikols, 2007), kao što je socijalno otuđenje (Sullivan & Vodarski, 2002) i maltretiranje (Meier, 2009). Ovi faktori mogu da povećaju rizik od zloupotrebe supstanci (Jordan, 2000) ili imaju dugoročne posledice, kao što je posttraumatski stres (reka, 2004).

Socijalna stigma povezana sa LGB identitetom može da stvori pritisak na mlade da se prilagode heteroseksualnom načinu ponašanja, da sakriju svoju seksualnu orijentaciju, odnosno da izbegnu socijalne interakcije (Safren & Pantalone, 2006). Pokušaji da se maskira ili negira seksualni identitet mogu staviti LGB tinejdžere u veću opasnosti od neželjene trudnoće (Saevic, 2006), upražnjavanja nesigurnog seksa (Rosario, Schrimshav, & Hunter 2006), međuljudskog nasilja (Russell, Franz & Driscoll, 2001) i pokušaja samoubistva (Savin-Villiams, 2001).

LGB mladi često doživljavaju negativne roditeljske reakcije prema njihovoj seksualnoj orijentaciji (Heatherington & Lavner, 2008). Supportivne porodice mogu biti zaštitni faktor od negativnih efekata manjih stresova za mlade LGB osobe (Meyer,2003; Ryan,2009). Međutim, do-

bronamerni heteroseksualni roditelji ne mogu ponuditi stepen uvida i socijalizacije potrebne mladim LGB osobama, da ih zaštiti od iskustva heteroseksističkog i internalizovanog heteroseksističkog uverenja (Green, 2004). Upravo zato, bliski odnosi sa mrežom podrške izuzetno su važni i mogu poslužiti kao protivteža bolu zbog porodičnog odbacivanja i/ili društvenog heteroseksizma. Jaka prijateljska mreža smatra se kao ključna u istraživanju i razvoju seksualnog identiteta (D'Augelli, 1991).

Primena

Psiholozi se pozivaju da razmotre psihološki uticaj aktuelnih društvenih, političkih događaja i medijskog prikazivanja seksualnih manjina na LGB omladinu. Svest o etičkim i pravnim pitanjima pri radu sa lezbejkama, gejevima i biseksualnom omladinom posebno je važna imajući u vidu da se zakoni o poverljivosti, otkrivanju zdravstvenog stanja, dobi pristanka na seks, razlikuju od države do države.

Omladina se može osećati nevoljnom da odredi svoj identitet u odnosu na seksualnu orijentaciju. Osim toga, seksualni identitet može da se doživljava kao fluidan tokom adolescencije (Rosario, Schrimshav, Hunter, i Braun, 2006; Diamond, 2007). Psiholozi zato nastoje da kreiraju otvoreni i afirmišući terapijski kontekst za diskusije o seksualnosti i istraživanje značenja koje omladina daje samoidentifikujćim terminima. Psiholozi takođe nastoje da pomognu lezbejkama, gej, biseksualnim i preispitujućim mladima i njihovoj porodici da identifikuju alternativne izvore za obrazovanje, mogućnosti za podršku i afirmišuće internet sajtove, kada je to potrebno.

Istraživanja pokazuju da je LGB omladina izložena visokom nivou uznemiravanja u školama na osnovu seksualne orijentacije (Meyer, 2009). Psiholozi se podstiču da rade sa nastavnicima i školskom upravom, da im pomognu u prepoznavanju dugoročnog uticaja koje maltretiranje ima, a neretko rezultira napuštanjem škole, lošijim akademskih performansama i samoubilačkim ponašanjem. Psiholozi mogu da posluže kao sredstva za pomoć školskom osoblju u smanjenju maltretiranja u školama na osnovu seksualne orijentacije.

Rajan (2009) je pokazao da su čak i manji nivoi roditeljskog prihvatanja povezani sa povećanim psihičkim i fizičkim blagostanjem LGB omladine. Ova studija je pokazala da je niži nivo porodičnog odbijanja tokom adolescencije i rane zrelosti povezan sa nižim nivoom depresije, manjim korišćenjem psihoaktivnih supstanci, manjim stepenom rizič-

nog seksualnog ponašanja i manjim rizikom za samoubistvo. Kada rade sa roditeljima lezbejki, gej, biseksualnih mladih, psiholozi se pozivaju da procene stepen prihvatanja ili odbijanja seksualne orijentacije njihovog deteta. Intervencije mogu uključivati psihoedukativne strategije koje bi pružile tačne informacije o seksualnoj orijentaciji i izgradnju porodičnih snaga kako bi povećali podršku svojim mladim LGB članovima porodice (Ryan, 2009).

Smernice 15. Psiholozi se podstiču da prepoznaju posebne izazove sa kojima se lezbejke, gej i biseksualne osobe sa fizičkim, čulnim i kognitivno-emocionalnim invaliditetom suočavaju.

Obrazloženje

Lezbejke, gej, biseksualci i osobe sa invaliditetom mogu naići na širok spektar posebnih izazova koji se odnose na socijalnu stigmiju vezanu i za invaliditet i seksualnu orijentaciju (Saad, 1997). Oni takođe mogu da dožive osećaj nevidljivosti koji je u vezi sa presekom istopolne seksualne orijentacije i fizičkog, kognitivno-emocionalnog i/ili senzornog invaliditeta (Abbott & Berns, 2007; Lofgren-Mortenson, 2009) zbog preovlađujućeg društvenog pogleda na osobe sa invaliditetom kao neseksualne.

Postoji niz konkretnih izazova sa kojima se suočavaju lezbejke, gej i biseksualni pojedinci sa fizičkim, senzornim i kognitivno-emocionalnim invaliditetom. Na primer, pokazalo se da su gej muškarcima sa intelektualnim invaliditetom i smanjenom sposobnošću za učenjem, u znatno većem riziku za stupanje u nezaštićene seksualne odnose (Iacoub & Hall, 2009). Osećaj da je "manje muško" takođe je pomešan sa većim rizikom seksualnog ponašanja među gej muškarcima sa invaliditetom (O'Neill & Hird, 2001). Unutar partnerskih odnosa, posebna pitanja koja se odnose na "menadžment u životu", uključujući mobilnost, seksualnost, medicinska i pravna odlučivanja. Pored toga, podrška porodice nije prisutna zbog negativnih reakcija na seksualnu orijentaciju osobe (McDaniel, 1995; Rolland, 1994). Lezbejke, gej i biseksualne osobe sa invaliditetom ne mogu imati isti pristup informacijama, podršku i usluge koje su na raspolaganju onima bez invaliditeta (O'Toole, 2003; O'Toole & Bregante, 1992). Osim toga, može postojati dodatni stres povezan sa pritiskom od strane lezbejki, gej ili biseksualnih lica da se razotkriju negovateljima i zdravstvenim stručnjacima, kako bi se dobile odgovarajuće usluge (O'Toole & Bregante, 1992).

Primena

Psiholozi koji rade sa LGB osobama sa invaliditetom se ohrabruju da obrate posebnu pažnju na kovarijacije problema invaliditeta, rase, etničke pripadnosti, seksualne orijentacije, pola, starosti, zdravstvenog stanja i socio-ekonomskog statusa (Fraleay, 2007; Hunt, Matthews, Milson et Lammel, 2006). Potencijalni aditivni efekti stigmatizovanih aspekata identiteta mogu biti pogoršani pitanjima o značajnim odnosima (na primer, partneri, članovi porodice, negovatelji, zdravstveni radnici). Nadalje, psiholozi koji rade sa LGB osobama treba da razmotre potencijalne učinke društvenih barijera u LGB zajednici i u širem društvenom kontekstu (Shapiro, 1993).

Psiholozima je naloženo da razmotre načine jačanja svojih LGB klijenata sa invaliditetom, s obzirom na obespravljenost i osećaj nevidljivosti koji su mnogi u ovoj grupi doživeli (Shuttleworth, 2007). Gde je to moguće, grupe za podršku se preporučuju kao koristan dodatak psihoterapiji (Villiams, 2007). Sveobuhvatni psihoterapijski pristup radu LGB osobama sa invaliditetom su već razvijeni (npr. Hanjorgiris, Rath & O'Neill, 2004; Hunt et al., 2006). S obzirom da se često previđa, psiholozi se posebno pozivaju da se raspitaju o seksualnoj istoriji i trenutnom seksualnom funkcionisanju njihovih LGB klijenata sa invaliditetom, kao i da obezbede informacije i olakšaju rešavanje problema u ovoj oblasti (Kaufman, Silverberg i Odette, 2007; Olkin, 1999). Mnoge lezbejke, gej i biseksualne osobe sa invaliditetom doživele su seksualnu prinudu (Swarztz, 1995; Thompson, 1994). Preporučuju se i osetljiva istraživanje u vezi sa istorijom viktimizacije pojedinca.

Smernica 16. Psiholozi nastoje da razumeju uticaj HIV/AIDS-a na živote lezbejki, gej i biseksualnih pojedinaca i zajednica.

Obrazloženje

HIV/AIDS i seksualna orijentacija su povezani, te su ljudi koji žive sa ovom bolešću stigmatizovani (Herek, Capitanio & Widaman, 2002). Dodatni faktori koji doprinose predrasudama i diskriminaciji sa kojom se suočavaju osobe koje žive sa HIV/AIDS-om uključuju nerazumevanje ili neinformisanost o virusu (Ritieni, Moskowitz, & Tholandi, 2008), generalnu homofobiju i rasizam (Brooks, Etzel, Hinojos, Henry, & Perez, 2005), kao i činjenicu da se virus širi ponašanjem koje pojedinci ili grupe osudju-

ju kao neprihvatljivo (Kopelman, 2002). Dok je dijagnoza AIDS-a u početku bila smrtna kazna, značajnim medicinskim napretkom u lečenju HIV/AIDS-a došlo se do rekonceptualizacije, pa se tako danas govori o HIV/AIDS-u kao hroničnoj bolesti (Pierret, 2007).

Pored suočavanja sa stigmatizovanom bolešću, ljudi koji žive sa HIV/AIDS-om, takođe moraju da se suoče sa bezbroj zdravstvenih problema i nuspojava lekova i tretmana (Johnson & Neilands, 2007). Mnogi ljudi sa HIV/AIDS-om bore se i sa zabrinutošću zbog reakcije objavljivanja njihovog HIV-pozitivnog statusa prijateljima, članovima porodice i partneru (Simoni & Pantaloni, 2005). Štaviše, empirijska istraživanja o mentalnom zdravlju osoba koje žive sa HIV/AIDS-om dosledno su otkrivala visoke stope poremećaja raspoloženja i anksioznosti (Bing et al., 2001), kao i probleme sa drogama i konzumiranjem alkohola i zlostavljanjem (Pence, Miller, Whetten, Eron, & Gaynes, 2006). Ljudi koji žive sa ovom bolešću prijavili su veće stope interpersonalnog nasilja od HIV-negativnih vršnjaka (Cohen et al., 2000; Greenwood et al., 2002.). Starije osobe suočavaju se sa posebnim izazovima vezanim za HIV/AIDS. Na primer, starije osobe koji su živele sa HIV/AIDS-om mogu imati kognitivne i fizičke promene povezane sa njihovim režimom lečenja (npr. Oelklaus, Williams & Clay, 2007). Neke starije HIV-negativne osobe mogu biti u opasnosti za serokonverziju zbog disinhibitornog seksualnog ponašanja povezanog sa smanjenim kognitivnim funkcionisanjem, usamljenosti, depresije ili drugih emocionalnih ili egzistencijalnih faktora (Groves, Golub, Parsons, Brennan, & Karpiak, 2010) bez obzira na ranije praktikovanje zaštićenog seksa. Kako se nositi sa ovom složenom lepezom fizičkih i mentalnih zdravstvenih problema može biti značajan izazov za osobe koje žive sa HIV-om, kao i za psihologa koji pružaju usluge njima (Anderson & Barret, 2001; Berg, Michelson, & Safren, 2007). Osim toga, važno je imati na umu da se pitanja HIV/AIDS-a javljaju i u kontekstu drugih fizičkih zdravstvenih nejednakosti (Krehely, 2009).

Primena

Prilikom vršenja početne procene, psiholozi se pozivaju da izbegnu bilo kakve pretpostavke koje se odnose na HIV serostatus klijenata na osnovu seksualne orijentacije ili demografskih karakteristika. Nema pouzdanog načina da se sazna HIV serostatus klijenta bez direktnog pitanja. Štaviše, otvorenim provlačenjem ove teme, psiholozi stvaraju mogućnost da ponude tačne preventivno-obrazovne informacije o HIV-u za sve

svoje klijente (npr. sigurno/rizično seksualno ponašanje), kao i da pruže podršku onima koji su HIV-pozitivni (ohrabrujući ih da traže ili nastave sa medicinskom pomoći). Psiholozi treba da dobiju potrebne informacije da bi mogli da razgovaraju o strategijama prevencije HIV-a sa svojim klijentima.

Psiholozi nastoje da razumeju i objasne uticaj društvene marginalizacije, kao rezultat jedinstvenih višestrukih potlačenih identiteta i drugih faktora (na primer, seksualne manjine, rasne/etničke manjine, nizak socio-ekonomski status, invaliditet, itd.) svakog od svojih klijenata koji žive sa HIV/AIDS-om. Među mladim gej muškaracima, pripadnicima etničkih manjina, nisko samopoštovanje, kao i drugi faktori (na primer društvene mreže) pokazali su doprinos visokoj stopi serokonverzije (Brooks, Rotheram-Borus, Bing, Ayala & Henry, 2003, Millet, Flores, Peterson i Bakeman, 2007).

Psiholozi su ohrabreni da razgovaraju o sigurnom seksualnom ponašanju sa svojim klijentima koji su pod rizikom. Pored toga, psiholozi su podstaknuti da budu svesni kako ljudi različitih uzrasnih grupa mogu imati različita iskustva sa HIV/AIDS-om. Na primer, mnoge starije lezbejke, gej muškaraci, biseksualne žene i muškarci mogu doživeti značajnu emocionalnu traumu, tugu i gubitak koji je povezan sa smrtnim ishodom njihovih prijatelja i partnera od AIDS-a.

Psiholozi se pozivaju da povećaju svest o sveobuhvatnom uticaju HIV/AIDS-a na živote ljudi koji su inficirani virusom. Na primer, mogu postojati značajne promena u identitetu i ulozi osoba koje žive sa HIV/AIDS-om, kao rezultat njihove HIV infekcije (Baumgartner, 2007). HIV infekcija može biti katalizator za psihološki ili duhovni rast za neke, dok su uzrok žalosti i tuge za druge (Moskowitz & Wrubel, 2005). Pored toga, HIV serokonverzija može ozbiljno da utiče na društvene i intimne odnose onih koji žive sa ovom bolešću. HIV-pozitivne osobe mogu da dožive sramotu ili odbacivanje od strane članova porodice, prijatelja ili saradnika (npr. Laryea & Gien, 1993).

Ova interpersonalna odbacivanja mogu biti posebno traumatična za one koji su ranije iskusili slične poteškoće, kao rezultat otkrivanja drugih stigmatizovanih aspekata svog identiteta. Štaviše, u intimnom partnerskom odnosu, HIV može biti dodatni stresor ili prepreka intimnosti. Ovo se odnosi posebno na pojedince u serodiskordantnim odnosima, jer partneri moraju da se kreću kroz emotivna i praktična pitanja koja okružuju seks i intimnost. Osim toga, HIV-pozitivan status jedne osobe može da bude uzrok za diskriminaciju pri zapošljavanju ili stambenom

smeštaju (npr. Malcolm, Aggleton, Bronfman, Galvao, Mane, & Verrall, 1998).

Ekonomska i radna pitanja

Smernica 17. Psiholozi su ohrabreni da razmotre uticaj socio-ekonomskog statusa na psihološku dobrobit lezbejki, gej i biseksualnih klijenata.

Obrazloženje

Podaci pokazuju da su lezbejke, gej, biseksualni muškarci i žene često u ekonomski nepovoljnijem položaju u poređenju sa svojim heteroseksualnim kolegama. U studiji iz 1995. Bedžez je utvrdio da gej muškarci zarade između 11% i 27% manje nego heteroseksualni muškarci. Istraživanje je takođe pokazalo da gej muškarci koji žive u istopolnim vezama zarađuju manje od muškaraca u heteroseksualnim brakovima (Allegretto i Arthur, 2001; Klawitter i Flatt, 1998). Albelda, Bedžet, Šinbaum i Gejts (2009) su utvrdili da lezbejske i gej parovi i porodice imaju znatno veće šanse da budu siromašni nego heteroseksualni bračni parovi i porodice, a lezbejski parovi posebno imaju veću verovatnoću da će biti siromašni nego heteroseksualni parovi. Elmsli i Tebaldi (2007) su utvrdili da gej muškarci na rukovodećim i radničkim pozicijama mogu da zarade i do 23% manje od svojih kolega heteroseksualaca. Iako gej muškarci i lezbejke imaju tendenciju da budu više obrazovani od svojih kolega heteroseksualaca (Carpenter, 2005; Rothblum, Balsam & Mickey, 2004), oni nastavljaju da zarađuju manje novca (Factor & Rothblum, 2007; Fassinger, 2008; Egan, Edelman & Sherrill, 2008). Bedžet (2003) i Fassinger (2008) ukazuju da postoji značajna diskriminacija na radnom mestu nad lezbejkama i gej muškarcima, kao i na tržištu maloprodaje. Lezbejke, gej i biseksualni pojedinci su dobijali otkaze, uskraćeno im je unapređenje, dobili su negativne ocene učinka, imali nejednake plate i beneficije na osnovu njihove seksualne orijentacije (Badgett, Lau, Sirs & Ho, 2007).

Sve se više razume odnos između siromaštva i mentalnog zdravlja (Costello, Compton, Keeler et Angold, 2003; Croteau, Bieschke, Fassinger et Manning, 2008). Niska primanja pojedinaca su povezana sa većom verovatnoćom da će patiti od mentalnog poremećaja od onih sa boljim socio-ekonomskim statusom (Bourdon, Rae, Narrov, Manderschild et Regier, 1994). Stoga lezbejke, gej i biseksualni muškarci i žene koji

žive u siromaštvu imaju dodatni teret obespravljenosti i otuđenja.

Finansijska sredstva i obrazovanje mogu da posreduju negativne efekte diskriminacije (na primer, veća ekonomska moć i mogućnosti, poboljšano samopoštovanje). Nasuprot tome, niži socio-ekonomski status može predstavljati dodatni stres, povećanu marginalizaciju, veće izazove u prilagođavanju na stigmatizovanu seksualnu orijentaciju i smanjenu mogućnost za pristup odgovarajućim socijalnim osloncima. Rej (2006) je primetio strah od progona i beskućništva mnogih lezbejki, gej i biseksualne omladine. Mladi beskućnici LGB pripadnosti imaju veću verovatnoću da se bave visokorizičnim ponašanjem. Van Leven i njegovi saradnici (2006) su našli značajno povišen rizik od pokušaja samoubistva, prostitucije i korišćenja droga među LGB omladinom u odnosu na heteroseksualnu omladinu. Kod starijih, odraslih lezbejki, gej i biseksualnih pojedinaca, postoji mnoštvo izazova u pogledu tradicionalnih novčanih mehanizama podrške (na primer, socijalnog osiguranja, penzionog osiguranja, 401 (k)1 itd.) (Cahill & South, 2002). Istopolni parovi doživljavaju zakonske prepreke (na primer, nedostatak pristupa pravnom braku ili zdravstvenim beneficijama) koje mogu dovesti do društveno-ekonomskih nejednakosti (APA, 2009b).

Primena

Psiholozi se podstiču da procene načine na koje socio-ekonomski status utiče na lezbejske, gej i biseksualne klijente u oblastima kao što su nisko samopoštovanje, porodični sukobi i problemi u vezama. Na primer, korisno je da se razmotre psihološke posledice niskog socio-ekonomskog statusa (kao što su stid, depresija, anksioznost) na lezbejke, gej i biseksualne pojedince, kako se one mogu zadržavati tokom životnog veka, čak i ako se napreduje u socio-ekonomskom statusu (Martel, 2007, Russell, 1996). Osim toga, u svojim procenama, psiholozi su pozvani da razmotre načine na koje niski socio-ekonomski standard i ekonomska diskriminacija na temelju polne orijentacije mogu imati složene učinke. Psiholozi se takođe pozivaju da se suzdrže od donošenja pretpostavki o socio-ekonomskom statusu na temelju polne orijentacije.

Smernica 18. Psiholozi nastoje da razumeju jedinstvene probleme na radnom mestu koji postoje za lezbejke, gej i biseksualne pojedince.

Objašnjenje

Postoje jedinstvene poteškoće i rizici sa kojima se suočavaju lezbejke, gej i biseksualni pojedinci na radnom mestu, a poseban je uticaj seksualne stigme (Herek, 2007; Herek, Gillis et Cogan, 2009) na stručno donošenje odluka, izbor, implementaciju, prilagođavanje i ostvarenje (Croteau, Bieschke, Fassinger i Manning, 2008; Fassinger, 2008; Pope et al., 2004). Prepreke na stručnom razvoju i uspehu LGB pojedinaca uključuju: diskriminaciju pri zapošljavanju (Fassinger, 2008; Kirbzy, 2002); platnu diskriminaciju (Badgett, 2003; Elmslie & Tebaldi, 2007); nedostatak beneficija (na primer, bolovanja, odsustva zbog žalosti, brige o deci, beneficije za istopolnog partnera) (Fassinger, 2008); neprijateljsku klimu na radnom mestu (Ragins & Cornvell, 2001, Ragins, Singh, et Cornvell, 2007); poslovne stereotipe (Chung, 2001, Keeton, 2002); profesionalno ograničenje (na primer, vojska, sveštenstvo) (Fassinger, 2008); interaktivni efekat predrasuda zasnovanih na polu, rasi i nacionalnosti, invaliditetu, kao i drugim aspektima marginalizovanih statusa (Bieschke, Hardi, Fassinger, et Croteau, 2008; Van Puimbroeck, 2002); i kompromitovane procene karijere (Anderson, Croteau, Chung & DiStefano, 2001; Pope et al., 2004). Treba napomenuti da su opšta pitanja procene navedene u smernici 4, primenjuju u posebnom predmetu ocena karijere.

Najupadljivije teme za LGB radnike u kontekstu seksualne stigma je upravljanje identitetom (Croteau et al., 2008). Iako istraživanja pokazuju da je otkrivanje identiteta povezano sa pozitivnijim rezultatima po mentalno zdravlje od prikrivanja identiteta (Herek & Garnets, 2007), mnoge lezbejke, gej i biseksualni radnici usvojili su lične strategije upravljanja identitetom kako bi se zaštitili od stvarne ili predviđene diskriminacije na radnom mestu (Croteau et al., 2008). Prikrivanje identiteta, međutim, psihološka je cena, uključujući i stalnu budnost o deljenju informacija, održavanju odvajanja ličnog od poslovnog života, suočavanje sa nevidljivošću, izolovanosti od društvenih i profesionalnih mreža podrške, kao i sagorevanja (burn out) od stresa zbog skrivanja identiteta (vidi Croteau i drugi, 2008; Fassinger, 2008).

Primena

Psiholozi se podstiču da pomognu svojim LGB klijentima u identifikovanju i rešavanju potencijalnih barijera stručnog razvoja i uspeha. Psiholozi su pozvani da pomognu LGB klijentima u prevazilaženju internalizovanih stereotipa o sebi i/ili o poslovnom svetu koji mogu uticati na njihove profesionalne odluke (Adams, Cahill & Ackerling, 2004; Croteau et al., 2008; Nauta, Saucier, & Woodard, 2001; Tomlinson & Fassinger, 2003). Psiholozi mogu pomoći lezbejkama, gejevima i biseksualnim klijentima u proceni njihovog radnog okruženja i istraživanju odgovarajuće strategije za otkrivanje seksualne orijentacije na radnom mestu (Anderson et al., 2001; Croteau et al., 2008; Lidderdale, Croteau, Anderson, Tovar-Murray, & Davis, 2007), uključujući i pitanja koja se javljaju u procesu traženja i dobijanje posla (Lidderdale et al., 2007).

Psiholozi su ohrabreni da se bave pitanjima višestrukih ugnjetavanja kada pružaju savetovanja u vezi sa poslom i karijerom LGB klijenata, pripremajući ih da se izbore sa efektima rasizma, seksizma, heteroseksizma, ejdžizma i drugih oblika marginalizacije (Bieschke et al., 2008). Psiholozi nastoje da budu svesni posebnih razmatranja u pogledu procena karijere LGB pojedinaca (Chung, 2003a; Chung, 2003b; Pope et al., 2004.).

Psiholozi mogu biti od pomoći LGB klijentima u njihovom stručnom i radnom donošenju odluka, ohrabrujući ih da postanu svesni lokalnih i nacionalnih resursa u karijeri. Ovi resursi mogu uključivati nacionalne lezbejske i gej mreže stručnjaka, lokalne gej/lezbejske zajednice, posebne programe lezbo/gej profesionalaca, LGB programe nadgledanja... (Pope et al., 2004).

Edukacija i obuka

Smernica 19. Psiholozi nastoje da uključe lezbejska, gej i biseksualna pitanja u stručno obrazovanje i obuku.

Uprkos sve većem insistiranju obuci za rad sa manjinskim grupama tokom diplomske edukacije i prakse, studije su pokazale da diplomirani studenti u oblasti psihologije na početku karijere psihologa prijavljuju neadekvatno obrazovanje i obuku u vezi sa LGB pitanjima (Mathews, Selvidge & Fisher, 2005; Pilkington & Cantor, 1996) i osećaju se nespremnim za rad sa ovim grupama (Allison, Crawford, Echemendia, Robinson & Knepp, 1994; Phillips & Fischer, 1998).

Metjuz (2007) je istakao da “stručnjaci za mentalno zdravlje žive u istom heteroseksističkom društvu kao i svi drugi i podležu predrasudama koje prožimaju društvo” (str. 205). Studenti mogu da se predstavljaju afirmativnije nego što zaista to jesu u svojoj terapijskoj praksi ili životu. Pokazalo se da je obuka efikasna u menjanju negativnih stavova o neheteroseksualnoj orijentaciji (Boysen & Vogel, 2008; Israel & Hackett, 2004). Identifikacijom kao LGB osoba ne mora se nužno steći stručnost u praksi sa lezbejkama, gejevima, biseksualnim klijentima. Ako se terapeut identifikuje kao gej muškarac, lezbejka ili trans osoba, to ne podrazumeva da je on kvalifikovan za rad sa LGBT klijentima. Grin (1997) navodi neka od pitanja jedinstvenih za neheteroseksualne praktičare (npr. zabrinutost oko granica, identifikacija sa klijentom, zastupanja).

Primena

LGB edukativni programi i moduli pokazali su pozitivno unapređenje znanja i veština studenata (Rutter, Estrada, Ferguson & Diggs, 2008). Fakulteti, supervizori i konsultanti ohrabreni su da integrišu aktuelne informacije o LGB pitanjima tokom diplomatske obuke za stručnu praksu. Postoje sredstva na raspolaganju kako bi se pomoglo fakultetu u uključivanje LGB sadržaja u nastavni plan i program (npr. APA, 1995; Bieschke, Perez & DeBord, 2000, 2007; Buhrke & Douce, 1991; Cabaj & Stein, 1996; Croteau & Bieschke, 1996; Greene & Croom, 2000; Hancock, 1995, 2000; Pope, 1995; Ritter & Terndrup, 2002; Savin-Williams & Cohen, 1996), kao i u obuci i nadzoru (npr. Halpert, Reinhardt & Toohey, 2007; Mintz & Bieschke, 2009). Halpert i dr. (2007) predstavljaju afirmativne modele supervizije koji se mogu koristiti sa bilo kojom teorijskom orijentacijom i mogu da pomognu studentima da postanu kulturno kompetentni praktičari sa LGB klijentima. Preporuke za diplomatsko obrazovanje uključuje i pojedinačne kurseve i priliv relevantnih informacija širom nastavnog plana i programa (Biaggio, Orchard, Larson, Petrino & Mihara, 2003; Phillips, 2000).

Psiholozi se pozivaju da edukuju svoje učenike o prirodi i efektima heteroseksualne privilegije (Israel & Selvidge, 2003) i da ospore heteroseksističku pristrasnost (Biaggio, Orchard, Larson, Petrino & Mihara, 2003; Hancock, 2000; Simoni, 2000). Lična istraživanja stavova i predrasuda u obrazovanju i obuci psihologa na kraju mogu pomoći studentima da ocene sebe sa većom iskrenošću i preciznošću i da obezbede bolji odnos sa lezbejskim, gej, biseksualnim i preispitujućim klijentima. Pre

učenja o stavovima prema lezbejkama, gejevima i biseksualnim klijentima, instruktorima (bez obzira na seksualnu orijentaciju) savetuje se da istraže svoje stavove (Biaggio et al, 2003; Simoni, 2000).

Pitanja koja se tiču institucionalne klime i podrške, takođe su razmotrena u novijoj literaturi. Biadjo i njene kolege (2003) sugeriraju prioritet afirmacije različitosti u instituciji, uključujući seksualnu orijentaciju pri zapošljavanju i prijemu na univerzitet, s obzirom na raznolikost u promociji, mandatu i drugim kadrovskim odlukama i pružanje sistema podrške LGB članovima ustanove (na primer, resursnih centara, istraživačkih grantova, mentorskih programa). Psiholozi koji imaju stručnost u LGB psihologiji mogu biti od koristi da obezbede obuku i konsultacije na fakultetu, istraživačke smernice i kurseve i kliničke nadzore studenata. Fakultet i klinički supervizori pozivaju se na insistiranje kontinuiranog edukativnog kursa za rad sa LGB pitanjima, u cilju jačanja svesti o jedinstvenim potrebama LGB klijenata (Biaggio et al., 2003).

Smernice 20. Psiholozi se pozivaju da povećaju svoje znanje i razumevanje homoseksualnosti i biseksualnosti kroz kontinuiranu edukaciju, obuku, nadzor i konsultacije.

Objašnjenje

Iako je studija o različitosti populacije dobila veću pažnju u poslednjih nekoliko godina, mnogi psiholozi možda nisu dobili osnovne informacije koje se odnose na rad sa LGBT klijentima. Etička načela psihologa i kodeks ponašanja Američkog udruženja psihologa (APA, 2002b) pozivaju psihologe da "... poduzmu kontinuirane napore za razvoj i održavanje svoje kompetencije" (str. 1064). Nažalost, obrazovanje, obuka, praktična iskustva, konsultacije i/ili nadzor koji psiholozi dobijaju u vezi sa LGB pitanjima često su neadekvatni, zastareli ili nedostupni (Morrow, 1998; Murphy, Rawlings & Howe, 2002; Pilkington & Cantor, 1996; Sherry, Whilde & Patton, 2005). Istraživanja su pokazala istorijske predrasude i neosetljivost psihoterapeuta u radu sa lezbejkama, homoseksualcima i biseksualcima (Granati, 1991; Liddle, 1996; Nystrom, 1997; Winegarten & et al., 1994). Dok novija istraživanja pokazuju pozitivniji stav prema lezbejskim, homoseksualnim i biseksualnim klijentima od strane terapeuta (Bieschke, McClanahan, Tozer, Grzegorek, i Park, 2000). Biške, Paul i Blasko (2007) primetili su da su neki od poboljšanih stavova samo površno poboljšani i nisu nužno prisutni u ponašanju terapeuta.

Primena

Prema Israel, Kec, Detri, Burk i Šulmanu (2003), apelavano je na psihologe da imaju širok spektar znanja, stavova i veština, kako bi efikasno radili sa lezbejkama, gej i biseksualnim klijentima. Psiholozi se pozivaju da dodatno razmotre obrazovanje, obuku, iskustvo, konsultacije i/ili nadzor u oblastima kao što su: (a) ljudske seksualnosti i multidimenzionalni modeli seksualne orijentacije; (b) problemi koji utiču na mentalno zdravlje LGB pojedinaca; (c) razvoj lezbejskog, homoseksualnog ili biseksualnog identiteta u heteronormativnom društvu, uključujući etičke i kulturalne faktore koje utiču na identitet; (d) efekti stigmatizacije na LGB pojedince, parove i porodice; (e) preseki višestrukih identiteta (na primer, seksualne orijentacije, rase i etničke pripadnosti, pola, klase i invaliditeta); (f) jedinstveni razvoj karijere i problemi koje doživljavaju na radnom mestu lezbejke, gej i biseksualni pojedinci; (g) netradicionalne forme odnosa; (h) pitanja religije i duhovnosti za lezbejke, gej, biseksualne osobe; (i) pitanje zdravlja. Mnogi psiholozi mogu imati koristi od specifičnog treninga koji se odnosi na pojedina pitanja biseksualnih klijenata i afirmativne psihoterapije sa biseksualnim ženama i muškaracima. Psiholozi su ohrabreni da traže LGB afirmativne kontinuirane edukativne programe, kao i da sadržaj tih kurseva bude kompatibilan sa postojećim smernicama i politikama APA. Psiholozi se dalje pozivaju da traže kontinuirane edukativne programe koji obezbeđuju specifične informacije o radu sa biseksualnim klijentima i materijale koji se bave njihovim posebnim pitanjima u terapiji (e.g., Firestein, 2006; Fox, 2006; Matteson, 1999).

LGB pojedinci, naročito oni koji dovode u pitanje ili su tek postali svesni svoje seksualne orijentacije, ponekad nemaju saznanja ili pristup drugim lezbejkama, gejevima, biseksualnim ljudima ili široj gej zajednici i resursima koje mogu priuštiti. Svest i pristup resursima zajednice su važni, jer istraživanja pokazuju da je angažovanje u LGB zajednici povezano sa poboljšanim psihološkim funkcionisanjem u ovim populacijama (D'Augelli & Garnets, 1995; Garnets, Herek & Levy, 1992; Kurdek, 1988; Russell & Richards, 2003). Psiholozi se podstiču da ulože razumne napore kako bi se upoznali sa relevantnim izvorima (nacionalni, državni, lokalni i elektronski) u svom radu sa LGB klijentima.

Istraživanje

Smernica 21. U korišćenju i širenju istraživanja o seksualnoj orijentaciji i povezanim pitanjima, psiholozi nastoje da u potpunosti i precizno predstavljaju rezultate i da budu svesni potencijalne zloupotrebe ili pogrešnog nalaza istraživanja.

Obrazloženje

Baš kao što pristrasnost može da utiče na sprovođenje istraživanja, takođe može uticati na tumačenja istraživanja drugih autora i posledično na koristi od rezultata istraživanja. Međutim, istraživanje o LGB ljudima je zloupotrebjeno i pogrešno predstavljano na štetu lezbejki, gej i biseksualnih i pojedinaca (Herek, 1998; Herek, Kimmel, Amaro & Melton, 1991; Russell & Kelly, 2003).

Primena

Psiholozi nastoje da budu oprezni u upotrebi istraživanja o lezbejkama, gejevima i biseksualnom stanovništvu i da uzmu u obzir složenost i ograničenja istraživanja (Cochran, 2001; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994; Solarz, 1999). Osim toga, psiholozi nastoje da budu svesni mogućnosti uticaja otvorene i prikrivene pristrasnosti (Banaji & Hardin, 2006; Banaji, Lemm & Carpenter, 2001; Bargh & Chartrand, 1999; Bargh & Williams, 2006; Herek, 1998; Herek et al., 1991) i da budu pažljivi da njihovi izveštaji budu temeljiti i da su sva relevantna ograničenja svojih nalaza objavljeni i raspravljena.

Psiholozi se podstiču da vode računa kada navode ili citiraju nalaze istraživanja objavljenih od strane trećih lica. Na isti način na koji istraživači nastoje da preciziraju ograničenja svojih nalaza, psiholozi koji navode tuđa istraživanja pozivaju se da predstave potpune i tačne opise tog istraživanja, uključujući ograničenja. APA Etički kodeks (APA, 2002b) zahteva od psihologa da izbegnu lažne ili obmanjujuće izjave (Standard 5.01) i tačno izveštavaju svoje rezultate istraživanja (Standard 8.10).

Komunikacija nalaza iz sopstvenog ili istraživanja treće stranke u popularnim medijima predstavlja poseban izazov. Članovi medija obično nisu dobro upućeni u zamršenost istraživačkih metoda ili odgovarajuće tumačenje nalaza istraživanja. Ova situacija, u kombinaciji sa medijskom tendencijom da priče čine provokativnijim (Conrad, 1997) može dove-

sti do pogrešnog ili eksplicitno netačnih izlaganja istraživanja. Psiholozi nastoje da budu svesni i da rade proaktivno da spreče širenje netačnih informacija (APA, 2002b , Standard 5.01). Psiholozi su ohrabreni da ponude jasna objašnjenja, da zatraže potvrdu da novinari razumeju dobijene informacije, da obezbede sinopsise istraživačkih studija ili aktuelnih istraživanja, kao i da naglase novinarima složenosti i ograničenja nalaza istraživanja.

Alati za psihoterapijski rad sa LGBT klijentima

Vesna Marotić i Vladimir Miletić

Statistički podaci ukazuju na to da se LGBT klijenti češće obraćaju za pomoć psihoterapeutima u poređenju sa heteroseksualnim osobama. Čak i u zemljama gde je stepen diskriminacije i predrasuda prema LGBT osobama niži nego u Srbiji, postoje identifikovane razlike u načinu na koji su LGBT klijenti tretirani u odnosu na heteroseksualne. Iznenaduje podatak da se terapijske seanse LGBT osoba neretko naplaćuju po višim tarifama nego seanse osoba heteroseksualne orijentacije, a broj “neophodnih” seansi je veći. Takođe, terapeuti su skloni da najrazličitije probleme neheteroseksualnih klijenata pripisuju njihovoj seksualnoj orijentaciji, kao i da previđaju načine na koje društvo diskriminiše i stigmatizuje LGBT osobe.

Većina obuka za psihoterapijski rad ne obuhvata specifične module koji bi buduće profesionalce iz oblasti mentalnog zdravlja opremili adekvatnim znanjima neophodnim za kvalitetan rad sa LGBT osobama. Profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja su, zbog nedostatka adekvatnih znanja i svesti o sopstvenih stavovima (ličnim i internalizovanim) prema seksualnim manjinama, skloni perpetuiranju heteroseksističkih i homofobičnih stavova. Ovo ne mora biti na nivou svesnog diskriminisanja klijenata, ali može se ogledati u neverbalnoj komunikaciji terapeuta tokom seansi ili onda kada se klijenti dotaknu posebno osetljivih tema, kao i u potrebi diskriminatornog jezika, osobito sa transrodnim klijentima. Iz smernica za rad Američkog udruženja psihologa, jasno proističe da se od terapeuta očekuje da poseduju određeni korpus znanja o LGBT psihologiji, kao i da u psihoterapiji važan prostor posvete razvoju samopoštovanja, donošenju odluka o otvorenom izražavanju seksualne orijentacije, pitanju roditeljstva, razumevanju različitosti, nepatologizaciji homoseksualnosti, radu sa predrasudama (internalizovanoj homofobiji). Prilikom rada sa LGBT klijentima treba uzeti u obzir i sledeće karakteristike: nacionalnost, rodni identitet, socio ekonomski status, vrste potreba, prirodu marginalizacije.

Opšti obrazac očekivanja LGBT klijenta od psihoterapeuta obuhvata posebna znanja, stavove i veštine u kojima centralno mesto zauzimaju gej afirmativni stavovi, razumevanje efekata homofobije i prevazi-

laženje internalizovane homofobije, kao i nefokusiranje na seksualnost klijenta, osim ako on to želi. Posebna znanja i veštine obuhvataju i poznavanje terminologije koju upotrebljavaju LGBT osobe, a sa kojom heteroseksualni terapeuti možda nisu imali prilike da dođu u kontakt. Ukoliko terapeut klijentu postavlja potpitanja za važne koncepte u LGBT kulturi (npr. autovanje), to može doprineti osećaju izolovanosti i usamljenosti kod klijenata, kao i osećaju da između njih i terapeuta postoji nepremostiva kulturološka barijera, što je osećaj koji LGBT osobe, osobito u manjim sredinama, već verovatno imaju i od terapije se očekuje da doprinese umanjenu, a ne intenziviranju usamljenosti i izolacije.

Nepoželjni stavovi terapeuta uključuju posmatranje homoseksualnosti kao poremećaja, povezivanje postojećih problema sa seksualnom orijentacijom, kao i neuviđanje posledica istog, korišćenje heteroseksualne orijentacije kao referentnog okvira za posmatranje homoseksualnih veza, kao i neodobravanje i omalovažavanje istih. Često terapeuti uspeju da formiraju određene hipoteze o klijentima, pre nego što klijenti dođu do sličnih zaključaka, pa tako terapeut relativno rano u terapiji može da formira hipotezu da su određeni problemi kod klijenta povezani sa načinom na koji on konstruiše svoju seksualnost. Međutim, to što terapeut problem konstruiše na takav način, ne podrazumeva i da je klijent toga svestan. Ukoliko terapeut podeli svoje zapažanje u trenutku kada klijent nije spreman da ga čuje, insistiranje na toj interpretaciji problema može stvoriti otpor kod klijenta, ali i percepciju o terapeutu kao homofobičnoj osobi, što dalje može ugroziti razvoj terapijskog odnosa. U takvim situacijama, terapeut je dužan da svoje hipoteze ili ostavi po strani do onog trenutka kada je klijent sposoban da ih razmotri i prihvati, ili da ih odmah odbaci kada to učini i klijent i da traga za onom formulacijom problema koja je i klijentu prihvatljiva. Na ovaj način, terapeut šalje i poruku poštovanja klijentu, ali i započinje pregovaranje oko značenja pritužbe, izbegavajući na tom putu stvaranje otpora. Takođe, značajno je i da LGBT terapeuti mogu da povuku jasne granice između sopstvenog konstruisanja seksualnosti i konstruisanja seksualnosti klijenta, kako svoje hipoteze i svoje iskustvo ne bi nametali klijentima.

Pod patologizacijom homoseksualnosti, kao što je već naglašeno, ne podrazumevaju se samo eksplicitni stavovi terapeuta, već i neverbalizovane hipoteze o seksualnosti i internalizovani heteroseksistički stavovi. Ova vrsta patologizacije može biti potpuno tacitna, nesvesna i najbolji način da se sa njom radi jeste da se klijenti superviziraju kod supervizora koji i sami imaju iskustva u radu sa LGBT osobama, uz dodatni

rad na sopstvenoj terapiji na temu seksualnosti i konstruisanja seksualnost identiteta.

Istraživanja pokazuju da se u terapijskom odnosu favorizuje sigurnost i poverenje, validacija, prihvatanje, podsticajno okruženje - osnaživanje klijenta od strane terapeuta, a kao pozitivnim aspektom smatra se korišćenje humora. Snažan savez terapeuta i klijenta od velikog je značaja za nastanak terapijske promene. Ovo podrazumeva da klijenti dobro vladaju tehnikama reflektovanja i pojašnjavanja. Takođe je važno da ume da pruži prihvatanje i podršku klijentu; pod ovim se ne podrazumevaju samo verbalne metode, već i upravljanje mimikom, govorom tela, gestikulacijom. Ono što svakako ne koristi odnosu jeste rezervisano, odnosno ratoborno ponašanje klijenta kao i izbegavanje seansi. Kako bi se ovo izbeglo, važno je da terapeut bude perceptivan i da ume na vreme da prepozna kada klijentima šalje negativne poruke – veoma često će terapeuti poslati poruke koje će klijenti protumačiti kao homofobične i zbog toga terapeut treba da sa klijentom proveri na koji način je shvatio njegove/njene reči.

Najviše dokaza o efikasnosti i korisnosti postoji za intervencije iz kognitivno-bihejvioralnog spektra, zatim psihoedukativne metode, direktivniji terapijski pristup (zapravo, korisnije je govoriti o aktivnom pristupu terapeuta, a ne isključivo direktivnom). Istraživanja ishoda terapijskog procesa pokazuju da LGBT klijenti dobro reaguju na empatične terapeute, na ljubaznost, validaciju i toplinu. Od najmanje koristi bilo je davanje interpretacija, komentara, uzimanje anamneze. Klijenti su spremni da sarađuju u više od dve trećine slučajeva, ali otpor pružaju u gotovo 50% terapijskih seansi zbog neadekvatnih znanja terapeuta, zbog predrasuda ili upotrebe diskriminatornog jezika. Klijenti su spremni da izraze zahvalnost i u velikom broju slučajeva imaju pozitivne reakcije na terapijske intervencije. Terapeut klijentu pomaže da razume seksualnu orijentaciju kao kontinuum, boreći se protiv internalizovane homofobije, pružanjem validacije i osnaživanjem, čime se uspostavlja pozitivna veza terapeuta sa klijentom.

Neosuđujući pristup je od presudne važnosti i omogućava klijentu da istraži teške teme. Kao povratna pozitivna reakcija javlja se zadovoljstvo terapeuta u radu sa klijentom, povećanje efikasnosti kliničkog rada, kao i dodatnih znanja u vezi sa LGBT iskustvima. U nekorisne situacije ubrajaju se negativne reakcije terapeuta na klijentovo seksualno opredeljenje, osuđivanje, nametanje sopstvenih vrednosti i sudova, neodobravanje klijentovih izbora, što dovodi do klijentovog doživaljaja tera-

peuta kao hladnog, nezainteresovanog, dalekog, ravnodušnog, a stvara se odnos bez poštovanja i brige.

Terapija za cilj ima otklanjanje pritužbe, poboljšanje kvaliteta života, poboljšanje odnosa, prihvatanja seksualne orijentacije, rodnog identiteta, a sticanjem novih veština i smanjenjem zabrinutosti dovodi do osveščivanja klijentovih neverbalizovanih hipoteza o sebi i važnim drugima. Ostvarenjem bezbednog ambijenta klijentima se omogućava da razgovaraju o LGBT pitanjima i smanjuje se osećaj izolacije. Ukoliko terapija ne postigne svoj cilj, može doći do opadanja kvaliteta života klijenata, pogoršanja postojećih simptoma, povećanja brige, nedostatka samopoštovanja, a na kraju i napuštanja terapije, što dovodi i do nezadovoljstva terapeuta, smanjenja efikasnosti kliničkog rada i sopstvenog razočaranja.

Tania Izrael je sa saradnicima (2008) napravila opsežno istraživanje LGBT osoba koje su koristile usluge savetovanja ili psihoterapije, kako bi ustanovili kakva iskustva LGBT osobe imaju kao korisnici usluga profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja, kao i da bi ispitali koji to faktori doprinose boljem ishodu terapijskog procesa, a koji ga ometaju. Njihovi podaci ukazuju da je 57% gej muškaraca imalo loša iskustva sa psihoterapeutima, što je pokazatelj velikog stepena diskriminacije ili nedovoljne edukovanosti stručnjaka kojima su se obratili za pomoć. Jedan veliki deo ovih negativnih iskustava pripisan je i načinu na koji su osobe dolazile do terapeuta. Oni klijenti kojima su terapeuti preporučeni od strane nekog ko je sa njima već imao pozitivna iskustva, i sami su imali dobra iskustva. Najveći broj negativnih iskustava sa psihoterapeutima i savetnicima dogodio se u onim situacijama kada klijenti nisu mogli da izaberu svoje terapeute već su im oni dodeljeni u domovima zdravlja ili preko osiguravajuće kuće čiju polisu imaju.

Statistički podaci pokazuju da nešto više od polovine LGBT klijenata na terapiju dođu zbog pritužbe koja se tiče seksualne orijentacije i konstrukcije seksualnog identiteta, dok odmah nakon toga slede pritužbe u vezi sa problemima na poslu, problemima u partnerskim odnosima, depresijom, problemima prilagođavanja, problematičnim porodičnim odnosima, dok tek 14.3% dolazi zbog reakcije na somatske zdravstvene probleme (od kojih je posebno značajno poznavati načine rada sa HIV + LGBT osobama).

Istraživanje Izrelove pokazalo je da su klijenti posebno pozitivno ocenili upotrebu humora u terapiji - 35.7% ispitanika je ovo navelo kao pozitivan faktor koji dovodi do lakšeg prihvatanja interpretacija, smanje-

nja otpora i anksioznosti, ali i kao značajan faktor uspostavljanja pozitivnog terapijskog saveza. Takođe, Izrelova navodi i da postoje razlike u percepciji neophodnih tehnika i teorijskih znanja od strane profesionalnih krugova i klijenata. Dok profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja naglašavaju značaj posedovanja širokog spektra znanja o demografskim, kulturnim, psihološkim i drugim specifičnostima LGBT osoba, klijenti kao manje značajno ocenjuju teorijsko znanje i u prvi plan stavljaju podršku, razumevanju i prihvatanje od strane terapeuta. Ova razlika u percepciji dolazi, sasvim izvesno, iz različitih uloga u terapijskom procesu, budući da je teško zamislivo da terapeut može da pruži razumevanje i validaciju, bez detaljnih teorijskih znanja iz kojih sledi način na koji će pružiti to što se od njega traži, kao i prepoznavanje situacija u kojima je to potrebno dati.

LGBT klijenti u do sada sprovedenim istraživanjima nemaju značajno različita iskustva kada se u obzir uzmu terapeuti različitih uzrasta, iako bi se očekivali da stariji terapeuti pokazuju više predrasuda u radu sa ovom populacijom. Slično tome, ne postoji dramatična razlika u kvalitetu iskustava u zavisnosti od etničke ili polne/rodne identifikacije terapeuta. U oko 50% slučajeva LGBT klijenti svoje terapeute konstruišu kao heteroseksualne, i ne smatraju da postoji razlika u kvalitetu terapijskog odnosa ako je terapeut heteroseksualan odnosno i sam pripadnik LGBT populacije. Međutim, izgleda da značaj seksualne orijentacije leži u jednom fundamentalnijem smislu: klijenti navode da su više negativnih iskustava imali sa terapeutima čiju seksualnost nisu mogli sa sigurnošću da konstruišu. Ovo govori u prilog tome da je jasnoća ono što je od značaja za razvoj dobrog terapijskog odnosa, dok konfuzija u pogledu seksualnosti terapeuta izaziva nesigurnost kod klijenata.

Obrazovni profil terapeuta je takođe nešto što može da utiče na način na koji se vrši terapija. Više negativnih iskustava LGBT osobe imaju sa psihoterapeutima koji dolaze iz medicinskog konteksta (najčešće su u pitanju psihijatri), dok su pozitivnija iskustva sa terapeutima koji su po obrazovanju psiholozi i socijalni radnici. U razvoju terapijskog odnosa sa psihijatrima, kao probleme LGBT klijenti navodi da su se oni češće fokusirali na dovođenje u vezu pritužbe sa seksualnim identitetom, pa i u onim situacijama kada to nije bilo prikladno. Izrael navodi primer klijentkinje lezbejke čiji je nedostatak seksualne želje psihijatar povezo sa tim da je njena partnerka žena, umesto da je doveo u vezu sa lekovima koji su joj bili propisani. Neka negativna iskustva dolaze i od terapeuta koji su sami LGBT osobe. Primer koji Izraelova navodi jeste psihoterapeutkinja lezbej-

ka, koja svoju biseksualnu klijentkinju u terapiji „optužuje“ da se oslanja na to da u društvu „prolazi“ kao da je heteroseksualna. Ređe, negativna iskustva uključuju obeshrabrivanje klijenata da se autuju ili traženje da klijenti rade na promeni seksualne orijentacije. Ovo potonje kod nas i nije toliko retko koliko se misli. Pažljivo pregledanje godišnjih izveštaja Gej – strejt alijanse otkriva da se praktično svake godine identifikuje nekoliko pokušaja promene seksualne orijentacije, mahom od strane psihijatarata iz unutrašnjosti; ove izveštaje ne treba uzeti kao odraz učestalosti u kliničkoj praksi, ali mogu biti veoma korisni kao kvalitativni materijal koji pruža uvid u poteškoće koje izazivaju mahom neuspešni pokušaji promene seksualne orijentacije kod klijenata.

U Srbiji za sada ne postoje istraživanja o iskustvima LGBT klijenata sa psihoterapijskim procesom, tako da je u radu korisno oslanjati se na iskustva iz drugih zemalja. Međutim, imajući u vidu društvenu klimu u Srbiji i sveprisutnu homofobiju (u politici, religiji i javnom životu uopšte), veoma je važno i možda najvažnije što terapeut može da učiniti za LGBT osobe jeste da terapijskom procesu pristupi pažljivo i strpljivo, uz spremnost da revidira sopstvene hipoteze o seksualnosti (kako svojoj tako i klijentovoj) i uz spremnost da stalno unapređuje svoja postojeća znanja i usvaja nova. Lični rad psihoterapeuta je takođe od velike važnosti i rad sa LGBT osobama pruža priliku za terapeute da pažljivim posmatranjem sopstvenih reakcija (verbalnih, ali i neverbalnih u vidu telesnih senzacija, pokreta ili gestova u komunikaciji sa klijentom) rade na prepoznavanju internalizovanih, homofobičnih i heteroseksističkih stavova, ali i na sopstvenim nesigurnostima i ambivalentnostima, budući da perceptivni klijent može postati svestan nekih od ovih stvari i pre terapeuta, što potom može imati različite implikacije za terapijski odnos, ali i za ishod terapije. Najsigurniji način za izbegavanje kontratransfernih problema jeste posedovanje dobrih teorijskih znanja i rad na razvoju refleksivnosti kod terapeuta. Na kraju, treba napomenuti da je razvoj refleksivnosti uvek „work in progress“ i da je to proces koji, jednom kada se započne, praktično ne može da se dovrši – svaka nova sesija i svaki novi klijent predstavljaju priliku za otkrivanje sopstvenog konstruisanja seksualnih identiteta i praksi, kao i priliku za osveščivanje situacija u kojima se kroz terapijski odnos perpetuiraju određene homofobične pretpostavke.

„Coming out“

Vladimir Miletić

Izlazak iz ormara, coming out ili autovanje predstavlja proces kojim se osoba pred drugima deklariše kao homoseksualna (ili bi/transseksualna). Autovanje je višeznačan proces koji istovremeno može da se sagledava kao faza u razvoju identiteta svake LGBT osobe (videti poglavlje o modelima razvoja LGBT identiteta u prvom delu Priručnika), ali i kao instrument političke borbe za ostvarenje ljudskih prava LGBT osoba.

Termin „autovanje“ dolazi od fenomena coming out party, koji je bio karakterističan za mlade pripadnice viših slojeva engleskog društva u 19. i 20. veku, putem kog su formalno bile predstavljene društvu; po analogiji, osoba se kao homoseksualna predstavlja svojoj okolini nakon autovanja. Izlazak „iz ormara“ se odnosi na englesku frazu „skeleti u ormaru“, odnosno, odnosi se na to da se homoseksualnost, zbog predrasuda i stigmatizacije, čuvala kao skelet u ormaru. Premda je termin dugo vremena deo LGBT slenga, u stručnu literaturu uveden je pedesetih godina 20. veka. Gblt.com enciklopedija navodi da je termin u akademskom kontestu prva upotrebila Evelin Huker, jedan od prvih psihologa koji su se posvetili depatologizaciji homoseksualnosti i koja se danas smatra pionirskom LGBT psihologije.

Deklarisanje sopstvene homoseksualnosti kao oruđa u borbi za emancipaciju, ideja je koja je starija od savremenog pokreta za gej prava. Karl Hajnrih Ulrihs, nemački pisac iz druge polovine 19. veka, prvi je javno zagovarao ideju o autovanju. Inicijalno pod pseudonimom, a kasnije i pod pravim imenom, Ulrihs je napisao brojne eseje i pamflete o homoseksualnoj želji; najznačajnija je njegova knjiga eseja *Studije o zagonetkama muško-muške ljubavi*. Njegove ideje ponovo je u prvoj polovini 20. veka otkrila još jedna značajna ličnost vezana za gej pokret, Magnus Hiršfild, koji je smatrao da je autovanje dobar način borbe za jednaka prava, budući da doprinosi povećanju vidljivosti LGBT populacije, argument koji je i danas jednako važan, posebno u zemljama sa niskim nivoom ostvarenih LGBT prava, u koje spada i Srbija. Autovanje kao način političke borbe ponovo je popularizovao Frenk Kamenj, američki astronom otpušten iz vojne službe zbog homoseksualnosti. On je svojom javnom borbom protiv diskriminacije postao jedan od heroja američke LGBT istorije. Smatrao

je da je autovanje najbolji način da se LGBT osobama usadi osećaj samopoštovanja i prihvatanja sopstvenog identiteta, te je ovaj čin video kao, istovremeno, čin lične i društvene emancipacije.

Nasuprot „izlasku iz ormara“ je „biti u ormaru“ (eng. being closeted). Ovaj termin se odnosi na sve one LGBT osobe koje javno ne govore o svojoj homoseksualnosti iz raznih razloga, koji mogu biti psihološki (nemogućnost prihvatanja LGBT identiteta, stid, krivica) ili socijalni (religija, socijalna mreža, konzervativna i homofobična sredina). U konzervativnim društvima, autovanje može imati brojne štetne posledice: gubitak posla, mobing, verbalno ili fizičko zlostavljanje, društvena izolacija, usamljenost, u nekim zemljama čak i zatvorska kazna, pa se u brojnim slučajevima osobe odlučuju protiv autovanja kako bi zaštitili svoju privatnost ili zadržali određene socijalne privilegije koje bi javno deklarisanje moglo problematizovati – u nekim slučajevima pripadnost LGBT zajednici može biti razlog za uskraćivanje zaposlenja (recimo, da bi svršeni teolog postao sveštenik, mora da se oženi; do skoro je homoseksualnost u SAD bila povod za otpuštanje iz vojske, u ranim danima razvoja gej pokreta, događalo se veoma često da LGBT nastavnici izgube posao kada se sazna sa njihovu seksualnu orijentaciju, itd.).

Statistički podaci pokazuju da osobe koje se autuju utiču pozitivno na svoju okolinu u tom smislu što pomažu razvijanju pozitivnih stavova prema LGBT osobama i redukovanju predrasuda. Heteroseksualne osobe koje poznaju makar jednu javno deklarisanu LGBT osobu imaju znatno manje negativnih stereotipa o LGBT populaciji. Ovo pokazuje da argumenti i logika obavljaju tek polovinu posla u borbi za ljudska prava, dok bliskost i emotivna komponenta imaju jednako važnu ulogu.

Premda i istorija gej pokreta pokazuje da je autovanje bez sumnje pozitivna i emancipatorna mera, u psihoterapijskom radu moraju se razmotriti i lične posledice sa kojima se klijent suočava, te pažljivo odmeriti razloge za ili protiv autovanja. Pri vaganju razloga, terapeut mora da bude posebno osetljiv da klijentu na nametne sopstvene pretpostavke i da se korist i šteta odmere isključivo iz perspektive klijentovog svetozora. Bez obzira kakvu odluku o autovanju klijent donese, veoma je važno da je spreman da za nju snosi odgovornost. Ostajanje u ormaru sa sobom nosi određena ograničenja u smislu konstruisanja sebe u društvenom kontekstu – na koji način će se klijent predstavljati, ako ne kao gej muškarac? Da li će „igrati ulogu“ heteroseksualne osobe? Da li će odvajanje seksualnosti od društvenih odnosa dovesti do toga da će biti percipiran kao aseksualan? Da li će razviti jedan neutralan način govora,

pa će drugima govoriti o „dobrom prijatelju“ ili „partneru/partnerki“? Slično, klijenti koji se autuju treba da procene kako će njihova sredina na to reagovati, da li će to dovesti do prekida prijateljstava, kako će se autovanje odraziti na odnose sa roditeljima, itd. Ovaj proces je od posebnog značaja kod transeksualnih osoba. Dok se o autovanju kao izboru može govoriti kada pričamo o gej muškarcima, biseksualnim osobama i lezbejkama, za trans osobe, autovanje predstavlja neophodan korak na putu ka tranziciji, budući da je tranzicija medicinski i pravno regulisan proces.

Psihološke i somatske posledice autovanja

Sa zdravstvenog aspekta, autovanje je proces koji ima psihološke i somatske zdravstvene prednosti. Statistika pokazuje da su autovane LGBT osobe u zapadnim zemljama funkcionalnije i da imaju bolji kvalitet života; ređi su problemi sa anksioznošću i depresijom, a sa somatsko-zdravstvenog aspekta važno je pomenuti da statistika pokazuje da autovane LGBT osobe ređe ulaze u nezaštićene seksualne odnose, što opravdava razmatranje autovanja kao protektivnog faktora koji smanjuje rizik od HIV infekcije. Sa druge strane, ovaj podatak pokazuje da društvena homofobija i stigmatizacija homoseksualnosti imaju veoma stvarne, medicinske posledice.

U razmatranju pozitivnih efekata autovanja, potrebno je dobro proceniti socijalnu mrežu koju klijent ima, kao i širi društveni kontekst u kom se nalazi. Dok je u urbanim sredinama nešto lakše naći podršku i razumevanje, autovanje u manjim sredinama može biti problematično. Takođe, terapeutima može biti korisno da razmotre i lične hipoteze koje klijenti testiraju autovanjem, budući da je i negativna reakcija osobe kojoj se autuje u nekim situacijama pozitivna reakcija, jer validira određena očekivanja koja je klijent imao. Pravilno kontekstualizovanje autovanja veoma je važno za pozitivan ishod i prednosti u smislu većeg psihološkog blagostanja (Legane, Ryan & Weinstein, 2012).

Istraživanje iz 2013. (Juster & sar.) pokazalo je da LGBT osobe imaju različite nivoe bazalne sekrecije kortizola u zavisnosti od toga da li njihova okolina zna za njihovu seksualnost. Kortizol je hormon koji luče nadbubrežne žlezde i koji je tesno povezan sa reakcijom organizma na stresne situacije. Svojim efektima, kortizol utiče na metabolizam glukoze, regulaciju krvnog pritiska, na regulaciju insulina, zapaljenske reakcije i aktivnost imuniteta. Ovo istraživanje direktno povezuje saopštavanje svoje seksualne orijentacije sa smanjenjem rizika za hipertenziju ili dija-

betes. Bez obzira na relativno ubedljive rezultate istraživanja, autori se ograđuju da coming out u različitim sredinama ne može imati isto značenje, pa ni iste efekte. Klijenti koji se nalaze u homofobičnim sredinama verovatno neće dobiti istu vrstu povratne reakcije, kao ispitanici iz ove studije koja je sprovedena na Univerzitetu u Montrealu, te može da se dogodi da jedna vrsta hroničnog stresa bude zamenjena drugom.

Kada i kako?

Danas u SAD-u autovanje u proseku započinje oko 16. godine. Mnogi autori govore o tome da se prosečan uzrast snižava kako vreme prolazi, što se uglavnom pripisuje velikom napretku u borbi za LGBT prava koji je u SAD-u ostvaren poslednjih godina. Među mlađim pripadnicima LGBT populacije u ovoj zemlji, autovanje postaje sve manje značajan razvojni stepenik, zato što je u društvu homoseksualnost do te mere prihvaćena, da sam čin deklarisanja nema ni politički ni lični značaj kakav ima u drugim zemljama (Savin-Williams & Ream, 2003). Postoji velika saglasnost različitih rezultata po pitanju toga da se osobe prvo odluče za coming out prijateljima, pa tek onda porodici. U okviru porodice, nešto više od polovine je prvo sa majkom razgovarala o svojoj seksualnosti, pa tek onda sa ocem. Tendencija autovanja porodici je sve češća, međutim, terapeuti koji rade sa starijim klijentima treba da imaju u vidu da je autovanje porodici bilo veoma retko u prošlosti, te je potrebno obratiti pažnju na to kako porodica konstruiše klijenta i na koji način se o njemu sme govoriti, a ukoliko su klijenti u dužim vezama, da li je i kako partner uključen u porodične odnose.

U slučajevima kada terapeuti rade sa adolescentima, postoji velika verovatnoća da će autovanje biti važna tema na terapiji. Međutim, to ne znači da ovaj čin nema značaja i u radu sa starijim klijentima. Najkorisnije je autovanje posmatrati kao proces koji se iznova odvija i koji klijent mora da započne sa svakim novim odnosom u koji ulazi. Tako posmatrano, ono je uvek aktuelna terapijska tema u bliskoj vezi sa radom na granicama i bliskošću:

- Ko su osobe kojima treba poveriti ovu informaciju?
- U kom trenutku je to najbolje učiniti?
- Koje su to strategije najdelotvornije?
- Kakvi su klijentovi resursi u slučaju nepovoljnog ishoda?
- Kakav repertoar ponašanja i verbalnih taktika on ima na raspolaganju kako bi osigurao povoljan ishod autovanja?

Saopštavanje svoje seksualnosti je proces u koji ne bi trebalo „gurati“ klijente, čak ni onda kada je terapeut siguran da će reakcije okoline biti dobre. Autovanje treba posmatrati kao razvojni stadijum, kao spremnost da se živi jedan od važnih aspekata identiteta. Takođe, onda kada je seksualnost važna terapijska tema i kada je vezana za klijentovu pritužbu, spremnost da drugima saopšte svoju seksualnu orijentaciju je dan je od znakova terapijskog napredovanja – prihvatanja svoje homoseksualnosti i početak emancipacije od internalizovanih homofobičnih stavova. Zbog ovoga terapeuti treba spremno da dočekaju ovaj period u razvoju svojih klijenata. Rad sa internalizovanom homofobijom i rad na definisanju granica, na preciziranju važnih drugih, teme su koje će klijenta indirektno pripremiti da svoju seksualnost izvede iz „svoja četiri zida“. Kako adolescenti umeju da budu impulsivni, autovanje je nešto za šta će u određenim situacijama terapeuti saznati tek post festum, i u tom slučaju terapeut treba da bude spreman da pomogne klijentu da prihvati i dobre i loše ishode svog eksperimenta.

U idealnom slučaju, klijent će posvetiti nekoliko seansi pripremi za autovanje. Važno je da terapeut omogućí klijenti da dobro sagleda posledice svog čina i da se pripremi da prihvati i dobru i lošu reakciju. Ovo podrazumeva temeljenu elaboraciju značenja tog čina, kao i odabir osobe kojoj će se klijent autovati.

Klijenta treba „opremiti“ retoričkim sredstvima kako bi mogao da se suoči sa eventualnim intruzivnim pitanjima ili homofobičnim stavovima. Ono što može da pomogne jeste pažljivo razmatranje predrasuda koje klijent opaža u svojoj okolini i pronalaženje jakih argumenata da se one efikasno opovrgnu. U razmatranju promena kroz koji će odnos morati da prođe nakon što osoba sazna da je klijent homoseksualan, treba imati u vidu da je sa tog aspekta autovanje proces i da sam čin saopštavanja ne podrazumeva da je proces završen. Posebno u bliskim odnosima, to podrazumeva da se u tom momentu aktiviraju određeni procesi i da često proaktivnost klijenta tek nakon toga stupa na snagu, iako će neiskusni terapeut veoma lako pretpostaviti da nakon samog čina autovanja rad na autovanju prestaje. Ukoliko klijent svoju seksualnost saopšti osobi sa kojom je u bliskom odnosu, to sa sobom nosi otvaranje određenih tema koje su do sada bile zatvorene i često dovodi do ekspliciranja homofobičnih stavova koji su do tada mogli biti nevidljivi. „Posao“ za klijenta jeste i edukacija osoba u svojoj okolini. Sa druge strane, osoba koja saznaje za seksualnost nekog iz svoje bliske okoline pred sobom ima dvojak zadatak: da prevaziđe sopstvene homofobične stavove i da se upusti u proces

rekonstrukcije osobe sa kojom je do tada bila u odnosu.

Onim klijentima kojima takva vrsta rada odgovara, terapeut može ponuditi da sačine listu sa sledećim stavkama:

1. Predrasude koje čujem u okolini
2. Pozitivne stvari o homoseksualnosti koje sam čuo od prijatelja/porodice
3. Pitanja koje bih voleo da me pitaju
4. Pitanja na koja ne bih znao da odgovorim/ neprijatna pitanja

Pri izradi ovog zadatka klijentu treba dati dosta vremena, zato je korisno ovo zadati kao neku vrstu domaćeg zadatka. Klijent i terapeut, zatim, mogu posvetiti naredne seanse razmatrajući navedene probleme i kreirajući optimalne odgovore na pitanja koja klijent smatra neprijatnim ili intruzivnim. Naročito kada klijent želi svoju seksualnu orijentaciju da saopšti roditeljima, važno je da bude opremljen adekvatnim informacijama. U radu sa stidljivim, neasertivnim klijentima, od pomoći može biti proigravanje različitih scenarija u terapijskoj sobi. Terapeut i klijent mogu koristiti tehniku vrućih stolica da ukratko odigraju različite problematične scenarije koje klijent anticipuje. Ova tehnika može da bude posebno korisna zato što omogućava elaborisanje neverbalnih aspekata komunikacije, koji mogu biti od velikog značaja u ovako emotivnim i teškim situacijama.

Reakcije roditelja

Homofobični roditelji mogu klijentu poslati poruku da je homoseksualnost bolest ili da je to samo faza, česta su neosnovana poređenja homoseksualnosti i pedofilije, itd. Važno je da klijent ima adekvatne odgovore na ovakve predrasude. Zbog intenziteta emotivne reakcije, priprema za autovanje može da bude od velike važnosti. Autovanje je čin za koji se klijent dugo priprema, iako ne uvek eksplicitno. Na neki način, autovanje predstavlja kulminaciju celokupnog procesa prihvatanja svoje seksualnosti i osmišljavanja svog seksualnog identiteta. Sa druge strane, autovanje je često prvi put da roditelji svoje dete treba da počnu da konstruišu kao homoseksualno. Može se reći da su u ovoj prvoj fazi klijenti u prednosti nad roditeljima i u poziciji da „roditeljima budu roditelji“. To je prilika da se doprinese destabilizaciji predrasuda koje roditelji možda imaju, kao i momenat da se klijent zauzme za sebe i stane iza identiteta koji je izgradio. Klijent je u velikoj prednosti zbog znanja koje ima, ali i zbog iskustva koje roditelji tek treba da steknu. Zbog toga je važno da

klijent ima razumevanja za najrazličitiji spektar roditeljskih reakcija, ali da istovremeno bude istrajan u svojim očekivanjima od njih i da im pomogne u velikom poslu rekonstrukcije slike koje roditelji imaju o svom detetu.

Terapeuti koji u ovoj fazi uključuju i roditelje u rad, treba da imaju u vidu kakve implikacije za njih ima homoseksualnost svog deteta? Kakve implikacije to ima po njihov život i identitet? Kakve probleme predviđaju za svoje dete? Kako konstruišu njegov život? Homofobični roditelji neretko krive sebe i smatraju da su oni sigurno nešto pogrešili u vaspitavanju, ako im je dete gej. Rad sa krivicom je dugotrajan i mukotrpan i podrazumeva veoma sržne promene kod roditelja. Ovo može biti tema za porodičnu terapiju, ali čak i onda kada terapeut radi samo sa LGBT klijentom, roditeljska krivica je prisutna u terapijskom procesu, makar u svojim posledicama. Naročito kada terapeut ima klijenta adolescenta, važno je naglasiti značaj strpljenja sa roditeljima – autovanje je kratak čin, ali prihvatanje i integracija njegovih posledica mogu da traju dugo.

U određenom broju slučajeva, roditelji će neposredno nakon autovanja klijentu reći da su oni preispitali njegovu seksualnost, te da im autovanje nije veliko iznenađenje. Bez obzira na to, pogrešno bi bilo pretpostaviti da je njima autovanje manje teško i problematično i da će prihvatanje biti brže ili da neće podrazumevati borbu sa predrasudama i homofobijom.

Coming out psihoterapeuta i terapijski odnos

Američko Udruženje LGBT psihijatara (Association of Gay and Lesbian Psychiatrists, www.aglp.org) predviđa da u određenim situacijama, kada se to smatra terapijski primerenim, psihoterapeut može otkriti sopstvenu seksualnu orijentaciju klijentima. Dejvis (Davis, 2005), međutim, napominje da je otkrivanje svoje seksualne orijentacije potencijalni problem, koliko i rešenje, pre svega zato što ne postoje jasno definisani kriterijumi kada bi to trebalo činiti. U nekim situacijama, osobito kada se klijent i sam dvoumi oko autovanja drugim ljudima, terapeut može da mu pruži pozitivan primer i da ga svojim činom autovanja ohrabri da i klijent to učini. Međutim, na taj način terapeut sebe otvara za to da mu klijent prebaci odgovornost za eventualni neuspeh sopstvenih akcija koje su proizišle iz ovog čina.

Onda kada klijent terapeuta konstruiše kao LGBT osobu, to može da doprinese jačanju terapijskog odnosa. Sa druge strane, veoma je važ-

no da i terapeut i klijent budu svesni razlika u konstruisanju LGBT identiteta. Dok se podrazumeva da je terapeut, nakon edukacije i lične terapije, sposoban da napravi jasnu razliku između sopstvenog konstruisanja seksualnog identiteta i seksualnog identiteta klijenta, obrnuto ne mora da bude slučaj. U situacijama kada znaju da je terapeut LGBT osoba, klijenti mogu jednostavno pretpostaviti da sa terapeutom dele određena iskustva i da su ta iskustva konstruisana na isti način i to će uticati na izbor reči i priča, kao i na ono što će biti zadržano, jer se „podrazumeva“. Još jedna situacija u kojoj je otkrivanje seksualne orijentacije terapeuta problematično jeste kada se to učini prerano ili kada se seksualna orijentacija otkrije klijentima koji se još uvek nalaze u ranim fazama otkrivanja i prihvatanja svoje seksualnosti. U tim situacijama seksualnost terapeuta može da predstavlja pretnju.

Dejvis smatra da je greška ako LGBT terapeuti na direktno pitanje u vezi sa njihovom seksualnošću odgovore odrično ili ne odgovore uopšte. Udruženje LG psihijatarata ima sličan stav, uz obrazloženje da klijenti mogu postati svesni seksualnosti terapeuta i onda kada se to ne eksplicira. U tom slučaju, klijent može terapeuta doživeti kao nekog ko se stidi sopstvene seksualnosti, što za većinu klijenata može značiti da će promeniti terapeuta.

Udruženje LG psihijatarata daje tri smernice za praksu, ostavljajući konačnu odluku o ovome pojedincima:

- Terapeut mora unapred da zna koliko je informacija o svojoj seksualnosti voljan da otkrije;
- Treba da bude spreman da obrazloži klijentu značenje koje pri-daje informacijama koje je otkrio
- Potrebno je da bude spreman da o svojoj seksualnosti govori i svom supervizoru, kao i da pre otkrivanja seksualnosti klijentu konsultuje supervizora.

Internalizovana homofobija/heteroseksizam

Jelena Zulević

*Govorite ljudima dovoljno dugo da su manje vredni,
i oni će u to poverovati.*

D.Altman

Razumevanje ovog fenomena se smatra izrazito važnim kada je u pitanju psihoterapijska podrška LGB klijentima, a odnosi se na sniženo samopoštovanje i intrapsihički konflikt LGB osoba koji nastaje kao posledica internalizacije negativnih društvenih stavova prema istopolnoj emotivno-seksualnoj orijentaciji (Meyer & Dean, 1998, po Carter et al, 2014). Gej osobe, kao i heteroseksualne, odrastaju u društvu čije norme počinju da usvajaju kako na svesnom tako i na nesvesnom planu. Deca veoma rano počinju da uče i usvajaju rodno poželjna ponašanja i uloge kao i svest da odstupanje od njih nosi izvesne posledice. Dečaka će, čak i sa četiri godine, ismevati ako se igra sa barbicama, a majku će oštro prekoriti ukoliko bebi muškog pola stavi mašnicu. Rodna socijalizacija počinje već od kolenke: od trenutka kada prepoznaju (tj. pripisuju) bebi polni identitet, roditelji drugačije doživljavaju žensku bebu od muške, drugačije je oblače, okružuju drugačijim igračkama, čime uslovljavaju način reakcije drugih iz okruženja prema njoj (Durkin, 1995).

Deca rano usvajaju koncepte kojima su okružena, čak i ako ih ne razumeju u potpunosti. Polna/rodna socijalizacija je inherentno heteronormativna. Heteroseksizam kao ideološki sistem koji negira, omaložava i stigmatizuje svaki oblik neheteroseksualnog ponašanja i identiteta je okvir u kome se socijalizacija odvija. Snaga društvenog heteroseksizma (tj. homofobije¹) i stigme koja je vezana za gej osobe (i neheteroseksualnost uopšte), doprinose tome da je usvajaju gotovo svi članovi društva, pa i same LGB osobe. Vrlo malo dete će naučiti da je reč peder nešto jako loše, nešto što kažeš kad želiš veoma da uvrediš nekoga, mnogo pre nego što nauče na šta se ona zaista odnosi.

LGB osobe odrastaju u istom tom društvu i usvajaju iste stereotipe/uverenja vezujući istopolnu orijentaciju za greh, bolest, zločin,

¹ Pojam homofobije, koji je ranije bio u upotrebi kako bi opisao mržnju i neprijateljski stav prema istopolno orijentisanim osobama, danas je zamenjen terminom heteroseksizma (po analogiji sa pojmom rasizma) te će biti korišćeni kao sinonimi. Razlozi zbog koji je došlo do ove terminološke promene opisuju se detaljnije kasnije u tekstu.

prokletstvo. Zbog raširenosti i prihvaćenosti ovih stavova, koje često u nekom obliku ponavljaju i današnji autoriteti (verski, medicinski, politički itd.) teško da se osobe u nekim trenucima neće zapitati da li su možda tačni. One same ih svakako već imaju internalizovane do trenutka kada prvi put prepoznaju sopstvenu istopolnu orijentaciju tokom adolescencije ili odraslog doba (Meyer, 1995; Herek et al, 2009). Zbog toga, redefinisanje sebe kao gej/neheteroseksualne osobe koja nije sve ono što ju je društvo naučilo da jeste i koju zbog toga treba prezreti, predstavlja izazovan psihološki zadatak. O sličnom efektu internalizovanog rasizma kod američkih crnaca piše Dž. Boldvin svom nećaku: "Sebe možeš uništiti jedino ako poveruješ da si zaista ono što beli svet naziva crnčugom" (Altman, 1971).

Sećam se da sam, kad sam bio mali, čuo svog oca da kaže da bi lakše podneo da mu sin postane ubica nego peder. Iako sam oduvek znao da mi se više sviđaju muškarci, znao sam da to moram da promenim jer nisam želeo da postanem neki "perverznojak" koga će smatrati gorim od ubice.

U našem mestu se pre nekoliko godina ubio jedan dečko. Imao je baš puno problema zato što se znalo da je gej. Maltretirali su ga, pljuvali, tukli. Roditelji nisu ni pokušali da ga zaštite jer su se nadali da će ga to naterati da se promeni. Nije više mogao da izdrži i ubio se. Roditelji su odlučili da ga ne sahrane u tom mestu, zbog sramote što je bio gej.

Drugi nivo problema je nedostatak rutinske socijalizacije u smislu u kome ona postoji za heteroseksualne osobe. Sva deca rano nauče da porodicu čine mama i tata, da se svi jednog dana zaljube, pišu pesme i maštaju o osobi drugog pola. Sve što nauči o životu i zajednici vezano je za heteronormativne modele. LGB osobe postaju svesne nejasnih homoseksualnih osećanja, a da prethodno nemaju ni jedan model koji će im pomoći da ih razumeju (Altman, 1971). Većina LGB osoba nije poznavala ni jednu drugu LGB osobu u svojoj užoj ili široj zajednici kada se prvi put zaljubila u osobu istog pola, nije mogla da vidi ili ima modele za identifikaciju u drugim LGB osobama (kao prijateljima, starateljima, autoritetima i sl.) Za razliku od dece iz nekih drugih društveno marginalizovanih grupa (npr. romske dece) koja, iako marginalizovana u širem društvu, odrstaju i imaju podršku i modele za identifikaciju u porodici i zajednici istog etničkog porekla, LGB osobe ovo nemaju.

Kada su prikazane u medijima, LGB osobe su uglavnom sporedni

likovi, koji imaju površne probleme, prikazani u funkciji zabave glavnih likova ili kao predmet podsmeha. Osim, kad kao glavni likovi umiru od AIDS-a. Čak i u filmovima koji su napravljeni sa ciljem da prikažu neke od teškoća sa kojima se oni suočavaju (“Molitva za Bobija”), glavni likovi su uglavnom heteroseksualne osobe sa njihovom homofobijom.

Jednom sam... imao sam oko 5-6 godina... čuo komšinicu da priča o nekoj strašnoj bolesti, sidi. Pa sam zabrinuto pitao kako se dobija. Rekla mi je da ne treba da brinem... to ne dobijaju deca nego homoseksualci... Tokom čitave adolescencije sam verovao da ako ikad dozvolim sebi da ispunim bilo kakvu fantaziju i poljubim se sa drugim muškarcem, da ću dobiti sidu...nekako...kao da ona prosto nastane iz “greha”, iz kontakta dva muškarca...tek mnogo kasnije sam shvatio da se prenosi seksualnim putem.

Prvi put sam se autovao² najboljoj drugarici kada smo imali 15 godina. To je bilo vreme pre interneta. Znao sam da sigurno negde na svetu postoje ljudi kao ja, ali sam mislio da je to toliko retko, da sam jedini u Srbiji... i nije mi bilo jasno kako ću ikada upoznati drugog muškarca kao što sam ja... ili kako bi takva veza uopšte mogla da izgleda...

Odrastajući i usvajajući heteroseksističke normative koji degradiraju istopolnu orijentaciju, ponašanja, identitete i zajednicu, mnoge LGB osobe zaključuju da će kao gej/lezbejka biti prezreni, odbačeni i izopšteni. Mnogi se suočavaju sa iskustvom da i kada budu prihvaćeni od strane heteroseksualnih prijatelja, to bude uz izvesnu dozu sažaljenja, očaranosti ili snishodljivosti. Još je Gofman (1963) pisao o strahu sa kojom stigmatizovane osobe pristupaju društvenim interakcijama zbog pretpostavke (“uglavnom potpuno tačne” citat autora) da kako god se drugi izjašnjavaju, oni je ne prihvataju zaista i nisu spremni da je prihvate kao jednaku. Strah da će zbog toga izgubiti poštovanje drugih je uvek čini nesigurnom u kontaktu sa njima.

Često me jako nerviraju reakcije nekih ljudi... jednom mi je prišla neka poznanica u klubu, pomazila po glavi kao neko kuće...”Jao što ja volim vas gejeve!”...kao da smo neke egzotične životinje u cirkusu!

² Autovanje (engl. coming-out) je termin koji je preuzet iz engleskog jezika zbog toga što ga sama LGB zajednica koristi, a odnosi se na otkrivanje svoje seksualne orijentacije drugima.

Kada (ako) u jednom trenutku postanu deo LGB zajednice i odluče da prihvate sebe, slojevi i slojevi negativnih stereotipa i života provedenog u prikrivanju, obmanama, stidu, samopreziru i snažnoj krivici, ostaju zauvek deo identiteta. Čak i kada nauče da se sa njima nose, sadašnja svest o mogućoj diskriminaciji, odbacivanju i nasilju (koja nije neosnovana) kao i gotovo svakodnevno suočavanje sa društvenom mržnjom, koju društvo prema njima oseća i ispoljava, čine zaista velikim izazovom svako samoprihvatanje. Da bi pojedinac ostao imun na dejstvo koje sa sobom nosi tako snažna društvena stigma, to zahteva samopouzdanje koje poseduje veoma mali broj ljudi, bilo da su gej ili strejt (Altman, 1971).

Skoro me je jedna drugarica zvala u goste jer je dobila bebu. Čudno je baš, ali nekako uvek imam problem sa bebama. Samo ih pogledam i skoro nikad ih ne uzimam. Nekako... pitam se...šta bi bilo kada bi znala da sam gej... kao da se osećam prljavo, a bebe su tako čiste... mislim da bi drugi ljudi to isto misli kad bi znali...

Izloženost otvorenoj diskriminaciji i nasilju nisu retki za LGB osobe. Zanimljiv je nalaz, međutim, da LGB osobe imaju tendenciju da potcene učestalost i ozbiljnost incidenata koji su uključivali nasilje kome su bili izloženi (u poređenju sa procenom nezavisnih posmatrača) (Frost et al, 2013).

Nasilje i diskriminacija nisu svakodnevna pojava, ali svest o pretnji da se oni dogode, jeste. Olport (1954) je opisao oprez kao jednu od crta koje se razvijaju kod manjinskih grupa koje su predmet društvenih predrasuda. Izražena svest o tome da je nasilje moguće vodi održavanju izražene opreznosti prilikom kontakata sa članovima dominantne grupe. Po definiciji, ta povećana budnost i opreznost (kako na psihološkom tako i na bihejvioralnom planu) su hronične i kontinuirano evocirane, te zahtevaju značajno ulaganje energije i resursa osobe. Mnogi ga opisuju kao konstantan telesni grč koji je veoma iscrpljujuć. Takav stres može voditi stvaranju opšteg osećaja straha i nepoverenja u interakcijama sa drugima (Hetrick & Martin, 1987, po Meyer, 1995) kao i zamoru (coping fatigue). Hroničan stres je, dakle, posledica napora da se uvek bude oprezan, kako bi se izbeglo povređivanje (Meyer, 1995).

Užasno je zamorno, taj stalan napor da se nekako ne odam. Kada u kancelariji svi počnu da pričaju o paradi, ja ne smem ništa da kažem.

Isto sa prijateljima. Uvek mislim da me bilo koja reč ili pokret mogu odati. Nikada ne mogu da pričam šta mi se desilo. Kada sam prošle godine raskinuo dugu vezu, nisam mogao nikome da kažem kroz šta prolazim.

Kada većinsko društvo i ne odobrava fizičko nasilje, skloni su da zastupaju stav “neka to rade u svoja četiri zida – zašto ja moram da znam da su gej kad ja ne ističem da sam strejt” zanemarujući činjenicu da oni sami zapravo na dnevnom nivou otkrivaju svoju seksualnu orijentaciju kada pokazuju slike sa letovanja, pričaju o svom supružniku, itd. Gej osobama se poriče pravo da javno iskazuju ljubav. “Nemoguće je znati do koje mere se ljubav ojačava njenim obznanjivanjem; uprkos romantičnom idealu skrivene ljubavi, verovatno je da posle određenog vremena ljubavnici imaju stvarnu psihološku potrebu za podrškom koja proizilazi iz toga da su prepoznati kao takvi” (Altman, 1971). Kada u javnom prostoru moraju da paze na prikrivanje svakog gesta i izjave ljubavi, te ih upućuju skriveno i sa strepnjom, neizbežno je javljanje osećanja da čine nešto “pogrešno/ zabranjeno/ prezreno” koje se iznova i iznova osnažuje.

Obožavam svog dečka. Prošle nedelje sam položio ispit i našli smo se na kafi. Stvarno sam želeo da ga izgrlim i poljubim. Onda sam mu, onako jako oprezno, dodirnuo ruku ispod stola. Ali svaki put se osećam kao da radim nešto što je pogrešno, jer je toliko zabranjeno.

Pored borbe koja proizilazi iz suočavanja sa društvenim predrasudama, neprihvatanjem i mržnjom, realne izloženosti nasilju i diskriminaciji, te borbi sa unutrašnjim konfliktima i negativnom slikom o sebi proizašlim iz internalizovanja ove opresije, tu je i krivica koja se javlja zbog porodice. Stigma ima tendenciju da se “prenosi” na one iz okruženja, a stručnjaci ni najmanje ne doprinose promeni kada za istopolnu orijentaciju deteta krive roditelje i njihove stilove vaspitanja. Breme stigme se tako prenosi na čitavu porodicu, produbljujući kod osobe osećanje krivice, stida i samoprezira zbog povređenosti onih koje voli.

Nikada nisam sumnjao da me roditelji jako vole. Ali kada sam se auto-vao, video sam da im je zaista teško. Mama je prestala da se druži sa komšinicama i nekako su se izolovali. Zabrinuti su za moju bezbednost i da nikada neću biti srećan. Nikada mi ništa nisu rekli protiv toga što sam gej, ali znam da jako pate.

Teorijski okvir koji dosta dobro sumira specifičnosti sa kojima se suočavaju LGB osobe u našem društvu je teorija stresa manjine (minority stress theory) (Meyer, 1995). Po ovom modelu, LGB osobe (ili bilo koja druga društveno marginalizovana grupa), odrastajući u heteroseksističkom društvu, izložene su hroničnom stresu. Pored opštih stresora koji pogađaju društvo u celini, ove osobe se moraju nositi i sa dodatnim, koji su specifični za njihov manjinski status. Autor identifikuje tri: (1) internalizovanu homofobiju, (2) očekivanje odbijanja i negativnih stavova drugih i (3) postojanje iskustava diskriminacije i nasilja, a njegova istraživanja su potvrdila da sva tri nezavisno doprinose distresu kod LGB osoba.

Prošle godine sam se raspravljao sa nekom rodbinom, nešto oko parade... kao... šta im fali... i ja sam diskriminisan... nezaposlen... i sve to... i onda se jako iznerviram, a ne mogu da kažem... pa živimo u istom društvu i pogađa me sve to što pogađa i njih... nemam posao, nikakvu perspektivu, para i to... a pored toga i gomilu drugih problema o kojima oni nikad neće morati da brinu...

Autor ukazuje i na koncept manjinskog prevladavanja (minority coping) kao strategije proaktivnog prevazilaženja stigmatizacije: osećanje pripadnosti LGB zajednici obezbeđuje više prilika za socijalnu podršku, afirmiše i validira manjinsku kulturu i vrednosti, te dozvoljava ponovnu procenu i umanjivanje stigmatizujućih vrednosti dominantne kulture. Rezultati empirijskih istraživanja sugerišu da osećaj povezanosti sa LGB zajednicom može biti važan faktor u ublažavanju manjinskog stresa kod gej osoba (Meyer, 1995).

Izrazito je važno razumeti da je internalizovana homofobija (tj. internalizovani heteroseksizam - pojam koji se danas češće upotrebljava, a kasnije će biti više reči o ovome) fenomen koji se događa unutar heteronormativnog društva i rezultat je interakcija sa njim, društva u kome je podrazumevano negiranje, preispitivanje, optuživanje, vređanje i nasilje nad LGB osobama. To nije pojava sa kojom se suočavaju neke istopolno orijentisane osobe i nije individualan fenomen, već je proces koji se mora razmatrati u vezi sa strukturalnom stigmom (koja je inherentna heteronormativnoj društvenoj ideologiji).

Istorijski, sam termin "internalizovane homofobije" je prvi popularisao Vajnberg 1972. dok je opisivao fenomen društvene homofobije odn. negativan društveni stav prema LGB osobama, uzgredno pomenuvši i samoprezir koji je nazvao internalizovanom homofobijom (Neisen,

1990; Herek, 2004; Szymanski et al, 2008a).

Termin homofobija je kasnije, međutim, dosta kritikovan, jer se “fobija” odnosi na iracionalan strah, a sam Vajnberg je zapravo smatrao da se radi o vrsti predrasude. Empirijska istraživanja su dodatno podržala pretpostavku da su za snažne negativne stavove i emocionalne odgovore prema LGBT osobama (kako je definisao homofobiju) dominantne emocije besa i odbojnosti, a ne straha (što bi bio slučaj da je u pitanju fobija) (Herek, 2004).

Takođe, kada se govori o internalizovanoj homofobiji, autori se slažu da se u osnovi ne radi o emociji straha od sopstvene homoseksualnosti, već stida, krivice, besa, samomržnje i samopotcenjivanja zbog nje. Stoga danas dominira mišljenje da su za negativan stav prema LGBT osobama adekvatniji nazivi heteroseksizam i homonegativizam (a ne “homofobija”). U skladu sa tim, danas u stručnoj literaturi dominira pojam internalizovanog heteroseksizma (Neisen, 1990; Herek, 2004; Szymanski et al, 2008a itd.)

Drugi važan razlog za ovu promenu terminologije leži u njenim implikacijama – dok internalizovana homofobija problem smešta u osobu koja je njome pogođena, internalizovani heteroseksizam bolje ilustruje činjenicu da je problem u netolerantnom društvu i heteronormativnoj kulturi (Herek, 2004).

Dalje, autori ističu da bi se upotrebom termina koji uključuju upotrebu kliničkih konstrukata (“fobija”) samo nastavio trend patologizacije ponašanja i mišljenja koji nam se ne dopadaju, a upravo je to, po mnogima, bio slučaj sa patologizacijom istopolne seksualne orijentacije tokom istorije. Insistiranjem na tome da se radi o pristrasnosti i predrasudi, koje su duboko ukorenjene u dominantnu kulturu (a prihvaćene i ispoljavane od strane pojedinaca), veruju da se pojmom heteroseksizma (po analogiji sa “rasizmom”) bolje obuhvata suština ovog fenomena i izbegava njegova psihopatologizacija u kliničkom smislu (Herek, 2004). Zbog toga ćemo u nastavku teksta koristiti pojam “(internalizovanog) heteroseksizma” umesto “(internalizovane) homofobije”.

Ideja o internalizaciji društvenih odnosa i stavova nije nepoznata u socio-psihološkim razmatranjima. Još je Mid (1934) zastupao ideju o tome da se samopoštovanje i slika o sebi razvijaju kroz interakciju i predstavljaju refleksije procena drugih o nama.

Psihološke teškoće koje nastaju kao posledica svesti i prihvatanja društveno negativnih stavova prema njima, nije karakteristična samo za pripadnike LGBT zajednice. Olport je primetio, pišući o pripadnicima ma-

njinskih grupa (rasnih, etničkih i religijskih) da pošto niko ne može ostati indiferentan na maltretman i očekivanja drugih, očekivano je da će se kod pripadnika grupa koje su izložene ismevanju, potcenjivanju, ponižavanju i diskriminaciji razviti neke ego odbrane i napravio je razliku između onih koje su usmerene na izvor diskriminacije i onih koje su usmerene ka unutra - na samu osobu. U ovom drugom slučaju, identifikacija sa dominantnom grupom vodi samomržnji i osećaju stida/srama zbog "posedovanja" karakteristike prezrene grupe, kao i odbojnosti prema ostalim članovima grupe koji "poseduju" tu karakteristiku (Allport, 1954). Jedno skorašnje longitudinalno istraživanje je pokazalo da javna stigma predviđa samostigmatizaciju, ali ne i obrnuto, što upućuje na zaključak da se proces internalizacije društveno negativnih stavova zaista odvija onako kako su teoretičari predviđali (Vogel et al, 2013).

Dok je bavljenje društvenim stereotipima, predrasudama i njihovom internalizacijom uglavnom ostalo u domenu interesovanja socijalnih psihologa (Allport, 1954), a proces stigmatizacije, njenog uticaja na pripadnike društveno stigmatizovanih grupa te mikrosocijalni procesi u okviru kojih se self formira i održava, ono što su opisivali sociolozi (Goffman, 1963), klinički psiholozi su se, sa svojim fokusom na individuu, ovim fenomenima bavili samo uzgredno. Dominirajući stav da društvena sredina i društveni procesi imaju uticaja na individuu, ali nisu ključni za razumevanje ili rad na promeni pojedinca, vodio je brojnim kritikama. Jedna od posledica je bila i kritika psihoterapije kao političke prakse koja pomaže održanju status quo-a jer zanemarujući, zapravo negira društvene nejednakosti i odnose moći (tj. pomaže pojedincu da se prilagodi nepravednom društvu). Razvoj postmoderne društvene misli i feminističke teorije je vodio preispitavanju bazičnih psihoterapijskih pretpostavki pa i odnosa moći između klijenta i terapeuta. Danas postoje konstruktivistička terapija, feminističko savetovanje i mnogi drugi pravci koji se snažno oslanjaju upravo na ove tekovine. Zajdničko im je upravo prihvatanje i razmatranje društvenih odnosa moći i oslanjanje na sociološke teorije i fenomene koje je tradicionalna klinička psihologija dugo zanemarivala.

Koncept stigmatizacije, dakle, dolazi iz sociologije. Može se naći na mišljenja da stigma predstavlja samo drugi termin za predrasude bazirane na negativnim stereotipima (Corrigan, 1999, po Jovanović i sar, 2007). Međutim, verujemo da se radi o konceptima koji se donekle preklapaju, ali nisu potpuno isti pre svega zato što se kod prvih radi o individualnom nivou, a kod drugih o društvenim, makroprocesima. Smatramo da i jedan i drugi mogu da doprinesu razumevanju fenomena internali-

zovanog heteroseksizma zato što ga, kako je ranije već naglašeno, nije moguće razumeti samo kao individualan fenomen, već kao proces duboko ukorenjen i nastao u okvirima heteronormativnog društva sa kojim odnos zapravo nikad ne prestaje. Iz radova savremenih autora može se naslutiti da polako dolazi do integracije ovih koncepata sa implikacijama i empirijskim istraživanjima u vezi sa kliničkom praksom.

Herek et al. (2009) koristi pojam seksualna stigma da bi referisao na široko rasprostranjene negativne stavove, inferioran status i manju društvenu moć kada se radi o neheteroseksualnim ponašanjima, identitetima, vezama i zajednicama (svi članovi društva, bez obzira na njihovu seksualnu orijentaciju, znaju da se neheteroseksualnost smatra manje vrednom i svesni su neprijateljskih i zlonamernih stereotipa koji se često pripisuju LGB osobama). Ova stigma vodi razlikama u statusu i društvenoj moći koje se legitimišu i perpetuiraju kroz društvene institucije i ideološke sisteme tj. heteroseksizam (sve što je drugačije od široko rasprostranjenog normalnog nije vidljivo, zahteva objašnjenja, nije prirodno i zaslužuje nejednak tretman). Individue, bez obzira na njihovu seksualnu orijentaciju, mogu iskusiti i ispoljiti seksualnu stigmiju na najmanje tri načina (Herek et al, 2009):

1. Ispoljena stigma (enacted stigma) – otvoreno negativne akcije prema pripadnicima manjiske grupe). U literaturi se sreće i pojam javna stigma (Jovanović i sar., 2007)

2. Očekivana stigma (felt stigma) – svest i očekivanje okolnosti u kojima se stigmatizacija može dogoditi). Ovo se odnosi na postojanje svesti o tome da društvena stigma postoji i da se stigmatizacija u određenim okolnostima može dogoditi.

3. Internalizovana stigma (internalized stigma) ili samo-stigmatizacija (self-stigma) – lično prihvatanje stigme kao deo sopstvenog sistema vrednosti i self-koncepta, prihvatanje i slaganje sa negativnim društvenim shvatanjima. Upravo ova manifestacija društvene stigme predstavlja njenu internalizaciju i često obuhvata osećanje krivice, stida, sramote i niskog samopoštovanja. Altman (1971) navodi da ova internalizacija opresije predstavlja i njen najrazorniji aspekt tako što je iznutra pojačava utičiću na sliku o sebi onih koji trpe ugnjetavanje.

Ponekad se za ovo koristi i termin “sindrom samomržnje” (self-hatred syndrom) (Neisen, 1990) koji bi se mogao definisati kao ekstreman oblik samostigmatizacije.

Poreklo pojma stigma [grč. Στίγμα] se vezuje za praksu žigosanja

– obeležavanje kriminalaca, robova i izdajnika u određenim istorijskim periodima, koje je predstavljalo društveni znak diskreditacije i upozorenja, oznaku srama, prezrenosti i gubitka ugleda te ukazivalo na društvenu inferiornost. U savremenom smislu, odnosi se na negativan društveni proces etiketiranja i isključivanja svih onih grupa kao i njihovih pripadnika koji se razlikuju od “normalnosti” većine u svom društvenom okruženju (i predstavljaju percipiranu pretnju društvu).

Pored sporadičnih nastojanja da im se odriče normalnost od strane stručnjaka, LGB populacija se često suočava sa činjenicom da su u javnim diskursima predstavljeni kao implicitna ili eksplicitna pretnja društvu (“ugrožen natalitet”, “strani plaćenici sa političkim interesima”, “opasni za decu”, “razaraju porodicu koja je stub društva” itd.)

Čitavog života slušam o tome kako su homoseksualci pedofili, strani plaćenici i zaverenici sa ciljem razbijanja porodice i svih društvenih vrednosti... nisam ništa od toga... ponekad se pitam kad ću, već jednom, upoznati taj čuveni gej lobi i uključiti se u tu svetsku zaveru...

Stigmatizacija je proces u kojem je jedno stanje ili aspekt individue pripisan kao svojstvo nekoj pervazivnoj dimenziji samog identiteta te osobe (Mensouri, 1989, po Jovanović i sar., 2007). Ovu karakteristiku stigmatizacije dobro opisuje pojam isključivog (preemptivnog) konstruisanja iz psihologije ličnih konstrukata. Naime, radi se o tome da u slučaju nekih identiteta, osoba biva konstruisana isključivo kroz njega. Na primer, osoba sa dijagnozom shizofrenije postaje “šizofreničar” i svi njeni postupci i ostali aspekti identiteta se posmatraju isključivo kroz prizmu te dijagnoze. Slična stvar se događa sa istopolnom orijentacijom. LGB osobe i svi njihovi postupci se često posmatraju samo kroz aspekt seksualne orijentacije pri čemu se potpuno zaboravlja na druge važne aspekte njihovog identiteta. Jedan od vidova ispoljavanja internalizovane stigme jeste i pojava da same LGB osobe počinje sebe da posmatraju isključivo (i pre svega kao gejeve/lezbejke) zapadajući u zamku “zabrane” da sebi daju dozvolu da budu i nešto drugo.

Ovde je važno naglasiti da zbog toga što je upravo LGB identitet onaj zbog koga su bili suočeni sa najviše problema, logično je očekivati da će u određenom periodu života on postati izrazito važan. Uostalom, i model Vivijen Kas (Cass, 1979) koji se odnosi na šest faza kroz koje prolaze gej muškarci i lezbejke tokom prihvatanja svoje seksualno-emotivne orijentacije opisuje petu, pretposlednju fazu (faza ponosa) kao onu

u kojoj upravo ovaj aspekt identiteta postaje važan i naglašen. Stoga treba biti oprezan prilikom procene o tome da li se radi o procesu koji vodi integraciji (završna faza integracije) ili internalizovanoj stigmi koja onemogućava osobu da sebe vidi kao kompleksno biće čija je seksualna orijentacija samo jedan aspekt.

Ozbiljno se pitam da li sam gej... znate... ja uopšte ne volim operu... ili modu... nisam baš voleo ni fudbal... ali ne znam kako da se uklopim... strejt ljudi nas ne prihvataju, a ne uklapam se ni u gej zajednicu... šta mislite, čime bi trebalo da se bavim s obzirom da sam gej?

Stigmatizacija je proces koji se sastoji od dve osnovne komponente: prepoznavanja “znaka” koji osobu odvaja od drugih (osobine ili ponašanja) i posledičnog obezvređivanja nosioca tog znaka. Znak ima tri karakteristike:

- vidljivost – koliko je upadljiv ili vidljiv drugima
- kontrolabilnost – koliko je pod kontrolom nosioca
- uticaj – koliko se oni koji stigmatizuju plaše onoga koga stigmatizuju (Jovanović i sar. 2007.)

Zbog straha da ne budu identifikovani kao pripadnici stigmatizovane i obezvređene grupe, neke LGB osobe ulažu veliki svakodnevni napor da prikriju “znak” tj. pripadnost LGB populaciji (vođenjem računa o neverbalnoj komunikaciji, gestikulaciji, tonalitetu glasa, načinu oblačenja itd.). Važno je, međutim, naglasiti da ova prilagođavanja nekad mogu biti funkcionalna (a ne posledica internalizovane homofobije) kada se radi o izrazito homofobičnim/heteroseksističkim sredinama u kojima strah od diskriminacije nije neopravdan, a slučajevi ozbiljnog fizičkog i drugih oblika nasilja česti. Konstantan napor da se prikrije identitet na svim ovim nivoima dugoročno veoma iscrpljuje osobu i može je učiniti nesigurnom, povučenom i konstantno anksioznom u socijalnim kontaktima (konstantna napetost i strah u vezi sa tim da bilo koji gest, detalj ili priča mogu otkriti njenu seksualnu orijentaciju).

Internalizovani heteroseksizam (IH) je kompleksan fenomen. Jedna od široko prihvaćenih definicija kaže da se on sastoji iz negativnih stavova koje LGB osobe usmeravaju ka homoseksualnosti i biseksualnosti uopšte, kao i homoseksualnim i biseksualnim aspektima sebe (Mayfield, 2001, po Szymanski et al, 2008b; Szymanski & Carr, 2008, po Lin & Israel, 2012). I afektivna (emocije) i kognitivna (uverenja) komponenta smatraju se važnim aspektima IH. Iz ove definicije vidimo da se IH sastoji iz najma-

nje dva aspekta (sopstvena i homoseksualnost drugih) koji imaju svoje kognitivne aspekte (verovanja, uverenja) kao i afektivne (emocije koje za to vezujemo).

Kada klijent, koji je naizgled prihvatio svoju LGB orijentaciju, ima izrazito negativne i pojednostavljene stereotipe o svim drugim pripadnicima LGB populacije, može se naslutiti da postoji problem sa IH. Kako navodi Altman (1971), krivica dovodi do mržnje prema sebi, a oni koji mrze sebe teško da neće prezirati druge koji dele njihovu "krivicu".

Ovlašan pogled na sajtove za upoznavanje LGBT osoba upadljivo ovo ilustruje: "Tražim PRAVOG muškarca, sportistu, str8 looking! Za diskretno muško druženje, vežbanje, sport. Fem tetke i žene u muškom telu STOP. Užas čega sve ima u ovom pederskom svetu... Ekspozirani sa scene STOP. Pederi i sidaši STOP!" Čitanje oglasa koje postavljaju osobe na ovim sajtovima ponekad više asociraju na radikalne grupe koje otvoreno promovišu homofobiju nego na neku zaštićenu i podržavajuću LGBT zajednicu, što je možda i najilustrativniji primer internalizovanja opresije.

Znam da zvuči čudno, ali shvatio sam da nikada ne bih mogao da idem kod lekara koji je gej. Nekako... ne znam. Zamišljao bih ga po nekim parkovima, kako ima oralni seks... ili da bi nešto pokušao sa mnom... Ne znam... nekako nikako ne bih mogao ozbiljno da ga shvatim...

Prethodno pomenuta definicija nam ukazuje na moguće puteve rada sa problemom IH. Dok je emotivan aspekt manje dostupan za direktnu promenu, rad na kognitivnoj dimenziji (uverenja i verovanja o istopolnoj orijentaciji) su nešto u čemu terapeut može direktno pomoći (obezbeđivanje članaka, tekstova, knjiga i empirijskih podataka u cilju dekonstrukcije i opovrgavanja pogrešnih uverenja o LGB identitetu i zajednici). Takođe, ukoliko je rad na promeni negativnih emocija o sebi previše izazovan za početne terapijske faze, rad na osveščivanju i kreiranju pozitivnih afektivnih dimenzija prema drugim pripadnicima LGB zajednice će direktno uticati na smanjenje IH. Ovo se može postići obezbeđivanjem pozitivnih narativa i modela o drugim LGB osobama (romana, filmova i sl.)

Naravno, ne treba zaboraviti da nije svako ispoljavanje neslaganja sa drugim LGB pojedincima, politikama LGB organizacija ili "normativima" LGB zajednice u okruženju, manifestacija IH. Ali ako se radi o netačnim uverenjima ili negativnim afektima koji se nekritički pripisuju svim članovima LGB zajednice, logično je zaključiti da klijent ta negativna

svojstva vidi kao inherentna samoj istopolnoj orijentaciji.

U tom slučaju, od velike koristi, pored prethodno pomenutih strategija, može biti i preispitivanje inherentnosti svojstva, odnosno preokviravanje u kome se određena pojava razmatra u svetlu diskriminacije kojoj je LGB zajednica izložena, a ne kao svojstvo inherentno samom tom identitetu. Na primer, kada se klijent žali da se gej muškarci na sajtovima za upoznavanje ponašaju grubo, uvredljivo i zainteresovani su samo za anonimni seks, pa iz toga zaključi da su “gejevi prosto pokvareni i neposobni za ljubav i posvećenost”, terapeut ga može pozvati na drugačije tumačenje ovih pojava (strah od otkrivanja identiteta, ispoljavanja IH sa kojima se sami bore, agresija koja predstavlja odbranu od osećanja stida i neadekvatnosti, identifikacija sa dominantnim heteroseksičkim modelima itd.)

Ono na šta mnogi autori, međutim, skreću pažnju, jeste da je internalizovani heteroseksizam pojava koja ima jako puno slojeva. Tako Kroto (2008) opisuje rad na IH pomoću analogije “ljuštenja sloja po sloja luka” pri čemu je rad na negativnim emocijama i verovanjima o sopstvenoj istopolnoj orijentaciji samo prvi sloj ispod koga postoje još mnogi. Autor napominje da se istraživanja o IH uglavnom zadržavaju na tom prvom sloju, dok su dugoročni efekti, traumatizacija i kompleksni nesveni slojevi IH potpuno neistraženi, ali veoma važni za klinički rad. Ovo je posebno važno napomenuti zbog tendencije kliničara da zanemare aspekte seksualnog identiteta (zadržavanje na površnom “ok je biti gej”) i opasnosti da minimizuju uticaj ili potpuno zanemare i previde značaj i snagu jednog tako složenog i bolnog iskustva koje je imalo uticaj na razvoj i život LGB osobe (Croteu, 2008). Upravo zbog snage ranih socijalizacijskih iskustava u izgradnji slike o sebi te kontinuirane izloženosti antihomoseksualnim stavovima tokom čitavog života, interanalizovani heteroseksizam ostaje važan faktor u životu svake LGB osobe (Meyer, 1995). IH nije nešto što klijent ima ili nema, niti se se prihvatanje sopstvene seksualne orijentacije može predstaviti kao krajnji cilj. U pitanju su procesi, procesi prepoznavanja slojeva IH i prihvatanja sebe i drugih, sa svim specifičnostima koje nosi pripadnost tako snažno stigmatizovanoj manjini kao što je LGB zajednica. Stoga je jasno da se “zanemarivanjem” LGB identiteta tokom terapijskog procesa u najmanju ruku ispušta prilika za rad na važnim temama, a u najgorem slučaju doprinosi produblivanju IH.

Dugo se bavim aktivizmom, ostvaren sam u svojoj profesiji. Imam divnu porodicu i prijatelje. Ali i dan danas mi se dešava da otkrijem ostatke internalizovane homofobije kod sebe... pitam se da li je uopšte moguće osloboditi je se u potpunosti...

Merenje i procena IH

U proceni internalizovanog heteroseksizma/homofobije se koristi mnoštvo različitih tehnika.

- **Inventar stavova prema homoseksualnosti Nungesser-a** (Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory) (NHAI, Nungesser, 1983, po Szymanski et al. 2008b). Ovo je jedna od najpopularnijih i najviše korišćenih skala za procenu IH kod gej muškaraca, u empirijskim istraživanjima. Sastoji se od 34 tvrdnje kojima su obuhvaćeni stavovi prema sopstvenoj homoseksualnosti, prema homoseksualnosti uopšte i drugim gej osobama i odnos prema otkrivanju sopstvene homoseksualnosti drugima od kojih se svaki procenjuje na petostepenoj Likertovoj skali. Pouzdanost (alfa koeficijent) iznosi 0.94.
- **Martin-Dinova skala internalizovane homofobije (1987)** (Martin and Dean's Internalized Homophobia Scale – IHP) bazirana je na kriterijumima za egodistonu homoseksualnost iz treće revizije DSM-a. Sadrži devet stavki koje se procenjuju na petostepenoj skali Likertovog tipa. Pouzdanost (alfa koeficijent) iznosi 0.85 za gej muškarce i nešto nižu za biseksualne žene i lezbejke. (Szymanski et al. 2008b)
- **Vagnerova skala internalizovane homofobije (Wagner et al.'s Internalized Homophobia Scale- IHS, 1996)** se sastoji od 20 tvrdnji, od kojih su devet preuzete iz Nungeserove NHAI skale. Pouzdanost (alfa) iznosi 0.92. (Szymanski et al. 2008b)
- **Ros-Roserova skala internalizovane homofobije (1996)** se sastoji iz 26 tvrdnji, a faktorskom analizom je utvrđeno da obuhvata četiri dimenzije: javno deklarisanje, opažanje stigme, udobnost sa drugim gej muškarcima i moralno-religiozna prihvatljivost istopolne orijentacije. Alfa koeficijent za subskale je iznosio 0.62 do 0.85, a za celu skalu nije poznat. Nekoliko tvrdnji ove skale je kritikovano, jer konfundiraju sa realističnim procenama društvenih prepreka u heteronormativnom društvu. (Szymanski et al. 2008b)
- **Inventar internalizovane homonegativnosti (IHNI – Mayfield, 2001, po Szymanski et al. 2008b)** se sastoji od 23 tvrdnje koje obuhvataju...

hvataju tri dimenzije: lična homonegativnost, gej afirmacija i moralnost homoseksualnosti. Tvrdnje se procenjuju na šestostepenoj skali Likertovog tipa, a alfa koeficijent čitave skale iznosi 0.91. Validnost je potvrđena faktorskom analizom i visokom korelacijom sa Nunsigerovom NHA1 skalom.

- **Skala internalizovane homofobije za lezbejke (LIHS–Szymanski & Chung, 2001 po Szymanski et al. 2008b)** je nastala zbog toga što su sve prethodne bile razvijene za procenu IH kod gej muškaraca, a postoje indicije da se internalizovana homofobija kod žena donekle drugačije ispoljava. Sastoji se od 52 tvrdnje koje se procenjuju na sedmostepenoj Likertovoj skali, sa alfa koeficijentom od 0.94.

Iako se mogu koristiti za procenu u kliničkom radu, važno je istaći da su one razvijene pre svega za potrebe empirijskih istraživanja, da teže detektuju nisko i umereno izraženu IH te uglavnom “hvataju” njegove površnije manifestacije. Važno je imati u vidu i kulturnu pristrasnost, jer su mahom kreirane na uzorcima koji su se sastojali većinom od belih muškaraca iz zapadne kulture, te mnogi ukazuju da treba biti oprezan sa njihovom primenom na osobama iz drugih kulturnih sredina, zbog mogućnosti da se IH drugačije ispoljava.

Poznavanje navedenih skala je, međutim, korisno zato što ukazuje na značajne razlike kod autora u konceptualizaciji ovog fenomena i njegovih manifestacija.

Za terapijski rad sa internalizovanim heteroseksizmom neophodno je kliničko iskustvo, poznavanje konceptualizacije IH te suptilna prepoznavanja njegovog ispoljavanja kod klijenta tokom terapijskog procesa.

Posledice IH

Od samog kreiranja koncepta IH, pretpostavljalo se da ona vodi povišenom stresu, sniženom samopoštovanju, depresiji, samodistanciranju, samopreziru, autodestruktivnosti i ulaganju značajnog napora da se LGB identitet prikrije. Danas postoje i empirijska istraživanja koja ovo potvrđuju.

Brojne studije su pokazale povezanost IH sa depresijom, psihološkim distresom, demoralizacijom i sniženim globalnim samopoštovanjem, te pokušajima suicida i kod muškaraca i kod žena. U preglednom članku (Szymanski et al. 2008b), zaključuju da su sve analizirane studije potvrdile povezanost izraženog IH sa sniženim samopoštovanjem, depre-

sijom i distresom, te suicidalnom ideacijom i pokušajima (mada autorke pominju samo jednu takvu studiju). U dvogodišnjoj longitudinalnoj studiji (Wagner et al, 1996, po Szymanski et al. 2008b) je ustanovljena povezanost IH sa psihološkim distresom, depresijom, demoralizacijom i izbegavajućim strategijama prevladavanja (dok je negativno povezana sa proaktivnim strategijama prevladavanja). Takođe, istraživanja pokazuju da osobe sa izraženim IH češće imaju istoriju samopovređivanja (sečenje, udaranje, kopanje kože), zatim izraženiji osećaj usamljenosti, demoralizacije, stida, somatskih simptoma i poverenja u sebe (Herek, 1998, po Szymanski et al. 2008b). Podaci govore o tome da LGBT osobe tri puta češće pokušavaju suicid od heteroseksualnih (Silenzio et al, 2007, po Lin & Israel, 2012).

Ovo se može dovesti u vezu sa nalazom Dentona i sar. (2014) da su očekivana stigma i IH povezani sa nižim osećanjem samoeфикаsnosti³ u korišćenju sva tri mehanizma prevladavanja (usmerenih na problem, emocije i socijalno okruženje), te ukazuju na važnost rada na savladavanju efikasnih strategija prevladavanja i izgradnji osećanja samoeфикаsnosti.

Značajan je i nalaz da je izražen IH povezan sa manje opšte socijalne podrške, socijalne podrške drugih LGB osoba i manjim zadovoljstvom socijalnom podrškom (npr. McGregor et al, 2001 po Szymanski et al. 2008b). S obzirom sa se osobe sa izraženim IH povlače u sebe i izbegavaju kontakte sa socijalnom sredinom ili LGB zajednicom, očekivano je da im je traženje društvene podrške kao strategija prevladavanja manje dostupna. Upravo manje dostupna socijalna podrška, sniženo samopoštovanje i umanjen osećaj samoeфикаsnosti, po mnogima objašnjavaju vezu između IH i depresije.

Veliki broj studija ukazuje na to da se kod LGB osoba češće sreću problemi sa zloupotrebom alkohola i psihoaktivnih supstanci i mnogi autori ovo dovode u vezu upravo sa IH, ali su empirijski nalazi donekle kontradiktorni, a slična je situacija i sa rizičnim seksualnim ponašanjem kod gej muškaraca (Szymanski et al. 2008b). Altman (1971) navodi da se samomržnja upravo pokazuje u načinu na koji gej muškarci "opredmećuju" jedan drugog, te jedni druge vide samo kao seksualne objekte, a odbijanje svakog kontakta osim čisto fizičkog predstavlja način na koji veliki broj gej osoba nastoji da se zaštiti. Rizičnija seksualna ponašanja i autodestruktivnost kao posledica samomržnje se često dovode u vezu

³ Koncept samoeфикаsnosti dolazi iz radova A. Bandure i odnosi na procenu i verovanje u sopstvenu sposobnost da se uspe u određenim situacijama, da se nešto izvede i savladaju prepreke.

sa povećanim rizikom od dobijanja HIV-a i mnogim drugim zdravstvenim posledicama.

Istraživanja su pokazala i vezu između izloženosti nasilju i izražene IH sa brojnim posledicama po fizičko zdravlje (Lick et al, 2013; Frost et al, 2013 itd). Jedno od objašnjenja ove veze su dali Denton i sar. (2014) koji su ustanovili da niže osećanje samoefikasnosti u korišćenju strategija prevladavanja posreduje između IH i fizičkog zdravlja, te ukazuju na važnost savladavanja efikasnih strategija prevladavanja ne samo za psihološku dobrobit, već i za fizičko zdravlje.

Šimanski sa saradnicima navodi i nalaze nekoliko studija koje su ispitivale vezu između IH i coming-out procesa (tj. procesa prihvatanja sopstvene istopolne orijentacije i njenog otkrivanja drugima) po modelu Kasove (Cass, 1979). Rezultati ukazuju na to da su kasnije faze povezane sa nižim IH kao i da izražena IH vodi odlaganju prolaženja kroz ove faze (npr. Kahn, 1991; Mayfield, 2001 itd., po Szymanski et al. 2008b). Ovo je jedan od najpoznatijih razvojnih modela o prihvatanju LG identiteta, te može biti veoma korisna smernica u radu sa LGB klijentima uopšte, ali i proceni njihovog IH.

Istraživanja su pokazala da IH nije povezan sa otkrivanjem svoje seksualno-emotivne orijentacije drugima, osim kada se radi o porodici (za šta postoje kontradiktorni nalazi) (npr. Radonsky & Borders, 1995/ Welch, 1998/ Zuckerman, 1998, po Szymanski et al. 2008b) što je i logično, jer odluka o (ne)otkrivanju LGB identiteta ima veze sa realističnom procenom uslova, a ne samo sa IH.

Herek i sar. (1997) su ustanovili da je IH povezan sa manjom spremnošću da se seksualno-emotivna orijentacija otkrije heteroseksualnim prijateljima i manjim osećanjem povezanosti sa LGB zajednicom. Ustanovljeno je da je IH povezan i sa kvalitetom veze i intimnošću između partnera, posebno ako postoji veliki nesklad i izraženosti IH kod partnera (McGuire, 1995/ Melamed, 1992, po Szymanski et al. 2008b). IH je povezan sa stavovima prema tradicionalnoj podeli rodnih uloga, (internalizovanim) seksizmom, manje podrške za jednakost među polovima, više preuzimanja stereotipno maskulinih normi kao i konfliktom u vezi sa rodnom ulogom, što ukazuje na potencijalno vredne pravce terapijskog rada sa IH.

Kada su u pitanju posledice internalizovanog heteroseksizma, izrazito je važno ukazati na jedan aspekt kliničkog rada - patologizaciju istopolne emotivno-seksualne orijentacije. Iako bi se iz savremenih radova moglo pretpostaviti da je ta priča završena sedamdesetih godina kada

je APA uklonila homoseksualnost iz DSM liste, činjenica je da i danas u svetu, kao i kod nas postoje pojedinci iz struke koji su spremni da LGB klijentima ponude neke od oblika konverzivne terapije u cilju promene njihove seksualne orijentacije u heteroseksualnu. Dokazi koji postoje, međutim, jasno ukazuju na moguću štetnost ovakvih tretmana, a eventualna promena se svodi isključivo na seksualno ponašanje, ali ne i orijentaciju (Bieschke, Paul, & Blasko, 2007, po Bieschke, 2008).

Pored ovih primera koji predstavljaju direktno kršenje APA smernica za rad sa LGB klijentima, postoje veliki broj onih koji će se manifestno složiti sa time da se ne radi o poremećaju koji treba lečiti, ali svojim nepoznavanjem specifičnosti problematike ili nedovoljnom senzibilisanošću za rad sa LGB klijentima, mogu naneti dosta štete. I u jednom i u drugom slučaju, šteta se uglavnom odnosi na produblјivanje internalizovanog heteroseksizma i njegovih posledica.

Zamislimo slučaj klijenta koji se veći deo života bori sa osećanjem neadekvatnosti, stida i samonipodaštavanja zbog toga što je gej. Ulagao je veliki napor da prestane da bude gej, da zamišlja/gleda muškarce prilikom masturbacije... da ima misli za koje veruje da će ga odvesti u pakao, zbog kojih će izneveriti očekivanja porodice koju voli, lišiti ih naslednika, osramotiti pred sredinom. Zatim započinje proces terapije, ulaže ogromna sredstva (vreme, energiju novac), ponekad upravo uz podršku porodice, uz uveravanja stručnjaka da mu može pomoći da postane heteroseksualan ako ima dovoljno volje i motivacije. Pošto ovakvi pokušaji, po pravilu, završavaju neuspehom, sa kakvim osećanjem izlazi klijent? Jedino što može da zaključi jeste da nije bio dovoljno snažan i motivisan. Pritisci porodice se pojačavaju, dok prevladava osećanje da je izneverio sebe i njih zbog svoje "slabosti". Internalizovani heteroseksizam se produblјuje, a osoba ostaje sa još većim problemom.

Razmotrimo sada manje dramatičan slučaj. Klijent se obraća terapeutu koji nije dovoljno upoznat i senzibilisan sa LGB problematikom. Uverava ga da ga prihvata kao gej osobu, ali to ostaje zanemaren aspekt, uveravajući ga da to nije ključno za rad na drugim problemima. Gubeći iz vida da se jedan jako važan deo identiteta ove osobe formirao upravo u okvirima heteronormativa i heteroseksističkog okruženja, a proces najosetljivijeg formiranja identiteta gradio u senci internalizovanog heteroseksizma (homofobije), on ponavlja negiranje i minimizuje ove složene i teške procese, gubeći priliku da osnaži klijenta upravo tamo gde se oseća najranjivim te produblјujući samodistanciranje i uvažavanje teškoća sa kojima se nosio.

Ukoliko već na širem društvenom planu klijenti svakodnevno moraju da se suočavaju sa institucionalizovanom stigmom i heteronormativnošću, koje im odriču pravo na postojanje i slobodno ispoljavanje, taj proces ne bi smeo da se ponovi i u terapiji.

S druge strane, ne mora da znači da nam se svaki LGB klijent obraća zbog problema sa svojom orijentacijom niti da svaki njihov problem smemo da svedemo na IH. Ali radeći sa LGB klijentima, važno je ostati dovoljno osetljiv za prepoznavanje manifestacija IH koja je svakako imala uticala na njihov život, te umeti da je prepoznamo kao važan aspekt rada čak i kada ga sam klijent ne prepoznaje kao takvog.

Internalizovani heteroseksizam (IH) u terapijskom radu

Snažna društvena stigma vezana za LGB individue i zajednicu putem internalizacije postaje deo njihovog unutrašnjeg sveta kroz koji se opresija nastavlja. Stoga bi psihoterapijski proces koji bi bio zaista pomažući i osnažujući, trebalo da ponudi drugačiji sadržaj za internalizaciju, te omogući klijentima da sada očima terapeuta vide sebe drugačije od onoga što im nudi heteronormativno i heteroseksističko društvo. Ovo se postiže radom u okvirima tzv. GAP modela (gay affirmative practices). Ovaj termin je nastao kako bi opisao praksu koja je nepatologizujuća prema istopolnoj i biseksualnoj orijentaciji, ali i mnogo više od toga. Ona podrazumeva senzibilisan pristup koji uvažava teškoće i specifičnosti položaja LGB osoba u našem društvu i posledice koje iz toga proističu (kao što su internalizovani heteroseksizam, odbrane i negativne samoidentifikacije koje se javljaju kao posledica izloženosti diskriminaciji i nasilju itd), ali i veru u kapacitete i snagu da se sa njma nose na konstruktivne načine te ostvare blagostanje i ispunjavajuće odnose sa drugima. Upravo rad na IH čini srž GAP modela i APA smernica za rad sa LGB klijentima.

Mnogo dalje od toga da ne ispoljavaju otvoreno heteroseksizam u svojim procenama i stavovima tokom rada sa LGB klijentima, od terapeuta se očekuje spremnost da zaista osveste i preispitaju sopstvene stavove, kako bi ih iskoristili u terapijskom procesu. Negiranje negativnih stavova prema istopolnoj orijentaciji vodi potencijalnom perpetuiranju istih heteronormativnih odnosa moći u odnosu terapeuta i LGB klijenta, čime se gubi prilika za osnaživanjem odnosa ili u najgorem slučaju, pot-

4 Negativne samoidentifikacije se odnose na pojavu u kojoj pripadnici izrazito stigmatizovanih grupa, zbog teškoća da uspostave bilo kakav pozitivan socijalni identitet, preuzimaju i identifikuju se sa izrazito negativnim identitom po principu "ako već ne mogu da budem bilo šta dobro, onda ću biti najekstremniji u onom lošem".

krepljuje IH klijenta. Njihovo osveščivanje će omogućiti kvalitetan rad sa transferom, i posebno, kontratransferom (prepoznavanje i komuniciranje sopstvenih heteronormativnih pretpostavki) koji je možda i ključan za uspeh psihoterapije.

Sećam se svoje prve terapeutkinje... bila je jako dobra i trudila se da bude prihvatajuća i sve... a onda, kada sam pričao o krizi u vezi i pominjao svog dečka, napravila je pauzu, kao da traži reč i onda rekla "A taj...čovek, (...)" nasmejao sam se... kao da joj je bilo nelagodno... tek sa drugom terapeutkinjom sam mogao zaista slobodno da pričam i radim na svojim problemima.

Priključila sam se psihoterapijskoj grupi i kada sam počela da pričam o svom problemu sa majkom, terapeutkinja me je pitala: "Da li si razmišljala o tome da si možda postala lezbejka da bi je nekako kaznila?" To je stvarno bilo ekstremno uvredljivo! Čitav moj identitet sa čijim prihvatanjem sam se borila godinama i još se borim, svesti na to... stvarno povređujuće... i to na mestu gde sam pomislila da se konačno mogu osetiti sigurnom...

Jedno od najvažnijih oruđa u radu terapeuta je jezik kojim govori. Mnogo je pisano o tome kako je jezik važan gradivan element socijalnog identiteta i sredstvo kojim se internalizuju društvene norme i odnosi. Zato je važno da terapeut koristi senzibilisan jezik. Na primer, upotreba termina "homoseksualnost" implicira medicinski diskurs u kome je istopolna orijentacija bila patologizovana i upotrebljavao se da označi dijagnozu. Danas su termini koji se smatraju afirmativnim gej, lezbejka, biseksualna osoba, istopolna orijentacija itd. Ukoliko se klijent ne identifikuje kao gej već upotrebljava druge reči kojima opisuje svoj identitet ili veze, to bi trebalo poštovati, posebno na početku, kada redefinisane može predstavljati veliku pretnju.

Ovo je posebno važno imati u vidu u radu sa starijom LGBT populacijom. Hinkle u knjizi "Burning Point" opisuje starijeg muškarca koji mu se na terapiju javio jer "mu je umro cimer". Na pitanje "koliko ste dugo bili cimeri?", odgovara "40 godina". Neke LGBT osobe, a to je posebno evidentno kod starije populacije koja je živela u vreme kada nije postojala nepatologizujuća terminologija za opisivanje ne-heteroseksualnih veza, će koristiti pojmove cimer, najbolji drug i sl. Iz opisa odnosa koji je dovoljno jasan da ukaže na to da se zapravo radi o partnerskoj vezi, može se zaključiti da im cilj nije da prikriju prirodnu njihovog odnosa, već da

prosto nemaju terminologiju (ili odbijaju da koriste terminologiju koju smatraju stigmatizujućom) kojom bi opisali ovaj odnos. U tom slučaju bi trebalo koristiti iste termine koje koristi sam klijent (ako nisu uvredljivi) ili na partnera referisati njegovim ličnim imenom.

Još jedan upečatljiv primer koji govori o IH i važnosti jezika je termin kojim neki ljudi opisuju svoje autovanje odn. otkrivanje seksualne orijentacije drugima. "Kada sam priznao roditeljima da sam homoseksualac...". Upotreba reči "priznanje" implicira krivicu. Priznaje se zločin ili neka loša radnja. Kada klijent na ovaj način govori o svom coming-out-u, terapeut kroz svoja pitanja i korišćenje alternativnih termina može suptilno redefinisati koncept "priznavanja" (Kada ste im rekli / otkrili ili Pri likom vašeg coming-out-a ...)

Takođe, vrlo često se govori o "seksualnoj orijentaciji" i iako je sam termin prihvaćen, njegovo stalno ponavljanje u ovom obliku može implicirati svođenje čitavog identiteta na njegove seksualne aspkete. Stoga je važno s vremena na vreme podsetiti i sebe i klijenta, da se radi o seksualno-emosivnoj orijentaciji.

Izbor tema kojima ćemo posvetiti pažnju ili predložiti za rad, takođe je snažna poruka. Kada si postao gej? poručuje da je to klijent sam odlučio (i potencijalno produbljuje osećanje krivice) i navodi ga da ponovo objašnjava, traži opravdanja itd. Zbog toga je važno ne implicirati izborom tema i načinom postavljanja pitanja heteronormativan sistem vrednosti.

Spremnost da klijenta vidimo u afirmativnom svetlu, a kroz teškoće sa kojima se nosio kao kapacitet i potencijalnu snagu, pomoći će nam u konkretnim slučajevima putem redefinisavanja i preokviravanja damo drugačiji okvir njegovim iskustvima. Ne bih rekla da ljudi odluče da nikom ne kažu za sebe zato što su slabi. Nekad je u pitanju iskustvo koje ih naučilo da to može voditi ozbiljnim posledicama u netolerantnim sredinama. Ali možda postoji još načina da se sa tim izađe na kraj.

Važno je imati u vidu specifičan položaj žena i biseksualnih osoba u LGB zajednici. Lezbejke su u dvostruko marginalizovanom položaju, kao žene i kao pripadnice seksualne manjine. Stoga se suočavaju sa dvostrukom opresijom. Mnoga istraživanja, koja su rađena za i sa muškarcima, su se pokazala neprimenjivim na lezbejke. Neke autorke su čak naglasile da je sam koncept IH nastao na IH kod gej muškaraca dok kod žena ima nešto drugačija ispoljavanja (Szymanski & Kashubeck-West, 2008).

Biseksualne osobe su često nevidljive i potpuno im se negira identitet (jer ih smatraju samo gejevima/ lezbejkama koji ne žele to da prihvate). Zbog toga često nisu prihvaćene ni u LG zajednici ni u heteroseksualnoj zajednici. Izrazito je važno da u terapijskom procesu biseksualnost ne bude negirana i interpretirana isključivo kao istopolna orijentacija sa izraženom IH. Iako to ponekad jeste slučaj, biseksualne osobe svakako postoje i nije poželjno da se u terapijskom okruženju ponovo suoče sa nevidljivošću i negiranjem.

Gotovo svi autori koji su pisali o temi IH, smatraju da se ne radi samo o individualnom problemu i treba se čuvati opasnosti da ga iskoristimo kao novu dijagnozu. Radi se o očekivanom ishodu celoživotne interakcije sa opresivnom sredinom i to je važno razjasniti klijentu. Zbog opasnosti da identifikaciju IH shvati kao još jedan dokaz svoje "slabosti", treba mu omogućiti da kroz pažljivu analizu strukturne stigme, dominirajućih ideologija i društvenih odnosa moći, razume kako je do toga došlo i smesti svoj problem u socijalni kontekst. Na izvestan način, radi se o eksternalizaciji problema koju autori predlažu kao važan deo razumevanja i savladavanja IH. Nakon identifikacije izvora problema, terapeut može naučiti klijenta da na konstruktivne načine usmeri i iskoristi svoj bes prema spoljašnjim uzrocima, umesto ka sebi (Neisen, 1990; Szymanski et al, 2008a).

Ova strategija može da se shvati i u svetlu normalizacije i ekspanacije "simptoma" za koju se pokazalo umanjuju samostigmatizaciju (Schreiber & Hatrick, 2002, po Vogel et al, 2013).

Kada su u pitanju empirijski potvrđene intervencije u cilju snižavanja IH, nema ih mnogo. 2012. je u jednom članku opisana on-line intervencija koja se sprovodi uz pomoć kompjutera i pokazala je visoku uspešnost u smanjivanju IH (Lin & Israel, 2012). Intervencija se sastoji iz tri interaktivna Internet modula:

- Demistifikacija stereotipa (odgovarajući sa tačno ili pogrešno na pitanja o činjenicama i mitovima vezanim za istopolnu orijentaciju, učesnici osveščuju i osporavaju informacije sa ciljem kognitivne restrukturacije postojećih shema. U ovom delu se radi na kognitivnom aspektu IH).
- Odakle dolaze negativne poruke? (sa idejom da samorefleksija i identifikacija izvora pogrešnih uverenja i negativnih stereotipa o istopolnoj orijentaciji, dovodi do promene u verovanjima i uverenjima. Važan aspekt ovog modula je upravo eksternalizacija odn. osveščivanje društveno kontekstualnih izvora predrasuda i stigme

kako bi se opovrgla ideja da su ti problemi inherentno vezani za samu istopolnu orijentaciju)

- Evo je duga! (poslednji modul je kreiran tako da pojača klijentovu gej/seksualnu afirmaciju tj. usvoji afirmativne poruke kroz izlaganje LGBT afirmativnim porukama i slikama. U ovom delu se radi na afektivnom aspektu IH).

Iako se radi o intervenciji koja se sprovodi uz pomoć kompjutera, može nam dati korisne ideje koje mogu biti implementirane u terapijski rad.

Pixton (2003) je sprovela kvalitativno istraživanje o aspektima i faktorima terapije koje su LGB klijenti doživeli kao afirmativne i otkrila je šest:

- Nepatologizujući pogled na istopolnu orijentaciju (ne samo u vezi sa tim šta je terapeut rekao, već i onoga što nije rekao ili uradio, npr. nije reagovao zbunjenošću, nelagodnom itd.)
- Siguran terapijski prostor (mogućnost da slobodno i otvoreno priča o osećanjima, seksualnosti i identitetu pri čemu je terapeut podržavajući)
- Osobine terapeuta (svest i poznavanje tema koje su specifične za LGB klijente i zajednicu uopšte, specifično poznavanje izvora i informacija koje mogu biti od koristi klijentu u smislu afirmacije istopolne orijentacije, percipirana udobnost terapeuta da razgovara o različitim aspektima LGB iskustava itd.)
- Odnos sa terapeutom (bliskost, osećaj povezanosti i empatije, osećaj da mu je zaista stalo)
- Doživljaj terapeuta kao osobe (sa sopstvenim iskustvima i ličnošću, koji su klijentima pomogli da ga dožive kao "jednakog" u odnosu). Za neke LGB osobe, ovo je jedinstvena prilika da upoznaju heteroseksualnu osobu (ukoliko je terapeut heteroseksualan) koja na afirmativan i podržavajući način pristupa LGB identitetu i iskustvu.
- Holistička perspektiva terapeuta (posmatranje istopolne orijentacije kao samo jednog aspekta iskustva i identiteta klijenta, dok ga posmatra kao celovitu i kompleksnu osobu).

Ovde je zanimljivo naglasiti da ni jedno istraživanje ne ukazuje na to da doživljaj senzibilisanosti i afirmativnosti terapeuta ne uključuje njegovu seksualnu orijentaciju. Drugim rečima, uprkos tome što bi se mogla javiti ideja da će LGB klijentima biti udobniji rad sa terapeutom čija se seksualna orijentacija ista, podaci ovu tezu ne potkrepljuju. Osim

toga, upravo zbog IH, LGB klijenti će ponekad imati manje poverenja u terapeute koji su i sami LGB.

Kako su mnoga istraživanja pokazala da su niži nivou IH povezani sa pripadnošću i osećajem povezanosti sa LGB zajednicom i drugim LGB osobama, smisleno je pretpostaviti da bi ohrabrivanje klijenta da upozna druge LGB ljude ili se pridruži nekim grupama moglo biti osnažujuće. Jedan rad koji je koristio okvir teorije ličnih konstrukata daje zanimljiv uvid i smernice kada je ovo u pitanju.

Autori (Moradi et al., 2009) internalizovane anti-gej predrasude (odn. internalizovani heteroseksizam) opisuju kroz dva aspekta: separaciju ideniteta (separaciju, fragmentaciju i disocijaciju GL identiteta od selfa) i omalovažavanje identiteta (samonipodaštavanje, samomržnju i, posledično, očaj). Preuzimajući koncepte pretnje i krivice Dž. Kelija (osnivača psihologije ličnih konstrukata), povezuju ih sa ovim aspektima, nudeći različite strategije za rad u zavisnosti od toga koji aspekt IH preovladava kod klijenta.

U teoriji ličnih konstrukata, pretnja se definiše kao svest o neizbežnoj sveobuhvatnoj promeni u nečijoj sržnoj strukturi i autori je vide kao ključnu za aspekt separacije ideniteta. Naime, ideja o prihvatanju istopolne orijentacije koja je trenutno fragmentisana, vidi se kao pretnja za sistem u celini jer bi njenom integracijom došlo do sveobuhvatne promene čitavog sistema.

Smanjivanje pretnje se bazira na pretećim konstruktima i umanjivanju njihovog potencijala da promene individuu. Pretnja se stoga može redukovati tako što ćemo pomoći klijentu da vidi da nije neophodno da se trenutno fundamentalno promeni kako bi integrisao LGB identitet u svoj poželjan identitet, npr. traženjem primera i podvlačenjem sličnosti između LGB modela i klijentovog poželjnog viđenja sebe. Grupa terapija sa drugim LGB klijentima bi takođe mogla bude od pomoći kako bi osvestio diverzitet i velike individualne razlike među LGB osobama, te bio u prilici da redefiniše usko negativno konstruisanje LGB osoba. Međutim, kod klijenata sa izraženom pretnjom, priključivanje nekog LGB grupi samopomoći ili aktivističkoj grupi bi moglo biti preuranjeno, jer samo priključivanje grupi za njega može implicirati značajnu promenu i aktivirati otpor.

Uspešno smanjivanje pretnje može redukovati krivicu, a neuspešno je može pojačati.

Krivica je definisana kao opažanje očiglednog odstupanja od sopstvene sržne uloge, tj. zbog nečega što bi u skladu sa našom sržnom

ulogom (ne) bi trebalo, a mi smo ili nismo uradili. Dakle, odnosi se na percipiranje duboke inkongruentnosti sa onim što bi trebalo da budemo. U tom smislu, aspekt omalovažavanja identiteta dovodi se u vezu sa krivicom - pošto osoba percipira da bi trebalo da bude "heteroseksualna" i to joj je vezano za sržnu ulogu, a ona to nije, onda se kao posledica javlja krivica (samomržnja). Rad na smanjivanju krivice se bazira na smanjivanju negativnog odn. modifikovanju samokonstruisanja od neprihvatljivog ka prihvatljivom: podsećanje na opšte snage i kapacitete, na one specifično stečene zbog LG identiteta (kao što su uspeh i preživljavanje u heteroseksističkom okruženju, osetljivost za praćenje neverbalnih znakova itd.). U ovom slučaju, priključivanje nekoj mešovitoj terapijskog grupi, gde će biti validirani njegovi kvaliteti, ili priključivanje LGB aktivističkoj grupi gde će biti podstaknuto slavljenje umesto omalovažavanja LGB identiteta, može pomoći u smanjivanju negativnih samokonstrukcija.

Priključivanje aktivističkim grupama je, međutim, nešto što feministička terapija smatra važnim delom procesa samoprihvatanja. Istraživanja pokazuju da LGB osobe koje su povezane sa zajednicom imaju manje izraženu IH. LGB zajednica može biti važan izvor podrške kao u smislu emocionalne, tako i kao izvor modela za identifikaciju, savladavanje konstruktivnih strategija prevladavanja te afirmacije i osnaživanja LGB identiteta (Szymanski et al, 2008a). Preko LGB udruženja, osoba može steći pristup različitim izvorima (knjige, filmovi, predavanja, radionice itd.) koji nude različite modele za identifikaciju i priliku za pristup podacima koji mogu potpomoći kognitivnu restrukturaciju vezanu za IH (LGBT porodice, afirmativne prakse i istraživanja, upoznavanje za kritikom heteronormativnosti i drugačijim teorijskim modelima koji se odnose na različite rodno/seksualne identitete itd.)

Ova analiza, potkrepljena empirijskim podacima, još jednom potvrđuje da je IH kompleksna pojava za koju ne postoje jednostavni "recepti" i da bi sa davanjem konkretnih saveta (u smislu autovanja, priključivanja grupama itd.) trebalo pristupiti sa oprezom i uvažavanjem specifične pozicije konkretnog klijenta.

Kada je u pitanju terapijski rad sa LGBT osobama, veoma je važno imati u vidu da su nasilje i diskriminacija ozbiljne pretnje sa kojima se suočavaju, a često nisu vidljivi (jer osobe baš zbog IH i straha od autovanja koji bi doveo do dalje diskriminacije ove slučajeve retko prijavljuju). Zbog toga je potreban oprez u proceni "realističnosti/racionalnosti" procene moguće pretnje. Takođe, pojedina istraživanja ukazuju na to da su same LGB osobe sklone potcenjivanju u izveštajima o diskriminaciji i problemima

ma sa kojima su se suočavale zbog svoje seksualne orijentacije (Frost et al, 2013), te je moguće da je ona imala mnogo veći uticaj na njihov život, nego što su toga svesni.

Citirajući primere iz književnosti, Kroto (2008) navodi reči P. Mo-nea “ Od tog momenta, na kraju tog leta, niko nikada više neće moći da mi kaže da muškarci kao ja ne mogu da vole (...) Kada konačno prihvatite sebe, bol prestaje, i znate, nikada više neće tako boleti, bez obzira koliko toga izgubite ili kako strašno umrete”, te zaključuje da se svi napori psiho-terapeuta da razumeju i umanje uticaj IH na kraju svode na oslobađanje kapaciteta ljudi da vole.

III TEME

Psihoterapijski rad sa LGBT adolescentima

Vladimir Miletić, Milica Pejović Milovančević

Adolescencija je razvojni period koji se karakteriše preobražajima koji treba da dotadašnje dete preinače u odraslu osobu. Adolescencija je tranzitivni stadijum između detinjstva i odraslog doba; kao i svaki drugi prelazni period, karakterišu je sveobuhvatne fizičke promene (pubertet), psihološke (kognitivne, emocionalne i ponašajne) i prateće promene u dinamici socijalnih odnosa. Adolescencija se može podeliti na tri podfaze:

1. preadolescencija ili pubertet,
2. prava adolescencija ili adolescencija u užem smislu i
3. postadolescencija ili mlado odraslo doba

Prva podfaza se dešava u periodu od 10. do 14. godine i karakteriše se pre svega biološkim - telesnim promenama, druga podfaza se dešava u dobu od 15. do 19. godine i karakteriše se pre svega psihološkim promenama, a treća (između 20. i 24. godine) se karakteriše pre svega promenama u socijalnom ponašanju i na socijalnom polju. Naravno da su sve individualne varijacije moguće.

Dok je uobičajeno da pubertet počinje između 11. i 13. godine, adolescenciju nije sasvim jednostavno vremenski uokviriti, zbog kulturnoloških i individualnih razlika u početku, završetku i ukupnom trajanju ovog perioda. Najčešće se smatra da se ovaj period može locirati između 11. i 25. godine (Popović Deušić i Pejović Milovančević, 2012). U radu sa LGBT adolescentima, treba pre svega biti svestan fizičkih promena koje prate ovaj proces. Porasti 20-30-50cm, promeniti glas i stas, dobiti obline, menstruaciju, erekciju i ejakulaciju jeste nešto što izaziva ponos, divljenje i osećaj moći, ali istovremeno i neretko može biti uzrok teskobe, dileme i stida. Telo koje se tako naglo i silno menja u adolescenciji ima kapacitet da poremeti sve do tada stvoreno i stabilizovano, pa i doživljaj samog sebe, osećanje sopstvene sigurnosti i samopoštovanja kao i doživljaj sebe u okruženju i odnosima sa drugima.

Prihvatanje telesnih preobražaja i pridošle seksualnosti je dug i komplikovan proces. Telo se menja pod uticajem impulsa iz mozga i sledstvenog aktiviranja endokrinog sistema i to nema nikakve veze sa psihič-

kim aparatom ni sa njegovom spremnošću na promene. Psihički aparat ih jednostavno i u najboljem slučaju prati i njima se prilagođava, pokušava da ih osmisli i da im značenje, a kako ceo proces promena započinje i odvija se relativno brzo, nema suviše vremena za prilagođavanje. Telesne promene se mogu zbog toga privremeno doživeti kao strane, neželjene, nepoželjne i pritiskajuće.

Teškoće u prihvatanju novog tela mogu, ponekad, dobiti i kvalitet straha - od suočavanja i susreta sa njim. Telo je takođe nosilac i nagona koji izmiču kontroli i kojima adolescenti tek uče da vladaju i da ih kontrolišu. Nagone koji svojim kvalitetom i intenzitetom preplavljaju neki adolescenti pokušavaju da kanališu intelektualizacijom - beskrajno filozofiranje, čitanje, besomučno slušanje muzike, bavljenje politikom jeste sofisticirani odbrambeni manevar od nagona, pre svega seksualnog. Kroz asketizam, najčešće u formi vegetarijanstva, odanosti religiji i sektama, kojim adolescenti pokušavaju da potpuno uguše i ponište nagone s kojima ne mogu drugačije da izađu na kraj.

Nezadovoljstvo izgledom i eksperimentisanje sa telom, praktično je univerzalna (transkulturalna) karakteristika adolescencije. Varijacije u telesnoj težini, nezadovoljstvo izgledom, pojava sekundarnih polnih karakteristika, poređenje sopstvenog tela sa socijalno poželjnim standardima, nezaobilazne su teme u radu sa adolescentima. Poigravanje sa izgledom važan je način eksperimentisanja na putu formiranja novih socijalnih uloga: menjanje frizura, pirsinzi, tetovaže, menjanje stilova oblačenja, vežbanje u teretani ili „zapuštanje“ izgleda, predstavljaju načine testiranja određenih hipoteza o svom identitetu, istovremeno i načine komunikacije (Kelly, 1955; Watzlawick, 1975). Ovom vrstom neverbalne komunikacije, adolescenti okolini šalju veoma važne informacije o sebi i jedan od zadataka terapije jeste da se te informacije pretvore u reči i razumeju.

Razvoj seksualnog identiteta čvrsto je vezan, dakle, za fizički razvoj, za sliku o telu, ali i za relacione aspekte koji se ogledaju u promeni kvaliteta i kvantiteta socijalnih odnosa. Drugi važan deo adolescentnog procesa je odvajanje od roditelja ili njihovih zamena, na putu sticanja samostalnosti. Odvajanje od roditelja (ili drugih odraslih koji o njima brinu) počinje njihovom deidealizacijom. U adolescenciji dotadašnja deca moraju da se odvoje od roditelja, zapravo od idealizovanih predstava o njima, što je moguće samo ako ih prethodno obezvrede, otkrivajući da njihove mame i tate nisu baš tako sjajni i moćni, a i da izvan porodice postoje neki drugi sjajni ljudi.

Biti nezavisan od roditelja (odraslih) jeste naravno stalna i intenzivna želja svakog adolescenta, ali i ideja koja ispunjava strepnjom i strahom, jer nezavisnost podrazumeva i neoslanjanje na druge, nezaštićenost, a adolescenti još uvek nemaju dovoljno socijalnih resursa i znanja da bi izašli na kraj sa pretnjom i anksioznošću koju izaziva nezaštićenost, kao kolateralna šteta odvajanja od roditelja. Zbog toga, ponašanje adolescenata nije lako razumljivo za roditelje i okolinu. U jednom trenutku se ponašaju kao "mala" deca, da bi se u sledećem ponašali kao ratoborni i samostalni odrasli ljudi.

Odmeravanje sa roditeljima ili njihovim zamenama se prenosi i širi i izvan porodičnog kruga na sve one osobe koje oni konstruišu kao slične svojim roditeljima po nekim važnim osobinama, pa su adolescenti zbog toga ratoborni i prema drugim autoritetima - ostalim odraslim osobama iz okoline, profesorima, političkim liderima ili intelektualnim uzorima. Ova »kriza autoriteta« pomešana sa težnjom ka novim idealima i idolima jeste objašnjenje i za uvek prisutnu kreativnost i revolucionarnost adolescenata. Odvajanje od roditelja i izlazak izvan porodičnog kruga označava početak promena na polju socijalnog funkcionisanja adolescenata.

Sve ove promene odnosa prema sebi i drugima izazivaju krizu doživljaja i određenja sebe koja se naziva »krizom identiteta«. Prolazna nemogućnost prepoznavanja i određenja sebe, svojih želja i projekata jedno je od osnovnih obeležja svake adolescencije koje se iskazuje kroz teškoću u odgovoru na pitanje »Ko sam ja?«.

Budući da je adolescencija formativan period, veze između ovih različitih tema nisu jasne i često nisu ni stabilne, zbog čega je važno da psihoterapeuti radu sa adolescentima pristupe osobito pažljivo, da se svaka seansa u smislu poštovanja i poverenja tretira kao prva. Veliki izazov za terapeute predstavlja i neverbalni aspekt rada sa adolescentnim klijentima: na koji način će klijent razumeti terapeutove neverbalne poruke i na koji način će terapeut razumeti hipoteze koje svojim ponašanjem ili izgledom klijenti testiraju. Na koji način performativne aspekte klijentove komunikacije prevesti u reči, a da adolescenti to ne dožive kao kritiku ili obezvređivanje, već kao poziv na razgovor i elaboraciju? Kako je adolescent uvek u burnim i sveobuhvatnim previranjima, invalidacija jedne hipoteze koju klijent ima, može invalidirati, domino efektom, i mnoge druge hipoteze koje terapeut ne može da anticipira.

Neke teme od velike važnosti za rad sa ovom populacijom obrađene su u drugim poglavljima (razvoj LGBT identiteta, rad sa internalizovanom homofobijom, coming out, rad sa porodicama). U ovom poglavlju biće obrađene neke od čestih tema i nedoumica sa kojima se suočavaju terapeuti kada rade sa LGBT adolescentima: pitanje fluidnosti seksualne orijentacije, društvene izolacije, integracije u LGBT zajednicu, kao i pitanja koja se tiču somatskog zdravlja, a mogu imati važan uticaj na tok psihoterapije. Na kraju poglavlja biće date dodatne opšte preporuke za psihoterapijski rad.

Psihoterapija

Psihoterapija se može definisati kao tretman psihičkih poremećaja, problema i teškoća psihološkim metodama. Danas postoji veliki broj različitih psihoterapijskih pravaca koji se među sobom značajno razlikuju, ali i dele zajedničke elemente. Verovatno najvažniji od njih je odnos terapeut – klijent. Ljudi su društvena bića, rađaju se, razvijaju i žive okruženi drugim ljudima i u odnosu na njih i društvene norme u koje su utopljeni od najranijih dana, formiraju svoj identitet. Problemi življenja i psihopatologija se takođe u velikoj meri razvijaju i manifestuju u odnosima sa drugim ljudima. S obzirom na to da je psihoterapija vrsta tretmana psihološkim delovanjem, ona se uvek odvija u kontekstu odnosa terapeut – klijent i taj odnos se kroz istraživanja pokazuje kao ključni specifični faktor psihoterapije (odnos terapeut - klijent je značajniji od modaliteta psihoterapije, konkretnih tehnika, intervencija). Stoga je i u radu sa adolescentima, ovaj aspekt psihoterapijskog procesa najznačajniji i onaj na koji je potrebno obratiti najviše pažnje.

Ključni elementi savetovanja i psihoterapije

Bez obzira na veliki broj različitih pravaca psihoterapije postoje neki elementi koji su zajednički za veliku većinu:

- Terapijski savez (pozitivna emocionalna veza i doživljaj međusobne saradnje). Terapijski savez predstavlja osnovu za bilo koju vrstu psihoterapijskog rada.
- Biti prepoznat i prihvaćen «onakav kakav si» - kroz takvo iskustvo klijent i sam uči da prepoznaje i prihvata sebe.
- Empatija – ona je osnov psihoterapijskog rada i predstavlja jednu od ključnih kompetenci psihoterapeuta.

- Razvijanje uvida – velika većina psihoterapijskih pravaca direktno ili indirektno podstiče uvid u motive, emocije i ponašanja čovjeka. Često uvid nije dovoljan da se postigne značajna terapijska promena, ali je promena bez uvida malo verovatna i teško predvidljiva.
- Kreiranje odnosa kakav nije postojao u prošlosti (npr. poverenje, pouzdanost...). Klijenti u terapijski odnos unose ona znanja o međuljudskim odnosima koja su stekli najčešće u svojoj primarnoj porodici. Jedan od zadataka psihoterapijskoj rada jeste da se ti obrasci identifikuju i da se prepoznaju oni koji stvaraju probleme i kroz odnos sa terapeutom modifikuju ili zamene funkcionalnijim.
- Normalizacija klijentovih iskustava sa jedne strane ima za cilj da klijent prihvati sopstvene doživljaje, a sa druge da se ne oseća dodatno loše zbog tegoba koje ima («razumljivo je da se ljudi u takvim okolnostima, tako osećaju»).

Seksualni identitet, seksualna praksa i fluidnost seksualnosti

Adolescencija je period preispitivanja i formiranja seksualnog identiteta i terapeuti će se veoma često suočiti sa neskladom u konstruisanju sopstvenog seksualnog identiteta svojih klijenata i odabira seksualnih partnera. Burbridge i Walters (1981) u seriji intervju sa gej adolescentima identifikuju da je veoma često u adolescenciji prisutno „duplo knjigovodstvo“, da s jedne strane adolescenti sebe ne identifikuju kao LGBT osobe, ali stupaju u istopolne odnose.

Najveći broj njih još uvek nije dovoljno snažan, zreo i hrabar da se upusti u šire socijalne relacije pa nalazi, privremena međurešenja. Neki od njih ulaze u intenzivna druženja sa istopolnim vršnjacima što se u starijoj literaturi označavalo kao “homoseksualna faza adolescencije”. Seksualni odnosi sa osobama istog pola nisu retka pojava u ovom uzrastu. Ovakvi odnosi ne moraju imati nikakve veze sa seksualnom problematikom ili patologijom, niti je na osnovu njih uvek neophodno graditi seksualni identitet. Strasno druženje i beskrajno mnogo vremena provedenog zajedno sa vršnjakom ima za cilj da se nadoknadi izgubljena sigurnost nastala odvajanjem od roditelja i porodice. Slično je i sa prvim ljubavnim vezama koje mogu biti izuzetno snažne jer se mladi ljudi jako, gotovo stapaju jedni sa drugim. Zato prekid bilo vršnjačkih, bilo prvih značajnih ljubavnih odnosa izaziva pravu dramu kod adolescenata jer prekid ne predstavlja samo gubitak te značajne osobe nego i dela sebe koji je angažovan u tom odnosu.

Statistički podaci, međutim, pokazuju da se svega 5 – 10% osoba identifikuje kao homoseksualno, dok daleko veći broj navodi da je imalo odnose sa osoba istog pola (Savin-Williams, 1990). Sa druge strane, jedna trećina gej muškaraca ne stupa u seksualne odnose u adolescenciji, uprkos tome što se identifikuje kao gej (Ross-Reynolds, 1982). Sličan trend se opaža i u terapijskoj praksi: terapeuti će relativno često od svojih klijenata dobijati materijal koji upućuje na eksperimentisanje sa istopolnim odnosima, bilo seksualnim ili emotivnim. Veoma je važno da terapeut ne zaključuje o seksualnom identitetu svog klijenta na osnovu onoga što klijent govori o svom seksualnom ponašanju, jer ono što je za terapeuta naizgled jasno povezano, ne mora biti tako i za klijenta. Takođe, ukoliko klijent sebe eksplicitno ne definiše kao homoseksualnog ili biseksualnog, terapeut to ne bi trebalo da učini umesto njega. Definiisanje seksualne orijentacije predstavlja važan stepenik u konstruisanju sopstvenog identiteta i to je korak koji je potrebno da načini klijent, i on će to učiniti onda kada za to postane spreman. Posao terapeuta može da se definiše kao obezbeđivanje uslova za to da adolescent može da razmatra i preispituje ova pitanja, ali brzinom koja to njemu odgovara i na način koji njemu odgovara.

Osetljivost na rečnik kojim sebe opisuju adolescenti veoma je značajna, kako bi se izbeglo stvaranje osećaja krivice ili pretnje kod adolescenata koji još uvek nisu spremni da eksplicitno verbalizuju svoju seksualnost. Ovo se, međutim, ne odnosi isključivo na konstruisanje seksualnosti, već i na rečnik koji adolescenti koriste u međusobnoj komunikaciji i na one aspekte identiteta koji se odnose na pripadnost određenim supkulturnim grupama, a koje mogu biti veoma važne u životu klijenata. Nasuprot esencijalističkim shvatanjima seksualnosti, pola i roda, sve je više istraživanja koja sugerišu da je seksualnost kod nezanemarljivog broja osoba fluidna, odnosno, da se u toku života menja. Tradicionalno shvatanje seksualnosti bi osobama koje svoju seksualnost konstruišu na fluidan način dalo etiketu biseksualnih.

Biseksualnost, međutim, predstavlja specifičan način konstruisanja seksualnosti i osobe koje svoju seksualnost smatraju fluidnom, često ne usvajaju ovaj identitet, jer ne opisuju adekvatno njihove individualne putanje u razvoju seksualnosti. Osobe čija je seksualnost fluidna seksualnu privlačnost konstruišu i na drugim dimenzijama, a ne samo na osnovu polne pripadnosti, kao što tradicionalno shvatanje seksualnosti sugeriše (Diamond, 2003).

Sa druge strane, ono što adolescenti često doživljavaju kao fluidnu seksualnost, zapravo može da bude biti „zaobilazna strategija“ za prihvatanje homoseksualnosti, način da klijent konstruiše svoju seksualnost, a da minimizuje pretnju i krivicu koju povezuje sa usvajanjem gej identiteta. Istovremeno, kao „fluidnu“ svoju seksualnost može da opisuje i adolescent koji će kasnije usvojiti heteroseksualni identitet. Proces problematizovanja i prihvatanja svoje seksualnosti treba da se odvija onom brzinom kojom to klijentu odgovara. Terapeut u ovom periodu treba da igra pre svega suportivnu ulogu, stvarajući atmosferu poverenja i prihvatanja. Klijentu jasno treba staviti do znanja da je preispitivanje seksualnosti uobičajeno i normalno. Pored podrške i prihvatanja, terapeut može da primenjuje i druge terapijske tehnike poput reflektovanja ili klarifikacija: sve one intervencije koje ne podrazumevaju interpretiranje klijentovog ponašanja iz terapeutovog teorijskog okvira (Erić, 2011). Kada terapeut i daje interpretacije, treba da se odnose na one sadržaje koje su već osvešćeni i koji nisu preteći za klijenta. U idealnom slučaju, psihoterapijska soba trebalo bi da bude laboratorija za preispitivanje i eksperimentisanje sa različitim identitetima i vrstama odnosa.

U prihvatanju klijentove seksualnosti, terapeut treba da je lakoveran i da klijentove konstrukcije seksualnosti prihvata onako kako ih klijent nudi, bez nametanja značenja ili upotrebe etiketa koje klijentu ne odgovaraju. „Lakoveran pristup“ (Fransella, 2003) podrazumeva i posebnu jezičku obazrivost sa strane terapeuta – važno je koristiti jezik koji je klijentu blizak, kao i one reči za opisivanje klijentovog ponašanja koje su prihvatljive samom klijentu. Istovremeno, terapeut treba da bude strpljiv i da klijentu dozvoli onoliko vremena koliko mu je potrebno da bi mogao da prihvati rezultate sopstvenog eksperimentisanja. Ova smernica važna je u radu sa bilo kojom uzrasnom ili drugom kategorijom klijenata, ali kod adolescenata ima posebnu važnost. Jedna od uočljivih karakteristika adolescencije jeste i impulsivnost, zbog čega će adolescenti često ulaziti u neplanirane neprilike ili situacije za koje nisu u potpunosti spremni, ili će ulaziti u ponašajne eksperimente čije ishode ne mogu u potpunosti da anticipuju. Veoma često ove stvari neće biti diskutovane u terapijskoj sobi, pre nego što ih adolescent isproba. Zbog ovoga terapeuti moraju da budu spremni da brzo razumeju i pruže podršku klijentima koji se nađu u ovakvim situacijama.

Razlozi za ovakav lakoveran pristup su višestruki: prihvatanjem klijentovog sagledavanja sopstvene seksualnosti izbegavamo stvaranje otpora koji može da uspori napredak u terapiji, šaljemo klijentu poruku

da poštujemo i prihvatamo njegov pogled na svet i njegove izbore, što istovremeno predstavlja i podršku daljem eksperimentisanju i promeni. Nije zanemarljivo ni to što poštovanjem klijentovih odluka i vrednosti, pomažemo izgradnju odgovornog stava prema životu i učenje o prihvatanju i dobrih i loših strana svojih odluka. Francuski psihoanalitičar, Žak Lakan je rekao da je jedan od važnih ciljeva psihoterapije prihvatanje odgovornosti i za svoju podsvest, ne samo za svesno donete odluke (Ruti, 2010). Izgradnja ovakvog odnosa prema ličnoj odgovornosti i izborima zahteva strpljenje i vreme.

Izolacija

Posle konstruisanja i prihvatanja seksualnog identiteta, problem izolacije LGBT adolescenata je tema sa kojom se psihoterapeuti veoma često suočavaju. Iz didaktičkih razloga, korisno je fenomen izolacije posmatrati iz tri različite perspektive:

1. socijalna izolacija
2. emocionalna izolacija
3. kognitivna izolacija (Davies, 2011).

Socijalna izolacija javlja se veoma često u periodu preispitivanja i prihvatanja seksualnog identiteta (Davies, 2011), dok po drugim autorima potencijal za socijalnu izolaciju postoji od ranog detinjstva (Downs, 2012). U knjizi *Plišani bes*, Dauns daje razvojnu perspektivu prihvatanja LGBT identiteta i navodi da kod velikog broja LGBT osoba od najranijeg detinjstva postoji osećanje različitosti i straha od odbačenosti, iz kog se kasnije razvijaju stid, socijalna izolacija i drugi psihološki problemi čak i onda kada se radi o osobama koje naizgled prihvatanju svoju seksualnost; prema Daunsu, stid i osećaj različitosti, nepripadanja, s vremenom dobijaju „sopstveni život“, i bez obzira na način na koji osoba tokom života prihvati svoju seksualnost, ova osećanja mogu da se prošire i na druge oblasti života, zbog čega je rad sa stidom psihoterapijska tema koja ima značaj za rad i sa drugim uzrasnim grupama, naročito sa gej muškarcima i lezbejkama koji su odrastali u vremenu kada je homofobija bila još izraženija, a seksualni odnosi između osoba istog pola kriminalizovani u nekim delovima sveta (Downs, 2012).

Druženje LGBT adolescenata sa osobama istog pola može uzrokovati seksualnu privlačnost ili emotivno vezivanje, što u društvenom

konktestu dovesti do odbacivanja ili verbalnog i fizičkog nasilja. Na taj način, i druženje sa vršnjacima postaje izvor potencijalnog odbacivanja.

Druženje sa osobama suprotnog pola opet ima negativne posledice: može se doživeti kao „podsećanje“ na to da adolescent nije heteroseksualan, sa sličnim psihološkim i socijalnim posledicama koje su opisane i u prethodnom slučaju. Zbog toga što sebe vide kao drugačije od drugih, LGBT adolescenti se neretko i sami povlače iz društva, pre nego što dožive bilo kakva negativna iskustva (Davies, 2011).

Socijalizacija i prihvatanje u okviru LGBT zajednice nije jednostavan zadatak. Grupe za podršku LGBT adolescentima u Srbiji ne postoje, a retke su i u drugim evropskim zemljama.

LGBT adolescenti sebi teško dozvoljavaju da potraže društvo u okviru LGBT zajednice sputani homofobijom koja je u društvu prisutna. Adolescenti koji pokušavaju da pronađu svoje mesto i da konstituišu odnose sa drugim LGBT osobama, često se i u okviru zajednice suočavaju sa određenom dozom odbacivanja i otpora. Čest uzrok ovog odbacivanja predstavljaju homofobični stavovi koje klijenti usvajaju, a koji nisu tolerisani unutar LGBT zajednice. Onda kada terapeuti rade sa klijentima koji se spremaju za ovakvu vrstu eksperimenta, važno je da se prorade mogući ishodi: šta će za klijenta značiti prihvatanje u LGBT zajednici? Na koji način će konstruisati odbacivanje? Da li klijent ima druge društvene resurse koji mu mogu biti od pomoći? Značajno je u terapiji verbalizovati i prodiskutovati očekivanja koja klijent ima od upoznavanja drugih LGBT osoba, o načinu na koji razume pripadanje zajednici i kakvo mesto želi da zauzme u njoj.

Emotivna izolacija je fenomen koji se odnosi na povlačenje iz bliških, intimnih odnosa. Ovo je najčešće posledica straha od toga kako će značajne figure u životu prihvatiti klijentovu seksualnost, što sa sobom povlači pretnju i anksioznost zbog nemogućnosti da se predvidi na koji će način njihova seksualnost transformisati odnose. Istraživanja pokazuju da homofobična sredina promoviše emotivnu izolaciju, a da ona predstavlja faktor rizika za depresiju kasnije u životu. Nedostatak vršnjačke podrške, izloženost nasilju ili diskriminaciji u školskoj sredini i odbacivanje predstavljaju važne faktore rizika za suicid i samopovređivanje kod LGBT adolescenata. Statistike povezuju da su LGBT adolescenti izloženi petostruko većem riziku za pokušaj suicida nego njihovi heteroseksualni vršnjaci (Rivers, 1995).

Kognitivna izolacija se odnosi na nedostatak naučnih i afirmativnih informacija o homoseksualnosti. Homofobičan diskurs je često prisu-

tan u medijima, čak i u školskim udžbenicima. LGBT adolescenti, naročito oni u manjim sredinama, odrastaju usvajajući negativne stereotipe o sopstvenoj seksualnosti.

Pored terapijske uloge, u radu sa adolescentima, terapeuti neretko imaju i određenu pedagošku ulogu – da svojim mladim klijentima obezbede aktuelne, afirmativne informacije o homoseksualnosti. Ovo se posebno odnosi na one faze terapije kada je fokus na internalizovanim heteroseksističkim i homofobičnim stavovima. Pedagoška uloga se odnosi i na edukaciju o bezbednim seksualnim praksama, posebno u manjim i konzervativnim sredinama gde klijenti ove informacije ne mogu dobiti od roditelja ili u situacijama kada roditelji nisu svesni klijentove seksualne orijentacije.

HIV/ AIDS

U prethodnom poglavlju naglašeno je da psihoterapeut u radu sa adolescentima ponekad može da ima i pedagošku, edukativnu ulogu. Naročito psihijatri ili psihoterapeuti sa medicinskim obrazovanjem često se susreću sa pitanjima vezanim za somatsko zdravlje, te u ovom kontekstu nije nemoguće da se terapeut susretne i sa pitanjima o prenošenju virusa humane imunodeficijencije, posebno kada je reč o klijentima adolescentima.

HIV infekcija je, međutim, često značajna i kao simbol kada se govori o nekim drugim temama od važnosti za klijenta i psihoterapijski proces. Njena prisutnost potiče od toga što je HIV infekcija od početka epidemije u Evropi i Americi obeležena kao „gej bolest“. Ona je na ovaj način eksplicitno prisutna u radu sa starijim klijentima, ali se stigma u vezi sa HIV-om i dalje prenosi. Kod adolescenata strah od HIV-a može poprimiti iracionalan karakter i može biti uzrok tome da odgađa stupanje u intimne odnose, pa čak i poljupe ili bliski kontakt sa drugim LGBT osobama. U poglavlju u drugoj celini Priručnika pokazano je da stavovi prema HIV-u mogu biti odraz internalizovanih heteroseksističkih stavova. Klijenti povremeno HIV doživljavaju kao „kaznu“ za stupanje u seksualne odnose; ovaj problem naročito je zastupljen kod religioznih LGBT klijentata gde se homoseksualnost pozicionira na neprihvatljivi deo spektra ponašanja u odnosu na religiozne stavove. U SAD-u i nekim evropskim zemljama postoje grupe podrške za LGBT religiozne osobe, a postoje i posebne hrišćanske parohije koje prihvataju LGBT osobe i naročito adolescente, pokušavajući da izgrade tolerantnu i prihvatajuću religiju koja

poštuje i uvažava neheteroseksualne identitete. Kod nas za sada ovakvih pokušaja nema, zbog čega je pitanje seksualnog identiteta i konflikta sa drugim aspektima identiteta tema koja se teško može elaborirati van terapijske sobe. Nije retko da se inicijalni strah od HIV-a generalizuje na strah od bolesti ili kontakta sa drugim LGBT osobama, te u nekim slučajevima inicijalna pritužba sa kojom adolescenti dođu na terapiju može biti strah od bolesti ili različiti telesni simptomi.

Zbog višeznačnosti HIV-a kao metafore, kao i zbog zdravstvenog značaja ove teme, terapeuti ne treba da oklevaju da elaboriraju stavove klijenata, onda kada je oni unesu u terapiju. (videti poglavlje u drugom delu knjige). Veoma je važno da terapeut sa klijentom elaborira strahove vezane za HIV infekciju. Elaborisanje stavova o HIV-u može biti višestruko korisno za terapijski odnos, jer terapeut ima priliku da sazna važne hipoteze koje klijent ima o svom seksualnom identitetu

Istraživanja pokazuju da su LGBT adolescenti skloniji stupanju u nezaštićene seksualne odnose onda kada, suočeni sa homofobijom (društvenom i internalizovanom), nisu u mogućnosti da svoj seksualni identitet sagledaju kao jednu od normalnih varijacija ljudske seksualnosti. Nedostatak samopouzdanja, nedovoljna asertivnost, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i konzumacija alkohola faktori su koji značajno doprinose stupanju u nezaštićene seksualne odnose. Socijalna izolacija, neuklopljenost u LGBT zajednicu i loša porodična podrška, znatno povećavaju verovatnoću stupanja u rizične seksualne odnose. Kippax (1992) navodi da postoji korelacija između integriteta u LGBT zajednicu i vođenja računa o bezbednosti pri stupanju u seksualne odnose.

Premda tema somatskih bolesti i njihovog tretmana i prevencije obično ne spadaju u domen psihoterapijskog rada, ovaj savetodavni, edukativni deo ponekad je korisno integrisati u rad sa LGBT adolescentima zbog izolovanosti i slabe socijalne podrške. Neretko ovi klijenti nemaju ni sa kim drugim da diskutuju o ovim temama, budući da svoju seksualnost često još uvek nisu nikome saopštili, pa tako terapeut ostaje jedina osoba sa kojom je bezbedno pričali i o drugim, naizgled nepsihološkim aspektima seksualnosti. Radom na tome da osoba prihvati svoj seksualni identitet i nakon coming outa prijateljima, terapeut prestaje da bude resurs za ovakve teme.

Smernice za rad sa LGBT adolescentima

- Najvažniji aspekt rada sa LGBT adolescentima predstavlja pružanje podrške, poštovanja autonomije klijenta i podržavanje emancipacije od patologizujućih stavova o seksualnosti kojima su izloženi tokom odrastanja.
- Uloga psihoterapeuta je često „podvojena“. Pored terapijske, u nekim situacijama potrebno je igrati i pedagošku ulogu. Klijentima (i roditeljima, ponekad) je potrebno dati nedvosmislene, naučno potvrđene informacije o homoseksualnosti.
- Terapeuti bi trebalo da se postaraju da ova podvojenost uloga ne utiče negativno na tok terapije. Naročito u radu sa mlađim osobama, lako je iz uloge edukatora skliznuti u ono što će adolescent prepoznati kao ulogu roditelja.
- Psihoterapeut treba da omogući stvaranje atmosfere poverenja. Važno je naglasiti adolescentima da su sadržaji seansi poverljivi, a istovremeno terapeut mora da pronađe adekvatan način da intruzivnim roditeljima pošalje istu poruku.
- Važno je da terapeut bude svestan da problem nije klijentova homoseksualnost, već homofobija i da se ovo razjasni već na početku terapije (ili onda kada seksualnost postane važna tema).
- U radu sa krivicom i stidom, važno je pružiti podršku klijentu, ali istovremeno raditi na tome da se osveste homofobična uverenja koja se nalaze iza ovih osećanja. Terapeut treba da bude aktivan
- Na terapiji bi akcenat trebalo staviti na rad sa samopoštovanju, prihvatanju, ali i asertivnosti.
- Ukoliko terapijski rad obuhvata i rad sa roditeljima, važno je da terapeut sa njima podeli sa one informacije koje je prethodno precizirao sa klijentom.

Specifičnosti rada sa LGBT osobama u porodičnoj terapiji

Maša Karleuša Valkanou

Pitanja seksualne orijentacije i rodne uloge u nekom istorijskom trenutku postala su veoma važna tema koja do danas ne izlazi iz fokusa šire, kao ni stručne javnosti. Sa očekivane strane, seksualna privlačnost i njeno usmerenje, kao direktna manifestacija instinkta života, budi povišenu motivaciju čak i u intelektualnim sferama čovečanstva. Sa druge strane ova tema ostaje važna zbog miliona ljudi, od kojih većina, nažalost i još uvek, trpi razne oblike suptilnog ili otvorenog nasilja kao posledicu svoje seksualne orijentacije.

Orson Vels je rekao: „Rodili smo se sami i sami umiremo...“, i njegova misao je dostigla zavidnu popularnost. Ipak, izjava nije sasvim korektna jer su ljudi društvena bića, „sve nas je rodila mama“. Kao što je Orson Vels imao potrebu da poredne svoje potrebe za zavisnošću od drugih ljudskih bića, tako je i jasno da su zavisnost od drugih i potrebe za drugima nezaobilazni deo ljudske egzistencije. Beba ne bi preživela bez brige odraslog, a ni odrasli ne bi bolje prošli bez svojih bliskih. Porodični sistem je biološki, sociološki, psihološki koncept koji snažno oblikuje rođeno ljudsko biće i pravi od njega po svojoj meri odraslu jedinku koja živi, radi i voli. Porodična sredina ima najveći uticaj na razvoj jedne individue i zato stavovi same porodice prema seksualnosti njenih članova igraju ključnu ulogu po mentalno zdravlje pojedinca.

Seksualna orijentacija – objekat čijeg uzbuđenja?

Jedna od dve najveće životne sile je seksualna energija, instinkt, težnja. Priroda je mudro udesila da najintenzivnija i najprijetnija osećanja prate ponašanje koje je usmereno ka seksualnom ponašanju. S obzirom na to da su nagoni života i smrti ono što određuje celokupan psihički razvoj, jasno je zašto je važna tema seksualne orijentacije, prihvatanje sopstvene seksualnosti i osećaj prihvaćenosti od strane okoline ili značajnih drugih.

Zanimljiva su i pitanja kada su se javili prvi otpori i mržnja prema istopolnoj seksualnosti koji očitno nisu postojali u nekim ranijim erama ljudske civilizacije i odakle želja čoveka da svi ljudi imaju iste seksualne potrebe? Da li je to prosta potreba grupe za uniformnošću ili se ispod netolerancije kriju otcepljeni zabranjeni impulsi koji dele svet na dobar i zao, obezbeđujući sebi mesto u raju.

Stvari koje se nekad brkaju ili korišćenje termina

Rodna uloga, seksualna orijentacija i polna pripadnost su različiti termini. Pol je biološka binarna kategorija (osoba može biti ili muško ili žensko), dok rodna uloga podrazumeva sopstveni osećaj pripadnosti određenom polnom identitetu, te osoba može biti više ili manje maskulina ili feminina, bez obzira kom biološkom polu pripada (Lorber, 1994; Pryzgod & Chrisler, 2000; Steiner-Pappalardo & Gurung, 2002). Rodna uloga zavisi od kulture i socijalne zajednice u kojoj individua odrasta, kao što bi rekla Simon de Bovoar (1952/1973): "Žena se ne rađa, ona se postaje". Novije teorije seksualne orijentacije tvrde da su maskulinitet i femininitet odvojene, nezavisne dimenzije, što znači da osoba može u isto vreme biti i veoma maskulina i veoma feminina (takve osobe zovemo androgene), dok neka ličnost može „biti slaba“ na obe dimenzije (takve osobe zovemo nediferencirane) (Bem, 1974). Istraživanja pokazuju da psihički najzdravije individue pripadaju više androgenom tipu (kao da uzimaju najbolje od oba pola ili ne potiskuju ni jedan). Rodna uloga je specifična integracija ovih osobina koju svaka individua pravi za sebe, a ove osobine kao takve čine neku osobu manje ili više funkcionalnom (Baum, 1980; Bem 1974).

Ponašanje koje je različito ili suprotno socijalnim normama koje važe za određeni pol (polni nekonformizam) ume da izazove jaku socijalnu stigmiju i neprijatne posledice po određenu osobu i od najbližih prijatelja, kao i porodice (Bailey & Zucker, 1995; Sandfort, Melendez & Diaz, 2007). Kao posledica, individue koje pokazuju ponašanje drugačije od socijalno propisanog za njihov pol trpe posledice koje mogu ugroziti njihovo mentalno zdravlje (Zucker, 1994, Sandfort, Melendez & Diaz, 2007). Seksualna orijentacija, razvijena u ranim stadijumima života uključuje unutrašnje doživljaje, iskustva i osećaj sopstvenog identiteta i predstavlja tendenciju seksualnog reagovanja (fantazije, snovi, ponašanja) koja može biti homoseksualna, biseksualna ili heteroseksualna u odnosu na to da li je objekat seksualne reakcije istog ili suprotnog pola (Kaplan &

Sadocks, 2003). Tri komponente seksualne orijentacije kao što su želje, ponašanja i doživljaj sopstvenog identiteta mogu, ali i ne moraju biti kongruentne (Karleuša, 2007).

Koliko je ljudi koje privlače osobe istog pola?

Kinzi (Kutchins & Kirk, 1997) je prvi pokazao da seksualna orijentacija ne predstavlja kategoriju već kontinuum između dva njena različita pola. Kinzi (1948) je našao u svojim istraživanjima, za to doba, zapanjujuće procenete, tvrdeći da je 4% muške populacije uzrasta od 16 do 55 godina sredinom dvadesetog veka u SAD isključivo homoseksualno, 50% isključivo heteroseksualno, dok je 46% muškaraca „negde između“ (Kinsey, Wardell & Martin, 1948). Kasnije studije 1970. i 1988. godine su otkrile da je 20% muške populacije imalo seksualni kontakt sa osobom istog pola koji je rezultirao orgazmom. Danas se rasprostranjenost istopolne seksualne orijentacije procenjuje na 4% do 17% generalne populacije (Kutchins & Kirk, 1997). U tom smislu Fasinger (1991) upozorava da ako gej muškarci i lezbejke čine 10-15% svetske populacije, psihoterapeuti ne smeju sebi dozvoliti da budu nesvesni specifičnih potreba i faktora koji utiču na mentalno zdravlje ovako velikog broja ljudi. Ako na 700 miliona ljudi koji ne pripadaju „normativnoj“ seksualnoj orijentaciji dodamo i njihove roditelje, najbliže prijatelje i ljude kojima su značajni, dobija se zaista veliki broj ljudi za koje je ova tema od praktičnog i svakodnevnog životnog značaja.

Razvoj seksualnog identiteta

Stvaranje sopstvenog identiteta i prihvatanje sebe, kao i svoje specifične rodne uloge jedan je od zadataka adolescencije. U samoj adolescenciji mlad čovek se susreće sa važnim ciljevima kao što su odvajanje od primarne porodice i usvajanje zrelih obrazaca ponašanja, kao preduslove samoostvarenja na ličnom, radnom, socijalnom polju, kao i polju emotivnih i intimnih odnosa (Dacey & Kenny, 1997). Iako seksualni identitet osoba izgrađuje sasvim rano u svom detinjstvu (od 3 do 5 godine života), u adolescenciji seksualni razvoj se na izvestan način obnavlja i seksualne uloge se integrišu u koherentan identitet koji se iskazuje kroz ponašanja tipična za muški ili ženski pol, u zavisnosti od toga kako osoba doživljava samu sebe po ovoj dimenziji (Johnson, McNair, Vojick, Congdon, Monacelli & Lamont, 2006). Razlike među polovima su evidentne i

bez obzira što ne postoji tipičan muškarac ili tipična žena, socijalna očekivanja od toga kako treba da se ponaša jedna devojčica, devojka ili žena naspram dečaka ili muškarca imaju ogroman uticaj na osobu koja raste, razvija se i usvaja norme svoga društva. Krejmer (1978) čak razlikuje dva seksualna identiteta, nesvesni koji je formiran u ranim godinama i sekundaran koji je rezultat socijalizacije i svesnog usmeravanja ka određenim ulogama. Istraživanja su pokazala da prihvatanje polne uloge ima veliki uticaj na psihičko zdravlje (Johnson et al., 2006).

Istraživanja su pokazala da se seksualna preferencija prema osobama istog pola obično može pokazati već početkom pete godine života (Berzon, 1979, Slater, 1988; Borhek, 1983; Cass, 1984). Postoji povezanost netipičnog ponašanja u dečijem uzrastu sa istopolnom seksualnom aktivnošću u odraslom dobu. Meklintok i Herd (1996) tvrde da većina gej muškaraca ima jasno sećanje na zaljubljenost ili seksualnu privlačnost prema vršnjacima istog pola pre navršene 10 godine. Bel (1982) nalazi da se prve svesne istopolne fantazije javljaju u isto vreme kada i prve heteroseksualne fantazije, što je obično na uzrastu od 11.6 godina (Bell, Weinberg & Hammersmith, 1982). Ovakva osećanja obično dovode do preispitivanja sopstvenog heteroseksualnog identiteta kasnije u adolescenciji (Savin-Williams, 1998; Savin-Williams & Diamond, 2000).

Seksualni razvoj ima svoj uobičajeni tok koji je sličan za sve, bez obzira da li je u pitanju istopolna ili heteroseksualna privlačnost. Prolazak kroz pubertet, prijateljstva, konflikti u porodici, odvajanje od primarnih objekata, prve emotivne i intimne veze, pritisak od strane vršnjaka, nesigurnosti i briga za budućnost tipični su za sva ljudska bića u razvoju. Suočavanje i odrastanje sa „zabranjenim“ seksualnim impulsima remeti ovaj već dovoljno težak proces. Pripadanje „seksualnoj manjini“ povećava rizik od socijalnih, psiholoških i emotivnih problema (Cochran, 2001, Carver, Egan & Perry, 2004). Deca i adolescenti koji osećaju da nisu podržani od strane društva u svojim seksualnim osećanjima plaše se razotkrivanja i odbacivanja od prijatelja i porodice.

Mladi koji se suočavaju sa istopolnom privlačnošću mogu da se nadaju da su njihova osećanja samo faza, da se nadaju da će postati „kao većina“, strahujući da će ostati izolovani i usamljeni (Savin-Williams, 1995). Ovakva osećanja karakterišu i članove porodice. Majka i otac, kao i braća i sestre mogu osećati veliki strah prilikom suočavanja sa idejom da je član njihove porodice „drugačiji“ u odnosu na propisane norme društva. Mogu imati čitav niz predrasuda, kao posledica internalizovane homofobije. Mogu osećati da to „nije njihovo dete“ u koje su uložili svoja

očekivanja i nade, mogu biti ljuti, tužni, uplašeni, osećati krivicu, izneverenost, razočarenje, odbojnost, grižu savesti. U boljem slučaju, roditelji otvorenijih shvatanja mogu razumeti da je seksualna orijentacija stvar izbora i da nema razlike u osećanjima, emocijama i životnoj sreći među ljudima različitih seksualnih opredeljenja, ali da se brinu zbog sagledavanja socijalnih pritisaka na njihovo dete. Takođe, većina roditelja biće zabrinuta po pitanju produžetka porodične loze i straha da neće imati unučad.

Faze seksualnog razvoja

Zajedno sa prvim seksualnim uzbudjenjem i osećanjima počinje da se javlja psihičko uznemirenje i izolacija. Raniji pubertet može dovesti i do konfrontacije sa zabranjenim aspektima sebe sa kojima mlađe dete nije u stanju da se suoči, što može još više poremetiti razvojni proces u nedostatku podrške odraslog i šire socijalne podrške (Richards, 1993, Yarhouse, 2001).

Stadijumi razvoja obično podrazumevaju svest o želji za seksualnim odnosom sa osobom istog pola, osećaje krivice i stida, osećaj inferiornosti u odnosu na vršnjake i ulaganje truda u poricanje sopstvene želje i njenom modifikacijom (Yarhouse, 2001). Početni entuzijazam da će ova želja nestati i da će se pojaviti želja za suprotnim polom polako jenjava i osoba se suočava sa zadatkom prihvatanja sopstvene realnosti i borbe protiv svojih predrasuda, kao i predrasuda i pritiska okoline. Drugi istraživači su nalazili sličan razvojni put (Stein, 1999, Yarhouse, 2001). Jarhaus (2005) opisuje više stadijuma počevši od osećanja da su moja interesovanja drugačija od interesovanja vršnjaka istog pola i to na veoma ranom uzrastu kao što su različita zanimanja, aktivnosti, estetike itd. (Yarhouse, Brooke, Pisano & Tan, 2005). U pubertetu kada se seksualnost budi osoba postaje svesna privlačnosti koju oseća prema osobama istog pola, što dovodi do konfuzije i unutrašnje borbe, osećaja stida i krivice. U zavisnosti od kvaliteta okoline (njene fleksibilnosti, prihvatanja, otvorenosti, psihološke zrelosti) individua može ove konflikte prevazići lakše ili teže. Ako je okolina izrazito zatvorena prema ovoj mogućnosti, ako se istopolna seksualnost smatra „zlom, prljavom, bolesnom, nenormalnom ...“ osoba može jednostavno otcepiti doživljaj sopstvenih seksualnih impulsa i na taj način nastaviti kroz život potiskujući autentičan self što ima direktne posledice po njeno mentalno zdravlje i psihološku dobrobit. Sledeća faza je otvaranje i otvorena ekspresija sopstvene seksualnosti,

prosečno u uzrastu od 17.2, a zatim i isprobavanje i upuštanje u prve seksualne aktivnosti (neke osobe nikada ne dođu do ove faze). Finalna faza je potpuno prihvatanje sopstvenog seksualnog identiteta, ostvarivanje zrelih emotivnih i seksualnih veza i osećaj dobrobiti u sopstvenoj koži (Yarhouse et al, 2005).

Formiranje identiteta lezbejki, gej muškaraca i biseksualnih osoba (LGB) je kompleksan proces razvoja koji je otežan u odnosu na „mainstream“ populaciju, kao što uvek to biva kod manjinskih grupa. LGB individue nemaju značajne resurse na raspolaganju kao što su istaknuti modeli za formiranje ličnosti koje „upijamo“ kroz literaturu, filmove, muziku i slično (Rosario, Schrimshaw, Hunter, & Braun, 2006). Neki ljudi koji osećaju istopolnu seksualnu privlačnost nikada ne integrišu svoj seksualni identitet i ne osećaju se kao deo zajednice. Kompletno formiranje identiteta LGB osoba se obično postiže u 26 godini života, što je nešto kasnije u odnosu na formiranje heteroseksualnog identiteta (Yarhouse et al., 2005).

Psihoterapeuti u radu sa LGBT

Istopolna seksualna orijentacija nosi sa sobom specifične probleme kao što su strah od odbacivanja, osećaj izolovanosti, usamljenosti, bojazan od prezira prijatelja, porodice i socijalne sredine što je direktan rezultat socijalnih predrasuda i stereotipija naše sredine.

Garnets (1991) izveštava da je 99% psihoterapeuta imalo među klijentima bar jednog gej muškarca, ali istraživanja pokazuju da psihoterapeuti nemaju ništa manje predrasuda i homofobičnih stavova od ostatka stanovništva (Garnets, Hancock, Cochran, Goodchilds & Peplau, 1991), iako je homoseksualnost izbačena sa liste mentalnih poremećaja zvaničnog DSM priručnika još davne 1973 godine (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); Kutchins & Kirk, 1997; Morgan & Nerison, 1993). Još od sedamdesetih godina prošlog veka Američka psihološka asocijacija (APA) se aktivno bori sa predrasudama prema istopolnoj seksualnoj orijentaciji i za postavljanje standarda u radu sa specifičnostima koje ovi klijenti nose. Psihološki stres LGB osoba je značajno manji u sredinama koje su smanjile intenzitet i rigidnost predrasuda prema istopolnoj seksualnoj orijentaciji. Izolacija i odbacivanje od socijalne sredine direktno dovode do depresije i povećane suicidalnosti. Gipson (1988) nalazi da je 30% adolescentne suicidalnosti povezano sa istopolnom seksualnošću. Ne treba naglašavati da psihološke teškoće nisu po-

sledica same seksualne orijentacije, već su direktan produkt odbacivanja okoline ili straha od njenog odbacivanja, kao i internalizovanja njenih negativnih stavova. Takođe, ponašanje koje nije tipično za sopstveni pol se doživljava negativno od strane okoline (Sirin, McCreary, & Mahalik, 2004). Kao rezultat osoba internalizuje osećaj inferiornosti, krivice, stida i gradi negativnu sliku o sebi. Netipično ponašanje muškarca provocira intenzivniju negativnu reakciju okoline nego netipično ponašanje žene u odnosu na njenu polnu ulogu (Sirin et al, 2004). Ovako jaka socijalna stigma i odbacivanje od strane društva često dovode do toga da osoba odluči da vodi „dvostruki život“ (Day & Schoenrade, 1997).

Psihoterapeuti bi trebalo da su kroz sopstveni lični rad proradili temu seksualnosti i stavova prema različitim seksualnim opredeljenjima. Važno je da psihoterapeut u svakom momentu bude svestan svojih stavova po ovom pitanju. Ako su njegovi stavovi iole diskutabilni i bude emotivnu reakciju u smislu predrasuda ili nelagodnosti, jedina preporuka koja je u skladu sa etičkim kodeksom struke je prebacivanje klijenta terapeutu koji ima iskustva u radu sa LGBT osobama, i koji je otvorenih i fleksibilnih seksualnih stavova, koji može emotivno rezonirati sa klijentom.

Psihoterapeuti koji osećaju da su otvorenog uma i stavova po ovom pitanju, ali nemaju iskustva u radu sa LGBT klijentima i potrebne su im određene smernice treba da rade na edukaciji u odnosu na specifičnost ove tematike. Jedna od vežbi koje može pomoći su i razmišljanje o sledećim pitanjima: „Da sam ja gej muškarac ili lezbejka da li bih to rekla/rekao i kada svom psihoterapeutu?“, „Da sam ja gej muškarac ili lezbejka da li bih to krila/krio od svojih klijenata, kakve bi bile posledice moje otvorenosti u tom smislu?“, „Da sam ja gej muškarac ili lezbejka da li bih to rekla/rekao svojim kolegama... porodici (mami, tati, baki, deki) ... prijateljima... kako bi oni reagovali na to...da li bih to objavila/o na svojoj fejsbuk stranici itd.?“. Nakon odgovora na ova pitanja treba razumeti da ovako teške odluke LGBT osobe moraju donositi svaki dan u raznim rutinskim, kao i nestandardnim situacijama, pri tom imajući na umu sopstvenu bezbednost, poverenje, privatni i profesionalni život itd. Odvojite nekoliko minuta da osetite olakšanje koje oseća heteroseksualna osoba u našem društvu, koja prikazuje sebe bez razmišljanja, anksioznosti i tenzije oko pitanja sopstvenog identiteta. Konflikt koji se neminovno javlja ako niste pripadnik propisane društvene norme rađa konstantan psihički zamor. Iako možete sebe smatrati otvorenom i fleksibilnom osobom, iako imate prijatelje koji su gej, a koje prihvatate i volite, odvojite trenu-

tak da osetite privilegiju što ste deo većine heteroseksualnog, a zatim i patrijarhalnog društva.

Zamke psihoterapeuta početnika

O samoj homofobiji kod psihoterapeuta nećemo ni govoriti, jer se podrazumeva da će ovakav terapeut postupiti u skladu sa etičkim smernicama i da neće ni raditi sa LGBT klijentima. Sa druge strane psihoterapeuti koji su dovoljno senzibilni za rad sa LGBT osobama imaju dug put pred sobom kako bi bili što korisniji svojim klijentima. Neke od početnih zamki svakako su posledica prostih navika u načinu razmišljanja. Na primer terapeut može pitati klijenta koji dolazi prvi put da li ima dečka/devojku/ženu/muža. U akademskom smislu koristi se izraz partner koji je sasvim adekvatan, ali u samoj psihoterapijskoj situaciji može zvučati usiljeno. U tom slučaju bolje je jednostavno pitati: „Možete li mi nešto reći o tome šta se događa u vašem ljubavnom životu?“. Ova formulacija je pogodna jer ne nameće vrednosne okvire, izbegava definiciju pola partnera i oblika objektivne relacije (platoniska ljubav, povremeni seksualni susreti, stabilna veza, brak...).

Jedna od važnih grešaka početnika je brkanje seksualne orijentacije i rodni uloga. Seksualna orijentacija i rodne uloge nisu nužno povezane. Muška osoba koju privlače muškarci je u većini slučajeva ponosna na svoju polnu pripadnost. Transrodnim osobama treba se obraćati onako kako one sebe doživljavaju i kako one žele, bez obzira na biološku pripadnost polu.

Ciljevi terapijskog rada su svakako integracija seksualnog identiteta, razvijanje rezilijentnosti naspram marginalizacije, kao i negovanje ponosa i zadovoljstva naspram srama i krivice koji se skoro po pravilu pojavljuju kroz proces razvoja. Treba biti svestan socijalnog konteksta današnjice. Današnji socijalni kontekst kao što su škole, organizacije i mediji je nepovoljan za razvoj različitosti. Psihoterapija treba da bude iskustvo koje će pružiti potvrdu pozitivnog gej identiteta, poštovanje, osećaj sigurnosti, prihvaćenosti i razumevanja. Ipak, naglašavanje gej identiteta, uloge i pitanja može takođe biti štetno u terapiji.

U odnosu na to jedna od čestih grešaka koje psihoterapeuti čine u susretu sa LGBT klijentima je preterano naglašavanje pitanja seksualne orijentacije. Kao i sa svakim klijentom, zadatak terapeuta je da prati sadržaje koje iznosi sam klijent. Nije korisno podrazumevati da klijent ima problem sa obzirom na svoju različitost, jer možda takav problem posto-

ji samo u terapeutu, a ne i u klijentu. Svarc (2012) navodi primer žene koja je došla kod nje na terapiju i o svojim lezbejskim iskustvima pričala potpuno otvoreno i sa lagodnošću. Psihoterapeutkinja se naglas začudila kako je ova mlada žena postigla takvo samopouzdanje i integritet. Iako je terapeutkinja bila podržavajuća prema njenoj seksualnoj orijentaciji, mlada žena je otkazala naredni dolazak, izjavivši da terapeutkinja „ima predrasuda prema istopolnoj seksualnosti“. Potpuno je jasno da bez obzira što je LGBT populacija marginalizovana u današnjem društvu, neće svi njeni pripadnici osetiti pritisak marginalizacije niti imati bilo kakav konflikt u vezi sa svojom seksualnom orijentacijom. Pretpostavka da sve osobe prolaze kroz isti psihološki razvoj bi u ovom slučaju bila stereotipizacija i patroniziranje.

Terapeuti nekad žele da pokažu kako su otvorenih shvatanja, koliko su podržavajući i razumevajući, što klijenti pravilno doživljavaju kao samoljublje terapeuta, a ne briga za klijenta. Time indirektno upućuju poruku klijentu da je on inferioran jer pripada manjini, ali da ga veliko terapeutsko srce štiti od nedovoljno dobre okoline i društva. Uopšteno klijenta treba gledati kao jedinstvenu osobu, a ne kao pripadnika bilo koje grupe (pa ni LGBT populacije). Ekvivalent može biti da vam na stranoj konferenciji priđe Englez i kaže „razumem da je teško biti Srbin, ali ja vas volim i podržavam“. Ovo je vrsta dvostruke poruke koju svakako želimo izbeći u terapijskom odnosu.

Neke specifičnosti u radu

Važno pravilo psihoterapijskog rada je da ne postoji norma. Iz toga sledi da je sve relativno, što nikako ne znači da je sve prihvatljivo. Relativnost se odnosi na zahtev za razmišljanjem o jedinstvenosti svakog pojedinačnog klijenta, dok pravila psihoterapijskog rada svakako ostaju striktna za terapeuta. Terapeutski zadatak nije da odredi šta je kod klijenta problem, već da čuje šta je klijentu problem. Neka osoba može biti veoma nesrećna zato što ima seksualne aktivnosti samo tri puta nedeljno, a druga osoba može biti savršeno srećna što ima seksualne aktivnosti jednom mesečno. Pravilo je da ne treba upoređivati klijente ni sa prosekom, ni sa zamišljenom, niti sa idealnom normom. Istraživanja pokazuju da žene imaju ređu potrebu za seksom, što u praksi može da znači da seksualni život lezbejskog para može biti savršeno zdrav ako ga ne poredimo sa frekvencom seksa u heteroseksualnoj vezi. Isto važi za promiskuitet među muškarcima.

Veze i iskustva sa osobama istog pola, kao i socijalna mreža od velikog su značaja za formiranje gej identiteta. Mnogi prolaze kroz faze eksperimentisanja i istraživanja. Pojedine osobe shvataju svoju istopolnu seksualnost kao zadovoljavajuću i kreću se ka usvajanju takvog identiteta, ali druge osobe mogu odbacivati svoj gej identitet i boriti se na razne načine protiv njega. Na putu odbijanja identifikacije sebe kao gej individue, može se desiti da osoba naiđe na teškoće pri pokušaju razvijanja alternativnog načina života - tj. heteroseksualnosti. Postoje mnogi razlozi koji uzrokuju preispitivanje identiteta. Jedni od njih su lična sreća ili zadovoljstvo, vršnjačka podrška, reakcije porodice i njihova podrška, sopstveni religijski i vrednosni okvir. Oni koji dožive nezadovoljstvo prilikom pokušaja ostvarivanja svog identiteta vraćaju se opet u fazu krize identiteta. Bez obzira na razlike u modelima razvoja seksualnog identiteta, svi ističu prelazak od konfuzije, nesigurnosti, kroz istraživanje do integracije i prihvatanja.

Posebno pitanje je trenutka otkrivanja sopstvenog seksualnog identiteta drugima. Ovde terapeuti treba da budu veoma pažljivi, jer ne postoji jednoobrazan odgovor na pitanje da li, kada, kome i kako. Otkrivanje sopstvene seksualne orijentacije u homofobičnom društvu je mač sa dve oštrice. Istraživanja stigmatizacije i njenih efekata otkrilo je niz negativnih posledica po psihološko zdravlje pojedinca, pa se paradoksalno, skrivanje sopstvene seksualnosti može koristiti kao strategija prevladavanja, koja opet postaje izvor stresa sama po sebi (Miller i Major, 2000, Karleuša, 2005).

Smart i Vegner (2000) opisuju negativne efekte ovakve strategije i ističu breme koje pojedinac mora neprestano nositi sa sobom u stalnoj okupiranosti skrivanjem. Ovi istraživači su opisali kompleksan kognitivni proces, koji je delom svestan, delom nesvestan, koji je neophodan u cilju održavanja tajne u odnosu na druge i takvo unutrašnje iskustvo nazvali "privatnim paklom". Hetrik and Martin (1987) opisuju kako adolescenti uče da skrivaju svoju seksualnost i kako takva pozicija zahteva neprestano nadgledanje i kontrolisanje sopstvenog ponašanja u svim okolnostima, od oblačenja, načina govora, hoda, interesovanja, izražavanja itd. Osoba mora da ograniči sebe na određene prijatelje, određena interesovanja i sopstvena izražavanja kako ne bi bio "sumnjiv". Svaki ovakav akt obmane i zatvaranja prema drugima, nesvesnog ili svesnog kontrolisanja sopstvenog ponašanja, osnažuje uverenje o sopstvenoj različitosti, neadekvatnosti i inferiornosti. Skrivanje i strah od otkrivanja ne završavaju se sa adolescencijom. Studije pokazuju da se javlja neprestana borba iz-

među skrivanja sopstvenog identiteta i straha od diskriminacije sa jedne strane i potrebe za sopstvenim integritetom, sa druge strane, kod osoba koje koriste skrivanje kao strategiju izbegavanja diskriminacije na radnom mestu.

Studije pokazuju da su izražavanje emocija i deljenje bitnih aspekata sopstvenog selfa sa drugima, kroz otkrivanja, značajni faktori održavanja fizičkog i psihičkog zdravlja (Pennebaker, 1995). Potiskivanje, koje postoji kod skrivanja tajne, dovodi do negativnih posledica po mentalno zdravlje, dok izražavanje i otkrivanje traumatičnih doživljaja ili karakteristika, dovode do jačanja selfa, smanjivanja anksioznosti i pomaže u asimilovanju ovih karakteristika (Bucci, 1995; Stiles, 1995). U jednoj seriji istraživanja pokazano je da potiskivanje i inhibicija utiču na imunološke faktore i zdravlje u celini, da izražavanje emocija, kao što je pisanje o traumatičnom doživljaju, poboljšava imunitet i smanjuje simptome astme i artritisa (Petrie, Booth i Davison, 1995; Smyth, Stone, Hurewitz i Kaell, 1999). Takođe LGBT osobe koje kriju sopstveni identitet, sprečavaju sebe u povezivanju i mogućoj identifikaciji sa drugim osobama koje su iste orijentacije. Povezivanje sa drugima koji su slični sebi, ima veliki uticaj na samopouzdanje osobe (Crocker i Major, 1989; Jones, 1984; Postmes i Branscombe, 2002).

Diferencijalna dijagnostika je takođe od značaja za primenu odgovarajućeg tretmana. Psihoterapeuti bi trebalo da budu spremni da identifikuju probleme u vezi sa prihvatanjem sopstvenog identiteta kod njihovih klijenata i da diferencijalno dijagnostikuju ove probleme u odnosu na borderline poremećaj ličnosti koji može sa sobom nositi biseksualna ponašanja koja nisu izraz autentičnih potreba, zloupotrebu supstanci i druge vidove neprilagođenog ponašanja koji mogu biti posledica drugih psiholoških uzročnika. Indikatori psiholoških poremećaja i indikatori odozlog i otežanog uspostavljanja zdravog identiteta kod LGB individua mogu biti veoma slični i uključivati crte kao što su poricanje, strah, bes, krivicu, bespomoćnost, beznadežnost, nisko samopoštovanje i socijalnu izolaciju.

LGBT i porodična terapija

Problemi i fokus u porodičnoj terapiji LGBT osoba je u principu isti kao i za generalnu populaciju. Specifičnost je jedino u tome što kliničar treba da bude svestan određenih karakterističnih aspekata i situacija sa kojima se klijenti obično susreću. Sam jezik koji kliničar koristi treba

da bude neutralan u odnosu na seksualnu orijentaciju i da ne implicira da su svi klijenti heteroseksualni. Otvoreno priznavanje da ljudi mogu osećati različite vrste emotivne i seksualne privlačnosti je dobar početak u podsticanju iskrenog iznošenja širokog raspona osećanja i briga o seksualnosti kod klijenta.

Porodični psihoterapeut nikada ne treba da ponudi razotkrivanje klijentu za koga sumnja da je istopolne seksualne orijentacije. Iako je generalno pravilo da klijent, a ne terapeut određuje problematiku, tok i tempo psihoterapije, u ovom slučaju to je posebno bitno. Zadatak terapeuta je da koristi senzitivni jezik koji će olakšati otvaranje i prihvatanje. Prilikom rada sa LGBT populacijom, treba imati na umu mogućnost postojanja nasilja i fizičke agresije prema pripadnicima ove grupe. Oni mogu biti žrtve nasilja, što uključuje i posttraumatski stresni sindrom, depresiju, kao i raspon psiholoških problema i poremećaja. Internalizovana homofobija je veliki problem, kojeg klijent nekad nije svestan, pa ni terapeut. Osećanja neadekvatnosti, stida, srama, inferiornosti i ranjivosti mogu dovesti i do potiskivanja i odricanja istopolne privlačnosti. Prerani „coming out“ može nositi sa sobom trpljenje različite vrste, pogotovo mogućnost odbacivanja od vršnjaka i porodice. Rizik od samoubistva postoji kod svih osoba, bilo kojeg uzrasta koji se bore sa uspostavljanjem LGBT identiteta. Povišena stopa samoubistava upozorava na postojanje potrebe za razvoj programa koji će moći bolje štiti LGBT populaciju.

Istraživanje (Karleuša, 2005) je pokazalo da su gej i biseksualne individue koje su prošle kroz coming out proces, mentalno zdravije od onih koje kriju svoju seksualnu orijentaciju. Pokazalo se da su ispitanici koji su rekli roditeljima da su gej ili biseksualni su manje anksiozni, manje depresivni i manje agresivni od ispitanika koji se nisu poverili roditeljima. Ovim istraživanjem je utvrđeno i da je prvo otkrivanje sopstvene seksualnosti drugima bilo veoma pozitivno iskustvo (90.2%). Ispitanici navode da su bili pozitivno iznenađeni reakcijama osobe kojoj su se prvi put obratili, da su u tom trenutku osećali bliskost, olakšanje, podršku i ljubav. Iz rezultata se može videti da se ni jedan ispitanik nije pokajao, niti osećao da je pogrešio što se otvorio. Pokazalo se i da je ženski pol značajno tolerantniji prema muškoj homoseksualnosti i samim tim pogodniji za prvo otvaranje. Kao najpogodnija osobu za prvo otvaranje pokazala se bliska, heteroseksualna prijateljica.

U porodičnoj terapiji je važno da je terapeut svestan svojih bojazni, očekivanja, pretpostavki o reakcijama članova porodice na otvaranje jednog njenog člana. Istraživanje je pokazalo da nema značajne razlike

između majke i oca kao osobe kojoj se treba otvoriti. Ispitanici doživljavaju strah da bi ih roditelji odbacili kada bi znali njihovu istinu, ali taj strah je značajno manji kada su u pitanju majke (Karleuša, 2005). Međutim istraživanje je pokazalo da ispitanici greše i da otac jednako dobro prihvata detetovu homoseksualnost, kao i majka. Strah od odbacivanja od strane oca, pokazao se neosnovanim u većem postotku slučajeva. Sa klijentom sa kojim se radi individualno, a koji razmišlja o otvaranju treba istraživati razloge i različita osećanja vezana za multiscenarija koje klijent može imati u svojoj fantaziji. Razlozi se mogu sažeti u eksternu i internalizovanu homofobiju. Kao bitan faktor olakšavanja ili otežavanja coming out-a, izolovan je doživljaj distance u porodici (Karleuša, 2005). Kada su porodični odnosi distancirani ili ambivalentni, većina ispitanika se ne izjašnjava o svom seksualnom opredeljenju. U porodičnoj terapiji dakle svakako treba prioritet dati porodičnim odnosima, sistemskom pristupu, povećanju bliskosti članova porodice, a tek sekundarno ispitivati pitanja seksualne orijentacije (pod uslovom da klijenti ponude ovu tematiku).

U slučaju da je porodica došla sa članom porodice kojem jeodeljena uloga identifikovanog pacijenta usled saznanja o njegovoj seksualnoj orijentaciji, važno je izvršiti normalizaciju ove tematike, ali uz snažno pridruživanje svim članovima. Identifikovani klijent se mora svakako zaštititi od porodične osude i eventualnog psihičkog ili fizičkog nasilja, ali terapeut mora da drži sve članove porodice pridruženim, inače će izgubiti šansu za promenu. Treba reći da je ova tema bitna za eksploraciju, ali da moramo da pazimo da njeno razvijanje nije isuviše grubo i bolno za bilo kojeg člana porodice, mada se određeni osećaji bola ne mogu i ne trebaju izbegavati.

Porodici treba jasno reći da su istopolna seksualna privlačnost, kao i biseksualnost deo normalnog seksualnog identiteta ljudske vrste. Još uvek ne znamo zašto su neki ljudi biseksualni, homoseksualni ili heteroseksualni. Ali znamo sigurno da niko nije mogao da utiče na to da neko postane gej ili heteroseksualan, ni roditelji, ni društvo (Ryan, 2009). Ovim se smanjuje osećaj krivice koji roditelji mogu imati ili prebacivati jedno drugom. Takođe treba reći da se u okolini u kojoj nema odbacivanja, krivice i stida po ovom pitanju, mladi ljudi razvijaju u srećne i zadovoljne odrasle osobe, a da je njihovo ponašanje od izuzetne važnosti za razvoj mladog čoveka.

U radu sa porodicom treba razmotriti određena verovanja koja su uvražena u našem društvu, a nisu tačna. Jedno takvo ubeđenje je da čovek ne može da bude siguran da je gej dok ne postigne punu zrelost.

Ova tema je detaljno istražena u psihologiji i studije daju veoma koherentne rezultate da se seksualna orijentacija formira u ranim godinama (od 2 do 5 godine života), kao i da se prva svest o istopolnim željama javlja prosečno na uzrastu od 11 godina. Eksperimentisanje sa seksualnim željama je normalno i često u adolescenciji, ali kao što većina osoba vrlo jasno oseća privlačnost prema suprotnom polu, to isto važi i za istopolnu privlačnost. Može se reći da seksualna orijentacija nije uklesana reč u kamenu. Kod mnogih ljudi seksualne želje fluktuiraju, ali porodici treba reći da stvari prihvataju onakve kakve jesu u datom momentu i da svakako ne očekuju da će istopolne želje nestati, kao što ni njihove heteroseksualne želje nisu nestale. Treba naglasiti da mlad čovek pod pritiskom okoline može da izgradi heteroseksualni život protivno svojim željama, ali zadatak roditelja nije da imaju srećne komšije, već srećno dete.

Sa porodicom treba raditi i na granicama. Porodice kod kojih su članovi umreženi i čije granice su suviše konfuzne ne razumeju da svaki član porodice ima prava na svoju intimu i da je to stvar koja se ne tiče ostalih njenih članova (izuzev podsistema supružnika koji tu intimu dele). Naravno, ova pitanja treba uvesti u terapiju tek kad je terapeut siguran da je uspostavljena dobra relacija sa članovima porodice, kako se rad na granicama ne bi doživeo kao kritika ili rušenje granica od strane terapeuta.

U studiji u okviru projekta „Family Acceptance Project“ (Ryan, 2009) identifikovana su ponašanja porodice koja pomažu i ponašanja koja povređuju LGBT decu. Jako je važno da roditelji shvate da je sreća njihove dece velikim delom u njihovim rukama i da su strategije prevladavanja vezane za prihvatanje seksualne orijentacije njihovog deteta, a ne detetovo odustajanje od njegovog seksualnog identiteta.

Porodice ponekad misle kako pomažu svojoj deci tako što „će im izbiti te bube iz glave“ i pomoći im da se uklope u boje njihovih vršnjaka. Roditelji često blokiraju određene izvore saznanja kao što su Internet, filmovi i knjige sa gej tematikom, zabranjuju druženje sa gej prijateljima i slično. Roditelji misle da time čine dobro svom detetu i rade to iz brige, ali zapravo greše i pogoršavaju već težak razvojni proces. Kao posledica takvog roditeljskog ponašanja, gej deca osećaju krivicu, stid, odbačenost, izolovanost, usamljenost, nerazumevanje i razvijaju simptome anksioznosti i depresije, a u slučajevima rigidnijeg odbacivanja veoma često se razvijaju suicidalne želje. Rizik od suicida kod LGBT omladine značajno je veći nego kod heteroseksualnih adolescenata i LGBT adolescenata čiji roditelji prihvataju njihovu seksualnost. Porodični konflikti se mogu zao-

štriti do odlaska deteta iz kuće, što otvara čitav niz daljih rizika.

Navešću primer jedne porodice koja se javila na terapiju, nažalost prekasno. Identifikovani pacijent, mladić D.C. od svojih 28 godina, imao je niz ozbiljnih simptoma i patio je od teške depresije. Za njegovu seksualnu orijentaciju članovi porodice nisu znali, ali su verovatno naslućivali. Ideja o tome da njihov sin ne izgleda, ne ponaša se i nema tipična interesovanja kao i tipičan pripadnik veoma patrijarhalne sredine čiji je ova porodica bila deo, bila je toliko neprihvatljiva, da su ponižavajući komentari, vređanja i omalovažavanja bili svakodnevnica dečakovog odrastanja. Kada bi D.C. recimo kao dečak uzeo da crta, što je veoma voleo i bio veoma talentovan, otac bi mu gužvao crteže, nazivao ga ženskim petkom, nakaradnim, sramotom za porodicu itd. Na crtežima su najčešće bile ženske kreacije i otac nije mogao da podnese takvu sadržinu. Očeve reči „prljav, nakaradan, sramota za porodicu“ duboko su se urezale u biće ovog dečaka, da se kroz odrastanje užasavao svake prljavštine, pogotovo izlučevina tela, od čega je razvio niz opsesivnih i psihosomatskih simptoma. Do svoje 28. godine, njegov život je bio sveden na borbu protiv bacila i ostalih opasnih prljavština. Svoje talente nikad nije razvio i bio je zakočen i u emotivnoj i u intelektualnoj sferi. Odnos bliskosti nije imao ni sa kim, jer je bio siguran da njega, „tako odvratnog“, niko ne sme ni upoznati, ni voleti. Njegov život je svakim danom, mesecima i godinama postajao sve gori, dok jednog dana nije uspeo i da ga okonča, nakon trećeg pokušaja samoubistva. Prva dva pokušaja samoubistva porodica nije ozbiljno shvatila i odbijala je da ga hospitalizuje. Koliko vidimo, u ovoj porodici homofobija je bila toliko usađena i duboka, da se ni njene naznake nisu mogle tolerisati. Ovaj mladić nije ni došao do seksualnog afirmisanja svojih želja, niti do situacije da njegova seksualna orijentacija dođe do svesnog razmatranja. Sigurno da se u ovom slučaju ne radi samo o predrasudama, nego i o dubokoj poremećenosti porodičnih odnosa, ali ovaj slučaj ilustruje koliko odbacivanje od strane roditelja dovodi do odbacivanja sopstva ili samog sebe, što rezultira agresijom prema sebi i željom za samouništenjem.

Studija koja je poredila LGBT adolescente čija je porodica bila podržavajuća u odnosu na one čija je porodica bila odbacujuća pokazala je da su mladi koji su odbacivani imali pokušaje suicida 8 puta više, bolovali od teške depresije i bili skloni rizičnom ponašanju u značajno većoj meri nego mladi grupe koja se osećala prihvaćenom.

Ponašanja koja treba izbegavati su svakako udaranje i fizičko nasilje, vređanje i nazivanje različitim imenima, izuzimanje sa porodičnih

skupova i aktivnosti, blokiranje veza sa LGBT informacijama i zajednicom, zabranjivanje druženja i izlazaka na mesta gde postoje i druge LGBT osobe, stajanje na stranu onih koji su diskriminirali dete zbog njegovog seksualnog identiteta, pritiskanje deteta da bude više ženstveno ili da se ponaša kao muškarac, iznositi pogrešna verovanja koja se odnose na to da je istopolna seksualnost bolest, nenormalna, neprirodna, da je Bog kažnjava itd., pokazivanje da se stidite izgleda ili ponašanja deteta, terapije deteta da krije svoj seksualni identitet (Ryan, 2009).

Terapeutov zadatak je da nauči porodicu da podrži svoje dete. Ponašanja koja treba razvijati u porodici su iskazivanje ljubavi svojoj deci i prihvatanje deteta zajedno sa njegovim seksualnim identitetom. Zadatak porodice je da budu podrška detetu i da ga brane kada primete da ih neko tretira sa manje poštovanja, da nađu izvore i grupe podrške i za sebe i za dete kako bi se osećali prihvaćenim i uklapljenim, a ne marginalizovanim. Roditelji treba da pričaju sa svojim detetom o njihovom seksualnom identitetu, da hrabre dete kada okleva u odnosu na okolinu, da zahtevaju od članova šire porodice poštovanje i razumevanje za svoje dete, da prihvataju LGBT prijatelje, a pogotovo partnere i osobe koje su važne njihovoj deci (Ryan, 2009). Roditelji treba da podrže svoje dete kako god ono želelo da izgleda i najvažnije da veruju da je njihovo dete srećno i da će imati blistavu budućnost.

Sa homofobičnim članovima porodice može se ispitivati poreklo njihovih stavova (u smislu njihove primarne porodice, sopstvenih razvojnih teškoća ili potisnutih seksualnih želja). Terapeut treba da zna da nema lakog prolaska kroz ovakvu konstelaciju u terapiji i da svih sat i petnaest minuta hoda po žici. Svaka reč je važna i svaka reč mora biti tri puta merena.

Porodica ima veoma snažan uticaj na fizičko i mentalno zdravlje LGBT dece (Ryan, 2009). Ono što daje nadu je da je pokazano da porodica može smanjiti svoje odbacivanje i druge negativne reakcije kada razumeju kako njihovo ponašanje utiče na psihičko zdravlje njihovog člana. U svom istraživanju Jonathan Mohr i Ruth Fassinger povezali su faktore samoprihvatanja i otvaranja ka drugima sa teorijom vezivanja (Bowlby, 1988). Mohr i Fassinger su ispitali uticaj vezanosti za roditelje i generalnog vezivanja sa dve dimenzije koje su bitne za coming out proces, a to su samoprihvatanje LGB orijentacije i otvorenost u iskazivanju svoje orijentacije u svakodnevnom životu (Fassinger i Miller, 1996). Povezanost sa drugim ljudima povećava šanse za opstanak individue, pogotovo u prvim godinama života. Sistem vezivanja koje je beba formirala u prvim mese-

cima života nastavlja da se primenjuje “od kolenke pa do groba” (Bowlby, 1988). Model vezivanja uspostavljen u ranom detinjstvu sa primarnim afektivnim objektima, rezistentan je na promenu i zadržava se u odrasloj dobi. Coming out proces je po svojoj prirodi preteći, jer otkrivanje seksualne orijentacije može imati za posledicu odbacivanje, zabrane, negativne reakcije, čak i opasnost od fizičke agresije od strane značajnih drugih, prijatelja, porodice itd (Karleuša, 2005). Izbegavanje vezivanja i anksioznost doprinose teškoćama u samoprihvatanju, a izbegavanje je takođe povezano sa niskim nivoom samoizražavanja u svakodnevnom životu. Veza sa roditeljima ima direktan uticaj na osećaj identiteta i otvorenosti.

Nakon što članovi porodice postanu svesni negativnog uticaja odbijajućeg ponašanja i kada su spremni da prihvate nove obrasce, treba zajedno sa njima identifikovati ponašanja koja su podržavajuća za njihove članove i koja pospešuju dobrobit LGBT deteta. U stupnju terapije, kada se čini da porodica nije u fazi poricanja i ljutnje i kada prilazi fazi prihvatanja, treba pomoći proces nove adaptacije pružanjem određene literature, kao i aktivnih grupa kojima se mogu priključiti, kako bi se pitanja sa kojima se susreću normalizovala. Savetovanje i podrška se mogu individualno pružiti pojedinim članovima porodice kojima je to najviše potrebno.

Istraživanje koje se bavilo samim procesom otkrivanja sopstvene seksualne orijentacije drugima je pokazalo da razlozi koji sprečavaju osobu da bude iskrena prema drugima u najvećem broju odražavaju strah od toga da će biti odbačeni i da će izgubiti bliske osobe i osobe koje vole. Jedan ispitanik odgovorio je “Ne bih voleo da drugi saznaju da sam gej zbog straha od napuštanja. U stvari, veći me je strah da će neko povrediti meni bliske ljude - sa nekima sam bio toliko blizak da sam spavao sa njima u istom krevetu i tuširao se zajedno, a to svi znaju. Ne bih njima da pravim problem”. Ovaj odgovor odaje osećaj inferiornosti i homofobije koja se prihvata bez otpora i ljutnje. Drugi se čuvaju od sopstvene težine, bez svesti da su tu težinu drugi i stvorili.

Umesto zaključka

Da li porodica prihvata ili odbija svog člana određuje u velikoj meri mentalno zdravlje adolescenta. Izuzeci postoje i u najgorim uslovima postoje rezilijentna deca koja se razvijaju u mentalno jake i zdrave ličnosti. Kod većine adolescenata podrška primarne porodice igra veliku

ulogu u formiranju osećaja samovrednovanja, sigurnosti u sebe, poremećaja raspoloženja, postizanju opšte zrelosti i razvoja ličnosti, te rizičnog ponašanja i korišćenja psihoaktivnih supstanci. Kada osete brigu i podršku porodice, deca uče i sama da brinu o sebi i da se podržavaju. Ružne reči i kvalifikacije koje roditelji mogu uputiti svojoj deci istopolne seksualne orijentacije ostaju kao eho u njihovim mislima i onemogućavaju ih da rastu, vole i prihvataju sebe.

Cilj terapije kod onih klijenata koji imaju problem sa prihvatanjem svoje istopolne seksualne orijentacije je fuzija seksualnog i emotivnog života u svrsishodnu celinu, prihvatanje svog seksualnog identiteta i specifičnosti načina života koji on sa sobom nosi, osećanje zadovoljstva sobom, tj kada osoba više ne vidi razlog da se menja i veruje da ne postoji ništa što bi mogla dobiti time da je izabrala heteroseksualnost.

U razvijenim zemljama postoje pri školama klubovi u kojima mladi mogu da nađu LGBT vršnjake, podršku, informacije i usmeravanje koje im je neophodno pri suočavanju sa sopstvenom unutrašnjom borbom i strahom od šire okoline. Postoje savetovanja za roditelje i učitelje o tome kako da pruže podršku LGBT adolescentima. U zemlji Srbiji, danas, 2015 godine, ovakve službe nisu ni u nacrtu. Članove porodice treba uputiti na određene organizacije i projekte koji pomažu LGBT osobe u Srbiji.

Pisati priručnik o tome kako živeti, komunicirati i raditi sa LGBT osobama zvuči potpuno besmisleno ako se izmestimo iz društva u kome živimo. Možemo zamisliti državu u kojoj je neprihvatljivo imati pege na nosu, dar za pevanje ili afinitet prema kolačima. Možemo zamisliti zemlju gde ljudi koji imaju pege na nosu svaki dan nose puder, oni koji žele da pevaju tiho za sebe pevuje, a oni što ne smeju da jedu kolače se nalaze po tajnim skrovištima gde prave reform tortu, peku baklave, pitu sa makom, da ih niko ne vidi, prkosni u svojoj odbačenosti. I mogu da zamislim da pišem priručnik kako ljude sa pegama treba negovati u terapiji, pustiti ih da pevaju i pohvaliti ih za tortu koju su sami napravili. Čovek može stvarno svašta da zamisli, i u svakakvom društvu da živi.

Rad sa transseksualnim klijentima – specifičnosti tranzicije i izazovi nakon nje

Dušica Marković Žigić, Jelena Zulević, Katarina Maksimović

Transseksualnost predstavlja pojam koji se odnosi na rodni identitet (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010) i nezavisna je od seksualne orijentacije. Iako su kroz istoriju transseksualne, odnosno, transrodne osobe bile naprosto smatrane homoseksualcima, one mogu biti bilo koje seksualne orijentacije, jer se rodni identitet i seksualna orijentacija danas smatraju nezavisnim i relativno stabilnim kategorijama (Bockting, 2008). Uprkos tome, istorijski postoji povezanost ove dve grupe u LGBT pokretu za ljudska prava, pa ova skraćunica obuhvata i njih, iako se radi o drugom aspektu identiteta.

Istorijat

Prvi koji je napravio razliku između transseksualnosti i homoseksualnosti, insistirajući da se radi o dva različita fenomena, bio je Magnus Hiršfeld – osnivač Instituta za nauku o seksualnosti u Berlinu. Pored svog interesovanja i zalaganja za prava istopolno orijentisanih osoba, on je prvi koji je napisao knjigu o tretiranju transseksualnosti 1910. godine (Drescher, 2010). Njegova saradnica Dora Rihter je prošla kroz prvu dokumentovanu genitalnu operaciju promene pola u istoriji (1931)². Uskoro se okružio timom stručnih saradnika kao što su Eugen Štajnah (austrijski endokrinolog koji je prvi identifikovao morfološke efekte tzv. polnih hormona-testosterona i estrogena 1910. godine) i Harijem Bendžaminom, koji će kasnije postati jedan od vodećih medicinskih autoriteta za transseksualnost 50-tih godina. H.

Bendžamin je počeo da promoviše reč transseksualnost za osobe koje su želele medicinski da modifikuju svoje telo u telo «suprotnog» pola. Zanimljivo je da su, u početku, takve operacije bile zabranjene (smatrane su neopravdanim povređivanjem zdravog tkiva) i stoga su obavljane u tajnosti (Stryker, 2008). Najpoznatiji slučaj «prave», savremene, medicinske promene pola izveden je 1952. kada Džordž Jorgensen, mladi

¹ U medicinskoj literaturi koristi se reč “transseksualnost” (sa dva s), dok LGBT pokret koristi i “transeksualnost”, čim se u drugom slučaju nastoji da se tema izvede iz medicinskog diskursa i na plan ljudskih prava (prim. ur.).

² Zapravo, radilo se samo o kastraciji, mada ne i rekonstrukciji ženskih genitalnih organa, iako je ovo predstavljeno kao operacija promene pola.

Arhiva Politike sadrži članak iz 1937. godine koji pokazuje da je dr V. Božović u Beogradu izveo prvu operaciju promene pola kod nas. Iako nedostaju egzaktni podaci, najverovatnije se radilo o interseksualnoj osobi (sa izraženim karakteristikama oba pola na rođenju).



medicinski tehničar i fotograf sa odsluženim vojnim rokom, otišao u Dansku kao muškarac, da bi se nakon operacije vratio kao trans-žena Kristin Jorgensen (Drescher, 2010). Operaciju je sproveo tim danskih hirurga pod vođstvom Kristijana Hamburgera. Medijska podrška koju je slušaj dobio naredne godine, doprinela je da se problem transseksualnosti po prvi put predstavi međunarodnoj javnosti. Sama Kristina, koja je tada postala javna ličnost, nije se više zvanično bavila svojim poslom već je počela da nastupa po raznim evropskim scenama, zarađujući i od honorara za svoju autobiografsku priču. Umrla je u 62. godini od kancera bešike sa metastazama na plućima. Mnoge, naročito Muž transseksualne osobe, su tih prvih godina uvođenja medicinske prakse promene pola postajale foto-modeli i zabavljačice po raznim klubovima i mjuzik holovima, najverovatnije zato što ih je tadašnji diskriminativan odnos onemogućio da rade druge specijalizovane profesije.

Termin transseksualnost se pojavio u stručnoj upotrebi 50-tih godina prošlog veka kako bi se opisale osobe koje su nastojale ili zaista živele u ulozi suprotnog pola od onog sa kojim su rođene. U to vreme su već vršene prve operacije, ali nisu postojali jasni medicinski standardi (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2010), da bi tek 1979. godine Međunarodno udruženje «Hari Bendžamin» koje je okupilo stručnjake koji su ovim problemom bavili (danas preimenovano u WPATH - World Professional Association for Transgender Health), izdalo prve standrade tretmana za ovaj problem. Ovo je verovatno bilo presudno za uključivanje ove dijagnoze u novi DSM-III, 1980. Kasnije, transseksualnost je zamenjena novom kategorijom «poremećaj rodnog identiteta» (Gender Identity Disorder ili skraćeno GID) u DSM-u IV, 1994. godine, a danas je u upotrebi termin «sindrom rodne disorije» (DSM V).

Pol i rod. Da bi se razumeo koncept rodne disorije, neophodno je podsetiti se na razliku između biološkog pola i roda kao socijalne

uloge, koju je uveo američki psiholog i seksolog, Džon Mani³, 1955. Ova distinkcija, međutim, nije bila šire prihvaćena sve do pojave feminističke teorije 70-tih, kada su je feminističke teoretičarke prihvatile kako bi naglasile da je rod zapravo društvena konstrukcija pola (a ne njemu biološki inherentna). Naznake ideja o socijalnoj konstrukciji polnih uloga mogu se, međutim, naći već u radovima Margaret Mid.

U medicini, pol se odnosi na biološke karakteristike: genetski materijal (XX ili XY hromozome), sekundarne polne karakteristike, anatomske i endokrinološko-fiziološke aspekte na osnovu kojih se osoba određuje kao muško ili žensko.

Rod⁴ se, pak, višedimenzionalno iskazuje kroz nekoliko obeležja:

- Jezgro rodnog identiteta (naziv uvodi američki psihoanalitičar Robert Stoler 1965.) Odnosi se na neprekidni subjektivni doživljaj sklada, od početka do kraja života, sa sopstvenim polnim odlikama. Kod dece se može prepoznati u vreme formiranja maternjeg jezika, već sa 1,5. a najkasnije do 3-4. godine života.
- Rodna uloga podrazumeva ponašanje, stavove, crte ličnosti koje društvo oblikuje u određenoj kulturi i istorijskom periodu (oblačenje, maniri, aktivnosti, izbor profesije) što u javnosti određuje status osobe kao muške ili ženske. Manifestno ponašanje ima težnju da se uklopi u kulturološke stereotipe. Ukoliko jezgro rodnog identiteta nije u skladu sa kulturološkim stereotipima, onda će ih mimoći i rodna uloga. Tako se mogu stvoriti nesporazumi u interpersonalnoj komunikaciji, a sredina je sklona odbacivanju takvih pojedinaca jer je navikla da kulturološke stereotipe ponašanja vrednuje prema polu a ne prema nečijem jezgru rodnog identiteta.
- Seksualno – emotivna orijentacija predstavlja usmerenost erotske želje i interesovanja prema partneru istog ili različitog pola. Sredina je navikla da i orijentaciju vrednuje prema polu, a ne prema nečijem jezgru rodnog identiteta. Erotska orijentacija se za okoli-

³ U mnogim izvorima, kao prvi koji je ovu razliku napravio, navodi se Robert Stoler, psihoanalitičar, čija je knjiga "Sex and Gender" objavljena 1968. godine. Dok je Hari Bendžamin opisan kao "otac transseksualizma" (Green, 2009), za razumevanje transseksualnosti, istorijski su ključna još tri autora, koja su sa njim saradivala u određenim periodima: John Money, Robert Stoller and Richard Green.

⁴ Naziv ROD u medicinsku literaturu uvodi klinički psiholog John Money, koji je, sa svojim saradnicima, 1955. objavio seriju članaka o ponašanju hermafrodita (danas se koristi izraz interseksualna osoba) u Biltenu Johns Hopkins univerziteta u SAD. On je bio taj koji je imao velike konceptijsko-terminološke teškoće da opiše nesklad između pola i ponašanja svojih pacijenata. Upotrebio je izraz rod (gender) koji se u svetskim jezicima koristi u gramatičke svrhe za razlikovanje ženskih i muških imenica.

nu jasno iskazuje tek u pubertetu kada se zbog intenzivnog lučenja hormona erotizacija pojačava, ali to ne znači da je ona tada i programirana.

- Kognitivni aspekti funkcionisanja (kognitivni stil): neka istraživanja su pokazala da su, statistički posmatrano, žene u proseku verbalno fluentnije, dok je kod muškaraca izraženija vizuo- spacijalna dimenzija inteligencije (snalaženje u prostoru).

Rodna disforija je pojam koji se odnosi na nesklad između pola i roda odn. biološkog pola i subjektivnog osećaja pripadnosti polu (roda), koja može biti izražena u manjoj ili većoj meri u različitim razvojnim fazama. Transseksualnost je forma rodne disforije koju karakteriše ekstremni nesklad rodnog identiteta i (genetskog, gonadnog, anatomske) pola. Jednostavnije rečeno, transseksualne osobe muškog pola osećaju se kao žene zarobljene u telu muškarca, a ženske kao muškarci zarobljeni u telu žene.

To znači da je transseksualnost samo jedna forma rodne disforije tj. ne žele sve osobe koje osećaju ovaj nesklad i da operativno prilagode pol. Ukoliko se osoba suočava sa izraženom zabrinutošću, nesigurnošću i dilemama u vezi sa svojim rodnim identitetom⁵ koja traju tokom razvoja a postanu toliko intenzivna da joj to postaje najvažniji aspekt života ili joj onemogućava uspostavljanje relativno nekonfliktnog rodnog identiteta, može dobiti dijagnozu rodne disforije. Mnoge osobe sa problemom rodne disforije pronalaze zadovoljavajuće načine života koji ne zahtevaju trajnu modifikaciju tela.

Dijagnostika. Kada je u pitanju transseksualnost, koja uključuje postojanje želje za trajnom promenom tela, prvi korak jeste postavljanje tačne dijagnoze. Naime, lekari opšte prakse, pedijatri, psiholozi i psihoterapeuti, pri sumnji na poremećaj rodnog identiteta (odn. transseksualnost) upućuju osobu u neku od referentnih ustanove u kojima su zaposleni posebno specijalizovani stručnjaci. Njihov posao je tačno dijagnostikovanje transeksualizma (F64.0), kao i komorbiditetnih psihijatrijskih stanja (ukoliko postoje) te preporuka o mogućim dostupnim tretmanima.

⁵ Danas postoji mnogo autora koji tvrde da rod takođe kontinuirana varijabla sa mnogo varijeteta između dve krajnosti (Feinberg, 1996, po Bockting, 2008).

U MKB 10 (Međunarodna klasifikacija bolesti) u okviru dijagnoze F64⁶, obuhvaćen je širi spektar stanja rodne disforije U okvir ovog entiteta spada i uži pojam - dijagnoza Transseksualizama (F64.0) sa svoja tri kriterijuma:

- Želja da se živi i bude prihvaćen/a kao pripadnik/ca suprotnog pola, obično praćeno željom da mu/joj se telo što je moguće više uskladi s preferiranim polom kroz operativni zahvat i hormonski tretman
- Transseksualni identitet je stalno prisutan kroz najmanje dve godine
- Poremećaj nije simptom nekog drugog mentalnog poremećaja ili hromozomske nepravilnosti.

Upravo kada je dijagnoza postavljena od strane psihijataru koji su specijalizovani i bave se poremećajima rodnog identiteta može biti indikovani dalji proces promene pola iz medicinskih razloga. Važno je imati u vidu da dijagnozu (uslov za ulazak u trijadnu terapiju) za sada kod nas mogu dati isključivo psihijatri koji su specijalisti baš za ova pitanja. Naime, po preporukama najnovije 7. revizije Strandarda nege (SOC_Standards of Care) WPATH (The World Professional Association for Transgender Health) za rad sa transseksualnim klijentima potrebno je da stručna osoba iz oblasti mentalnog zdravlja ima sledeći minimalni stepen obrazovanja:

- Magisterijum ili njegov ekvivalent na polju kliničke bihejvioralne nauke. Poželjno je da stručna osoba iz područja mentalnog zdravlja ima pismenu potvrdu od odgovarajuće obrazovne ustanove i važeću licencu.
- Specijalizovani trening i stručnost u proceni ICD-10/DSM IV, odn. V seksualnih poremećaja (a ne samo poremećaja rodnog identiteta)
- Dokumentovani trening pod supervizijom i osposobljenost iz psihoterapije
- Kontinuirana edukacija o poremećajima rodnog identiteta (učestvovanje na stručnim sastancima, radionicama i seminarima, kao i istraživanja, povezana sa pitanjima rodnog identiteta).

⁶ U DSM IV koja je bila u upotrebi od 1994. godine za dijagnozi F64 bio je u upotrebi termin Poremećaji rodnog identiteta, U najnovijoj revidiranoj klasifikaciji DSM V koja je objavljena 2013. godine uvodi se termin Sindrom rodne disforije, usled činjenice da se revizije kreću u pravcu destigmatizacije.

Ukoliko psihoterapeut posumnja da se radi o transseksualizmu kod klijenta koji želi da trajno modifikuje pol, neophodno je da ga uputi kod nekog od tih specijalista zarad uspostavljanja dijagnoze.

Iako dijagnozu postavljaju psihijatri uže specijalizovani za ovu problematiku (u našoj zemlji trenutno su to samo tri psihijatra) uloga psihoterapeuta značajna je u svakoj fazi trijadne terapije - u pripremi osobe za tranziciju i psihološku podršku tokom nje, psihoterapiji za širok spektar komorbiditetnih poremećaja sa kojima se transseksualne osobe neretko suočavaju (Gomez-Gil, et al, 2009; Murad et al., 2010), tako i u posttranzicionom prilagođavanju.

Trijadna terapija. Lečenje transseksualizma u užem smislu ne postoji. Opšti cilj tretmana je postizanje trajnog ličnog osećaja prijatnosti i adekvatnosti u vezi sa doživljajem sopstvenog roda kako bi se povećala opšta psihološka dobit i samoispunjenje. U skladu sa savremenim medicinskim dostignućima, transseksualnim osobama možemo obezbediti, u slučaju da to žele, hormonsko i hirurško prilagođavanje telesnih karakteristika koje je usklađeno sa sopstvenim doživljajem roda.

Ukoliko osoba ima specijalističku dijagnozu i namerava da započne proces trijadne terapije, psihoterapijska podrška joj može biti od velike koristi tokom pripreme za same procedure i prilagođavanje u svakoj od faza.

Trijadna terapija podrazumeva: (1) iskustvo stvarnog života u željenom rodu, (2) hormonsku terapiju-koja se nastavlja čitavog života i (3) operativne zahvate.

- Iskustvo/ test stvarnog života u željenom rodu: ovo je faza pre početka hormonskih ili hirurških intervencija u kojoj osoba još uvek ima stara dokumenta (npr. sa ženskim imenom) a živi kao muškarac, oblači se i predstavlja kao muškarac itd. U našoj zemlji, posebno u manjim sredinama, ovo može biti veoma komplikovano, a ponekad ga osobe rešavaju tako što zvanično ime promene u neko rodno neutralno (iako matični broj koji sadrži oznaku pola ostaje isti) kako bi umanjila probleme sa okolinom, novim ljudima koje upoznaje, saobraćajnom policijom itd. U zavisnosti od toga da li ima ili nema podršku primarne porodice, osobi će biti potrebno osnaživanje, rad na odnosu sa njima, pomoć u procesu osamostaljivanja itd.

Iako stručno osoblje može da preporuči život u željenom rodu, odluka kada i kako će započeti sa iskustvom stvarnog života ostaje odgovornost same osobe. Neki/e započnu sa iskustvom stvarnog života i odluče da taj često zamišljeni životni put nije u njihovom najboljem

interesu. Stručne osobe ponekad iskustvo stvarnog života tumače kao test stvarnog života za postavljanje krajnje dijagnoze. Iskustvo stvarnog života testira odlučnost osobe, njenu sposobnost da funkcionira u željenom rodu i adekvatnost socijalne, ekonomske i psihološke podrške. Ono pomaže klijentu/kinji i stručnoj osobi iz područja mentalnog zdravlja pri donošenju odluka o tome kako dalje. Dijagnoza, iako je uvek otvorena za preispitivanje, klijentu/kinji predstavlja preporuku da se upusti u iskustvo stvarnog života. Klijentova/kinjina uspešnost u iskustvu stvarnog života utiče na porast sigurnosti oko preuzimanja daljih koraka. U ovoj fazi postoji prostor za terapijski rad na polju dilema u vezi sa nastavkom procesa uz procenu mogućih rizika koje nose hormonska terapija i operativne procedure.

- Druga faza podrazumeva endokrinološku evaluaciju i terapiju (tzv. hormonska terapija). Da bi se započelo sa hormonskom terapijom potreban je izveštaj jednog psihijatra, (uže specijalizovanog stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja) koji potvrđuje postojanje dijagnoze transeksualizma

U izvesnom smislu ova faza se može smatrati nastavkom testa stvarnog života, jer hormonska terapija predstavlja delimično reverzibilnu intervenciju (Hembree et al., 2009).

Po isključivanju kontraindikacija i drugih endokrinoloških pridruženih poremećaja predlaže se hormonska terapija koja se razlikuje u zavisnosti od pravca tranzicije (ŽuM ili MuŽ). Hormonska terapija započinje se pod nadzorom specijaliste za ove probleme (trenutno, u čitavoj zemlji postoji samo jedan aktivan) kod osoba starijih od 18 godina (u nekim zemljama ima i slučajeva ranijeg započinjanja hormonske pripreme ali u našoj zemlji to nije praksa) Pre započinjanja hormonske terapije, klijent se obaveštava o mogućnosti ostavljanja uzoraka jajnih ćelija ili spermatozoida sa ciljem obezbeđivanja biološkog potomstva i ostvarivanja u ulozu roditelja. Takođe, klijent se obaveštava i upućuje u neželjene efekte uzimanja hormonske terapije (kako maskulinizirajuće kod ŽuM⁷ — tako i feminizirajuće MuŽ).

Na početku, promene ne moraju biti toliko upadljive, ali vremenom dolazi do izmena u fizičkom izgledu (maljavost, preraspodela masnog tkiva, rast grudi itd). Iako su ovo promene koje je osoba čitavog života priželjkivala, hormonski tretman sa sobom donosi i neke neželjene efekte koji utiču na njeno psihološko stanje: u slučaju MuŽ osoba to

⁷ ŽuM (žensko u muško) ; MuŽ (muško u žensko) [engl. FtM (female to male); MTF (male to female)]

su npr. nagle promene raspoloženja, plačljivost, smanjenje seksualnog nagona, pospanost itd., dok u slučaju ŽuM osoba to mogu biti povećana agresivnost i potreba za njenim savladavanjem, pojačanje seksualnog nagona itd. Telesna neželjena dejstva kod bioloških muškaraca tretiranih ženskim polnim hormonima (MuŽ) mogu uključivati između ostalog debljinu, bolesti jetre, stvaranje žučnih kamenaca, visoki krvni pritisak i šećernu bolest. Neželjena dejstva kod bioloških žena tretiranih testosteronom (ŽuM) mogu uključivati akne, promenu lipidnih profila prema muškom obrascu što povećava rizik za kardiovaskularne i druge bolesti (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). Ukoliko tokom hormonske terapije klijent primeti neku od promena u zdravstvenom stanju treba ga uputiti kod lekara odgovarajuće specijalnosti. Važno je i naglasiti da se hormonska terapija mora uzimati tokom celog života i to po tačno određenim protokolima specifičnim za period od najmanje godinu dana pre i nakon operacije.

Ponekad se dešava da osobe samoinicijativno započinju i doziraju hormonsku terapiju, bez nadzora i konsultacija sa specijalistima, pa je važno naglasiti da ovo može biti jako opasno i ohrabriti je da se što pre obrati stručnjacima.

Hirurška modifikacija predstavlja završnu fazu. Dok je za započinjanje hormonske terapije dovoljna jedna specijalistička dijagnoza, za operativne zahvate su neophodne dve, od strane dva nezavisna, posebno specijalizovana psihijatra (stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja).

Hirurška modifikacija se ne sastoji samo iz jedne operacije već podrazumeva više njih koje obavljaju posebno specijalizovani hirurzi. Operacije se mogu obavljati u dva pravca i uključuju sledeće procedure:

1. Žensko u muško (ŽuM) obuhvata nekoliko operativnih zahvata kojim se odstranjuju unutrašnji ženski organi, grudi, a zatim formiraju spoljašnji polni organi muškarca (u nekoliko faza)

2. Muško u žensko (MuŽ) podrazumeva odstranjivanje muških polnih organa (spoljašnjih i unutrašnjih), a zatim formiranje ženskih genitalija.

Nekada su ove procedure bile izuzetno skupe, ali danas u našoj zemlji osnovne procedure pokriva zdravstveno osiguranje (tačnije 65% finansira se iz sredstava RFZO, a 35% iz sopstvenih sredstava pacijenata). Klijenti se u ovoj fazi suočavaju sa brojnim strahovima (zdravstveni rizici, kakav će biti ishod i da li će joj se svideti, strah od samih procedura i bola, koliko će trajati oporavak itd.).

Ukoliko nema podršku partnera ili primarne porodice, strah je vezan za oporavak i mogućnost vraćanja na posao zbog finansija i obezbeđivanja egzistencije.

Život nakon tranzicije. U našoj zemlji, tek nakon završene hirurške procedure, osoba može promeniti sva dokumenta (i dobiti novi matični broj) te uživati sva prava kao i da je rođena u tom novom, željenom, polu. To znači da može stupiti i u brak (s tim da ako je prethodno bila u braku, taj brak se poništava jer bi sada bio između osoba istog pola što naša zemlja ne priznaje). U ovoj fazi veliki stres predstavljaju formalne administrativne procedure u vezi sa zamenom svih dokumenata (diploma, izvoda iz matične knjige rođenih, lične karte, pasoša, vozačke dozvole, državljanstav itd.) One često traju veoma dugo, a zbog nedostatka istih, osoba se ne može zaposliti (zbog čega najčešće rade poslove ispod svojih kvalifikacija). Kako sama mora plaćati troškove hormonske terapije (koja se nastavlja čitav život), brige su najviše vezane za pronalaženje posla i finansijsku stabilnost.

Javnost i dalje, najčešće, ne pravi razliku između transrodne/transseksualne i LGB populacije, te su ove osobe česte žrtve homofobičnog (i Transfobičnog) nasilja, zbog čega se često sele u druge, veće gradove. Istraživanje u našoj zemlji je pokazalo da veliku teškoću predstavljaju institucionalna nevidljivost i administrativne teškoće i diskriminacija prilikom administrativnih procedura, koje mogu veoma dugo trajati, a direktno su vezane za nemogućnost zapošljavanja ili nužnost prihvatanja poslova koji su ispod njihovih kvalifikacija, pre nego što se procedura završi (Zulević, 2012).

Osobe koje su završile proceduru modifikacije nastavljaju svoj život. Neke potpuno novi (ako su izgubile kontakt sa primarnom porodicom i preselile se u nove sredine), a neke samo donekle izmenjeni. Nakon što putem administrativnih procedura promene sva dokumenta, sada mogu tražiti poslove koji odgovaraju njihovim kvalifikacijama i obrazovanju. Obično ne otkrivaju svoj transseksualni identitet nikome osim potencijalnom partneru. U ovoj fazi, osoba se suočava sa drugačijim problemima nego nekad (npr. Muž osobe ili trans-žene se suočavaju sa polnom diskriminacijom i mizoginijom koje ranije nisu bile toliko svesne), a mogu imati i uobičajene probleme koji zahtevaju savetovanje (npr. konflikti na poslu, prijateljski odnosi i sl. koji nisu povezani sa transseksualnim identitetom). Često se podrška psihoterapeuta traži u slučaju započinjenja partnerske veze i upoznavanja potencijalnog partnera. Osoba ima dilemu na koji način da ga upozna sa svojim transseksualnim identitom i

kako da se nosi sa potencijalnim reakcijama partnera. Ponekad će partner osobe tražiti psihoterapijsku podršku kako bi odlučio šta dalje, kako da se nosi i prilagodi novim okolnostima. Ova informacija kod partnera može probuditi brigu u vezi sa sopstvenom seksualnom orijentacijom i mnoge druge.

Ukoliko je osoba koja je modifikovala pol imala porodicu (npr. biološki muškarac koji je sada žena, ali je bio oženjen i ima decu), podrška može biti potrebna porodici. Iako se sa njima radi i tokom prethodnih faza kako bi se pripremili i prilagodili, podrška će im možda biti potrebna i kasnije. Mnoge transseksualne osobe odlažu proces trijadne terapije upravo zbog dece (dok stručnjaci koji sa njima rade ne procene da mogu da razumeju i prihvate dolazeće promene).

Roditeljstvo je za mnoge važno pitanje. Savremena medicina je veoma napredovala kada je u pitanju rekonstrukcija spoljašnjih genitalnih organa, ali ne dovoljno da bi omogućila plodnost. Trans-žene dobijaju vaginu (koja se zapravo konstruiše od postojećih genitalija osobe, u ovom slučaju penisa), ali ne i jajnike i matericu. Kod trans-muškaraca, lekari po pravilu prvo uklanjaju jajnike i matericu, da bi tek posle pristupili rekonstrukciji muških genitalija. Ukoliko žele potomstvo, lekari savetuju da se ono začne pre hormonskih i operativnih procedura. Ovo je razlog zbog koga se neke osobe odluče da odlože proceduru za kasnije.

Transseksualne osobe, pored rodne disforije, mogu imati neke komorbiditetne psihijatrijske poremećaje (poremećaj ponašanja u detinjstvu i adolescenciji, stanja straha, depresivnost, bolesti zavisnosti, psihotične epizode...) U tim slučajevima je važno tretirati te prateće poremećaje a oni se ne mogu lečiti nezavisno i bez osvrta na problem rodnog identiteta.

Uloga stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja (psihijatar, psiholog) podrazumeva i:

- Psihoterapiju (koja uključuje informisanje i edukaciju klijenta o samom poremećaju, smirivanje i pokušaj prilagođavanja klijenta na postojeću situaciju, jer je proces promene pola samo jedna od opcija kao i psihoterapiju u užem smislu tj. kombinaciju direktivnih, bihejvioralnih, suportivnih a ponekad i metoda dubinske psihoterapije);
- Rad sa porodicom (edukacija i psihoterapijski rad kao i dogovor o daljem odnosu prema trans članu);
- Rad sa okolinom (škola, profesionalno okruženje...)

ULOGA STRUČNJAKA IZ OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA:

- 1. Postavljanje i provera dijagnoze rodne disforije (odn. transeksualizma)*
- 2. Procena i lečenje pratećih (komorbiditetnih) psihijatrijskih poremećaja (ne mogu se lečiti nezavisno i bez osvrta na problem rodnog identiteta)*
- 3. Savetovanje o mogućnostima lečenja (trijadna terapija ili nastavak života u sadašnjem telu)*
- 4. Psihoterapijska priprema za rodno usklađivanje (pre i tokom testa stvarnog života)*
- 5. Praćenje u procesu hormonske pripreme kao i nakon hirurške intervencije*
- 6. Rad sa porodicom (roditelji, partner, deca)*
- 7. Intervencije u socijalnom okruženju (škola...radno mesto...)*

- Rad sa budućim partnerima osobe
- Praćenje klijenta u procesu i nakon promene pola.

Psihoterapija kod odraslih stabilnih, samostalnih, relativno socijalno i profesionalno uklopljenih transrodnih osoba nije neophodan uslov u daljem procesu eventualne promene pola i tu nema pravila oko trajanje ove psihoterapije, već se individualno određuje. Kada se radi o deci ili mladima u ranoj adolescenciji, poremećaji rodnog identiteta kod njih, s obzirom na brzinu i dramatičnost razvojnog procesa u tom dobu (fizičkog, psihološkog i seksualnog) razlikuju se od onih koje susrećemo kod odraslih i predstavljaju veoma složena stanja. Intenzivna uznemirenost često je prisutna posebno u adolescenciji, a česte su i sa tim povezane emocionalne poteškoće i teškoće u ponašanju. Takođe, u adolescenciji može se javiti istovremeno i difuznost ostalih segmenata identiteta U ovom periodu može se sprovesti kompletna psihodijagnostička i psihijatrijska procena, uz rad sa porodicom. Kod suviše mladih pacijenata, do 16 godina, ne razmišlja se o započinjanju hormonske terapije iako se kod njih, sa pubertetom i burnim razvojem sekundarnih polnih karakteristika, potreba za zaustavljanjem ovog razvoja burno ispoljava.

CILJEVI INDIVIDUALNE PSIHOTERAPIJE

(klijent se, pre svega, usmerava na realne životne ciljeve)

- 1. Odnos sa porodicom i okolinom*
- 2. Nastavak školovanja*
- 3. Posao i egzistencija*
- 4. Rešavanje sukoba unutar ličnosti*
- 5. Prihvatanje seksualno-erotivne orijentacije*
- 6. Izbegavanje nepotrebnih socijalnih konflikata i problema*
- 7. Prilagođavanje trenutnim životnim i porodičnim okolnostima*
- 8. Socijalno neupadljivo zadovoljenje rodni potreba*
- 9. Usmeravanje ka grupama za podršku*

Cilj psihoterapije se usmerava prvo na realne životne ciljeve: odnos sa porodicom i okolinom, nastavak školovanja, posao, egzistenciju; ali i rešavanje konflikta u interpersonalnoj sferi ali i unutar ličnosti koji mogu ometati stabilan život (recimo da prihvate svoju seksualno-erotivnu orijentaciju i uprkos otporu, pokušaju da se u skladu sa tim i ponašaju. Stvara se terapijski odnos/ savez u kome je terapeut prihvatajući, neosudjujući. Ovo nam omogućava da vodimo klijenta kroz svakodnevne probleme, da insistiramo na usmeravanje u onim sferama života u kojima mogu da delaju, uče, rade i stvaraju nevezano sa svojom identitetnom mukom, da ih naučimo da se sklone od nepotrebnih problema koji mogu biti rezultat transfobije drugih, da pokušaju da se što bolje prilagode trenutnoj situaciji, da ograničeno, socijalno neuočljivo zadovoljavaju neke svoje rodne potrebe (depilacija kod muškaraca, oblačenje nekih delova odeće kod oba pola, da se bave nekim aktivnostima koje smatraju usklađenim sa svojim rodni identitetom). Samim tim što klijent naiđe na osobu koja ga u potpunosti razume, prihvata takvim kakav je i ne osudjuje, on se već oslobađa velikog psihološkog tereta i brige i shvata da više nije sam u svom problemu. Možemo i da ga usmerimo ka grupama za podršku gde će se uveriti da nije jedini koji ima ovakav problem, ali i da mu pomognemo da proceni ko u njegovom bliskom okruženju (društvo, prijatelji, porodica) može da mu pruži podršku. Najčešće nam se u ovoj sredini dešava da nam mlad klijent dođe sam pre nego što bilo ko iz

U Beogradu je 2006. osnovana prva grupa samopomoći za transseksualne osobe, u okviru organizacije Gayten-LGBT. Neke od tema rada grupe su:

- *odnos prema sopstvenom telu*
- *doživljaj i razvoj sopstvenog identiteta*
- *odnos sa porodicom*
- *odnos sa sredinom (škola, posao)*
- *transfobija i diskriminacija*
- *informacije i literatura od značaja za zdravstveni sistem*
- *tranzicija, rizici i opseg mogućnosti promene pola*
- *novac, cene intervencija, uslovi*
- *iskustva pre, za vreme i nakon tranzicije*
- *partnerski odnosi i seksualnost*
- *zasnivanje porodice, biološko roditeljstvo, veštačka oplodnja, usvajanje dece*
- *pravna regulativa u Srbiji*
- *iskustva iz sveta i pozitivne prakse*
- *povezivanje sa grupama i organizacijama iz inostranstva*

njegove okoline, uključujući i roditelje, sazna za njegov problem. Danas je doba modernih tehnologija pa do nas obično dođu informišući se preko interneta ili preko organizacija za podršku transseksualnim klijentima. Mnogo ređe ih upućuju druge kolege. Ne samo zato što ne znaju da se naša grupa time bavi, već više zato što se sami klijenti plaše diskvalifikacije, odbacivanja ne samo od roditelja već i od naših kolega u domovima zdravlja. Ove njihove zebnje, nažalost, nisu u potpunosti neopravdane. Zato je rad sa porodicom, u ovoj sredini često mnogo složeniji nego rad sa samim klijentom. Porodica je, kao reprezentanta društva, podložna svim onim predrasudama i stereotipima koje gaji i okolina.

Reakcije porodice. Malo je porodica koje nam dođu upoznate sa prirodom problema svog člana. Neki roditelji su prvi put u tom trenutku čuli da ovakav poremećaj postoji. Drugi su imali samo površne informacije o transseksualizmu ali se nisu udubljavali jer to je nešto što se „dešava drugima“. Većina njih je, još dok ime je dete raslo, mogla da

primeti neobične znake, ali su ih ili ignorisali ili smatrali ili su im lekari govorili da su prolazni. U susretu sa roditeljima se najčešće susrećemo sa: nerazumevanjem problema, zbunjenošću, strahom od nepoznatog kao i / onoga što nose u sebi (geni)/ od reakcije okoline (sramota, stid), nerelističnim očekivanjem da se to nekim lekovima izleči kao duševna bolest, doživljajem gubitka (predstave o svom detetu i svim očekivanjima od njegove polne uloge: da, na primer, stvori porodicu i omogući im da dobiju unuke), krivicom (najčešće gde li su pogrešili u vaspitanju), žaljenjem zbog gubitka ili kao odbrana od tugovanja, međusobno prebacivanje (ko je gde pogrešio, najčešće otac prebacuje majci da je sa sinom bila suviše bliska, nije ga «čeličila» ili da je kćer razmazila, ispunjavala joj svaku želju), osuđivanje i prebacivanje detetu što se odlučilo da se prvo javi nama a ne da se obrati roditeljima koji ga «najbolje znaju i vole», nekada reakcija ide do potpune negacije, odbijanja dalje komunikacije sa terapeutom, pa čak i do paranoidnih reakcija (sa upućivanjem pretnji terapeutu).

Intervencije i rad sa porodicom. Roditeljima se moramo obratiti sa istom merom razumevanja. Važno je da im damo do znanja da sve ono što misle i osećaju možemo da shvatimo i prihvatimo i da ih ni na koji način ne osuđujemo već da smo tu da njima i njihovom detetu pomognemo. Obezbediti saradnju roditelja je kod mladih pacijenata neophodan uslov za dobar ishod tretmana.

- Dajemo im potpunu informaciju o tome kako se ispoljava problem sa kojim je njihov član godinama suočen
- Objašnjavamo da je uzrok poremećaja još uvek nedovoljno poznat ali da verovatno postoji od samog rođenja;
- Ne radi se o u užem smislu duševnoj bolesti, već, verovatno organskoj osnovi problema;
- Nema veze sa vaspitanjem i da nikakve vaspitne intervencije u detinjstvu nisu mogle ni da ga izazovu, niti ublaže ili otklone (radi se na umanjenju osećaja krivice);
- Nema dokaza da je nasledno i niko od njih, niti dete nije krivo što je do toga došlo
- Objasniti im da većina osoba sa ovim poremećajima krije to i od svojih bližnjih zbog straha da će biti odbačeni
- Važno je imati strpljenja sa roditeljima jer je proces prihvatanja za njih «nove» stvarnosti proces koji može dugo da traje i nije ga preporučljivo ubrzavati, pogotovo ako procenimo da je promena

pola indikovana. Svakom čoveku je za običan «rad tuge» kulturološki data godina dana kada nosi crninu, a kamoli u ovako složenim i zbunjujućim situacijama

- U okviru zajedničkog rada moramo i klijentu dati do znanja da bi trebalo da ima strpljenja sa roditeljima i da ako od njih očekuje da razumeju kako se on oseća, bilo bi dobro da i on razume njih i da im i sam pomogne da ga shvate time što će sa njima podeliti svoja osećanja, muke, zebnje, očekivanja, da to terapeut sam ne može da uradi.

Ima porodica kod kojih proces prihvatanja i uspostavljanje saradnje ide brže, naročito u porodicama u kojima su odnosi apriori bili bliski i skladni, mada uvek ima koraka unazad i u svim tim fazama moramo da budemo tu. Članovi porodice često i sami nude podršku drugima u istoj situaciji i vape za porodičnim grupama u kojima bi razmenjivali iskustva i ojačali se. Imali smo sučajeve da u 2-3 susreta sa porodicom postignemo punu saradnju, ali i porodica u kojima do prihvatanja nikada ne dođe.

Rad sa porodicom nekada, kod starijih pacijenata podrazumeva rad i sa bračnim partnerom koji je posebno osetljiv. Naše iskustvo, međutim, pokazuje da bračni partner, uz neke uslove, nekada lakše prihvati novonastalu situaciju. Jedan naš klijent u 30im godinama nije uspeo da održi prvi brak zbog nerazumevanja žene. U drugom braku, pre no što se obratio nama za uključivanje u proces promene pola poverio se ženi koja ga je zamolila da joj ostavi malo vremena za razmišljanje. Nakon kratkog vremena rekla mu je da ga voli i da je spremna da nastavi sa njim da živi pod uslovom da pre započinjanja terapije sa njim začne, jer ne bi mogla da prihvati da nema decu. Njih dvoje često uveče kada je manje vidno šetaju delovima grada gde ih malo ko poznaje, oboje obučeni u žensku odeću držeći se za ruke. Supruga je došla sa njim kod nas i na prvi razgovor.

Važno je razumeti da u mnogima od ovih problema, bez obzira da li je osoba pred, u toku ili nakon završene procedure, psihoterapija može biti od velike koristi. Za transseksulane osobe sama operacija nije kraj, već novi početak od kojeg neretko oni imaju prevelika očekivanja, a tek tada počnu da se suočavaju sa nekim novim problemima (egzistencijalni problemi usled prolongiranih administrativnih procedura promene dokumenata, promene mesta boravka i traženje novog radnog mesta, briga zbog finansijske nestabilnosti itd). Treba imati na umu da je rodni identitet iako veoma važan, samo jedan od segmenata identiteta i nakon operacije i prelaska u željeni pol neki drugi intarpsihički problemi, koji

CILJEVI I INTERVENCIJE U RADU SA PORODICOM

- *potpuno informisanje o prirodi problema kao i opcijama lečenja*
- *rad na gubitku*
- *rad na osećanju krivice*
- *rešavanje konflikata*
- *prihvatanje nove realnosti*
- *readaptacija klijenta u porodicu u željenom rodu*
- *rad na obostranom strpljenju...*

su postojali, ali bili u drugom planu, neće jednostavno nestati. Upravo zbog toga psihoterapijski rad može se nastaviti i nakon tranzicije, kada često postoji samo potreba za savetovanjem oko uobičajenih problema (konflikti na radnom mestu, interpersonalni odnosi, porodična dinamika nevezana za transseksualni identitet). Podrška psihoterapeuta potrebna je često pri započinanju nove partnerske veze, kako samog klijentu u vezi sa načinom i trenutkom upoznavanja potencijalnog partnera o svom specifičnom identitetu, tako i partneru nakon saznanja u prilagođavanju novim okolnostima.

Bez obzira na fazu tranzicije, preporuka je da se klijentu obraćamo izabranim imenom i rodom, dok rad sa porodicom podrazumeva, između ostalog, i vežbanje obraćanja novim imenom i rodom. Ponekad su klijenti skloni da greške članova porodice tumače kao namerno negiranje i nipoštaštavanje željenog identiteta zbog čega je potreban rad na međusobnom strpljenju i razumevanju.

Transseksualnost je relativano redak fenomen u opštoj populaciji⁸ i verovatno će mali broj psihoterapeuta biti u prilici da sretne ove osobe kao klijente. Činjenica je da se o transseksualnosti ne uči gotovo ništa tokom osnovnih studija ili psihoterapijske obuke, ali specijalistička znanja nisu uvek neophodna za psihoterapijski rad sa njima. Iako je za dijagnostifikovanje rodne disforije neophodan posebno specijalizovan stručnjak, svi psihoterapeuti koji su dovoljno senzibilisani i spremni da se upoznaju sa nekim osnovnim stvarima vezanim za transseksualnost, mogu biti od velike koristi ovim klijentima. Jedino je važno ne sporovoditi upitne

⁸ Studija Vujović i sar (2009), koja je obuhvatila podatke o svim operacijama modifikovanja pola u našoj zemlji za prethodnih dvadeset godina, pominje svega 147 osoba.

prakse (ubeđivanje da odustanu od procedura, preispitivanje dijagnoze stručnjaka, nametanje ideje o potrebi za prihvatanjem i prilagođavanjem polu u kome su rođeni itd.) koje klijentima mogu naneti veliku štetu⁹. Lečenje poremećaja rodnog identiteta u užem, suštinskom smislu ne postoji. Na ovom stepenu medicinskog znanja hormonima, psihotropnim lekovima i psihoterapijom nemamo načina da promenimo ono što naši klijenti osećaju. Ono što mi danas možemo učiniti jeste izlaženje u susret željama pacijenata. Uz pomoć medicine mi ih oslobađamo mrskih i neželjenih spoljašnjih telesnih karakteristika pola kojem ne osećaju da pripadaju. Ako to iz nekih razloga nije moguće niti indikovano, onda pokušavamo da im pomognemo da se bolje prilagode i snađu sa postojećim problemom i da, ukoliko je to moguće, manje pate.

Mnoge stručnjake brine dilema “Šta ako se osoba predomisli?” Istina, nakon završene operativne modifikacije tela, promena na staro više nije moguća. Ali važan podatak iz studije Vujović i sar. (2009) je da se za prethodnih dvadeset godina, koliko se ove operacije obavljaju u našoj zemlji, niko nikada nije predomislio. Štaviše, mnoge osobe su nastavile školovanje koje je bilo prekinuto zbog dominirajućih problema sa rodom disforijom, a koji su operacijom rešeni (Zulević, 2012), te nastavili da vode mirne i zadovoljne živote.

⁹ Jedan član grupe samopmoći, transmuškarac, pričao je o traumama kojih se još uvek seća, kada je prvi psihijatar kome se obratio, insistirao da nosi suknje i šminku, iako se zbog toga osećao još više postideno, jer je oduvek tvrdio da jeste, osećao se i ponašao kao muškarac.

Gej osobe koje žive sa HIV-om

Jelena Zulević

Epidemija HIV-a 80-tih godina snažno je pogodila LGBT zajednicu, a zbog izražene stigmatizacije koja ovu bolest prati i danas, nastavlja da predstavlja njen značajan problem. HIV pozitivna dijagnoza će, neretko, voditi, pojačavanju internalizovane homofobije kod GBT PLHIV (persons living with HIV) pojedinca („bolest kao kazna za greh“), a dvostruko marginalizovan identitet (seksualna orijentacija i HIV dijagnoza) povećati mogućnosti diskriminacije i društvenog isključivanja te osobama otežati samoprihvatanje.

Psihoterapija sa osobama koje žive sa HIV-om ima dosta sličnosti sa radom u slučajevima nekih drugih hroničnih bolesti, ali i neke značajne razlike. U slučaju HIV/AIDS-a se verovatno najbolje može videti koliko su različiti medicinski, psihološki i socijalni aspekti međusobno isprepleteni do te mere da je gotovo nemoguće raditi na bilo kome od njih ako se zanemare ostali.

Prvo, razvoj medicine je doveo do ogromnog napretka u razumevanju mehanizma bolesti, a posebno u njenom lečenju, zahvaljujući razvoju antiretrovirusne terapije (ART/ HAART¹). HIV se danas smatra hroničnom bolešću sa kojom se može dugo živeti (Deeks, Lewin & Havlir, 2013; Chu & Selwyn, 2011; Swendeman et al, 2009). Zahvaljujući HAART-u, globalna smrtnost usled AIDS-a se smanjila, očekivani životni vek osoba inficiranih HIV-om značajno produžio te približio proseku opšte zdrave populacije (Deeks et al, 2013), a rizik od transmisije HIV-a znatno umanjio. Iako se savremena antiretroviralna terapija pokazala visoko uspešnom u usporavanju napretka bolesti, ona podrazumeva vrlo striktno pridržavanje propisanog režima uzimanja lekova da bi ostvarila željene rezultate. Smatra se da ART zahteva jedan od najviših stepena posvećenosti terapiji od svih medicinskih stanja (Weiss & Bangsberg, 2008).

¹ Savremena antiretroviralna terapija (ART) podrazumeva primenu kombinacije nekoliko vrsta lekova za HIV što se naziva visoko aktivnom antiretroviralnom terapijom (HAART- Highly Active Antiretroviral Therapy). Kako je danas njena upotreba postala standard u lečenju HIV-a, ovi pojmovi će se upotrebljavati paralelno podrazumevajući da se radi o HAART-u.

Nažalost, snažna stigma koja je vezana za ovu bolest smatra se značajnom barijerom u globalnim naporima za zaustavljanje pandemije (UNAIDS, 2005). Odbijanje i izbegavanje bilo kakvog društvenog kontakta sa ovim osobama, okrivljavanje za bolest i diskriminacija (na poslu, u zdravstvenoj zaštiti, itd.) rezultiraju socijalnim ostrahizmom, ekstremnom izolacijom i ozbiljnim narušavanjem ljudskih prava (Herek, 1999; UNAIDS, 2005) koji dovode do toga da se testiranje i lečenju odlažu, a bolest otkriva u kasnijim fazama. HIV/AIDS je od samih početaka vezivan za MSM² i druge marginalizovane populacije te ponašanja koja društvo percipira kao “nemoralna” (promiskuitet, korišćenje droga itd), što je verovatno uticalo na snagu ove stigme koja opstaje i danas.

Činjenica da produženi životni vek, važnost pridržavanja komplikovanim terapijskim režimima tokom čitavog života, potreba za prihvatanjem i prilagođavanjem hroničnoj bolesti (koja može imati komplikovan i nepridvidljiv tok) te izazovi koje pred pojedince postavlja tako snažna društvena stigmatizacija, dovode do povećane uloge i važnosti uključivanja različitih oblika psiho-socijalne podrške, psihološkog savetovanja i psihoterapije. Kada se radi o psihoterapijskom radu sa MSM osobama, koje su već izrazito stigmatizovane koje žive sa HIV-om, psihoterapeuti se susreću sa novim izazovom. Činjenica da se fokus sa palijativnog promenio na prilagođavanje hroničnoj bolesti (Chu & Selwyn, 2011) ima značajne psihološke implikacije za same pacijente (Ezzy, 2000) ali i psihoterapeute (modeli i ciljevi terapijskog rada) zbog čega se javlja snažna potreba za profesionalnim usavršavanjem i upoznavanjem sa aktuelnim naučnim i medicinskim dostignućima.

Kada je u pitanju psihoterapijski rad sa osobama koje žive sa HIV-om, izrazito je važno upoznavanje sa nekim osnovnim medicinskim aspektima ove bolesti (kako zbog njihovih psiholoških implikacija, tako i zbog opasnosti da davanjem pogrešnih informacija produbimo samostigmatizaciju i druge psihološke probleme, pa sve do direktnog ugrožavanja njega zdravlja klijenta).

² MSM (engl. Men having Sex with Men) je skraćenica koja se koristi za muškarce koji imaju seksualne odnose sa muškarcima (pored onih koji se identifikuju kao gej, ovde spadaju i biseksualne i tranrodne osobe muškog pola, te heteroseksualni muškarci koji se upuštaju u seksualne odnose sa muškarcima) kako bi se naglasila razlika između identiteta i ponašanja. Danas je napušten koncept rizičnih grupa (te nije gej identitet sam po sebi “rizik”), već se rizik vezuje za određena ponašanja (od kojih su najrizičniji receptivni i insertivni analni seksualni odnos bez zaštite).

Osnovni pojmovi o HIV infekciji

HIV je skraćenica za virus humane imunodeficijencije. U inficiranom organizmu dolazi do opadanja ukupnog broja jedne vrste ćelija imunskog sistema (CD4 T-limfocita) usled čega je organizam sve manje sposoban da uspostavi i održi imunski odgovor na različite infekcije. Jednom inficirana osoba ostaje nosilac virusa do kraja života i može inficirati druge ljude. HIV se može preneti putem krvi, nezaštićenim seksualnim odnosima i sa majke na dete.

Sindrom stečene imunodeficijencije ili SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise) ili AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) predstavlja poslednji, najteži, stadijum infekcije virusom HIV-a koji karakteriše progresivno slabljenje imunskog sistema usled čega inficirana osoba postaje podložna širokom spektru bolesti i infekcija.

Važno je napraviti razliku između osobe koja je samo nosilac virusa i osobe obolele od AIDS-a. Naime, osoba inficirana virusom humane imunodeficijencije („HIV pozitivna osoba“) može biti nosilac virusa dosta dugo pre nego što se razviju bilo kakvi simptomi bolesti. Ova asimptomatska faza veoma varira po dužini. Vreme od detekcije prisustva HIV-a u krvi pacijenta pa do dijagnoze AIDS-a može trajati od manje od godinu dana do petnaest pa i više godina (Simić, 2007). Tokom ove faze osoba često dugo nema nikakve subjektivne tegobe zbog čega može da ne bude svesna da je nosilac ovog virusa (osoba može izgledati i osećati se zdravo, biti sposobna za rad i druge aktivnosti).

Prisustvo HIV-a u krvi pacijenta se utvrđuje različitim testovima. Testovi detektuju prisustvo antitela na HIV u krvi pacijenta i razlikuju se skrining i potvrdni testovi. Skrining testovi (kao što je ELISA) se primenjuju na početku kada postoji sumnja na infekciju ovim virusom. ELISA, međutim, može dati lažno negativan (zbog „perioda prozora“, kada je vreme između inficiranja i testiranja previše kratko te se još nisu razvila antitela koja testovi mogu da detektuju) i lažno pozitivan rezultat. Lažno pozitivan rezultat ELISA testa može biti posledica različitih stvari (prisustva antitela nekih ranije preležanih bolesti i sl.) i zato je za dijagnozu HIV infekcije neophodno uraditi i potvrdan test (najčešće Western blot).

Nakon što se potvrdnim testom utvrdi prisustvo HIV-a u krvi, postavlja se dijagnoza HIV infekcije. Tada se pristupa različitim analizama kojima se utvrđuje stanje imunskog sistema osobe i prati napredak bolesti. Najvažniji su praćenje broja CD4 T limfocita i određivanje koncentracije virusne RNK tehnikom lančane reakcije polimerizacije (skra-

čeno - PCR od polymerase chain reaction) kojom se prati stepen virusne replikacije. Na osnovu ovih i drugih analiza prati se progresija bolesti i odlučuje o započinjanju antiretroviralne terapije. Do njenog uvođenja, broj CD4 limfocita polako opada i terapija se obično uvodi kada on padne ispod 350 ćelija po kubnom mililitru. Ukoliko padne ispod 200, počinju da se ispoljavaju oportunističke infekcije i tumori.

Veliki broj osoba sazna da su nosioci HIV virusa tek kada se razvije klinička slika AIDS-a, odnosno kada je broj CD4 limfocita jako nizak. Tokom 2011. u Srbiji je čak trećina novodijagnostifikovanih slučajeva saznalo za svoj HIV pozitivan status u stadijumu klinički manifestovanog AIDS-a³. To je veliki problem jer iako ARV terapija i tada može dati rezultate, lečenje je teže i neizvesnije. Kada se HIV otkrije, rano praćenje stanja imunskog sistema omogućava da se ARV terapija uvede pre nego što on previše oslabi, te mu omogući da se oporavi i time odloži napredak bolesti. Vreme od inficiranja HIV-om do uvođenja terapije veoma varira od osobe do osobe, ali kada se jednom započne, mora se uzimati do kraja života.

Problemi sa posvećenošću terapiji i konsekventno – neuspeha u tretiranju HIV-a, imaju dalekosežne posledice kako na individualnom, tako i na širem populacijskom planu. Antiretroviralna terapija koja je dostupna danas omogućava da se broj i umnožavanje HIV-a u organizmu smanje do nedetektibilnog nivoa (ispod 50 ili čak 20 kopija/ml, koliki je prag osetljivosti najnovijih generacija ultra-senzitivnih PCR testova) (Jevtović, 2007). Međutim, ukoliko se terapija ne uzima pravilno (bilo da se preskaču doze, ne uzimaju po striktnom rasporedu ili se uzimaju nepravilno) brzo dolazi do razvoja rezistencije virusa što smanjuje broj dostupnih lekova za dalje lečenje osobe i bolest brže napreduje. Osim toga, neadekvatna posvećenost terapiji predstavlja i izvesnu vrstu rizika za javno zdravlje jer se HIV lakše prenosi na seksualne partnere. Adekvatna adherencija je, stoga, imperativ ne samo za individualno, već i za javno zdravlje (Penn et al., 2011; Johnston-Roberts & Mann, 2000).

Zašto su ovi podaci relevantni za psihoterapeute?

- Testiranje. Prilikom rada sa klijentom koji razmatra da li da se testira na HIV, važno je da ima adekvatne informacije (o proceni rizika, proceduri i značenju testova). Važno je da psihoterapeut koji

³ Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“. (2012). Godišnji izveštaj o zaraznim bolestima u 2011. godini na teritoriji Republike Srbije. IZIS: Beograd

nema ove informacije, uputi klijenta tamo gde ih može dobiti. Na primer, većina privatnih laboratorija kod nas ne nudi uslugu pre i post test savetovanja za koje se pokazalo da značajno smanjuje stopu suicida kod osoba koje dobiju pozitivan rezultat (Citron, 2005). Stoga, osobu treba uputiti na neki od DPST⁴ centara (Studentska poliklinika, Zavod za javno zdravlje itd).

Prilikom odlučivanja o testiranju, važno je i da klijent ima informaciju da ranije uspostavljena dijagnoza pruža bolje mogućnosti za lečenje nego ako se bolest dijagnostikuje u uznapređevaloj fazi, ali i činjenica da danas i u našoj zemlji postoji terapija koja značajno usporava tok bolesti (zbog tendencije klijenata da odlažu testiranje zbog pogrešnog uverenja da je “bolje ne znati jer ionako nema leka”). Dakle, prilikom donošenja odluke da li i gde će se testirati, važno je pružiti proverene i tačne informacije ili pomoći klijentu da do njih dođe.

- Čekanje rezultata testa. U prethodnom delu je objašnjeno da se prilikom testiranja na HIV, prvo radi ELISA test. On može biti lažno negativan. Lažno negativan rezultat se može dobiti usled toga što je prošlo kratko vreme od inficiranja te se nije razvio dovoljan broj antitela koja bi test detektovao (ovo se naziva periodom prozora, koji može trajati od par nedelja do 6 meseci). Iako testovi ne pokazuju prisustvo antitela, osoba ima HIV i može ga preneti drugima. Dakle, važna informacija koju klijent treba da ima prilikom donošenja odluke o testiranju, jeste da se ne može testirati pre nego što prođe određeno vreme od rizičnog odnosa.
- Rezultat ovog testa može biti i lažno pozitivan. To se može dogoditi usled različitih okolnosti. Ono što je bitno znati jeste da samo pozitivan potvrđan test (Western-blot) znači i definitivnu potvrdu infekcije HIV-om. Zbog toga, ukoliko je klijent dobio pozitivan rezultat, važno je da li je on potvrđen potvrđnim testom da bi se znalo da se zaista radi o HIV-u.
- Antiretroviralna terapija. Može proći mnogo vremena pre nego što lekari predlože uvođenje HAART-a (skraćeniica kojom se označava kombinacija lekova koja se koristi u lečenju HIV-a). To zavisi od rezultata kojima se prati stanje imunskog sistema (CD4) i drugih pokazatelja opšteg stanja. Kada broj CD4 limfocita padne na 350 ili manje, lekari će predložiti početak HAART-a.

Pre započinjanja HAART-a, mnogi će izbegavati da razmišljaju o

4 DPST- Dobrovoljno i Poverljivo Savetovanje i Testiranje

HIV-u i suoče se sa ovom dijagnozom. Zbog toga mogu odlagati kontrole i kontakte sa lekarima. U slučaju da idu na redovne kontrole, svaki novi rezultat će imati jako psihološko značenje (npr. pad CD4 ćelija može veoma uplašiti osobu i reaktivirati strah od smrti, iako ovo ne mora biti i medicinski osnovano).

Kada lekari predlože započinjanje terapije, kod mnogih osoba se ponovo aktiviraju strahovi, dileme i unutrašnji konflikti koji su bili aktuelni nakon početnog pozitivnog rezultata. Ovo znači da će bar jednom mesečno morati da idu na kliniku po recepte, a možda i češće. To znači da sada "uloga pacijenta" postaje realističnija samoj osobi i aktiviraju se mnogi strahovi: da će tamo biti viđen i identifikovan kao PLHIV, što će voditi potpunoj izolaciji, strah od bolesti, fizičke deterioracije, bola i smrti, ali i mnoge druge emocije: stid, samookrivaljvanje itd. Period započinjenja HAART-a može psihološki biti mnogo značajniji i kompleksniji čak i od trenutka dobijanja HIV pozitivnog rezultata i stoga relevantan za psihoterapijski rad i podršku.

- Posvećenost terapiji (adherencija ili komplijansa). Pomenuto je da se podaci o HIV-u kao hroničnoj bolesti sa kojom se može dugo i kvalitetno živeti, odnose samo na slučajeve kada pacijenti imaju pristup HAART-u i visoko razviju adherenciju. Neadekvatna adherencija (samoinicijativno prekidanje terapije, često preskakanje doza ili uzimanje jednog umesto svih lekova itd.) može imati brojne zdravstvene posledice, ali najopasniju je razvoj rezistencije kada osoba „gubi“ jednu kombinaciju i mora preći na drugu kombinaciju lekova. U zemljama sa ograničenim resursima, kao što je naša, ovo predstavlja veliki problem, jer nemamo tako veliki broj dostupnih kombinacija, a ukoliko izgubi sve, osoba može ostati bez dostupne terapije. Pomenuto je i da posvećenost HAART-u (koja idealno dovodi do nedetektibilnog broja virusnih kopija u krvi) smanjuje verovatnoću prenošenja HIV-a na seksualne partnere. Stoga, u slučaju neadekvatne adherencije, pored ugroženog zdravlja same osobe, pod većim rizikom od transmisije HIV-a su i njeni partneri.
- Rezistencija i promena terapije. U slučaju da je zbog rezistencije na kombinaciju lekova, moralo da dođe do promene terapije, ovo može imati značajne psihološke implikacije za osobu. Mogu se reaktivirati neki stari strahovi i osećaj krivice. Neadekvatna adherencija je samo jedan od uzroka za promenu terapije, i u ukoliko je to bio glavni razlog, važno je osnažiti osobu da razvije adekvatnu posvećenost. Međutim, čak i ako je pratila uputstva lekara i uzima-

la terapiju na propisani način, može se dogoditi da je neophodna promena terapije. To znači prilagođavanje novim režimima, navikavanje na drugačije neželjene efekte itd. Antiretroviralna terapija može imati veoma ozbiljne neželjene efekte i strahovi u vezi sa njima ili izazovi prilagođavanja na njih, često zauzimaju važno mesto u psihoterapijskim razgovorima o ovoj bolesti.

- Dijagnoza AIDS-a i javljanje drugih bolesti povezanih sa AIDS-om. Na osobe veoma demorališuće deluje kada prvi put dobiju dijagnozu AIDS-a, posebno ukoliko nemaju neke upadljive simptome. Važno je znati da ovo i dalje ne znači da će uskoro umreti, već samo da treba da se nastavi sa redovnim kontrolama i uzimanjem terapije. Nije važno koja šifra piše, važno je da se dobri rezultati održe što duže i ako kombinacija lekova uspeva da održi nedetektibilan nivo virusa u krvi - cilj je postignut.

- Terminalna stanja bolesti. I pored razvoja medicine i novih terapija, one na žalost nekada ne daju rezultate. HIV je hronična, ali teška i nepredvidiva bolest. Iako se globalna smrtnost od AIDS-a drastično smanjila, neki ljudi i dalje umiru. Za terapeuta može biti izrazito teško i pokrenuti značajne kontratransferne reakcije, razvoj događaja u kome klijent koji je dugo bio dobro i planirao svoju budućnost, dođe u teško, terminalno stanje bolesti. Izrazito je važno da i tada ostane prisutan i ne napusti klijenta. Iako je, naravno, teško proceniti kada je nastupilo stanje od koga se klijent neće oporaviti (zato što se sa današnjim razvojem medicine, ljudi oporave i od jako teških bolesti koje su posledica HIV/AIDS-a), važno je ostati podrška klijentu. I za njega samog neizvesnost (koja proizilazi iz mogućeg približavanja smrti, ali i mogućnosti oporavka), predstavlja veliki teret.

Kada je u pitanju rad sa terminalno bolesnim osobama, model koji je opisala Elizabet Kibler-Ros je ostao zlatni standard i glavna smernica kojom se terapeuti mogu voditi u radu.

Faze u suočavanju sa HIV+ dijagnozom

Kako se vremenom model koji je E. Kibler-Ros predložila pokazao potencijalno korisnim u radu ne samo sa terminalnim, već i različitim hroničnim bolestima, ovde će biti prikazan u nešto modifikavnom obliku koji, po kliničkom iskustvu, odgovara fazama kroz koje prolaze osobe nakon saznanja da imaju HIV.

(1) Šok

Bez obzira da li je osoba sumnjala da ga možda ima ili uopšte nije, HIV+ rezultat predstavlja veliki šok. Ljudi često kažu da ih ništa nije moglo pripremiti za ovakvu dijagnozu. Za mnoge, ova vest predstavlja traumatičan događaj i reguju šokom, preplavljujućom anksioznošću ili depresijom uz izražena osećanja beznađa, bespomoćnosti i očaja. Neki reaguju nevericom i poricanjem, te se može očekivati odložena reakcija. Mogu se javiti osećaj stida (zbog nezaštićenog seksa) i straha (ukoliko osoba ovu dijagnozu povezuje sa skorim umiranjem, bolom, napuštanjem i društvenom izolacijom i stigmatizacijom). Neki ljudi mogu reagovati i osećanjem olakšanja (zato što je konačno ustanovljeno šta je uzrok prethodnih zdravstvenih tegoba, bili su preplavljeni neizvesnošću jer su sumnjali da su inficirani pa neizvesnost prestaje sa dijagnozom, acting-out-uju internalizovanu samomržnju, ili su pak HIV doživljavali kao neminovan zbog seksualne orijentacije zbog čega su živeli u konstatnom strahu i pod pritiskom čitav život, a sada to prestaje).

Javljaju se najrazličitija osećanja, izmešana i konfuzna, koja se smenjuju naizmenično ili dugo traju, sve do potpune obamrlosti i snažnog osećanja unutrašnje praznine. Trenuci potpune preplavljenosti različitim osećanjima često smenjuju trenuci obamrlosti. Kod mnogih osoba, nakon pozitivnog rezultata, javlja se i suicidalna ideacija.

Nakon HIV pozitivne dijagnoze, obično se sprovode različiti vidovi kriznih intervencija (obezbeđivanje sigurnog i empatičnog konteksta za slobodno ispoljavanje osećanja, pomoć u mobilizaciji sopstvenih resursa osobe, edukacija o HIV-u i opcijama lečenja). Važna je normalizacija emocija i reakcija („šta god da osećate-u redu je“).

(2) Poricanje i distanciranje

Mnogi ljudi opisuju da su na početku koristili različite strategije poricanja i HIV nisu doživljavali kao nešto što je deo njih. Tako se mogu javiti ideje o tome da je došlo do greške u laboratoriji, da je sve bio samo ružan san iz koga će se probuditi. Nakon toga, nastaju različiti pokušaji distanciranja od HIV-a, izbegavanja da se o tome misli/govori/saznaje... HIV se ne doživljava kao deo sebe. Kao da će nerazmišljanjem o HIV-u nestati sam HIV. Povremeno ideja o HIV-u uspe i da se izgna iz svesti i zaboravi, što nakratko smiri. Ali onda se ponovo vrati i ekstremno uznemiri. U ovoj fazi, osoba kao da se kreće iz krajnosti zaborava i obamrlosti u

krajnost panike i preplavljenosti osećanjima.

U retkim slučajevima, pozitivan rezultat se potpuno negira („HIV ni ne postoji, to je samo zavera“), ali se ove osobe obično ni ne javljaju psihoterapeutima.

(3) Bes i (4) Depresija

Kibler-Ros-ova opisuje ovo kao dve faze: prva je bes, a druga depresija. Međutim, kliničko iskustvo rada sa PLHIV klijentima više odgovara tome da treća faza obuhvata obe emocije koje su toliko isprepletane, brzo se smenjuju i dominiraju u jednom trenutku, da ih ima smisla opisati kao zasebnu i jedinstvenu fazu. Bes i depresija su, zapravo, „dve strane istog novčića“.

Osoba, naime, s vremenom, počinje da shvata da HIV neće nestati i da je deo njenog života, koji zahteva određena prilagođavanja i suočavanje sa specifičnim izazovima. Sa prihvatanjem ove ideje, javljaju se nove emocije. Tako, na primer, bes može biti usmeren na prirodu, sudbinu, Boga, partnera tj. osobu od koje je dobila HIV, društvo u celini ili na bilo šta drugo. Velika količina besa može biti usmerena na druge koji ne znaju dovoljno o HIV-u (iako osoba često zanemaruje činjenicu da ni sama nije znala mnogo toga pre nego što je bila suočena sa ovom dijagnozom).

Važno je, međutim, napomenuti, da se ne sme izgubiti iz vida da se mnoge PLHIV osobe realno sreću sa mnoštvom problema zbog stigmatizacije i predrasuda prema bolesti te se ne sme svako osećanja besa pripisati prolaznoj fazi u procesu prihvatanja. Bes je prirodna reakcija na frustraciju. Međutim, kada se radi o besu kao fazi u procesu prihvatanja, on je nejasno fokusiran, ne vodi konstruktivnim akcijama i nije usmeren na rešavanje problema.

Bes se može usmeriti i na sebe pa dovesti do depresije pa i do ozbiljnijih autodestruktivnih ponašanja i suicidalnih ideja. Nažalost, veliki broj ljudi koji žive sa HIV-om pati od depresije i doživljava je kao nešto što je neminovno i u vezi sa čim nemaju izbora. Dalje, u ovoj fazi mogu se javiti i druga osećanja – tuga (za onim što osoba gubi), strahovi (od smrti, bola, usamljenosti, bespomoćnosti itd). Mnogi se suočavaju sa ekstremno izraženim osećanjem krivice i stida, idejom da su opasni po druge pa se moraju izolovati. U ovoj fazi osoba se suočava sa ogromnom količinom unutrašnjeg bola koji često proživljava sama zbog straha da će biti odbačena od drugih ili da će za druge ovo biti previše teško i pre-

plavljujuće. Ova faza može biti period suočavanja sa burnim i vrlo bolnim emocijama, ali je ona, zapravo, početak prihvatanja.

Ovo je faza u kojoj će osobe najčešće potražiti pomoć psihoterapeuta. Zbunjena intenzitetom, preplavljenošću i trajanjem snažnih osećanja, čija je smena zbunjuje i umanjuje kapacitete za normalno svakodnevno funkcionisanje, odlučuje se da potraži pomoć. Za klijenta je važno da ima mogućnost ventilacije i postepenog učenja da identifikuje i verbalizuje emocije koje oseća, a zatim i da ih iskoristi na konstruktivan način.

„HIV deluje kao mikroskop, pojačavajući sve prošle intrapsihičke i interpersonalne probleme osobe“ (Citron et al., 2005, str. 62) i stoga predstavlja oblast u kojoj psihoterapija može imati važnu ulogu. Pomažući osobi da osvesti i proradi nesvesne konflikte, uverenja, internalizovanu homofobiju i razne druge problematične oblasti koje ova dijagnoza može pojačati i „izneti na površinu“, zapravo joj se pomaže da restrukturiše svoj odnos prema životu na konstruktivan i proaktivan način.

(4) Prihvatanje

Osoba s vremenom počinje HIV da shvata samo kao jedan aspekt života, a ne kao nešto što je u potpunosti definiše. Prihvata da je neophodno prilagoditi mu se na načine koji su konstruktivni. Razume da HIV dijagnoza znači promene i prilagođavanje, a ne kraj. U ovoj fazi, osoba počinje da planira budućnost jer shvata da je ima. U skladu sa tim, postaje posvećenija sopstvenom zdravlju, saradnji sa lekarima i koristi različite izvore da bi proširila svoja znanja o bolesti i terapiji, ali joj se život ne okreće samo oko toga. Kako spremnije prihvata sebe, javlja se i veća spremnost da o svom HIV statusu razgovara sa drugim osobama od poverenja. Ovo je faza kada osoba aktivno traži informacije i stvara mrežu podrške, umesto da živi u izolaciji. Faza prihvatanja je vezana za odluku da se živi i posveti budućnosti.

Pored rada na osećanjima i intrapsihičkim konfliktima, važan deo terapijskog rada predstavlja osnaživanje klijenta da potraži izvore podrške u svojoj sredini. Nikako se ne sme insistirati na otkrivanju HIV statusa po svaku cenu, već pažljivo ohrabriti klijenta da razmisli o tome od koga bi mogla da očekuje podršku i to tek kad bude spremna. Realnost je takva da će neke PLHIV osobe, prilikom otkrivanja svog statusa prijateljima doživeti i negativne reakcije (osuđivanje, okrivljavanje, distanciranje, napuštanje...) te bi klijenta trebalo osnažiti da pažljivo razmotri i sama

doneše odluku o poveravanju osobama od kojih očekuje podršku i poverenje.

Kao i u originalnom Kibler-Ros modelu, ove faze nisu nužno nešto što se smenjuje po tačnom redosledu. Osoba se iz kasnijih može vratiti na ranije ili ostati „zaglavljena“ u nekoj od faza. Kroz neke može proći sporije, a u drugima se zadržati duže. Proces prihvatanja⁵ je veoma individualan. Neke osobe će kroz ove faze proći same ili uz pomoć sebi bliskih ljudi, dok će nekima biti potrebna dodatna stručna podrška u postizanju cilja, a to je orijentacija na život i budućnost uz prihvatanje realnosti koju dijagnoza HIV-a sa sobom nosi.

Ozbiljna bolest kao što je HIV/AIDS, predstavlja značajan izazov i pretnju za doživljaj sopstvenog identiteta. Kao posledicu toga, ljudi često prolaze kroz mnoštvo tranzicija i transformacija u odnosu na sopstvene vrednosti, duhovnost i životne prioritete. Ezzy (2000) u svom radu navodi tri osnovna narativa kroz koja ljudi osmišljavaju i opisuju sopstvena iskustva ovom bolešću:

- Narativi lineare restitucije („život u budućnosti“) predstavlja nastojanje da se osmisli i živi normalan život uprkos HIV/AIDS dijagnozi. Bolest se posmatra samo kao trenutni izazov i prepreka koja će biti prevaziđena te minimizuje njen uticaj. Individualna odgovornost je limitirana na uzimanje lekova. Ovakvi narativi su neizvesni zato što su bazirani na pretpostavci dugog, zdravog života. Zasnovani na poricanju smrtnosti, mogu predstavljati problem kada se održavaju uprkos rezultatima koji ukazuju na deterioraciju zdravlja (do koje je došlo, na primer, zbog neredovnog uzimanja lekova). Izgleda da su bazirani na poricanju koje otežava prilagođavanje hroničnoj bolesti.
- Haotični linerani narativi („život u praznoj sadašnjosti“) karakterišu iskazivanje depresije, besa i socijalne izolacije uz istovremena nastojanja da se ove emocije poriču i izbegavaju. Prazna sadašnjost i crna budućnost su često u kontrastu sa idealizovanom prošlošću u kojoj se očekivalo mnogo dok dijagnoza HIV-a nije uništila ova očekivanja. Osoba oseća da je izgubila kontrolu, očekuje da će užasne stvari nastaviti da se dešavaju na potpuno nepredvidljiv način i suočena je sa potpunim gubitkom smisla ili svrhe. Osoba sebe doživ-

⁵ Model Kibler-Rosove se nazivao procesom tugovanja. Međutim, u slučaju HIV-a, pomeranje fokusa sa palijativne nege na rad na prilagođavanju i prihvatanju bolesti (koja više nema tako izvestan terminalni tj. ireverzibilni ishod), uslovljava drugačije postavljanje ciljeva. Stoga, verujem da proces prihvatanja bolje opisuje suštinu ovog modela kada je u pitanju rad sa osobama koje žive sa HIV-om.

ljava kao pasivnu žrtvu koja nema nikakvu kontrolu. O budućnosti se ne razmišlja i napuštaju se bilo kakvi planovi za budućnost. Od novih lekova i tretmana se ne očekuje puno, štaviše, opisuju ih kao nešto potpuno neizvesno što samo daje lažnu nadu. Ljudi kod kojih dominiraju ovakvi narativi mahom nisu povezani ni sa jednom zajednicom i HIV doživljavaju kao individualni problem.

- Polifoni narativi (bolest kao put) uključuju preklapanje i prožimanje različitih, ponekad i međusobno kontradiktornih, priča, vrednosti, ciljeva i stavova. Prihvatanje neizbežnosti smrti i vremenske ograničenosti ljudske egzistencije uz fokus na kvalitetu sadašnjeg života je bazirana na shvatanju koje svest o neizvesnosti donosi sadašnjosti. Za razliku od prve grupe narativa, u kojima je orijentacija na budućnost zasnovana na poricanju neizvesnosti i vezana za strah zbog čega je smanjen kapacitet za uživanje u sadašnjosti, za polifone narative je karakterističan apstraktniji doživljaj budućnosti uz značajno investiranje u sadašnjost. Individualne akcije i izbori imaju uticaja na budućnost (kontrola), ali život je takođe nepredvidljiv i oblikovan događajima koji su izvan lične kontrole. Mnoge osobe koje koriste ovaj narativ sebe opisuje kao religiozne ili spiritualne. Nada koja postoji u ovim narativima je apstraktna i usmerena na slavljenje kreativnosti, mističnosti i iznenađenja. Bolest se doživljava kao put u kome se osoba oslobađa nekih tereta prošlosti/planirane budućnosti i ima priliku da uči i uživa u sadašnjosti. Investiranje u budućnost postoji, ali se ona doživljava fleksibilnije i apstraktnije.

Važna opšta poruka i stav psihoterapeuta u radu sa PLHIV klijentima jeste da imaju pravo na budućnost i sopstvene snove, uz uvažavanje realnih teškoća (kako zdravstvenih tako i društvenih) koje ova bolest sa sobom nosi. Osnaživanjem kapaciteta samih klijenata, psihoterapeuti im mogu u velikoj meri pomoći da konstruktivno pristupe budućnosti i nastave sa životom.

Opšte teme u radu sa PLHIV osobama

Postoje i neke opštije teme koje iskrsavaju u radu sa PLHIV klijentima, nevezano od stadijuma bolesti i trenutne faze.

Tišina u vezi sa HIV-om. Od mnogih PLHIV klijenata sam imala priliku da na različite načine slušam o tišini koja okružuje ovu bolest, kako u javnom tako i u privatnom diskursu. Na primer, sama reč „HIV“ se veoma retko pominje u razgovorima. Govori se o „ovoj

bolesti“, „tom virusu“ ali se izbegava pominjanje konkretnih pojmova. Može biti upadljivo da u razgovoru koji traje čitav sat i fokusiran je upravo na HIV, klijent ni jednom ne pomene ovu reč. Neretko se dešava da se određene stvari podrazumevaju iako se ne kažu eksplicitno.

Moja porodica ne zna [da ima HIV]. Niko ne zna. Kada su mi prvi put saopštili [HIV pozitivan rezultat] bio sam u šoku...nisam ništa znao o tome... (Zulević, 2011)

Mnogi izveštavaju o preplavljenosti različitim osećanjima koja ne znaju kako da izraze i onda čute...sami sa sobom i sa drugima, pa i terapeutom.

Kada kažu za svoj HIV status nekoj osobi od poverenja, dešava se da se razgovor na tome završi. Prijatelj ne zna na koji način da razgovara o tome plašeći se da ne optereti ili uznemiri dodatno osobu, pa izbegava temu i čuti. Osoba to ćutanje tumači kao znak teškoće prijatelja ili člana porodice da se sa tim nosi i nastavlja o tome da čuti, čak i kada ima jaku potrebu za razgovorom. Važno je prepoznati ove momente u psihoterapijskom radu i voditi računa da izbegavanje i nepominjanje ove teme u psihoterapiji ne bude rezultat nerešenih kontratransfernih pitanja terapeuta. Važno je naučiti klijenta kako da prepozna i verbalizuje svoja osećanja, ali i na koji način može da razgovara sa drugima (da otvoreno pokrene temu, kaže da želi da priča i na koji način itd.)

Anksioznost i depresija. HIV pozitivan rezultat, bez obzira na trenutno fizičko stanje osobe i subjektivno odsustvo tegoba, aktivira jak strah od smrti i često je praćen ozbiljnim anksioznim i depresivnim tegobama. Neke su reaktivne i očekivane, ali ukoliko su izražene previše dugo, mogu negativno uticati na lečenje (zbog pitanja posvećenosti sopstvenom zdravlju i terapiji itd). Ponekad je neophodno uključiti i anksiolitike i/ili antidepresive (psihijatar koji ih prepisuje bi trebalo da vodi računa o kompatibilnosti sa lekovima uključenim u HAART [Overman & Anderson, 2001]) i ovo može dati dobre rezultate.

Treba imati u vidu i da određeni lekovi koji se koriste za tretiranje HIV-a, mogu pojačati depresivne i anksiozne tegobe (pa se u slučaju veoma izražene depresije, promena kombinacije lekova može u vidu izveštaja, predložiti infektologu koji vodi HAART). Osim toga, neki od lekova mogu imati izvesne neželjene efekte koje medicina ne smatra toliko ozbiljnim jer nisu životno ugrožavajući (npr. noćne more, probleme sa spavanjem), ali su psihološki veoma uznemirujući za pacijente. Kako je

reakcija na njih visoko subjektivna, ponekad ih je moguće rešiti psihoterapijskom proradom i rekonstrukcijom te pomoći klijentu da ih lakše prihvati (posebno ako se ispostavi da su prolazni). Stručnjaci za mentalno zdravlje koji rade sa PLHIV klijentima, bi stoga trebalo da budu obavešteni o HAART-u i lekovima koje njihovi klijenti koriste, mogućim alternativama (u vezi sa kojima se mogu konsultovati sa specijalistima koji vode terapiju za HIV), ali i svesni da im se sugestije za promenu kombinacije lekova ne smeju davati olako (ograničeni broj dostupnih kombinacija, stres usled prilagođavanja na nove kombinacije lekova, nemogućnost davanja nekih lekova usled postojeće rezistencija itd).

Gonzalez i sar. (2010), koji su istraživali vezu anksioznosti i HIV/AIDS-a, ustanovili su da su određeni kognitivni faktori (tj. verovanje pojedinca da anksioznost i sa njom povezane fizičke senzacije imaju štetne posledice) povezani sa izraženijim simptomima somatizacije (kao manifestacije anksioznosti).

Psihoterapeuti, bez obzira kom modalitetu pripadaju, sa anksioznošću i depresijom mogu raditi u okvirima svog terapijskog pravca. Nema dokaza da je bilo koji od njih uspešniji od drugih u radu sa ovim klijentima te se prilikom izbora tehnika i modaliteta treba voditi uobičajenim principom da ne odgovara svaki modalitet/terapeut svakom klijentu te da klijenta treba podržati da pronađe terapeuta u koga ima poverenja i sa kojim će uspostaviti adekvatan raport (koji je osnova uspešne psihoterapije).

Suicid. Suicidalna ideacija nije retka kod PLHIV klijenata. Dostupni podaci ukazuju na povećanu incidencu suicidalne ideacije, pokušaja i izvršenih suicida među ljudima koji žive sa HIV-om u odnosu na opštu populaciju. Ovaj rizik je naročito povećan kada osoba prvi put dobije HIV pozitivnu dijagnozu, kada joj zdravlje deterioriše (pad CD4 limfocita, javljanje oportunističke infekcije, hospitalizacija) ili započinjenje terapije (Citron et al., 2005).

Veoma često se dešava da klijenti odluče da u određenom trenutku u budućnosti (kada bolest progresira do stadijuma koji osoba subjektivno smatra nepodnošljivim) izvrše samoubistvo. Ove misli nisu nužno povezane sa povećanim rizikom od suicida i čini se da čak pomažu osobama da povrate osećaj kontrole nad svojim životom. Kako subjektivna procena onoga što osoba smatra nepodnošljivim varira i menja se sa vremenom, odluka se odlaže. Stoga se čini da suicidalna ideacija ima adaptivnu funkciju, nije nužno simptom depresije i u terapijskom radu korisna strategija može biti upravo odlaganje čina (a ne potpuno odusta-

janje od njega kao moguće opcije).

Važno je napomenuti još jedan podatak, a to je da percipirana socijalna podrška osobe (a ne nužno konkretan broj prijatelja) predstavlja jedan od najzančajnijih faktora povezanih sa rizikom od suicida. Terapijski rad je korisno usmeriti na povećanje ove socijalne podrške (bilo u smislu percepcije i procene postojeće, bilo u smislu razvoja veština i rada na sticanju novih krugova podrške) (Citron et al., 2005).

Stigma. Od samih početaka epidemije AIDS-a, snažna društvena stigma i diskriminacija bile su povezane sa ovom bolešću. HIV/AIDS i danas spada u jednu od najstigmatizovanih bolesti na svetu (Tzemis et al. 2013). Danas se smatra da je upravo stigma među najvećim preprekama prevenciji daljeg širenja (zbog odlaganja testiranja i lečenja) (UNAIDS, 2005).

Društveni tretman bolesti kao što je HIV/AIDS je verovatno najbolji primer snažne stigmatizacije. Iako se vrlo dobro zna da se HIV ne može preneti uobičajenim socijalnim kontaktima, istraživanja pokazuju da se stigma manifestuje u svim zemljama na svetu (UNAIDS, 2005). Ljudi odbijaju bilo kakav fizički kontakt sa PLHIV osobama, uskraćuju im se lečenje i nega, pravo na rad, izbegavaju se društveni kontakti sa njima, krive se za sopstvenu bolest i zahtevaju se i podržavaju različite zakonske mere i politike prema njima (Herek, 1999) itd. Na žalost, u svetu i kod nas, neretko se dešava da čak i zdravstveni radnici, koji bi trebalo da su upoznati sa načinima transmisije, odbijaju da leče ove osobe⁶. Osobe koje žive sa HIV-om, kojima sama bolest predstavlja izazov sa kojim se treba suočiti i koja često zahteva znatna prilagođavanja, ostaju sa dodatnim teretom izolacije i stigme. Zbog toga mnoge PLHIV osobe ulažu svakodnevne velike napore da prikriju stigmatizovani identitet.

Poreklo pojma stigma, koji se vezuje za staru praksu žigosanja, obeležavanja izdajnika, kriminalaca i robova sa svrhom društvene degradacije, prezrenosti i upozorenja, danas se odnosi na društveni proces etiketiranja i isključivanja „društveno nepoželjnih“. Jedna od karakteristika stigmatizovanih stanja, koje opisuje Gofman (1963), jeste tendencija da se osoba kao celina svodi na jedan svoj aspekt, stigmatizovani identitet, čime se doživljava kao drugačija od „normalnosti“ većine čime se olakšavaju i racionalizuju njena diskriminacija i izolacija. Bolest, u očima društva, postaje čitav identitet njenog nosioca. Kako društvena percepcija i

⁶ Iracionalnost predrasuda i na njima zasnovanoj stigmi, pokazuje i činjenica da će mnogi zdravstveni radnici staviti rukavice da bi samo uzeli uput od pacijenta koji ima HIV (iako se tako definitivno ne može preneti), dok ne koriste zaštitnu opremu (maske) za kontakt sa osobama koje imaju TBC (koji se prenosi vazduhom!)

praksa utiču i na način na koji ljudi vide sami sebe, pojedinci formiraju „socijalni identitet“ pod snažnim uticajem ovih negativnih poruka.

Zbog toga, neretko, ovo rezultuje samostigmatizacijom i samonametnutom izolacijom. Osobe internalizuju negativne poruke društva i usmeravaju ih ka sebi što rezultuje snažnim osećanjima stida, krivice i samoprezira. Ovo predstavlja veliku prepreku u pristupu lečenju. Mnogi potcenjuju rizik i odlažu testiranje upravo zbog straha od stigme koju bi pozitivan rezultat doneo, odlažu lečenje i redovne kontrole ili odbijaju terapiju. Jedno naše istraživanje je pokazalo, a slična je situacija i u drugim zemljama, da mnoge PLHIV osobe doživljavaju teže socijalne aspekte stigmatizacije života sa HIV-om, nego fizičke aspekte bolesti - socijalna smrt je gora od biološke (Zulević, 2011):

Opisujući izgled bolnice u kojoj se leči HIV u Srbiji, jedan pacijent je ispričao: „Prvi put kad sam došao... tada je ovo izgledalo drugačije, ali nikad to neću zaboraviti... zgrada je delovala ruinirano i zapušteno, malter otpadao sa zidova...rešetke na prozorima... kao mesto zaboravljeno od svih... mesto na koje odlaziš kada nema nade i kada svi dignu ruke od tebe... setio sam se filma i doline gubavaca...kasnije mi je trebalo tri godine da skupim hrabrost da opet ovde uđem...“

I pored napretka nauke koja je HIV od smrtonosne pretvorila u hroničnu bolest, HIV/AIDS su i dalje snažno asocirani sa smrću. S. Sontag (1990) smatra da je AIDS tako snažno stigmatizovan upravo zato što je povezan sa dva najjača društvena tabua – seksom i smrću.

Činjenica da se zahvaljujući modernoj terapiji, bar u razvijenim zemljama u kojima je ona dostupna svim pacijentima, slika HIV/AIDS-a menja, doprinela je mnogim promenama iako se one odvijaju mnogo sporije nego što bi PLHIV osobama to olakšalo teret društvene stigme.

U tom smislu, terapijski može biti relevantno preispitivanje uverenja klijenta o slici koju ima o samoj bolesti i njenom društvenom tretmanu. Na primer, postavljanje u određeni istorijski kontekst može ohrabriti restrukturaciju nekih od uverenja (slika iz amerčkih filmova o „bolesnim mršavim ljudima koji umiru godinu dana nakon dijagnoze“ je vezana za predstavu ove bolesti na početku epidemije kada nije bilo nikakvih ili su postojali lekovi starijih generacija koji su imali mnogo gore neželjene efekte nego što ih ima moderna antiretroviralna terapija). Mnogi PLHIV klijenti naprosto nisu upoznati sa postojanjem savremenih terapija i treba im izvesno vreme da bi poverovali u njihovu efikasnost (najčešće kada

upoznaju druge PLHIV osobe koje su godinama na terapiji ili sami osete efekte zdravstvenog poboljšanja usled terapije).

PLHIV osobe su često i same usvojile mnoge predrasude prema ovoj bolesti i rad na njima predstavlja i rad na smanjenju samostigmatizacije. Edukacija i informisanje, na žalost, nisu uvek dovoljni da bi se ovi efekti umanjili. Zbog toga psihoterapija predstavlja važno sredstvo za dubinsku proradu emocija i nesvesnih sadržaja sa ciljem da se osoba prilagodi novonastaloj situaciji, aktivno pristupi pitanju očuvanja sopstvenog zdravlja te orijentiše ka nastavku života.

Važno je, međutim, zapamtiti da stigmatizacija nije samo individualni, već društveni fenomen. Diskriminacija i ostrahizujuće društvene prakse su realnost za mnoge PLHIV osobe i bilo bi nefer potceniti snagu njihovog uticaja na život pojedinca. U skladu sa tim, mogućnosti individualne promene i rekonstrukcije su limitirane realnim ograničenjima sa kojima se mnogi sreću. U psihoterapijskom radu je važno uvažiti ove teškoće sa kojima će se klijenti povremeno suočavati i osnažiti ih da se sa njima nose na konstruktivne i proaktivne načine te koriste funkcionalne strategije prevladavanja (na primer, umesto da u samoći pate zbog društvenog neznanja i predrasuda, mogu se sami aktivirati na njihovom menjanju – pisanje komentara na vestima i blogovima iz lične perspektive, uz anonimnost, jeste aktivistički čin, izlazak iz tišine i direktan rad na menjanju društvene klime, što osobi može pomoći da povрати osećaj kontrole).

Fizički kontakt. Fizički kontakt sa klijentima je oduvek bilo osetljivo pitanje u terapijskom radu. U nekim modalitetima je uobičajen, dok u drugima nije. Međutim, u radu sa PLHIV klijentima, fizički kontakt može biti izrazito važan. Neke osobe, nakon dijagnoze, sebe opisuju i doživljavaju kao „vampire koji hodaju...sa kontaminiranom krvlju...koji će ionako završiti u paklu“. Osoba razvija distancu prema samoj sebi, naročito prema sopstvenom telu, koje počinje da doživljava kao izvor kontaminacije. Ponekad je upadljiva duboko nesvesna dinamika, dok je u nekim slučajevima u pitanju stvar pogrešnih uverenja o načinima prenošenja. Osim toga, mnoge PLHIV osobe su se u nekom trenutku suočile sa situacijom da su drugi izbegavali ili redukovali fizički kontakt sa njima zbog HIV statusa. Stoga, fizički kontakt u terapijskom kontekstu može biti snažno lekovito sredstvo na mnoštvu nivoa i treba ga koristiti. Podrazumeva se da se, pre svega, poštuju granice samog klijenta i da fizički kontakt ne treba da bude nametnut od strane terapeuta. Međutim, važno je ostati osetljiv na nijanse kada bi mu možda prijava ali se plaši da ga inicira. Fizički

kontakt sa terapeutom može biti snažno sredstvo vraćanja telu, smanjenja samostigmatizacije i praktična manifestacija iracionalnosti klijentovih pogrešnih uverenja o tome koliko je „opasan za druge“.

Gej identitet. Kada se radi o gej osobama koje žive sa HIV-om, imamo primer višestruke društvene marginalizacije. Ove osobe su odrastale sa stigmom i teretom društvene homofobije, a sada nose i dodatni, vezan za HIV. Kao PLHIV osobe, u nastojanju da se posvete sopstvenom zdravlju, često se susreću sa homofobijom zdravstvenih i drugih institucija, i potencijalnom „otkrivanju“ istopolne seksualne orijentacije. S druge strane, ekstremno su stigmatizovani unutar same LGBT zajednice zbog HIV-a, a unutar PLHIV zajednice zbog seksualne orijentacije, što vodi ekstremnoj izolaciji ovih osoba.

Internalizovana homofobija i internalizovana HIV stigma, uz nedostatak društvene podrške čak i na nivou same LGBT/PLHIV zajednice, mogu rezultovati potpunim povlaćanjem, autodestrukcijom i samoprezirom. Neretko, gej osobe, HIV pozitivnu dijagnozu doživljavaju kao „potvrdu svoje grešne prirode“ i „zasluženu kaznu od boga“. Ponekad zaista značajan terapijski izazov predstavlja rad na menjanju ovako sveobuhvatno negativnih uverenja o sebi i sopstvenoj prirodi, ali je iskustvo pokazalo da je on moguć i da veliki broj klijenata ima koristi od psihoterapijskog rada.

Alternativna medicina i odluke o terapiji. U psihoterapiji klijenata koji žive sa hroničnim bolestima, neretko se susrećemo sa dilemama klijenata koje imaju kada donose odluke o lečenju ili korišćenju metoda alternativne medicine. Iako terapeut nije ekspert za konkretnu fizičku bolest, klijent ga može tako doživeti zbog autoriteta koji je za njega stekao i poverenja koje u njega ima. Stoga je izrazito važno uzdržavati se od konkretnih saveta i postarati se da klijent odluku donese na osnovu pravih informacija. Na primer, neka sredstva koja se inače upotrebljavaju za poboljšanje imuniteta, ne smeju se koristiti u slučaju HIV infekcije ili uz HAART. Pošto nije i ne mora da poseduje ekspertska znanja o HIV-u, terapeut može poslužiti kao model za način na koji se dolazi do adekvatnih i potrebnih informacija te pomoći klijentu u stupanju u kontakt sa onim institucijama/ specijalistima/ savetovalištimama u kojima ih može dobiti.

Posvećenost terapiji (adherencija). Kako će za mnoge PLHIV osobe proći mnogo vremena između same HIV dijagnoze i započinjanja HAART-a, trenutak kada lekar predloži početak terapije (koja se mora uzimati do kraja života) za mnoge je stresan gotovo koliko i sama dijagnoza. Svakodnevno uzimanje terapije ljude podseća na to da su bolesni i od

čega su bolesni. Odlasci po recepte i čuvanje lekova potvrđuju „ulogu pacijenta“, a dodatni stres predstavlja i povećana mogućnost da će se za njihov HIV pozitivan status saznati. Reaktiviraju se strahovi od bolesti, bola i smrti (jer „uloga pacijenta“ i pogoršanje rezultata zbog čega se sa terapijom i započinje, čine izvesnijom deterioraciju zdravstvenog stanja).

Odluka o uzimanju ili neuzimanju terapije direktno može uticati na dužinu i kvalitet života PLHIV osoba. Kako je ponekad odbijanje terapije samo manifestacija potrebe za zadržavanjem kontrole nad sopstvenim telom i životom (a ne autodestruktivnih tendencija), važno je obazrivo pristupiti ovom pitanju u psihoterapijskom radu. Ponekad je dovoljno klijentima dati vremena da sami odluče kada su spremni da započnu sa HAART-om, dok će ponekad biti potrebno aktivnije preipitati i rekonstruisati koncept kontrole nad sopstvenim životom.

Psihološki faktori koji ometaju posvećenost antiretroviralnoj terapiji (Zulević, 2011) su brojni, a mnogi od njih će se pojaviti kao važni u psihoterapijskom radu sa PLHIV osobama generalno, pa ćemo ih ovde detaljnije obrazložiti:

- Potvrđivanje i pojačavanje uloge pacijenta: mnogi su godinama živeli sa HIV-om bez ikakvih tegoba i to im je omogućavalo da na njega često zaborave. Činjenica da sada, čitavog života moraju redovno da odlaze po recepte i lekove i vode računa o njihovom uzimanju, pojačava osećaj ranjivosti, osećaj da su „bolesni“ i zavisni od pomoći lekara i medicinskih institucija.
- Stigma HIV pozitivne osobe. Odlazak po lekove, kontakti sa medicinskim institucijama u kojima se HIV leči, sedenje u čekaonici sa drugim HIV pozitivnim osobama, čuvanje lekova za HIV... sve to povećava verovatnoću da će više ljudi saznati za klijentov HIV status koji se vezuje za snažnu društvenu stigmatizaciju, a aktivira se i samostigmatizacija.
- Negiranje bolesti: neke osobe prosto negiraju bolest. Pošto mnogi nemaju subjektivnih tegoba ni u trenutku kada rezultati ukazuju na to da bi sa terapijom trebalo započeti, negiranje je olakšano. „Ako ne pijem lekove-nisam bolestan“.
- Beznađe, niska očekivanja od lečenja. Zbog toga što je HIV/AIDS dugo smatran smrtonosnom bolešću, neki ljudi terapiju posmatraju kao nešto što nije preterano efikasno i daje lažnu nadu. Mnoge osobe koje žive sa HIV-om čitav proces lečenja doživljaju samo kao odugovlačenje neodložnog, „užasnog“ kraja a odbijanje lečenja vide kao način da ne oduže bespotrebno agoniju. Zbog toga je jako

važno za PLHIV klijente da budu adekvatno informisani o savremenim medicinskim dostignućima i terapiji koja je napravila pravu revoluciju kada je tretiranje ove bolesti u pitanju.

- Zadržavanje kontrole. Kako HIV na mnogo načina dovodi do gubitka kontrole nad sopstvenim životom, odluka o odbijanju lekova je poslednja stvar nad kojom osoba ima kontrolu (čak i ako ona znači pogoršanje i bržu smrt).
- Strah od neželjenih efekata i fizički izgled. Lekovi koji se koriste u kombinovanoj antiretroviralnoj terapiji mogu imati jako ozbiljne neželjene efekte. Čak i ono što se smatra manje ozbiljnim neželjenim efektima, mnogim ljudima predstavlja ozbiljnu teškoću sa kojom ne žele da se nose (mučnine, dijareja, osipi, slabost)... Osim toga, često dovode do preraspodele masnih naslaga i karakterističnog izgleda (iako se ne dešava često, ovo veoma plaši sve koji započinju HAART). Strahovi od neželjenih efekata i izazovi prilagođavanja na neke od njih, mogu biti važan deo terapijskih razgovora (od odluka o započinjanju terapije, preko ambivalentnog odnosa prema njenom uzimanju što otežava adherenciju, do nošenja sa realnim teškoćama u slučaju njihovog javljanja).
- Depresija, anksioznost i druge tegobe. Podaci pokazuju da veliki procenat osoba koje imaju HIV pate od depresije i anksioznosti koje umanjuju mogućnost prilagođavanja novim i strogim režimima kakve zahteva ART.
- Samokažnjavanje: stid, bes, „kontaminiranost“. Ponekad je odbijanje terapije posledica autodestruktivnih tendencija. HIV se shvata kao kazna za greh, te osobe nastavljaju da kažnjavaju sebe (svesno ili nesvesno) odbijanjem terapije koja može da produži život. Snažno osećanje stida, besa usmerenog ka sebi, samostigmatizacije dovode do samoprezira te zaključuju da ni ne zaslužuju da žive.

Dok će se neke osobe suočiti sa mnoštvom psiholoških izazova, za druge će početak terapije doneti izvesnost i olakšanje. Činjenica da redovno uzimanje terapije uz stabilne rezultate (negativan viral load) smanjuje mogućnost transmisije HIV-a na seksualne partnere, a lekovi pomažu imunskom sistemu da se bori sa infekcijama, za mnoge znači prestanak briga koje su ih dugo mučile. Subjektivni doživljaj, uverenja i konstrukcije osobe su ključni kako za doživljaj same bolesti, tako i za odnos prema lečenju i nastavku života.

Seksualnost. Seksualnost je često važna tema u terapijskom radu. U slučaju PLHIV osoba, seksualnost postaje naročito važna tema. Pošto se HIV neretko shvata kao neka vrsta kazne za seksualnost (jer se povezuje sa nemoralom, promiskuitetom itd.), mnoge osobe koje žive sa HIV-om imaju probleme u seksualnom funkcionisanju (krivica, depresija i autodestruktivnost, odustajanje od života, strah od infekcije partnera, odbijanje da se traži partner zbog straha od odbijanja i otkrivanja HIV statusa itd.) Zbog svega ovoga, važno je ohrabriti osobu da dođe do adekvatnih informacija o praksama koje seks čine bezbednijim za partnera i samog klijenta⁷ (edukacija, rad na znanju), osnažiti je da otvoreno komunicira sa partnerom (rad na stavovima i veštinama), a u određenim slučajevima prihvatiti rad sa parom (u smislu olakšavanja i podsticanja otvorene međusobne komunikacije). Pored ovoga, važno je dati klijentu „dozvolu za seksualnost“ u smislu da bi trebalo voditi računa da zbog sopstvenih nerešenih kontratransfernih pitanja terapeut nesvesno ne počne da deluje tako što obeshrabruje ili čak postavlja zabranu na seksualnost klijenta koji ima HIV.

Poverljivost. Iako se ona podrazumeva u psihoterapijskom radu, zbog snažne društvene stigme koju ova bolest nosi, potrebno je naglasiti da je u slučaju rada sa PLHIV osobama ona posebno važna. Vođene beleške koje se čuvaju odvojeno od podataka o klijentima, prikriivanje tačnog identiteta klijenta - ličnog imena, zanimanja i drugih podataka koji bi mogli otkriti identitet klijenta (na supervizijama, prezentacijama slučaja i sl.) i sve druge situacije koje bilo kome drugom mogu ukazati na HIV pozitivan status klijenta se moraju shvatiti ozbiljno. Na primer, prilikom pisanja izveštaja i nalaza, ukoliko nije direktno relevantno, ne mora se pomenuti konkretno HIV, a u slučaju da jeste neophodno, može se pisati MKB šifra bolesti (B-20).

Domaće zakonodavstvo ovu informaciju tretira kao posebno medicinski osetljivu i to je važno imati u vidu kako zbog očuvanja poverenja i uspeha terapijskog odnosa, tako i zbog formalnih okvira.

Kontratransfer. Psihoterapeuti koji rade sa PLHIV klijentima, mogu se suočiti sa brojnim kontratransfernim reakcijama i problemima: sopstvenom homofobijom i stavovima prema seksualnosti ili zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, sopstvenim strahom od smrti/ usamljenosti/

⁷ Naime čak i u slučaju da osoba ima PLHIV partnera, savetuje se upotreba kondoma zbog mogućnosti reinfekcije, tako da su zaštićene seksualne prakse važne kako zbog partnera, tako i zbog zdravlja samog klijenta. Takođe, mogućnost postekspozicione profilakse (PEP) u slučaju izloženosti HIV-u (usled, npr. pucanja kondoma kod HIV serodiskordantnih parova) je nešto o čemu bi psihoterapeuti trebalo da budu obavešteni.

gubitka kontrole/ smisla, osećaju omnipotencije i „fantazijama spasioca“, identifikaciji sa klijentom (koja će dovesti do briga u vezi sa sopstvenim prethodnim rizicima od infekcije, besa na nevernog partnera ili preterano zaštitničkog, paternalizujućeg stava i sl.), terapijskim nihilizmom i osećanjem krivice (osećaja beznađa, bespomoćnosti i očaja zbog nemogućnosti da pomognu više), strahom od infekcije (naročito terapeuti koji nisu imali puno kontakta sa PLHIV klijentima; ukoliko ne razume i ne proradi iracionalnu prirodu ovih strahova, terapeut će biti distanciran i potkrepiti klijentove iracionalne strahove i osećaj izolacije i samostigmatizacije).

Kada je u pitanju razmatranje otkrivanja HIV statusa drugima, kontratransferni problemi se mogu ogledati u precenjivanju rizika od negativnih reakcija drugih, ili pak, njihovom potcenjivanju. Procena ozbiljnosti bolesti uopšte i trenutnog stanja klijenta, takođe može biti precenjena ili potcenjena zbog terapeutovih strahova i kontratransfernih „senki“.

Zbog svega ovoga, posebno kada se radi o manje iskusnim terapeutima ili onima koji nisu imali iskustva sa PLHIV klijentima, supervizija i intervizija mogu biti izrazito važne kako zbog samog terapeuta, tako i zbog efikasnosti pomoći koju pruža. Nerazrešena kontratransferna pitanja će ga učiniti manje empatičnim i manje dostupnim za klijenta koji se već bori sa osećanjem odbačenosti, a iracionalne brige potkrepiti klijentove strahove i dodatno opteretiti njegove kapacitete da se uspešno prilagodi.

Čitavo ovo poglavlje se bavi temom HIV/AIDS-a i njegovog potencijalnog uticaja na život PLHIV klijenata. Akcenat je stavljen na probleme sa kojima se suočavaju ljudi zbog ove bolesti. Međutim, važno je napomenuti da osobe koje žive sa HIV-om neće nužno imati sve ove probleme. Posle početnog šoka, mnogi će pronaći načine da se prilagode dijagnozi te ona ne mora biti razlog javljanja terapeutu. Stoga, terapijski rad će možda biti fokusiran na druge oblasti života (konflikte na poslu, porodične probleme itd.) i važno je imati na umu da ne mora sve da bude u vezi sa HIV-om. Ukoliko klijent kaže da ima HIV, a o njemu uopšte ne priča, moguće je da zaista nije trenutno važna tema. S druge strane, treba voditi računa da se ne radi o potiskivanju ili negiranju bolesti i pratiti klijenta. Moguće je da mu je još uvek teško ili ne zna kako da o tome priča (pa bi nametanje te teme pobudilo otpore i preplavilo klijenta pretnjom te umanjilo njegove kapacitete za konstruktivno prevladavanje), ali je moguće i da zaista to nije trenutno važna tema u njegovom životu (te

ne treba upasti u zamku isključivog konstruisanja klijenta u kome ga doživljavamo pre svega i samo kao HIV+ osobu) već samo kao jedan aspekt njegovog identiteta koji će u određenim periodima imati veći ili manji uticaj na njegov život.

Zaključak

Antiretroviralna terapija nove generacije je omogućila da se HIV od smrtonosne pretvori u hroničnu bolest sa kojom se može dugo i kvalitetno živeti. Otkrića do kojih je došla medicina, međutim, nisu široko poznata pa je ova bolest i dalje jako stigmatizovana. To dovodi do različitih teškoća koja utiču na kvalitet života osoba koje žive sa HIV-om.

U „eri adherencije“, fokus je sa bioloških aspekata bolesti pomećen na psihološke (i socijalne) koji neretko postaju ključni za produžetak kvalitetnog života, a psiho-socijalne intervencije i psihoterapija mogu imati važnu i značajnu ulogu u pomoći osobama da se konstruktivno suoče sa bolešću i proaktivno pristupe teškoćama koje ona nosi.

Iako će terapeutima povremeno biti potrebna dodatna znanja u vezi sa samom bolešću, najvažniji cilj u radu sa PLHIV klijentima je zapravo pomeranje fokusa sa bolesti na život i posvećivanje budućnosti čija je ona samo jedan, ali nikako i najvažniji, deo.

Literatura

- Abbott, D., & Burns, J. (2007). What's love got to do with it?: Experiences of lesbian, gay, and bisexual people with intellectual disabilities in the United Kingdom and views of the staff who support them. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(1), 27-39.
- ACLU Lesbian and Gay Rights Project. (2002). *Too high a price: The case against restricting gay parenting*. New York: American Civil Liberties Union.
- Adams, E. M., Cahill, B. J., & Ackerlind, S. J. (2005). A qualitative study of Latino lesbian and gay youths' experiences with discrimination and the career development process. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 199-218.
- Adelman, M. (1990). Stigma, gay lifestyles, and adjustment to aging: A study of later-life gay men and lesbians. *Journal of Homosexuality*, 20(3-4), 7-32.
- Albelda, R., Badgett, M.L., Schneebaum, A., & Gates, G.J. (2009). *Poverty in the lesbian, gay, and bisexual community*. Los Angeles, CA: The Williams Institute.
- Allegretto, S., & Arthur, M. (2001). An empirical analysis of homosexual/heterosexual male earnings differentials: Unmarried and unequal? *Industrial and Labor Relations Review*, 54, 631-646.
- Allen, M., & Burrell, N. (1996). Comparing the impact of homosexual and heterosexual parents on children: Meta-analysis of existing research. *Journal of Homosexuality*, 32(2), 19-35.
- Allison, K., Crawford, I., Echemendia, R., Robinson, L., & Knepp, D. (1994). Human diversity and professional competence: Training in clinical and counseling psychology revisited. *American Psychologist*, 49, 792-796.
- Allport, G.W. (1979). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley. (Original work published in 1954).
- American Association for Marriage and Family Therapy. (1991). *AAMFT code of ethics*. Washington, DC: Author.
- American Counseling Association. (1996). *ACA code of ethics and standards of practice*. In B. Herlihy & G. Corey (Eds.), *ACA ethical standards casebook* (5th ed., pp. 26-59). Alexandria, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (1974). *Position statement on homosexuality and civil rights*. *American Journal of Psychiatry*, 131, 497.
- American Psychological Association. (1992). *Ethical principles and code of conduct*. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- American Psychological Association. (1995). *Lesbian and gay parenting: A resource for psychologists*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1998). XII. Public interest: Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. In *proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for legislative year 1997*. *American Psychologist*, 53, 882-939.
- American Psychological Association. (2002a). *Criteria for practice guideline development and evaluation*. *American Psychologist*, 57, 1048-1051.
- American Psychological Association. (2002b). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association. (2006). *Answers to your questions about transgender individuals and gender identity*. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/sexuality/transgender.aspx>
- American Psychological Association. (2007). *Guidelines for psychological practice with girls and women*. *American Psychologist*, 62, 949-979.
- American Psychological Association. (2008). *Report of the APA task force on gender identity and gender variance*. Retrieved January 8, 2010 from www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf
- American Psychological Association. (2009a). *Report of the APA task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation*. Retrieved January 8, 2010 from www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf
- American Psychological Association. (2009b). *Lesbian, gay, bisexual, and transgender persons and socioeconomic status*. Retrieved January 12, 2010 from www.apa.org/pi/ses/resources/publications/lgbt-factsheet.pdf

- American Psychological Association Task Force on the Sexualization of Girls. (2007). Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved March 19, 2008 from <http://www.apa.org/pi/women/programs/girls/report.aspx>.
- Anderson, J.R., & Barret, B. (2001). Ethics in HIV-related psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anderson, M. Z., Croteau, J. M., Chung, Y. B., & DiStefano, T. M. (2001). Developing an assessment of sexual identity management for lesbian and gay workers. *Journal of Career Assessment*, 9, 243-260.
- Anderson, S. (1996). Addressing heterosexist bias in the treatment of lesbian couples with chemical dependency. In J. Laird & R. J. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists* (pp. 316-340). San Francisco: Jossey-Bass.
- Anton, B. (2008). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2007. Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives February 16-18, 2007, Washington, DC and August 9 and 13, 2007, San Francisco, CA, and minutes of the February, June, August, and December 2007 meetings of the Board of Directors. *American Psychologist*, 63 (5), 360-442.
- Appell, A. (2003). Recent developments in lesbian and gay adoption law. *Adoption Quarterly*, 7 (1), 73-84.
- Armesto, J. (2002). Developmental and contextual factors that influence gay fathers' parental competence: A review of the literature. *Psychology of Men and Masculinity*, 3, 67-78.
- Badgett, M.V.L. (1995). The wage effects of sexual orientation discrimination. *Industrial and Labor Relations Review*, 48, 726-739.
- Badgett, M.V. L. (2003). Money, myths, and change: The economic lives of lesbians and gay men. Chicago: University of Chicago Press.
- Badgett, M.V.L., Lau, H., Sears, B., & Ho, D. (2007). Bias in the workplace: Consistent evidence of sexual orientation and gender identity discrimination. Retrieved from <http://www.law.ucla.edu/williamsinstitute/publications/biasintheworkplace.pdf>
- Bailey, J.M., Zucker, Kenneth J. (1995): Childhood Sex-Typed Behavior and Sexual Orientation: A Conceptual Analysis and Quantitative Review, *Developmental Psychology*, 31(1), 43-55.
- Banaji, M. R., & Hardin, C. (1996). Automatic stereotyping. *Psychological Science*, 7, 136-141.
- Banaji, M. R., Lemm, K. M., & Carpenter, S. J. (2001). Automatic and implicit processes in social cognition. In A. Tesser & N. Schwartz (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Intraindividual processes* (pp. 134-158). Oxford: Blackwell.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 462-478.
- Bargh, J.A., & Williams, E.L. (2006). The automaticity of social life. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 1-4.
- Bass, E., & Kaufman, K. (1996). *Free your mind. The book for gay, lesbian, and bisexual youth and their allies*. New York: Collins.
- Batchelor, S. A., Kitzinger, J., & Burtney, E. (2004). Representing young people's sexuality in the 'youth' media. *Health Education Research*, 19, 669-676.
- Baucom, D.H. (1980). Independent CPI Masculinity and Femininity scales: Psychological correlates and a sex-role typology. *Journal of Personality Assessment*, 3, p262, 10p.
- Baumgartner, L.M. (2007). The incorporation of the HIV/AIDS identity into the self over time. *Qualitative Health Research*, 17 (7), 919-931.
- Beals, K.P. (2004). Stigma management and well-being: The role of social support, cognitive processing, and suppression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65 (2-B), 1070.
- Beckstead, A.L. (2001). Cures versus choices: Agendas in sexual reorientation therapy. In A. Shidlo, N. Schroeder, & J. Drescher (Eds.), *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical, and research perspectives* (pp. 87-115). New York: Haworth Press.
- Beckstead, A.L., & Israel, T. (2007). Affirmative counseling in psychotherapy focused on issues related to sexual orientation conflicts. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 221-224).

- (2nd ed.) Washington, DC: American Psychological Association.
- Beckstead, A.L., & Morrow, S.L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, 32 (5), 651-690.
- Bell, A. P., Hammersmith, S. K. & Weinberg, M. S. (1982). A comment on Tripp's review. *Journal of Sex Research*, 186-189.
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 105-162.
- Ben-Ari, A., & Livni, T. (2006). Motherhood is not a given thing: Experiences and constructed meaning of biological and nonbiological lesbian mothers. *Sex Roles*, 54, 521-531.
- Benjamin, H. (1967). The transsexual phenomenon. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 29(4) 428-430.
- Benoit, M. (2005). Conflict between religious commitment and same-sex attraction: Possibilities for a virtuous response. *Ethics and Behavior*, 15(4), 309-325.
- Berg, C.J., Michelson, S.E., & Safren, S.A. (2007). Behavioral aspects of HIV care: Adherence, depression, substance use, and HIV-transmission behaviors. *Infectious Disease Clinics of North American*, 21 (1), 181-200.
- Berger, R. (1996). *Gay and gray: The older homosexual man* (2nd ed.). New York: Harrington Park Press.
- Berger, R., & Kelly, J. (1996). Gay men and lesbians grown older. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 305-316). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Biaggio, M., Orchard, S., Larson, J., Petrino, K., & Mihara, R. (2003). Guidelines for gay/lesbian/bisexual-affirmative educational practices in graduate psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 548-554.
- Bieschke, K.J. (2008). We've come a long way, baby. *The Counseling Psychologist*, 36, 631-638.
- Bieschke, K.J., Perez, R.M., & DeBord, K.A. (2000). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bieschke, K. J., Perez, R. M., & DeBord, K. A. (2007). Introduction: The challenge of providing affirmative psychotherapy while honoring diverse contexts. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.) (pp. 3-11). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bigner, J.J., & Bozett, F.W. (1990). Parenting by gay fathers. In F. Bozett & M. Sussman (Eds.), *Homosexuality and family relations* (pp. 155-176). New York: Harrington Park Press.
- Bigner, J.J., & Jacobsen, R.B. (1989a). The value of children to gay and heterosexual fathers. In F. W. Bozett (Ed.), *Homosexuality and family relations* (pp. 163-172). New York: Harrington Park Press.
- Bigner, J.J., & Jacobsen, R.B. (1989b). Parenting behaviors of homosexual and heterosexual fathers. In F.W. Bozett (Ed.), *Homosexuality and the family* (pp. 173-186). New York: Harrington Park Press.
- Bing, E.G., Burnam, M.A., Longshore, D., Fleishman, J.A., Sherbourne, C.D., London, A.S., Turner, B.J., Eggan, F., Beckman, R., Vitiello, B., Morton, S.C., Orlando, M., Bozette, S.A., Ortiz-Barron, L., & Shapiro, M. (2001). Psychiatric disorders and drug use among Human Immunodeficiency Virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58 (8), 721-728.
- Blanchard, R., Clemmensen, L., Steiner, B. (1985): Social Desirability Response Set and Systematic Distortion in the Self-Report of Adult Male Gender Patients, *Archives of Sexual Behavior*, 14(6), 505-516.
- Blevins, D., & Werth, J.L. Jr. (2006). End-of-life issues for LGBT older adults. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 206-226). New York: Columbia University Press.
- Bockting, W., Benner, A. & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 688-701.
- Bockting, W.O., (2008). Psychotherapy and real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity, *Sexologies*, 17(4), 211-224.
- Boden, R. (1992). Psychotherapy with physically disabled lesbians. In S.H. Dworkin & F.J. Gutierrez

- (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journal to the end of the rainbow* (pp. 157-174). Alexandria, VA: AACD Press.
- Bogart, L.M., Collins, R.L., Kanouse, D.E., Beckman, R., Golinelli, D., Bird, C.E., & Cunningham, W. (2006). Patterns and correlates of deliberate abstinence among men and women with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health, 96* (6), 1078-1084.
- Bohan, J.S. (1996). *Psychology and sexual orientation: Coming to terms*. New York: Routledge.
- Borg, M.J. (2004). *The heart of Christianity: Rediscovering a life of faith*. San Francisco, CA: Harper.
- Bornstein, K. (1995): *Gender Outlaw- on men, women and the rest of us*, Vintage Books, New York
- Bos, H.M.W., van Balen, F., & van den Boom, D.C. (2003). Planned lesbian families: Their desire and motivation to have children. *Human Reproduction, 10*, 2216-2224.
- Bos, H.M.W., van Balen, F., & van den Boom, D.C. (2005). Lesbian families and family functioning: An overview. *Patient Education and Counseling, 59*, 263-275.
- Bos, H.M.W., van Balen, F., & van den Boom, D.C. (2007). Child adjustment and parenting in planned lesbian-parent families. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*, 38-48.
- Bourdon, K. H., Rae, D. S., Narrow, W. E., Manderschild, R. W., & Regier, D. A. (1994). National prevalence and treatment of mental and addictive disorders. In R. W. Manderschild & A. Sonnenschein (Eds.), *Mental health: United States* (pp. 22-51). Washington, DC: Center for Mental Health Services.
- Boysen, G.A., & Vogel, D.L. (2008). The relationship between level of training, implicit bias, and multicultural competency among counselor trainees. *Training and Education in Professional Psychology, 2*, 103-110.
- Bradford, M. (2004a). Bisexual issues in same-sex couples therapy. *Journal of Couple and Relationship Therapy, 3*(3/4), 43-52.
- Bradford, M. (2004b). The bisexual experience: Living in a dichotomous culture. *Journal of Bisexuality, 4* (1/2), 7-23.
- Bradford, M. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual women. *Journal of Bisexuality, 6* (1/2), 13-25.
- Brill, S., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. San Francisco, CA: Cleis.
- Brooks, R.A., Rotheram-Borus, M.J., Bing, B.G., Ayala, G., & Henry, C.L. (2003). HIV and AIDS among men of color who have sex with men and men of color who have sex with men and women: An epidemiologic profile. *AIDS Education and Prevention, 15*, 1-6.
- Brooks, R.A., Etzel, M.A., Hinojos, E., Henry, C.L., & Perez, M. (2005). Preventing HIV among Latino and African American gay and bisexual men in a context of HIV-related stigma, discrimination, and homophobia: Perspectives of providers. *AIDS Patient Care and STDs, 19* (11), 737-744.
- Brooks, V.R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Lexington, MA: Heath.
- Brooks, W.K. (1992). Research and the gay minority: Problems and possibilities. In N.J. Woodman (Ed.), *Lesbian and gay lifestyles: A guide for counseling and education* (pp. 201-215). New York: Irvington.
- Brotman, S., Ryan, B., & Cormier, R. (2003). The health and social services needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist, 43*, 192-202.
- Brown, L. (1989). Lesbians, gay men, and their families: Common clinical issues. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 1*(1), 65-77.
- Brown, L. B. (Ed.) (1997). *Two spirit people: American Indian lesbian women and gay men* (pp. 43-65). Binghamton, NY: Haworth.
- Brown, M. & Rounsley, C.A. (1996). *True selves: Understanding transsexualism—for families, friends, coworkers, and helping professionals*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Browning, F. (1996). *A queer geography: Journeys toward a sexual self*. New York: Random House.
- Buchanan, M., Dzelme, K., Harris, D., & Hecker, L. (2001). Challenges of being simultaneously gay or lesbian and spiritual and/or religious: A narrative perspective. *The American Journal of Family Therapy, 29*, 435-449.
- Buhrke, R. (1989). Female student perspectives on training in lesbian and gay issues. *The Counseling Psychologist, 17*, 629-636.
- Buhrke, R. A., & Douce, L. G. (1991). Training issues for counseling psychologists in working with

lesbians and gay men. *The Counseling Psychologist*, 19, 216-239.

Burckell, L.A., & Goldfried, M.R. (2006). Therapist qualities preferred by sexual-minority individuals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (1), 32-49.

Butt, J.A., & Guldner, C.A. (1993). Counseling bisexuals: Therapists' attitudes towards bisexuality and application in clinical practice. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 2 (2), 61-70.

Buxton, A.P. (1994). The other side of the closet: The coming out crisis for straight spouses and families. New York: John Wiley.

Buxton, A.P. (2004). Works in progress: How mixed-orientation couples maintain their marriages after the wives come out. *Journal of Bisexuality*, 4 (1/2), 57-82.

Buxton, A.P. (2005). A family matter: When a spouse comes out as gay, lesbian, or bisexual. *Journal of GLBT Family Studies*, 1 (2), 49-70.

Buxton, A.P. (2007). Counseling heterosexual spouses of bisexual or transgender partners. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 395-416). New York: Columbia University Press.

Cabaj, R., & Klinger, R. (1996). Psychotherapeutic interventions with lesbian and gay couples. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 485-502). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cabaj, R. P., & Stein, T. S. (1996). *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cahill, S., & South, K. (2002). Policy issues affecting lesbian, gay, bisexual, and transgender people in retirement. *Generations*, 26 (2), 49-54.

Cahill, S., South, K., & Spade, J. (2000). *Outing age: Public policy issues affecting gay, lesbian, bisexual, and transgender elders*. Washington, DC: Public Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force Foundation.

Canadian Psychological Association. (1995). *Canadian code of ethics for psychologists*. Ottawa, Ontario, Canada: Author. Retrieved November 18, 2000, from the World Wide Web: <http://www.cpa.ca/ethics.html>

Cargill, V.A., & Stone, V.E. (2005). HIV/AIDS: A minority health issue. *Medical Clinics of North America*, 89 (4), 895-912.

Carlsson, G. (2007). Counseling the bisexual married man. In B. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 108-126). New York: Columbia University Press.

Carpenter, C.S. (2005). Self-reported sexual orientation and earnings: Evidence from California. *Industrial and Labor Relations Review*, 58, 258-273.

Carroll, L. (2010). *Counseling sexual and gender minorities*. Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Carroll, L., & Gilroy, P.J. (2002). Transgender issues in counselor preparation. *Counselor Education and Supervision*, 41, 233-242.

Carver P., Egan S. & Perry D. (2004). Children who question their heterosexuality. *Developmental Psychology*, 1, 43-53-

Cass, V. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4, 219-135.

Cass, V. C. (1984). Homosexual identity formation: The presentation and testing of a socio cognitive model. Unpublished manuscript, Murdoch University, Murdoch, Western Australia

Castillo, R. (1997). *Culture and mental illness: A client-centered approach*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). *HIV/AIDS Surveillance Report: HIV Infection and AIDS in the United States, 2003* (Vol. 15). Atlanta, GA: Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention, U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

Cerbone, A. (1990). Coming out as a lifelong developmental issue: Erik Erikson rethought. Poster session presented at the American Psychological Association Annual Convention, Boston, Massachusetts.

Chan, C. (1992). Asian-American lesbians and gay men. In S. Dworkin & F. Gutierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* (pp. 115-124). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

- Chan, C. (1995). Issues of sexual identity in an ethnic minority: The case of Chinese American lesbians, gay men, and bisexual people. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span: Psychological perspectives* (pp. 87-101). New York: Oxford University Press.
- Chan, C. S. (1997). Don't ask, don't tell, don't know: The formation of homosexual identity and sexual expression among Asian American lesbians. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3, Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 240-248). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chu, C. & Selwyn, P. (2011). An Epidemic in Evolution: The Need for New Models of HIV Care in the Chronic Disease Era. *Journal of Urban Health*, 88(3), 556–566.
- Chung, Y. B. (2001). Work discrimination and coping strategies: Conceptual frameworks for counseling lesbian, gay, and bisexual clients. *The Career Development Quarterly*, 50, 33-44.
- Chung, Y. B. (2003a). Career counseling with lesbian, gay, bisexual and transgendered persons: The next decade. *The Career Development Quarterly*, 52, 78-85.
- Chung, Y. B. (2003b). Ethical and professional issues in career assessment with lesbian, gay, and bisexual persons. *Journal of Career Assessment*, 11, 96-112.
- Citron, K., Brouillette, M.J. & Beckett, A. (eds)(2005). *HIV and Psychiatry: Training and Resource Manual*. UK: Cambridge University Press.
- Clunis, D., & Green, G. (1988). *Lesbian couples*. Seattle, WA: Seal Press.
- Cohen, A. & Gorman, J. (Ed)(2008). *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry*. Oxford University Press: New York.
- Cohen-Kettenis, P.T., & Pfafflin, F. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults, *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513.
- Cochran, S. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? *American Psychologist*, 56, 622-642.
- Cochran, S.D., Sullivan, J.G., & Mays, V.M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53-61.
- Cochran, S.D., Mays, V.M., Alegria, M., Ortega, A.N., & Takeuchi, D. (2007). Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 785-794.
- Cohen, M., Deamant, C., Barkan, S., Richardson, J., Young, M., Holman, S., Anastos, K., Cohen, J., & Melnick, S. (2000). Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. *American Journal of Public Health*, 90 (4), 560-565.
- Cole, E.R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64, 170-180.
- Collins, J.F. (2007). Counseling at the intersection of identities: Asian/Pacific American bisexuals. In B. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 229-245). New York: Columbia University Press.
- Coleman, E. et al. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165–232.
- Coleman, E. et al. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, 7th Version. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). www.wpath.com
- Conger, J. (1975). Proceedings of the American Psychological Association for the year 1974: Minutes of the annual meeting of the Council of Representatives. *American Psychologist*, 30, 620-651.
- Conrad, P. (1997). Public eyes and private genes: Historical frames, news constructions, and social problems. *Social Problems*, 44, 139-154.
- Connell, R. (2010). Two Cans of Paint: A Transsexual Life Story, with Reflections on Gender Change and History, *Sexualities*, 13(1), 3–19.
- Conrey, F. R., Sherman, J. W., Gawronski, B., Hugenberg, K., & Groom, C. J. (2005). Separating multiple processes in implicit social cognition: The quad model and implicit task performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 469-487.
- Cooperman, N., Arnsten, J., & Klein, R. (2007). Current sexual activity and risky sexual behavior in

- older men with or at risk for HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 19(4), 321-333.
- Cooper-Nicols, M. (2007). Exploring the experiences of gay, lesbian, and bisexual adolescents in school: Lessons for school psychologists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(7-B), 4131.
- Corey, G., Schneider-Corey, M., & Callanan, P. (1993). *Issues and ethics in the helping professions* (4th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*, 290(15), 2023-2029.
- Coyle, A. (1993). A study of psychological well-being among gay men using the GHQ-30. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 218-220.
- Cramer, P. & Carter, T. (1978). The relationship between sexual identification and the use of defense mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 1, p63, 11p
- Crisp, C., Wayland, S., & Gordon, T. (in press). Older gay, lesbian, and bisexual adults: Tools for age-competent and gay affirmative practice. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*.
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96, 608-630.
- Croteau, J., & Bieschke, K. (1996). Beyond pioneering: An introduction to the special issue on the vocational issues of lesbian women and gay men. *Journal of Vocational Behavior*, 48, 119-124.
- Croteau, J.M., Bieschke, K.J., Fassinger, R.E., & Manning, J.L. (2008). Counseling psychology and sexual orientation: History, selective trends, and future directions. In S.D. Brown & R.W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed., pp. 194-211). New York: John Wiley & Sons.
- Day, N. E. & Schoenrade, P. (1997). Staying in the closet versus coming out: Relationships between communication about sexual orientation and work attitudes. *Personnel Psychology*, 147-163 de Beauvoir, S. (1973). *The Second Sex*. Vintage Books
- Dacey, J & Kenny, M. (1997): *Adolescent development*, Brown & Benchmark publishers, Madison WI
- D'Augelli, A. (1991). Gay men in college: Identity processes and adaptations. *Journal of College Student Development*, 32, 140-146.
- D'Augelli, A. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 – 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 433-456.
- D'Augelli, A.R., Pilkington, N.W., & Hershberger, S.L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 148-167.
- D'Augelli, A. (2006). Developmental and contextual factors and mental health among lesbian, gay, and bisexual youths. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 37-53). Washington, DC: American Psychological Association.
- D'Augelli, A. R., Collins, C., & Hart, M. M. (1987). Social support patterns of lesbian women in a rural helping network. *Journal of Rural Community Psychology*, 8(1), 12-27.
- D'Augelli, A., & Garnets, L. (1995). Lesbian, gay, and bisexual communities. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span: Psychological perspectives* (pp. 293- 320). New York: Oxford University Press.
- D'Augelli, A., & Hershberger, S. L. (1993). Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, 21, 421-448.
- D'Augelli, A., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: Disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 361-371.
- David, S., & Knight, B.G. (2008). Stress and coping among older adult gay men: Age and ethnic differences. *Psychology and Aging*, 23, 62-69.
- Davidson, M. G. (2000). Religion and spirituality. In R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 409-433). Washington, DC: American Psychological Association.

- Deaux, K., & Lewis, L. L. (1984). The structure of gender stereotypes: Interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 991-1004.
- Devine, P.G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- DeCuyper, G., Knudson G., & Bockting, W., (2010), Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed DSM 5 Criteria for Gender Incongruence: preuzeto 3.11.2011. sa: www.wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=16
- Deeks, S., Lewin, S. & Havlir, D. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet*, 382(9903), 1525–1533.
- Devine, P. G., Plant, E. A., Amodio, D. M., Harmon-Jones, E., & Vance, S. L. (2002). The regulation of explicit and implicit race bias: The role of motivations to respond without prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 835-848.
- Dews, C.L.B., & Law, C.L. (2004). This fine place so far from home: Voices of academics from the working class. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Diamond, L. M. (2007). A dynamical systems approach to the development and expression of female same-sex sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 142-161.
- Diaz, R. M., Bein, E., & Ayala, G. (2006). Homophobia, poverty, and racism: Triple oppression and mental health outcomes in Latino gay men. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Diaz, R. M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*, 91, 927-932.
- Dickens, J., & McKellen, I. (1996). *Family outing: Guide for parents of gay, lesbian, and bisexual people*. London: Dufour Editions.
- DiPlacido, J. (1998). Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. In G. Herek (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 4. Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 138-159). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Joint Task Force on Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 55(12), 1440-1451.
- Dodge, B., & Sandfort, T.G.M. (2007). A review of mental health research on bisexual individuals when compared to homosexual and heterosexual individuals. In B. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexual across the lifespan* (pp. 28-51). New York: Columbia University Press.
- Drescher, J. (2001). I'm your handyman: A history of reparative therapies. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 5 (3/4), 5-24.
- Drescher, J. (2010). Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual, *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 427–460.
- DuBois, M. (2006). Legal concerns of LGBT elders. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 195-205). New York: Columbia University Press.
- Duffy, L. (2005). Suffering, Shame, and Silence: The Stigma of HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16(1), 3–20.
- Dworkin, S.H. (1992). Some ethical considerations when counseling gay, lesbian, and bisexual clients. In S. Dworkin & F. Gutierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* (pp. 325-334). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Dworkin, S.H. (1997). Female, lesbian, and Jewish: Complex and invisible. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3, Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 63-87). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dworkin, S. H. (2000). Individual therapy with lesbians, gays, and bisexuals. In R. M. Perez, K. A. DeBord & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and therapy with lesbians, gays, and bisexuals* (pp. 157–181). Washington, D.C.: APA Press.

- Dworkin, S.H. (2001). Treating the bisexual client. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (5), 671-680.
- Dworkin, S.H. (2002). Biracial, bicultural, bisexual: Bisexuality and multiple identities. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 93-107.
- Dworkin, S. H. (2006). Aging Bisexual: The invisible of the invisible minority. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Aging: Research and Clinical Perspectives* (36-52). Columbia Univ. Press.
- Edwards, M. (2011). Influence of Social Support on Gay Men Living with HIV. *Marriage & Family Review*, 47(5), 265–288.
- Egan, P.J., Edelman, M.S., & Sherrill, K. (2008). Findings from the Hunter College poll of lesbians, gays, and bisexuals: New discoveries about identity, political attitudes, and civic engagement. Washington, DC: The Human Rights Campaign Foundation and Hunter College. Retrieved on January 14, 2010 from http://www.hrc.org//documents/Hunter_college_report.pdf
- Ellis, K.M. & Eriksen, K. (2002). Transsexual and Transgenderist Experiences and Treatment Options, *The Family Journal*, 10(3), 289–299.
- Eliason, M. (2001). Bi-negativity: The stigma facing bisexual men. *Journal of Bisexuality*, 1 (2/3), 137-154.
- Elmslie, B., & Tebaldi, E. (2007). Sexual orientation and labor market discrimination. *Journal of Labor Research*, 28, 436-453.
- Entrup, L. & Firestein, B.A. (2007). Developmental and spiritual issues of young people and bisexuals of the next generation. In B. A. Firestein (Ed.). *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 89-107). New York: Columbia University Press.
- Erich, S., Leung, P., & Kindle, P. (2005). A comparative analysis in adoptive family functioning with gay, lesbian, and heterosexual parents and their children. *Journal of GLBT Family Studies*, 1, 43-60.
- Espin, O. (1999). *Women crossing boundaries: A psychology of immigration and transformations of sexuality*. New York: Routledge.
- Espin, O. M. (1993). Issues of identity in the psychology of Latina lesbians. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian & gay male experiences* (pp. 339-363). New York: Columbia University Press.
- Espelage, D.L., Aragon, S.R., Birkett, M., & Koenig, B.W. (2008). Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students: What influence do parents and school have? *School Psychology Review*, 37(2) 202-216.
- Esterberg, K. (1996). Gay cultures, gay communities: The social organization of lesbians, gay men, and bisexuals. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 337-392). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.
- Evans, T. (2003). Bisexuality: Negotiating lives between two cultures. *Journal of Bisexuality*, 3 (2), 91-108.
- Ezzy, D. (2000). Illness narratives: time, hope and HIV. *Social Science & Medicine*, 50(5), 605–617.
- Factor, R.J., & Rothblum, E.D. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research*, 3, 11-30.
- Fassinger, R. E. (1991). The hidden minority: Issues and challenges in working with lesbian women and gay men. *Counseling Psychologist*, 19, 157-176
- Fassinger, R. (1995). From invisibility to integration: Lesbian identity in the workplace. *Career Development Quarterly*, 14, 148-167.
- Fassinger, R. (1997). Issues in group work with older lesbians. *Group*, 21, 191-210.
- Fassinger, R. (2007, September). Sexual orientation and gender identity. Presentation at the American Psychological Association Governance Meeting Diversity Training, Washington, DC.
- Fassinger, R.E. (2008). Workplace diversity and public policy: Challenges and opportunities for psychology. *American Psychologist*, 63, 252-268.
- Fassinger, R. E., & Arseneau, J. R. (2007). "I'd rather get wet than be under that umbrella": Differentiating the experiences and identities of lesbian, gay, bisexual, and transgender people. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.) (pp. 19-49). Washington, DC: American Psychological

Association.

- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Ferrer, L., & Gomez, L.A.J. (2007). Counseling bisexual Latinos: A minority with a minority. In B. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 246-267). New York: Columbia University Press.
- Fine, M., & Asch, A. (Eds.). (1988). *Beyond pedestals. Women with disabilities: Essays in psychology, culture, and politics*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Firestein, B. (1996). Bisexuality as a paradigm shift: Transforming our disciplines. In B. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 263-291). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Firestein, B. (2006). Cultural and relational contexts of bisexual women: Implications for therapy. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 91-117). (2nd ed.) Washington, DC: American Psychological Association.
- Firestein, B. (2007). Cultural and relational contexts of bisexual women: Implications for therapy. In B. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 127-152). New York: Columbia University Press.
- Fischer, A. R., & DeBord, K. A. (2007). Perceived conflicts between affirmation of religious diversity and affirmation of sexual diversity: That's perceived. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.) (pp. 317-339). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fish, L.S., & Harvey, R.G. (2005). *Nurturing queer youth: Family therapy transformed*. New York: W.W. Norton.
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386-391.
- Flaks, D., Ficher, I., Masterpasqua, F., & Joseph, G. (1995). Lesbians choosing motherhood: A comparative study of lesbian and heterosexual parents and their children. *Developmental Psychology*, 31, 104-114.
- Fontes, L.A. (2008). *Interviewing clients across cultures: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press
- Ford, V., (2003). Coming out as lesbian or gay: A potential precipitant of crisis in adolescence. *Journal of Human Behavior*, 8(2-3), 93-110.
- Fox, R. (1996). Bisexuality in perspective: A review of theory and research. In B. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 3-50). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fox, R. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual women and bisexual men: An introduction. *Journal of Bisexuality*, 6 (1/2), 1-11.
- Fraley, S., Mona, L., & Theodore, P. (2007). The sexual lives of lesbian, gay, and bisexual people with disabilities: Psychological perspectives. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(1), 15-26.
- Friend, R. (1990). Older lesbian and gay people: A theory of successful aging. *Journal of Homosexuality*, 20(3/4), 99-118.
- Frost, J. (1997). Group psychotherapy with the gay male: Treatment of choice. *Group*, 21, 267-285.
- Fygetakis, L. M. (1997). Greek American lesbians: Identity odysseys of honorable good girls. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3, Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 152-190). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gainor, K.A. (2000). Including transgender issues in lesbian, gay, and bisexual psychology: Implications for clinical practice and training. In B. Greene & G.L. Croom (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 5. Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual* (pp. 131-160).
- Garnets, L., Hancock, K., Cochran, S., Goodchilds, J., & Peplau, L. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men: A survey of psychologists. *American Psychologist*, 46, 964-972.

- Garnets, L., Herek, G. M., & Levy, B. (1992). Violence and victimization of lesbians and gay men: Mental health consequences. In G. M. Herek & K. T. Berrill (Eds.), *The crimes: Confronting prejudice against lesbians and gay men* (pp. 207-226). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Garnets, L., & Kimmel, D. (1993). Lesbian and gay male dimensions in the psychological study of human diversity. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 1-51). New York: Columbia University Press.
- Garnets, L. D., & Kimmel, D. C. (2003). Diversity among lesbians, bisexuals, and gay men. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian & gay male experiences* (2nd ed.). (pp. 349-355). New York: Columbia University Press.
- Gartrell, N., Deck, A., Rodas, C., Peyser, H., & Banks, A. (2005). The National Lesbian Family Study: 4. Interviews with the 10-year old children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (4), 518-524.
- Gates, G. J., & Ost, J. (2004). *Gay and lesbian atlas*. Washington, DC: Urban Institute Press.
- Gifford, D., Hertz, F., & Duskow, E. (2010). *A legal guide for lesbian and gay couples*. Berkeley, CA: Nolo Publishing.
- Gilman, S., Cochran, S., Mays, V., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Co-morbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91 (6), 933-939.
- Glaus, O. (1988). Alcoholism, chemical dependency, and the lesbian client. *Women and Therapy*, 8, 131-144.
- Glenn, A., & Russell, R. (1986). Heterosexual bias among counselor trainees. *Counselor Education and Supervision*, 25, 222-229.
- Gock, T. S. (2001). Asian-Pacific Islander issues: Identity integration and pride. In B. Berzon (Ed.). *Positively gay: New approaches and gay and lesbian life*, Third Edition (pp. 334-341). Berkeley, CA: Celestial Arts.
- Goetstouwers, L. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual men. *Journal of Bisexuality*, 6 (1/2), 85-104.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. [Prevod: Gofman, E. (2009). *Stigma*. Mediterran Publishing, Novi Sad.]
- Golden, C. (1987). Diversity and variability in women's sexual identities. In Boston Women's Psychologies Collective (Eds.), *Lesbian psychologies: Explorations and challenges* (pp. 19-34). Urbana: University of Illinois Press.
- Gonsiorek, J. (1991). The empirical basis for the demise of the illness model of homosexuality. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 115-136). Newbury Park, CA: Sage.
- Gonsiorek, J. (1993). Mental health issues of gay and lesbian adolescents. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 469-485). New York: Columbia University Press.
- Gonzalez, A., Zvolensky, M., Solomon, S. & Miller, C. (2010). Exploration of the Relevance of Anxiety Sensitivity among Adults Living with HIV/AIDS for Understanding Anxiety Vulnerability. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 138-146.
- Gottlieb, M.S., Schroff, R., Schanker, H.M., Weisman, J.D., Fan, P.T., Wolf, R.A., & Saxon, A. (1981). Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *New England Journal of Medicine*, 305 (24), 1425-1431.
- Graham, D., Rawlings, E., Halpern, H., & Hermes, J. (1984). Therapists' needs for training in counseling lesbians and gay men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 482-496.
- Green, R.J. (2004). Risk and resilience in lesbian and gay couples: Comment on Solomon, Rothblum, and Balsam (2004). *Journal of Family Psychology*, 18, 290-292.
- Green, R.J. & Mitchell, V. (2002). Gay and lesbian couples in therapy: Homophobia, relationship ambiguity, and social support. In A.S. Gurman & N.S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 546-568). New York: Guilford Press.
- Green, J., & Brinkin, L. (1994). *Investigations into discrimination against transgender people*. San Francisco: San Francisco Human rights Commission.

- Greenan, D. E. & Tunnell, G. (2003). *Couple therapy with gay men*. New York: Guilford.
- Greene, B. (1994a). Ethnic minority lesbians and gay men: Mental health and treatment issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 243-251.
- Greene, B. (1994b). Lesbian and gay sexual orientations: Implications for clinical training, practice, and research. In B. Greene & G. Herek (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 1. Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications* (pp. 1-24). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Greene, B. (1994c). Lesbian women of color: Triple jeopardy. In L. Comas-Diaz & B. Greene (Eds.), *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy* (pp. 389-427). New York: Guilford Press.
- Greene, B. (1997). Ethnic minority lesbians and gay men: Mental health and treatment issues. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3. Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 216-239). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Greene, B. (2000). African American lesbian and bisexual women. *Journal of Social Issues*, 56 (2), 239-250.
- Greene, B. (2003). Beyond heterosexism and across the cultural divide – Developing an inclusive lesbian, gay, and bisexual psychology: A look to the future. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian & gay male experience* (2nd ed.). (pp. 357-400). New York: Columbia University Press.
- Greene, B. (2007). Delivering ethical psychological services to lesbian, gay, and bisexual clients. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 181-199). (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, R. (2009). The Three Kings: Harry Benjamin, John Money, Robert Stoller. *Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 610–613.
- Greene, B., & Croom, G. (Eds.). (2000). *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 5. Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Greenwald, A., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwood, G.L., Relf, M.V., Huang, B., Pollack, L.M., Canchola, J.A., & Catania, J.A. (2002). Battering victimization among a probability-based sample of men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 92 (12), 1964-1969.
- Griffin, C., Wirth, M., & Wirth, A. (1996). *Beyond acceptance: Parents of lesbians and gays talk about their experiences*. New York: St. Martin's Press.
- Gomez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godas, T., & Valdes, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Grov, C., Golub, S., Parsons, J., Brennan, M., & Karpiak, S. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*, 22(5), 630-639.
- Gunel, S. (2005): *Biologija protiv biologizma-o uporabi spola u biologiji, u: „Zbornik konferencijskih radova „Transgresija roda: spolna/rodna ravnopravnost znači više od binarnosti“ održan 2005. u Zagrebu*.
- Haldeman, D. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 221-227.
- Haldeman, D. (2001). Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. In A. Shidlo, N. Schroeder, & J. Drescher (Eds.), *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical, and research perspectives* (pp. 117-130). New York: Haworth Press.
- Haldeman, D.C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 260-263.
- Haldeman, D. (2004). When sexual and religious orientations collide: Considerations in working with conflicted same-sex attracted male clients. *The Counseling Psychologist*, 32 (5), 691-715.
- Haldeman, D. C. (1996). Spirituality and religion in the lives of lesbians and gay men. In R. P. Cabaj

- & T.S. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 881-896). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Halpert, S.C., Reinhardt, B., & Toohy, M.J. (2007). Affirmative clinical supervision. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord. (2007). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 341-358). (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hancock, K. A. (1995). Psychotherapy with lesbians and gay men. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span: Psychological perspectives* (pp. 398-432). New York: Oxford University Press.
- Hancock, K. (2000). Lesbian, gay, and bisexual lives: Basic issues in psychotherapy training and practice. In B. Greene & G.L. Croom (Eds.), *Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues: Vol. 5. Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual* (pp. 91-130). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hanjorgiris, W., Rath, J., O'Neill, J. (2004). Gay men living with chronic illness or disability: A socio-cultural, minority group perspective on mental health. *Journal of Lesbian and Gay Social Services*, 17(2), 25-41.
- Harper, G. W., & Schneider, M. (2003). Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 31, 243-252.
- Harris, J.I., Cook, S.W., & Kashubek-West, S. (2008). Religious attitudes, internalized homophobia, and identity in gay and lesbian adults. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health*, 12(3), 205-225.
- Hayes, B.G., & Hagedorn, W.B. (2001). Working with the bisexual client: How far have we progressed? *Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development*, 40 (1), 11-21.
- Heatherington, L., & Lavner, J. (2008). Coming to terms with coming out: Review and recommendations for family systems-focused research. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 329-343.
- Helgeson, V. S. (1994). Prototypes and dimensions of masculinity and femininity. *Sex Roles*, 31, 653-682.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154. doi:10.1210/jc.2009-0345
- Helminiak, D.A. (2000). *What the Bible really says about homosexuality*. New Mexico: Alamo Square Press.
- Herek, G.M. (1986). On heterosexual masculinity: Some psychical consequences of the social construction of gender and sexuality. *American Behavioral Scientist*, 29, 563-577.
- Herek, G.M. (1990a). Gay people and government security clearance: A social perspective. *American Psychologist*, 45, 1035-1042.
- Herek, G.M. (1990b). The context of antigay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 316-333.
- Herek, G.M. (1991a). Stigma, prejudice, and violence against lesbians and gay men. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 60-80). Newbury Park, CA: Sage.
- Herek, G. M. (1991b). Myths about sexual orientation: A lawyer's guide to social science research. *Law and Sexuality*, 1, 133-172.
- Herek, G.M. (1995). Psychological heterosexism in the United States. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span: Psychological perspectives* (pp. 321-346). New York: Oxford University Press.
- Herek, G. M. (1998). Bad science in the service of stigma: A critique of the Cameron group's survey studies. In G. M. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 223-255). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42, 1102-1112.
- Herek, G.M. (2002). Heterosexuals' attitudes toward bisexual men and women in the United States. *Journal of Sex Research*, 39, 264-274.

- Herek, G.M. (2003). Why tell if you're not asked? Self-disclosure, intergroup contact, and heterosexuals' attitudes towards lesbians and gay men. In L.D. Garnets & D.C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (pp. 270-298). (2nd ed.) New York: Columbia University Press.
- Herek, G.M. (2006). Legal recognition of same-sex relationships in the United States. *American Psychologist*, 61, 607-621.
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63, 905-925.
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 353-375.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 32-43.
- Herek, G.M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 54-74.
- Herek, G.M., Capitanio, J.P., & Widaman, K.F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92 (3), 371-377.
- Herek, G.M., Gillis, J., & Cogan, J. (1999). Psychological sequelae of hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 945-951.
- Herek, G. M., Kimmel, D. C., Amaro, H., & Melton, G. B. (1991). Avoiding heterosexist bias in psychological research. *American Psychologist*, 46, 957-963.
- Herek, G. et al. (2013). Stigma and Psychological Distress in People With HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 41-54.
- Hershberger, S., & D'Augelli, A. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31, 65-74.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21, 18-31.
- Horn, S.S. (2007). Adolescents' acceptance of same-sex peers based on sexual orientation and gender expression. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 363-371.
- Horner, E. (2007). Queer identities and bisexual identities: What's the difference? In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 287 – 311). New York: Columbia University Press.
- Horowitz, S.M., Weis, D.L., & Laflin, M.T. (2003). Bisexuality, quality of life, lifestyle, and health indicators. *Journal of Bisexuality*, 3 (2), 5-28.
- Hunt, B., Matthews, C., Milsom, A., & Lammel, J. (2006). Lesbians with physical disabilities: A qualitative study of their experiences with counseling. *Journal of Counseling and Development*, 84, 163-173
- Iasenza, S. (1989). Some challenges of integrating sexual orientations into counselor training and research. *Journal of Counseling and Development*, 68, 73-76.
- Israel, G.E., & Tarver, D.E. II. (Eds.). (1997). *Transgender care: Recommended guidelines, practical information, and personal accounts*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W.A., Sulzner, J.M., & Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39 (3), 361-368.
- Israel, T., & Hackett, G. (2004). Counselor education on lesbian, gay, and bisexual issues: Comparing information and attitude exploration. *Counselor Education and Supervision*, 43, 179-191.
- Israel, T., & Mohr, J. (2004). Attitudes toward bisexual women and men: Current research, future directions. In R. Fox (Ed.), *Current research on bisexuality* (pp. 117-134). Bingham, NY: Harrington Park Press.
- Israel, T., Ketz, K., Detrie, P.M., Burke, M.C., & Shulman, J.L. (2003). Identifying counselor competencies for working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 7 (4), 3-21.
- Israel, T., & Selvidge, M. (2003). Contributions of multicultural counseling to counselor competence

- with lesbian, gay, and bisexual clients. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 31, 84-98.
- Ivey, A.E., & Ivey, M.B. (2007). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society*. (6th ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Jacobs, J., & Freundlich, M. (2006). Achieving permanency for LGBTQ youth. *Child Welfare*, 85(2), 299-316.
- Jennings, K., & Shapiro, P. (2003). *Always my child: A parent's guide to understanding your gay, lesbian, bisexual, transgendered, or questioning son or daughter*. New York: Simon & Schuster.
- Johnson, H.D., McNair, R., Vojick, A., Congdon, D., Monacelli J. & Lamont, J., (2006). Categorical and continuous measurement of sex-role orientation: Differences in associations with young adults' reports of well-being. *Social Behavior and Personality*, 34(1), 59-76
- Johnson, M.O., & Neilands, T.B. (2007). Coping with HIV Treatment side effects: Conceptualization, measurement, and linkages. *AIDS and Behavior*, 11 (4), 575-585.
- Johnston-Roberts, K., Mann, T. (2000). Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV-infected women. *AIDS Care*, 12(4), 377-386.
- Jojić, M. (1937, 13. oktobar). Prvi slučaj pretvaranja žene u muškarca u Beogradu: Hirurg dr Vukota Božović operacijom juče je jedno stvorenje neodređenog pola preobrazi u muškarca. *Politika*, str. 5. Preuzeto 2014, sa: <http://scc.digital.bkp.nb.rs/view/P-2484-1937&e=t&ID=10341&p=005&z=3&x=0&w=980&h=600>
- Jones, B. E., & Hill, M. J. (1996). African American lesbians, gay men, and bisexuals. In R. P. Cabaj & T. S. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 549-561). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jordan, K. (2000). Substance abuse among gay, lesbian, bisexual, transgender, and questioning adolescents. *School Psychology Review*, 29 (2), 201.
- Karasic, D. & Drscer, J. (predsedavajući), Hill, D.B/ Wilson, K./ R. Spitzer (izlagači), (2003). Okrugli sto organizovan tokom godišnje konvencije Američke psihijatrijske asocijacije, koji je održan 19. maja 2003.godine u San Francisku, sa nazivom „Seksualni i rodni poremećaji identiteta: pitanja za DSM-5“. Transkript celokupne diskusije preuzet 7.11.2011.sa: www.tsroadmap.com/info/div-44-roundtable.html
- Katz, I. et al. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16(2), 1-25.
- Karleuša, M. (2005). Otkrivanje sopstvene homoseksualnosti drugima ("Coming out process") i mentalno zdravije LGBT individua. Queeria centar, Beograd
- Karleuša, M. (2007). Mechanisms of defence according to biological sex, gender and sexual orientation. (Unpublished master's thesis),.
- Kaplan, M.D. & Sadocks (2003). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Kaufman, M., Silverberg, C., Odette, F. (2007). *The ultimate guide to sex and disability: For all of us who live with disabilities, chronic pain and illness*. San Francisco: Cleis Press
- Keefer, B. & Reene, K. (2002). Female adolescence: Difficult for heterosexual girls, hazardous for lesbians. *The Annual of Psychoanalysis*, 30, pp. 245-252.
- Keeton, M. D. (2002). Perceptions of career-related barriers among gay, lesbian, and bisexual individuals. *Dissertation Abstracts International*, 63(2-B), 1075. (Transaction Periodicals Consortium, Rutgers University).
- Keppel, B., & Firestein, B. (2007). Bisexual inclusion in addressing issues of GLBT aging: Therapy with older bisexual women and men. In B. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 164-185). New York: Columbia University Press.
- Kertzner, R.M., Meyer, I.H., Frost, D.M., & Stirratt, M.J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 500-510.
- Kessler, R., Michelson, K., & Williams, D. (1999). The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 208-230.

- Kimmel, D. (1995). Lesbians and gay men also grow old. In L. Bond, S. Cutler, & A. Grams (Eds.), *Promoting successful and productive aging* (pp. 289-303). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kimmel, D. (2002). Aging and sexual orientation. In B. Jones & M. Hill (Eds.), *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities* (pp. 17-36). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kimmel, D. C. (2003). Identifying and addressing health issues of gay, lesbian, bisexual, transgender (LGBT) populations in rural communities: Psychological perspectives. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (2nd ed.). (pp. 435-440). New York: Columbia University Press.
- Kimmel, D. C., Rose, T., & David, S. (2006). *Lesbian, gay, bisexual and transgender aging: Research and clinical perspectives*. New York: Columbia University Press
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kirby, K. M. (2002). Gay, lesbian, and bisexual employee issues in the workplace. In D. S. Sandhu (Ed), *Counseling employees: A multifaceted approach* (pp. 169-184). Alexandria, VA, US: American Counseling Association.
- Kirkpatrick, M. (1989). Lesbians: A different middle age? In J. M. Oldham & R. S. Liebert (Eds.), *The middle years: New psychoanalytic perspectives* (pp. 135-148). New Haven, CT: Yale University Press.
- Kite, M. E. (1994). When perceptions meet reality: Individual differences in reactions to gay men and lesbians. In B. Greene & G. Herek (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 1. Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications* (pp. 25-53). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kite, M. E., & Deaux, K. (1987). Gender belief systems: Homosexuality and the implicit inversion theory. *Psychology of Women Quarterly*, 11, 83-96.
- Klawitter, M., & Flatt, V. (1998). The effects of state and local antidiscrimination policies for sexual orientation. *Journal of Policy Analysis and Management*, 17, 658-686.
- Klein, F. (1993). *The bisexual option*. (2nd ed.). New York: Harrington Park.
- Klein, F., Sepeckoff, B., & Wolf, T. (1985). Sexual orientation: A multivariable dynamic process. *Journal of Homosexuality*, 11(1/2), 35-49.
- Knudsen, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kopelman, L.M. (2002). If HIV/AIDS is punishment, who is bad? *Journal of Medicine and Philosophy*, 27 (2), 231-243.
- Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.) (pp. 271-288). Washington, DC: American Psychological Association.
- Krehely, J. (2009). How to close the health disparities gap: GLBT issues. Center for American Progress. Retrieved from http://www.americanprogress.org/issues/2009/12/pdf/lgbt_health_disparities_race.pdf
- Kulkin, H., Chauvin, E., & Percle, G. (2000). Suicide among gay and lesbian adolescents and young adults: A review of the literature. *Journal of Homosexuality*, 40(1), 1-29.
- Kurdek, L. (1988). Perceived social support in gays and lesbians in cohabiting relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 504-509.
- Kurdek, L. (1995). Lesbian and gay couples. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span: Psychological perspectives* (pp. 243-261). New York: Oxford University Press.
- Kurdek, L. (2004). Are gay and lesbian cohabitating couples really different from heterosexual mar-

- ried couples? *Journal of Marriage and Family*, 66, 880-900.
- Kurdek L.A., & Schmitt, J. P. (1987). Perceived emotional support from family and friends in members of homosexual, married, and heterosexual cohabiting couples. *Journal of Homosexuality*, 14, 57-68.
- Kweskin, S., & Cook, A. (1982). Heterosexual and homosexual mothers' self-described sex-role behavior and ideal sex-role behavior in children. *Sex Roles*, 8, 967-975.
- Kutchins H., & Kirk S. A. (1997). *The fall and rise of homosexuality. Making us crazy: DSM: The psychiatric Bible and the creation of mental disorders.* New York: Free Press.
- Laird, J. (1993). Lesbian and gay families. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (2nd ed., pp. 282-328). New York: Norton.
- Laird, J., & Green, R. J. (1996). Lesbians and gays in couples and families: Central issues. In J. Laird & R. J. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists* (pp. 1-12). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lambert, S. (2005). *Gay and lesbian families: What we know and where to go from here.* *The Family Journal*, 13, 43-51.
- Lareau, A. (2003). *Unequal childhoods: Class, race, and family life.* Berkeley, CA: University of California Press.
- Laryea, M., & Gien, L. (1993). The impact of HIV-positive diagnosis on the individual, part 1: Stigma, rejection, and loneliness. *Clinical Nursing Research*, 2 (3), 245-263.
- Lasser, J., Tharinger, D., & Cloth, A. (2006). Gay, lesbian, and bisexual youth. In G. G. Bear & K. M. Minke (Eds.), *Children's needs III: Development, prevention, and intervention* (pp. 419-430). Washington, DC: National Association of School Psychologists.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practice in the United States.* Chicago: University of Chicago Press.
- Lee, J. (1987). What can homosexual aging studies contribute to theories of aging? *Journal of Homosexuality*, 13(4), 43-71.
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families.* Binghamton, NY: Haworth.
- Lev, A.I. (2007). Transgender communities: Developing identity through connection. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.). (pp. 147-175). Washington, DC: American Psychological Association.
- Levitt, H.M., & Williams, D.C. (2010). Facilitating client change: Principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy*, 20(3), 337-352.
- Levy, E. (1992). Strengthening the coping resources of lesbian families. *Families in Society*, 73, 23-31.
- Lidderdale, M. A., Croteau, J. M., Anderson, M. Z., Tovar-Murray, D., & Davis, J. M. (2007). Building lesbian, gay, and bisexual vocational psychology: A theoretical model of workplace sexual identity management. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.) (pp. 245-270). Washington, DC: American Psychological Association.
- Liddle, B. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 394-401.
- Liddle, B. (1997). Gay and lesbian clients? Selection of therapists and utilization of therapy. *Psychotherapy*, 34, 11-18
- Liddle, B. (2007). Mutual bonds: Lesbian women's lives and communities. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.). (pp. 51-69). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lightfoot, M., Rotheram-Borus, M.J., Milburn, N. & Swendeman, D. (2005). Prevention for HIV-Seropositive Persons : Successive Approximation Toward a New Identity. *Behavior Modification*, 29(2), 227-255.
- Linton, S. (1998). *Claiming disability: Knowledge and identity.* New York: New York University Press.

- Lofgren-Martenson, L. (2009). The invisibility of young homosexual women and men with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 27(1) 21-26.
- Lombardi, E. (2001). Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health*, 91, 869-872.
- Lorber, J. 1994. *Paradoxes of Gender*. New Haven: Yale University Press.
- MacKellar, D., Valleroy, L., Secura, G., Behel, S., Bingham, T., Celentano, D., Koblin, B., LaLota, M., Shehan, D., Thiede, H., & Torian, L.V. (2007). Perceptions of lifetime risk and actual risk for acquiring HIV among young men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 11 (2), 263-270.
- Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvao, J., Mane, P., & Verrall, J. (1998). HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8 (4), 347-370.
- Mallon, G. (2002). There's no place like home: Achieving safety, permanency, and well-being for lesbian and gay adolescents in out-of-home care settings. *Child Welfare*, 81 (2), 407-439.
- Manalansan, M. (1996). Double minorities: Latino, Black, and Asian men who have sex with men. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 393-415). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.
- Markowitz, F. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Markowitz, L. (1991, January/February). Homosexuality: Are we still in the dark? *Family Therapy Networker*, 15, 26-29, 31-35.
- Markowitz, L. (1995, July). Bisexuality: Challenging our either/or thinking. *In the Family*, 1, 6-11, 23.
- Martell, C. (2007, August). Considerations of class: Personal history and individual identity. Division 44 Presidential Address presented at the conference of the American Psychological Association, San Francisco.
- Martell, C., & Prince, S. (2005). Treating infidelity in same-sex couples. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (11), 1429-1438.
- Martin, A., & Hetrick, E. (1988). The stigmatization of the gay and lesbian adolescent. *Journal of Homosexuality*, 15(1/2), 163-183.
- Martin, C. L. (1990). Attitudes and expectations about children with nontraditional and traditional gender roles. *Sex Roles*, 22, 151-165.
- Mathews, C.R. (2007). Affirmative lesbian, gay, and bisexual counseling with all clients. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.). (pp. 201-219). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mathews, C.R., Selvidge, M., & Fisher, K. (2005). Addictions counselors' attitudes and behaviors toward gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Counseling and Development*, 83, 57-65.
- Matteson, D. (1996). Counseling and psychotherapy with bisexual and exploring clients. In B. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 185-213). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Matteson, D. (1999). Intimate bisexual couples. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *The intimate couple* (pp. 439-459). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- May, K. (2002). *Becoming Women: Transgendered Identities, Psychosexual Therapy and the Challenge of Metamorphosis*, *Sexualities*, 5(4), 449-464.
- Mayer, K.H., & Pizer, H.F. (2000). *The emergence of AIDS: The impact on immunology, microbiology, and public health*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Maynard, E.A. (2001). *Gay and lesbian Christians: Faith and coping in the church*. Unpublished doctoral manuscript, Graduate School of Psychology, Fuller Theological Seminary, Pasadena, CA. (Available from: Fuller Theological Seminary McAlister Library, 135 N. Oakland Ave., Pasadena, CA 91102)
- Mays, V.M., & Cochran, S.D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1869-1876.
- Mays, V.M., Cochran, S.D., & Roeder, M.R. (2003). Depressive distress and prevalence of common problems among homosexually active African American women in the United States. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 15, 27-46.

- McCreary, D. R. (1994). The male role and avoiding femininity. *Sex Roles*, 31, 517-531.
- McDaniel, J. (1995). *The lesbian couples' guide: Finding the right woman and creating a life together*. New York: Harper Collins.
- McDougal, G. (1993). Therapeutic issues with gay and lesbian elders. *Clinical Gerontologist*, 14, 45-57.
- McClintock, M. K., Herdt, G. (1996). Rethinking puberty: The development of sexual attraction. *Current Directions in Psychological Science*, 178-183.
- McWhirter, D., Mattison, A. (1984). *The male couple*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Meyer, E.J. (2009). *Gender, bullying, and harassment*. New York: Teacher's College Press.
- Meyer, I. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 7, 9-25.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Meyer, I., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. Herek (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 4. Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 160-186). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Meyer, I.H., Dietrich, J., & Schwartz, S. (2008). Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 98, 1004-1006.
- Meyer, W. (predsedavajući)(2001): Standards Of Care For Gender Identity Disorders, Sixth Version, The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's, preuzeto 2.11.2011. sa : www.wpath.org/Documents2/socv6.pdf [Prevod: Standardi pomoći za poremećaje rodnog identiteta, šesta verzija, (2006), Beograd, Gayten-LGBT, dostupno na: <http://www.transserbia.org/resursi/biblioteka/42-broura-standardi-pomoi-meunarodnog-udruenja-za-rodnu-disforiju-harry-benjamin-42>
- Millett, G.A., Flores, S.A., Peterson, J.L., & Bakeman, R. (2007). Explaining disparities in HIV infection among black and white men who have sex with men: A meta-analysis of HIV risk behaviors. *AIDS*, 21(15), 2083-2091.
- Mintz, L.B., & Bieschke, K.J. (2009). Counseling psychology model training values statement addressing diversity: Development and introduction to the major contribution. *The Counseling Psychologist*, 37, 634-640.
- Mohr, J. J. & Fassinger, R. E. (2003). Self-acceptance and self-disclosure of sexual orientation in lesbian, gay, and bisexual adults: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (4), 482-495.
- Mohr, J.J., Israel, T., & Sedlacek, W.E. (2001). Counselors' attitudes regarding bisexuality as predictors of counselors' clinical responses: An analogue study of a female bisexual client. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (2), 212-222.
- Mohr, J.J., & Rochlen, A.B. (1999). Measuring attitudes regarding bisexuality in lesbian, gay male, and heterosexual populations. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 353-369.
- Moradi, B., van den Berg, J.J., & Epting, F.R. (2009). Threat and guilt aspects of internalized antilebian and gay prejudice: An application of personal construct theory. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 119-131.
- Morales, E. (1989). Ethnic minority families and minority gays and lesbians. *Marriage and Family Review*, 14, 217-239.
- Morales, E. (1996). Gender roles among Latino gay and bisexual men: Implications for family and couple relationships. In J. Laird & R. J. Green (Eds.), *Lesbians and gays in couples and families: A handbook for therapists* (pp. 272-297). San Francisco: Jossey-Bass.
- Morin, S. (1977). Heterosexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. *American Psychologist*, 32, 629-637.
- Morris, J.F., Waldo, C.R., & Rothblum, E.D. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (1), 61-71.
- Morrow, S. (1998). Toward a new paradigm in counseling psychology training and education. *The Counseling Psychologist*, 26, 127-130.

- Morrow, S. (2000). First do no harm: Therapist issues in psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual client. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord. (2000). *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 137-156). Washington, DC: American Psychological Association.
- Moskowitz, J.T., Folkman, S., Collette, L., & Vittinghoff, D. (1996). Coping and mood during AIDS-related caregiving and bereavement. *Annals of Behavioral Medicine*, 18 (1), 49-57.
- Moskowitz, J.T., & Wrubel, J. (2005). Coping with HIV as a chronic illness: A longitudinal analysis of illness appraisals. *Psychology and Health*, 20 (4), 509-531.
- Mulick, P.S., & Wright, L.W., Jr. (2002). Examining the existence of biphobia in the heterosexual and homosexual populations. *Journal of Bisexuality*, 2 (4), 45-64.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J. & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Murphy, B. (1994). Difference and diversity: Gay and lesbian couples. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 1(2), 5-31.
- Murphy, J.A., Rawlings, E.I., & Howe, S.R. (2002). A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 183-189.
- Murphy, T.F. (1992). Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *Journal of Sex Research*, 29, 501-523.
- National Association of Social Workers. (1996). Code of ethics of the National Association of Social Workers. Washington, DC: Author. Retrieved November 18, 2000, from the World Wide Web: <http://www.naswdc.org/code.htm>
- Nauta, M. M., Saucier, A. M., & Woodard, L. E. (2001). Interpersonal influences on students' academic and career decisions: The impact of sexual orientation. *Career Development Quarterly*, 49, 352-362.
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Noelle, M. (2002). The ripple effect of the Matthew Shepard murder: Impact on the assumptive worlds of members of the targeted group. *American Behavioral Scientist*, 46, 27-50.
- Nylund, D. (2007). Reading Harry Potter: Popular culture, queer theory and the fashioning of youth identity. *Journal of Systemic Therapies*, 26, 13-24.
- Nystrom, N. (1997, February). Mental health experiences of gay men and lesbians. Paper presented at the meeting of the American Association for the Advancement of Science, Houston, TX.
- O'Connor, M.F. (1997). *Treating the psychological consequences of HIV*. San Francisco: Jossey-Bass.
- O'Neill, T. & Hird, M. (2001). Double damnation: Gay disabled men and the negotiation of masculinity. In K. Backett-Milburn and L. McKie (Eds). *Constructing gendered bodies* New York: Palgrave Macmillan
- O'Toole, C. (2003). No reflection in the mirror: Challenges for disabled lesbians accessing mental health services. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 35-49
- Oelklaus, M., Williams, C., & Clay, P. (2007). Managing long-term side effects of HIV therapy. Retrieved from www.thebody.com/content/art40471.html
- Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York: Guilford Press.
- Ossana, S. (2000). Relationship and couples counseling. In R.M. Perez, K.A. DeBord, & K.J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 275-302). Washington, DC: American Psychological Association.
- Oswald, R.F. (2002). Inclusion and belonging in the family rituals of gay and lesbian people. *Journal of Family Psychology*, 16 (4), 428-436.
- Oswald, R.F., & Culton, L.S. (2003). Under the rainbow: Rural gay life and its relevance for family providers. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 52, 72-81.
- O'Toole, C. J., & Bregante, J. (1992). Lesbians with disabilities. *Sexuality and Disability*, 10, 163-172.
- Overman, G & Anderson, S. (2001). Depression among Patients with HIV/AIDS: A Treatment Dilemma. *Journal of Pharmacy Practice*, 14(6), 540–550.
- Oxley, E., & Lucius, C.A. (2000). Looking both ways: Bisexuality and therapy. In C. Neal & D. Davies

- (Eds.), *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 115-127). Buckingham, England, United Kingdom: Open University Press.
- Pachankis, J., & Goldfried, M. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (3), 227-246.
- Page, E. (2004). Mental health services for bisexual women and bisexual men: An empirical study. *Journal of Bisexuality*, 4 (1/2), 137-160.
- Page, E. (2007). Bisexual womens' and mens' experiences of psychotherapy. In B. Firestein (Ed.), *Becoming invisible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 52-71). New York: Columbia University Press.
- Paige, R. (2005). Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the legislative year 2004. Minutes of the meeting of the Council of Representatives July 28 & 30, 2004, Honolulu, HI. *American Psychologist*, 60(5), 436-511.
- Paige, R. (2007). Proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the legislative year 2006. Minutes of the meeting of the Council of Representatives, February 17-19, 2006, Washington, DC and August 17 and 21, 2006, New Orleans, LA; and minutes of the February, June, August, and December meetings of the Board of Directors. *American Psychologist*, 62 (5), 400-490.
- Pallotta-Chiarolli, M. (2005). *When our children come out: How to support gay, lesbian, bisexual and transgendered young people*. Lane Cove, New South Wales, Australia: Finch Publishing.
- Patterson, C.J. (1997). Children of lesbian and gay parents. In T. Ollendick & R. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, Volume 19 (pp. 235-282). New York: Plenum Press.
- Patterson, C.J. (2000). Family relationships of lesbians and gay men. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1052-1069.
- Patterson, C.J. (2004). Gay fathers. In M.E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 397-416). (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Patterson, C.J. (2005). Lesbian and gay parents and their children: Summary of research findings. In *Lesbian and gay parenting* (pp. 5-22). Washington, DC: American Psychological Association.
- Patterson, C.J. (2007). Lesbian and gay family issues in the context of changing legal and social policy environments. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed.). (pp. 359-377). Washington, DC: American Psychological Association.
- Patterson, C.J., Fulcher, M., & Wainwright, J. (2002). Children of lesbian and gay parents: Research, law, and policy. In B.L. Bottoms, M.B. Kovera, & B.D. McAuliff (Eds.), *Children, social science, and the law* (pp. 176-199). New York: Cambridge University Press.
- Paul, J. P., Hays, R. B., & Coates, T. J. (1995). The impact of the HIV epidemic in U.S. gay male communities. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 347-397). New York: Oxford University Press.
- Penn, C., Watermeyer, J., Evans, M. (2011). Why don't patients take their drugs? The role of communication, context and culture in patient adherence and the work of the pharmacist in HIV/AIDS. *Patient Education and Counseling*, 83, 310-318.
- Pence, B.W., Miller, W.C., Whetten, K., Eron, J.J., & Gaynes, B.N. (2006). Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 42 (3), 298-306.
- Peplau, L.A. (1991). Gay and lesbian relationships. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Implications for research and public policy* (pp. 177-196). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Peplau, L. A., & Cochran, S.D. (1990). A relational perspective on homosexuality. In D. McWhirter, S.A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 321-349). New York: Oxford University Press.
- Peplau, L. A., & Fingerhut, A. (2004). The paradox of the lesbian worker. *Journal of Social Issues*, 60, 719-735.
- Peplau, L.A., & Garnets, L.D. (2000). A new paradigm for understanding women's sexuality and sexual orientation. *Journal of Social Issues*, 56, 329-350.
- Peplau, L., Veniegas, R., & Campbell, S. (1996). Gay and lesbian relationships. In R. Savin-Williams & K. Cohen (Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 250-273). Fort

Worth, TX: Harcourt Brace.

Perrin, E.C. (2002). *Sexual orientation in child and adolescent health care*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Perrin, E.C., & the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2002). Technical report: Coparent or second-parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics*, 109, 341-344.

Pierret, J. (2007). An analysis over time (1990-2000) of the experiences of living with HIV. *Social Science and Medicine*, 65 (8), 1595-1605.

Phillips, J.C. (2000). Training issues and considerations. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 337-358). Washington, DC: American Psychological Association.

Phillips, J.C., & Fischer, A. (1998). Graduate students' training experiences with lesbian, gay, and bisexual issues. *The Counseling Psychologist*, 26, 712-734.

Pilkington, N., & Cantor, J. (1996). Perceptions of heterosexual bias in professional psychology programs: A survey of graduate students. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 604-612.

Pillard, R. (1988). Sexual orientation and mental disorder. *Psychiatric Annals*, 18, 51-56.

Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34-51). New York: New York University Press.

Pope, M., Barret, B., Szymanski, D. M., Chung, Y. B., McLean, R., Singaravelu, H., & Sanabria, S. (2004). Culturally appropriate career counseling with gay and lesbian clients. *Career Development Quarterly*, 53, 158-177.

Pope, M. (1995). Career interventions for gay and lesbian clients: A synopsis of practice knowledge and research needs. *Career Development Quarterly*, 44, 191-203.

Prince, J. (1995). Influences on the career development of gay men. *Career Development Quarterly*, 44, 168-177.

Quam, J., & Whitford, G. (1992). Adaptation and age-related expectations of older gay and lesbian adults. *Gerontologist*, 32, 367-374.

Ragins, B. R., & Cornwell, J. M. (2001). Pink triangles: Antecedents and consequences of perceived workplace discrimination against gay and lesbian employees. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1244-1261.

Ragins, B. R., Singh, R., & Cornwell, J. M. (2007). Making the invisible visible: Fear and disclosure of sexual orientation at work. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1103-1118.

Raj, R. (2002). Towards a transpositive therapeutic model: Developing clinical sensitivity and cultural competence in the effective support of transsexual and transgender clients. *International Journal of Transgenderism*, 62. Retrieved July 8, 2007, at http://www.symposium.comijt/jtvo06no02_04.htm

Rakić, Z. (2003). Diferencijacija roda ili dimorfično ponašanje. U J. Marić (Ur.), *Normalno i poremećeno polno ponašanje* (str. 9-16). Beograd: Migraf

Ray, N. (2006). *Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: An epidemic of homelessness*. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute and the National Coalition of the Homeless. Retrieved on January 14, 2010 from http://www.thetaskforce.org/reports_and_research/homeless_youth

Reece, M. et al. (2007). The Impact of HIV-Related Stigma on HIV Care and Prevention Providers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 6(3), 55-73.

Reid, J. (1995). Development in late life: Older lesbian and gay lives. In A. D'Augelli & C. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span: Psychological perspectives* (pp. 215-240). New York: Oxford University Press.

Ridley, C.R., Li, L.C., & Hill, C.L. (1998). Multicultural assessment: Reexamination, reconceptualization, and practical application. *The Counseling Psychologist*, 26(6), 827-910.

Ritieni, A., Moskowitz, J., & Tholandi, M. (2008). HIV/AIDS misconceptions among Latinos: Findings from a population-based survey of California adults. *Health Education and Behavior*, 35 (2), 245-259.

- Ritter, K.Y., & Terndrup, A.I. (2002). *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay man*. New York: Guilford Press.
- Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men, and bisexuals. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25 (4), 169-175.
- Robertson, P.K. (2004). The Historical Effects of Depathologizing Homosexuality on the Practice of Counseling. *The Family Journal*, 12(2), 163-169.
- Rolland, J. (1994). In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 327-347.
- Rooney, S. (2003). Comparing bisexual with lesbian and gay youth: Educational, interpersonal, and career trajectories. Paper presented at the 111th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.
- Rosario, M., Schrimshaw, E., Hunter, J., & Braun, L. (2006). Sexual identity development among lesbian, gay, and bisexual youths: Consistency and change over time. *Journal of Sex Research*, 43 (1), 46-58.
- Rosario, M., Schrimshaw, E., & Hunter, J. (2006). Bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, and the coming-out process. *AIDS Education and Prevention*, 18 (5), 444-460.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2004). Ethnic/racial differences in the coming out process of lesbian, gay and bisexual youths: A comparison of sexual identity development over time. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(3), 215-228.
- Ross, M. (1990). The relationship between life events and mental health in homosexual men. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 402-411.
- Ross, M.W., & Paul, J.P. (1992). Beyond gender: The basis of sexual attraction in bisexual men and women. *Psychological Reports*, 71, 1283-1290.
- Rostosky, S.S., Riggle, E.D.B., Horne, S.G., & Miller, A.D. (2009). Marriage amendments and psychological distress in lesbian, gay, and bisexual (LGB) adults. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 56-66.
- Rothblum, E. (1994). "I only read about myself on bathroom walls": The need for research on the mental health of lesbians and gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 213-220.
- Rothblum, E. D., Balsam, K. F., & Mickey, R. M. (2004). Brothers and sisters of lesbians, gay men, and bisexuals as a demographic comparison group: An innovative research methodology to examine social change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 40, 283-301.
- Rothblum, E., & Bond, L. (Eds.). (1996). *Preventing heterosexism and homophobia*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rotheram-Borus, M., Hunter, J., & Rosario, M. (1994). Suicidal behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents. *Journal of Adolescent Research* 9, 498-508.
- Rotheram-Borus, M., Rosario, M., Van-Rossem, R., Reid, H., & Gillis, R. (1995). Prevalence, course, and predictors of multiple problem behaviors among gay and bisexual male adolescents. *Developmental Psychology*, 31, 75-85.
- Russell, G.M. (1996). Internalized classism: The role of class in the development of self. *Women and therapy*, 18, 59-71.
- Russell, G. M. (2000). *Voted out: The psychological consequences of anti-gay politics*. New York: New York University Press.
- Russell, G. M. & Bohan, J. S. (2005). The gay generation gap: Communicating across the LGBT generational divide. *Angles: The Policy Journal of the Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies*, 8 (1), 1-8.
- Russell, S., Franz, B., & Driscoll, A. (2001). Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescence. *American Journal of Public Health*, 91(6), 903-906.
- Russell, G.M., & Kelly, N.H. (2003). *Subtle stereotyping: The media, homosexuality, and the priest sexual abuse scandal*. Amherst, MA: Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies. Available at <http://www.iglss.org/media/files/MediaStereotype.pdf>
- Russell, G. M., & Richards, J. A. (2003). Stressor and resilience factors for lesbians, gay men, and bisexuals confronting antigay politics. *American Journal of Community Psychology*, 31, 313-328.

- Rust, P. (1996a). Managing multiple identities: Diversity among bisexual women and men. In B. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 53-83). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rust, P. (1996b). Monogamy and polyamory: Relationship issues for bisexuals. In B. A. Firestein (Ed.), *Bisexuality: The psychology and politics of an invisible minority* (pp. 127-148). Newbury Park, CA: Sage.
- Rust, P.C. (2000a). Popular images and the growth of bisexual community and visibility. In P.C. Rust (Ed.), *Bisexuality in the United States: A social science reader* (pp. 537-553). New York: Columbia University Press.
- Rust, P.C. (2000b). Review of statistical findings about bisexual behavior, feelings, and identities. In P.C. Rust (Ed.), *Bisexuality in the United States: A social science reader* (pp. 129-184). New York: Columbia University Press.
- Rust, P.C. (2007). The construction and reconstruction of bisexuality: Inventing and reinventing the self. In B. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 3-27). New York: Columbia University Press.
- Rutter, P.A., Estrada, D., Ferguson, L.K., & Diggs, G.A. (2008). Sexual orientation and counselor competency: The impact of training on enhancing awareness, knowledge, and skills. *The Journal of LGBT Issues in Counseling*, 2, 109-125.
- Ryan, C. (2009). Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual and transgender children. San Francisco, CA: Marian Wright Edelman Institute, San Francisco State University.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1): 346-352.
- Saad, C. (1997). Disability and the lesbian, gay man, or bisexual individual. In M. Sipski & S. C. Alexander (Eds.), *Sexual function in people with disability and chronic illness: A health professional's guide* (pp. 413-427). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Saewyc, E. M. (2006). Pregnancy among lesbian, gay, and bisexual adolescents: Influences of stigma, sexual abuse, and sexual orientation. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 95-116). Washington, DC: American Psychological Association.
- Safren, S., & Pantalone, D. (2006). Social anxiety and barriers to resilience among lesbian, gay, and bisexual adolescents. In A. M. Omoto & H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 55-71). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanchez, F.J., Westefeld, J.S., Liu, W.M., & Vilain, E. (2010). Masculine gender role conflict and negative feelings about being gay. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(2), 104-111.
- Sandfort, T.G.M., Melendez, R.M. & Diaz, R.M. (2007). Gender nonconformity, homophobia, and mental distress in Latino gay and bisexual men. *Journal of Sex Research*, 181-189.
- Satre, D. (2006). Use and misuse of alcohol and drugs. In D. Kimmel, T. Rose, & S. David (Eds.), *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives* (pp. 131-151). New York: Columbia University Press.
- Savin-Williams, R.C. & Diamond, L.M. (2000). Explaining diversity in the development of same-sex sexuality among young. *Journal of Social Issues*; 297
- Savin-Williams, R.C. (1998). The disclosure to families of same-sex attractions by lesbian, gay, and bisexual youths. *Journal of Research on Adolescence* (Lawrence Erlbaum), 49-68
- Savin-Williams R.C. (1995). An exploratory study of pubertal maturation timing and self-esteem among Gay and Bisexual Male youths. *Developmental Psychology*, 56-64.
- Savin-Williams, R. (1990). *Gay and lesbian youth: Expressions of identity*. New York: Hemisphere.
- Savin-Williams, R. (1994). Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male, and bisexual youths: Associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 261-269.
- Savin-Williams, R. C. (1996). Ethnic- and sexual-minority youth. In R. C. Savin-Williams & C. M.

Cohen

(Eds.), *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults* (pp. 152-165). Fort Worth, TX: Harcourt Press.

Savin-Williams, R. (1998). " ... and then I became gay": Young men's stories. New York: Routledge.

Savin-Williams, R., & Cohen, K. (Eds.). (1996). *The lives of lesbians, gays, and bisexuals: Children to adults*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace.

Savin-Williams, R., & Dube, E. (1998). Parental reactions to their child's disclosure of gay/lesbian identity. *Family Relations*, 47, 1-7.

Savin-Williams, R. (2001). Suicide attempts among sexual-minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 983-991.

Savin-Williams, R. C. (2003). Lesbian, gay, and bisexual youths' relationships with their parents. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences* (2nd ed., pp. 299-326). New York: Columbia University Press.

Schmidt, C. (2004). The effects of simultaneous developmental processes: The prediction of career development outcomes for lesbian, gay, and bisexual youth. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 65(3-A), 842.

Scott, R.L. (2006). Promoting well-being: An ecology of intervening with African American bisexual clients. *Journal of Bisexuality*, 6 (1/2), 65-84.

Scott, R.L. (2007). Addressing social invalidation to promote well-being for multiracial bisexual of African descent. In B. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 207-228) New York: Columbia University Press.

Selvidge, M.M.D., Matthews, C.R., & Bridges, S.K. (2008). The relationship of minority stress and flexible coping to psychological well being in lesbian and bisexual women. *Journal of Homosexuality*, 55(3), 450-470.

Sennott, S. & Smith, T. (2011). Translating the Sex and Gender Continuums in Mental Health: A Transfeminist Approach to Client and Clinician Fears. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(2), 218-234.

Shapiro, J. P. (1993). *No pity: People with disabilities forging a new civil rights movement*. New York: Times Books.

Sherry, A., Whilde, M.R., & Patton, J. (2005). Gay, lesbian, and bisexual training competencies in American Psychological Association accredited graduate programs. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 116-120.

Shuttleworth, R. (2007). Introduction to special issue: Critical research and policy debates in disability and sexuality studies. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(1), 1-14.

Shidlo, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. In B. Greene & G. M. Herek (Eds.), *Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications* (pp. 176-205). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33 (3), 249-259.

Shively, M. G., & DeCecco, J. P. (1977). Components of sexual identity. *Journal of Homosexuality*, 3, 41-48.

Simić, M., Rhodes, T., Janković, K., Simon, S. (2004). Vulnerabilnost i stigma među grupama vulnerabilnim na HIV/AIDS u Srbiji: razumevanje rizične sredine HIV-a. U Šulović, V., Ilić, D. (Ed.), *Medicinski i društveni aspekti HIV infekcije i SIDA* (pp. 115-135). SANU, Međudržavni odbor za SIDA: Beograd.

Simoni, J.M. (2000). Confronting heterosexism in the teaching of psychology. In B. Greene & G.L. Croom (Eds.), *Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues: Vol. 5. Education, research, and practice in lesbian, gay, bisexual, and transgendered psychology: A resource manual* (pp. 74-90). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Simoni, J.M., & Pantalone, D.W. (2005). HIV disclosure to sexual partners and safer sex. In S.C. Kalichman (Ed.), *Positive prevention: Reducing HIV transmission among people living with HIV/AIDS* (pp. 65-98). New York: Plenum Press.

Sirin, S.R., McCreary, D.R., & Mahalik, J.R. (2004). Differential reactions to men and women's gender role transgressions: Perceptions of social status, sexual orientation, and value dissimilarity. *Journal*

- of Men's Studies, 119-132.
- Slater, S. (1995). *The lesbian family life cycle*. New York: Free Press.
- Smit, P. et al. (2012). HIV-related stigma within communities of gay men: a literature review. *AIDS Care*, 24(4), 405-412.
- Smith, A. (1997). Cultural diversity and the coming-out process: Implications for clinical practice. In B. Greene (Ed.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 3. Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men* (pp. 279-300). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Solarz, A. L. (1999). *Lesbian health: Current assessment and directions for the future*. Washington, DC: National Academy Press.
- Solorio, M., Milburn, N., & Weiss, R. (2006). Newly homeless youth STD testing pattern over time. *Journal of Adolescent Health*, 39 (3), 9-16.
- Sontag, S. (1990). *AIDS and Its Metaphors*. Picador: New York.
- Spitzer, R.L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 403-417.
- Spong, J.S. (1992). *Rescuing the Bible from fundamentalism: A Bishop rethinks the meaning of Scripture*. San Francisco, CA: Harper.
- Stein, T.S. (1996). Homosexuality and homophobia in men. *Psychiatric Annals*, 26, 37-40.
- Steiner-Pappalardo, N.L., & Gurung, R.A.R. (2002) The Femininity effect: Relationship quality, sex, gender, attachment, and significant-other concepts. *Personal Relationships*, 3, 313-325
- Strommen, E. (1993). "You're a what?": Family member reactions to the disclosure of homosexuality. In L. Garnets & D. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay male experiences* (pp. 248-266). New York: Columbia University Press.
- Stryker, S. (2008): *Transgender History*, Berkeley: Seal Press
- Sullivan, M. & Wodarski, J. (2002). Social alienation in gay youth. *Journal of Human Behavior and the Social Environment*, 5(1), 1-17.
- Swann, S., & Spivey, C. (2004). The relationship between self-esteem and lesbian identity during adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(6), 629-646.
- Swartz, D. B. (1995). Cultural implications of audiological deficits on the homosexual male. *Sexuality and Disability*, 13, 159-181.
- Swendeman, D., Ingram, B. & Rotheram-Borus, MJ. (2009). Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 21(10), 1321-1334.
- Szymanski, D.M., & Carr, E.R. (2008). The roles of gender role conflict and internalized heterosexism in gay and bisexual men's psychological distress: Testing two mediation models. *Journal of Men and Masculinity*, 9 (1), 40-54.
- Szymanski, D.M., & Gupta, A. (2009). Examining the relationship between multiple internalized oppressions and African American lesbian, gay, bisexual, and questioning persons' self-esteem and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (1), 110-118.
- Tasker, F. (1999). Children in lesbian-led families—A review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4, 153-166.
- Thomas, S. (2002). Gay, lesbian, bisexual, and questioning youth. In J. Sandoval (Ed.), *Handbook of crisis counseling, intervention, and prevention in the schools* (2nd ed.) (pp. 301-322). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thompson, D. (1994). The sexual experiences of men with learning disabilities having sex with men: Issues for HIV prevention. *Sexuality and Disabilities*, 12, 221-242.
- Throckmorton, W.L. (2007, August). Sexual identity therapy guidelines: A framework for navigating religious conflicts. In M.A. Yarhouse & A.L. Beckstead (Chairs), *Sexual identity therapy to address religious and spiritual conflicts*. A symposium presented at the annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco, California.
- Tomlinson, M. J., & Fassinger, R. E. (2003). Career development, lesbian identity development, and campus climate among lesbian college students. *Journal of College Student Development*, 44, 845-860.
- Tozer, E.E., & Hayes, J.A. (2004). Why do individuals seek conversion therapy? The role of religi-

- osity, internalized homonegativity, and identity development. *The Counseling Psychologist*, 32 (5), 716-740.
- Turk-Charles, S., Rose, T., & Gatz, M. (1996). The significance of gender in the treatment of older adults. In L. Carstensen, B. Adelman, & L. Dornbrand (Eds.), *The handbook of clinical gerontology* (pp. 107-128). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tuttle, G., & Pillard, R. (1991). Sexual orientation and cognitive abilities. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 307-318.
- Tzemis, D., Forrest, J., Puskas, C., Zhang, W., Orchard, T., Palmer, A., McInnes, C., Fernades, K., Montaner, J. & Hogg, R. (2013). Identifying self-perceived HIV-related stigma in a population accessing antiretroviral therapy. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(1), 95–102.
- Ubaldo, L., & Drescher, J. (Eds.). (2004). *Transgender subjectivities: A clinician's guide*. New York: Haworth Press.
- UNAIDS. (2005). HIV-related stigma, discrimination and human rights violations: case studies of successful programmes. Geneva: UNAIDS, preuzeto 2014: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf
- Urbina, I. (2007). Gay youths find place to call home in specialty shelters. *The New York Times*, 156(53, 947).
- Valocchi, S. (2005). Not Yet Queer Enough: The Lessons of Queer Theory for the Sociology of Gender and Sexuality, *Gender and Society*, 19(6), 750–770.
- Van Leeuwen, J., Boyle, S., Salomonsen-Sautel, S., Baker, D., Garcia, J., Hoffman, A., & Hopfer, C. (2006). Lesbian, gay, and bisexual homeless youth: An eight-city public health perspective. *Child Welfare*, 85(2), 151-170.
- VandenBos, G.R. (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Van Puymbroeck, C. M. (2002). Career development of lesbian, gay, and bisexual undergraduates: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International*, 62(12-B), 5982. (UMI No. AAI335159)
- Vujovic, S., Popovic, S., Sbutega-Milosevic, G., Đorđević, M. & Gooren, L. (2009). Transsexualism in Serbia: A Twenty-Year Follow-Up Study, *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1018–1023.
- Wallis, J. (2005). *God's politics: A new vision for faith and politics in America*. San Francisco, CA: Harper.
- Walters, K.L. (1997). Urban lesbian and gay American Indian identity: Implications for mental health delivery. In L.B. Brown (Ed.), *Two spirit people: American Indian lesbian women and gay men* (pp. 43-65). Binghamton, NY: Haworth.
- Wardenski, J. (2005). A minor exception? The impact of Lawrence v. Texas on LGBT youth. *Journal of Criminal Law & Criminology*, 95(4), 1363-1410.
- Weiss, J., Bangsberg, D. (2008). Psychiatric Aspects of Adherence to Medical Care and Treatment for HIV/AIDS u: Cohen A., Gorman, J. (Ed). *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry*. Oxford University Press: New York.
- Weitzman, G. (2006). Therapy with clients who are bisexual and polyamorous. *Journal of Bisexuality*, 6 (1/2), 137-164.
- Weinberger, D.A. (1998). Defenses, personality structure and development: Integrating Psychodynamic theory into a typological approach to personality. *Journal of Personality*, 66, 6.
- Weitzman, G. (2007). Counseling bisexuals in polyamorous relationships. In B. A. Firestein (Ed.), *Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan* (pp. 312-335). New York: Columbia University Press.
- Weston, K. (1992). *Families we choose*. New York: Columbia University Press.
- Wilbur, S., Ryan, C., & Marksamer, J. (2006). *Best practices guidelines: Serving LGBT youth in out-of-home care*. Washington, DC: Child Welfare League of America (CWLA).
- Whitney, S., Mobley, M., & Chung, Y. (2007). Defining sexual minority adolescents: GLB and same-sex attractions—examining risks and outcomes. *American Psychological Association (Conference Abstract)*, p. 2.
- Williams, J. (2007). Review of gay, lesbian, bisexual and transgender people with developmental

- disabilities and mental retardation: Stories of the Rainbow Support Group. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(1), 108-109
- Wilchins, R. (2004): *Queer Theory, Gender Theory*, Los Angeles: Alyson Books
- Wilson, I., Griffin, C., Wren, B. (2005). The interaction between young people with atypical gender identity organization and their peers. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 307-315.
- Winegarten, B., Cassie, N., Markowski, K., Kozlowski, J., & Yoder, J. (1994, August). Aversive heterosexism: Exploring unconscious bias toward lesbian psychotherapy clients. Paper presented at the 102nd Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles.
- Wyndzen, M. H. (2004). The banality of insensitivity: portrayals of transgenderism in psychopathology. All mixed up: A transgendered psychology professor's perspective on life, the psychology of gender and "gender identity disorder", preuzeto 5.11.2011. sa: www.GenderPsychology.org/psychology/mental_illness_model.html
- Yacoub, E. & Hall, I. (2009). The sexual lives of men with mild learning disability: A qualitative study. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(1), 5-11.
- Yarhouse, M. (2001). Sexual identity development: The influence of valuative frameworks on identity synthesis. *American Psychological Association*, 3, 331-341
- Yarhouse, M.A., & Burkett, L.A. (2002). An inclusive response to LGB and conservative religious persons: The case of same-sex attraction and behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 235-241.
- Yarhouse, M. A., Brooke, H. L., Pisano, P., & Tan, E. S. N. (2005). Project Inner Compass: Young adults experiencing sexual identity confusion. *Journal of Psychology and Christianity*, 24 (4), 352-360.
- Zulević, J. (2011). Faktori koji ometaju posvećenost antiretroviralnoj terapiji iz perspektive osoba koje žive sa HIV-om. Master teza. Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
- Zulević, J. (2012). Istraživanje problema transseksualnih osoba u sferama školstva, rada i zapošljavanja, zdravstvene zaštite i državne administracije, 27–47. U: Gajin, S. (ur): Model zakona o priznavanju pravnih posledica promene pola i utvrđivanja transseksualizma: Prava trans osoba–Od nepostojanja do stvaranja zakonskog okvira, Beograd: Centar za unapređenje pravnih studija. Preuzeto 5.08.2014. sa: <http://cups.rs/wp-content/uploads/2010/03/Model-zakona-o-priznavanju-pravnih-posledica-promene-pola-i-utvr%C4%91ivanja-transseksualizma.pdf>

Pojmovnik

AIDS je skraćenica za sindrom stečene imunodeficijencije koji uzrokuje virus humane imunodeficijencije (v. HIV). Termin dolazi iz engleskog jezika – acquired immunodeficiency syndrome.

ART je skraćenica koja se odnosi na kombinaciju lekova za HIV – active antiretroviral therapy; alternativno, ova vrsta terapije naziva se i HAART – highly active antiretroviral therapy. Danas je ovo prihvaćen način tretmana HIV infekcije.

Autovanje - javno i otvoreno istupanje i afirmisanje vlastite seksualne orijentacije.

Bifobija označava strah ili mržnju orijentisanu prema osobama biseksualne orijentacije se. Kao i homofobija, manifestuje kroz negativne stereotipe. Osnova bifobije jeste uverenje da su biseksualci zbunjeni svojim seksualnim identitetom, te da su oni zapravo homoseksualci koji nemaju hrabrosti da istupe kao takvi.

Cis-rodne osobe - one osobe čiji se pol poklapa sa unutarnjim osećajem za rod.

Coming out – v. autovanje.

Cross-dressing –nošenje odeće koja je dizajnirana i namenjena za suprotni pol.

Drag – transvestija(dressed as a girl), reč se izvorno koristila u Šekspirovom Glob teatru kao oznaka za glumce koji su imali ženske uloge, pošto glumica nije bilo. Termin se odnosi na kostim i prepušavanje, a referira na muškarce koji na ovaj način nastupaju, oponašajući žene i time sprovode rodni performans čime demonstriraju fluidnost rodnog identiteta koji se inače po definiciji smatra „fiksiranim“.

Drag king – žena koja simulira muškarca. V. Drag

Drag queen – muškarac koji simulira ženu. V. Drag

Gej afirmativna terapija - ona forma terapije koja svojim metodama, tehnikama i intervencijama omogućava terapeutu da na podržavajuć i razumevajuć način pristupi svom klijentu, sa uverenjem da su muška homoseksualnost, lezbejstvo i biseksualnost normalni, moralno ispravni i podjednako vredni izrazi ljudske seksualnosti.

HAART – v. ART

Heteronormativnost se odnosi na percepciju pojačanja određenih uverenja o seksualnosti u socijalnim ustanovama i politikama. U pitanju su stavovi da porodicu čini heteroseksualni par i njihova deca, da je brak institucija dva suprotna pola i drugi stavovi koji posmastraju heteroseksualnost kao jedino prirodno ispoljavanje seksualnosti, te u skladu sa tim heteronormativnost legitimizuje privilegiju heteroseksualnosti.

Heteroseksizam je pristup i stav koji promovise heteroseksualnost kao jedini legitimni oblik ljudske seksualnosti. Ovaj termin obuhvata predrasude protiv svih onih koji nisu heteroseksualci i prepoznaje marginalizaciju LGBT društva, a ne pojedinca. Definisani su kao "ideološki sistem koji negira i stigmatizuje svaki neheteroseksualni oblik ponašanja, identitet, odnos ili zajednicu".

HIV – virus humane imunodeficijencije iz grupe retrovirus, uzročnik sindroma stečene imunodeficijencije, v. AIDS.

Homofobija označava strah ili mržnju orijentisanu prema osobama homoseksualne orijentacije.

Institucionalna homofobija – v. kulturni heteroseksizam

Internalizovana homofobija se odnosi na negativne stereotipe i predrasude prema LGBT osobama koje su usvojene tokom odrastanja u homofobičnoj sredini.

Interseksualna osoba – osoba koja se radja sa polnim i reproduktivnim organima oji nisu definisani kao izričito ženski ili muški.

Kulturni heteroseksizam ili institucionalna homofobija odnosi se na heteroseksualne pristrasnosti u okvirima društvenih običaja i institucija (religije, obrazovanja i pravnog sistema), što dovodi do negiranja postojanja LGBT zajednice, njihovih običaja i istorije, čime privileguje status heteroseksualne zajednice. Psihološki heteroseksizam odnosi se na borbu protiv LGBT stavova i ponašanja u mnogo širem kontekstu društvenih struktura koje održavaju predrasude prema seksualnoj opredeljenosti i rodnom identitetu.

MSM – muškarci koji imaju seks sa drugim muškarcima (men who have sex with men), „kišobran termin“ koji obuhvata sve muškarce koji stupaju u seksualne odnose sa drugim muškarcima, bez obzira da li se identifikuju kao gej muškari, kao biseksualci ili nekako drugačije. Ovaj termin je često u upotrebi u epidemiološkim studijama prevalence polno prenosivih bolesti.

Otvorena veza - tip nemonogamne veze u kojoj je ustanovljenim pravilima partnerima dozvoljen seks i sa drugim osobama.

PLHIV – osoba koja živi sa HIV-om (person living with HIV)

Pol – društveno prihvaćena klasifikacija na osnovu reproduktivnih organa/funkcija i genitalija.

Poliamorija – održavanje partnerskih odnosa sa više osoba istovremeno/ paralelno.

Polni identitet – individualno identifikovanje po pitanju pola i polne pripadnosti, koji ne zavisi od pola koji društvo pripisuje rođenjem.

Queer označava teorije, politike i aktivizme protiv raznih oblika opresije i diskriminacije, nadovezujući se na strukturalizam i dekonstrukciju. To je transgresija i dekonstrukcija pretpostavljenih konstrukata seksualnosti i identiteta, pola i roda, kategorija poput: lezbijske, gej, biseksualne, transrodne, transeksualne, interseksualne i heteroseksualne. Queer aktivizam usredsređen je na stvaranje slobode samoidentifikacije, na odnos reprodukcije identiteta. Queer aktivizam je radikaln aktivizam koji je nastao kao odgovor na porast homofobije u javnom diskursu uoči AIDS krize u svetu, posebno SAD-u, početkom 1980. Tada i dobija svoju pozitivnu konotaciju, prestaje da bude psovka ili pogrdno ime za obično, gay muškarce. Queer je zapravo odstupanje od heteropatrijarhalnih normi, principa i vrednosti, preispitivanje i konstantno remećenje svega što je društveno pretpostavljeno i uslovljeno.

Rod - društveni konstrukt pola koji određuje društvene uloge i konstrukte „muškarca“ i „žene“, ali istovremeno, rod je i individualni konstrukt vlastitog identiteta/izražavanja koji potvrđuje, negira i/ili nadilazi društveno zadatu binarnu osnovu „muškog i ženskog“.

Rodno izražavanje – vizuelna i spoljna prezentacija svake osobe koja se ogleda kroz odevanje, odevne ili telesne oznake, frizuru, ponašanje, govor tela i sl.

Seksizam – diskriminacija ili stavovi, uslovi i ponašanje kroz koje se vrši promocija stereotipa i represivnih društvenih uloga i normi na bazi pola i roda.

Seksualna orijentacija – emocionalna i/ili fizička privlačnost ili naklonost koja može biti prema osobama istog i/ili različitog pola.

SIDA je skraćenica poreklom iz francuskog jezika i odnosi se na sindrom stečene imunodeficijencije (syndrome d'immunodéficience acquise). V. AIDS

Stigma/ stigmatizacija – negativan društveni proces etiketiranja i isključivanja svih onih grupa kao i njihovih pripadnika koji se razlikuju od "normalnosti" većine u svom društvenom okruženju (i predstavljaju percipiranu pretnju društvu).

Strejt - je termin preuzet iz engleskog koji se u LGB kontekstu odnosi na heteroseksualnost. U kolokvijalnom govoru, ima značenje nečeg što je ispravno, konvencionalno, uobičajeno, normalno. Zanimljivo je da se u žargonu korisnika psihoaktivnih supstanci koristi da označi i nekoga ko ne koristi droge.

Transfobija - označava strah ili mržnju orijentisanu prema trans* osobama. Transfobija podrazumeva stav da trans* osobe, usled netolerancije rodne različitosti, jesu prikrivene homoseksualne osobe, koje izbegavaju da budu identifikovane kao takve.

Transrodna osoba – osoba čiji rodni identitet i/ili rodno izražavanje nije u skladu sa uvaženim (nametnutim) transicionalnim rodnim ulogama i normama.

Urednici:

Vladimir Miletić i Anastasija Milenković

Autori:

Vladimir Miletić, Anastasija Milenković, Jelena Zulević, Vesna Marotić,
Maša Karleuša Valkanou, Milica Pejović Milovančević, Dušica Žigić
Marković, Katarina Maksimović, Jelisavka Milošević, Aleksandar
Stojaković, Marko Ćirić

PRIRUČNIK ZA LGBT PSIHOTERAPIJU

Izdavač:

Udruženje za unapređenje mentalnog zdravlja
Šejkina 56, Beograd
umzbeograd@gmail.com

Za izdavača:

Vladimir Miletić

Lektor:

Peter Kiš

Dizajn korica i priprema za štampu:

Olivera Miletić

Štampa:

Dosije studio, d.o.o.
ISBN 978-86-918431-0-6
Tiraž: 400 primeraka
2015.

 **HEINRICH
BÖLL
STIFTUNG**
**JUGOISTOČNA
EVROPA**

Priručnik za LGBT psihoterapiju publikovan je uz pomoć i finansijsku podršku Regionalne kancelarije Fondacije Hajnrh Bel u Beogradu.

CIP - Каталогизација у публикацији - Народна библиотека Србије,
Београд

305-055.3:159.9](082)

305-055.3:615.851](035)

PRIRUČNIK za LGBT psihoterapiju / urednici Vladimir Miletić, Anastasija
Milenković. - 1. izd. - Beograd : Udruženje za unapređenje mentalnog
zdravlja, 2015 (Beograd : Dosije studio). - 244 str. ; 21 cm

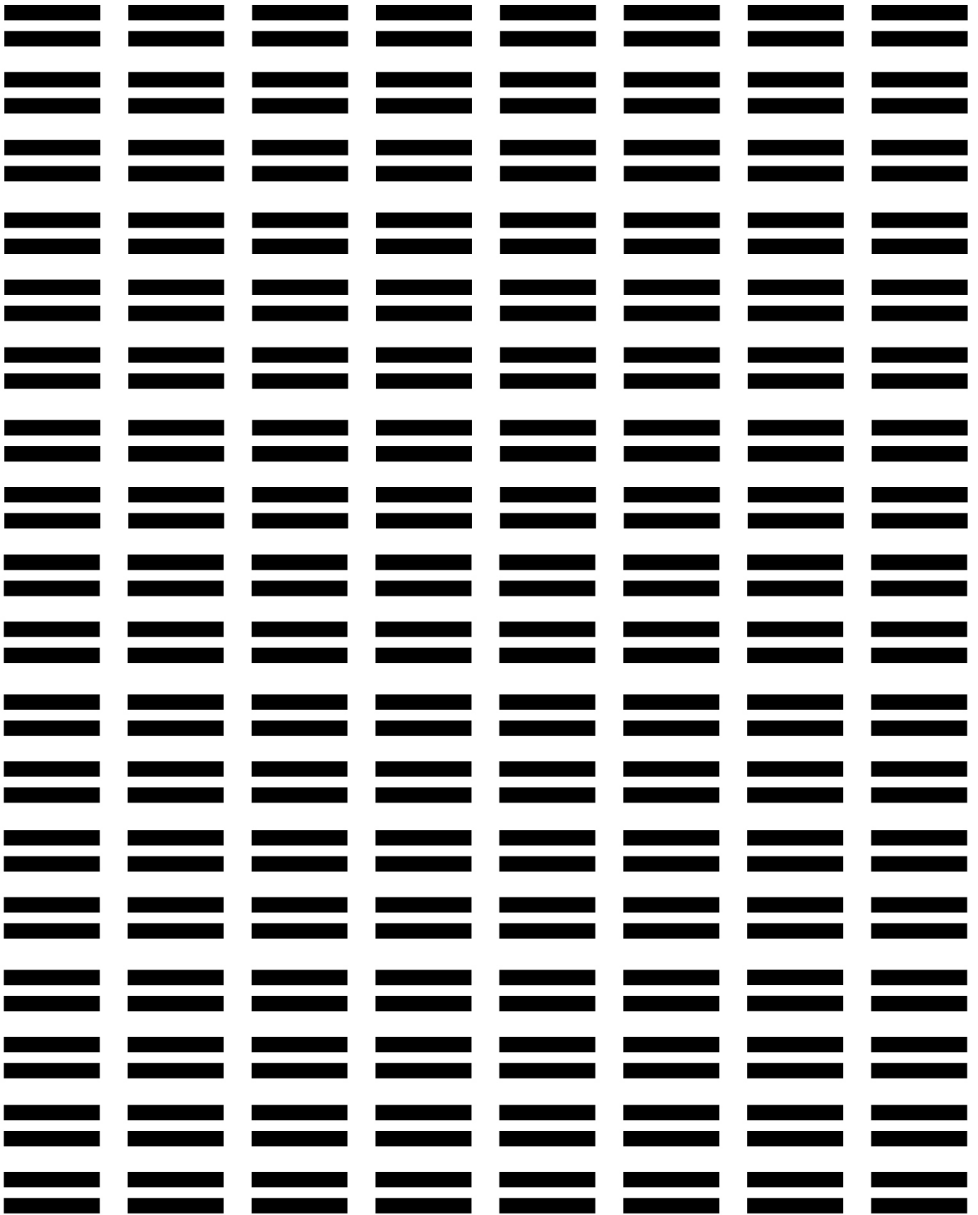
Tiraž 400. - Str. 9-10: Predgovor / Vladimir Miletić, Anastasija
Milenković. - Napomene uz tekst. - Pojmovnik: str. 240-242. -
Bibliografija: str. 212-239.

ISBN 978-86-918431-0-6

a) Сексуалне мањине - Психолошки аспект - Зборници b) Сексуалне
мањине

- Психотерапија - Приручници

COBISS.SR-ID 212968460



ISBN 978-86-918431-0-6



9 788691 843106 >



UMZ