

ЯК ПРАЦЮВАТИ З ЛГБТ

Путівник для психологів та психотерапевтів



Методичні рекомендації із психологічної роботи з представниками ЛГБТ

**Рекомендовано до друку на засіданні кафедри психології
та особистісного розвитку Навчально-наукового інституту менеджменту
та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України
протоколом №9 від 25 лютого 2021 р.**

Авторська група:

Марина Діденко — кандидатка психологічних наук, психолог-практик, ст. викладачка кафедри психології та особистісного розвитку ДЗВО «УМО» НАПН України, тренерка з питань толерантності та недискримінації.

Олександр Дмитренко — психолог, сертифікований спеціаліст із групового психоаналізу та групової психоаналітичної терапії, сексолог, фахівець із психотерапії сексуальних дисгармоній.

Анна Козлова — фахівчиня-психологиня у сфері розслідування злочинів проти дітей, судова експертка, проєктна керівниця ТОВ «Видавнича група «Шкільний світ».

Олеся Павловська — лікарка-психіатриня, психотерапевтична консультантка із когнітивно-поведінкової терапії, схема-терапії, емоційно-фокусованої терапії пар.

М. Діденко, О. Дмитренко, А. Козлова, О. Павловська

Як працювати з ЛГБТ: Путівник для психологів та психотерапевтів.

Методичні рекомендації із психологічної роботи з представниками ЛГБТ/ за заг. ред. М. Діденко. Київ: ГО «Точка опори ЮА», 2021 р. — Біла Церква: ТОВ «Білоцерківдрук». — 49 с.

Рецензенти:

Ю. Кашпур — завідувач кафедри теоретичної та консультативної психології, кандидат психологічних наук, доцент НПУ імені М.П. Драгоманова.

С. Хілько — кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології та особистісного розвитку ДЗВО «УМО» НАПН України.

Літературна редакторка: Олена Токова.

Дизайнер: Юлія Войтенко.

Методичні рекомендації, які ви тримаєте в руках, призначені для фахівців психологічної та соціальної сфери, які працюють із представниками ЛГБТ-спільноти та їхніми родичами. Рекомендації складаються з дев'яти змістових розділів, які вміщують сучасні наукові підходи та практичний досвід авторського колективу. У брошурі розглядаються основні напрямки, принципи та психотерапевтичні запити, з якими зустрічаються психологи та психотерапевти, працюючи з представниками ЛГБТ-спільноти.

Зміст

Вступ	2	➤
Основні терміни та поняття	3	➤
Стисла історико-медична довідка	8	➤
Теорії феномену сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності	13	➤
Індивідуально-психологічні особливості ЛГБТ	21	➤
Основні запити в роботі психолога з ЛГБТ-клієнтами	25	➤
Напрямки та тривалість психотерапевтичної роботи	27	➤
Роль психолога під час роботи з випадками насилля над ЛГБТ	32	➤
Принципи та правила роботи з ЛГБТ	38	➤
Переадресація ЛГБТ-клієнтів до дружніх сервісів	42	➤
Корисні ресурси	44	➤
Фільмотерапія для психологів та клієнтів	45	➤
Список використаних джерел	47	➤

Вступ

Ви тримаєте у руках працю, підготовлену колективом професійних психологів-практиків доволі рідкісної кваліфікації у сучасних українських реаліях—фахівців, що працюють із представниками та представницями ЛГБТ-спільноти. Усі члени авторської команди цих методичних рекомендацій, окрім досвіду психотерапевтичної роботи, мають вагомий напрацювання в різних сферах—психіатрії, сексології, судовій експертизі насилля, педагогіці та андрогогії. Це дозволило всебічно поглянути на феномен сексуальної орієнтації і ґендерної ідентичності.

Наприкінці травня—початку червня 2020 року правозахисна організація «Freedom House Ukraine» провела опитування щодо природи та поширення конверсійної терапії на основі методології «OutRight Action International» (міжнародної ЛГБТ-організації). Його результати засвідчили, що хоча українські психологи, психотерапевти та медики і послуговуються у своїй роботі МКХ10, та все одно ще зустрічаються фахівці, які пропонують клієнтам ті чи інші форми корекції сексуальної орієнтації. Також аналіз навчальних програм підготовки психологів та психотерапевтів показав, що жоден заклад вищої освіти України не забезпечує системну підготовку з цього питання. Це все підштовхнуло нас до створення методичних рекомендацій, які включають важливі поради для фахівців під час роботи з ЛГБТ, сучасні дослідження та підходи.

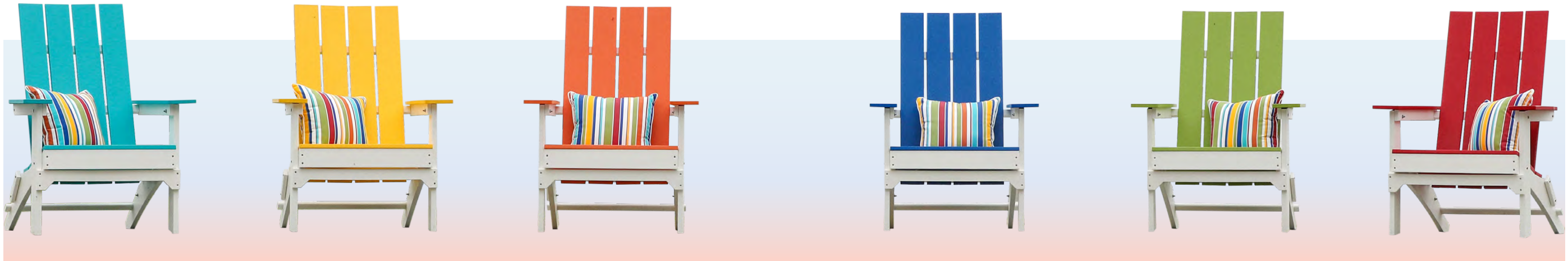
Маємо надію, що цей посібник допоможе вам професійніше, ефективніше та впевненіше співпрацювати з ЛГБТ-клієнтами.

Звичайно, формат рекомендацій не дозволяє детально розкрити всі аспекти та особливості роботи з ЛГБТ, тому у цій праці ви знайде посилання на інші ресурси (брошури, книги, фільми), з якими ми радимо ознайомитися.

Я хочу висловити подяку організаціям, які доклали максимум зусиль для того, аби ці рекомендації побачили світ. Це ГО «Точка опори ЮА», котра завжди тримає руку на пульсі і вже багато років невтомно працює на території України для закріплення цінностей толерантності і різноманіття, та «Freedom House Ukraine», що всіляко підтримує наші сміливі ідеї.

Також дуже вдячна моїм колегам-співавторам, які без вагань відгукнулися попрацювати над методичними рекомендаціями для фахівців на таку непросту, але дуже важливу тему.

Марина Діденко



Основні терміни та поняття

Для того, щоб було зрозуміліше, про які феномени йтиметься в наших методичних рекомендаціях, давайте для початку ознайомимося з необхідною термінологією. Пропонуємо до вашої уваги перелік термінів, які, на нашу думку, є ключовими для роботи з представниками ЛГБТ. У визначеннях відображенні сучасні погляди на той чи інший феномен, який поділяють й автори цих рекомендацій.

Аутинг — це розголошення відомостей про сексуальну орієнтацію чи ґендерну ідентичність людини без її дозволу. Може використовуватися для дискредитації особи у гомофобному і трансфобному суспільстві. Внаслідок аутингу людина може стати жертвою дискримінації чи злочину на ґрунті ненависті.

Гей/лесбійка/бісексуал — це сексуальна ідентичність особистості, те, як він/вона себе відчувають і визначають.

Гетеросексуальна орієнтація — романтичний, психоемоційний та/або сексуальний потяг до представників протилежної статі (гетеросексуал).

Гомосексуальна орієнтація — романтичний, психоемоційний та/або сексуальний потяг до представників своєї статі (гей та лесбійка).

Гомофобія — негативні емоції (страх, відраза, гнів та ін.) щодо людей гомосексуальної орієнтації та одностатевих контактів і стосунків.

Ґендер (походить від англійського слова *gender* — «стать» і латинського *genus* — «рід») — це соціальний конструкт, який позначає «соціальну стать людини», тобто сукупність ролей та рольових очікувань, які в певному суспільстві у певний час пов'язуються із певною статтю.

Ґендерна ідентифікація — внутрішньопсихічний процес визначення приналежності до того чи іншого ґендера.

Ґендерна нонконформність — невідповідність зовнішнього вигляду чи поведінки людини прийнятим в суспільстві уявленням про те, як мають виглядати і вести себе представники її біологічної статі.

Ґендерне вираження (експресія) — це вияв ґендерної ідентичності людини через одяг, зачіску, голос, манеру поведінки чи тілесні характеристики.

Ґендерна ідентичність — внутрішнє відчуття приналежності до певної статі чи ґендера, який може збігатися чи не збігатися з бінарними категоріями чоловік/жінка.

Дискримінація — менш прихильне ставлення до людини порівняно з іншими через певні ознаки цієї людини.

Камін-аут (камінг-аут) — добровільне розголошення інформації іншим людям про свою сексуальну орієнтацію чи ґендерну ідентичність.

ЛГБТ — це абревіатура, що позначає лесбійок, геїв, бісексуальних і трансґендерних людей. Також існують різні варіанти розширеної абревіатури, наприклад, ЛГБТКІ (лесбійки, геї, бісексуали, трансґендери, квіри, інтерсекс), котрі включають в себе більше ідентичностей.

ЛГБТ-підліток — це підліток який ідентифікує себе як частину спільноти ЛГБТ, визначає свою сексуальну орієнтацію як бісексуальну чи гомосексуальну або ґендерну ідентичність — як транслюдина чи квірособистість.

Перехід—це всі дії, які допомагають трансґендерній людині наблизитись до комфортного самовідчуття, перехід від одного ґендера до іншого. Це доволі складний процес, який може включати різні аспекти: зміну документів, соціалізацію в новому ґендері, гормональну терапію, хірургічні видозміни. Кожна особистість сама ухвалює рішення про об'єм змін.

Сексуальна ідентичність—самоідентифікація індивіда з людьми, що мають ту чи іншу сексуальну орієнтацію, самовідчуття як індивіда з конкретною сексуальною орієнтацією.

Сексуальна орієнтація—більш-менш постійний емоційний, романтичний, сексуальний чи еротичний (чуттєвий) потяг індивіда до інших представників певної статі/ґендера. За даними досліджень, у будь-якому суспільстві чисельність гомосексуальних громадян становить від 4% до 7%.

Гетеросексуальна орієнтація—романтичний, психоемоційний та/або сексуальний потяг до представників протилежної статі (гетеросексуал).

Гомосексуальна орієнтація—це романтичний, психоемоційний та/або сексуальний потяг до представників своєї статі (гей та лесбійка).

Бісексуальна орієнтація—це романтичний, психоемоційний та/або сексуальний потяг до представників як своєї, так і протилежної статі, не обов'язково одночасно та однаковою мірою (бісексуал).

Асексуальність—відсутність сексуального потягу до індивідів як своєї, так і протилежної статі. Нині частіше виділяється як окремий вид сексуальної орієнтації. Асексуальна ідентичність часто зустрічається у підлітків, може буде етапом психосексуального розвитку.

Сексуальна поведінка—спектр можливих сексуальних активностей, які використовує людина для задоволення свого сексуального потягу незалежно від того, яка її сексуальна орієнтація.

Сексуальність—це сукупність біологічних, фізіологічних, психологічних, соціальних та культурних особливостей, які роблять одну людину привабливою для іншої. Сексуальність виконує чотири основні функції: репродуктивну, комунікаційну, самоідентифікаційну та гедоністичну.

Статева диференціація—виключно біологічний процес, пов'язаний із статевим диморфізмом.

Статева ідентифікація—внутрішньопсихічний процес ототожнення себе із представником тієї чи іншої статі за біологічними ознаками.

Статевотипізована поведінка—це генералізоване, узагальнене уявлення про «типово» жіночу чи «типово» чоловічу рольову поведінку, яка узгоджується з прийнятим у конкретному суспільстві розподілом статевих ролей.

Стать—це біологічні особливості, що відрізняють жінок від чоловіків.

Стереотип—стійке спрощене уявлення про когось чи щось.

Стигма—соціально сконструйоване явище, яке призводить до знецінення людини та має негативний вплив на стигматизованих осіб. Численні дослідження у сфері стигматизації свідчать, що виокремлення якоїсь відмінності та приписування на її підставі певних негативних рис спричиняє розподіл серед людей на «ми» та «вони».

Толерантність—повага, прийняття та розуміння багатоманітності нашого світу, різних форм самовираження та способів прояву людської індивідуальності.

Трансґендер—це узагальнювальний термін, який описує осіб, чиє самовідчуття, самовираження та поведінка не відповідають тим, які вважаються нормативними для осіб відповідної статі (зазвичай чоловічої та жіночої) у різних культурах.

Трансґендерна людина / персону /чоловік / жінка—нейтральне словосполучення, що допомагає вказати на трансідентичність людини.

Трансжінки (англ. *MtF—male to female*)—люди, що ідентифікують себе як жінки, але мають при цьому хромосомний набір «XY».

Транслюди—термін, який позначає людей на різній стадії трансґендерного переходу, або тих, хто відмовилися від нього. За визначенням МКБ-11, це особи, що потрапляють до розділу 17 «Стани, пов'язані з сексуальним здоров'ям», блок L1-NA6, код NA 60: ґендерна неконґруентність повнолітніх та дорослих осіб (у МКБ-10 Розділ 5 «Розлади психіки та поведінки», глава «Розлади поведінки в зрілому віці», код F60-F69, рубрика F64.0—«Розлад статевої ідентифікації»).

Трансчоловіки (англ. *FtM—female to male*)—люди, що ідентифікують себе як чоловіки, в каріотипі яких фігурує хромосомний набір «XX».

Цисґендер, цисґендерна людина—термін, що описує людей, ґендерна ідентичність яких відповідає статі/ґендеру, приписаному їм від народження. Антонім до «трансґендера».

Зверніть увагу!

У нашому словнику ми подали коректну термінологію, адже в суспільстві дуже часто використовуються терміни, що сприяють патологізації теми сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності (СОГІ), а також стигматизації ЛГБТ-клієнтів і пацієнтів, що негативно відображається на консультативному та психотерапевтичному процесі.

- ✓ **Гомосексуальність** замість «гомосексуалізм».
Гомосексуал замість «гомосексуаліст».

- ✓ **Гей, лесбійка, бісексуальна особа** замість «нетрадиційна/ненормальна сексуальна орієнтація».

- ✓ **Сексуальна орієнтація** або **орієнтація** замість «сексуальні вподобання».

- ✓ **Трансґендерна людина** замість «транс», «транссексуал» тощо.

- ✓ **Стать** — коли йдеться про анатомо-фізіологічні властивості,
ґендер — коли мова йде про психологічне самовизначення, наприклад, статеву диференціацію, статеву та ґендерну ідентифікацію.

Стисла історико-медична довідка

Хоча нині гомосексуальність та бісексуальність і не вважається хворобою, а питання необхідності забезпечення рівності прав для гомосексуальних людей все частіше піднімається у суспільстві, проте так було не завжди.

Ще з давніх-давен гомосексуальність переслідувалась, а самі гомосексуали мусили приховувати свою орієнтацію, щоб уникнути різних проявів фізичного та психологічного насилля чи утисків. Звичайно ж, історія знає і винятки, та їх, на жаль, було не так багато.

З погляду медицини, зокрема і психіатрії, до 1952 року було відсутнє формулювання гомосексуальності як медичної чи психічної хвороби. Та, незважаючи на це, здебільшого гомосексуальність вважалася проблемою, «яку потрібно вирішувати». Психіатри та лікарі інших спеціальностей використовували різноманітні способи, аби змінити орієнтацію гомосексуалів «на нормальну», тобто гетеросексуальну.

У медичну площину гомосексуальність вперше потрапляє у XIX столітті, коли з розвитком медицини в окремий напрямок науки виділяється психіатрія. Починаючи з 1840-х років, лікарі зацікавилися феноменом сексуального потягу до осіб своєї статі, визначаючи його як різновид патології, сексуальної девіації.



Виникли такі терміни, як «протилежно спрямоване сексуальне почуття», «сексуальна психопатія» тощо.

Водночас паралельно відбувається розгляд гомосексуальності в аспекті нормальності, розвиваються ідеї «природності» гомосексуального потягу та пояснення одностатевого кохання як невід'ємної форми людської сексуальності.

Також у цей час розвиваються компромісні концепції «сексуальної інверсії», які вважали гомосексуальність певним відхиленням, але виставляли його в менш патологічному світлі, ніж це було прийнято. Прихильники цієї концепції робили акцент на неможливості і непотрібності лікування гомосексуальності.

На початку XX століття з появою психоаналізу Зигмунда Фрейда почали проводитися дослідження глибоких несвідомих процесів, мотивацій, потягів тощо, зокрема й стосовно гомосексуальності. Думка самого З. Фрейда щодо питання власне гомосексуальності варіювалася від впевненості щодо наявності ненормальних дитячих переживань та недозволених сексуальних конфліктів, що призводять до гомосексуальності — до позиції, що гомосексуальність не може кваліфікуватися як захворювання, а є варіацією сексуальної функції, спричиненою певною затримкою в розвитку. При цьому чітко простежується позиція, що гомосексуальність взагалі можна вважати проблемою лише тоді, якщо така людина нещаслива, нервова, потерпає від внутрішніх конфліктів, відчуває себе пригніченою у суспільстві тощо.

Отже, Зигмунд Фрейд підтверджує наявність певних патологічних процесів формування гомосексуальності, але сформовану гомосексуальність кваліфікує вже не як захворювання, а як варіант сексуальності, що не вимагає лікування як такого.

Паралельно з розвитком психоаналізу відбувався розвиток соціологічних та біомедичних досліджень. У біомедичних дослідженнях вивчення гомосексуальності проходило у сферах порівняльної та еволюційної біології, генетики та молекулярної біології, ендокринології і нейрофізіології. Під сумнів ставилися традиційні біомедичні передумови того, що гомосексуальність — це суто біологічний феномен і/або хвороба, яку можна вилікувати, а також спростовувалися постулати про нерозривний зв'язок сексуальності з репродукцією і ненормальності будь-якого сексуального поведіння, що не сприяє розмноженню.

У 1952 році DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* — *Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів, розроблений Американською психіатричною асоціацією*) у своїй першій редакції визначив гомосексуальність як соціопатичний розлад особистості, тобто хворобу, яку потрібно лікувати.

У 1954-1956 роках було проведене клінічне дослідження, яке виявило, що між гомосексуальною та гетеросексуальною вибірками немає жодної різниці в рівні та якості соціальної адаптованості. Також було встановлено, що гомосексуали не вирізняються будь-якою «особливою» психопатологією. Отже, в результаті розвитку соціологічних та біомедичних досліджень було встановлено, що гомосексуальність є одним з аспектів сексуальності і її формування не можна пояснювати за допомогою однофакторних теорій. Це, передусім, кваліфікується сукупністю біологічних, психологічних, соціальних та інших чинників. У 1962 році DSM II (друга редакція) вже визначає гомосексуальність як сексуальне відхилення, а не хворобу.

Велике значення мав експеримент американської психологині і сексологині Евелін Хукер, здійснений у 1957 році. Було взято дві групи опитуваних, куди увійшли добровольці гомосексуальної і гетеросексуальної орієнтації, які вели звичайне життя. При цьому чоловіки з двох груп були однакові за віком, освітою та рівнем IQ. Результати тестів Евелін Хукер та аналіз експертів-психологів виявили, що гомосексуальна орієнтація не пов'язана з будь-яким психічним чи психологічним відхиленням.

Наступна зміна у класифікації гомосексуальності у сфері психіатрії сталася у 1973-1974 роках. У 1973 році правління Американської психіатричної асоціації проголосувало за вилучення гомосексуальності з переліку хвороб. А у 1974 році відбувся референдум в Американській психіатричній асоціації, на якому було підтримано рішення про необхідність вилучення гомосексуальності з DSM.

Згодом Американська психіатрична асоціація також засудила репаративну терапію («конверсійну», «переорієнтування») — підхід, спрямований на «виправлення» гомосексуальної орієнтації, що передбачає різні методи для «заміни» у пацієнта гомосексуальної орієнтації на гетеросексуальну, — та офіційно заявила, що гомосексуальність не є захворюванням. У цій заяві, зокрема, йшлося, що дослідження не виявили жодних взаємозв'язків гомосексуальності з психопатологією, а гетеросексуальна і гомосексуальна поведінка є нормальними аспектами людської сексуальності. Також було зазначено, що немає жодних науково підтверджених результатів досліджень, які б доводили, що репаративна терапія безпечна чи ефективна. Навіть було висунуто припущення, що пропагування подібних видів терапії підтримує стереотипи і сприяє формуванню негативної атмосфери стосовно лесбійок, геїв та бісексуалів.

У 1993 році Всесвітня організація охорони здоров'я переглянула Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ), і в МКХ-10 сексуальна орієнтація перестала розглядатися як розлад. Ця класифікація є нині чинною, зокрема нею послуговуються в Україні (впроваджено у закладах охорони здоров'я з 01.01.1999 р.)

Таким чином, всі основні світові класифікації хвороб та споріднених проблем нині не визначають гомосексуальність як хворобу чи якийсь розлад, що потребує лікування.

Однак тривалий час у світовій практиці активно використовували **репаративну терапію** (*конверсійну, переорієнтовувальну або диференціювальну*) — сукупність методик, спрямованих на зміну сексуальної орієнтації людини з гомосексуальної на гетеросексуальну.

Хоча нині в більшості цивілізованих країн світу переважає негативне ставлення до репаративної терапії, як з боку наукової спільноти, так і суспільства в цілому, проте все ще є багато країн, де така терапія практикується і заохочується. У деяких країнах гомосексуальність досі табуована, а сам факт гомосексуальності може жорстко каратися, починаючи від соціального осуду і завершуючи смертною карою.

Зауважимо, що наукові дослідження засвідчили: немає жодної різниці у розвитку інтелекту, соціальній адаптації, в рівні задоволеності життям, фізичному та психічному здоров'ї між гомосексуалами та гетеросексуалами. Тобто відсутній будь-який негативний вплив гомосексуальності, і, відповідно, немає бодай найменшої необхідності щось лікувати чи «виправляти».

Наукові дослідження методів репаративної терапії не виявили якихось чітких причин чи факторів розвитку гомосексуальності, тому навіть за бажання самої людини змінити свою сексуальну орієнтацію наразі немає розуміння, що ж потрібно для цього робити. Також дослідження підтвердили вкрай низьку ефективність методів репаративної терапії, особливо в довгостроковій перспективі. І, зрештою, було встановлено, що така терапія призводить до значного погіршення фізичного та психічного стану людини, розвитку депресії, появі суїцидальних думок, неконтрольованої агресії чи, навпаки, повного «закриття в собі» тощо.

Та незважаючи на це, репаративна терапія свого часу набула значного поширення (варто зазначити, що більшість з методів перестали практикуватися після появи вищезгаданих наукових досліджень).

Найвідоміші з них:

Електрошокова терапія

Передбачала, що людина отримувала розряд електричного струму під час перегляду фото- та відеоматеріалів з оголеними представниками своєї статі. В результаті таких дій потяг до них зазвичай зникав, але при цьому потягу до людей іншої статі не з'являлося. Часто додатковим наслідком такої терапії були розвиток депресії, суїцидальні думки тощо.

Гормональна терапія естрогенами

Полягала в тому, що людину «накачували» гормонами з метою максимального пробудження в ній «правильних природних» інстинктів, зокрема потяг до протилежної статі, який вважався єдинонормальним та природним.

Вплив на основі релігії

Це ціла низка різних репаративних заходів, в основі яких лежать релігійні учення та переконання. Найпоширенішими є: молитви «за зцілення» гомосексуалів; змушування гомосексуальних людей публічно розкривати свою орієнтацію та постійно «молитися за прощення» гомосексуальних думок і дій; розмови та бесіди релігійних представників з особистістю, що має гомосексуальний потяг, з метою «пояснити» гріховність та неправильність одностатевих стосунків; релігійні репаративні табори, де відбувається комплексний вплив на гомосексуалів з метою зміни їхньої сексуальної орієнтації. Цей вид терапії частенько практикується і в наш час.

Психоаналіз

метод, що передбачає детальний аналіз всього «життєвого досвіду» людини, виявлення різноманітних психологічних травм, травматичних подій та подальшу роботу з ними в напрямку мінімізації їхнього негативного впливу на життя людини. Деякі психіатри пояснювали розвиток гомосексуальності як наслідок якихось психотравматичних подій і, відповідно, намагалися їх лікувати. На практиці це мало вигляд штучної корекції поведінки, звичок, умов життя гомосексуальної людини, що, на думку деяких фахівців психіатричної сфери, мало усунути причини гомосексуальності та повернути людину до гетеросексуальної орієнтації.

Аверсивна терапія

Включала в себе демонстрацію гомоеротичних матеріалів пацієнту з одночасним викликанням у нього нудоти та блювання за допомогою медикаментів. Результат такої терапії був аналогічним до результатів електрошокової терапії.

Лоботомія

Метод, що передбачав фізичне втручання в роботу мозку, в наслідок чого відбувалася суттєва деградація особистості, порушувалася здатність емоційно реагувати, нормально мислити тощо.

Як вже зазначалося раніше, нині все більше країн відмовляються від використання репаративної терапії та намагань «виправити» гомосексуальність. Сексуальний потяг до осіб своєї статі перестає бути чимось ненормальним, неприродним чи таким, що потребує лікування. Але вивчення попереднього світового досвіду «лікування» гомосексуальності надзвичайно важливе з метою уникнення в майбутньому помилок, які можуть коштувати багатьом людям фізичного та психічного здоров'я.



Теорії феномену сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності

Нині не існує єдиної загальноприйнятої теорії, яка б повністю пояснювала причини формування негетеросексуальної¹ орієнтації чи небінарної ґендерної ідентичності. Гіпотези, що виникали протягом ХХ століття, розглядали і пояснювали гомосексуальність спочатку як дегенерацію і патологію, а згодом — як варіацію нормальної сексуальності. Вони здебільшого намагалися дати відповідь на запитання про вирішальне значення одного з двох факторів — природи чи виховання. Проте накопичені наукові дані, особливо в останні кілька десятиліть, все більше засвідчують, що неможливо розглядати сексуальність чи ідентичність людини лише з якогось одного боку — генетичного, фізіологічного, психологічного чи соціального. Біопсихосоціальна природа людини як виду невід’ємно обумовлює складний біопсихосоціальний характер її сексуальності та ґендерного самовизначення.

Американська психологічна та психіатрична асоціації, Національна асоціація соціальних працівників та Американська академія педіатрії зазначають, що нині не існує наукового консенсусу щодо специфічних факторів, які є

¹Негетеросексуальність — це широкий термін, який позначає як людей гомосексуальної, так і бісексуальної орієнтації. Також його вважають більш ґендерно нейтральним, ніж терміни «гей» чи «лесбійка».

причиною самовизначення людей як гетеро-, гомо- чи бісексуалів, включаючи можливі біологічні, психологічні чи соціальні чинники. Сексуальна орієнтація, ймовірно, визначається не якимось одним фактором, а комбінацією генетичних, гормональних та середовищних впливів.

Компромісним є багатофакторний підхід до розуміння негетеросексуальних орієнтацій та небінарних ґендерних ідентичностей як наслідку взаємодії багатьох чинників, серед яких неможливо виділити першо- чи другорядні. Унікальні події життєвого досвіду взаємодіють з унікальними біологічними передумовами та формують унікальну сексуальність особистості (Ф. Мондімор, 2002).

У психологічній літературі зустрічаються такі групи найпоширеніших гіпотез і теорій гомосексуальності та трансґендерності:

середовищні, які пояснюють формування гомосексуальності як наслідок впливів специфічного середовища, в якому розвивалася і виховувалася людина (особливо ранні стосунки з батьками, братами та сестрами, характер сексуального виховання, специфіка соціокультурного оточення, зокрема і ступінь релігійного впливу);

ситуаційні, що розглядають варіації сексуальної орієнтації як наслідок сильної психоемоційної травми або серії травматичних подій, пов’язаних, наприклад, з сексуальним аб’юзом, досвідом гомосексуального навчання (часті гомосексуальні контакти з ровесниками), а також «катастрофічного» для особистості досвіду гетеросексуального контакту;

особистісні, які розглядають гомо-, бісексуальність чи трансґендерність як результат особливостей психологічного розвитку особистості, наприклад, конфлікту ґендерної ролі/ідентичності, нарцисичної чи межової структури особистості;

біологічні, що розглядають в якості фундаменту вроджені фактори, які незначним чином залежать (або не залежать) від соціально-психологічного впливу середовища. Серед них найрозповсюдженіша нейроендокринна теорія.

Будь-яка із зазначених теорій чи гіпотез, передусім, робить акцент на певних подіях чи ситуаціях, які впливають на хід психосексуального розвитку. Такий розвиток, незалежно від сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності, проходить конкретні етапи, що і визначають кінцеву сексуальну ідентичність людини.

Основних етапів три:

- 1 Формування ґендерної ідентичності** (до 3-5 років).
- 2 Формування ґендерної експресії**, тобто ґендерно-рольового стереотипу поведінки (з 3-5 років — і до завершення підліткового віку).
- 3 Формування сексуальної орієнтації** (починається разом із ґендерною ідентифікацією та завершується у підлітковому віці).

Психосексуальний розвиток відбувається паралельно із соматосексуальним, і провести чітке розмежування між тим, що регулюється виключно біологією, а що — психологією, на сьогодні неможливо. З погляду комплексного підходу, біологічне підґрунтя сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності закладається під час вагітності. Згідно з нейроендокринною теорією, суттєве значення мають варіації концентрації статевих гормонів, передусім — андрогенів (так званих «чоловічих» статевих гормонів). Їхня концентрація впливає на формування геніталій та диференціацію структур головного мозку.

Відомо, що плід з набором статевих хромосом ХУ розвивається за чоловічим типом лише за достатньої концентрації андрогенів у кризові періоди. Андрогени виробляються яєчками, формування яких завершується на 10-12-му тижні вагітності. Відповідно, при наборі статевих хромосом ХХ розвиваються яєчники, а андрогени не виробляються. Приблизно з 10-го по 18-й тиждень вагітності відбувається диференціація головного мозку за чоловічим типом (під впливом андрогенів, так звана маскулінізація) або за жіночим типом (без андрогенів, фемінізація). Ступінь фемінізації та маскулінізації головного мозку визначає певні поведінкові, когнітивні та психоемоційні особливості, які пов'язують із особливостями функціонування головного мозку чоловіків та жінок, наприклад, різницю у міжпівкульній взаємодії, чутливості до звуків різної частоти, циклічності нейроендокринної регуляції. Недостатня концентрація андрогенів під час диференціації головного мозку може спричинити його фемінізацію у плоду чоловічої статі, а у випадку їхнього надлишкового рівня — маскулінізацію у плоду жіночої статі. Вважається, що не відповідна статі диференціація головного мозку може бути біологічною основою для розвитку ґендерно-неконформної поведінки, негетеросексуальної орієнтації, рідше — формування трансґендерної ідентичності. Також порушення, пов'язані з концентрацією андрогенів, є причиною деяких інтерсексуальних станів. Такі порушення є наслідком генетичної патології, наприклад, вродженої андроген-нечутливості (для чоловіків), гіперплазії кори наднирників (для жінок) або певних захворювань матері під час вагітності та у випадку вживання деяких ліків.

На *рисунку 1* схематично зображені різні варіації сексуальності, до яких можуть призводити зміни у концентрації андрогенів під час вагітності.

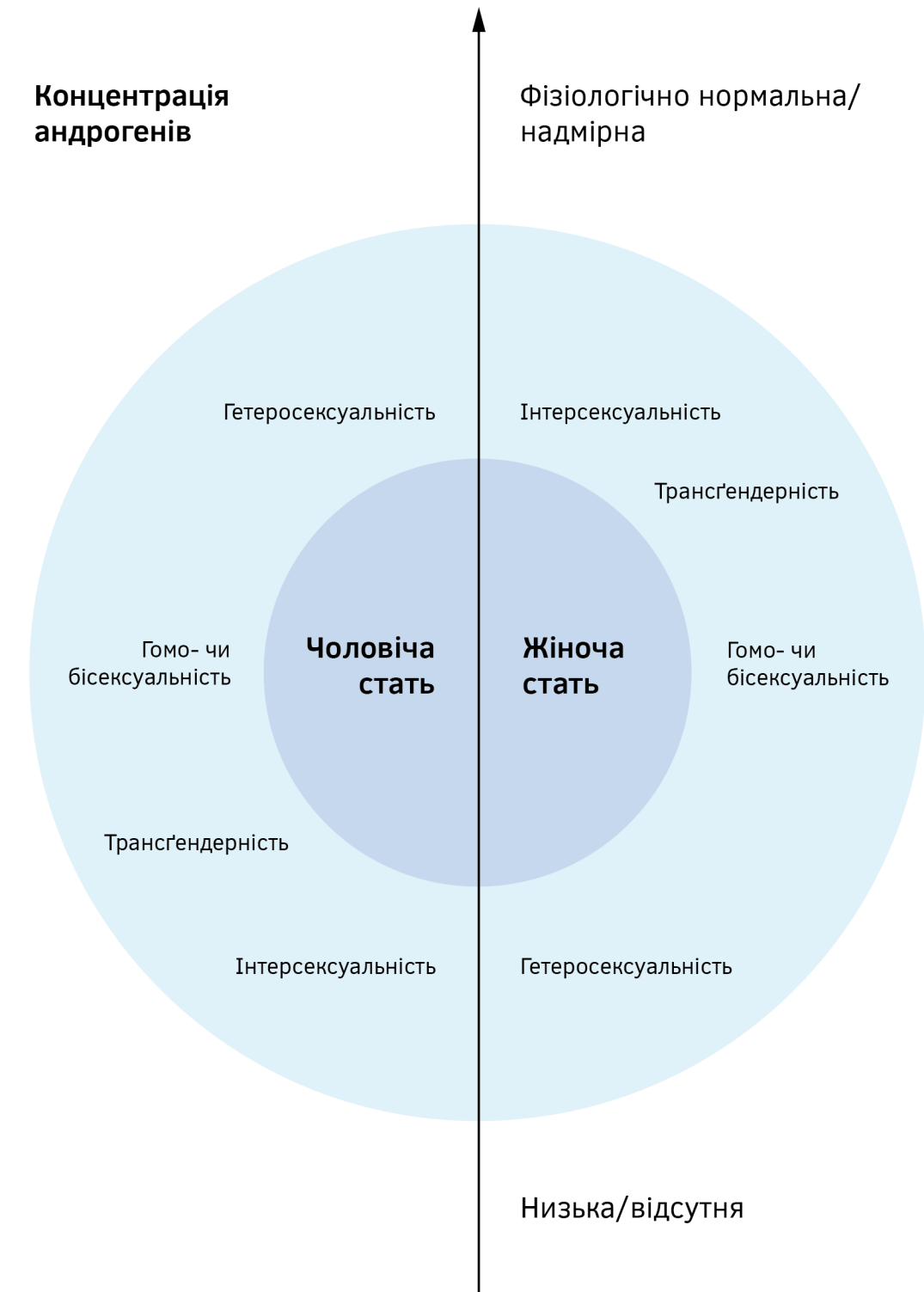


Рис. 1. Ймовірні варіації впливу концентрації андрогенів під час вагітності на сексуальність

Нейроендокринна теорія підтверджується результатами багатьох досліджень, проведених на тваринах та людях. Зокрема, були виявлені відмінності у будові певних структур головного мозку у гомо- та гетеросексуальних осіб, а також тих, хто ідентифікував себе як трансґендери (Д. Свааб, 2013), у характері відповіді структур головного мозку на нюхові подразники (Г. Берглунд та ін., 2006, І. Савіч та ін., 2005), у даних електроенцефалографічних досліджень осіб з цисґендерною та трансґендерною ідентичністю (О. Труфанова, 1996).

Після народження на біологічний базис «надбудовуються» соціально-психологічні фактори впливу. У комплексі всі вони визначають характер статевої/ґендерної ідентифікації, формування ґендерної експресії та домінантний вибір сексуального об'єкта.

Статева/ґендерна ідентифікація відбувається у віці до 3-5 років. Її результатом є усвідомлене розділення людей на жінок та чоловіків за анатомо-морфологічними ознаками, формування образу свого тіла (з ототожненням із конкретною статтю) та психічної приналежності — базової ґендерної ідентичності. Остання складається із біологічно заданих (вроджених) особливостей будови тіла, сприйняття статі дитини батьками, їхніх несвідомих очікувань щодо ідентичності дитини. На процес ґендерної ідентифікації дитини впливають якості психоемоційних стосунків з обома батьками, власна ґендерна ідентичність батьків, наявність та вираженість ґендер-конфлікту в одного з батьків чи в обох з них, емоційна та фізична присутність у житті дитини батьків чи інших значущих дорослих, які здійснюють догляд за дитиною, характер та тип прив'язаності. Загалом все це впливає не лише на сексуальну ідентичність дитини, але й на її особистісні та характерологічні особливості.

Після закладення ґендерної ідентичності відбувається формування ґендерної експресії — індивідуального вираження переживання своєї ґендерної приналежності. Серед наявних в оточенні ґендерних моделей поведінки дитина досліджує та засвоює ті, які їй видаються дотичними до її ідентичності. Виражається це у формуванні психоемоційних реакцій та поведінки, виборі іграшок та характері гри з однолітками, в якій відбувається спочатку повна імітація поведінки дорослих, а згодом — відбір певних аспектів такої поведінки та їхня індивідуальна інтеграція. ґендерна експресія формується аж до закінчення юності й залишається частково пластичною протягом життя.

Визначальний вибір сексуального об'єкта (формування сексуальної орієнтації) за одними моделями психосексуального розвитку відбувається у підлітковому віці, за іншими — починається із моменту оформлення ґендерної ідентичності. На цей процес здебільшого також впливає характер стосунків із батьками. Згідно з психоаналітичною теорією, природній симбіотичний зв'язок дитини з матір'ю починає перериватися приблизно з одного року і стимулює сепарацію та рух в напрямку індивідуального психічного розвитку.

Поява у психічній реальності дитини фігури батька відкриває так званий «едипальний» період розвитку з його складними трансформаціями емоційної (лібідинальної) прив'язаності до обох батьків. Здебільшого він завершується оберненням лібідо на об'єкт протилежної статі, тобто формуванням гетеросексуальності, але у певних випадках лібідо спрямовується на об'єкт тієї ж статі (гомосексуальність) чи залишається дифузним (бісексуальність). Ці процеси **несвідомі**, тобто жодним чином не залежать від свідомих прагнень ані дитини, ані батьків. Тому навіть якщо розглядати психосексуальний розвиток виключно з психологічного погляду, **«вибір» сексуальної орієнтації чи ґендерної ідентичності неможливий**.

Остаточне закріплення сексуальної орієнтації формується у підлітковому віці, протягом якого активізуються ранні інфантильні несвідомі конфлікти, відбувається остаточна психічна сепарація з батьками, має місце сексуальне експериментування з однолітками. В цей час підлітки зіштовхуються з явищем статевої сегрегації, під впливом середовища змінюються певні аспекти ґендерної експресії, які у випадку усвідомлення гомо- чи бісексуальних фантазій та бажань можуть спричинити внутрішню гомо/біфобію. Схематично процеси психосексуального розвитку та фактори, що на нього впливають, відображені на *рисунку 2*.

Водночас, як біологічні, так і психологічні теорії розглядають варіації сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності з якоїсь окремої площини. На думку Б. М. Ворника, пренатальна статевая диференціація головного мозку, ґендерна ідентифікація в ранньому дитинстві і закріплення сексуальної орієнтації є стадіями одного процесу біологічної та соціально-психологічної диференціації, і від того, на якій стадії відбудуться незворотні зміни, залежить, якою буде людина — транс-, гомо- чи бісексуальною. У разі ж відсутності таких змін — гетеросексуальною і цисґендерною. Крім того, важливо врахувати, що вплив вроджених факторів та соціально-психологічних чинників оточення стає незворотним лише у разі їхньої взаємодії у критичні періоди формування сексуальної ідентичності.

Ще раз хочемо наголосити, що жодна з цих теорій на сьогодні не підтверджена, ба більше, лєвова частка з них дискредитована. Це доводять численні лонгїтюдні дослідження², а також досвід психологів-практиків, що працюють з цією групою населення.

²Генетики постійно шукають ген, який би відповідав за спадкову передачу гомосексуальності. Для цього досліджують історію сімей, відслідковують, чи були там родичі, які все життя прожили самі або ж мали нетривалий шлюб, а також близнюків та двійнят. Алан Сандерс з Науково-дослідного інституту NorthShore в Еванстоні, штат Іллінойс, США, провівши величезне дослідження (понад 400 пар братів-геїв), наголошує, що сексуальна орієнтація залежить від багатьох факторів, як екологічних, так і генетичних. Навіть якщо й існують окремі гени (що не доведено), вони, швидше за все, не відіграватимуть провідну роль у формуванні сексуальної орієнтації. У практиці ви можете зустріти сім'ї з близнюками, один з яких гомосексуальною орієнтації, а інший — ні, звісно буває, що і обидва близнюки можуть бути гомосексуальними. Зазвичай у сім'ї з багатьма дітьми, як правило, гомосексуальною буде лише одна дитина і найчастіше найменша.

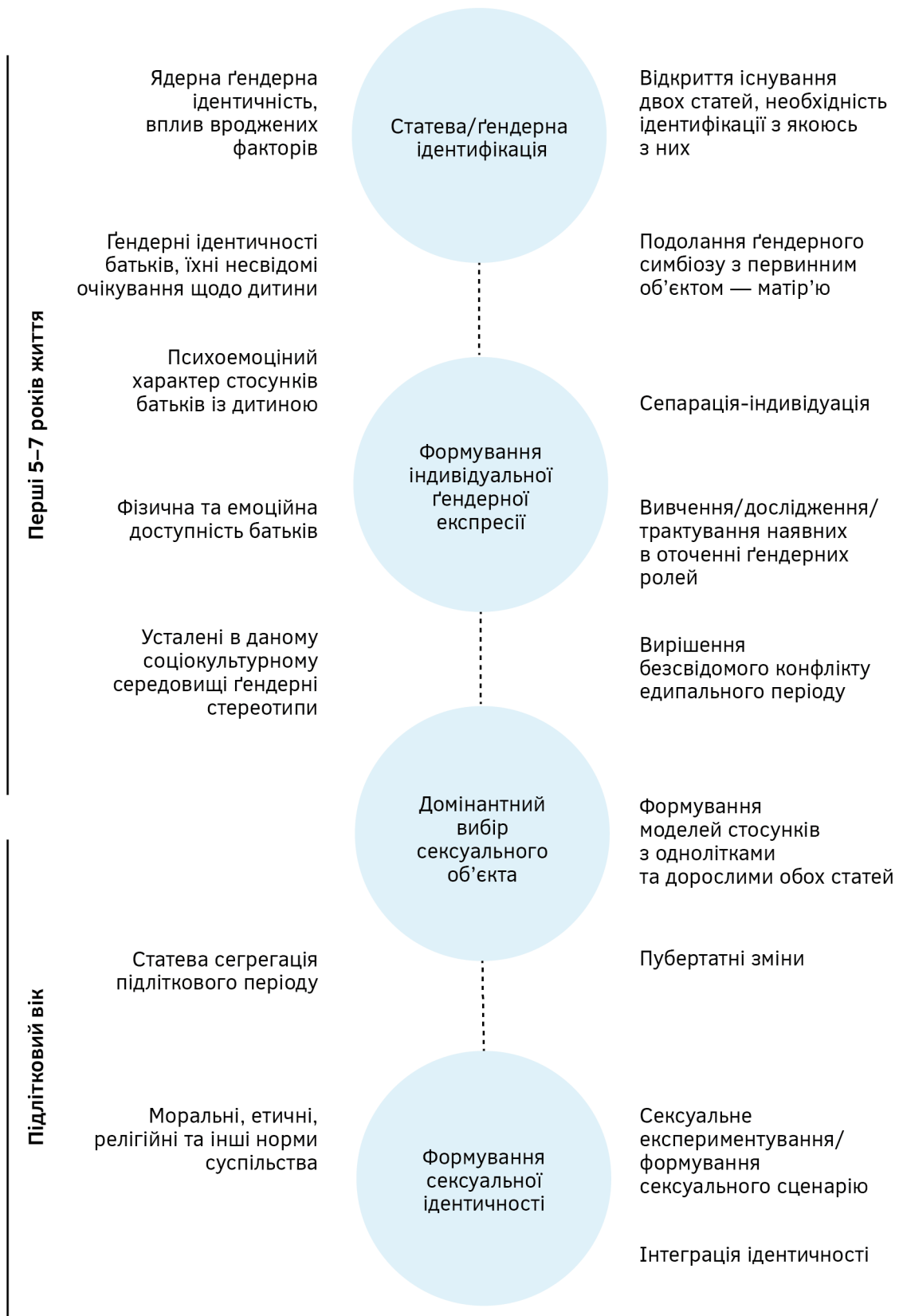
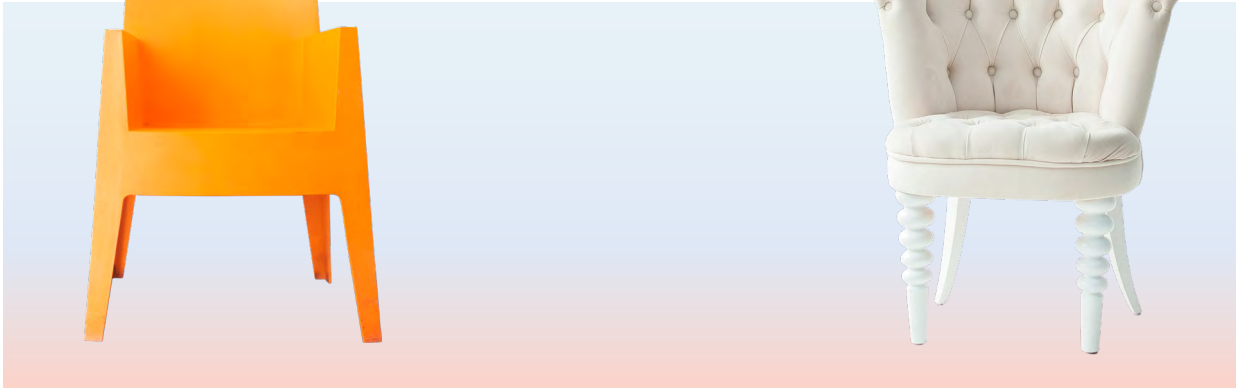


Рис. 2. Основні процеси психосексуального розвитку

Теорія є лише допоміжним інструментом у роботі психолога, вона дозволяє спиратися на певні ментальні конструкти у спробах зрозуміти обставини життя клієнтів, їхній ймовірний вплив на самість і внутрішню картину світу та робочі моделі побудови стосунків. Здебільшого будь-які спроби вплинути на сексуальну орієнтацію чи ґендерну ідентичність, якщо вони сформовані, не лише будуть безрезультативними, але й можуть завдати шкоди. Крім того, прояснення факторів, що могли спричинити формування тієї чи іншої сексуальної орієнтації, не може мати зворотній ефект, тобто не призведе до відповідних змін. Це лише дозволить клієнтам краще зрозуміти себе, усвідомити свою ідентичність.





Індивідуально-психологічні особливості ЛГБТ

Ще раз наголосимо, що кожна особистість, незважаючи на свою національність, віру та стать, проходить такі етапи психосексуального розвитку, як статева диференціація плоду; статева самосвідомість з 1,5 (3) до 5(7) років; формування статево-рольової поведінки 5(7) до 10 (12) років; формування статевого потягу 10 (12) до 16 (24) роки. Всі ці етапи є важливими і для усвідомлення особистістю своєї сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності. Вчені виділяють доволі різні та тривалі вікові проміжки для кожного етапу. Це пов'язано з тим, що на цей процес впливає велика група факторів, як соціальних, так і психологічних. Найчастіше особистість починає замислюватися про свою сексуальну орієнтацію та ґендерну ідентичність (СОГІ) у підлітковому віці. Та, зрештою, цей процес дуже індивідуальний: може протікати у різний віковий проміжок і мати неоднакову тривалість.

Наприклад, у Польщі 57% ЛГБТ-людей зазначили, що усвідомили свою СОГІ у віці від 11 до 15 років, а 14% — у 16-20 років. У Німеччині дані трохи відрізняються, та більшість підлітків цієї країни усвідомила свою сексуальну орієнтацію у віці 11-16 років, а саме 46%³.

Дослідження, здійсненні у США, теж підтверджують, що про свою СОГІ діти вперше задумуються у підлітковому віці. Дані Дослідницького центру П'ю (Вашингтон, США), отримані у 2013 році, засвідчили, що перші думки про орієнтацію у дітей з'являються у віці 10-13 років, а впевненість у своїй ідентичності — у 15-18 років.

³Дослідження здійснювала правозахисна організація «Кампанія проти гомофобії», Польща // Режим доступу: <https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2017/12/Tecza-pod-lupa.pdf?fbclid=IwAR1HI0orM-rQfqzBBFSb5p3TDqJvFUFOWPTGd149lyHdT0SSiE58lj-2wMc>

Найчастіше розповідають про це комусь підлітки у віці 17-20 років. Між усвідомленням себе геєм чи лесбійкою і готовністю бодай комусь відкритися проходить від одного до трьох років. Хлопці, як правило, раніше приходять до усвідомлення своєї ідентичності, ніж дівчата. Якщо говорити про транс-ґендерних підлітків, то минає близько 6-7 років, поки особа наважиться поділитися з кимось своїми переживаннями.

Більшість підлітків зазначали, що насправді відчувають свою різноманітність та відмінність від інших набагато раніше, але через незнання таких категорій, як сексуальна орієнтація чи ґендерна ідентичність, їм важко визначитися, що саме їх тривожить.

На жаль, в Україні поки що немає подібних досліджень. Та з досвіду практичної діяльності і консультування, можна зазначити, що сучасні українські підлітки приходять до усвідомлення своєї сексуальної чи ґендерної ідентичності в середньому у 15-16 років.

Перш ніж прийти до визначення своєї сексуальної чи ґендерної ідентичності, особа долає складний та довготривалий період прийняття себе. Відповідно до класифікації психологині-сексологині Вів'єн Касс, виділяють шість стадій цього процесу.

Розглянемо детальніше кожну стадію на прикладі гомосексуальної орієнтації.

1 I стадія — сумніви
На цій стадії формування сексуальної ідентичності людина починає усвідомлювати, що її чомусь цікавить інформація про гомосексуальну орієнтацію чи ґендерну ідентичність, також це стосується її власних реакцій. Можуть з'являтися чіткі фантазії про еротичні чи сексуальні взаємодії з особою своєї статі.

2 II стадія — порівняння
На цій стадії людина починає відчувати свою відмінність від інших членів сім'ї та однолітків. Таким чином, індивід складає більш повне уявлення про те, що значить бути геєм чи лесбійкою. Адже переважно кожна людина виховується з розрахунком на гетеросексуальну поведінку.

У процесі розвитку гомосексуальної ідентичності людині доводиться поступово відмовлятися від гетеросексуальних моделей поведінки, в результаті чого може виникнути відчуття неприкаяності та розгубленості.

3 III стадія — терпимість
Змирившись зі своєю гомосексуальною орієнтацією та усвідомивши сексуальні, соціальні й емоційні потреби, пов'язані з цією орієнтацією, індивід починає терпиміше ставитися до своїх вподобань і звикає до них. Як правило, на цьому етапі людина знайомиться з іншими геями та лесбійками, завдяки яким отримує емоційну підтримку. Підлітки можуть експериментувати і заводити перші романтично-платонічні стосунки з особами своєї статі, ідентифікуючи себе як гомосексуальні чи бісексуальні особистості.

4 IV стадія — стадія внутрішнього прийняття своєї сексуальності
На цьому етапі терпиме ставлення до своєї ідентичності як гомосексуала змінюється позитивним самосприйняттям. Зв'язок з ЛГБТ-спільнотою міцнішає.

5 V стадія — гордість
На цьому етапі терпиме ставлення до своєї ідентичності як гомосексуала змінюється позитивним самосприйняттям. Зв'язок з ЛГБТ-спільнотою міцнішає.

6 VI стадія — синтез
На заключній стадії формування гомосексуальної ідентичності людина перестає розділяти представників оточення на «своїх» (геїв, бісексуалів, лесбійок чи трансгендерних людей) та «інших» (гетеросексуалів та цисгендерів). Більше не сприймає людей крізь призму їхньої сексуальної орієнтації чи гендерної ідентичності.

Прийняття своєї гендерної ідентичності у трансгендерних людей відбувається теж відповідно до всіх цих стадій. Але зазвичай цей процес емоційно складніший і потребує більше часу. Хоча, знову ж таки, все дуже індивідуально. Залежить від ціннісно-релігійних вірувань людини, місця проживання, наявності/відсутності підтримки, якісного психомедичного консультування тощо.

Багато хто намагається «придушити» свої справжні почуття та самовідчуття протягом тривало часу. Під час цієї, іноді багаторічної, боротьби із самим собою у деякого розвиваються психотерапевтичні та психосоматичні симптоми.

Стресори, що впливають на ЛГБТ, можуть бути внутрішніми (наприклад, сором, страх розкриття своєї сексуальної орієнтації чи гендерної ідентичності іншими людьми), зовнішніми (дискримінація, насилля) або внутрішньо-зовнішніми.

Згідно з дослідженнями німецьких фахівців, найбільший страх, який побутує серед ЛГБТ-підлітків, — це те, що їхні батьки, друзі чи однолітки перестануть з ними спілкуватися і визнають їх «божевільними» або ж «хворими»⁴.

74% молодих людей бояться, що друзі перестануть з ними спілкуватися.

69% бояться буди відторгненими членами родини.

66% бояться цькування у школі.

61% підлітків боїться виникнення проблем у навчанні.

За результатами дослідження, здійсненого ГО «Точка пори ЮА»⁵ в Україні у 2017 році, майже 90% учнів та учениць, що належать до ЛГБТ-спільноти, піддаються у школі словесному цькуванню, а 54% – фізичному.

Варто зазначити, що значна частина ЛГБТ-школярів замовчує факти вербального цькування та фізичного насилля перед дорослими: 60% опитаних ніколи не повідомляли про неприємні інциденти шкільному персоналові, а 55% не розповідали про це батькам через страх розкрити факти про свою сексуальну орієнтацію чи гендерну ідентичність, адже не всі підлітки до цього готові. 59,3% ЛГБТ-учнів, що піддавалися високим рівням вербального цькування через свою сексуальну орієнтацію, бажають завершити навчання на неповній середній освіті. ЛГБТ-клієнти під час консультацій часто говорять про страхи. Їхній перелік в основному неспецифічний, характерний для більшості людей. А ось підґрунтя цих страхів інше. Наприклад, усі люди бояться потенційних життєвих втрат (втратити рідних, друзів, роботу, здоров'я), та ЛГБТ переживають страх позбутися цього внаслідок здійснення камінг-ауту або ж аутигу. Доволі розповсюдженим є страх чи неприйняття власного тіла, адже соціум постійно намагається переконати, що прояви гомосексуальності мають хворобливий характер. Представники ЛГБТ часто потерпають від страху відкритості — небажання відкрито обговорювати свої почуття, стосунки переживання, навіть у толерантному середовищі.

Іноді у своїй практиці ви можете зустріти представників ЛГБТ, які не використовують назви «гей», «лесбійка», «бі-» через страх визнання власної ідентичності.

⁴https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/DJI_Coming-out_Broschuere_barrierefrei.pdf?fbclid=IwAR2Kz9w3mdpd7uSvAgaWI_BTl3xWv9h_7zwNQpVlgcxNid56hJ4VLZir7Wc

⁵Національне дослідження шкільного середовища в Україні / Режим доступу: <https://issuu.com/fulcrumua/docs/doslidzhennya>

Надзвичайно сильним і розповсюдженим є страх самотності, який насправді присутній і в гетеросексуальних клієнтів, але в цьому випадку він ще підкріплюється відсутністю моделей та позитивних прикладів для наслідування тощо.

Іноді під час роботи з ЛГБТ-клієнтами ми виявляємо усвідомлене або, частіше, неусвідомлене переконання «Я — поганий, значить мені має бути погано», що виявляється у віктимній поведінці⁶. Пов'язано це з несвідомим почуттям провини та сорому і бажанням бути покараним, що може проявлятися у представників ЛГБТ-спільноти через внутрішню гомофобію або не завершений процес самоідентичності. Японський дослідник К. Міядзава виділяє загальну віктимність, що залежить від соціальних, рольових та ґендерних характеристик жертви. Наприклад, діти, жінки та представники меншин мають вищий віктимний потенціал порівняно з іншими людьми. Також є спеціальна віктимність, яка реалізується в установках, властивостях та атрибутах особистості.

Прикладами можуть бути бажання клієнтів носити певну ЛГБТ-символіку чи мати специфічну ґендерну експресію у соціумі. Звичайно, вони мотивуватимуть це усвідомленою громадянською позицією: «Я відкрито заявляю про себе». А неусвідомленою частиною цього прояву (віктимною поведінкою) буде можливе перебування особистості із цією символікою в небезпечному місці (на темній вулиці), де її можуть помітити і вчинити напад.

Особливості психотерапевтичної роботи з ЛГБТ-клієнтами

Під час роботи з представниками ЛГБТ-спільноти потрібно пам'ятати, що здебільшого потреба у психотерапевтичній допомозі зумовлена не фактом сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності, а нетолерантним та часто ворожим ставленням суспільства. Адже життя в гетеронормованому світі неминуче ставить виклики людям з негетеросексуальною орієнтацією та небінарною ідентичністю. Більшість лесбійок, геїв, бісексуалів та транслюдей зіштовхуються із соціальною стигмою і дискримінацією, внутрішньою і зовнішньою гомофобією та насильством, пов'язаними із приналежністю до спільноти.

Основні запити в роботі психолога з ЛГБТ-клієнтами

Окремих спеціально розроблених підходів до психотерапії представників ЛГБТ-спільноти немає. Робота з ними може однаково успішно проводитися в межах різних психотерапевтичних парадигм. Варто враховувати, що запити, з якими до психологів звертаються геї, лесбійки, бісексуали чи трансґендери, можуть бути пов'язані із сексуальною орієнтацією чи ґендерною ідентичністю,

⁶Віктимність — характеристика що визначає сукупність фізичних (стать, вік), психологічних (тривожність, почуття провини, сорому та ін.) та соціальних (статус, професія) ознак і факторів, які підвищують вірогідність перетворення людини на жертву.

а можуть і не мати такого зв'язку. Умовно звернення клієнтів гомо- і бісексуальної орієнтації діляться на два типи.

1 Неспецифічні запити — запити, з якими могли б звернутися також і гетеросексуальні клієнти, наприклад, проблеми у спілкуванні з батьками, партнерами та друзями, різні емоційні стани, кризи, кар'єрне консультування, самооцінка тощо. У цій групі виділяються вужчі запити. Найпоширенішими є:

- ▶ пригніченість, апатія;
- ▶ соціальна ізоляція, замкненість, сором'язливість, брак соціальних контактів;
- ▶ недостатнє розуміння власних прагнень, відсутність «життєвого плану»;
- ▶ неадекватна самооцінка, недостатнє відчуття власних ресурсів;
- ▶ міжособистісні конфлікти, які стоять на заваді стосункам; бажання краще розуміти себе;
- ▶ проблеми у парних стосунках, сварки з партнером чи партнеркою, неочікуваний розрив;
- ▶ у деяких випадках клієнтам важко одразу сформулювати запит, їхні скарги можуть бути нечіткими — «щось не так», «не знаю, що саме відбувається, але мені від цього погано» тощо.

2 Специфічні запити, з якими гетеросексуальні клієнти, як правило, не стикаються: це прийняття себе і своєї ідентичності (внутрішня гомофобія); здійснення камінг-ауту перед важливими для особистості людьми або публічно; психологічні наслідки аутизму; психологічні проблеми у партнерських стосунках та їхня недовговічність через відсутність прикладів для наслідування і зовнішніх стимулів (офіційного оформлення стосунків); питання виховання дітей в одностатевих парах; проблеми з роботою внаслідок дискримінації, пошук себе або ж відсутність документів (у трансґендерних людей).

Здебільшого, якщо не йдеться про сумніви у своїй ідентичності, такі запити мало чим відрізняються від загальнопоширених у психотерапевтичній практиці: пригніченість, тривожність, самооцінка, брак мотивації, внутрішні чи міжособистісні конфлікти тощо. Тому фахівцям під час консультування не варто ставити сексуальність чи ідентичність у центр терапевтичного дослідження, якщо клієнт свідомо цього не робить сам.

Зауважте, що навіть у випадку, коли клієнт чи клієнтка самотійно піднімають питання формування власної сексуальності чи ідентичності, ретельне психотерапевтичне дослідження не може бути спрямованим на зміни — лише на спільний з клієнтом або клієнткою пошук особистісного змісту, тобто того, що це для нього або неї означає.

Психологові варто надати клієнту/клієнтці інформацію про феномен сексуальності, теорії та види, разом виявити та проаналізувати стереотипи й упередження, що можуть негативно впливати на самосприйняття клієнта.

Інколи буває, що представники ЛГБТ під час консультації у психолога чи психотерапевта замовчують інформацію про свою сексуальну орієнтацію чи ґендерну ідентичність через страх бути засудженими, зустріти з боку фахівця нерозуміння або ж бажання «нормалізувати» їх. У таких випадках психологи повинні максимально виявляти витримку та терплячість. Розуміння і прояснення тривожних думок клієнтів, надання всієї необхідної інформації, а також запевнення у готовності чекати доти, доки клієнт чи клієнтка самостійно не наважаться говорити на непрості для них теми, можуть зміцнити терапевтичний альянс. Якщо приховування деталей особистого життя виражається, наприклад, у нечітких формулюваннях («мій партнер», «людина, яку я кохаю», «моє кохання» замість «мій хлопець», «моя дівчина») чи уникненні родових закінчень («у моєму дитинстві» замість «коли я був/була малим/малою»), можна обережно звернути на це увагу й запитати, чому ці формулювання видаються більш вдалим клієнту/ці. Це допоможе створити простір для розкриття та обговорення. Не варто поспішати озвучувати те, про що клієнти не готові говорити.

Окремо зазначимо, що у деяких випадках тема гомо- чи бісексуальності стає предметом психотерапевтичної роботи з гетеросексуальними та цисґендерними клієнтами, наприклад, коли в процесі тривалої психотерапії вони стають готовими до дослідження власних несвідомих фантазій. Зустрічається це і у випадках терапії нарцисичних чи межових за структурою особистості клієнтів, внутрішні конфлікти яких пов'язані із нечіткою (дифузною) ідентичністю.

Напрямки та тривалість психотерапевтичної роботи

Вибір тривалості терапії та підходів буде залежати від запитів клієнта. Якщо клієнт/клієнтка готові озвучити конкретний запит, ми радимо використовувати короткострокову терапію та супровід у вирішенні цього питання. Коли ж особистість демонструє спектр невротичних невдоволь, можна використовувати довгострокову терапію. У такому випадку і фахівець, і клієнт мають бути готовими до тривалої взаємодії. Під час консультацій ви можете без обмежень обирати та використовувати весь спектр методів, підходів та інструментів, якими володієте, орієнтуючись на відчуття та бажання клієнтів.

Довгострокова терапія

Довгострокова терапія ЛГБТ має враховувати можливе виникнення інтенсивного переживання сорому, вини, гніву так само, як і несвідомих механізмів психологічного захисту проти таких почуттів—ідеалізації, знеці-

нення, розщеплення. Все це повинно бути предметом психотерапевтичного дослідження. Жоден з цих аспектів не можна ігнорувати. Крім того, зазначені явища природньо викликатимуть у психотерапевта його власні відчуття (контрперенесення), які можуть коливатися від глибокого співчуття до огиди чи відрази. І це фахівець має самостійно проаналізувати для кращого розуміння того, що саме, в який час і на якій стадії терапії відбувається з клієнтом чи клієнткою.

Особливістю довгострокової терапії є те, що її формат сприяє проявам всіх характерологічних особливостей та конфліктів клієнтів у процесі спілкування з терапевтом. Психоаналітичні концепції перенесення та контрперенесення, спротиву, відігрування, проективної ідентифікації можуть бути дуже корисними для представників інших напрямів психотерапії з метою глибшого розуміння психічних процесів клієнтів, які широко розкривають і дають можливість для розуміння, символізації та змін у внутрішніх конфліктних установах щодо власного «Я» та інтрапсихічних репрезентацій інших і світу загалом.

Традиційно довгострокову терапію рекомендують тоді, коли проблема, з якою до психолога або ж психотерапевта звертається клієнт чи клієнтка, пов'язана із особистісними якостями, невдалим сценарієм стосунків, аутодеструктивними моделями поведінки, характерологічними розладами. Важливою метою довгострокової терапії є символізація та менталізація, тобто «називання», «надання слів» тим психічним явищам, які до цього не могли знайти свого вербального вираження; трансформація несвідомих причин у свідоме розуміння власного «Я», своїх мотивів, потреб і бажань; навчання тому, як їх розпізнавати та формулювати не лише для себе, але й для свого оточення; розвиток спроможності пояснювати собі зв'язок почуттів і дій та бути емпатичним до дій та потреб інших людей.

Короткострокова терапія

Для короткострокової терапії можна порекомендувати триетапну модель допомоги: дослідження проблеми—нове розуміння проблеми—дії.

На першому етапі основне завдання фахівця активно слухати клієнта/клієнтку. Встановити теплі, довірливі стосунки, що допоможуть клієнтам дослідити проблему і сфокусуватися на її конкретних аспектах.

На стадії «нове розуміння проблеми» клієнтам потрібно допомогти подивитися на себе і свою ситуацію з іншого боку, побачити потенційно сильні сторони та ресурси, якими він може скористатися, зосередитися на найефективніших способах реагування та дій.

На третій стадії клієнту/клієнтці пропонують розглянути та напрацювати можливі шляхи дій, передбачити необхідні для них витрати та ресурси, побудувати план дій та прийняти рішення про його втілення.

За бажанням, консультації можуть продовжуватись і на етапі реалізації дій та оцінки результатів.

У таблиці 1. пропонуємо вам основний зміст та тривалість психотерапевтичної роботи. Зауважимо, що у своїй роботі ви можете використовувати весь доступний для вас арсенал психотерапевтичних підходів, методів та інструментів. Свою ефективність вже довели такі підходи та напрямки терапії: когнітивно-поведінкова, раціонально-емотивна, емоційно-фокусована, психоаналітична, гештальт терапії; терапія, фокусована на перенесенні, гуманістичні види терапії, роз'яснювальна робота, інтегративний підхід.

Таблиця 1.

Зміст психотерапевтичної роботи психолога з ЛГБТ

Види втручання	Цільова аудиторія та тематичні напрямки роботи	
	Батьки	Представники та представниці ЛГБТ-спільноти
Короткострокова терапія (від 4-5 сесій до 10 з частотою раз на тиждень)	▶ Сумніви: чи здорова моя дитина психічно і фізично, чи це паталогія? ▶ Пошук відповідей на запитання: чому так сталося і хто винен? ▶ Як «вилікувати» / «врятувати» дитину? ▶ Відчуття сорому і провини за «таку» дитину. ▶ Як допомогти та підтримати дитину? ▶ Як уберегти дитину від булінгу, дискримінації, насилля? ▶ Різноманітні страхи: страх суспільного осуду; страх самотності через СОГІ своєї дитини; страх втратити контакт та довірливі стосунки з дитиною; страх звинувачень та родинного неприйняття; страх за майбутнє дитини та продовження роду. ▶ Як розповісти рідним, іншим дітям, своїм батькам? ▶ Конфлікти в парі.	▶ Сумніви щодо ґендерної ідентичності чи сексуальної орієнтації. ▶ Як, коли і кому краще розкрити свою ідентичність? Це норма чи паталогія? Як забезпечити своє особисте життя та здоров'я? ▶ Відчуття сорому та провини за свою сексуальність чи ідентичність. ▶ Запит на терапію гомосексуальної пари. ▶ Труднощі у спілкуванні з однолітками, особливо для підлітків.

Види втручання	Цільова аудиторія та тематичні напрямки роботи	
	Батьки	Представники та представниці ЛГБТ-спільноти
Довгострокова терапія (регулярні сесії, бажано двічі на тиждень, від 25 днів до двох років)	▶ Робота з прив'язаністю. ▶ Власна ідентичність батьків чи матері/батька. ▶ Сімейні конфлікти. ▶ Розкриття усіх почуттів, пов'язаних із незворотною втратою «минулого» образу дитини, що переживається фактично як втрата. Пошук шляхів до побудови стосунків з дитиною, що базуються на прийнятті її ідентичності. ▶ Ціннісний конфлікт «релігія-віра- гомосексуальна дитина».	▶ Токсичний сором стосовно сексуальної поведінки, орієнтації. ▶ Тривожність, депресія, фобічні розлади, що тривають довгий час або не повністю піддаються фармакотерапії. ▶ Супутні характерологічні чи особистісні розлади. ▶ Хаотична (небезпечна) сексуальна поведінка, ознаки компульсивного розладу сексуальної поведінки. ▶ Неможливість будувати довгострокові стосунки. ▶ Невпевненість у ґендерній ідентичності. ▶ Намір здійснити транс перехід і ресоціалізацію в новій ідентичності. ▶ Сексуальна травма, зґвалтування. ▶ Криза середнього віку. ▶ Тяжка втрата.
Діагностика	▶ Визначення психічної хвороби дитини. ▶ Дитино-батьківські стосунки. ▶ Дослідження наявності насильства над дитиною. ▶ Дослідження навіювання з боку інших осіб. ▶ Суїцидальні нахили.	▶ Особливості психосексуального розвитку. ▶ Діагностика індивідуально-психологічних особливостей. ▶ Дослідження життєвих перспектив та майбутнього. ▶ Діагностика психоемоційного стану. ▶ Особливості взаємостосунків.

Узагальнюючи все вищезазначене та окреслюючи загальні вектори роботи психолога і психотерапевта з ЛГБТ-клієнтами, можемо сформулювати такі **чотири групи втручань**:

- 1** підвищення почуття безпеки клієнта та зменшення стресу;
- 2** розвиток особистих та соціальних ресурсів;
- 3** усунення залишкових травм;
- 4** надання клієнтові можливості протистояти соціальній стигмі та дискримінації, коли це доречно.

Під час психологічного консультування представників ЛГБТ може виникнути потреба в **додатковій консультації психіатра**. Коли це доцільно робити?

- ✓ У випадку виникнення потреби в додатковому призначенні медикаментів як доповнення до психотерапії.
- ✓ Якщо психотерапія не є ефективною і її можна замінити на медикаментозне лікування.
- ✓ Для дообстеження, при підозрі на психічні розлади, які потребують нагляду чи лікування лікаря-психіатра.
- ✓ Якщо проблеми, з якими звертаються за допомогою, мають медичні аспекти.
- ✓ Якщо клієнти обирають медикаментозний шлях вирішення психологічних проблем.

Під час роботи з ЛГБТ також можуть бути свої специфічні причини перенаправлення до лікаря-психіатра, наприклад, ґендерна дисфорія, яка включена в МКХ-10.

У випадку виникнення потреби додаткового скерування до психіатра важливо обґрунтувати причину та доцільність такої консультації. Якщо клієнт висловлюватиме свої побоювання та сумніви щодо візиту до такого фахівця, важливо почути його, відповісти на запитання і за потреби провести психо-

едукативну роботу щодо розвіювання міфів, наприклад, стосовно гомосексуальної орієнтації як хвороби, пояснити нинішню позицію науки. З метою створення безпечнішого середовища для стигматизованих груп можна навіть допомогти знайти психіатра, який має досвід консультування представників ЛГБТ та прихильно ставиться до них.

Роль психолога під час роботи з насиллям над ЛГБТ

Насильство у роботі з ЛГБТ є чи не найпоширенішим явищем, особливо в дитячих колективах. Під час проведення психологічної / психотерапевтичної роботи випадки насильства не можна оминати, а навпаки — необхідно сприяти його припиненню (якщо воно продовжується на момент консультування) та надавати необхідну психологічну допомогу (*інфографіка 1*).

Інфографіка 1.

Роль психолога у темі насильства. Алгоритм дій



У проявах насильства над представниками ЛГБТ можна спостерігати різні форми (*інфографіка 2*). Найчастіше це фізичне та психологічне насильство (особливо булінг і кібербулінг), а в найжорстокіших проявах — це акти сексуального насильства. Причому, найчастіше, насильство стосовно представників ЛГБТ вчиняється саме групою осіб. Виявивши факт насильства над дитиною або дорослим, принцип конфіденційності може бути порушено, зокрема у випадках:

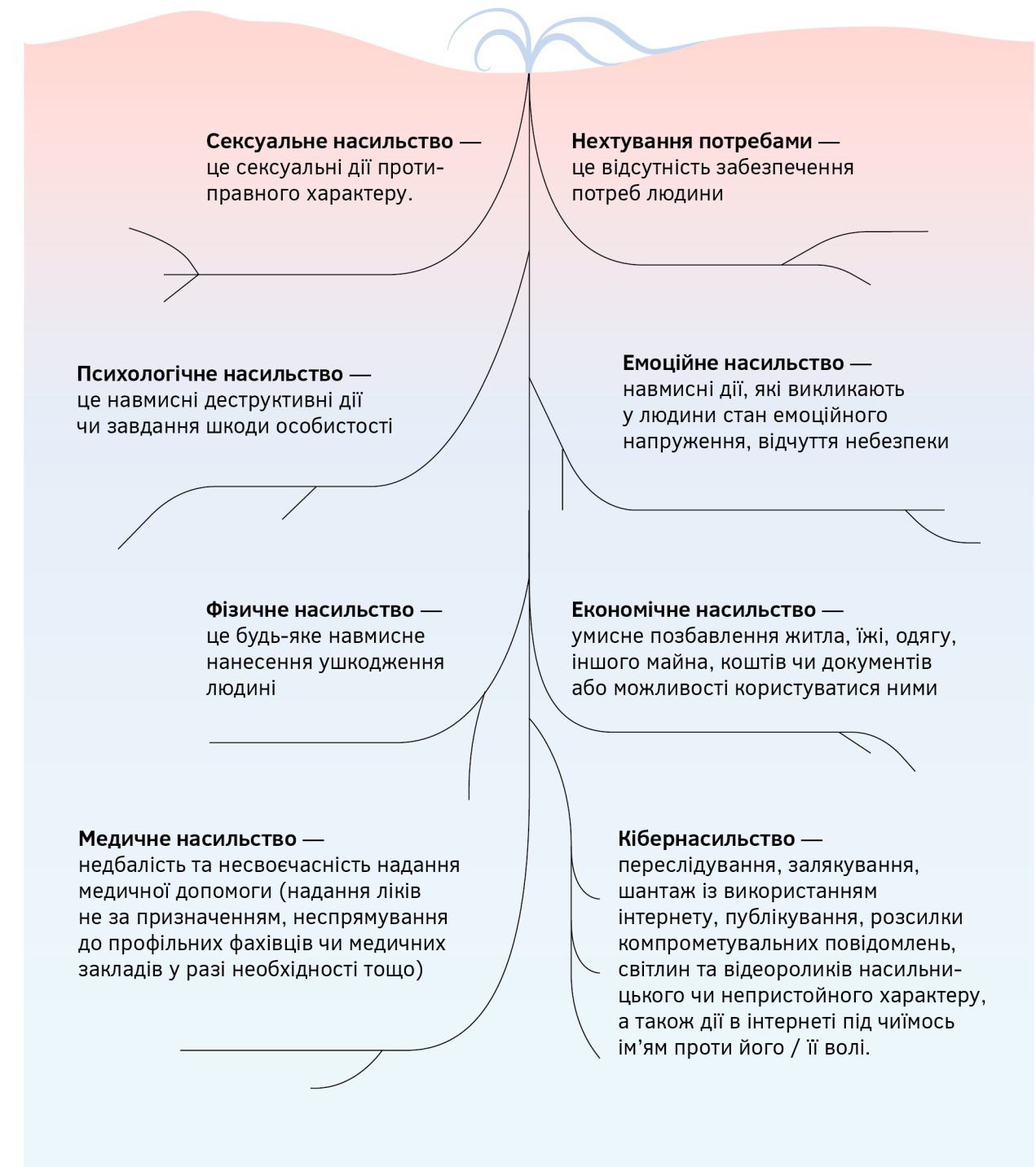
- ✓ будь-яких злочинних дій стосовно дитини / дорослої особи;
- ✓ необхідності госпіталізації клієнта;
- ✓ участі клієнта та інших осіб у поширенні наркотиків чи злочинних дій;
- ✓ підвищеного ризику для життя клієнта чи інших людей.

Виявивши під час консультування, що клієнт для когось є серйозною загрозою, психолог зобов'язаний:

- ✓ вжити заходів для захисту постраждалих або тих, кому загрожує небезпека;
- ✓ поінформувати про небезпеку клієнта, потенційних постраждалих або постраждалих;
- ✓ сповістити батьків чи близьких клієнта;
- ✓ повідомити у правоохоронні органи.

У питанні виникнення насильства над дитиною найважливішим аспектом є фіксація психологом / психотерапевтом безпосередньо інформації про насильство. Більшість клієнтів, особливо дітей, не говорять про факти насильства на перших етапах роботи. Зазвичай вони виявляються набагато пізніше. Тому, отримавши таку інформацію, необхідно зафіксувати її, щоб, за потреби, можна було передати її до відповідних органів. У *таблиці 2* зазначено, яким чином психолог / психотерапевт може описати та надати довідку (*додаток*) стосовно інформації, яка стала відома в процесі роботи протягом певного періоду часу.

Інфографіка 2. Види насильства



Під час психологічної консультації чи психотерапевтичної роботи від фахівців не вимагається здійснення серйозних досліджень щодо факту насильства, та можна провести базову діагностику⁷.

⁷Детальніше ознайомитися зі стандартами проведення психодіагностичних досліджень із дітьми, які зазнали насильства, можна у книзі Анни Козлової «Діагностика насильства над дітьми».

Таблиця 2.

Алгоритм фіксації факту насильства під час психологічної/ психотерапевтичної роботи
(приклад заповнення)

Етап роботи	Мета етапу	Дії (вислови) клієнта під час етапу	Методи роботи	Залучені суб'єкти
...				
2-га зустріч із клієнтом (дата)	Пропрацювання дитячої травми	«Він взяв мене за шию, потім вдарив в обличчя»	Когнітивно-поведінкова терапія	Інформація була передана матері дитини
3-тя зустріч (дата)	Перевірка стану клієнта	«Після останньої зустрічі почали виринати спогади про ті події... Тепер постійно про це думаю... Говорили з мамою про це... Вона засмучена...»	Бесіда	Інформація була передана матері дитини
4-та зустріч (дата)	Перевірка психоемоційного стану	«Мені хотілося б про це забути... Але не виходить... Хочу про це повідомити правоохоронним органам...»	Бесіда	Клієнта було спрямовано до іншого фахівця (вказати, що за фахівцем)
...				

Що робити, якщо вам стало відомо про факт насильства?

- 1 Отримати від клієнта якомога більше інформації про насильство. Як це трапилося та проявлялося? Де? Коли? Ким? Скільки разів?
- 2 Зафіксувати отриману інформацію від клієнта.
- 3 Оцінити ризики (наприклад, якщо насильство не припинилося, треба негайно реагувати).
- 4 Повідомити клієнтові про те, що це насильство, яке містить ознаки злочину.
- 5 Поінформувати щодо можливості подальших дій, як ваших, так і тих, які

може зробити сам клієнт (наприклад, звернутися до правоохоронних органів, адвоката, соціальних служб тощо).

6 Виробити подальшу стратегію разом із клієнтом.

7 Надати клієнтові необхідну психологічну допомогу та супровід.

8 Взяти участь у процесі досудового та судового слідства.

Якщо клієнт повідомив вам про факт насильства, то у подальшому процесі консультування чи психотерапії ставляться три завдання, які необхідно вирішити:

- 1 формування адекватного і чіткого уявлення про те, що сталося;
- 2 управління власними почуттями та реакціями, подолання афекту;
- 3 формування поведінкових моделей, що дозволяють впоратися з наслідками травми.

Кризова інтервенція⁸

Ми вже неодноразово зазначали, що представники ЛГБТ-спільноти доволі часто потерпають від насилля. Найчастіше це злочини на ґрунті ненависті, булінг, фізичне, психологічне та сексуальне насилля в родині чи серед оточення. Для підлітків існує великий ризик примусового лікування, ізоляції, можливість зостатися без дому та фінансової підтримки. У цих випадках можна застосовувати такий алгоритм роботи:

- 1 **Створення безпечного середовища**
Для людини, що пережила насилля, дуже важливо почувати себе в безпеці. Навіть якщо це онлайн-простір. Постраждалий отримує відчуття, що є «місце» куди він може прийти для отримання відчуття безпеки.

⁸Кризова інтервенція — швидка медико-психологічна допомога особам, що перебувають у стані кризи.

2 Створення емпатичного контакту
Активна участь фахівця під час зустрічі, розуміння цінностей клієнта, активне слухання. Часто представники ЛГБТ відчують ніби весь світ проти них, можуть з недовірою ставитися до психологів через досвід несприйняття. Важливо демонструвати повагу до особистості клієнта, підтримувати і віддзеркалювати його відчуття. Це дозволить нормалізувати емоційний стан жертви. Важливо сказати клієнтові: «Все, що з вами відбувається, — це нормальна реакція на ненормальну ситуацію».

3 Створення безпечного середовища
Структурування бесіди з боку фахівця дозволяє знизити почуття внутрішнього хаосу та безпорадності, створює відчуття контролю над ситуацією та власним станом. Кризове втручання має бути структурованим, аби дозволити зосередитися на основній проблемі, яка спричинила кризу.

4 Вербалізація та вираження почуттів
дозволяє знизити емоційне напруження, відреагувати на свій афект у безпечному середовищі. Завдання психолога на цьому етапі — контейнерувати почуття клієнта, допомогти вербалізувати їх, поєднати почуття зі змістом і «легалізувати» або нормалізувати реакції клієнта на кризову ситуацію.

5 Інформування
Якщо потерпілий здатний сприймати, важливо повідомити йому інформацію, яка допоможе краще подбати про себе і стати важливим ресурсом у процесі відновлення. Наприклад, розповісти, як може реагувати організм на фактор стресу.

6 Пошук ресурсів
Важливо допомогти клієнтові в пошуку ресурсів. І тут не стільки має значення, чи скористається він ними, як важливе саме усвідомлення того, що щонайменше в кабінеті психолога його почуття будуть почуті та прийняті. Буває корисно попросити клієнта згадати про свої попередні улюблені заняття, які надихали і приносили задоволення.

7 Навчання методам самодопомоги
Важливо попередити потерпілого про можливі наслідки травми і допомогти йому підібрати ефективні способи самодопомоги.

Принципи та правила роботи з ЛГБТ

Початок становлення рівності прав та толерантного ставлення до ЛГБТ-спільноти вже покладено. Та є певні моменти, які необхідно обговорити з психологами та психотерапевтами, що працюють з ЛГБТ. У першу чергу, важливо пам'ятати про екологічність психологічної/психотерапевтичної роботи, особливо із представниками ЛГБТ-спільноти. Кожен фахівець здебільшого має змогу обирати категорії та види запитів із клієнтами. Ми пропонуємо розглянути питання, коли спеціалісту не варто працювати із представниками ЛГБТ. Нижче наведено базові принципи та правила, які забезпечують етичність та екологічність у роботі психолога / психотерапевта.

П'ять принципів роботи психолога з ЛГБТ-представниками

- 1 Ненанесення шкоди**
Організація роботи психолога повинна бути такою, щоб ні її процес, ані її результати не завдавали шкоди здоров'ю, психологічному стану чи соціальному становищу клієнта.
- 2 Компетентність**
Психолог має право братися за вирішення лише тих питань, з яких він професійно обізнаний та наділений відповідними правами і повноваженнями виконання різних впливів.

У роботі з ЛГБТ важливо пам'ятати:
 - ▶ не всі особи, котрі мають одностатеві стосунки, ідентифікують себе як геї, лесбійки чи бісексуали;
 - ▶ сексуальна орієнтація — це не лише про секс, а весь спектр людських взаємостосунків;



- ▶ некоректно робити припущення про сексуальний «репертуар» клієнта, якщо це прямо не стосується запиту.

3 Неупередженість психолога

Безоцінкове ставлення фахівця до сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності клієнта.

4 Конфіденційність

Інформація, отримана психологом під час роботи з клієнтом, не підлягає свідомому чи випадковому розголошенню і має бути подана таким чином, аби вона жодним чином не могла скомпрометувати ні клієнта, ні фахівця. Єдиний випадок, коли спеціаліст може розголосити отриману інформацію, — це загроза життю чи здоров'ю клієнта (алгоритм роботи у таких випадках прописаний у розділі «Роль психолога під час роботи з насиллям над ЛГБТ»). Важливо приймати зважені рішення під час повідомлення інформації про СОГІ клієнта, особливо коли йдеться про підлітків, адже не всі батьки одразу можуть спокійно сприйняти цю інформацію, і дитині потенційно загрожуватиме насиллям з «виховною» чи «лікувальною» метою.

5 Взаємоповага психолога та клієнта

Психолог виходить з поваги особистої гідності, прав і свобод, проголошених і гарантованих Конституцією. Робота допускається лише після отримання згоди клієнта брати в ній участь.

7 правил роботи психолога

1 Безпека методів та методик, що використовуються

Психолог застосовує лише ті методи та методики роботи, які є безпечними для здоров'я клієнта.

2 Попередження некоректних дій

Психолог інформує клієнта про характер переданої замовнику інформації та робить це лише після отримання згоди клієнта (наприклад, якщо клієнтом є дитина, а батьки виступають в якості замовника).

3 Професійне спілкування психолога та клієнта

Психологічна робота не може відбуватися із родичами фахівця або ж його знайомими. У жодному разі спілкування не повинно відбуватися у наказовому, домінантному форматі.

4 Правило зваженості відомостей

Психолог передає результати досліджень у термінах і поняттях, відомих замовнику, у формі конкретних рекомендацій. Він не передає жодної інформації, яка могла б погіршити становище клієнта / замовника.

5 Кодування відомостей

На всіх робочих матеріалах (нотатках психолога, психологічних картах, протоколах тощо) вказуються не ПІБ клієнта, а присвоєний код, відомий лише психологу.

6 Контрольоване зберігання відомостей

Психолог повинен попередньо узгодити із замовником список осіб, які матимуть доступ до матеріалів, що характеризують клієнта, а також місце та умови їхнього зберігання, цілі використання та терміни знищення.

7 Коректне використання відомостей

Психологічна інформація про клієнта / замовника в жодному разі не підлягає відкритому обговоренню, передачі чи розкриттю будь-кому поза формами та цілями, рекомендованими психологом.

Поради щодо особливостей спілкування психолога/психотерапевта з ЛГБТ-клієнтами

- ✓ Пізнайте ваших клієнтів як особистостей (робота, партнерство, діти, життєві обставини).

- ✓ Вживайте інклюзивну та нейтральну лексику, наприклад:

Замість: «Чи є у вас чоловік/дружина або хлопець/дівчина?»

Спитайте: «У вас є партнер?» «Чи перебуваєте ви у стосунках?» «Що для вас означає партнерство?»

- ✓ Звертайте увагу, як люди описують свою власну ідентичність і партнерів. Вживайте ті ж слова, якщо це зручно. Спочатку це може бути непросто, та ваше головне завдання створити комфортні умови для клієнта.

- ✓ Дуже важливо вживати займенники, які хоче пацієнт/клієнт:
 - ▶ Більшість трансґендерних жінок вживають «вона» та «її», а більшість трансґендерних чоловіків — «він» та «його».
 - ▶ Якщо ви не впевнені, як до клієнта звертатися, поцікавтеся у нього.
 - ▶ Якщо ви випадково використали не те звертання, то перепросіть.
- ✓ Пам'ятайте, що кожна людина унікальна: **якщо ви знаєте одного ЛГБТ — ви знаєте лише одного ЛГБТ!** Не розповідайте історії про ваших друзів чи клієнтів гомосексуальної орієнтації, бо це може підкріплювати стереотипи. Якщо, звичайно, це не терапевтична історія.

Психологу НЕ варто працювати з ЛГБТ, якщо:

- ✓ У нього є дотичні ситуації в сім'ї, і він так само проходить стадії прийняття.
- ✓ Має власні негативні установки, упередження тощо.
- ✓ Відчуває відразу до клієнта.
- ✓ Його релігійні та цінності переконання не дозволяють прийняти гомо- та бісексуальну орієнтації як варіант норми.
- ✓ У нього погане самопочуття та виснаження.
- ✓ Переживає втрату.

Переадресація ЛГБТ-клієнтів до дружніх сервісів

Під час роботи з ЛГБТ-клієнтами у вас може виникнути потреба звернутися за супервізією чи перенаправити клієнта до інших фахівців. У такому випадку важливо обирати дружні до ЛГБТ сервіси.

ГО «Точка опори ЮА»

Всеукраїнська громадська ЛГБТ-організація. Формат допомоги: пошук дружніх фахівців медичної, психологічної, юридичної сфери.

Контакти: <https://t-o.org.ua/about>
<https://www.facebook.com/fulcrumua>
<https://www.instagram.com/fulcrumua/>

Сервіс «Дружній лікар»

Формат допомоги: послуги з безкоштовного тестування на ВІЛ, психологічні консультації представникам ЛГБТ-спільноти та їхнім батькам. А також має перелік дружніх фахівців з різних напрямків в деяких містах України.

Контакти: <https://friendlydoctor.org/>
<https://www.facebook.com/friendlydoctor.org/>

Батьківська організація «Терго»

Спеціалізується на підтримці батьків та родичів представників ЛГБТ-спільноти. Формат допомоги: участь у зустрічах та тренінгах батьків ЛГБТ-людей, спілкування з іншими батьками за принципом «рівний рівному», консультація психолога.



Контакти: <https://tergo.org.ua>;
<https://www.facebook.com/tergouk>

Запорізький обласний благодійний фонд «Гендер Зед»

Формат допомоги: психологічні консультації та ком'юніті-центр для ЛГБТ.

Контакти: www.genderz.org.ua
<https://www.facebook.com/genderzed/>

ГО «Інсайт»

Українська ЛГБТКІ-організація. Формат допомоги: консультації дружніх фахівців психомедичної сфери, що знаються на специфіці роботи із запитами, пов'язаними із ґендерною ідентичністю.

Контакти: <https://www.insight-ukraine.org>
<https://www.facebook.com/insight.ngo>

«Ла Страда: Захист прав дітей»

Формат допомоги: онлайн-консультації, безкоштовний телефон гарячої лінії.

Контакти: 0 800 500 225 / 116 111
www.la-strada.org.ua
<https://www.facebook.com/childhotline.ukraine/>
https://www.instagram.com/childhotline_ua/
 Telegram — CHL116111



Корисні ресурси

Кон И. С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополый любви / Игорь Семенович Кон.—М.: Олимп, АСТ, 2003.—576 с. Режим доступа: https://www.koob.ru/kon/moonlight_dawn

Мой ребенок—другой. Ответы на вопросы родителей ЛГБТ-людей / Под общ. ред. Н. Вербицкой.—К.: МБФ «Альянс общественного здоровья», 2019.—56 с. Режим доступа: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Tergo-Print.pdf>

Діденко М., Ізотов О. Допоміжні матеріали з питань сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності: картки для фахівців та фахівчинь. Запоріжжя: ЗБФ «Гендер Зед», 2018.— 10 с. Режим доступа: https://genderz.org.ua/wp-content/uploads/Gender_paper.pdf

Ізотов А. Консультирование ЛГБТ-подростков: методические материалы для школьных психологов и психологинь / Запорожье: ЗБФ Гендер Зед, 2017 г.— 33 с. Режим доступа: <https://genderz.org.ua/wp-content/uploads/KonsulirovanieLGBTpodrostkov.pdf>

Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д. Дэйвиса, Ч. Нила.—СПб.: Питер, 2001.—384 с. Режим доступа: https://www.koob.ru/davies_dom/rozovaya_psihoterapiya

Особенности работы с клиентами гомо- и бисексуальной ориентации: брошюра / колл. авт.; ред.-сост. Н. Сафонова.— М. : Ресурс ЛГБТКИА Москва, 2016.— 128 с. Режим доступа: https://kraidotonline.files.wordpress.com/2018/10/broshura_resurs_lgbtkia_e-ilovepdf-compressed.pdf

Мондимор Ф. М. Гомосексуальность. Естественная история / Перевод Володиной Л.—Екатеринбург: У-Фактория, 2002.— 336 с. Режим доступа: <https://www.koob.ru/mondimore/homosexuality>

Фільмотерапія для психологів та клієнтів

Художні фільми, в яких піднімається тема сексуальної орієнтації

Молитви за Боббі / *Prayers for Bobby*, США, 2008 р.
Я вбив свою маму / *I Killed My Mother*, Канада, 2009 р.
З любов'ю, Саймон / *Love, Simon*, США, 2018 р.
Все, що у мене є / *Freeheld*, США, 2015 р.
Уяви нас разом / *Imagine Me & You*, Велика Британія, Німеччина, 2005 р.
Якби стіни могли говорити 2/ *If these walls could talk 2*, США, 2000 р.
Земля під ногами / *Anchor and Hope*, Іспанія 2017 р.
Діти в порядку / *The Kids Are All Right*, США, 2010 р.
Бісексуалка / *The Bisexual*, Велика Британія, 2008 р.
Весілля Джені / *Jenny's Wedding*, США, 2015 р.
Віта і Вірджинія / *Vita & Virginia*, Велика Британія, Ірландія 2019 р.
Секс янголів / *El sexo de los angeles*, Іспанія, Бразилія, 2012 р.
Сьогодні піду додому сам / *Hoje Eu Quero Voltar Sozinho*, Бразилія, 2014 р.
Самотній чоловік / *A Single Man*, США, 2009 р.
Філомена / *Philomena*, Велика Британія, США, Франція, 2013 р.

Фільми, присвячені темі ґендерної ідентичності

Дівчина з Данії / *The Danish Girl*, США, Велика Британія, 2015 р.
Дівчина / *Girls*, Нідерланди, Бельгія, 2018 р.
Стерта особистість / *Boy Erased*, Австралія, США, 2018 р.
Моє життя в рожевому кольорі / *Ma vie en rose*, Бельгія, Франція, Велика Британія, 1997 р.
Хлопчик як Джейк / *A Kid Like Jake*, США, 2018 р.
Хлопці не плачуть / *Boys Don't Cry*, США 1999 р.

Фільми на близьку тематику

Сексуальна просвіта / *Sex Education*, Велика Британія, 2019 р.
Гордість / *Pride*, Велика Британія, Франція, 2014 р.
Біллі Елліот / *Billy Elliot*, Велика Британія, Франція, 2000 р.
Ікс-Ікс-Ігрек / *XXY*, Аргентина, Іспанія, Франція, 2007 р.
Особливий / *Special*, США, 2019 р.
Перші ластівки, Україна, 2019 р.
Перші ластівки: залежні, Україна 2020 р.





Список використаних джерел

1. Вербицкая Н. Ответы на непростые вопросы. — МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. — 38 с.
2. Ворник Б. М. Сексуалы. Кто они? : Монография / Ворник Б.М. Изд. 2-е, перераб. и доп. — М.: «БИБЛИО-ГЛОБУС», 2016. — 224 с.
3. Кон І. Світанкове місячне сяйво. Лики та маски одностатевого кохання / Ігор Семенович Кон. — Львів: НВФ «Українські технології», 2011. — 560 с.
4. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. Москва: Академический проект, 1999. 240 с.
5. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. — М.: Мир, 1998. — 692 с.
6. Матевосян С. Н., Введенский Г. Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. — 400 с.
7. Мондимор Ф.М. Гомосексуальность. Естественная история / Перевод Володиной Л. — Екатеринбург: У-Фактория, 2002. — 336 с.

8. Розовая психотерапия: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д.Дэй-виса, Ч.Нила. — СПб.: Питер, 2001. — 384 с.
9. Руководство по психодинамической диагностике. Второе издание. PDM-2. Том 1 / Под ред. В. Линджарди, Н. Мак-Вильямс / Пер. с англ. О. Перфильевой, Н. Сабуровой, В. Снигура. — М.: Независимая фирма «Класс», 2019. — 792 с.
10. Руководство по психодинамической диагностике. Второе издание. PDM-2. Том 2 / Под ред. В. Линджарди, Н. Мак-Вильямс / Пер. с англ. О. Перфильевой, Н. Сабуровой, В. Снигура. — М.: Независимая фирма «Класс», 2019. — 588 с.
11. Сабунаева М.Л. Руководство по организации психологических служб для ЛГБТ. Методические рекомендации. — СПб., — 2014. — 76 с.
12. Сабунаева М. Психологическая помощь жертвам преступлений ненависти на почве гомофобии и трансфобии. Методические рекомендации. — СПб., — 2014. — 76 с.
13. Свааб Дик. Мы — это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл. Д. В. Сильвестрова. — СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2013. — 544 с.
14. Стандарты медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам / Всемирная Профессиональная Ассоциация по здоровью транссексуалов, 2013. Режим доступа: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Russian%20Standards%20v3.pdf
15. Berglund H., Lindström P., Savic I. Brain Response to Putative Pheromones in Lesbian Women // Proc Natl Acad Sci USA. — 2006. — №103. — P.8269–8274.
16. Charles W. Socarides: Homosexuality: A Freedom Too Far. Phoenix: Adam Margrave Books, 1995, s. 176.
17. Cohen-Bendahan C. C., van de Beek C., Berenbaum S. A. Prenatal sex hormone effects on child and adult sex-typed behavior: methods and findings // Neurosci. Biobehav. Rev. — 2005. — №29 (2). — P.353–384. Режим доступа: http://psych.colorado.edu/~carey/pdffiles/cah_berenbaum01.pdf
18. Drescher J. Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. — «Archives of Sexual Behavior». 39 (2), s. 427–60, 2010.
19. Gender Dysphoria in DSM-5 / American Psychiatric Association. Режим

доступу: <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf>

20. Gittings B. Show and Tell. «Journal of Gay & Lesbian Mental Health». 12 (3), s. 289–95, 2008.

21. How It All Started. «Journal of Gay & Lesbian Mental Health». 13 (2), s. 76–81, 2009.

22. Money J. Gay, Straight, or In-Between, Oxford University Press, 1988.

23. Lenzer J. John Fryer. «BMJ». 326 (7390), s. 662, 2003.

24. Porter R. Bringing order to mental disorders. «Nature». 389, s. 805–6, 1997.

25. Ronald Bayer: Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis. Princeton: Princeton University Press, 1987, s. 102–7.

26. Ronald Bayer: Hugo Tristram Engelhardt, Arthur L. Caplan (red.): Scientific controversies: Case studies in the resolution and closure of disputes in science and technology. Cambridge: Cambridge University Press, 1987, s. 394–5.

27. Savic I., Berglund H., Lindström P. Brain Response to Putative Pheromones in Homosexual Men // Proc Natl Acad Sci USA. — 2005. — №102. — P.7356–7361.

28. Schacht TE. DSM-III and the Politics of Truth. «American Psychologist». 40 (5), s. 513–26, 1985.

29. Silverstein C. Are You Saying Homosexuality Is Normal?. «Journal of Gay & Lesbian Mental Health». 12 (3), s. 277–87, 2008.

30. Stoller et al. A Symposium: Should Homosexuality Be in the APA Nomenclature? «The American Journal of Psychiatry». 130 (11), s. 1207–16, 1973.

