

## **Zespoły psychopatologiczne a problem orientacji seksualnej u młodzieży**

### **Psychopathological syndromes and the problem of youth sexual orientation**

Izabela Łucka, Magdalena Trybus-Piotrowska,  
Renata Rzeszotarska-Wichorowska

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

#### **Summary**

**Aim.** The objective of the paper is to present of ideas on relationships between sexual orientation and sanity of individuals.

**Method.** The authors present a review of scientific news published by researchers, enhanced with case studies and formation of crucial factors leading to the evolution of psychiatric perturbations of the described cases.

**Results.** Analysis of the papers and self made research lead to the conclusion, that the most important risk factor for psychopathologic syndrome evolution in homosexuals and bisexuals is their social stigmatisation.

*Słowa klucze:* homoseksualizm, biseksualizm, zespoły psychopatologiczne, stygmatyzacja  
*Key words:* homosexuality/bisexuality, psychopathological syndromes, stigmatisation

#### **Wstęp**

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat zmieniło się podejście badaczy zarówno do problemu homoseksualizmu, biseksualizmu, jak i związku pomiędzy orientacją seksualną a zdrowiem psychicznym jednostki. Początkowo homoseksualizm uważany był za zaburzenie psychiczne, później kwestionowano istnienie jakiegokolwiek związku pomiędzy orientacją seksualną a występowaniem zaburzeń psychicznych. Tymczasem teoretyczne rozważania E. M. Lemerta [1] już w 1951 roku sugerowały, że wrogie nastawienie wobec osób homo- czy biseksualnych oraz ich negatywne doświadczenia psychospołeczne mogą odpowiadać za rozwój zaburzeń psychicznych. Znalazło to potwierdzenie w prowadzonych później badaniach, zwłaszcza w ciągu ostatnich 15 lat, kiedy to zaobserwowano wśród osób z orientacją inną niż heteroseksualna kilkukrotny wzrost zachorowalności na zaburzenia depresyjne (często połączone z myślami

i zamachami samobójczymi), zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania się, a także uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Problem ten dotyczy niebagatelnej grupy, ponieważ szacuje się, że do orientacji homo- lub biseksualnej można zaliczyć od 5 do 10% populacji – w Polsce jest to około 2 milionów osób i stanowi najliczniejszą grupę mniejszościową [2, 3]. Ogólny poziom zachorowalności na zaburzenia psychiczne w tej subpopulacji oszacowano – w porównaniu z osobami heteroseksualnymi – na 1,9 do 6,2 razy wyższy, a równoczesne wystąpienie dwóch i więcej zaburzeń na 2 razy częstsze [4].

Zagadnieniem badanym najszerzej jest obecność myśli, zamiarów i prób samobójczych [2, 4, 5, 6] będących często przyczyną śmierci wśród młodzieży. Już w 1979 r. alarmowano, że 40% osób zorientowanych homoseksualnie zgłasza myśli i zamiary samobójcze [7]. Gibson [8] posunął się nawet do stwierdzenia, że 40% z nich podejmuje próby samobójcze, z czego 30% skutecznie dokonuje samobójstwa. Remafedi i wsp. [9] mówili o 30% prób samobójczych wśród młodych gejów i lesbijek, przy czym połowa z tych osób zgłaszała, iż był to kolejny zamach na własne życie. Następne doniesienia [2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14] szacują odsetek podejmowanych zamachów samobójczych na 23–62%. W ocenie badaczy, w tej grupie osób, w porównaniu z populacją heteroseksualną, myśli samobójcze pojawiają się około 5,4 razy częściej, a próby samobójcze od 4 [12, 13] do 14 razy częściej [6].

Badania z drugiej połowy lat 70. sugerują, że 30% homo- i biseksualistów nadużywa bądź w sposób szkodliwy używa alkoholu i innych substancji psychoaktywnych [15]. Późniejsze badania potwierdzają tę prawidłowość jedynie wśród kobiet, które około 3,2 razy częściej sięgają po alkohol i około 3,8 razy po inne substancje psychoaktywne [16, 17, 18, 19].

U mężczyzn natomiast zaobserwowano częściej pojawiające się zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, a także częstsze występowanie choroby afektywnej dwubiegunowej [17]. Wśród mężczyzn o orientacji innej niż heteroseksualna częściej rozpoznawane są zaburzenia odżywiania się. Ich występowanie szacowane jest wśród gejów na 17%, a u heteroseksualnych mężczyzn na 3,4%. Dla porównania – badacze ocenili występowanie zaburzeń odżywiania się wśród heteroseksualnych kobiet na 14%, a wśród lesbijek na 4,2% [2].

W toku prowadzonych badań w populacji homo- i biseksualnej wyłoniono szereg czynników ryzyka związanych z częstszym występowaniem zaburzeń psychicznych w tej grupie osób [2, 9, 19, 20, 21]. Najważniejsze spośród nich to:

- identyfikacja siebie jako homo- lub biseksualisty w młodym wieku
- proces ujawniania się („coming out”) w młodym wieku
- wcześnie występujące pierwsze doświadczenia homoseksualne
- obciążenie wykorzystaniem seksualnym
- dysfunkcja rodziny
- nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych
- konflikty interpersonalne związane z orientacją seksualną
- utrata partnera
- rezygnacja z realizacji swojej orientacji seksualnej
- zaangażowanie się w prostytutkę

Inne, najczęściej zgłaszane przez badanych czynniki traumatyzujące to [2, 9, 11]:

- lęk przed reakcją otoczenia na ujawnienie orientacji innej niż heteroseksualna
- negatywne doświadczenia wynikające z uprzedzeń, strach przed dyskryminacją z tego powodu w szkole czy pracy
- upokorzenie, znalezienie się w pozycji ofiary
- poczucie i oczekiwanie odrzucenia społecznego
- ukrywanie orientacji seksualnej przed otoczeniem
- zinternalizowana homofonia.

Stawiano wiele hipotez tłumaczących zjawisko częstszego ujawniania się omawianych powyżej zespołów psychopatologicznych w subpopulacji homo- i biseksualnej, jednak większość badaczy (zwłaszcza w ciągu ostatnich lat) przyczyny upatruje w stygmatyzacji oraz – związanym z nią – przewlekłym stresie, którego doznają osoby o orientacji innej niż heteroseksualna [4, 5, 21].

### Ilustracja kazuistyczna

Pacjent M.L., lat 21, po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie z rozpoznaniem umiarkowanego epizodu depresyjnego oraz uzależnienia od narkotyków i leków psychotropowych.

Sytuacja rodzinna: Pochodzi z pierwszego małżeństwa matki, ojca biologicznego nie zna – jego rolę pełnił ojczym, który po rozwodzie z matką wyjechał za granicę, zabierając ze sobą swojego syna (przyrodniego brata pacjenta). Matka od wielu lat choruje na schizofrenię, wymaga kontroli przy zażywaniu leków, jest niewydolna wychowawczo. Wielokrotnie próbowała popełnić samobójstwo, zazwyczaj poprzez zatrucie lekami. Jej pierwszy, zapamiętany przez M.L., zamach samobójczy miał miejsce w jego 10 roku życia. Pacjent, od kiedy pamięta, opiekuje się matką, pilnuje, gdy jej stan psychiczny się pogarsza. Nierzadko ma ochotę, „by od tego uciec”, ale czuje, że nie jest to możliwe (poza nim matka nie ma nikogo bliskiego). Swoją frustrację rozładowuje w zachowaniach autodestrukcyjnych, ryzykownych, nadużywa narkotyków lub leków psychotropowych. Chciałby „zasnąć i nie myśleć o problemach”. Nie zależy mu na życiu, czuje wewnętrzną pustkę.

W wieku 16 lat został wykorzystany seksualnie przez dorosłego mężczyznę, próbował zgłosić ten fakt na policji, ale został zlekceważony. Czasami spotyka tego mężczyznę na ulicy, do dnia dzisiejszego na jego widok odczuwa lęk.

Pogorszenie swego samopoczucia, będące przyczyną hospitalizacji, wiązał z niepewnością dotyczącą stałości związku partnerskiego, homoseksualnego, w którym pozostawał od około pół roku. Wiedział, że jest zdradzany, cierpiał z tego powodu, jednak bardziej obawiał się porzucenia, nie wyobrażał sobie życia bez partnera. Nie mogąc pogodzić się z ewentualnym rozstaniem, próbował powiesić się na pasku od piżamy.

M.L. głęboko ukrywa przed rodziną swoje preferencje seksualne; przyjaźni się nawet z dziewczyną, która odgrywa rolę jego partnerki.

W trakcie pobytu na oddziale, po włączeniu farmakoterapii i oddziaływań socjopsychoterapeutycznych, stopniowo uzyskano poprawę stanu psychicznego pacjenta.

Zdecydował się ujawnić rodzinie swoją orientację seksualną. Przygotowywał się do tego, zbierał doświadczenia, m.in. informując o swoich preferencjach osoby wybrane przez siebie spośród zespołu terapeutycznego i pacjentów.

Jego partner, podając się za kuzyna, odwiedzał go w szpitalu. M.L. podjął decyzję o wspólnym zamieszkanu z nim po zakończeniu hospitalizacji.

Pacjentka M.H., lat 17, po raz pierwszy hospitalizowana psychiatrycznie z rozpoznaniem bulimii oraz zespołu depresyjnego z myślami i zamiarami samobójczymi.

Wywiad okołoporodowy obciążony: urodzona z przepukliną mózgowo-rdzeniową, operowana bezpośrednio po porodzie z dobrym skutkiem. Rozwój prawidłowy. Obecnie uczennica drugiej klasy liceum plastycznego. Interesuje się teatrem (gra w zespole amatorskim). Jej marzeniem jest praca zawodowego żołnierza, czemu sprzeciwia się matka.

Wywiad rodzinny obciążony alkoholizmem od trzech pokoleń. Matka obecnie w trzecim związku, wcześniej dwukrotnie zamężna. Wszyscy jej partnerzy pili, byli agresywni – słownie i czynnie. Pojawienie się na świecie M.H. złamało plany życiowe matki, uzdolnionej plastycznie, marzącej o artystycznej karierze. W pierwszych latach życia pacjentka była wychowywana przez swoją babcie (ze strony matki); jest z nią w bliskiej relacji, w chwilach trudnych jest ona dla niej jedynym oparciem. Matka jest zazdrosna o uczucia łączące babcie i wnuczkę. Dziadek uzależniony od alkoholu, obecnie „z przyczyn zdrowotnych” niepijący, był karany sądownie; stosuje przemoc. M.H. ma młodszego o rok brata. Matka wraz z dziećmi mieszka w wynajmowanej suterenie, w jednym pomieszczeniu. W weekendy dołącza do nich jej konkubent.

M.H. w relacji z matką upatruje większości swoich problemów. Uważa, że zawsze była gorzej przez nią traktowana, karana za przewinienia brata itp. Ma poczucie, że jest dzieckiem niechcianym. Drugiego męża matki uważa za autorytet, jest z nim związana, utrzymują kontakt (mimo że matka porzuciła go), interesują się wzajemnie swoim losem. Obecny partner matki namówił M.H. do rozpoczęcia z nim pożycia seksualnego, o czym matka dowiedziała się, a winą obciążyła córkę. Obecnie postrzega ją jako rywalkę, w konfrontacji z mężczyzną wybiera zawsze jego. Jednocześnie nie pozwala córce odizolować się (nie wyraża zgody, by zamieszkała z babcie, w bardzo dobrych warunkach lokalowych, tłumacząc to obawą, że nie będzie u niej dostatecznie dopilnowana i zajdzie w ciążę). Pacjentka nigdy nie miała w matce oparcia, musiała radzić sobie sama od najmłodszych lat. Ma poczucie, że zawsze była i nadal jest matką dla swojej matki – to ona przypominała matce o obowiązkach, wywiadówkach szkolnych, opłatach, rachunkach.

M.H. deklaruje skłonności biseksualne. Twierdzi, że to akceptuje, szuka kontaktów z osobami obojga płci. Uważa, że jej preferencje są akceptowane w środowisku artystycznym, tam też dobrze się czuje (matka jest negatywnie nastawiona do udziału córki w grupie teatralnej). Poza nim – nie ujawnia swojej orientacji seksualnej. Dużym problemem dla pacjentki jest przyznanie się do biseksualizmu rodzinie, najwięcej obaw budzi w niej reakcja matki.

W związku z narastającymi konfliktami w rodzinie, zwłaszcza pomiędzy matką a córką, skutkującymi nakładaniem restrykcji na M.H., zmierzających – w jej poczuciu – do całkowitego odizolowania jej od osób uważanych przez nią za życzliwe (zarówno

spośród rodziny, jak i rówieśników), oraz poczuciem beznadziejności sytuacji życiowej, jej stan psychiczny zdekompensował się: nasiliły się objawy zaburzeń odżywiania się, dołączyły się objawy zespołu depresyjnego z myślami rezygnacyjnymi, zakończone próbą samobójczą przez zatrucie lekami.

Pacjent A.B., lat 17, po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie z rozpoznaniem zaburzeń dysocjacyjnych pod postacią drgawek rzekomopadaczkowych. Pierwsze objawy lękowe pod postacią psychopochodnych duszności obserwowano rok wcześniej.

Sytuacja rodzinna: Jest najmłodszy z pięciorga dorosłego rodzeństwa, jego brat choruje na padaczkę. Pacjent pochodzi z rodziny niepełnej. Nie ma bliskiej relacji z matką. Gdy miał pięć lat, jego ojciec zmarł na raka płuc. A.B. ojca nie pamięta, a mówiąc o ważnych postaciach męskich – wymienia księży ze swojej parafii. Z jednym z nich jest w bliskiej relacji, zwraca się do niego po imieniu, uważa go za swojego przyjaciela. Otoczenie szkolne podejrzewało ich o romans.

Pacjent jest uczniem drugiej klasy liceum ogólnokształcącego i pierwszej klasy szkoły muzycznej. Od około roku leczy się somatycznie z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów.

W 13 roku życia podjął poważną próbę samobójczą (zatrucie lekami) – przez kilka dni był nieprzytomny, hospitalizowany na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej i Klinice Zatruc Akademii Medycznej w Gdańsku. Matka wówczas nie wyraziła zgody na hospitalizację psychiatryczną, powołując się na negatywną (odnośnie do tej formy pomocy) decyzję syna. Pacjent próbę odebrania sobie życia tłumaczył odrzuceniem przez środowisko szkolne oraz grupę rówieśniczą. Twierdzi, że planował tę próbę przez dwa lata. Z rozpoznaniem zespołu depresyjnego był leczony ambulatoryjnie, farmakologicznie przez kilka miesięcy.

Bezpośrednim powodem przyjęcia do kliniki były nasilające się napady drgawek, których podłoże organiczne zostało przez neurologów wykluczone. Pierwszy napad dysocjacyjny miał związek z pierwszym i jedynym kontaktem seksualnym z kobietą. Mimo że A.B. deklarował satysfakcję z tego aktu, podjął decyzję o zaprzestaniu dalszych kontaktów fizycznych z partnerką. Doznawane przez niego dolegliwości, prezentowane objawy, pozwoliły mu na wycofanie się z aktywności seksualnej oraz utrzymanie dotychczasowej relacji z dziewczyną. Pacjent deklarował skłonności tylko i wyłącznie heteroseksualne. Relacje z dziewczętami zawsze określał jako wyraźnie lepsze niż z kolegami. Był przez nie postrzegany jako atrakcyjny, potencjalny partner, jednakże nie korzystał z płynących z tego możliwości.

Podczas pobytu na oddziale chętnie odgrywał role kobiet w skeczach czy pokazach mody organizowanych przez pacjentów. Jego występy przyjmowane były owacyjnie. Komentowano jego łatwość odnajdywania się w rolach kobiecych, adekwatny sposób poruszania się i niewerbalnego wyrażania emocji. Udział w tego typu przedsięwzięciach sprawiał mu wyraźną satysfakcję, był twórczy, spontaniczny i w pełni zaangażowany. Z zadowoleniem przyjmował płynące po występach komplementy.

Napady dysocjacyjne wkrótce po przyjęciu do szpitala ustąpiły.

## Komentarz

W części kazuistycznej staraliśmy się przedstawić pacjentów wraz z ich skomplikowanymi doświadczeniami życiowymi oraz osobistymi dylematami wynikającymi nie tylko z orientacji seksualnej per se, ale i z trudności z jej zaakceptowaniem, zarówno przez nich samych, jak i ich otoczenie. Wszystkie te rozterki, wpisane w proces adolescencji (stanowiącej normatywne wyzwanie dla młodych osób), oraz dysfunkcje rodziny, połączone często z transgeneracyjnymi przekazami i obciążeniami, a także negatywne doświadczenia społeczne związane z „byciem innym” – zaowocowały zaburzeniami psychicznymi wymagającymi hospitalizacji.

Uważamy, że istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań zgłębiających i upowszechniających zagadnienie występowania zaburzeń psychicznych wśród osób z orientacją homo- lub biseksualną w celu zmniejszenia, czy nawet usunięcia, w przyszłości traumatycznych czynników środowiskowych i psychosocjalnych, przyczyniających się do dekompensacji ich stanu zdrowia.

### Психопатологические синдромы и проблема сексуальной ориентации у молодежи

#### Содержание

**Задание.** Заданием работы является представление воззрений на тему связи между сексуальной ориентацией, и появлением разнородных психопатологических синдромов.

**Метод.** Использование литературных данных, относящихся к обсуждаемой тематике. Представлено казуистическое описание с подчеркиванием основных факторов, приводящих к развитию психических нарушений у обследованных пациентов.

**Результаты.** Как литературные данные исследователей, занимающихся психическими нарушениями лиц гомо- / бисексуальных, так и собственные наблюдения, указывают на решающую роль социальной стигматизации в развитии психопатологических синдромов в этой группе лиц.

### Psychopathologische Syndrome und Problem der Sexualorientierung bei Jugendlichen

#### Zusammenfassung

**Ziel.** Das Ziel der Studie ist die Schilderung der Meinungen über den Zusammenhang zwischen der Sexualorientierung und dem Auftreten unterschiedlicher psychopathologischer Syndrome.

**Methode.** Die Autoren beschreiben eine Literaturübersicht zur besprochenen Thematik, die um kasuistische Literatur bereichert wurde und betonen die Grundfaktoren, die zur Entstehung der psychischen Störungen bei beschriebenen Patienten führen.

**Ergebnisse.** Sowohl die Literaturübersicht zu den psychischen Störungen bei homo-/bisexuellen Personen als auch eigene Erfahrungen zeigen auf eine Schlüsselrolle der sozialen Stigmatisierung in der Entwicklung der psychopathologischen Syndrome bei diesen Personen.

### Les syndromes psychopathologiques et l'orientation sexuelle de jeunes gens

#### Résumé

**Objectif.** Présenter les conceptions concernant les relations de l'orientation sexuelles de jeunes gens les syndromes psychopathologiques chez eux.

**Méthode.** Les auteurs donnent la revue de la littérature en question y compris les descriptions des cas particuliers en soulignant le rôle des facteurs importants dans le développement des troubles mentaux chez les jeunes gens.

**Résultats.** L'analyse des conceptions concernant les troubles psychiques de jeunes gens homosexuels et bisexuels ainsi que les résultats des recherches propres des auteurs de cet article indiquent que la stigmatisation sociale joue le rôle principal dans le développement des syndromes psychopathologiques chez ces jeunes gens.

#### Piśmiennictwo

1. Lemert EM. *Social pathology: A systematic approach to the theory of sociopathic behaviour*. New York: McGraw-Hill; 1951.
2. Lee R. *Health care problems of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients*. West J. Med. 2000; 172: 403–408.
3. Boczkowski K. *Homoseksualizm*. Kraków: Inter Esse. 2003.
4. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. *Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?* Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 876–880.
5. Safren SA, Heimberg RG. *Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents*. J. Cons. Clin. Psychol. 1999; 67(6): 859–866.
6. Bagley C, Tremblay P. *Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males*. Crisis 1997; 18: 24–34.
7. Jay K, Young A. *The gay report: lesbians and gay men speak out about their sexual experiences and lifestyles*. New York, NY: Simon and Schuster; 1979.
8. Gibson P. *Gay male and lesbian youth suicide*. W: Remafedi G, red. *Death by denial: studies of suicide in gay and lesbian teens*. Boston: Alyson Publications; 1994, s. 15–88.
9. Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. *Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth*. Pediatr. 1991; 87 (6): 869–875.
10. D'Augelli AR, Hershberger SL. *Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems*. Am. J. Comm. Psychol. 1993; 21 (4): 421–448.
11. 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. Publ. Health 1998; 88: 57–60.
12. Bagley C, Tremblay P. *Elevated rates of suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth*. Crisis 2000; 21 (3): 111–117.
13. Heeringen C, Vincke J. *Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem. 2000; 35: 494–499.
14. D'Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW. *Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbians, gay, and bisexual youths*. Suic. Life Threat Beh. 2001; 31 (3): 250–264.
15. Fifield LH, Lathan JD, Phillips C. *Alcoholism in the gay community: the price of alienation, isolation, and oppression*. Los Angeles: Gay Community Services Center; 1977.
16. Cochran SD, Mays VM. *Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in sample of the US population*. Am. J. Epidemiol. 2000; 151 (5): 516–523.
17. Sandfort TG, Graaf R, Bijl RV, Schnabel P. *Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58: 85–90.
18. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, Wright L, Blizard R, Davidson O. *Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales*. Brit. J. Psychiatry 2003; 183: 552–558.
19. Długołęcka-Lach A. *Wybrane aspekty życia psychicznego kobiet zorientowanych homoseksualnie*. Post. Psychiatr. Neurol. 1993; 2: 203–208.
20. Długołęcka-Lach A. *Proces wychodzenia z ukrycia kobiet zorientowanych homoseksualnie*. Post. Psychiatr. Neurol. 1993; 2: 219–224.

- 
21. Beisert M. *Przyczyny i skutki zjawiska „coming out” wśród osób zorientowanych homoseksualnie.* Post. Psychiatr. Neurol. 1993; 2: 209–217.

Adres: Izabela Łucka  
Klinika Psychiatrii Rozwojowej,  
Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM  
80-282 Gdańsk, ul. Srebrniki 1

Otrzymano: 24.01.2006  
Zrecenzowano: 10.03.2006  
Przyjęto do druku: 29.03.2006