

Andrzej Margasiński

Trendy cywilizacyjne wobec homoseksualizmu w kontekście koncepcji człowieka

Podstawy Edukacji 7, 397-414

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Andrzej Margasiński

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Trendy cywilizacyjne wobec homoseksualizmu w kontekście koncepcji człowieka

Problem homoseksualizmu w istotny sposób odciska się na dyskursie społecznym w cywilizacji zachodniej w ciągu ostatniego półwiecza. Dyskusje o statusie homoseksualizmu i społecznym miejscu związków homoseksualnych rozpalają praktycznie wszystkich: głos zabierają politycy, duchowni, publicyści, dziennikarze, celebryci, wreszcie naukowcy, chociaż przekaz tych ostatnich zdaje się przebijać najslabiej. W środowiskach psychiatrów i psychologów nie ma praktycznie sporu o chorobowy status homoseksualizmu, tzn. w zasadzie nikt takiego postulatu nie zgłasza; wydaje się, iż zwyciężyło przekonanie, że skoro istnieją geje i lesbijki, którzy deklarują zadowolenie z życia, należy to uznać – wszak nie mamy do czynienia z psychotykami, tj. osobami chorymi na psychozy, takie jak schizofrenia czy paranoja. We współczesnym spojrzeniu na problematykę zdrowia psychicznego odchodzi się od modelu patogenetycznego na rzecz salutogenetycznego – zdrowie w znacznym stopniu jest definiowane w kategoriach dobrostanu (*well-being*), który jest rozumiany jako subiektywnie postrzegane przez osobę poczucie szczęścia i pomyślności, zadowolenie ze stanu życia. Zatem nie ma kwestii chorobowego statusu homoseksualizmu, a jeśli ktoś podnosi takie zarzuty, to nie przez przywoływanie współczesnej wiedzy psychopatologicznej, lecz zwykle przez odwoływanie się do sfery moralności czy religii. W obrębie psychopatologii kontrowersje koncentrują się wokół trzech spraw:

- 1) etiologii homoseksualizmu,
- 2) możliwości zmiany orientacji homoseksualnej na heteroseksualną (w szczególności chodzi o status terapii reorientacyjnej i terapii afirmatywnej),
- 3) możliwości adopcji dzieci przez pary homoseksualne.

Podstawowy spór dotyczy etiologii homoseksualizmu. Jest to pytanie fundamentalne, albowiem przyjęta na nie odpowiedź dość jednoznacznie warunkuje pozostałe. Środowiska gejowskie i homofilne lansują dość jednolity przekaz, o którym można powiedzieć, iż ma cechy swoistego credo:

- 1) homoseksualizm jest wrodzony oraz stanowi obok heteroseksualizmu i biseksualizmu jedną z trzech głównych orientacji seksualnych;
- 2) homoseksualiści stanowią 5–10% wszystkich populacji;
- 3) ponieważ homoseksualizm jest wrodzony, nie jest możliwe trwałe przejście z homoseksualizmu na heteroseksualizm; dlatego też terapia w tym kierunku powinna być zabroniona;
- 4) homoseksualiści wszędzie są represjonowani, stanowią ofiary heteroseksualnych większości;
- 5) dzieci wychowywane przez homoseksualne pary niczym nie różnią się od dzieci wzrastających w rodzinach heteroseksualnych¹.

Gdyby założenia te były głoszone tylko przez podkulturę gejowską, nie miałyby szansy na zbytnią nośność, ale nietrudno zauważyć, że zostały zaadoptowane przez potężne polityczne środowiska lewicowo-liberalne. Środowiska te, dominujące w zachodnich mediach, wykreowały je jako tezy stanowiące część kanonu politycznej poprawności (M. Kacprzak, 2012; G. Kuby, 2013). Ideologii, której w zamierzeniu przyświecały niewątpliwie słuszne ideały, aby język nie służył represjonowaniu mniejszości, ale która – jak piszą R. Scruton, G. Weigel, J. Bartyzel czy A. Kołakowska – została zdominowana przez lewicę i jest wykorzystywana do narzucania świata lewicowo-liberalnej narracji (A. Margasiński, 2012). Tymczasem w środowisku naukowym nie ma jednoznacznych rozstrzygnięć; wręcz przeciwnie, w odniesieniu

¹ Autor, nie polemizując, przytacza tutaj opis poczucia własnej tożsamości dokonywany przez środowiska homoseksualne. Opis ten w gruncie rzeczy jest bardzo jednolity, a jego dobre kompendium stanowi broszura I. Kostrzewy *Fakty przeciwko mitom o lesbijkach i gejach* [2007], wydana przez Porozumienie Lesbijek i Poradnię Antyhomofobiczną, dostępna w Internecie.

do przytoczonych twierdzeń nie ma jedności poglądów psychiatrów i psychologów. Jeśli chodzi o kwestie etiologii homoseksualizmu, a zwłaszcza możliwości terapii i zmiany tożsamości homoseksualnej na heteroseksualną, to w Stanach Zjednoczonych można mówić po prostu o największym współczesnym nierozwiązanym konflikcie. Konflikt ten merytorycznie i wręcz strukturalnie dzieli amerykańskich psychologów i psychiatrów, a prohomoseksualna narracja narzucana przez wpływowo Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne wywołuje szeroką krytykę i erozję jego autorytetu. W kwestii etiologii homoseksualizmu jako główne kierunki proponowanych rozwiązań można wskazać model uwarunkowań biologicznych (genetyczno-hormonalnych) i model psychologiczno-środowiskowy².

Model uwarunkowań biologicznych

W modelu uwarunkowań biologicznych zakłada się, iż homoseksualizm jest zdeterminowany biologicznie. Dwa główne kierunki poszukiwań dotyczą **uwarunkowań genetycznych i oddziaływań hormonalnych**. Na początku lat 90. pojawił się artykuł D. Hamera i in. (1993), który w mediach był prezentowany jako dowód na odkrycie tzw. genu homoseksualizmu. Jednak późniejsze badania nie potwierdziły doniesień Hamera, który zresztą sam wycofał się z wcześniejszych sugestii, jakoby odkrył „gen geja”. Ten kierunek poszukiwań spełził na niczym i wciąż nie ma naukowego dowodu na to, że bycie gejem lub lesbijką jest uwarunkowane genetycznie.

W zakresie oddziaływań hormonalnych do najbardziej znanych należała teoria S. LeVaya (1991). Stwierdził on różnice w wielkości pewnej części podwzgórza, która miała wynikać z większej ilości hormonu zwanego INAH3 u homoseksualistów niż u heteroseksualistów. Badania LeVaya okazały się pełne błędów metodologicznych, nie zostały także potwierdzone w innych ośrodkach, a on sam, podobnie jak Hamer,

² Oddzielną uwagę należałoby poświęcić językowi i terminom stosowanym w odniesieniu do homoseksualizmu, kontrowersjom wobec pojęć takich, jak: homoseksualista, gej, preferencje, orientacje. Z braku miejsca i z powodu wielu różnych źródeł terminy te są stosowane tutaj zamiennie; problematyka języka będzie przedmiotem oddzielnego opracowania.

wycofał się z twierdzeń, jakoby znalazł w mózgu centrum odpowiedzialne za homoseksualizm (D. Nimmons, 1994).

Kierunek, który wydaje się najbardziej przekonujący, sugeruje zmiany hormonalne w okresie płodowym. Wyształcenie się płci biologicznej związane jest z oddziaływaniem hormonów, takich jak testosteron, androgeny i estrogeny. Zakłada się, że homoseksualność jest skutkiem nadmiernego lub niedostatecznego wydzielania się androgenów w tzw. krytycznej fazie rozwojowej. W przypadku kobiet oznaczałoby to pojawienie się podwyższonego poziomu androgenów, co prowadzi do częściowej maskulinizacji; w przypadku mężczyzn niedobór androgenów prowadziłby do częściowej feminizacji systemu nerwowego (Q. Rahman, G.D. Wilson, 2003). Jednak teorie biologiczno-hormonalne mają jedną zasadniczą słabość: z naturalnych przyczyn etycznych nie są możliwe eksperymenty na ludziach, a tylko takie schematy badawcze mogłyby dostarczyć twardych dowodów o wpływie określonych hormonów na preferencje seksualne. Większość prac z tego obszaru badawczego sprowadza się do wnioskowania pośredniego przez obserwacje ilościowych różnic w nasileniu określonych cech u osób homoseksualnych i heteroseksualnych, i takie – pośrednie w kontekście przyczynowo-skutkowym – obserwacje służą do tworzenia sugestii o hormonalnych uwarunkowaniach homoseksualizmu. Na przykład L.S. Allen i R.A. Gorski (1992) wykazali, iż spoidło przednie jest u homoseksualnych mężczyzn o 18% większe niż u heteroseksualnych kobiet i o 34% większe niż u heteroseksualnych mężczyzn, jednak konstatacje takie nie są w stanie jednoznacznie rozstrzygnąć kwestii przyczyny i skutku. Czy powiększenie określonej struktury mózgu jest przyczyną homoseksualizmu, czy też jego skutkiem? Czy większe nasilenie określonego hormonu u osób homoseksualnych w stosunku do heteroseksualnych jest przyczyną zachowań homoseksualnych, czy też raczej odwrotnie? Na te pytania badania oparte np. na autopsji nie są w stanie dostarczyć jednoznacznej odpowiedzi, podobnie jak eksperymenty prowadzone na szczurach czy małpach. Mogą one służyć stawianiu pewnych hipotez, ale też na takich konkluzjach trzeba poprzestać. Niestety, wydaje się, że znaczna część komentatorów homoseksualizmu nie odróżnia hipotez od wniosków wyciąganych na podstawie dużych, poprawnych metodologicznie i kilkakrotnie potwierdzonych badań lub też nie chce ich wyciągać z przyczyn niemających z nauką nic wspólnego.

Należy też pamiętać, że nie ma jednego modelu i prostego przełożenia, które wyjaśniałoby związek między określonymi procesami umysłowymi a strukturami mózgowymi, a za funkcjonowanie określonych funkcji poznawczych i afektywnych odpowiada wiele struktur mózgowych. Zależności nie mają charakteru wąskolokalizacyjnego i określa się je mianem korelacyjnych (D. Kądzielawa, 2000). Badania nad uszkodzeniami centralnego układu nerwowego wykazały, iż mózg cechuje się niezwykłą plastycznością, która polega na tym, iż funkcje powiązane z uszkodzonymi strukturami mogą w znacznym stopniu być przejęte przez inne jego części (K. Walsh, D. Darby, 2008).

Od czasu pojawienia się tekstów Hamera i LaVeya żadne inne badania nie wywołały tak silnego rezonansu. Na ogół mamy do czynienia z doniesieniami o pojedynczych cechach różniących homoseksualistów od heteroseksualistów. Na przykład M.L. Lalumiere i in. (2000) wykazali, że homoseksualiści cechują się częściej leworęcznością; o różnicach między homoseksualistami a heteroseksualistami w zakresie stosunku długości palców wskazujących do serdecznego donosił J.T. Manning i in. (1998), o różnicach w zakresie wielkości penisa pisali A.F. Bogaert i S. Hersberger (1999); różnice w zakresie aktywności dobowej homo- i heteroseksualistów opisali J.A. Hall i D. Kimura (1993) oraz Q. Rahman i K. Silber (2000)³; o zróżnicowanej aktywności mózgu podczas ekspozycji materiałów filmowych donosił A. Safron i in. (2007). Większość z tych badań zostało przeprowadzanych na niewielkich próbkach klinicznych, które służą stawianiu pewnych dalszych hipotez, ale doniesienia tego typu – z przyczyn zarówno jakościowych, jak i ilościowych – nie mogą mieć mocy rozstrzygającej w kwestii etiologii homoseksualizmu. Sami autorzy zresztą wnioski formułują z reguły ostrożnie, na ogół w trybie przypuszczającym, używając sformułowań typu: „wydaje się, że...”, „można przypuszczać, iż...”, „to sugeruje, iż...”, „można zaryzykować nową hipotezę, że...”. Jak zauważyli P.S. Bearman i H. Brückner (2002), podręczniki poświęcone homoseksualizmowi puchną od tego typu uzasadnień o jego biologicznych uwarunkowaniach, jednak większość doniesień w tym kierunku nie została sfalsyfikowana, a wiele badań wykazuje sporo błędów metodologicznych. Warto zauważyć, że w omówieniach tekstów dotyczących ewentualnych biologicznych uwarunkowań

³ Warto zauważyć, że w tych dwóch pracach autorzy uzyskali sprzeczne wyniki.

homoseksualizmu nierzadko tryb przypuszczający stosowany przez samych autorów dziwnym trafem zamienia się tryb orzekający. Takie metamorfozy widoczne są nie tylko w publicystyce, ale również w opracowaniach o charakterze podręcznikowym (zob. np. Z. Lew-Starowicz, M. Lew-Starowicz, 1999). Trudne do interpretacji są także liczne różnice między kobietami a mężczyznami wielu analizowanych parametrów (D. Kimura, 2006).

Model uwarunkowań psychologiczno-środowiskowych

W tym modelu akcent pada na uwarunkowania środowiskowe homoseksualizmu i potencjał osobowy jednostki ludzkiej. Zakłada się, że homoseksualizm jest przede wszystkim skutkiem nieprawidłowych relacji rodzinnych. Podwaliny takiego ujęcia stanowią na ogół teoria psychodynamiczna i systemowe teorie rodziny. W opublikowanym w 1999 r. w Stanach Zjednoczonych przez Catholic Medical Association (Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy) stanowisku *Homoseksualizm i nadzieja* (2004) przedstawiono szeroką metaanalizę kilkudziesięciu badań naukowych i analiz terapeutycznych. Wskazano w niej na takie czynniki prowadzące do homoseksualizmu, jak:

- 1) alienacja w stosunku do ojca we wczesnym dzieciństwie, ponieważ ojciec był odbierany jako ktoś wrogi lub daleki, gwałtowny lub alkoholik;
- 2) matka nadopiekuńcza wobec chłopców; matka potrzebująca i oczekująca zbyt wiele od chłopców;
- 3) matka emocjonalnie niedostępna dla dziewcząt;
- 4) rodzice, którzy nie zdołali ukierunkować identyfikacji z własną płcią;
- 5) brak zabaw z bójkami u chłopców;
- 6) brak identyfikacji z rówieśnikami tej samej płci;
- 7) niechęć do sportów zespołowych u chłopców; brak koordynacji ręki i oka, a w konsekwencji dokuczanie przez kolegów (u chłopców);
- 8) wykorzystanie seksualne lub gwałt;
- 9) fobia społeczna lub ekstremalna nieśmiałość;
- 10) utrata rodzica z powodu śmierci lub rozwodu;
- 11) oddzielenie od rodzica w krytycznym okresie rozwojowym.

W niektórych przypadkach pociąg płciowy do osób tej samej płci lub homoseksualna aktywność towarzyszy pacjentom z innymi zidentyfikowanymi schorzeniami psychologicznymi, takimi jak: silna depresja, myśli samobójcze, ogólny niepokój, nadużywanie środków chemicznych, zakłócenia zachowań u młodzieży, zaburzenia osobowościowe typu borderline, schizofrenia, patologiczny narcyzm. W niektórych wypadkach zachowanie homoseksualne pojawia się później w życiu jako reakcja na traumatyczne przeżycie, np. aborcję czy głęboką samotność.

Koncepcje człowieka

W obydwu modelach istotna jest różnica dotycząca antropologii człowieka, przy czym problematyka ta na ogół nie jest podejmowana *expressis verbis* przez autorów, zwłaszcza preferujących model biologiczny. Niemniej w obydwu wypadkach koncepcja człowieka jest zasadniczo różna. W przypadku modelu biologicznego można mówić o ujęciu mechanistyczno-redukcyjnym, a w modelu psychologiczno-środowiskowym o koncepcji osobowej, która zakłada, że człowiek to coś więcej niż prosty mechanizm zależny od działających nań determinizmów.

W pierwszym przypadku określiłem koncepcję człowieka mianem mechanistyczno-redukcyjnej, ponieważ zwolennicy modelu biologicznego wydają się wyznawać przekonanie w działanie mechanizmów typu: oto mamy jakiś gen, część mózgu, hormon, nadczynność jakiegoś organu, niedoczynność innego itd., który w absolutnie rozstrzygającym stopniu wpływa na indywidualne zachowanie. Nawet jeśli określony gen lub hormon nie został jeszcze znaleziony, to jest tylko kwestią czasu, kiedy to nastąpi. W ujęciu tym człowiek jawi się jako bezwolny automat zależny od swoich genów, hormonów czy popędów. Nietrudno zauważyć, że myślenie takie nawiązuje do najbardziej stereotypowych schematów pierwszej wersji teorii behawioralnej, opartej na schemacie badawczym bodziec – reakcja. Mechanistyczna antropologia, której hołdują zwolennicy modelu biologicznego, wyrażnie koresponduje z postmodernistyczną wizją nauki, która uznaje za niemożliwy całościowy i wyczerpujący opis rzeczywistości. Koncepcja postmodernistyczna postuluje programowy sceptycyzm i zadowolenie

się opisami fragmentarycznymi, cząstkowymi, przy jednoczesnym otwarciu na pluralizm, wielokulturowość i wielowersyjność. W tym duchu mieści się także opis płci rozumianej jako kategoria kulturowa, co postuluje ideologia gender (G. Kuby, 2013).

W ujęciu przeciwstawnym jednostka jest traktowana jako osoba, która ma wymiar fizyczny, psychiczny i duchowy (V.E. Frankl, 1971), o potencjale transcendencji, także w zakresie przekraczania swoich biologicznych uwarunkowań czy ułomności. Amerykański lekarz i jednocześnie alkoholik John Wallace (1989) wyrażał przekonanie, że chociaż neurofizjologiczne mechanizmy uzależnienia są przepiękne, to są setki tysięcy alkoholików, którzy potrafili je przemóc i podjąć życie w trzeźwości. Niezliczoną ilość podobnych danych można przytaczać w kwestii innych uzależnień substancjalnych (od narkotyków, leków czy nikoty-ny). Genetycy podkreślają, że nawet w chorobach ściśle genetycznych (np. hemofilia) struktura genetyczna nie determinuje całkowicie obrazu choroby. Genetyka uznała modyfikujący wpływ środowiska na sposób przejawiania się genu. Nawet przytaczany wcześniej Hamer po tym, jak jego badania nie potwierdziły się w innych ośrodkach, zmuszony był wycofać się z pierwotnych sugestii o genetycznym uwarunkowaniu homoseksualizmu. W pracy *Geny a charakter* Hamer, choć w dalszym ciągu w wielu miejscach niekonsekwentny, przyznaje, że rola genów jest przeceniana:

Owszem, rodzimy się z określonym wyposażeniem genetycznym, lecz nie wynika stąd, że nie mamy kontroli nad własnym życiem. Nie tylko uczeni, także troskliwi rodzice nie wierzą, byśmy przychodzili na świat jako czysta karta, którą zapisuje wychowanie. Tajemnica tkwi we współdziałaniu wrodzonego hardware'u i software'u, w jaki zaopatrzymy dziecko. Nie dziedziczność **lub** środowisko, lecz dziedziczność i środowisko (D. Hamer, P. Copeland, 1999, s. 33–34).

Bez większego ryzyka można przedstawić opinię, że taki pogląd o multiplikatywnym (iloczynowym) oddziaływaniu na siebie dziedziczności i środowiska w kontekście rozwoju jednostki podziela zdecydowana większość genetyków i psychologów rozwojowych.

Przyjmowane koncepcje antropologiczne zdają się odgrywać decydującą rolę w kwestii dylematu, czy homoseksualizm jest kwestią wyboru. Psychologia nastawiono przyrodoznawczo odmawia człowiekowi

wolności: z jej punktu widzenia jest on istotą zdeterminowaną i podległą zniewalającym uwarunkowaniom. Zdaniem V.E. Frankla (1971), twórcy analizy egzystencjalnej i logoterapii, ujęcie takie jest skutkiem błędnego zestawienia na jednej płaszczyźnie wolności i konieczności. W rzeczywistości wolność przewyższa konieczność i stanowi jej nadbudowę. Z twierdzenia, że człowiek ma popędy i taki czy inny charakter⁴, nie wynika, iż nie posiada wolności, albowiem to człowiek rządzi swoimi skłonnościami i popędami, a nie odwrotnie. W każdej chwili może im zaprzeczyć. Ma możliwość powiedzenia im „nie”, a jednocześnie jest to zawsze „tak” w stosunku do określonych wartości. Można więc mówić o wolności od popędów do wartości. Człowiek może również zaprzeczyć swojej wolności i wyrzec się jej, może oddać się w posiadanie swoim popędom. Pozornie nie będzie wtedy wolny. Nie jest to jednak negacja jego wolności fakultatywnej, z której – choćby chciał – nie jest w stanie zrezygnować. Jest na nią niejako skazany. Gdy człowiek pozwala ponosić się swoim popędom, nie neguje (nie może!) swojej wolności, ciężar wolności przenosi się jednak na płaszczyznę odpowiedzialności. Duchowe odwraca się od psychofizycznego i to są wymiary wolności człowieka. Być może skłonności homoseksualne podlegają wpływom jakiś czynników biologicznych, jednak byłoby niezwykle uproszczeniem poprzestawanie na takim obrazie człowieka. Uzależnieni od środków chemicznych podlegają potężnym mechanizmom metabolicznym, a jednak potrafią powstrzymać się od picia, ćpania czy nałogowego palenia. Człowiek potrafi bowiem przekraczać swoje determinizmy, wręcz w tym manifestuje się nasze człowieczeństwo. Czym różnilibyśmy się od zwierząt, gdybyśmy pozostali na etapie ulegania biologicznym determinizmom? Jeśli osoba podlegająca homoseksualnym skłonnościom podejmuje zachowania homoseksualne, to robi to nie dlatego, że nie może im nie ulec, ale dlatego, że je akceptuje. Ale ma wybór, temu wyborowi nie może zaprzeczyć ani się odeń odwrócić. Być może dlatego wielu eks-gejów już po przyjęciu homoseksualnej tożsamości mówiło o trawiącej ich przez cała lata egzystencjalnej pustce i życiu w aksjologicznym chaosie (zob. np. R. Cohen, 2002; A. Medinger, 2005;

⁴ Przez charakter V.E. Frankl rozumie psychiczny genotyp tworzony na podstawie psychicznych skłonności dziedzicznych, w odróżnieniu od tworzonych przez osobę duchową (z tego tworzywa) życiowego fenotypu.

G. van der Aardweg, 2007). Jak pokazuje wiele indywidualnych świadectw i badań grupowych, homoseksualna tożsamość i zachowania mogą się zmieniać, tak jak można zaprzestać toksycznego picia, narkotyzowania się czy uzależnień niesubstancjalnych. Pokazują to losy takich osób, jak Frank Worthen, Andy Comiskey, Colin Cook, Bob Davies, Starla Allen, czy dziesiątki innych świadectw (zob. np. portale www.homoseksualizm.edu lub www.pfox.org).

W obszarze szeroko rozumianego ruchu reorientacyjnego bardzo duży obszar wypełniają różne ośrodki i wspólnoty religijne. Być może dlatego właśnie, że oferują powrót do „życia wobec wartości” (V.E. Frankl, M. Scheler, J. Tischner), życia, w którym jednostka może doświadczać swojej zdolności do transcendencji i wolności. Znow warto wskazać analogię do ruchu Anonimowych Alkoholików, gdzie w 12 krokach AA odwoływanie się do „siły wyższej” niejednemu uzależnionemu uratowało życie i pozwoliło na całkowitą przemianę. Dlatego niebezpieczne, i na swój sposób nieludzkie, wydają się postulaty homofilnych autorów postulujące wprowadzenie zakazu terapii reorientacyjnej. W świetle przytoczonych zdań Frankla to jakby skazywać jednostkę na odcięcie od swojej sfery duchowej i wegetację w obszarze psychofizycznym. To jakby uzależnionemu od alkoholu powiedzieć: urodziłeś się alkoholiczkiem, musisz pić dalej i takim musisz umrzeć. W ten sposób jednostkę pozbawia się fundamentalnej podmiotowości, prawa do zmiany, prawa do autonomii i fundamentalnego decydowania o sobie. A jak takie postulaty mają się do Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka? Ciekawe, że postulat zakazu zmiany orientacji głoszony przez homofilnych autorów nie dotyczy transseksualistów – w tym przypadku środowiska te w pełni popierają ich postulaty zmiany płci.

Prawo do zmiany – prawo do wolności

W psychologii, a w szczególności w psychoterapii, dawne gorące spory o wyższości jednej teorii nad drugą (np. behawioryzmu nad psychoanalizą) mocno straciły na znaczeniu. Przyczyniły się do tego m.in. badania nad skutecznością psychoterapii, które wykazują, że bez względu na stosowane metody wyniki są bardzo podobne. Jednym z podstawowych założeń teorii systemowej (mającej szczególne zasto-

sowanie w obszarze psychoterapii rodzin i małżeństw) związany jest zasada tzw. ekwifinalizmu (A. Margasiński, 2010). Opiera się ona na przesłance, że rzeczywistość rodzin i małżeństw potrafi być niezwykle skomplikowana oraz wymyka się jednemu modelowi opisowemu, więc równie skomplikowana i wielotorowa może być ścieżka powrotu do dobrego funkcjonowania po kryzysie. Innymi słowy, zasada ekwifinalizmu zakłada równorzędność możliwych rozwiązań terapeutycznych na drodze do osiągnięcia pozytywnych zmian, w myśl porzekadła „wiele dróg prowadzi do Rzymu”. Wydaje się, że zasada ekwifinalizmu jest obecnie aprobowana przez zdecydowaną większość środowiska psychoterapeutycznego w odniesieniu do leczenia zaburzeń takich, jak: depresje, nerwicowe zespoły lękowe, uzależnienia, wszelkiego rodzaju konflikty i deficyty rodzinne. W odniesieniu do homoseksualizmu należy ją rozumieć w ten sposób, iż jeżeli pacjent deklaruje zainteresowanie zmianą swych homoseksualnych zachowań, to mniej istotna jest metoda, która do tego doprowadzi, gdyż ścieżek może być wiele, a ważny jest efekt. Można te sytuacje porównać do dylematów alkoholików: celem nadrzędnym jest zachowanie trzeźwości, a w gruncie rzeczy drugorzędne znaczenie ma to, czy doszło do tego na skutek udziału w profesjonalnej terapii, we wspólnocie AA czy zaangażowania w grupę modlitewną. Dziś już nikt nie mówi o wykluczaniu się tych ścieżek, a raczej o ich współpracy i wzajemnym uzupełnianiu⁵. Innymi słowy, jeśli osoby o skłonnościach homoseksualnych są zainteresowane zmianą orientacji, to sprawą drugorzędną powinno być, czy dojdzie do tego wskutek udziału w jednej z uznanych terapii (takich jak szkoła psychodynamiczna czy poznawczo-behawioralna), terapii reorientacyjnej Josepha Nicolosi czy udziału we wspólnocie modlitewnej. Natomiast zgodnie z postulatami homofilnych terapeutów i lansowanego przez nich wyłącznie podejścia afirmatywnego zasadę ekwifinalizmu należy wyrzucić. Terapia afirmatywna zakłada zaniechanie wszelkich oddziaływań nastawionych na zmianę seksualnej orientacji klienta, a wszelkie jego intencje w tym kierunku należy uznać za fałszywy skutek społecznych opresji i niewłaściwe odczytywanie swojej prawdziwej

⁵ Oczywiście purystyczni zwolennicy psychoterapii oburzą się, że tylko psychoterapia daje szansę na właściwy wgląd i pełną edukację o mechanizmach uzależnienia, ale to inna dyskusja; operuję tutaj pewnymi skrótami.

(homoseksualnej) natury. W tym kontekście deklarowana przez klienta chęć zmiany orientacji nie ma prawa bytu. A udana zmiana homoseksualizmu na heteroseksualizm jest dla zwolenników modelu biologicznego śmiertelnie groźna, albowiem tym samym pokazuje, że nawet jeśli uwarunkowania biologiczne istnieją, to nie są na tyle silne, aby nie można było ich przełamać. Udana przemiana z homo na hetero siłą rzeczy uwiarygodnia zasadność terapii reorientacyjnej, a tym samym cała koncepcja rzekomo niemożliwej do zmiany „wrodzonej orientacji biologicznej” rozsypuje się jak domek z kart. Dlatego środowiska gejowskie i homofilne idą tu w zaparte, zaprzeczając zarówno świadectwom indywidualnym, jak i szerokim badaniom grupowym (por. J. Nicolosi, A. Byrd, R. Potts, 1998; J. Satinover, 1996; Baker, W. Throckmorton, 1996; Catholic Medical Association, 2004; G. van den Aardweg 2007).

Należy ubolewać, że podobne stanowisko prezentuje Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, które mimo szerokiej krytyki wielu amerykańskich autorytetów znajduje się w „rzece zakłamań”, jak mocno ujęła to D. Thurman (2008). Istnieją bowiem dziesiątki świadectw i ośrodków zajmujących się pomocom osobom homoseksualnym, aby wspomnieć tylko największe: założone w 1992 r. oraz skupiające profesjonalnych psychiatrów i psychologów National Association for Research and Therapy of Homosexuality (NARTH, Narodowe Stowarzyszenie Badania i Leczenia Homoseksualizmu, www.narth.com), Family Research Institute (FRI), International Healing Foundation (IHF) czy mające swe przedstawicielstwa we wszystkich stanach Stanów Zjednoczonych i Kanady ośrodki Exodus i Courage, pierwszy powiązany z Kościołami protestanckimi, drugi z Kościołem katolickim. Powstaje szereg oddolnych stowarzyszeń non-profit, np. Parents and Friends of Ex-Gays & Gays (PFOX). Wszystkie te fakty są twardo negowane przez środowiska gejowskie i homofilne, czasem przez odwoływanie się do argumentów wręcz groteskowych, np. Richardowi Cohenowi zarzuca się, że w gruncie rzeczy nie był gejem. Tylko czy to jeszcze ma cokolwiek wspólnego z nauką?

Powstaje pytanie: Czy przypadkiem nie jest to krok wstecz w rozwoju współczesnej psychoterapii, nadto krok ocierający się o totalitarne ograniczanie wolności zarówno pacjentów, jak i terapeutów uznających zasadę „podążania za klientem”? Na razie, w przeciwieństwie do amerykańskiej klasyfikacji DSM IV, w której w ogóle nie pojawia się termin

„homoseksualizm”, w obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychiczych ICD-10 widnieje „orientacja seksualna ego-dystoniczna”, stanowiąca legitymację dla terapii konwersyjnych. Jednak gdyby ta furtka została skreślona, należałoby zacząć się bać. Terapeuta, który na życzenie klienta odważyłby się podjąć pracę w kierunku reorientacji, narażałby się na sankcje prawne i utratę licencji. Alternatywą byłoby zejście do podziemia terapeutycznego.

Ewolucja i labilność stanowisk Roberta Spitzera pokazuje, jak bardzo potrzebna tu jest spokojna i merytoryczna dyskusja. Spitzer jest uważany za jednego z architektów zmian w 1973 r. w stanowisku Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które doprowadziły do normalizacji homoseksualizmu i jego usunięcia z klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych. W 2000 r. Spitzer po przeprowadzeniu własnych badań wyraził przekonanie, że zmiany w kierunku heteroseksualnym są możliwe. Będący przedmiotem nieustannych ataków środowisk gejowskich, chory na Parkinsona, 80-letni Spitzer w 2012 r. wycofał się z tego stanowiska. W sprawie autonomii pacjentów i ich prawa do podejmowania terapii reorientacyjnej mocny głos zabrał Robert Perloff (2001), były przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego. Stanowisko to popierają takie autorytety, jak: Raymond Fowler, również były przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, Brent Scharman, były przewodniczący Towarzystwa Psychologicznego Stanu Utah, Warren Throckmorton, były przewodniczący American Mental Health Counselors Association (AMHCA), Mark Yarhouse z Regent University czy, wreszcie, Martin E.P. Seligman, przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1998, znany w Polsce jako współautor (z D.L. Rosenhanem) popularnego podręcznika *Psychopatologia*. W 2006 r. z bardzo mocną krytyką Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego wystąpił Nicolas Cummings, również jego były przewodniczący, z 1976 (www.narth.com., grudzień 2013).

Reasume. Wojna pozycyjna czy w stronę dialogu

Wydaje się, że bez większego ryzyka błędu można stwierdzić, iż w najbliższych latach problematyka homoseksualizmu będzie intensywnym przedmiotem dyskusji. Obserwując współczesny świat,

zauważamy redefinicję miejsca i roli homoseksualistów w społeczeństwie: od potępienia i ujmowania homoseksualizmu jako zaburzenia psychicznego do szerokiego równouprawnienia, a nierzadko afirmacji. Nie ulega wątpliwości, że odejście od traktowania homoseksualizmu jako dewiacji musi skutkować stopniowym wyhamowywaniem mechanizmów uprzedzeniowych i dyskryminacyjnych. W chwili pisania tych słów (grudzień 2013) w Polsce trwają intensywne dyskusje o ideologii gender, legalizacji związków homoseksualnych, prawie par homoseksualnych do adopcji dzieci, relacji Kościół katolicki – homoseksualiści, o pragmatyce równościowej edukacji seksualnej. W krótkim tekście nie sposób odnieść się do wszystkich wzmiankowanych tu kwestii, dlatego skoncentrowano się na wybranych zagadnieniach związanych z antropologiczną refleksją nad naturą człowieka, przede wszystkim w odniesieniu do wymiaru: biologiczny determinizm a wolność wyboru. W opinii piszącego te słowa człowieka nie można sprowadzić do biochemii mózgu czy neurofizjologii innych organów, gdyż jest istotą zdolną przekraczać swoje biologiczne uwarunkowania. Transcendencja ta jest wyrazem wolności, z której możemy zrezygnować, ale – paradoksalnie – rezygnacja taka jest także manifestacją jednostkowej wolności. W imię wolności do manifestowania swej odmienności seksualnej środowiska homofilne domagają się od heteroseksualnej większości swobody i tolerancji. Ale same w tych postulatach wolnościowych nie są konsekwentne, odmawiając prawa do zmiany tym, którzy podjęli homoseksualne zachowania, lecz chcieliby je porzucić na rzecz heteroseksualnych. Takie zjawiska muszą niepokoić zarówno samych zainteresowanych, jak i terapeutów gotowych podejmować terapię reorientacyjną. Dlatego nie można się dziwić, że coraz częściej pojawiają się publicystyczne i społeczne głosy zaniepokojenia mówiące o niebezpieczeństwie „dyktatury mniejszości”, „homoseksualnej dyktaturze” i „homoterrorze”. Przykładem jest prowadzona obecnie akcja „Stop dyktaturze mniejszości”, zainicjowana przez Centrum Wspierania Inicjatyw dla Życia i Rodziny, skierowana przeciw zainicjowanym zmianom w prawie antydyskryminacyjnym, które zdaniem inicjatorów protestu podważą wolność słowa w Polsce.

Środowiska LGBT po latach uprzedzeń i dyskryminacji, których korzenie sięgają jeszcze PRL-u (słynna akcja „Hiacynt” prowadzona przez MO i SB, mająca na celu ewidencjonowanie wszystkich homoseksualistów i „odmieńców”), mają prawo do godnego i jawnego życia. Z drugiej

strony, żyjemy w kraju, w którym zdecydowana większość obywateli to katolicy bądź osoby wychowane na katolickiej wrażliwości. W ramach doktryny katolickiej nie ma akceptacji dla homoseksualnego stylu życia, homoseksualnych małżeństw czy prawa do adopcji dzieci przez pary homoseksualne (D. Oko, 2012). Widać wyraźnie, że homofilne postulaty i katolicki światopogląd znajdują się po dwóch różnych stronach barykady; istnieje między nimi zasadniczy konflikt zarówno o charakterze wartości, jak i interesów. Niestety, w chwili obecnej sytuacja bardziej przypomina pozycyjną wojnę niż rzeczowe negocjacje. A niewątpliwie potrzebny jest mądry społeczny kompromis, który zadowoli obydwie strony. Wypada wyrazić nadzieję, że uwagi zawarte w niniejszym tekście przyczynią się do takiego społecznego dialogu.

Bibliografia

- Aardweg, G.J.M. van der (2007). *Walka o normalność. Przewodnik do (auto)-terapii homoseksualizmu*. K. Górską-Łazarz (tłum.). Warszawa.
- Allen, L.S., Gorski, R.A. (1992). Sexual Orientation and the Size of the Anterior Commissure in the Human Brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 89.
- Bearman, P.S., Brückner, H. (2002). Opposite-Sex Twins and Adolescent Same-Sex Attraction. *American Journal of Sociology*, 107(5).
- Bogaert, A.F., Hersberger, S. (1999). The Relation between Sexual Orientation and Penile Size. *Archives of Sexual Behavior*, 28.
- Catholic Medical Association. (2004). *Homoseksualizm i nadzieja*. M. Giertych (tłum.). Kraków.
- Cohen, R. (2002). *Wyjść na prostą*. A. Jankowiak (tłum.). Kraków.
- Frankl, V.E. (1971). *Homo patiens*. R. Czarnecki, J. Morawski (tłum.). Warszawa.
- Hall, J.A., Kimura, D. (1993). Homosexuality and Circadian Rhythms. *Neuropsychopharmacology. Supplement Abstracts*, 9.
- Hamer, D., Hu, S., Magnuson, V., Hu, A., Pattatucci, A. (1993). A Linkage between DNA Markers on the X Chromosome and Male Sexual Orientation. *Science*, 261.
- Hamer, D., Copeland, P. (1999). *Geny a charakter*. J. Suchecki (tłum.). Warszawa.

- Kacprzak, M. (2012). *Pułapki poprawności politycznej*. Radzymin.
- Kimura, D. (2006). *Płeć i poznanie*. M. Kamińska (tłum.). Warszawa.
- Kądzielawa, D. (2000). Neuropsychologia kliniczna: charakterystyka dyscypliny. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk.
- Kostrzewa, I. [2007]. *Fakty przeciwko mitom o lesbijkach i gejach*. [b.m.].
- Kuby, G. (2013). *Globalna rewolucja seksualna*. D. Jankowska, J. Serafin (tłum.). Kraków.
- Lalumiere, M.L., Blanchard, R., Zucker, K.J. (2000). Sexual Orientation and Handedness in Men and Women: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 126.
- LeVay, S. (1991). A Difference in Hypothalamic Structure between Heterosexual and Homosexual Men. *Science*, 258.
- Lew-Starowicz, Z., Lew-Starowicz, M. (1999). *Homoseksualizm*. Warszawa.
- Manning, J.T., Scutt, D., Wilson, J., Lewis-Jones, D.I. (1998). The Ratio of 2 to 4 Digit Length: A Predictor of Sperm Numbers and Concentrations of Testosterone, Luteinizing Hormone and Oestrogen. *Human Reproduction*, 13.
- Margasiński, A. (2010). *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*. Kraków.
- Margasiński, A. (2012). Stereotyp homofobii – nowy element politycznej poprawności? *Kultura i Edukacja*, 2.
- Medinger, A. (2005). *Podróż ku pełni męskości*. A. Kowalczyk (tłum.). Poznań.
- Nicolosi, J., Byrd, A., Potts, R. (1998). *Towards the Ethical and Effective Treatment of Homosexuality*. Encino, CA.
- Nimmons, D. (1994). Sex and the Brain. *Discover*, 15(3).
- Oko, D. (2012). Z papieżem przeciwko homoherezji. *Fronda*, 63.
- Rahman, Q., Wilson, G.D. (2003). Born Gay? The Psychobiology of Human Sexual Orientation. *Personality and Individual Differences*, 34.
- Rahman, Q., Silber, K. (2000). Sexual Orientation and the Sleep Walking Cycle. *Archives of Sexual Behavior*, 29.
- Safron, A., Barch, B., Bailey, J.M., Gitelman, D.R., Parrish, T.B., Reber, P.J. (2007). Neural Correlates of Sexual Arousal in Homosexual and Heterosexual Men. *Behavioral Neuroscience*, 121.
- Satinover, J. (1996). *Homosexuality and the Politics of Truth*. Grand Rapids, MI.
- Throckmorton, W. (1996). Efforts to Modify Sexual Orientation: A Review of Outcome Literature and Ethical Issues. *Journal of Mental Health and Counseling*, 20(4).

- Thurman, D. (2008). The APA's Pro-Gay „River of Denial”, www.narth.org/docs/thurman.html (10.12.2012).
- Wallace, J. (1989). *Alkoholizm. Nowe spojrzenie na chorobę*. M. Felicka-Waks-mundzka (tłum.). Warszawa.
- Walsh, K., Darby, D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. B. Mroziak (tłum.). Gdańsk.

Słowa kluczowe: homoseksualizm, koncepcje człowieka, psychoterapia

Streszczenie

Tekst prezentuje rozważania o homoseksualizmie, którego status jest na nowo definiowany przez współczesne społeczeństwa. Przedstawiono podstawowe aspekty etiologiczne homoseksualizmu w postaci modelu uwarunkowań biologicznych i modelu psychologiczno-środowiskowego. Opis tych modeli powiązано z refleksją antropologiczną o człowieku, rzadko podejmowaną bezpośrednio w rozważaniach poświęconych homoseksualizmowi. Wskazano na dwie różne koncepcje antropologiczne łączące się z modelami etiologicznymi: ujęcie mechanistyczno-redukcyj-nistyczne wydaje się dominować w postrzeganiu homoseksualizmu przez pryzmat czynników biologicznych, a ujęcie osobowe (V.E. Frankl) wiąże się z modelem określonym jako psychologiczno-środowiskowy. Ostatnia część tekstu zawiera rozważania nad prawem jednostki do zmiany orientacji seksualnej i niebezpieczeństwa ograniczenia swobody prowadzenia psychoterapii, które wynikają z lansowania tzw. terapii afirmatywnej.

Key words: homosexuality, human concepts, psychotherapy

Summary

The text presents a discussion on homosexuality, the status of which is newly defined by modern societies. The basic etiological aspects of homosexuality in forms of a biological determinants model and a psychological-environmental model were presented. The description of these models was associated with anthropological reflection on a human

being, rarely undertaken directly in a reflection on homosexuality. Two different anthropological concepts connected with etiologic models were presented: mechanistic-reductionist approach seems to dominate the perception of homosexuality through the lens of biological agents, while the personal approach (V.E. Frankl) is associated with the model described as a psychological-environmental one. The last part of the text contains a discussion on the right of an individual to change a sexual orientation and dangers of freedom restrictions resulting from promotion of so called affirmative therapy.