

## **Transseksualizm czy zinternalizowana homofobia – studium przypadku**

### **Transsexualism or internalized homophobia – case study**

Anna Dziemian, Izabela Łucka

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

#### **Summary**

The objective of the paper is the presentation of ideas on human sexuality development, disorders concerning this area, particularly transsexualism, homosexuality and social stigmatization of homosexuals with its consequences. Symptoms reported and identified by adolescents such as sexual identity disorder, can masquerade a different problem, for instance lack of self-acceptance of homosexual orientation in a person from a conservative environment. The presented case study illustrates this problem.

*Słowa klucze:* transseksualizm, homoseksualizm, stygmatyzacja, młodzież  
*Key words:* transsexualism, homosexuality, stigmatization, adolescents

#### **Wstęp**

Płeć odgrywa istotną rolę w kształtowaniu obrazu własnego Ja każdego człowieka, do niej przypisane są określone cechy, zachowania, role, tworzące stereotypy kobiety lub mężczyzny, którymi posługujemy się we wszystkich procesach poznawczych. Płeć stanowi także określoną kategorię społeczną, narzuca nam przynależność do konkretnej, zgodnej z jej rodzajem, grupy. Warunkuje sposoby interakcji społecznych, a one, zwrotnie, wpływają na kształtowanie osobowości i funkcjonowanie człowieka.

Teoretyczny model rozwoju ludzkiej seksualności, pozwalający umiejscowić i zrozumieć występujące zaburzenia tej sfery życia, został zaproponowany przez Martina Seligmana [1]. Uwzględnia on podział życia erotycznego na pięć warstw, z których każda kolejna opiera się na warstwie niższej. Pierwszą, podstawową, równoznaczną z posiadaniem odpowiednich narządów płciowych, jest tożsamość płciowa, czyli świadomość bycia kobietą lub mężczyzną. Zaburzeniem na tym poziomie może być zespół dezaprobaty własnej płci, czyli transseksualizm. Drugą warstwą, bazującą na tożsamości płciowej, jest orientacja seksualna. Najłatwiej zidentyfikować ją, analizując wybór obiektów budzących fantazje erotyczne (auto-, homo-, heteroseksualne

oraz ich kombinacje). Problemem na tym poziomie może być brak akceptacji własnej orientacji, często połączony z chęcią jej zmiany. Trzecią warstwę stanowią preferencje i zainteresowania seksualne, czyli: sytuacje, części ciała, typy osób będących obiektami pobudzenia seksualnego. Zaburzenia tutaj występujące określane są jako parafilie, obejmują fetyszizm, ekshibicjonizm, pedofilię i inne, tym podobne. Czwartą warstwę stanowi rola płciowa, czyli publiczne wyrażenie tożsamości płciowej, związane z zaznaczaniem i akcentowaniem swojej męskości lub kobiecości. Na tym poziomie brak określonych kategorii zaburzeń. Ostatnia warstwa opisuje „funkcjonowanie” seksualne, czyli stopień adekwatności zachowań z odpowiednią osobą, w odpowiedniej sytuacji erotycznej. Zaburzenia tej warstwy to różne dysfunkcje seksualne, na przykład: zaburzenia orgazmu, erekcji, awersja seksualna.

Model Seligmana pokazuje, że im niższa warstwa, tym bardziej jest osadzona biologicznie, a zatem mniej zależna od czynników świadomych, poddających się kontroli, trudniejsza do leczenia. Zaburzenia warstwy pierwszej (tożsamości płciowej) dotyczą transseksualizmu. Człowiek doświadczający tego problemu będzie się czuł kobietą „uwięzioną” w ciele mężczyzny lub mężczyzną „uwięzionym” w ciele kobiety. Posiadanie ciała o niewłaściwej budowie powoduje stałe cierpienie danej osoby, zatem jej celem będzie dążenie do pozbycia się cech płci biologicznej, zmiany ich na zgodne z poczuciem płci psychicznej. Konflikt tożsamości płciowej może wywoływać różnorodne problemy, między innymi zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, zachowania typu acting-out, nadużywanie środków psychoaktywnych, konflikty w relacjach z rówieśnikami, rodziną oraz partnerami [2, 3, 4, 5, 6].

Na zespół dezaprobaty płci składają się przynajmniej cztery nieakceptowane wymiary: 1) cielesności, 2) roli społecznej, 3) seksualności, 4) tożsamości płciowej. W diagnozowaniu transseksualizmu Międzynarodowe Stowarzyszenie Przeciwdziałania Zespołowi Dezaprobaty Płci im. H. Benjamina [7] zaleca wziąć pod uwagę:

- zabawy dziecięce (zgodne lub niezgodne z płcią biologiczną)
- sposób ubierania w dzieciństwie, z uwzględnieniem ewentualnego preferowania ubioru charakterystycznego dla płci przeciwnej
- tożsamość płciową w wieku dziecięcym, w okresie dojrzewania oraz obecnie
- reakcje rodziny, przyjaciół, kolegów, innych ludzi na zachowanie dziecka związane z tożsamością płciową
- stosunek pacjenta do własnego ciała i reakcje na okres dojrzewania
- wystąpienie zespołu dezaprobaty płci
- przebieranie się w stroje płci przeciwnej
- inne dowody odmiennej tożsamości płciowej w życiu dorosłym (przykładowo publiczne podawanie się za osobę płci przeciwnej)
- próby odgrywania roli przeciwnej płci biologicznej (na przykład zmiana imienia)
- kontakty z grupami zrzeszającymi osoby o odmiennej tożsamości płciowej
- cele zmiany płci.

Aby odróżnić prawdziwy transseksualizm od wtórnego, należy przeprowadzić szczegółowy wywiad seksuologiczny, z uwzględnieniem między innymi wykorzysta-

nia seksualnego lub przeżytej na tle seksualnym traumy, najwcześniejszych fantazji erotycznych, masturbacji, pierwszych doświadczeń seksualnych. Tożsamość płciowa ma swój początek w procesach hormonalnych zachodzących w życiu płodowym, więc jest tak podstawowa i niezmienna, że jedynym sposobem leczenia zaburzeń tej warstwy jest chirurgiczna i hormonalna zmiana wyglądu ciała.

Orientacja seksualna nie jest kategorią sztywną ani stabilną przez całe życie. Można ją określić na kontinuum (skala Kinseya), w ramach którego istnieją preferencje skrajne: hetero- i homoseksualne oraz cała gama pośrednich orientacji, które w zależności od natężenia uczuć do jednej z płci zbliżają się do któregoś z tych dwóch biegunów [8]. Orientacja seksualna składa się z takich czynników, jak: 1) pociąg seksualny, 2) seksualne zachowania, 3) fantazje, 4) preferencje emocjonalne, 5) preferencje społeczne, 6) sposób życia (bi- hetero-, homoseksualny), 7) osobista identyfikacja [9]. Określa się je w trzech różnych momentach naszego życia: przeszłości, teraźniejszości oraz idealnej przyszłości, do której dążymy. Pomimo że kształtowanie się orientacji seksualnej przebiega powoli, podobnie jak tożsamości płciowej, nie poddaje się ona świadomym zmianom, nie jest kwestią wyboru danej osoby.

Homoseksualizm przestał być traktowany jako zaburzenie seksualne – w USA od 1989, a w Europie od 1991 roku – kiedy Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) usunęła to rozpoznanie z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń. Pomimo tego, w świadomości społecznej, wciąż funkcjonuje on jako dewiacja lub zboczenie, co jest widoczne w postawach homofobicznych, wyrażanych brakiem akceptacji i lękiem przed osobami z preferencjami innymi niż heteroseksualne. W sytuacji, gdy otoczenie wyraża pozbawione tolerancji czy wręcz wrogie poglądy i stanowisko prowadzące do stygmatyzacji osób „odmiennych”, może dojść do internalizowania nieakceptacji, czyli do „samonaznaczania” u osób homoseksualnych [10]. Poczucie „nieprawidłowej” orientacji seksualnej może stać się najważniejszą kwestią w życiu tych osób, determinującą, w sensie negatywnym, ich rozwój osobisty i społeczny [11]. Osoba zorientowana homoseksualnie, często nawet zanim w pełni uświadomi sobie własne preferencje, może uwewnętrznić przejętą z otoczenia heteroseksualnego wrogą i pełną pogardy postawę wobec homoseksualizmu. Skutkiem tego może być uruchomienie mechanizmów obronnych, takich jak tłumienie, wypieranie, zaprzeczanie, rozwój poczucia winy, niska samoocena, kształtowanie się tak zwanej tożsamości dewianta [12]. Typowe jest poszukiwanie autorytetów utwierdzających w poczuciu winy, podejmowanie prób „wyleczenia się” lub samokarania poprzez zachowania autodestrukcyjne.

W okresie adolescencji odkrywanie własnej seksualności, niezależnie od orientacji, jest trudne, a w skrajnych przypadkach może prowadzić do zaburzeń adaptacyjnych i nasilonego kryzysu tożsamości. Trudności z akceptacją własnej seksualności nakładają się na proces identyfikacji psychoseksualnej i ogólny rozwój tożsamości. Pomagając adolescentom należy uświadamiać sobie zakres i różnorodność problemów towarzyszących odkrywaniu odmiennej orientacji seksualnej lub braku identyfikacji płciowej. Z badań przeprowadzonych przez Długołęcką [11] wynika, że proces akceptacji swojej orientacji seksualnej łatwiej przechodziły lesbijki, które odkrywały ją po 20 roku życia, kiedy miały ukształtowaną, w miarę stabilną strukturę osobowości.

Dużo trudniejsze jest formowanie tożsamości u osoby, która odczuwa odmienność w zakresie orientacji seksualnej przed okresem dojrzewania, ponieważ, aby wykształcić spójny obraz własnego Ja, musi ona akceptować siebie, łącznie z pogodzeniem się ze swoimi preferencjami seksualnymi. Osoba zorientowana homoseksualnie, szukając odpowiedzi na pytanie „kim jestem?”, przechodzi kolejne etapy procesu odkrywania swoich preferencji [11]:

1. Zaprzeczanie: niedopuszczanie do świadomości homoseksualnego komponentu w uczuciach, fantazjach i aktywnościach
2. Próby zmiany: eliminowanie homoseksualnych uczuć, fantazji i zachowań
3. Unikanie sytuacji i aktywności związanych z homoseksualnym pożądaniem (homofobiczne nastawienia i reakcje, narzucanie sobie zakazu homoseksualnych zainteresowań i zachowań, świadome kierowanie uwagi na płęć przeciwną, usprawiedliwianie nieakceptowanej aktywności seksualnej wpływem alkoholu, narkotyków itp.)
4. Próba samookreślenia:
  - strategia specjalnego przypadku – „kocham tylko tę jedną kobietę/ tego jedyne go mężczyznę”
  - strategia biseksualności – „jestem biseksualna/y”
  - strategia fazy przejściowej – „taka jest faza mojego rozwoju”
  - strategia eksperymentowania – „to tylko zdobywanie nowych doświadczeń”
- 5 Akceptacja: świadomość, że fantazje, uczucia i zachowania mogą być homoseksualne.

Schemat własnej płci to rama interpretacyjna nadająca znaczenie, zapewniająca spójność doświadczeniom własnym i innych. Według Bem, każdy człowiek ma wykształcony schemat płci psychologicznej wyrażającej się cechami typowymi dla mężczyzny czy kobiety, lub łączącej cechy obojga (osoby androginiczne) albo nie mającej żadnej z nich [za: 13]. Przyjmowanie pewnych schematów płci zależy od tego, w jakim stopniu różnice płciowe były podkreślane w procesie socjalizacji, ponieważ dziecko uczy się, jak być mężczyzną lub kobietą.

Zespół dezaprobaty płci, według badań przeprowadzonych przez Zuckera i Bradley [14], występuje jako objaw przejściowy, częściej u dzieci niż u dorosłych (wg matek 1–2% chłopców chce być dziewczynkami i 2–4% dziewczynek chce być chłopcami). Z badania Greena [15] wynika, że z grupy 44 chłopców deklarujących chęć zmiany płci, w dorosłym życiu tylko 1 z nich (2%) miał rzeczywiste problemy z identyfikacją płciową, 75% zaś ujawniło orientację homoseksualną. Silną zależność między wczesną identyfikacją z płcią przeciwną, lub brakiem identyfikacji z własną płcią biologiczną, a homoseksualizmem potwierdzają również badania Długołęckiej [11]. Większość kobiet zorientowanych homoseksualnie odrzucała tradycyjnie rozumianą kobiecość już w okresie dzieciństwa; preferowały one towarzystwo chłopców, lubiły odgrywać role męskie w zabawach i fantazjach, odrzucały dziewczęce stroje i typowe zainteresowania, czuły swoją odmienność w zakresie roli płciowej.

### Studium przypadku

Pacjentka A.W., lat 17, trafiła do psychiatrii pracującego w rejonie jej zamieszkania, w toku rozpoczętego przez nią procesu zmierzającego do dokonania operacyjnej zmiany płci. Została skierowana do kliniki z rozpoznaniem zaburzeń zachowania. Do momentu hospitalizacji zakończono diagnostykę genetyczną, która potwierdziła zgodność płci chromosomalnej z biologiczną.

A.W. pochodzi z małej miejscowości (około 15 tysięcy mieszkańców). Matka pacjentki ma 54 lata, wykształcenie średnie, pracowała w banku, cierpi na wiele chorób somatycznych, z tego tytułu od 12 lat pobiera rentę. Ojciec ma 58 lat, wykształcenie podstawowe, był pracownikiem fizycznym, obecnie otrzymuje świadczenia rentowe, przeżył trzykrotnie zawał serca. Dziewczynka została adoptowana, gdy miała 1 rok i 3 miesiące. Rodziców biologicznych nie zna, wie tylko, że jest ich najmłodszym, ósmym dzieckiem. Matka adopcyjna twierdzi, że zarówno ojciec, jak i matka, byli uzależnieni od alkoholu, zostali pozbawieni praw rodzicielskich w stosunku do wszystkich dzieci, które umieszczono w domu dziecka.

Pacjentka uczęszczała do żłobka i przedszkola. Wspominała, że już w tym okresie wołała bawić się samochodzikami, nie interesowała się lalkami, a te, które dostawała – niszczyła. Gdy miała trzy lata, dzieci z grupy rówieśniczej uświadomiły ją o fakcie adopcji. Według matki dziewczynka bardzo przeżyła tę informację, „źle to zniosła”. Do 5 roku życia występowało u niej dzienne i nocne moczenie się, a do 13 roku życia – nocne. Od 7 roku życia była leczona farmakologicznie z tego powodu. Pod koniec szkoły podstawowej nauka zaczęła sprawiać jej problemy, narastały także trudności w kontaktach z rówieśnikami. Dzieci w szkole wielokrotnie jej dokuczwały z powodu wychowywania się w rodzinie adopcyjnej. Wymuszały od niej pieniądze, zmuszały do kradzieży, a ona spełniała ich oczekiwania, licząc na zaskarwienie sobie przychylności grupy.

Zaczęła chodzić na wagary twierdząc, że lekcje ją nudzą. Wielokrotnie wzywano matkę do szkoły z powodu zachowań agresywnych córki (brała czynny udział w bójkach). Między 13 a 15 rokiem życia dokonywała licznych samookaleczeń, po których zostały widoczne blizny; ma kilka tatuaży, zrobionych bez wiedzy rodziców. W przeszłości miała myśli samobójcze, obecnie je neguje. Raz, w wyniku gwałtownej autoagresji, złamała sobie rękę. Twierdziła, że zawsze była nadpobudliwa, drażliwa, impulsywna, konfliktowa. Chłubiła się siłowym rozwiązywaniem spraw spornych, uczestnictwem w bójkach z kolegami oraz z obcymi chłopakami w trakcie dyskotek. W gimnazjum powtarzała dwukrotnie drugą klasę, teraz uczy się w Ochotniczym Hufcu Pracy, odbywa praktyki zawodowe w sklepie spożywczym. Chciała zostać fryzjerką, ale nie została dopuszczona do nauki zawodu, ze względu na widoczne blizny i tatuaże. Planuje ukończyć wieczorową szkołę zawodową.

Problem stanowi dla niej sfera tożsamości płciowej. Twierdziła, że co najmniej od 6 roku życia czuła się chłopakiem, a od 12 – myślała o zmianie płci. Zawsze wołała przebywać w towarzystwie chłopaków, ma wśród nich więcej przyjaciół, łączą ich wspólne zainteresowania, podobnie spędzają czas. Podczas pierwszej rozmowy deklarowała, że nie jest zainteresowana dziewczynami ani chłopakami, nie ma potrzeby

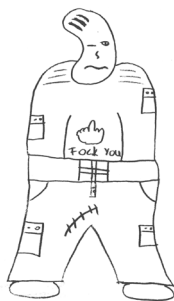
związku uczuciowego z kimkolwiek. W trakcie kontaktu terapeutycznego przyznała, że zakochuje się w dziewczynach, pragnie zarówno kontaktów emocjonalnych, jak i fizycznych, ale wyobraża je sobie tylko pod warunkiem dokonania operacji zmiany płci. Matka twierdzi, że od momentu, kiedy koleżanka z dzielnicy zmieniła płeć, córka zaczęła podpisywać zeszyty męskimi imionami, mówić o chęci zmiany płci, dążyć do realizacji swego pragnienia. Rodzice rozumieją i popierają starania dziewczyny. Matka podkreśla, iż wygląd zewnętrzny córki, sposób jej zachowania, poruszania się, ubierania – zawsze był bardzo męski. Wie, że częściej dąży do kontaktów fizycznych z dziewczynami, widzi, jak się przytulają, obejmują, robią sobie „malinki”. Matka jest rozczarowana córką, mówi: „Myślałam, że dziewczyna nie będzie miała tych cech patologicznych”, które mieli jej rodzice biologiczni.

Pacjentka początkowo ujawniała negatywną i wrogą postawę wobec homoseksualistów, szczególnie lesbijek. Powiedziała, że podobają się jej kobiety, pociągają ją, ale „nie zrobi tego świństwa rodzicom”. Szukała dowodów potwierdzających powszechne występowanie transseksualizmu, uzasadniając, że „poznała w swoim mieście trzech transseksualistów i ani jednego geja czy lesbijki”. Twierdziła, że jej znajomi, którzy nienawidzą homoseksualistów, są przychylnie nastawieni do jej pomysłu zmiany płci. Przez długi czas wierzyła, że genetycznie jest mężczyzną; była bardzo rozczarowana wynikami badań genetycznych. Nigdy nie współżyła. Negowała jakiegokolwiek nadużycia seksualne. Spotykała się z chłopakiem przez kilkanaście dni, ale nie czuła ekscytacji, która pojawiała się w kontaktach z dziewczynami.

A.W. ze wstrętem wypowiadała się o swoim ciele, szczególnie o genitaliach: ujawniła, że zawsze myje się gąbką, nigdy nie dotyka miejsc intymnych. Pytanie o masturbację wywołało jej oburzenie, twierdziła, że jest to „obrzydliwe świństwo” i nigdy, nawet będąc mężczyzną, tego nie będzie robić. W trakcie kolejnych rozmów okazało się, że nie ma prawie żadnej wiedzy na temat życia seksualnego człowieka. Gdy mówiła o swoim potencjalnym związku, już jako mężczyzny z kobietą, zupełnie pomijała aspekt współżycia. Zakładała, że jej partnerka nie będzie miała typowych potrzeb seksualnych, a kontakt fizyczny ograniczony będzie do pocałunków i pieszczot (mówi: „Mam nadzieję, że bez TEGO da się żyć”). Sądziła, że po operacji zmiany płci stanie się zupełnie inną osobą, „na nowo” się narodzi. Uzasadniała celowość zmiany płci przypisywaniem sobie głównie cech męskich. Twierdziła, że „jest twarda, od 6 klasy nie czuje bólu, nie załamuje się, pomaga innym, o pomoc dla siebie nigdy nie prosi”. Ubierała się w męskie stroje, sportowe luźne bluzy i spodnie, miała krótkie włosy, interesowała się „męskimi” sportami, jak capoira, karate, deskorolka, tańczyła breakdance. Początkowo starała się ukazać jak najbardziej męskie oblicze, ale w miarę trwania kontaktu terapeutycznego coraz częściej ujawniała swoje prawdziwe uczucia i pragnienia, odsłaniała cechy utożsamiane z kobiecymi, których w sobie nie akceptowała. Przeżywała smutek, płakała po rozstaniu z innymi pacjentkami, z którymi się zaprzyjaźniła. Okazało się, że od trzech lat jest wolontariuszką w domu dziecka. Opowiadała, że organizuje tam „męskie prace”, na przykład przenoszenie ciężkich rzeczy, a jednocześnie mimochodem dodała, że jest związana emocjonalnie z poznanymi dziećmi, myśli o tym, co robią, jak sobie radzą, martwi się o nie, a przecież „nie może ich odwiedzać będąc w szpitalu”. Chciałaby, żeby otoczenie było bardziej tolerancyjne



wobec osób „odmiennych”, również tych zorientowanych homoseksualnie. Wstydziła się swojej wrażliwości, którą identyfikowała ze słabością. Twierdziła, że mężczyźni w życiu osobistym i zawodowym mają lepiej, że nie można skrzywdzić ich tak łatwo, jak kobiety. Wykazywała się dużą, społeczną wrażliwością. Z wyraźnym emocjonalnym zaangażowaniem opowiadała na przykład o braku sprawiedliwości w stosunku do molestowanych dziewczyn, których gwałciciele pozostali bezkarni.



Rysunek 1



Rysunek 2

Poproszona o narysowanie postaci człowieka, najpierw narysowała mężczyznę, którego przedstawiła w karykaturalny sposób: ponurego, masywnego, ze zniekształconą głową, pozbawionego rąk, z jakby zaopatrzoną chirurgicznie raną w miejscu rozporcia.

Na polecenie narysowania osoby płci przeciwnej zareagowała oporem, negatywnie podeszła do zadania, mówiąc, że nie potrafi malować kobiet. Jej postać kobiety jest mniej dopracowana, mniej stabilna, drobniejsza, łagodna i pogodna. W porównaniu z mężczyzną wydaje się bezbronna i naiwna. Rysunki mogą świadczyć o silniejszej identyfikacji z cechami męskimi, które gwarantują większe bezpieczeństwo i możliwość obrony.

Wyniki testów psychologicznych wskazały na dosyć dobre funkcjonowanie pacjentki. Miała podwyższone wyniki w skali męskości/kobiecości w MMPI. Testy projekcyjne wykazały, że przeżywa silny konflikt wewnętrzny i związany z nim niepokój, gdyż nie podaje możliwych rozwiązań, ani nie wyobraża sobie swojej przyszłości, a zatem konflikt przerasta możliwości rozwiązania go. Sugeruje to jej ambiwalencję w dążeniu do zmiany płci; konflikt wewnętrzny dotyczy określenia tożsamości płciowej i próby identyfikacji z rolą kobiecą lub męską. Bohaterowie jej historyjek często ponoszą porażki, niepowodzenia, choć marzą o rozwoju swoich możliwości i sławie – na kobiety czyha niebezpieczeństwo, są zagrożone, słabe, bezradne wobec problemów, mężczyźni łatwiej osiągają cele, ale równocześnie zadają cierpienie, które jest związane z przemocą i jej nieodwracalnymi skutkami. Widoczny jest brak poczucia bezpieczeństwa, któremu towarzyszy lęk, cierpienie, smutek, tęsknota i poczucie straty. Pacjentka mimo wszystko wykazywała przystosowawcze mechanizmy obronne oraz dużą świadomość własnych przeżyć i stanów emocjonalnych. Ujawniała potrzebę miłości, przynależności oraz chęć uzyskania pomocy.

Przed wypisaniem ze szpitala A.W. coraz rzadziej wspominała o operacji zmiany płci, sama stwierdziła, że musi jeszcze z tym poczekać, przemyśleć. Ważnym doświadczeniem było ujawnienie wybranym rówieśnikom z oddziału tego, że podobają się jej dziewczyny, a zwłaszcza ich wyrozumiałość, przychylna postawa wobec tego wyznania. Z dużym zainteresowaniem przyjęła informacje o stowarzyszeniach i stronach internetowych dla lesbijek. Stała się spokojniejsza, wyciszona, z większą łatwością wyrażała i okazywała uczucia.

### Komentarz

Adolescent czujący swoją odmienność seksualną często zadaje sobie pytanie: „Jeśli nie jestem normalnym chłopcem/dziewczyną, to kim jestem?”. Pojawia się trudność w odróżnieniu roli płciowej (warstwa IV) od orientacji seksualnej (warstwa II) i identyfikacji płciowej (warstwa I). Konsekwencją tego zamieszania może być tzw. „odwrócenie roli płciowej” (crossgender behavior), czyli manifestowanie cech płci przeciwnej: hiperkobiecości przez mężczyzn homoseksualnych i hipermęskości przez lesbijki (np. „Skoro podobają mi się kobiety, to powinnam zachowywać się i ubierać po męsku”). Taki homoseksualny transwestytyzm jest formą racjonalizacji stygmatyzowanych zachowań. Występuje zazwyczaj w społecznościach tradycyjnie pojmujących role płciowe oraz homofobicznie nastawionych do homoseksualizmu [11]. W przypadku opisywanej pacjentki prowadził on jeszcze dalej: „Skoro podobają mi się kobiety, to znaczy, że powinnam poddać się operacji zmiany płci, bo jestem mężczyzną”. Pacjentka sądziła, że po operacji zmiany płci stanie się zupełnie nową osobą, narodzi się na nowo. Można to interpretować jako chęć odcięcia się od przeszłości i naznaczenia, lub iluzję, że dzięki zabiegowi chirurgicznemu, w wyniku którego osiągnie pożądane przez siebie narządy płciowe, uniknie napięć i konfliktów wewnętrznych.

A.W., poprzez mechanizm obronny w postaci racjonalizacji, próbowała rozwiązać problem poczucia winy, wynikający z odczuwania nieakceptowanego zarówno przez nią samą, jak i jej otoczenie, seksualnego pociągu do kobiet. Przyczynę swoich preferencji upatrywała we własnym transseksualizmie, który uznawała za bardziej wrodzony i uwarunkowany biologicznie niż homoseksualizm. Doświadczenia życiowe (porzucenie przez rodziców biologicznych, wielokrotne odtrącanie przez rówieśników z powodu wychowywania się w rodzinie adopcyjnej oraz odkrycie odmiennej orientacji seksualnej) spowodowały, że swój konflikt wewnętrzny rozwiązała poprzez wykształcenie identyfikacji z męskością oraz podporządkowanie się konserwatywnym „normom” środowiskowym z obawy przed kolejnym odrzuceniem, nawet za cenę wyparcia się siebie.

Uważamy, że w tego typu przypadkach przeprowadzenie szczegółowej diagnozy problemu pozwala na właściwe określenie celów terapeutycznych, zapobiegając podejmowaniu zbędnych działań w kierunku zmiany płci. Psychoterapia pacjenta powinna zmierzać do uświadomienia mu różnic pomiędzy identyfikacją płciową, orientacją seksualną a rolą płciową, oraz prowadzić do akceptacji własnej orientacji homoseksualnej. Dodatkowo wskazana byłaby terapia rodziny lub przynajmniej poradnictwo dla rodziców, aby pomóc zrozumieć i zaakceptować preferencje adolescenta oraz udzielić mu wsparcia w procesie akceptacji siebie.

#### Транссексуализм или интернационализирующая гомофобия. Описание наблюдения

##### Содержание

Заданием работы было представление взглядов на тему развития человеческой сексуальности и нарушений, появляющихся в этой сфере с особым учетом транссексуализма, гомосексуализма. Кроме того, оценка общественной стигматизации лиц с гомосексуальной



ориентировкой вместе с исходящими из нее консеквенциями. Симптомы, которые беспокоят подростков, с точки зрения нарушения половой принадлежности, могут маскировать совершенно иную проблему, например отсутствие самоакцептации гомосексуальной ориентировки. Эти юноши чаще всего, происходят из консервативной, нетолеранционной среды. Представленное наблюдение составляет казуистику обсуждаемых проблем.

### **Transsexualismus oder internalisierte Homophobie - Fallbeschreibung**

#### **Zusammenfassung**

Das Ziel der Arbeit ist die Vorstellung der Ansichten zum Thema der Entwicklung der menschlichen Sexualität, in diesem Bereich auftretender Störungen, mit besonderer Berücksichtigung von Transsexualismus, Homosexualismus und sozialen Stigmatisierung der homosexuell orientierten Personen zusammen mit daraus resultierenden Konsequenzen. Die Befürchtungen, die durch Adoleszenten gemeldet und als Störungen der Geschlechtsidentität identifiziert wurden, können ein ganz anderes Problem verbergen, zum Beispiel Mangel an Selbstakzeptierung der homosexuellen Orientierung bei einer Person aus einem konservativen, nicht toleranten Milieu. Der geschilderte Fall bildet eine kasuistische Illustration der besprochenen Problemen.

### **Le transsexualisme ou l'homophobie internalisée – étude d'un cas**

#### **Résumé**

Cet travail vise à présenter les conceptions concernant le développement de la sexualité humaine, ses troubles y compris surtout le transsexualisme, l'homosexualité et la stigmatisation sociale des personnes homosexuelles avec toutes leurs conséquences. Les symptômes présentés et identifiés par les adolescents comme troubles d'identité sexuelle peuvent masquer d'autres problèmes, par ex. le manque de l'autoacceptation de l'orientation homosexuelle chez les personnes du milieu conservateur. Cet article illustre ce problème.

#### **Piśmiennictwo**

1. Seligman M, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka; 2003, s. 572–615.
2. Carroll RA. *Rozpoznanie i leczenie zespołu dezaprobaty płci*. W: Leiblum SR, Rosen RC, red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005, s. 385–457.
3. Łucka I, Trybus-Piotrowska M, Rzeszotarska-Wichorowska R. *Zespoły psychopatologiczne a problem orientacji seksualnej u młodzieży*. *Psychiatr. Pol.* 2006; 6: 1129–1136.
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. 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. Psychiatr.* 2003; 183: 552–558.
6. 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.
7. The World Professional Association for Transgender Health, Inc. (Formerly Known AS HBIG-DA), <http://www.wpath.org/>
8. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B.; 1948.
9. Klein F. *The bisexual option: A concept of one hundred percent intimacy*. New York: Arbor House Pub Co; 1979.
10. Kojder A. *Co to jest teoria naznaczania społecznego?* *Stud. Socjol.* 1980; 3.
11. Długołęcka A. *Pokochałaś kobietę...* Warszawa: Elma Books; 2005.

12. Weinberg G. *Ludzie zorientowani homoseksualnie w społeczeństwie*. Poznań: Softpress; 1991.
13. Cross SE, Markus HR. *Płeć w myśleniu, przekonaniach i działaniu: podejście poznawcze*. W: Wojciszke B, red. *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004, s. 48–80.
14. Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 1995.
15. Green R. *The „sissy boy syndrome” and the development of homosexuality*. New Haven: Yale University Press; 1987.

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

Otrzymano: 22.02.2007  
Zrecenzowano: 13.04.2007  
Przyjęto do druku: 25.05.2007