

Autodestruktywność pośrednia u osób homoseksualnych

Indirect self-destructiveness in homosexual individuals

Konstantinos Tsirigotis¹, Wojciech Gruszczyński²,
Marta Tsirigotis-Maniecka³

¹ Zakład Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach,
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Kierownik: dr A. Witusik

² Instytut Psychologii Stosowanej Społecznej Akademii Nauk w Łodzi
Dyrektor: prof. dr hab. Z. Juczyński

³ Zakład Technologii Organicznej i Farmaceutycznej Politechniki Wrocławskiej
Kierownik: prof. dr hab. inż. K.A. Wilk

Summary

Objective. Indirect self-destructiveness and its manifestations in homosexual individuals remains a poorly studied area.

Aim. The aim of this study was to comprehensively examine the syndrome of indirect self-destructiveness in homosexual individuals.

Material and method. 156 homosexual individuals (111 males, 45 females) aged 25-35 (mean age of 29.6) and 561 heterosexual individuals (400 males, 161 females) aged 24-36 (mean age of 28.2) were studied with regard to indirect self-destructiveness. The research instrument was the Polish version of the Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) including: Transgression and Risk (A1), Poor Health Maintenance (A2), Personal and Social Neglects (A3), Lack of Planfulness (A4) and Helplessness and Passiveness in the face of problems (A5).

Results. Homosexual individuals obtained significantly higher scores than heterosexual ones in numerous scales: Indirect Self-Destructiveness – global (general) index ($p < 0.001$), A1-Transgression and Risk ($p < 0.001$), A4-Lack of Planfulness ($p < 0.001$) and A5-Helplessness, Passiveness ($p = 0.04$). There were no significant differences in the Poor Health Maintenance scale (A2). They also achieved significantly higher scores in the subscales assessing using of psychoactive substances. Factor analysis revealed the presence of only one factor both in the group of homosexual and heterosexual individuals.

Conclusions. The research results indicate that, as compared with the group of heterosexual individuals, in the group of homosexuals there occurs a worsening in psychological

functioning, which may be also manifested by an increased indirect self-destructiveness index. The increased intensity of indirect self-destructiveness in homosexual individuals may be considered a manifestation of worsened psychological functioning. The homosexual individuals look after their health similarly to heterosexuals.

Słowa kluczowe: autodestruktywność pośrednia, homoseksualność

Key words: indirect self-destructiveness, homosexuality

Mniejszość homoseksualna podlega takiej dyskryminacji, jakiej nie ośmielono by poddać żadnej innej mniejszości.

K. Boczowski

Wstęp

Homoseksualność jako termin (wprowadzony przez Kertbeny'ego w połowie XIX w.) jest wyrazem złożonym, a zarazem przykładem „małżeństwa” dwóch starożytnych języków: homo (gr. ομοσ lub ομοιος: podobny, taki sam) + sexus (łac. płeć). Sell [1] uważa, że to połączenie jest niewłaściwe, ale jest głęboko zakorzenione w literaturze.

Homoseksualność jako zjawisko (odchylenie?) seksualne, psychologiczne i społeczne jest znana od bardzo dawna, skoro wzmianki o niej są w dziełach starożytnych pisarzy i w Biblii. Według niektórych autorów stałość w występowaniu homoseksualności, niezależnie od czasów i kultury, świadczy o tym, że jest to zjawisko naturalne, uwarunkowane wieloczynnikowo, w tym również biologicznie [np. 2], że homoseksualność to zjawisko, które zawsze występowało. Prawdopodobnie ok. 3–4% mężczyzn i ok. 1% kobiet to osoby homoseksualne [3–8]. Najnowsze badania wykazują, że 2,5% mężczyzn i 1,4% kobiet miało partnerów seksualnych wyłącznie tej samej płci co oni przez ostatni rok [9, 10].

Homoseksualność wyłączna ujmowana jest jako trwałe wzorce zachowań i fantazji seksualnych skoncentrowanych wyłącznie na osobach tej samej płci [7]. Rozstrzygające znaczenie dla rozpoznawania homoseksualności ma homoerotyczna motywacja, „kierunek odczuć”, a nie rodzaj praktyk seksualnych, które nie muszą być zgodne z preferencjami seksualnymi. Od heteroseksualności różni się tylko zmianą w zakresie kierunku popędu seksualnego, a poza tym przebieg związków uczuciowych i seksualnych jest podobny, z wyjątkiem możliwości zapłodnienia oraz posiadania potomstwa w układzie homoseksualnym [11].

Wiadomo, że w ciągu dziejów postawy społeczeństw wobec osób o takiej orientacji seksualnej zmieniały się w zależności od epoki, społeczeństwa i kultury. W niektórych (nielicznych) kulturach homoseksualność przedkłada się nad heteroseksualność, w innych jest jedynie tolerowana, w pewnych jest akceptowana przed małżeństwem heteroseksualnym, a potem zwalczana, a w niektórych (w wielu) jest silnie tłumiona [12, 13]. W ciągu lat zmieniał się tylko stosunek do „odchyleń”¹, były one na przemian gloryfikowane, tolerowane lub potępiane [14]. Swego czasu społeczeństwa zaczęły

¹ Autor w oryginalnym tekście używa terminu „zboczenia”, co stanowi kolejny przykład czy dowód zmian postaw wobec różnych zjawisk życia erotycznego.

potępiać taką seksualność i wyciągać surowe konsekwencje społeczne i prawne wobec osób przejawiających zachowania homoseksualne [15]. Różne podejścia negatywnie nastawione do homoseksualności w większości niosą ten sam przekaz: „homoseksualność jest cechą złą i wstydliwą, która budzi lęk i którą należy wykorzystać” [15, 16]. Stąd zapewne różne pomysły na „leczenie” z homoseksualności² lub uprzedzenia, dyskryminacja i prześladowania w różnych formach, a nawet w majestacie prawa. W niektórych stanach w USA homoseksualność uważana jest za przestępstwo, a w przeszłości (do 1973 r.) psychiatria zaliczała ją do „zaburzeń”, a homoseksualistę uznawano za osobę zaburzoną psychicznie, którą należało leczyć tak długo, dopóki „pacjent” nie odrzuci tego niewłaściwego upodobania na rzecz heteroseksualności [7, 13].

Autodestruktywność pośrednia

Kolejnym od dawna dobrze znanym zjawiskiem jest zjawisko szkodenia samemu sobie. O ile sprawa zachowań bezpośrednio autodestruktywnych (samobójstwa, samookaleczenia itp.) jest jasna i nie budzi wątpliwości, o tyle „mniej ostre”, „subtelne” formy szkodenia sobie lub obniżenia jakości i/lub skracania sobie życia nie są od razu i bezpośrednio dostrzegalne (zachowania ryzykowne, uzależnienia, zaniedbania itp.). Poświęca się im na ogół mniej uwagi, zwłaszcza że wiele z nich traktuje się jako zachowania powszechnie (lub przynajmniej często) występujące, a zatem jako „normalne”.

Pośrednia (chroniczna) autodestruktywność jest definiowana jako zachowanie obejmujące uogólnioną tendencję do angażowania się w czynności, które zwiększają prawdopodobieństwo doświadczania negatywnych konsekwencji w przyszłości i/lub zmniejszają prawdopodobieństwo uzyskania konsekwencji pozytywnych. Osoby, które są motywowane głównie przez aktualne emocjonalne czynniki, z większym prawdopodobieństwem niż osoby, które są motywowane przez bardziej odległe poznawcze rozważania, mogą zaangażować się w zachowania, które są autodestruktywne. Osoby z wysokim nasileniem autodestruktywności pośredniej częściej są leczone z powodu nadużywania alkoholu lub narkotyków, „ściągają” na egzaminach, popełniają wykroczenia drogowe czy zwlekają z badaniami w kierunku raka [19]. Autodestruktywność pośrednia jest ujmowana również jako zachowania, których prawdopodobny negatywny skutek jest upośredniony dodatkowymi czynnikami, a związek między zachowaniem a szkodą spostrzegany jest jako prawdopodobny. Tak rozumiana autodestruktywność pośrednia obejmuje zarówno podejmowanie określonych działań, jak i ich zaniechanie; dotyczy wchodzenia w sytuacje zagrożenia i podwyższonego ryzyka (forma aktywna) bądź też zaniedbywania własnego bezpieczeństwa czy zdrowia (forma pasywna). Podczas gdy ostre/bezpośrednie zachowania autodestruktywne obejmują świadomy i dobrowolny zamiar szkodenia sobie, czasem z intencją samobójczą, chroniczna autodestruktywność dotyczy czynności i sytuacji rozciągniętych w czasie, kiedy dana

² Przykładem trudności i kontrowersji w tej materii może być przypadek badań nad możliwością zmiany orientacji homoseksualnej za pomocą tzw. „terapii reparatywnej” [17], których autor przeprosił społeczność homoseksualną za swoje badania oraz poszczególne osoby homoseksualne, które zmarnowały swój czas i energię w „terapii reparatywnej” [18].

osoba lekceważy ich długoterminowe szkodliwe następstwa lub jest ich nieświadoma [20, 21]. Wyróżnia się pięć kategorii autodestruktywności pośredniej. Transgresja i ryzyko obejmują naruszenie norm społecznych, np. regulaminu szkolnego lub zasad i norm społecznego współżycia, jak również zachowania ryzykowne podejmowane dla chwilowej przyjemności, poszukiwania wrażeń, np. brawurowa jazda czy hazard. W tej kategorii znajduje się również uleganie pokusom i impulsywność. Zaniedbania zdrowotne obejmują zachowania ryzykowne dla zdrowia, np. nadmierne picie lub jedzenie, lekceważenie okresowych badań lekarskich lub ignorowanie zaleceń lekarskich. Zaniedbania osobiste i społeczne dotyczą lekceważenia obowiązków lub spraw ważnych pod względem osobistym czy społecznym. Nieuważność i brak planowania oznacza działanie bez uprzedniego planowania czy perspektywy przyszłościowej. Bezradność i bierność obejmuje rezygnację z działania, które mogłoby zakończyć cierpienie lub zażegnać niebezpieczeństwo [19-21].

Autodestruktywność pośrednia to forma szkodzenia sobie, która wyraźnie różni się od autodestruktywności bezpośredniej czy samoagresji. Istotą autodestruktywności pośredniej jest transsytuacyjność i współwystępowanie różnych form zachowań o negatywnych konsekwencjach.

Zachowania autodestruktywne u osób homoseksualnych

W ciągu dziejów usiłowano zbadać zjawisko homoseksualności, z różnym zresztą skutkiem. Stwierdzano³ m.in., że większość homoseksualistów wykazywała poczucie winy i niepokoju w związku ze swoimi homoseksualnymi pragnieniami i praktykami. Poczucie winy było natury religijnej i wiązało się z poczuciem grzechu lub dokonywania czegoś złego lub nienaturalnego (wbrew naturze). U 29% badanych homoseksualistów występowała depresja, 7% podejmowało próby samobójcze, a 30% nadużywało alkoholu [22, 23]. W innych badaniach stwierdzono, że 90% pacjentów z depresją, którzy próbowali popełnić samobójstwo, miało niezadowolające życie płciowe spowodowane albo słabym popędem heteroseksualnym, albo silnym popędem homoseksualnym lub oba te czynniki występowały razem (Connor, cyt. za [23]). Jedynie 29% (czyli nawet nie 1/3) mężczyzn homoseksualnych akceptowało swoją homoseksualność, osiągało zadowolenie ze swojej aktywności seksualnej oraz miało długotrwałe emocjonalne związki miłosne [24]. Ci homoseksualiści, którzy uważali, że nastawienie społeczeństwa w stosunku do nich jest bardzo negatywne, mieli jednocześnie najwięcej problemów natury psychologicznej i podawali, że czują się źle w społeczeństwie. Stwierdzono nawet występowanie wszystkich wspólnych cech dla grup mniejszościowych [23, 25].

Zarówno zatajenie swojej homoseksualności, jak i fakt podania jej do publicznej wiadomości pociągają za sobą zwykle odmienne, chociaż prawie zawsze negatywne skutki [23]. Stwierdzono, że osoby homoseksualne odczuwały wewnętrzny konflikt w związku z ujawnianiem się (coming out) [26]. Na uwagę zasługuje stanowisko, że

³ Cytowane prace [22, 24, 25] pochodzą z lat, kiedy homoseksualizm był jeszcze obecny w klasyfikacjach ICD i DSM jako zaburzenie – przyp. red.

ujawnianie się może mieć również pozytywne konsekwencje w postaci np. konsolidacji tożsamości seksualnej czy możliwości uzyskiwania wsparcia np. ze strony swojej grupy mniejszościowej; niezależnie jednak od tego zdaje się, że te pozytywne następstwa występują najczęściej po pierwotnych, negatywnych.

Wyniki bardziej współczesnych międzynarodowych badań wykazują, że wskaźniki samobójstw i nadużywania alkoholu wśród młodych osób homoseksualnych obojga płci, biseksualnych i osób „transpłciowych” (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender – LGBT) są podwyższone. Wiele danych wskazuje na silny związek między homofobią a zachowaniami autodestruktywnymi [27]. Ryzyko prób samobójczych to ważne zagadnienie w populacji osób homoseksualnych (obojga płci) i biseksualnych. Aczkolwiek mechanizmy tego zwiększonego ryzyka samobójstw nie zostały w pełni wyjaśnione, negatywne doświadczenia, takie jak dyskryminacja i przemoc, związane ze stygmatyzacją (naznaczeniem) mniejszościowej orientacji seksualnej, okazały się ważnymi przyczynami [28]. Samobójcy o orientacji homoseksualnej częściej spełniali kryteria diagnostyczne dla zaburzeń lękowych niż samobójcy o orientacji niehomoseksualnej [29]. Stwierdzono silny związek między ryzykiem samobójstwa a homoseksualnością lub biseksualnością u mężczyzn [30]. Strategie stosowane przez młodzież LGBT w obliczu dystresu to elastyczność lub odporność na stres, ambiwalencja i zachowania autodestruktywne (włącznie z samouszkodzeniami i samobójstwami) [31].

Jak widać, o ile usiłowano zbadać osobno różne aspekty/przejawy zachowań/działań, które dziś określilibyśmy mianem zachowań pośrednio autodestruktywnych, o tyle nie zbadano jeszcze autodestruktywności pośredniej rozumianej holistycznie tj. jako uogólnionej tendencji behawioralnej czy syndromu u osób homoseksualnych.

Cel

Celem niniejszej pracy było zbadanie (syndromu) autodestruktywności pośredniej w sposób całościowy u osób homoseksualnych.

Material

Zbadano 156 osób o orientacji homoseksualnej (111 mężczyzn, 45 kobiet) w wieku 25–35 lat (średnia wieku 29,6 roku) i 561 osób o orientacji heteroseksualnej (400 mężczyzn, 161 kobiet) w wieku 24–36 lat (średnia wieku 28,2 roku).

Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Informacje o badaniach były umieszczone na ogólnodostępnych stronach internetowych i forach, jak również na stronach internetowych i forach mniejszości seksualnych.

Po nawiązaniu kontaktu elektronicznego (przez internet) i wyjaśnieniu celu badań, osoby, które zgodziły się dobrowolnie i anonimowo wziąć udział, zostały zaproszone na bezpośrednie i indywidualne spotkanie. Uczestnicy samodzielnie wypełnili arkusze i skale badawcze. Członkowie zespołu badawczego służyli pomocą w przypadku pytań lub wątpliwości. Spośród 185 osób homoseksualnych, które drogą elektroniczną wyraziły zgodę, udział w badaniach wzięły 164 osoby; 8 arkuszy było wypełnionych błędnie.

W celu uniknięcia wpływu zmiennych socjodemograficznych grupa porównawcza osób heteroseksualnych (561 osób) została dopasowana (wybrana) pod względem tych danych z populacji 2 653 osób. Charakterystykę socjodemograficzną obu grup przedstawia tabela 1. Z powodu wspomnianego wcześniej dopasowania nie ma istotnych statystycznie różnic w cechach socjodemograficznych między grupą osób homoseksualnych i heteroseksualnych.

Tabela 1. **Charakterystyka socjodemograficzna badanych grup**

ZMIENNA		HOMOSEKS.		HETEROSEKS.	
		N	%	N	%
Płeć	Mężczyzna	111	71,15	400	71,30
	Kobieta	45	28,85	161	28,70
Wiek	Śr. ± Odch. Stand.	29,6 ± 1,5		28,2 ± 1,7	
	Rozpiętość	25–35		24–36	
Wykształcenie	Podstawowe	51	32,69	190	33,87
	Średnie	60	38,46	219	39,04
	Wyższe	45	28,85	152	27,09
Status socjoekonomiczny	Niski	42	26,92	141	25,13
	Średni	73	46,80	282	50,27
	Wysoki	41	26,28	138	24,60
Miejsce zamieszkania	Wieś	35	22,43	129	29,99
	Małe miasto	64	41,03	242	43,14
	Wielkie miasto	57	36,54	190	33,87

Osoby homoseksualne, osoby heteroseksualne $\chi^2 = 0,042$, $p = 0,838$

Metoda

Arkusz socjodemograficzny obejmował różne sfery funkcjonowania, a pytania zostały ułożone na podstawie doświadczenia (m.in. klinicznego) zespołu badawczego i wcześniejszych badań. Pytania dotyczyły np. wykształcenia, statusu socjoekonomicznego i orientacji seksualnej.

Orientacja seksualna uczestników została określona na podstawie ich bezpośredniej deklaracji w arkuszu socjodemograficznym (samoopis). Uczestnicy sami określali siebie jako osoby homoseksualne, odczuwali pociąg seksualny do osób tej samej płci i utrzymywali stosunki intymne z osobami tej samej płci.

W celu zbadania nasilenia autodestruktywności pośredniej i jej przejawów zastosowano polską wersję Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) Kelley [19] w adaptacji Suchańskiej [21]. Aby zbadać chroniczną autodestruktywność jako tendencję uogólnioną, Kelley stworzyła narzędzie badawcze obejmujące kilka kategorii

zachowań i składające się z zestawu 52 twierdzeń. Polska wersja narzędzia, podobnie jak i oryginalna, charakteryzuje się wysoką rzetelnością oraz trafnością i obejmuje: Transgresję i Ryzyko (A1), Zaniedbania Zdrowotne (A2), Zaniedbania Osobiste i Społeczne (A3), Nieuważność, Nieostrożność i Brak Planowania (A4) oraz Bezradność w obliczu trudności (A5), wyniki których sumują się na jeden ogólny wynik Autodestruktywności Pośredniej [19, 21].

Analiza statystyczna

W analizie statystycznej otrzymanych wyników zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Dla scharakteryzowania wartości przeciętnej dla cech ilościowych obliczono średnią arytmetyczną (M), a za miarę rozrzutu przyjęto odchylenie standardowe (SD). Zgodność rozkładów cech ilościowych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Z powodu braku zgodności rozkładów zmiennych zależnych z rozkładem normalnym w opracowaniu statystycznym uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test istotności U Manna–Whitneya. Dla wszystkich analiz przyjęto maksymalny dopuszczalny błąd I rodzaju $\alpha = 0,05$. Obliczono asymptotyczne dwustronne prawdopodobieństwo testowe p . Za statystycznie istotne uznano $p \leq 0,05$. W celu zbadania struktury czynnikowej syndromu autodestruktywności pośredniej u osób homoseksualnych i heteroseksualnych przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową z nieograniczoną liczbą wyodrębnianych czynników o minimalnej wartości własnej równej 1,00. Analizy statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA PL 10.0 dla systemu Windows [32].

Wyniki

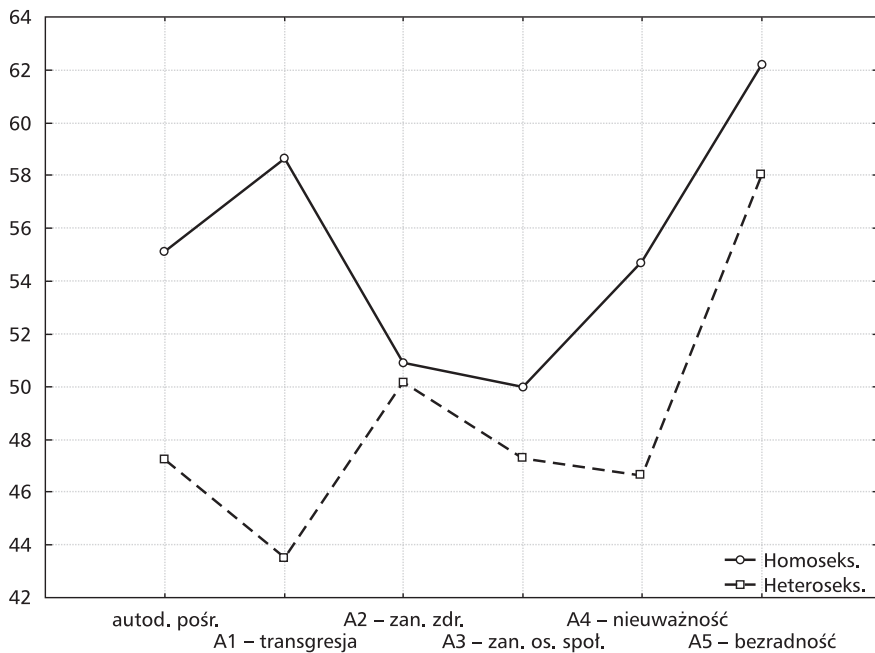
Wyniki uzyskane przez osoby badane w CS-DS przedstawiają tabela 2 i wykres 1. Jak widać na wykresie, profilogram osób homoseksualnych w CS-DS jest wyższy niż profilogram osób heteroseksualnych, co oznacza, że wyniki uzyskane przez osoby homoseksualne są wyższe. Z danych zawartych w tabeli wynika, że w wielu przypadkach osoby homoseksualne uzyskały statystycznie istotnie wyższe wyniki niż osoby heteroseksualne: Autodestruktywność Pośrednia – wskaźnik globalny ($p < 0,001$), Transgresja i Ryzyko ($p < 0,001$), Nieuważność ($p < 0,001$) i Bezradność ($p = 0,04$). Poza tym w wyodrębnionych podskalach badających zażywanie substancji psychoaktywnych legalnych (nikotyna, alkohol i leki, ale w celach niemedycznych) i nielegalnych (narkotyki), osoby homoseksualne uzyskały również statystycznie istotnie wyższe wyniki niż osoby heteroseksualne ($p < 0,001$ dla każdej kategorii).

Przeprowadzona analiza czynnikowa wyników w skalach CS-DS ujawniła istnienie tylko jednego czynnika, w który grupują się wszystkie badane zmienne zarówno w grupie osób homoseksualnych, jak i w grupie osób heteroseksualnych. Z powodu wyodrębnienia jednego tylko czynnika rotacja była niemożliwa. W przypadku osób homoseksualnych największy ładunek czynnikowy miały Zaniedbania Osobiste i Spo-

łeczne (-0,904) oraz Transgresja (-0,825), a u osób heteroseksualnych Zaniedbania Osobiste i Społeczne (-0,809) oraz Nieuważność (-0,751).

Tabela 2. Porównanie wyników ($M \pm SD$) uzyskanych przez osoby homoseksualne i heteroseksualne w CS-DS

ZMIENNA	HOMOSEKS.		HETEROSEKS.		ISTOTNOŚĆ	
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	U	p
AUTODESTR. POŚREDNIA	143,314	29,726	122,727	18,776	1701,000	$p < 0,001$
A1 – TRANSGRESJA, RYZYKO	52,765	14,163	39,149	8,530	1281,500	$p < 0,001$
A2 – ZANIEDBANIA ZDROWOTNE	27,980	6,656	27,578	6,368	2875,000	n.s.
A3 – ZANIEDBANIA OSOBISTE I SPOŁECZNE	29,941	8,726	28,355	5,893	2777,500	n.s.
A4 – NIEUWAŻNOŚĆ, BRAK PLANOWANIA	23,745	4,947	19,240	4,832	1601,000	$p < 0,001$
A5 – BEZRADNOŚĆ	7,797	2,324	7,465	2,114	2479,500	$p = 0,04$



Wykres 1. Profilogramy osób badanych w CS-DS

Omówienie wyników

W badaniu D. Bhurga około 31% osób homoseksualnych przyznało, że w pewnym stopniu ubolewa z powodu swojej homoseksualności. Ponadto ok. 31% osób homoseksualnych oznajmiło, że „wzięłoby jakąś pigułkę, gdyby to uczyniło je całkowicie i trwale heteroseksualistami” [33].

W omawianiu wyników badań trudno będzie odnieść się do wyników innych prac, ponieważ w literaturze brak jest takowych. Istnieją jedynie badania traktujące o poszczególnych przejawach badanego zjawiska, np. samookaleczenia, samobójstwa (autodestruktywność bezpośrednia) czy zażywanie/nadużywanie substancji psychoaktywnych (skutek upośredniony).

Stwierdzono, że samouszkodzenia są częstsze u osób homoseksualnych niż heteroseksualnych [31, 34–38]. Próby samobójcze i śmierć samobójcza również są częstsze u osób homoseksualnych niż heteroseksualnych. [10, 27, 31, 36–40], lecz o ile kobiety częściej podejmują próby samobójcze, o tyle mężczyźni częściej giną śmiercią samobójczą [10, 41], podobnie zresztą jak w populacji ogólnej, czyli przeważnie heteroseksualnej [42]. Zażywanie substancji psychoaktywnych jest częstsze i/lub bardziej nasilone u osób homoseksualnych. Depresja i zaburzenia lękowe/paniczne występują częściej u mężczyzn homoseksualnych niż u kobiet homoseksualnych, podczas gdy u kobiet homoseksualnych częściej stwierdza się uzależnienie od substancji psychoaktywnych [10, 36, 38]; na uwagę zasługuje zauważalna tendencja odwrotna niż w populacji ogólnej, tj. przeważnie heteroseksualnej.

Analiza czynnikowa wyników w CS-DS, w naszych badaniach, ujawniła jeden czynnik tak w przypadku osób homoseksualnych, jak i heteroseksualnych. Jest to wynik ciekawy, ponieważ w grupach z wyraźną psychopatologią (u chorych na schizofrenię i u osób uzależnionych od narkotyków) analiza czynnikowa ujawniła dwa czynniki [43, 44]. Powyższe może oznaczać, że u osób homoseksualnych nie występuje psychopatologia i to w sensie klinicznym. Za stwierdzeniem braku związków między psychopatologią a orientacją homoseksualną świadczą również wyniki badań przeprowadzonych za pomocą MMPI-2 w populacji mężczyzn homoseksualnych, w których stwierdzono, że ich profil osobowości jest nieco podwyższony w stosunku do profilu osobowości mężczyzn heteroseksualnych, lecz nadal pozostaje w granicach normy, a konfiguracja skal, zwłaszcza klinicznych, i innych wskaźników diagnostycznych nie wskazuje na występowanie jakiegoś zespołu psychopatologicznego [45]. Podobna jest wymowa wyników innego projektu badawczego nad osobowością osób homoseksualnych [46, 47].

Wyniki badań, również w niniejszej pracy, wskazują na fakt, iż w populacji osób homoseksualnych w porównaniu z populacją osób heteroseksualnych występuje nie tyle psychopatologia kliniczna, ile pogorszenie funkcjonowania psychologicznego, którego wyrazem może być również podwyższony wskaźnik autodestruktywności pośredniej. Innymi słowy, u osób homoseksualnych większe nasilenie autodestruktywności pośredniej może być ujmowane jako wyraz pogorszenia funkcjonowania psychologicznego. W zgodzie z powyższymi pozostaje stwierdzenie u osób homoseksualnych wyższego poziomu psychologicznego dystresu [31, 48].

Jak wspomniano wcześniej, osoby homoseksualne doświadczają konfliktu wewnętrznego w związku z ujawnianiem się, konfliktu z samym sobą, z kulturą i ze swoją rodziną [26, 33].

O psychologicznym funkcjonowaniu badanych osób wiele informacji może dostarczyć konfiguracja skal w CS-DS. U osób homoseksualnych największe nasilenie miała bezradność i transgresja, najniższe zaś zaniedbania zdrowotne oraz zaniedbania osobiste i społeczne. U osób heteroseksualnych najwyższe nasilenie osiągnęła bezradność i zaniedbania zdrowotne, a najmniejsze transgresja i nieuważność.

Wyniki badań jednoznacznie wskazują na to, że u osób homoseksualnych z większym nasileniem występują tendencje pośrednio autodestruktywne, tj. tendencje do podejmowania działań/zachowań, które mogą okazać się dla podmiotu niekorzystne, a nawet szkodliwe. Nasilenie autodestruktywności pośredniej jest związane z ryzykiem podjęcia próby samobójczej czy wręcz popełnienia samobójstwa [49].

Różnice wyników w skali transgresji sugerują, że osoby homoseksualne częściej podejmują zachowania przekraczające normy. Zachowania naruszające „normy” to zachowania pociągające za sobą konsekwencje w postaci chociażby zmian lub same stanowią zburzenie status quo, czyli zastanego stanu rzeczy. Zresztą sama homoseksualność stanowi przekroczenie „normy” (statystycznej) w postaci większościowej heteroseksualności.

Wyniki osób homoseksualnych w skali nieuważności i braku planowania mogą sugerować, że nie przykładają one należytej uwagi do planowania swoich działań, co nie jest dziwne, zważywszy na to, że często przychodzi im działać w trudnych i niespodziewanych warunkach i sytuacjach.

Różnice w skali bezradności mogą sugerować, że większe jest nasilenie poczucia bezradności i beznadziejności u osób homoseksualnych. Zresztą związki między autodestruktywnością pośrednią a poczuciem bezsilności i beznadziejności zostały stwierdzone również w innych badaniach [50]. Taki wynik może być wyrazem sytuacji życiowej, w której znalazły się osoby homoseksualne: poczucie znikomego lub wręcz braku wpływu na wydarzenia (wewnętrzne: orientacja seksualna; zewnętrzne: częściej wrogie niż przyjazne postawy społeczne) i braku wyjścia czy rozwiązania sytuacji, w której się znalazły.

Na uwagę zasługuje fakt, iż zaniedbania w zakresie (ochrony) zdrowia u osób homoseksualnych nie są istotnie większe niż u osób heteroseksualnych. Tym bardziej, że u osób heteroseksualnych pod względem nasilenia zaniedbania te są na drugim miejscu, a u osób homoseksualnych na przedostatnim. Jest to ważne, zwłaszcza w obliczu HIV i AIDS, skoro dość szeroko jest rozpowszechnione przekonanie, że na AIDS chorują tylko homoseksualiści. Wynik ten oznacza, że osoby homoseksualne dbają o swoje zdrowie podobnie jak osoby heteroseksualne. Jest to ważne, ponieważ wyniki innych badań wykazują, że większe nasilenie psychologicznego dystresu w populacjach mniejszości seksualnych może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie niektórych osób [51]. A osoby homoseksualne dbają o swoje zdrowie mimo trudności oraz mimo faktu, że zdrowie osób homoseksualnych jest zaniedbywane w polityce i praktyce bardzo wielu rządów [por. 52].

Na kształtowanie tendencji autodestruktywności pośredniej u osób homoseksualnych zdają się mieć wpływ czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Do czynników

zewnątrznych zaliczyć można stygmatyzację społeczną, uprzedzenia i dyskryminację [10, 28, 53]. Corliss i wsp. [28] nazywają je zewnętrznymi stresorami: antygejowska dyskryminacja i przemoc. Do czynników wewnętrznych można zaliczyć świadomość i poczucie „inności” (w porównaniu z heteroseksualną większością). Również ważna jest świadomość, że praktyki homoseksualne nie prowadzą do zapłodnienia i urodzenia dziecka, istotna zwłaszcza dla kobiet homoseksualnych, co może wywoływać dwójakiego rodzaju konflikt: brak możliwości realizacji/zaspokojenia potrzeby indywidualnej, osobistej, psychicznej oraz niespełnienie oczekiwań społecznych („dorosły człowiek powinien mieć dzieci”). Stwierdzono na przykład, że osoby homoseksualne ubolewają nad swoją homoseksualnością, ponieważ nie mają dzieci [33]. Inne badania również wykazują, że sprawa posiadania i wychowywania dzieci jest ważna dla osób homoseksualnych [54]. Corliss i wsp. [28] nazywają te czynniki wewnętrznymi stresorami: wstyd i lęk przed odkryciem mniejszościowej orientacji seksualnej przez innych ludzi. Ponieważ homoseksualność jest społecznie stygmatyzowana, osoby homoseksualne mogą doświadczać tzw. stresu mniejszościowego. Zgodnie z koncepcją stresu mniejszościowego, stygmatyzacja, uprzedzenie i dyskryminacja tworzą wrogie i stresorodne otoczenie społeczne, co jest przyczyną problemów ze zdrowiem psychicznym. Model ten przedstawia procesy stresu obejmujące doświadczanie przypadków uprzedzenia, oczekiwanie odrzucenia, ukrywanie i zatajanie oraz zinternalizowaną homofobię⁴ [55, 56]. Powyższe mogą wywoływać u osób homoseksualnych obawę przed ostracyzmem, unikaniem, dezaprobatą, odrzuceniem, wykluczeniem, potępieniem, a nawet dyskryminacją i prześladowaniem. A najgorsze jest to, że obawy te nie są nieuzasadnione: niestety, jak historia pokazuje, osoby homoseksualne spotyka wiele przykrych wydarzeń w ich życiu, o wiele więcej niż heteroseksualną większość. Skrajnym przykładem może być proces wiktymizacji tych osób, z przemocą fizyczną włącznie [por. 38].

Osoby heteroseksualne stanowią zdecydowaną większość ogółu populacji zatem można przyjąć, że heteroseksualność to norma w ujęciu statystycznym. Ale z tego niekoniecznie musi wynikać, że jest ona „normalna” w sensie psychologicznym czy osobistym (osobowościowym) lub że homoseksualność jest „anormalna”; homoseksualność, owszem, jest „odchyleniem”, ale z całą pewnością w sensie statystycznym, a niekoniecznie w sensie psychologicznym czy osobowościowym.

Wnioski

Zdaje się, że najbardziej typowym błędem w podejściu do osób homoseksualnych jest widzenie ich problemów i życia osobistego tylko przez pryzmat ich doświadczeń seksualnych.

Wyniki tej pracy mogą mieć implikacje profilaktyczne i terapeutyczne. W aspekcie profilaktycznym przedmiotem zainteresowania powinny zostać nie tylko osoby ze skłonnością do angażowania się w sytuacje zagrożenia i podwyższonego ryzyka (aktywna forma autodestruktywności pośredniej), ale również osoby zaniedbujące

⁴ Koncepcja stresu mniejszościowego dość obszernie została przedstawiona w „Psychiatrii Polskiej” [56].

swoje własne bezpieczeństwo lub zdrowie (pasywna forma autodestruktywności pośredniej). Jest to na tyle ważne, że ryzyko śmierci samobójczej jest większe w przypadku osób z wysokim nasileniem autodestruktywności pośredniej. Ważna tu zdaje się neutralizacja czynników ryzyka i rozwiązywania problemów oraz sytuacji kryzysowych.

Przejawy autodestruktywności pośredniej jako czynnika ryzyka samobójstwa mogą poprzedzić tzw. klasyczne objawy zwiastunowe, np. zespół presuicydalny według Ringela [57], co może przyspieszyć i ułatwić działania profilaktyczne adresowane do konkretnej osoby. Natomiast zmiana pesymistycznego stylu wyjaśniania negatywnych wydarzeń życiowych na optymistyczny może mieć terapeutyczne implikacje dla profilaktyki [58], bowiem wiadomo jest, że pesymizm nie sprzyja dobrostanowi i jest to jeden z czynników ryzyka prób samobójczych i samobójstwa [7, 59].

Scourfield i wsp. [31] postulują, by ujmować szkoderstwo samemu sobie u osób homoseksualnych jako rodzaj reakcji na przeciwności losu i wrogie otoczenie. Co prawda autorzy odnoszą się do autodestruktywności bezpośredniej (samouszkodzenia, samookaleczenia, samobójstwa itp.), ale postulat ten można również przenieść na autodestruktywność pośrednią: ona też może być typem reakcji na przeciwności losu i na wrogie otoczenie.

Mamy nadzieję, że nasza praca przyczynia się choć trochę do zarekomendowania podniesienia wiedzy i rozumienia osób homoseksualnych, ich destygmatyzacji oraz zachęcenia ich do korzystania z pomocy w związku z dyskomfortem psychicznym czy innymi problemami [10].

Podziękowania

Pragniemy podziękować wszystkim osobom, które zgodziły się i wzięły udział w naszych badaniach.

Piśmiennictwo

1. Sell RL. *Defining and measuring sexual orientation: A review*. Arch. Sex. Behav. 1997; 26(6): 643–658.
2. Levay S. *A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men*. Science 1991; 253: 309–315.
3. Wilson GD, Nias DKB. *Loves mysteries: The psychology of sexual attraction*. London: Open Books; 1976.
4. Langevim R. red. *Erotic preference gender identity and aggression in men: new research studies*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publisher; 1985.
5. Wilson GD. *An ethological approach to sexual deviation*. W: Wilson GD. red. *Variant sexuality: research and theories*. London: Croom Helm; 1987. s. 84–115.
6. Posner RA. *Sex and reason*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1992.
7. Seligman MEP, Walker E, Rosenhan, DL. *Abnormal psychology*. Fourth edition. New York: W.W. Norton & Company, Inc.; 2001.
8. Buss D. *The evolution of desire. strategies of human mating*. New York: Basic Books; 2003.

9. Black D, Gates G, Sanders S, Taylor L. *Demographic of the gay and lesbian population in the United States: Evidence from available systematic data sources*. Demography 2000; 37(2): 139–154.
10. Haas A, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR. i wsp. *Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations*. J. Homosex. 2011; 58(1): 10–51.
11. Imieliński K. *Seksjatria*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1990.
12. Werner D. *A cross-cultural perspective on theory and research on male homosexuality*, J. Homosex. 1979; 4: 345–361.
13. Gerrig RJ, Zimbardo PG. *Psychology and life*. Allyn & Bacon; Boston 2009
14. Imieliński K. *Zboczenia płciowe. Dynamiczna teoria zbroczeń płciowych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1970.
15. Bem SL. *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven, CT: Yale University; 1993.
16. de Monteflores C, Schultz SJ. *Coming out: Similarities and differences for lesbians and gay men*. J. Soc. Issues 1978; 34(4): 59–72.
17. Spitzer LR. *Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation*. Arch. Sex. Behav. 2003; 32(5): 403–417.
18. Spitzer LR. *Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality*. Arch. Sex. Behav. 2012; 41: 757.
19. Kelley K, Byrne D, Przybyla DPJ, Eberly C, Eberly B, Greendlinger V. i wsp. *Chronic self-destructiveness: conceptualization, measurement, and initial validation of the construct*. Motiv. Emotion 1985; 9(2): 135–151.
20. Suchańska A. *Analisa empirica da fenomeno de autodestrutividade latente*. Rev. Bras. Ps. 1991; 3(1): 84–89.
21. Suchańska A. *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1998.
22. Saghir MT, Robins E. *Male and female homosexuality. A comprehensive investigation*. Baltimore: The Williams & Wilkins Company; 1973.
23. Boczkowski K. *Homoseksualizm*. Kraków: Inter Esse; 2003.
24. Westwood G. *A minority. A report on the life of the male homosexual in Great Britain*. Edinburgh: R. & R. Clark, Ltd.; 1960.
25. Weinberg MS, Williams CJ. *Male homosexuals*. London: Oxford University Press; 1974.
26. Tremble B, Schneider M, Appathurai C. *Growing up gay or lesbian in a multicultural context*. J. Homosex. 1989; 17: 253–266.
27. McDermott E, Roen K, Scourfield J. *Avoiding shame: young LGTB people, homophobia and self-destructive behaviours*. Cult. Health Sex. 2008; 10(8): 815–829.
28. Corliss HL, Cochran SD, Mays VM, Greenland S, Seeman TE. *Age of minority sexual orientation development and risk of childhood maltreatment and suicide attempts in women*. Am. J. Orthopsychiatry 2009; 79(4): 511–521.
29. Renaud J, Berlim MT, Begolli M, McGirr A, Turecki G. *Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: an exploratory study*. Can. J. Psychiatry 2010; 55(1): 29–34.
30. Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. *The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study*. Am. J. Public Health 1998; 88(1): 57–60.

31. Scourfield J, Roen K, McDermott L. *Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's experience of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour*. Health Soc. Care Community 2008; 16(3): 329–336.
32. *Statistica PL*. Kraków: StatSoft Polska; 2011.
33. Bhurga D. *Coming out by South Asian gay men in the United Kingdom*. Arch. Sex. Behav. 1997; 26(5): 547–557.
34. Rivers I. *Long-term consequences of bullying*. W: Neal C, Davis D. red. *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual and transgender clients*. Buckingham: Open University Press; 2000. s. 146–159.
35. Rivers I. *The bullying of sexual minorities at school: its nature and long-term correlates*. Educ. Child Psychol. 2001; 18: 32–64.
36. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D. i wsp. *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay, and bisexual people*. BMC Psychiatry 2008; 8: 70
37. Grabski B, Iniewicz G, Mijas M. *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(4): 637–647.
38. Mereish EH, O'Cleirigh C, Bradford JB. *Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities*. Psychol. Health Med. 2014; 19(1): 1–13.
39. Remafedi G. *Suicidality in venue-based sample of young men who have sex with men*. J. Adolesc. Health 2002; 31(4): 305–310.
40. Wichstrøm L, Hegna K. *Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population*. J. Abnorm. Psychol. 2003; 112(1): 144–151.
41. Mathy RM, Cochran SD, Olsen J, Mays VM. *The association between relationship markers in sexual orientation and suicide: Denmark, 1990-2001*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2009; 46(2): 111–117.
42. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis M. *Gender differentiation in methods of suicide attempts*. Med. Sci. Monit. 2011; 17(8): 65–70.
43. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Kruszyna M, Tsirigotis M. *Autodestrykcyjność pośrednia u osób uzależnionych od narkotyków*. AiN; 2009; 2: 119–128.
44. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Clinical (psychopathological) predictors of indirect self-destructiveness in patients with schizophrenia*. Thessaloniki, Greece: 3rd International Congress on Neurobiology and Psychopharmacology (ICNP2013); 30.05.–02.06.2013.
45. Zarzycka B, Larus D. *Porównanie profili MMPI-2 homoseksualnych i heteroseksualnych mężczyzn*. Seksuol. Pol. 2010; 8(2): 47–54.
46. Kwiatkowski M. *Analiza profili osobowości, temperamentu oraz płci psychologicznej w kontekście Heteroseksualnej-Homoseksualnej Skali Kinseya*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2009; 9(2): 92–99.
47. Kwiatkowski M. *Różnice indywidualne w kontekście orientacji seksualnej. Osobowość i temperament w populacji kobiet*. Seksuol. Pol. 2009; 7(2): 46–51.
48. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C. i wsp. *Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study*. Br. J. Psychiatry 2003; 183: 552–558.
49. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis M. *Indirect (chronic) self-destructiveness and modes of suicide attempts*. Arch. Med. Sci. 2010; 6(1): 111–116.

50. Kelly DB, Rollings AL, Harmon JG. *Chronic self-destructiveness, hopelessness, and risk-taking in college students*. Psychol. Rep. 2005; 96(3): 620–624.
51. Cochran SD, Mays VM. *Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey*. Am. J. Public Health 2007; 97(11): 2048–2055.
52. Formby E. *Lesbian and bisexual women's human rights, sexual rights and sexual citizenship: negotiating sexual health in England*. Cult. Health Sex. 2011; 13(10): 1165–1179.
53. McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. *The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay and bisexual adults in the United States*. Am. J. Public Health 2010; 100(10): 1946–1952.
54. Pennington J, Knight T. *Through the lens of hetero-normative assumptions: re-thinking attitudes towards gay parenting*. Cultu. Health Sex. 2011; 13(1): 59–72.
55. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychol. Bull. 2003; 129(5): 674–697.
56. Iniewicz G, Grabski B, Mijas M. *Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(4): 649–663.
57. Ringel E. *Der selbstmord. abschluss einer krankhaften psychischen entwicklung. Eine untersuchung on 745 geretteten selbstmördern*. Wien-Düsseldorf: Maudrich; 1953.
58. Hirsch JK, Woldorf K, Lalonde SM, Brunk L, Parker-Morris A. *Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation*. Crisis 2009; 30(1): 48–53.
59. Seligman MEP. *What you can change and what you cannot*. New York: Knopf; 1994.

Adres: Konstantinos Tsirigotis
Zakład Psychologii
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
97-300 Piotrków Trybunalski, ul. Słowackiego 114/118

Otrzymano: 4.05.2014
Zrecenzowano: 25.07.2014
Otrzymano po poprawie: 29.07.2014
Zaakceptowano do druku: 17.09.2014