

PRIMUM NON NOCERE. KONTROWERSJE WOKÓŁ TERAPII KONWERSYJNYCH DLA OSÓB HOMOSEKSUALNYCH

PRIMUM NON NOCERE. CONTROVERSIES AROUND SEXUAL-ORIENTATION-CONVERSION THERAPIES FOR HOMOSEXUAL CLIENTS

Instytut Psychologii UJ

Dyrektor: prof. dr hab. Władysław Łosiak

Praca autorów skupia się na zagadnieniach empirycznej weryfikacji skuteczności oddziaływań podejmowanych wobec osób homo- lub biseksualnych mających na celu ich seksualną reorientację. Uwypukla przy tym etyczne aspekty oddziaływań na obszary pacjentów, których nie da się zaliczyć według współczesnej wiedzy do zjawisk patologicznych.

**sexual conversion
reparative therapy
homosexuality**

Summary: Sexual orientation conversion therapy was the treatment of choice when homosexuality was regarded as an illness. Despite its declassification as a mental disorder, practice of sexual reorientation of lesbians and gay men continues. The following article explores the history of conversion-based therapies, reviewing the efforts to alter sexual orientation using various methods. The literature on medical, behavioral, psychotherapeutic and religious conversion therapies is reviewed, showing no evidence of effectiveness. Ethical considerations concerning the stigmatising effects of such therapies are presented as well.

Wprowadzenie

Terapie konwersyjne, zwane także reparatywnymi lub reorientacyjnymi, to ogół działań podejmowanych w odniesieniu do osób homo- lub biseksualnych, w celu zmiany ich orientacji na wyłącznie heteroseksualną [1, 2]. U podstaw powyższych praktyk leży aprioryczne przekonanie, zgodnie z którym homoseksualność jest zaburzeniem, efektem nieprawidłowego rozwoju psychoseksualnego, dewiacją lub grzechem [1, 3, 4,]. Określenia „reparatywna” czy „konwersyjna”, choć nierzadko stosowane w literaturze przedmiotu zamiennie, nie są pojęciami tożsamymi. Pierwszy ze wspomnianych terminów, o wyraźnie wartościującym wydźwięku, jest określeniem bardziej lokalnym i sygnalizuje pewne spektrum oddziaływań mających na celu „reperowanie” identyfikacji płciowej postrzeganej jako zaburzona [5]. Drugi termin jest bardziej ogólny, swoim zasięgiem obejmuje wszelkie oddziaływania mające na celu „konwersję” jednego rodzaju seksualności w inny [2]. Z powyższych względów autorzy tego tekstu będą posługiwać się przede wszystkim szerszym pojęciem „terapii konwersyjnych”. Pomimo oficjalnych stanowisk Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego [6, 7], określających terapie mające na celu zmianę orientacji seksualnej jako nieetyczne i nakłaniających do ich zaprzestania, działania tego typu wydają się wciąż rozpowszechnione, zarówno w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, w Europie [8], jak i w Polsce.

Powyższe działania w literaturze przedmiotu krytykowane były wielokrotnie i wysuwano wobec nich wiele zastrzeżeń o charakterze merytorycznym oraz etycznym. Dwie podkreślane często w tekstach krytyków terapii konwersyjnych wątpliwości wydają się kluczowe. Pierwszą z nich jest wyraźna sprzeczność opisywanych oddziaływań terapeutycznych z afirmatywnym modelem homoseksualności dominującym w dyskursie naukowym od lat 70. XX wieku oraz wynikającymi z niego standardami pracy terapeutycznej z osobami LGB przyjętymi przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne [9]. Należy zatem podkreślić, że oddziaływania konwersyjne ugruntowane są w nie popartych badaniami naukowymi przekonaniach o patologiczności homoseksualności, które zostały zakwestionowane i odrzucone na skutek — i w toku — prowadzonych na przestrzeni XX wieku badań empirycznych [10–14]. Drugim istotnym argumentem jest brak dobrych empirycznych dowodów na skuteczność oddziaływań mających na celu zmianę orientacji seksualnej. Okazuje się bowiem, że próby empirycznej weryfikacji skuteczności terapii konwersyjnych najeżone są licznymi metodologicznymi słabościami, począwszy od samej niejasnej operacjonalizacji badanych konstruktów, poprzez błędy w doborze stosowanych metod i rekrutacji próby badawczej, po tendencyjne prezentowanie wyników i towarzyszące mu zatajanie wielu kluczowych dla ich oceny informacji [15]. Niemające jednoznacznego potwierdzenia w badaniach empirycznych terapie konwersyjne należy określić zatem jako wywodzące się z bardzo szczególnych stanowisk światopoglądowych rozstrzygających o normie lub patologii z uwzględnieniem kryteriów innych niż naukowe. Jako że w niektórych kręgach cieszą się one nadal znaczną popularnością, warto się im przyjrzeć dokładniej. Tak więc w dalszych rozważaniach najpierw skrótkowo przedstawimy historię terapii konwersyjnych, a następnie skoncentrujemy się na omówieniu skuteczności takich oddziaływań oraz ich najbardziej kontrowersyjnych aspektach etycznych, przy czym podstawowym punktem odniesienia będą dla nas wyniki badań naukowych oraz ustalenia profesjonalnych organizacji zajmujących się niesieniem pomocy w problemach psychologicznych.

Homoseksualność a klasyfikacje chorób i zaburzeń

Historia zachowań homoseksualnych wyprzedza zarówno samą kategorię homoseksualnej tożsamości, jak i jej psychiatryczne opisy [16]. Homoseksualność jako cecha pozwalająca na wyróżnienie pewnego szczególnego „gatunku osoby” [17] pojawia się w konsekwencji starań o wykreślenie inspirowanych moralnością judeochrześcijańską zapisów dotyczących penalizacji sodomii z kodeksu karnego jednoczących się z końcem XIX wieku Niemiec. Zanim zatem w dyskursach naukowych zaczęto interesować się seksualnością człowieka i jej szczególnymi postaciami, zachowania seksualne między osobami tej samej płci były ścigane przez prawo i potępiane przez Kościół rzymskokatolicki na równi z niereprodukcyjnymi formami zachowań seksualnych między kobietą i mężczyzną. Wśród pionierów seksuologii nie było jednomyślności co do konieczności patologicznej natury homoseksualności, choć nie ulega wątpliwości, że nie mieściła się ona w obszarze seksualności reprodukcyjnej wyznaczającej wówczas normę zarówno w sensie prawnym, jak i religijnym. W zasadzie nie istnieją obiektywne przesłanki, dla których homoseksualność powinna w ogóle trafić do klasyfikacji chorób i zaburzeń w pierwszej kolejności [18].

Niemniej jednak, w znacznej mierze za sprawą zmian w obszarze psychoanalizy po śmierci Freuda, została ona wpisana do pierwszej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM opublikowanej w 1952 roku. Klasyfikowany jako jedno z zaburzeń osobowości, pociąg do tej samej płci stanowił dewiację seksualną, obok pedofilii, transwestytyzmu, fetyszyzmu i sadyzmu seksualnego [19]. W kolejnym wydaniu podręcznika — DSM-II z 1968 roku — homoseksualność została wyodrębniona w postaci oddzielnej jednostki diagnostycznej. Jako „zaburzenie orientacji seksualnej” funkcjonowała szczęśliwie krótko, bo do grudnia 1973 roku, kiedy zarząd Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przegłosował wykreślenie homoseksualności z klasyfikacji DSM. Wprawdzie w jej miejsce, w trzeciej edycji podręcznika, w 1980 roku pojawiła się nowa jednostka — „homoseksualizm egodystoniczny”, mająca opisać trudność z zaakceptowaniem własnej orientacji i pragnienie jej zmiany na heteroseksualną, jednak siedem lat później (DSM-III-R) wykreślono również i ten zapis, jako w dalszym ciągu stygmatyzujący [19]. Nieco później, bo dopiero w 1990 roku, Światowa Organizacja Zdrowia poszła w ślady APA i wykreśliła homoseksualność z klasyfikacji ICD, pozostawiając jednak w dziesiątej edycji kategorię homoseksualizmu egodystonicznego jako opcję diagnostyczną [19].

Mimo zarysowanych pokrótce zmian w obrębie obowiązującego modelu homoseksualności oraz oficjalnych stanowisk towarzystw zrzeszających profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego i seksualnego, w dalszym ciągu wielu lekarzy, psychoterapeutów oraz duchownych oferuje różne formy oddziaływań mających na celu zmianę ukierunkowania pociągu seksualnego. Wspomniane terapie są charakteryzowane jako w pełni dobrowolne, a ich zwolennicy niejednokrotnie podkreślają konieczność zapewnienia możliwości zmiany każdego, postrzeganego jako niepożądany, elementu osobowości. Ten rodzaj argumentacji rodzi jednak szczególne dylematy etyczne. W literaturze przedmiotu podnoszona jest pozorność prezentowanego przez obrońców terapii reparatywnych szacunku dla potrzeb „egodystonicznego” klienta. Jest bowiem sprawą dyskusyjną, czy decyzję osoby zgłaszającej się na terapię konwersyjną słusznie określa się mianem „dobrowolnej”. Uwzględnienie w dalszym ciągu homofobicznego i heteronormatywnego kontekstu społecznego, w jakim funkcjonują osoby LGB, znajdującego wyraz w doświadczeniach braku akceptacji ze strony najbliższego otoczenia, a niejednokrotnie i bezpośrednich naciskach ze strony rodziców, przyjaciół czy dalszej rodziny, rodzi uzasadniony niepokój o faktyczną dobrowolność decyzji o zmianie orientacji seksualnej. Wątpliwości tej natury trafnie ujął Charles Silverstein przemawiając w 1972 roku przed członkami Association for Advancement of Behavior Therapy: „Sugerowanie jakoby osoba dobrowolnie podejmowała terapię, aby zmienić swoją orientację seksualną, jest ignorowaniem siły nacisków środowiska i opresji z niego płynącej. Dorastanie w domu, w którym słowo »homoseksualista« jest ze wstydem szeptane, »pedał« i »ciota« wykrzykiwane na podwórku, »grzesznik« w kościele i »dewiant« na uczelni nie tworzy warunków sprzyjających dobrowolnym wyborom” [za: 20 str. 144].

Zarys historii terapii konwersyjnych

Współczesne terapie konwersyjne swój aktualny kształt uzyskały w drugiej połowie XX wieku. Nie ulega jednak wątpliwości, że już w XIX wieku praktykowano różne sposoby

„leczenia” homoseksualnego ukierunkowania „pociągu miłosnego” rozumianego jako zagadkowe zjawisko odwrócenia płci. Proponowane w literaturze przedmiotu typologie terapii konwersyjnych konstruowane są w analogii do wyróżnianych typów teorii etiologicznych homoseksualizmu oraz sposobów konceptualizowania homoseksualnego ukierunkowania pociągu seksualnego. Jack Drescher [3] wyróżnia:

- definiowanie homoseksualności analogicznie do fenomenu prawo- i leworęczności jako zjawiska występującego w populacji rzadziej, stanowiącego jednak normalną postać ludzkiej seksualności;
- postrzeganie homoseksualności jako stanu niepożądanego, dysfunkcji pojawiającej się na drodze zaburzonego rozwoju, którego optymalny rezultat stanowi heteroseksualne ukierunkowanie pociągu seksualnego;
- rozumienie homoseksualności jako pewnej fazy rozwojowej, etapu przejściowego na drodze kształtowania się pełnego, zdrowego, dojrzałego, „niezatrzymanego” (a zatem heteroseksualnego) pociągu seksualnego.

Praktyki reorientacyjne wywodzą się z dwóch ostatnich sposobów rozumienia i wyjaśniania homoseksualności. W dalszej kolejności można je podzielić na oddziaływania medyczne (w tym hormonalne, farmaceutyczne i chirurgiczne), behawioralne oraz psychodynamiczne [21]. W grupie terapii medycznych znajdowały się między innymi: aplikowanie kobietom bromu, chlorku rtęci, strychniny, wyciągu z konopi indyjskich, a nawet kokainy, w celu zniwelowania niepożądanych skłonności. Mężczyzn próbowano „leczyć” wyciągami z byczych jąder, nadnerczy i przysadki mózgowej [21]. Pacjentom obu płci podawano wywołujący konwulsje metrazol, robiono iniekcje z testosteronu naprzemiennie z estrogenami. W większości przypadków powyższe procedury owocowały eliminowaniem libido, objawami ginekomastii oraz wieloma skutkami ubocznymi. Orientacja seksualna pozostawała jednak bez zmian. Podobnie w przypadku drastycznych procedur medycznych, takich jak kastracja, klitoridektomia, kauteryzacja i transplantacja jąder od heteroseksualnych denatów [21, 22].

W grupie oddziaływań o charakterze behawioralnym można wymienić takie osobliwe terapie, jak na przykład intensywne treningi rowerowe, które w swoim artykule z 1892 Graem Hammond ogłosił skuteczną metodą eliminowania homoseksualnych popędów u młodych mężczyzn [23]. Brak jednak dowodów, aby wyczerpujący wysiłek fizyczny lub umysłowy [24], choć chętnie zalecane także w przypadku masturbacji [25], przynosiły trwałe rezultaty. Alternatywę stanowiły częste i regularne wizyty w domach publicznych, opisane i skrytykowane przez Havelocka Ellisa już w 1897 roku [21], lecz stosowane jeszcze wiele lat później, między innymi podczas II wojny światowej wobec mężczyzn osadzonych w obozach koncentracyjnych pod zarzutem pogwałcenia niesławnego paragrafu 175¹. Stosunek seksualny z kobietą, niezależnie od tego, czy dobrowolny czy pod przymusem, zdaniem wielu miał mieć leczącą moc [26, 27]. Kilkadziesiąt lat później także słynny duet Williama Mastersa i Virginii Johnson stworzył program reorientacyjny dla mężczyzn, którego celem było wywołanie pożądanych i satysfakcjonujących heteroseksualnych za-

¹ Paragraf 175 niemieckiego kodeksu karnego z 1871 r. określał homoseksualizm jako przeciwny naturze nierząd, karany więzieniem z możliwością utraty praw obywatelskich. Obowiązywał w NRD do 1967 r., a w RFN do 1969 r.

chowań podczas dwutygodniowej izolacji z wybraną przez pacjenta partnerką [28]. I choć autorzy triumfalnie ogłosili niekwestionowaną skuteczność swojej metody, John Gonsiorek szczegółowo opisuje liczne zaniedbania metodologiczne, jakich się wtedy dopuszczono. Najpoważniejszym z nich było całkowite pominięcie znaczenia „wyjściowej”, deklarowanej przez pacjentów orientacji seksualnej. Z 54 mężczyzn jedynie dziewięciu określiło się jako wyłącznie homoseksualni (punkt 5 i 6 na skali Kinseya), a pozostałych 83% plasowało się pomiędzy punktem 2 a 4 wspomnianej skali, czyli należałoby ich określić jako osoby „przeważnie” heteroseksualne lub biseksualne.

Techniki behawioralne nie polegały jednak wyłącznie na nagradzaniu i wzmacnianiu heteroseksualnych kontaktów seksualnych. Ich efektem miało być także uczynienie pociągu do własnej płci odpychającym i/lub zagrażającym. Używane w tym celu metody awersyjne obejmowały aplikowanie pacjentom środków wymiotnych lub elektrowstrząsów przy jednoczesnej ekspozycji zdjęć nagich mężczyzn (to w przypadku leczenia mężczyzn homoseksualnych), zmuszanie do masturbacji w trakcie oglądania heteroseksualnych materiałów pornograficznych czy celowe odwadnianie, by następnie podać płyny dopiero po wystąpieniu u pacjenta erekcji wywołanej widokiem zdjęć nagich kobiet [21]. Powyższe techniki łączy założenie, w myśl którego ukaranie niepożądanych zachowań seksualnych przy jednoczesnej indukcji pociągu do płci przeciwnej umożliwi skierowanie seksualnej pobudliwości na właściwy tor.

W grupie oddziaływań psychodynamicznych znajdują się propozycje terapii w sposób mniej lub bardziej adekwatny nawiązujące do poglądów ojca psychoanalizy [29]. Choć sam Freud odnosił się sceptycznie do pomysłu leczenia homoseksualizmu [30], to właśnie psychoanaliza ma najbogatszą tradycję w tym zakresie. Ona także położyła fundamenty pod nurt terapii reformatywnych w znaczeniu i formach, jakie przyjmują współcześnie. Sam Freud homoseksualność stawiał na równi z heteroseksualnością czyniąc ukierunkowanie pociągu seksualnego (a dokładniej powiązanie obiektu seksualnego i nakierowanego nań popędu) aspektem rozwoju psychoseksualnego człowieka [31]. Heteroseksualność jego zdaniem stanowiła problem wymagający wyjaśnienia w takim samym stopniu, jak homoseksualność [31]. Kluczową fazą rozwojową miała tutaj być faza edypalna, w której rozpoczyna się także psychologiczny proces różnicowania się płci na męską i żeńską [30]. Choć homoseksualność nie była tu traktowana jako równorzędny heteroseksualności ideał rozwojowy, Freud nie postrzegał jej także jako stanu jednoznacznie patologicznego. Według niego stanowiła ona pewien szczególny wariant organizacji genitalnej, fenomen kształtujący się w edypalnej fazie rozwoju [za: 32]. Sytuacja zmienia się wraz z wprowadzeniem w obszar refleksji psychoanalitycznej koncepcji naturalnego pociągu heteroseksualnego, który miał być warunkowany biologicznie i stanowić jeden z niezbywalnych atrybutów człowieka. Pogląd ten rozpowszechnił się w refleksji psychoanalitycznej po śmierci Freuda, podobnie jak przekonanie, że homoseksualność wywodzi się z preedypalnych faz rozwojowych [32]. Skoro pierwszym i najważniejszym środowiskiem rozwoju dziecka jest środowisko rodzinne, powstające zaś w tym środowisku więzi stanowią prototyp nawiązywanych w dorosłości związków, to właśnie w relacjach z rodzicami zaczęto poszukiwać nieprawidłowości mających owocować zaburzeniami rozwoju psychoseksualnego i homoseksualnym ukierunkowaniem pociągu płciowego. Przekonanie to znalazło wyraz w teoriach etiologicznych wskazujących na określone rodzaje relacji synów z matkami i ojcami, które prowadzą do

wytworzenia homoseksualnych skłonności. Praca terapeutyczna miała być zatem ukierunkowana na uwolnienie stłumionego lub zablokowanego w trakcie nieprawidłowego rozwoju heteroseksualnego ukierunkowania pociągu, który zdaniem ojca terapii reparatywnych Sandora Rado [33] stanowi uniwersalną, ujawniającą się nawet w przypadku osób homoseksualnych, zasadę wzajemnego przyciągania się i tworzenia relacji intymnych.

Bazujące na powyższych założeniach teorie rozwoju homoseksualności uważane są obecnie za dezinformujące, nie poparte badaniami i mające u swego podłoża społeczne uprzedzenia. Jak dotychczas nie została zidentyfikowana żadna dysfunkcyjna dynamika rodzinna odpowiedzialna za nieheteroseksualną tożsamość, również teorie uwiedzenia i wykorzystania w dzieciństwie nie znalazły potwierdzenia w życiorysach gejów i lesbijek [34]. Mimo to, Joseph Nicolosi, założyciel Narodowego Towarzystwa na rzecz Badań i Terapii Homoseksualności², w swojej tyle głośniejszej, co kontrowersyjnej książce *Wstyd i utrata przywiązania...* pisze: „Moje długotrwałe kliniczne obserwacje sugerują jeden powtarzający się trend w doświadczeniach z wczesnego dzieciństwa: nagromadzenie wczesnych wewnętrznych zranień emocjonalnych, które doprowadziły do uszkodzenia przywiązania. Wierzę, że homoseksualizm jest nie tylko obroną przeciwko uczuciu niższości płciowej, ale obroną przeciwko urazowi JA pierwotnego” [35, str. 54]. Zarówno proponowane przez Nicolosiego wyjaśnienia źródeł homoseksualnego ukierunkowania pociągu seksualnego wśród mężczyzn, jak i definicje zjawiska homoseksualności oraz program terapeutyczny mający na celu jego „leczenie” zostały już poddane na gruncie polskim krytyce jako ignorujące współczesne poglądy na biologiczne uwarunkowania orientacji seksualnej, silnie patologizujące, a także oparte przede wszystkim na przesłankach o charakterze religijnym, a nie naukowym [2, 36]. Zdaniem Nicolosiego granice pożądania seksualnego wyznacza identyfikacja — osoba nie może pożądać przedstawiciela płci, z którą się identyfikuje [35]. Tym samym zaburzenia rozwoju identyfikacji z ojcem, stanowiącym wzór męskości, owocują wykształceniem się pociągu seksualnego do innych mężczyzn. Poglądy Nicolosiego można w gruncie rzeczy odczytywać jako przełożenie na język psychoanalizy, pierwszych dość naiwnych prób wyjaśniania miłości między mężczyznami, opierających się na założeniu, że między osobami tej samej płci nie może zaistnieć pożądanie seksualne. Teorie te, na przykład teoria miłości męsko-męskiej Karla Ulrichsa, oparte są na zasadzie inwersji płciowej, czyli przemieszania elementów męskich i kobiecych owocujących feminizacją homoseksualnych mężczyzn i maskulinizacją homoseksualnych kobiet. Poglądy tego rodzaju skrytykował sam Freud stwierdzając, że „u mężczyzn z inwersją daje się pogodzić najpełniejszą męskość psychiczną” [31, str. 39]. Zostały one także skrytykowane jako etnocentryczne, bo oparte na charakterystycznej dla kultury Zachodu polaryzacji męskości i kobiecości wraz z określoną treścią przepisów na rolę rodzajową [32]. Zdaniem Nicolosiego [37] w toku mniej więcej dwuletniej terapii „poprawną” identyfikację udaje się osiągnąć u większości pacjentów [37]. Wyleczenie jest także mgliście zoperacjonalizowane, najczęściej jako wyrzeczenie się homoseksualnych pragnień i wstąpienie w związek małżeński. Joseph Nicolosi oraz współzałożone przez niego NARTH w swoich założeniach akcentują inspirowanie się religią chrześcijańską, współpracując z Exodus International — największą na świecie organizacją zrzeszającą ponad 250 ośrodków dusz-

² NARTH – National Association for Research and Therapy of Homosexuality.

pasterskich, zazwyczaj protestanckich lub ewangelickich, wspierających ideę reorientacji³. Skuteczność terapii konwersyjnych

Nie ulega wątpliwości, że przyczynkiem do rozpowszechnienia powyższych poglądów, zarówno na polu nauki, jak i religii, stały się badania przeprowadzone przez Irvinga Biebera z zespołem [za: 8] i opublikowane w formie obszernego raportu w 1962 roku. Bieber i wsp. w trakcie badania zgromadzili i przeanalizowali dane dotyczące 106 homoseksualnych pacjentów poddanych psychoanalizie oraz 100 heteroseksualnych pacjentów z grupy kontrolnej. Wspomniane dane udostępniali zaangażowani w projekt psychoanalizy, w łącznej liczbie 77 kobiet i mężczyzn (przy zdecydowanej przewadze tych drugich). Szczególnie wiele miejsca poświęcono czynnikom etiologicznym charakterystycznym dla homoseksualizmu, wśród nich relacjom rodzinnym badanych mężczyzn. W ten sposób, do kanonu psychoanalitycznych wyjaśnień homoseksualizmu męskiego wkroczyli: nadmiernie symbiotyczna, zaborcza matka oraz zdystansowany i chłodny emocjonalnie ojciec. Wyjaśnienie źródeł homoseksualizmu nie było jednak jedynym przedmiotem zainteresowania autorów relacjonowanego projektu. Bieber i wsp. chcieli również zweryfikować skuteczność terapii analitycznej w leczeniu homoseksualizmu. W jednym z ostatnich rozdziałów swojego obszernego raportu przytaczają statystyki wskazujące na osiągnięcie w toku terapii wyłącznej heteroseksualności aż u 27% pacjentów. Z tymi ustaleniami dyskutuje między innymi Douglas Haldeman [4], w szczególności zaś z deklarowaną 27% skutecznością w zmianie orientacji pacjentów na heteroseksualną. Pierwszym z zarzutów podających w wątpliwość powyższe dane jest mało reprezentatywny dobór badanych, wśród których znajdowali się wyłącznie pacjenci psychiatryczni [za: 2]. Oznacza to, że nie wzięto pod uwagę osób homoseksualnych nie korzystających z pomocy medycznej oraz nie uwzględniono przypuszczalnie faktu, iż badani mogli zgłaszać psychologiczne problemy nie związane z ich orientacją seksualną. Powoduje to, że uzyskanych wyników nie można generalizować na populację osób homoseksualnych w ogóle. Słuszności tego poglądu dowodzą prowadzone później badania. Porównanie doświadczeń wczesnodziecięcych homoseksualnych i heteroseksualnych mężczyzn, którzy nie byli pacjentami psychiatrycznymi, nie potwierdziło uzyskanych przez Biebera i wsp. prawidłowości [za: 8]. Okazało się także, że niezależnie od orientacji seksualnej podwyższone poziomy ujawnianej psychopatologii w dorosłości pozostają w istotnych związkach z zaburzonymi relacjami rodzinnymi w dzieciństwie [za: 14].

Co istotne, spośród 27% pacjentów z badania Biebera i wsp., których seksualność miała ulec zmianie w toku terapii analitycznej, jedynie 18% deklarowało swoją orientację przed

³ Organizacje takie jak Exodus ujmują człowieka poprzez pryzmat chrześcijańskiej psychoanalizy, łącząc założenie o zatrzymanym rozwoju psychoseksualnym z religijną wizją proprokreacyjnej heteroseksualności wypełniającej naturalny boski porządek. Opierając się zatem na psychoanalizie oraz na dosłownych odczytaniach fragmentów Biblii, wspólnoty konstruują programy mające na celu przywrócenie pożądanej tożsamości przy jednoczesnym wyzbyciu się grzechu lub, gdy zmiana orientacji nie jest możliwa, wspieranie w celibacie i wyrzeczeniu się homoseksualnych zachowań. Na gruncie polskim, ośrodkami o podobnym charakterze są lubelska Odwaga, radomska Pomoc 2002 oraz działająca w Warszawie, Wrocławiu i Krakowie — Pascha. Podstawowa różnica polega na odwołaniu się do etyki katolickiej (a nie protestanckiej) oraz znacznie mniejszej, jak można przypuszczać, roli psychoanalizy w poczynaniach ich animatorów.

przystąpieniem do terapii jako wyłącznie homoseksualną, podczas gdy aż 50% opisywało się jako osoby biseksualne [za: 8].

W podobnych badaniach [40], z 19 poddanych psychoanalizie pacjentów, ponad połowa zapewniała o wyłącznie heteroseksualnych zachowaniach niezmiennie przez 4,5 roku od czasu leczenia. I tu jednak „wyleczeni” pacjenci opisywali siebie przed terapią bardziej jako osoby bi- niż homoseksualne. To pomieszanie kategorii nasuwa zatem podstawowe pytanie, czy zmiana wzoru zachowania jest tym samym, co zmiana orientacji seksualnej. W ankiecie przeprowadzonej przez Nicolosiego i wsp. [37], blisko 900 badanych LGB deklarowało „istotne zmiany w orientacji seksualnej, myślach i zachowaniach” [37, str. 1078], a odsetek osób charakteryzujących się przed terapią jako wyłącznie homoseksualne, po terapii konwersyjnej zmniejszył się z 37 do 4,6%. Mimo że autorzy wzięli pod uwagę ograniczenia związane z możliwością odpowiadania zgodnie z oczekiwaniami ankietera, nie uwzględnili celowego oszukiwania oraz tendencji do modyfikowania odpowiedzi w celu podtrzymania dobrej samooceny [41]. W takim przypadku jedyną bezpieczną i zasadną konkluzją wydaje się to, iż niektóre osoby badane zgłaszały wymierne korzyści odczuwane przez nie jako wynik działań terapeutycznych, brak natomiast przesłanek, aby uznać, że doszło do zmiany orientacji seksualnej, szczególnie jeśli weźmiemy pod uwagę możliwość jej czasowego stłumienia. Innym przykładem ewaluacji terapii konwersyjnych jest obszerna, siedmioletnie, longitudinalne badanie z 2002 roku [42]. Jego autorzy prosili 202 osoby, które poddały się terapiom reorientacyjnym, o zaznaczenie na zmodyfikowanej, siedmiostopniowej skali Kinseya swojej orientacji seksualnej przed terapią, w trakcie i po jej zakończeniu. Jedynie 26 osób (13%) wskazało „wyleczenie się” z homoseksualności. Szczegółowa analiza odpowiedzi i wywiadów podała w wątpliwość nawet i ten niewielki procent. Tylko osiem osób zapewniało o braku jakichkolwiek okazjonalnych relacji homoseksualnych. Zastanawiający jest przy tym fakt, iż siedmioro z nich zostało aktywnymi konsultantami dla osób poszukujących terapii reformatywnych, z czego dla czworga była to praca odpłatna [42]. Może to zatem oznaczać, że zapewnienia o zmianie były podyktowane chęcią utrzymania zatrudnienia. Niewiele później, bo w 2003 roku, Robert Spitzer opublikował na łamach „Archives of Sexual Behavior” wyniki swoich badań na dwustuosobowej próbie [43, za: 2]. Na drodze pogłębionych wywiadów przeprowadzanych przez telefon, używając zestawu 114 ułożonych przez siebie pytań, oszacował on, że większość badanych odnotowała przynajmniej niewielkie przejście w kierunku heteroseksualności na kontinuum orientacji seksualnej [43]. Badania poddano obszernej krytyce [za: 2] ze względu na kliniczny dobór próby, ich retrospektywny charakter, nadmierne zaufanie do oświadczeń pacjentów czy telefonu jako sposobu przeprowadzania wywiadu. W 2012 roku ukazał się tekst, w którym Spitzer przeprosza za swoje badania, przyznając, że nie miał wystarczających przesłanek, by wnioskować na ich podstawie o możliwości zmiany orientacji oraz że założenia skuteczności terapii konwersyjnych nie są uprawnione [44].

Jedno z nowszych doniesień, które do tej pory nie doczekało się zarzutów pod kątem badawczych metod, dotyczy przeprowadzonego przez Beckstead i Morrow jakościowego, fenomenologicznego badania 50 mormonów, u których średni czas od zakończenia terapii konwersyjnej wynosił 4 lata [za: 41]. Żadnej znaczącej zmiany w odczuwanym pociągu seksualnym do osób tej samej płci nie udało się zidentyfikować u ani jednego z uczestników badania. U większości pojawiło się uczucie ulgi związane z zakończeniem terapii i tym, że

orientacji seksualnej nie udało się zmienić, oraz liczne negatywne doświadczenia związane z przebytą terapią, takie jak obniżenie samooceny, zdystansowanie od rodziny i utrata bliskich osób, poczucie straconego czasu i pieniędzy [za: 41]. Badanie Becksteada i Morrowa jest prawdopodobnie najdokładniejszą, jak dotychczas, ewaluacją terapii konwersyjnych. Nie było ono przeprowadzone przez terapeutę uprzednio zaangażowanego w proces badawczy, oczekiwania eksperymentatorów zostały wyeliminowane poprzez zatrudnienie pomocników, którzy znacząco różnili się w ocenie terapii konwersyjnych, a uczestnicy zgłaszali się dobrowolnie, w odpowiedzi na ogłoszenia w mediach [za: 41].

W świetle powyższych danych uzasadnione wydaje się postawienie pytania o to, co faktycznie jest przedmiotem oddziaływania terapii konwersyjnych i czy rzeczywiście jest to orientacja seksualna, okazuje się bowiem, że większość tego rodzaju oddziaływań operacjonalizuje sukces terapeutyczny jako zaprzestanie lub zmniejszenie częstotliwości podejmowania zachowań homoseksualnych. Wydaje się, że jest to cel nie tylko nader skromny, ale także uderzająco nietrafny, zwłaszcza w kontekście współczesnych naukowych konceptualizacji orientacji seksualnej, które oprócz sfery zachowań czy odczuwanego pociągu seksualnego uwzględniają także ukierunkowanie fantazji seksualnych, preferencje emocjonalne i społeczne, styl życia, a także treść samoidentyfikacji [45]. Każdy ze wspomnianych wymiarów jest określany ponadto na siedmiostopniowym Kinseyowskim kontinuum w odniesieniu do przeszłości, teraźniejszości oraz stanu idealnego. Orientacja seksualna jest zatem postrzegana w dominującym dyskursie naukowym jako obszerny konstrukt teoretyczny obejmujący wiele pomniejszych elementów mogących pozostawać z sobą w relatywnej sprzeczności (skoro każde jest opisywane na odrębnym kontinuum). Utożsamianie zmiany behawioralnej ze zmianą orientacji seksualnej jawi się zatem jako znaczące nadużycie. Podobnym nadużyciem zdają się także same próby ingerowania w ludzką seksualność, podejmowane na podstawie przesłanek o wyłącznie ideologicznym charakterze, ignorujące przy tym liczne dane wskazujące na silne biologiczne uwarunkowania w tym obszarze.

Zakończenie

Problematyka natury etycznej, choć obecna podczas każdej interwencji terapeutycznej, jest szczególnie widoczna w odniesieniu do terapii konwersyjnych. Terapeuta uznający homoseksualność za formę patologii, wzmacnia przekonanie klienta o jego ułomności i zaburzeniu, nierzadko nie informując o oficjalnym stanowisku licznych profesjonalnych organizacji — psychologicznych, psychiatrycznych oraz psychoterapeutycznych — które zakazują dyskryminacji ze względu na orientację seksualną. Dając odczuć, że pragnienia, będące rezultatem zatrzymanego rozwoju i nieodpowiednich relacji rodzinnych, są możliwe do wyleczenia, terapeuta jednocześnie wiąże klienta przymusem poddawania się terapii do momentu pojawienia się efektów, pomijając przedstawienie alternatyw, w postaci np. terapii afirmatywnej. Zatajanie informacji, decepcja oraz wzmacnianie poczucia choroby stoją w sprzeczności ze standardami opracowanymi przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne [7]. Choćby z tego właśnie względu, działania konwersyjne — nie tylko charakteryzujące się niepotwierdzoną skutecznością, ale także niejednokrotnie podtrzymujące lub wręcz indukujące w kliencie poczucie wyobcowania, zinternalizowanej

homofobii i przekonania o niedopasowaniu do heteronormatywnego społeczeństwa — są wątpliwe pod względem etycznym. W tym miejscu szczególnie warte przytoczenia jest stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z maja 2000 roku: „Zgodnie z ogólną zasadą, terapeuta nie powinien determinować celów leczenia, ani przymusowo, ani na drodze subtelnego wpływu. Psychoterapeutyczne środki konwersji bądź »naprawy« homoseksualności oparte są na teoriach rozwojowych, których wiarygodność naukowa jest dyskusyjna. Ponadto, okazjonalne doniesienia o »wyleczeniach« są równoważone okazjonalnymi raportami o psychologicznej szkodzie, jaką wywołują omawiane działania. W ciągu ostatnich czterech dekad terapeutom reparatornym nie udało się dostarczyć żadnych ścisłych dowodów naukowych potwierdzających skuteczność ich praktyk. Dopóki takie badania nie zostaną przeprowadzone, APA zaleca terapeutom powstrzymanie się od prób zmiany orientacji seksualnej swoich klientów, mając na uwadze maksymę: po pierwsze, nie szkodzić”⁴ [6, str. 4].

Piśmiennictwo

1. Hein LC, Matthews AK, Reparative therapy: the adolescent, the psych nurse, and the issues. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs.* 2010; 23: 29–35
2. Iniewicz G, Bąk D. Psychoterapia osób LGB — od terapii konwersyjnych do terapii wykorzystujących teorię queer. W: Iniewicz G, Mijas M, Grabski B, red. *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Continuo; 2012.
3. Drescher J. Sexual conversion (‘reparative’) therapies: history and update. W: Jones BE, Hill MJ, red. *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual and transgender communities (review of Psych. Series, volume 21, number 4)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
4. Haldeman DC. Sexual orientation therapy for gay men and lesbians: a scientific examination. W: Gonsiorek J, Weinrich J, red. *Homosexuality: research implications for public policy*. Newbury Park: Sage; 1991.
5. Nicolosi J. *Reparative therapy of male homosexuality: A new clinical approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1997.
6. American Psychiatric Association. Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). Protokół dostępu: http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Position%20Statements/ps2000_ReparativeTherapy.pdf [2012-12-30].
7. American Psychological Association. Report of the American Psychological Association task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. Protokół dostępu: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf> [2012-12-30].
8. Haldeman D. Sexual orientation conversion therapy: fact, fiction and fraud. W: Dworkin S, Pope M, red. *Casebook for counseling lesbian, gay, bisexual and transgender persons and their families*. Alexandria: American Counseling Association; 2012.
9. American Psychological Association. Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay and bisexual clients. Protokół dostępu: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx> [2013-02-10].
10. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1948.
11. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1953.

⁴ Tłumaczenie własne

12. Ford CS, Beach FA. Patterns of sexual behavior. New York: Harper & Brothers; 1951.
13. Hooker E. The adjustment of the male overt homosexual. *J. Proj. Tech.* 1957; 21: 18–31.
14. Hooker E. Parental relations and male homosexuality in patient and nonpatient samples. *J. Consulting and Clinical Psychology.* 1969; 33: 140–142.
15. Serovich JM, Craft SM, Toviessi P, Gangamma R, McDowell T, Gafsky EL. A systematic review of the research base on sexual reorientation therapies. *J. Mar. Fam. Ther.* 2008; 34: 227–238.
16. Mijas M. Sodomici, inwerci, urningowie. Homoseksualność w dziewiętnastowiecznym dyskursie medycznym. W: Iniewicz G, Mijas M, Grabski B, red. Wprowadzenie do psychologii LGB. Wrocław: Continuo; 2012.
17. Foucault M. Historia seksualności. Warszawa: Wydawnictwo Czytelnik; 2000.
18. Bomba J. Homoseksualizm czy homoseksualności? W: Iniewicz G, Mijas M, Grabski B, red. Wprowadzenie do psychologii LGB. Wrocław: Continuo; 2012.
19. Mijas M. Historyczne źródła i przemiany psychologii LGB. W: Iniewicz G, Mijas M, Grabski B, red. Wprowadzenie do psychologii LGB. Wrocław: Continuo; 2012.
20. Davison GC. Constructionism and morality in therapy for homosexuality. W: Gonsiorek J, Weinrich J, red. Homosexuality: research implications for public policy. Newbury Park: Ca Sage; 1991.
21. Murphy TF. Redirecting sexual orientation: techniques and justification. *J. Sex Res.* 1992; 29: 501–523.
22. Silverstein C. Psychological and medical treatments of homosexuality. W: Gonsiorek J, Weinrich J, red. Homosexuality: research implications for public policy. Newbury Park: Ca Sage; 1991.
23. Hammond GM. The bicycle treatment in the treatment of nervous diseases. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1892; 8: 34–46.
24. Kiernan JG. A medico-legal phase of autoeroticism in women. *Alien. Neurol.* 1910; 31: 329–338.
25. Kellogg JH. Plain facts for old and young. Burlington Iowa: Segner & Condit; 1881.
26. Ovesey L. Pseudohomosexuality and homosexuality in men: Psychodynamics as a guide to treatment. W: Marmor J, red. Sexual inversion. New York: Basic; 1965.
27. Marquis JN. Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. *J. Beh. Ther. Exp. Psychiatry* 1970; 1: 263–271.
28. Schwartz MF, Masters WH. The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men. *Am. J. Psychiatry* 1984; 141: 173–181.
29. Drescher J. I'm your handyman: a history of reparative therapies. *J. Gay Lesbian Psychother.* 2002; 5: 5–24.
30. Freud Z. Wykłady ze wstępu do psychoanalizy. Nowy cykl. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2009.
31. Freud Z. Trzy rozprawy z teorii seksualnej. W: Freud Z. Życie seksualne. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1999/1905.
32. Bem SL. Męskość — kobiecość. O różnicach wynikających z płci. Gdańsk: GWP; 2000.
33. Rado S. An adaptational view of sexual behavior. W: Hoch PH, Zubin J, red. Psychosexual development in health and disease. New York: Grune & Stratton; 1949.
34. Blackwell CW. Nursing implications in the application of conversion therapies on gay, lesbian, bisexual and transgender clients. *Iss. Ment. Health Nurs.* 2008; 29: 651–665.
35. Nicolosi JJ. Wstyd i utrata przywiązania. *Praktyczne zastosowanie terapii reformatywnej.* Bydgoszcz: Wydawnictwo Mateusza; 2011.

36. Beisert M. Recenzja polemiczna książki Josepha Nicolosiego „Terapia reparatywna męskiego homoseksualizmu. Nowe podejście kliniczne”. W: Nicolosi J. *Terapia reparatywna męskiego homoseksualizmu. Nowe podejście kliniczne*. Warszawa: Fundacja im. Mikołaja Reja; 2009.
37. Nicolosi J, Byrd AD, Potts RW. Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychol. Rep.* 2000; 86: 1071–1088.
38. Bene E. On the genesis of male homosexuality: An attempt at clarifying the role of the parents. *Brit. J. Psychiatr.* 1965; 111: 803–813.
39. Haldeman DC. The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1994; 62: 221–227.
40. Mayerson P, Lief H. *Psychotherapy of homosexuals. A follow-up study of nineteen cases*. W: Marmor J, red. *Sexual inversion*. New York: Basic Books; 1965.
41. Cramer RJ, Golom FD, LoPresto CT, Kirkley SM. Weighing the evidence: empirical assesment and ethical implications of conversion therapy. *Ethics Beh.* 2008; 18: 93–114.
42. Shidlo A, Schroeder M. Changing sexual orientation: a consumer’s report. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 2002; 33: 249–259.
43. Spitzer RL. Can some gay men and lesbian change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch. Sex. Beh.* 2003; 5: 403–417.
44. Truth wins out. Protokół dostępu: <http://www.truthwinsout.org/news/2012/04/24542/> [2013-02-10].
45. Klein F, Sepekoff B, Wolf TJ. **Sexual orientation: A multi-variable dynamic process**. *J. Homosex.* 1985; 11: 35–50.

Adres: marta.dora@uj.edu.pl