

# EŞCİNSELLİK VE RUH SAĞLIĞI SORUNLARI

*İnsan Cinselliği Dergisi Komisyonu*



**AY!K**  
KİTAP

# EŞCİNSELLİK VE RUH SAĞLIĞI SORUNLARI

**İnsan Cinselliği Dergisi Komisyonu**

**AY!K**  
KİTAP



Aydına Yayıncılık Ltd. Şti.  
Ayvansaray Mah. Hoca Çakır Cad. No: 26/1 Fatih / İstanbul  
Yayınevi Sertifika No: 50129

**EŞCİNSELLİK VE RUH SAĞLIĞI SORUNLARI**  
İnsan Cinselliği Dergisi Komisyonu

Çeviri: Ebru Sofi

ISBN: 978-605-71741-2-3??????  
Birinci Baskı: Temmuz 2022, İstanbul

Tüm hakları saklıdır.

Kitapta bulunan bütün isimler, paylaşılanların gizliliğini korumak üzere değiştirilmiştir. Bu kitap bilgi amaçlıdır. Profesyonel tıbbi yardım amacı taşımamaktadır. Kitabın yazarı ve yayıncısı bu kitaptaki bilgilerin kullanımından ötürü ortaya çıkabilecek doğrudan veya dolaylı herhangi bir sorumluluğu kabul etmemektedir.

Copyright©2022, Ayık Kitap

Baskı: Step Matbaacılık  
Matbaa Sertifika No: 45522

# İçindekiler



Yayıncı Ön Sözü.....	5
Eşcinsellik ve Komorbid Ruhsal Bozukluklar: Araştırma ve Terapötik Uygulamalar .....	7
Lezbiyen, Gey ve Biseksüel Danışanlarla Psikoloji Pratiği.....	63



# Yayıncı Ön Sözü



Joseph Nicolosi, Benjamin Kaufman ve Charles Socarides tarafından kurulan Ulusal Eşcinsellik Terapi ve Araştırma Derneği'nin geleneğini sürdüren Terapötik Seçim ve Bilimsel Bütünlük İttifakı'nın resmi yayını olan İnsan Cinselliği Dergisi, özelde cinsel yönelim ve cinsel kimlik odağında genelde insan cinselliği alanında bilim dünyasına ve topluma yönelik bilgi paylaşımına adanmış bilimsel bir dergidir. Derginin birincil hedefi bu alanda düşünsel çığır açan araştırmaları paylaşmaktır.

İnsan Cinselliği Dergisi, istenmeyen eşcinsel çekim yaşayan ve/veya kendi biyolojik cinsiyeti, cinsel kimliği ve değerleri arasında çatışma yaşayan bireylere yönelik çalışmalara özellikle önem göstermektedir. Eşcinsellik konusunda söylenmeyenlerin, dile getirilmeyenlerin, baskılananların, tecrit edilenlerin ve alternatiflerin sesi olmayı amaçlayan dergi, politik ve ideolojik baskılara karşın eşcinsel çekiminden memnun olmayanlara ve konunun ilgisine esasında başka bir ihtimalin mümkün olduğunu gösteren araştırmalara ve terapötik rehberliğe bilimin ışığında öncülük ediyor.

İnsan Cinselliği Dergisi hak sahibi David Pruden onayıyla yayınlanan bu seride, derginin önde gelen kuramsal ve uygulamalı çalışmalarını siz kıymetli okuyucunun istifadesine sunmaktan memnuniyet duyuyoruz.

**Ayık Kitap**



# Eşcinsellik ve Komorbid Ruhsal Bozukluklar: Araştırma ve Terapötik Uygulamalar

Neil E. Whitehead\*  
Lower Hutt, New Zealand

---

\* Neil E. Whitehead, 1971 yılında Yeni Zelanda'daki Wellington Victoria Üniversitesi'nde biyokimya alanında doktora yaptı. Yeni Zelanda hükümeti (24 yıl) ve Birleşmiş Milletler'de (4 yıl) bilim insanı olarak ve daha yakın zamanda bilimsel araştırma danışmanı olarak istihdam edilmiştir. Yeni Zelanda, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri, Fransa, Japonya ve Afganistanda yaşarken ve çalışırken 100'den fazla profesyonel makale yazdı.





# Öz



İstenmeyen eşcinsel çekim (İEÇ)\* ile terapistlere başvuran danışanların, çoğu zaman birlikte ortaya çıkan sorunları vardır. Literatürde yapılan güvenilir araştırmalar, hemen hemen her DSM kategorisindeki ruh sağlığı koşullarının bir skorunun genel EÇ popülasyonunda, karşı cins çekim (heteroseksüel çekim) (HÇ) popülasyonundan üç veya daha fazla oranda bulunduğunu göstermektedir. Bu durumlar bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve şizofreniyi içerir, ancak daha çok duygudurum bozuklukları, depresyon, madde bağımlılığı ve intihar eğiliminden oluşur. Tüm bu durumların terapistlerin özel ilgisine ihtiyacı vardır.

EÇ bildiren bireyler, muhtemelen toplumda karşılaştırılabilir büyüklükteki diğer gruplardan daha yaygın ve yoğun bir psikopatolojik yüke sahiptir, ancak üniversite çağındaki bireyler daha fazla madde bağımlılığı sorunu yaşayabilir. Bu koşulların ters cinsiyet örüntüsü, İEÇ'nin kendisiyle bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir. Güncel literatürdeki araştırmalar, intihardan nesnel ayrımcılıktan ziyade *algılanan* ayrımcılığın sorumlu olduğunu göstermektedir. Ayrıca, EÇ bildiren kişiler tarafından kullanılan belirli duygu/kaçınma odaklı başa çıkma mekanizmalarının, bu algılanan ayrımcılığın etkilerini neredeyse tamamen açıkladığını ortaya koymaktadır.

---

\* EÇ: Eşcinsel çekim (Same-sex attraction); İEÇ: İstenmeyen Eşcinsel Çekim (Unwanted same-sex attraction)

İstatistiksel analiz, terapistlerin kendi terapilerinin aşırı in-tihar eğilimi yaratacağını varsaymamaları gerektiğini, ancak yine de tetikte olmaları gerektiğini göstermektedir.

# Giriş

## Bu Bildirinin Bağlamı



Amerikan Psikoloji Derneği (APA: American Psychological Association), eşcinsel çekim (EÇ) için yapılan terapinin işe yaradığına dair bir kanıt olmadığını öne sürmüştür. Aksine, dernek bu tedavinin zarar riski olduğunu ileri sürmekte ve buna ilaveten, eşcinsellikle ilişkili daha büyük patolojiye dair bir kanıt olmadığı için bunun müdahale ihtiyacını ortadan kaldırdığını iddia etmektedir. Ulusal Eşcinsellik Araştırma ve Terapi Derneği (NARTH Scientific Advisory Committee, 2009) üyeleri bu iddiaları incelemek için kapsamlı bir değerlendirme hazırladılar; bu bildiri, çoğunlukla EÇ duyan bireyler arasında daha fazla patoloji olduğu sorusuna ve bunun terapistler için etkilerine odaklanan bir güncel değerlendirmedir. Literatür, DSM tarafından tanımlanan patolojinin EÇ danışanları arasında çok yaygın olduğunu göstermektedir.

EÇ'li bireylere eşcinsellik için kullanılan isimlendirmedeki kullanışsızlık devam etmektedir. Literatürde, hemcinsine ilgi duyan ve/veya onlarla cinsel ilişki yaşayan kişileri tanımlamak için SSA, MSM\*, WSW\*\*, homoseksüel, gey, biseksüel, lezbiyen, GLB ve bunların varyantları gibi çeşitli terimler kullanılmaktadır. Bu kişiler literatürde sadece çekime, öz kimliğe veya gerçek davranışa dayalı olarak tanımlanabilir. Çekim yaygın olarak en temel kabul edildiğinden, bu makale hemcinsten etkilenenleri tanımlamak için EÇ'i kullanacaktır. Atıf yapılan

\* Men who have sex with men (erkeklerle seks yapan/yapmış erkekler)

\*\* Women who have sex with women (kadınlarla seks yapan/yapmış kadınlar)

bir makalenin bağlam için önemli bir anlamı olan diğer terimleri kullanması durumunda, o terimler açıklık getirmek için kullanılır.

EÇ'li bireyler EÇ duyan bireylerin ruh sağlığını incelerken Bailey (1999), geçmişte EÇ çıkar gruplarına mensup olanların sağlıklı görünürken, terapist ve klinisyenlerle görüşmelerin hasta gibi göründüğünü yorumladı. Bu, sonuçları etkileyen şey açık bir örneklem yanlılığı durumudur. EÇ popülasyonu hakkındaki güvenilir ifadeler bir bütün olarak iyi rastgele örneklere bağlıdır; burada atıfta bulunulan yayınlar, çoğu 1998 veya sonrasında, bu güvenilen rastgele örnekleri kullanmaktadır. Sınırlılıklar uygun olarak belirtilmiştir.

Bu makale sıklıkla Olasılık Oranı (OO) olan sayılara atıfta bulunur. Olasılık Oranı, EÇ grubunun belirtilen koşulu, uygun şekilde örneklenmiş bir KÇ grubunun üyelerine kıyasla ne kadar daha sık içerdiğini ifade eder.

Bir makale, bir EÇ örneğinde intihar eğilimi için 3'lük bir OO veriyse, bu, EÇ grubunda HÇ grubunda meydana gelen intihar girişiminin üç katı olduğu anlamına gelir.

Bu çalışmalarda epidemiyolojik açıdan yaklaşık hesabın not edilmesi faydalı olacaktır: Yeterli istatistiksel anlamlılığa sahip 3'lük bir OO oldukça yüksektir. Bu fark o kadar büyüktür ki, başka bir benzer çalışma, neredeyse kesin olarak, onu bir hata payı içinde doğrulayacaktır. 2'lik bir OO, bulguların muhtemelen başka bir çalışma tarafından doğrulanacağı anlamına gelir. Açıkçası, öyleyse, bu makaledeki OO verileri güvenilir olacak kadar sağlamdır.

Bu makale genellikle sadece istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulan çalışmaları sunmaktadır. Kontrol grupları ile karşılaştırıldığında hâlâ küçük farklılıklar mevcut olabilir. Anlamlı olmayan farklılıklar "NS" olarak etiketlenmiştir. Açıkça belir-

tilmedikçe, gey erkekler için bir ruh sağlığı sorunu lezbiyenler için geçerli olmayabilir, ya da tam tersi.

Hastalıklara yönelik kategoriler ve doğru tanı prosedürleri *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'ndan (DSM-IV-R, Amerikan Psikiyatri Derneği, 2000) alınmıştır. Ayrıntılar atıfta bulunulan yayımlarda yer almaktadır.

Bu sonuçlar EÇ'i olanlar için oldukça cesaret kırıcı olabilir. Bu kişiler, EÇ'in yanı sıra mevcut olabilecek herhangi bir koşula rağmen, terapi sırasında ve hatta terapi dışında birçok türde değişimin gerçekleştiğini fark etmelidir. Birlikte ortaya çıkan durumların başlıca kategorileri arasında, genel nüfusun çoğunu bazen daha fazla veya daha az etkileyen madde bağımlılığı ve depresyon bulunur.

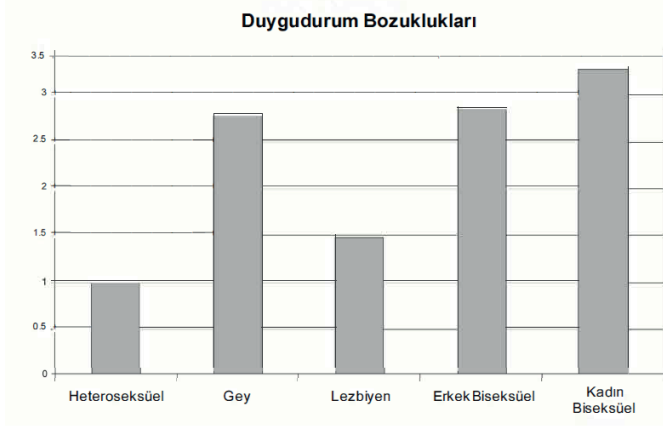
Aşağıdaki materyal, istatistiksel sayısal verileri işlemek için kullanılanlar için mutlak gerekliliği olmayan görsel temsiller içerir. Bu durum için okuyucunun hoşgörüsü rica olunur.

Sonrasında gelen histogramlarda homoseksüel kelimesi zaman zaman gey ve lezbiyen bireylerin bir kombinasyonunu tanımlamak için kullanılır. Karşılaştırma, histogram çubuk uzunluğu 1.0 olan heteroseksüellerle yapılmıştır. Diğer kontrol gruplarına da benzer şekilde histogram çubuğunun uzunluğu 1.0'dır.

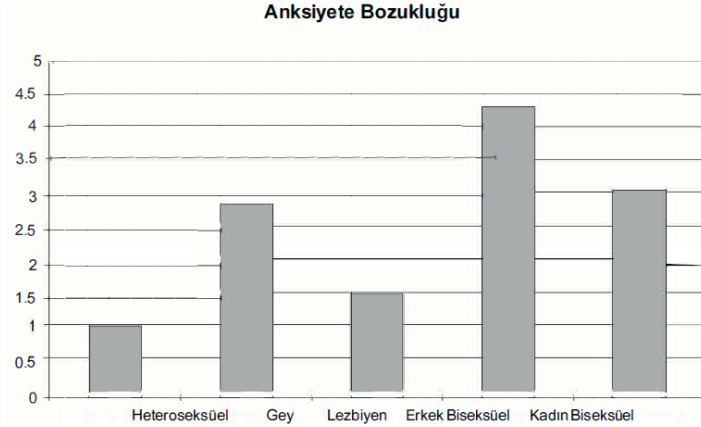
Genel bir bulgu dikkat çekicidir: heteroseksüeller arasında en tipik ruh sağlığı sorunları kadınlar için duygudurum bozuklukları ve erkekler için madde bağımlılığı sorunlarıdır. Bunlar EÇ'li bireylerde tam tersine yer değiştirmiştir, bu olgu makalenin ilerleyen bölümlerinde daha ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

## Olasılık Oranları Sonuçları

Takip eden koşullar yaklaşık olarak artan OO sırasına göre verilmiştir.

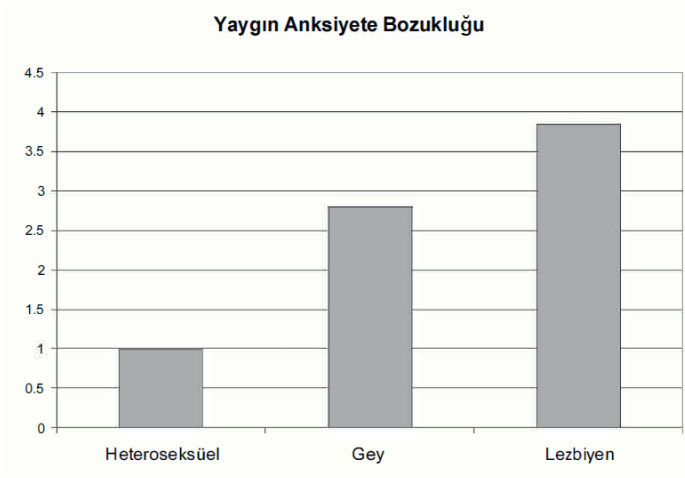


Şekil 1. Duygudurum Bozuklukları, OO 2.78 EÇ erkekleri, 1.48 EÇ kadınları (Tjepkema, 2008; Kanada). Aynı referanstan erkek ve kadın için Biseksüel verileri de paylaşılmıştır.



Şekil 2. Anksiyete Bozukluğu, OO 2.83 erkek, 1.50 kadın (Tjepkema, 2008; Kanada).

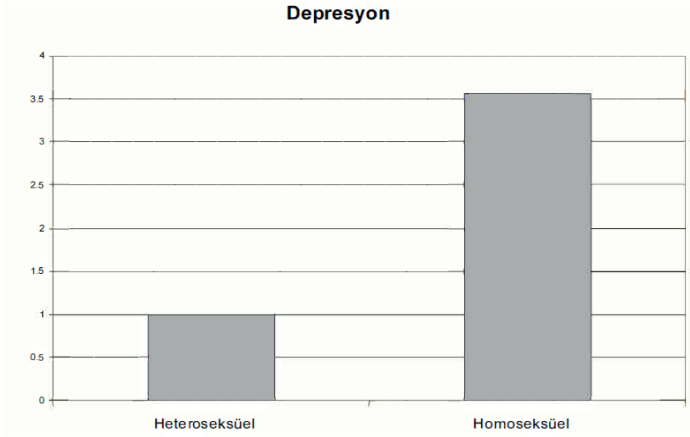
Her iki anket de StatCanada tarafından yapılmıştır ve çok kaliteli olarak kabul edilir. Biseksüel rakamlar en yüksek olma eğilimindedir.



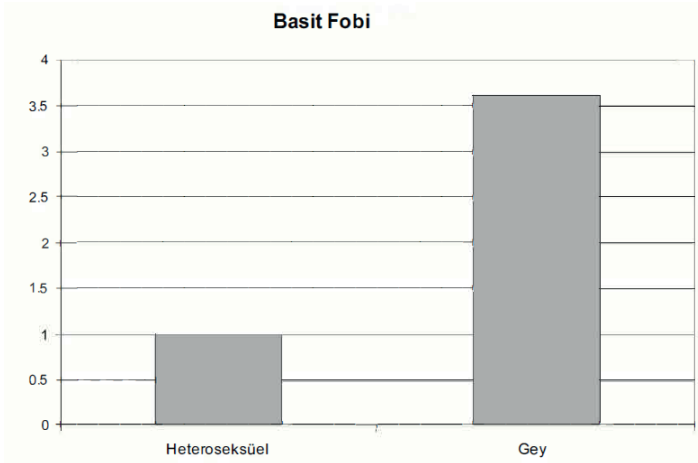
Şekil 3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, OO 2.8 erkek, 1.2–6.5 kadın. Kadınlara yönelik rakamlar çeşitli tanıları için bir aralıktır; bu metinde ortalamalar çizilmiştir (Fergusson, Horwood & Beautrais, 1999; Yeni Zelanda boylamsal çalışması).

Yeni Zelanda ve Kanada coğrafi olarak uzak olmasına rağmen, bu sonuçlar Şekil 2'dekilere oldukça yakındır.

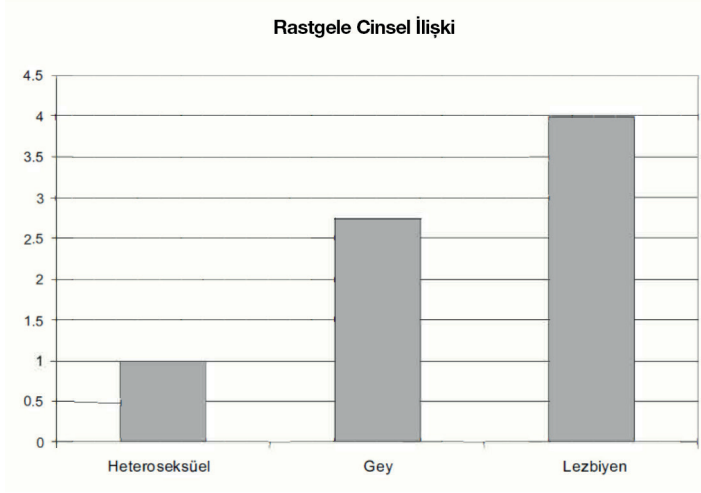




Şekil 4. Depresyon, OO 3.5 (Cochran, Sullivan & Mays, 2003; Amerika Birleşik Devletleri).



Şekil 5. Basit Fobi, OO 3.61 erkek, 1.27 (NS) kadın; ikincisi çizilmedi (Cochran ve diğerleri, 2003).



Şekil 6. Rastgele cinsel ilişki, OO 2.75 erkekler, 4 kadınlar (Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994; Amerika Birleşik Devletleri). Medyanlar kullanılmaktadır. Konu hiperseksüelliğin var olup olmadığıdır; cinsel kompulsiflik üzerine daha sonraki bir tartışma bunun muhtemel olduğunu göstermektedir.

Bu veriler, Birleşik Krallık'ta karışıklık üzerine yapılan bir anketle doğrulanmıştır (Mercer, Hart, Johnson ve Cassell, 2009); anket 1999–2001 yılları arasında gerçekleştirilmiştir ve 5.168 erkeği içermektedir. Anketten önceki beş yıl boyunca, heteroseksüel, biseksüel ve sadece homoseksüel erkekler için ortalama partner sayısı sırasıyla 2, 7 ve 10 idi. Biseksüel erkekler heteroseksüel erkeklerden 3,5 kat daha fazla partnere sahipti; sadece homoseksüel erkekler arasında bu sayı heteroseksüel erkeklerde olduğundan 5 kat daha fazla idi.

Özellikle kızlar başta olmak üzere genç heteroseksüel bireylerin erken romantik ilişkiler edinmelerinin depresyona yol açtığı unutulmamalıdır (Davila ve diğerleri, 2009; Sabia & Rees, 2008). Depresyon cinsel ilişkinin yordayıcısı olduğundan, bu bir tür kısır döngüye işaret eder.

Bunun bir yorumu, birçok girişimden sonra bile ideal partneri bulamamanın depresyona yol açabileceği olabilir. Bu mekânizma, heteroseksüel akranlarından daha genç yaşlarda cinsel ilişkiye girme eğiliminde olan EÇ'i olan kişiler için de geçerli olabilir.

### **Kişilerarası Partner Şiddeti**

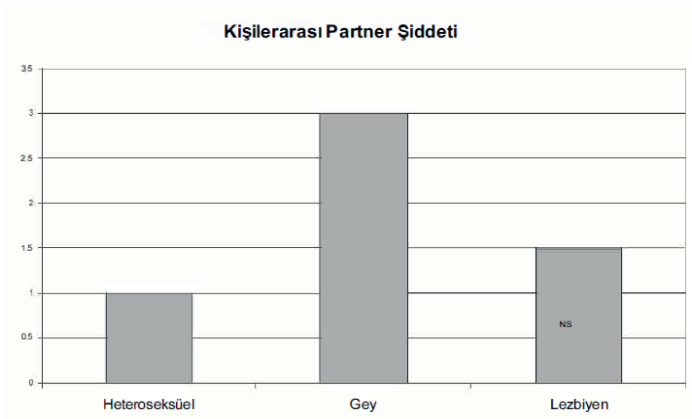
Partnerler arasındaki şiddet konusu özellikle tartışmalı ve kavramsal olarak karmaşıktır. Örneklerin çoğu gerçekten rastgele olmamıştır veya cinsiyet ya da failin ilişkisi hakkında belirsizlik olmuştur. Örnek ne kadar iyi olursa, OO'ların o kadar düşük görüldüğünü belirtmek ilginçtir. En ayrıntılı sonuçlara sahip en gerçek rastgele örnekler Tjaden, Thoennes ve Allison (1999, Amerika Birleşik Devletleri) tarafından bildirilenler gibi görünmektedir; bu nedenle, bunlar ağırlıklı olarak bu makalede kullanılan sonuçlardır. Hem evlilik hem de birlikte yaşamak çalışmaya dahil edilmiştir. Anket, şiddetin yetişkinlik döneminde meydana gelip gelmediğini ve eşcinsel mi yoksa karşı cinsin partnerleri arasında mı gerçekleştiğini sormaya özen gösteriyordu. Şiddet bir partnerliği bozabileceği için verinin bütünlüğünü iyileştiren bir taktik olarak, anket, mevcut partnerliklerle sınırlı kalmadı.

Sonuçlar, eşcinsel çiftlerdeki erkeklerin erkek partnerlerinden şiddet görme olasılığının, karşı cins çiftlerdeki erkeklerin partnerlerinden şiddet görme olasılığından üç kat daha fazla olduğunu göstermektedir (OO 3.0). Sosyal uzlaşma ve fiziksel eşitsizlik nedeniyle, karşı cins partnerlerindeki erkeklerin daha az şiddet görmesi şaşırtıcı değildir. Bu, aşağıdaki histogramın yeterli nitelikte yorumlanmasını oldukça zorlaştırır.

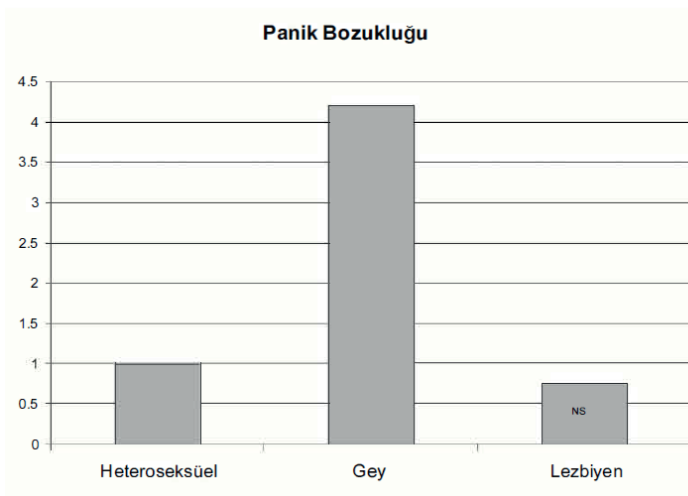
Lezbiyen ilişkileri genellikle şiddet içerir. Ancak bu anket, kadınların kadın partnerlerine uyguladığı şiddetin, erkeklerin kadın partnerlerine uyguladığı şiddetle istatistiksel olarak aynı olduğunu ortaya koydu. İki OO'dan biri istatistiksel

olarak ayırt edilemez olarak çizilmiş olabilir, ancak kullanılan 1.5'tir. Lezbiyenlerin çok fazla genel şiddete maruz kaldığı doğrudur, ancak bu tür şiddet genellikle erkekler tarafından gerçekleştirilmiştir; anketteki EÇ kadınlarının yaklaşık yarısı daha önce karşı cinsle ilişki içindeydi.

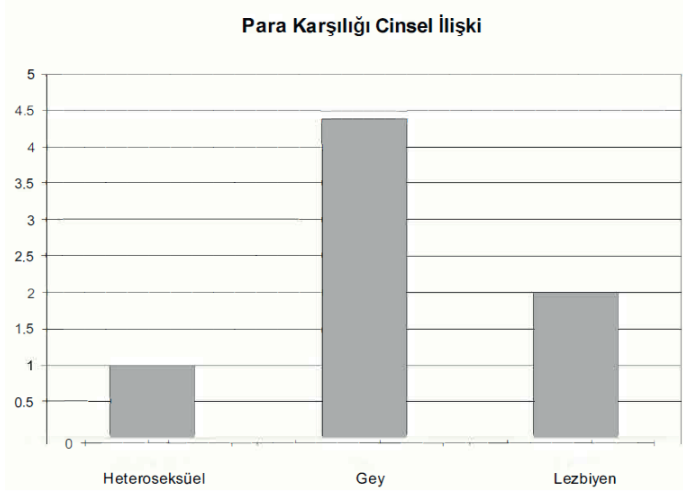
Lezbiyen çiftler arasında aynı düşük şiddet yaygınlığı Schreiber, Oliveira ve Franca-Junior (2008) tarafından desteklenmiştir. Lezbiyen çiftler arasında şiddet oranının düşük olması anekdotsal izlenimlere ve literatürde verilen izlenime aykırı olmakla birlikte, diğer çalışmalar ya belirsizdir, rastgele değildir ya da lezbiyen çiftleri heteroseksüel kontrol gruplarıyla karşılaştırmamıştır. Dikkat çeken nadir aşırı şiddet vakaları varsa, genel aşırı şiddet izlenimi kolayca ortaya çıkabilir, ancak uygun rastgele anketler daha güvenilirdir.



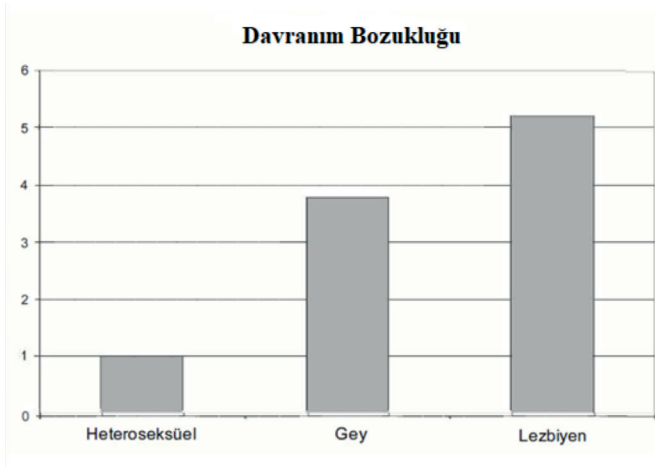
Şekil 7. Aynı ve karşı cins çiftlerde şiddet, OO 3.0 erkek, 1.5 kadın



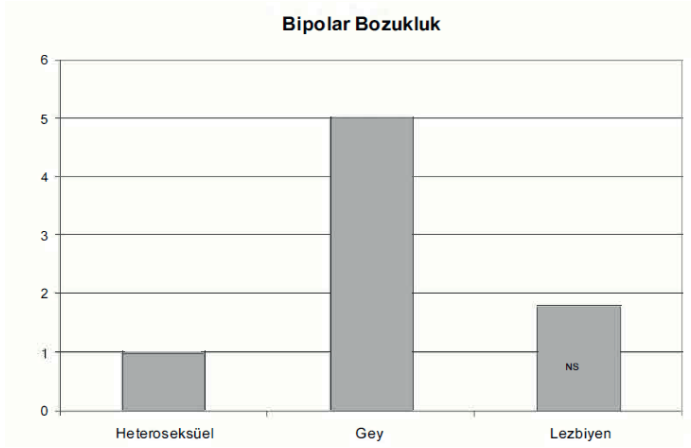
Şekil 8. Panik Bozukluğu, OO 4.21 erkek, 0.75 (NS) kadın (Sandfort, de Graaf, Bijl, & Schnabel, 2001; Hollanda).



Şekil 9. Para Karşılığı Cinsel İlişki, 4.4 erkek, 2.0 kadın (Schrimshaw ve diğerleri, 2006; Amerika Birleşik Devletleri) Karşılaştırmalı HÇ verileri Smith (1998) ve Turner ve diğerlerinin verilerinden elde edilmiştir (1998). Veriler, konaklama veya yiyecek gibi benzer türden ödemeleri içeriyordu.



Şekil 10. Davranım Bozukluğu, 3.8 erkek, 8.7 kadın (Fergusson ve diğerleri, 1999; Yeni Zelanda). Kadınların veri aralığı için ortalama bir rakam kullanılır.



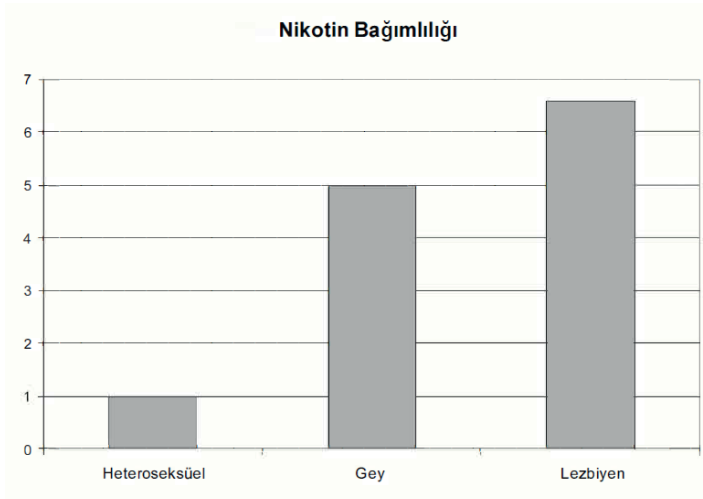
Şekil 11. Bipolar Bozukluk, OO 5.02 erkek, 1.8 (NS) kadın (Sandfort ve diğerleri, 2001; Hollanda).



Şekil 12. İntihar, OO 2.58-10.23 erkek (çeşitli semptomlar; ortalama çizilmiştir),

2.12 kadın. Kadınlar için rakam, depresyon gibi çeşitli diğer ruh sağlığı sorunlarının katkısıyla tamamen açıklanmıştır ve çizilmemiştir (de Graaf, Sandfort ve ten Have, 2006; Hollanda).

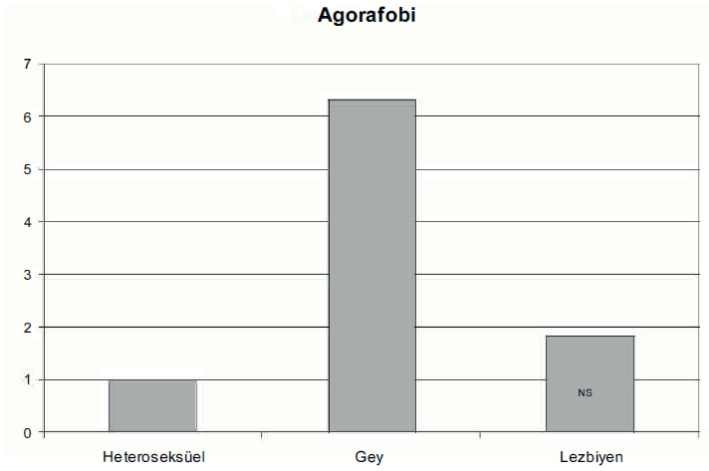
Steele, Ross, Dobinson, Veldhuizen ve Tinmouth (2009; Kanada) tarafından yapılan geniş çaplı araştırmada da intihar eğiliminin önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca bakınız EÇ duyan üniversite öğrencileri için 6.6 'lık bir OO bulan Reed, Prado, Matsumoto ve Amaro (2010; Amerika Birleşik Devletleri). Ayrıntılı tartışma için aşağıya bakınız.



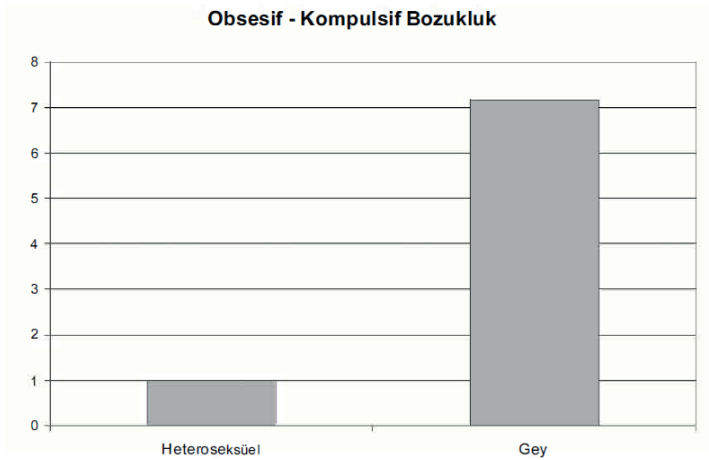
Şekil 13. Nikotin Bağımlılığı, OO 5 erkek, 2.3-10.9 kadın (Fergusson ve diğerleri, 1999; Yeni Zelanda). Kadınlar için ortalama açıklık kullanılmıştır.

Bu rakamlar Yeni Zelanda'nın boylamsal çalışmasından kaynaklanmaktadır. Bulgular, Yeni Zelanda'nın güçlü sigara karşıtı tutumu ve geniş kapsamlı sigara karşıtı mevzuatı göz önüne alındığında özellikle ilginçtir.

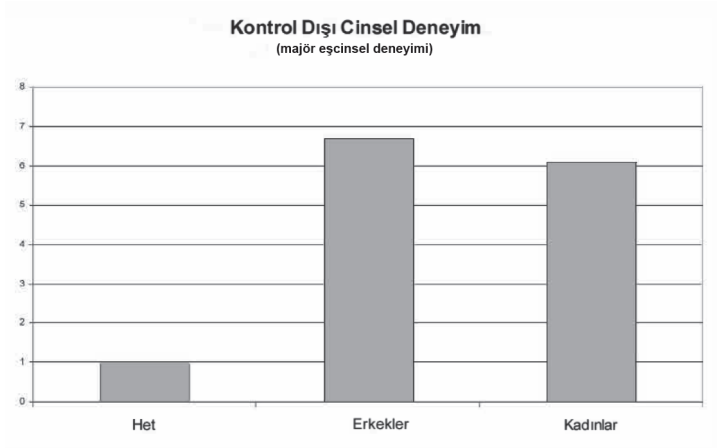




Şekil 14. Agorafobi (halka açık yerlerde bulunma korkusu), OO 6.32 erkek, 1.85 kadın (Sandfort ve diğerleri, 2001; Hollanda).



Şekil 15. Obsesif-Kompulsif Bozukluk OO 7.18 erkek (Sandfort ve diğerleri, 2001; Hollanda). Bu örnekte kadınlar için sıfır yaygınlık vardı, bu nedenle kadınlar için OO grafiği çizilmedi.



Şekil 16. Cinsel Kompulsiflik. OO 6.7 erkek, 6.1 kadın.

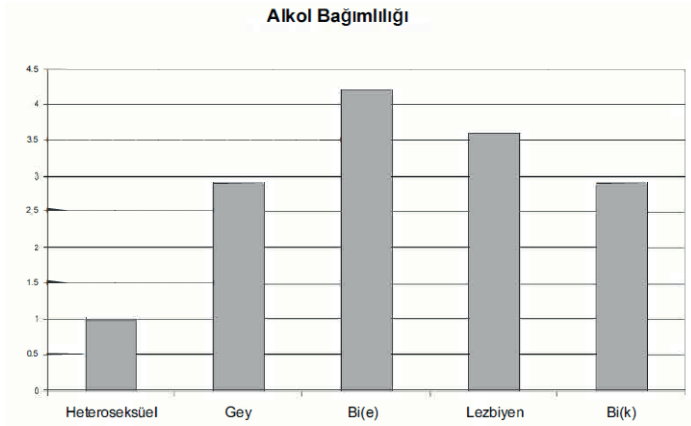
Çeşitli sokak konumlarında araştırma yapan EÇ görevlileri cinsel kompulsiviteyi artırmış olsalar da (Kelly, Bimbi, Nanin, Izienicki, & Parsons, 2009), bu sokak yerlerindeki insanların seyahat etme bağımlılığı olması ve bu nedenle de temsili olmamaları sebebiyle bu anket kullanılmamaktadır.

Şekil 16 'da daha iyi gösterilen veriler, otuz yıldan fazla bir süre boyunca doğumdan itibaren 1.000 kişiyi takip eden Dunedin boylamsal çalışmasında “kontrol dışı cinsel deneyime” atıfta bulunmaktadır. Veriler eşcinsel deneyimi olanlara yöneliktir. Yazarlar, “kontrol dışı cinsel deneyim” ölçüsünün, deneyimlerinin kontrol dışı olduğunu inkâr edenleri dahil edemeyebileceğine dikkat çekmektedir (Skegg, Nada- Raja, Dickson ve Paul, 2010; Yeni Zelanda). Bu önlem, belirlenmiş cinsel kompulsivite ölçeğiyle örtüşmektedir, ancak onunla özdeş değildir.

Bu patoloji tercihen EÇ ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve fiziksel temasta ifade edilen EÇ'in, fiziksel temasta ifade edilen HÇ'den daha fazla ilişkili patolojiye sahip olduğunu gösterir.

## Madde Bağımlılığı

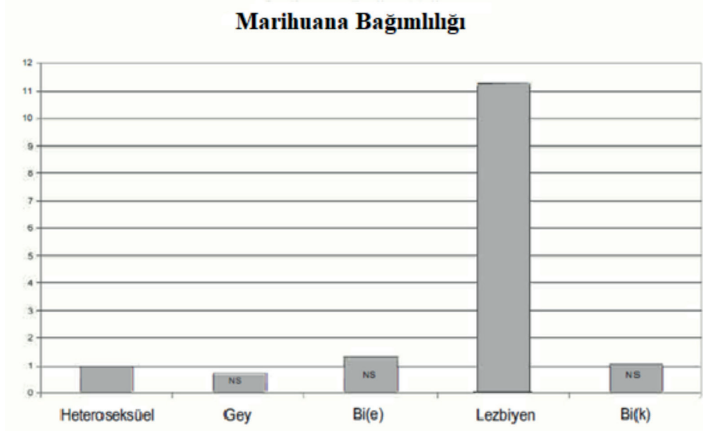
Madde bağımlılığı için sonraki üç histogram McCabe, Hughes, Bostwick, West ve Boyd'dan (2009) alınmıştır ve yaklaşık 35.000 katılımcı üzerinde uygulanmış büyük bir anketi içermektedir. Katılımcılar, kullanım ve bağımlılık ile mevcut cinsel kimliğin farklı dereceleri, mevcut cinsel çekim ve yaşam boyu cinsel davranış arasında ayrım yapmışlardır. Ortaya çıkan OO'lar çekiciliğe göre hesaplanır. Yirmi yaşından sonra cinsel deneyimi olmayanların, heteroseksüellere kıyasla her üç madde için de bağımlılıkları çok düşüktü. Cinsel çekim hissetmeden ancak eşcinsel veya biseksüel olarak tanımlanmayanlar, genellikle net bir kimliğe sahip olanlara göre daha az madde bağımlılığına sahipti. Bir istisna, "diğer uyuşturuculara"(OO 17.6) çok yüksek bağımlılığı olan biseksüel kadınlardır. Bağımlılık için erkek EÇ OO'ları genellikle heteroseksüellerden önemli ölçüde daha büyük olmasına rağmen, kadın OO'ları genellikle önemli ölçüde daha yüksektir.



Şekil 17. Alkol Bağımlılığı, OO gey 2.9, bi (e) 4.2, lezbiyen 3.6, bi (k) 2.9 (McCabe ve diğerleri, Amerika Birleşik Devletler 2009;).

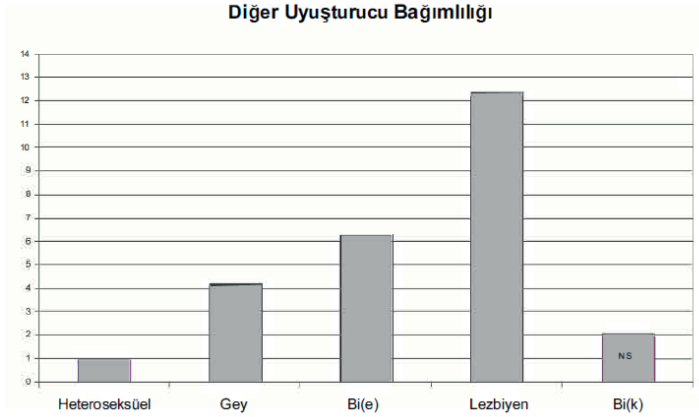
Bildirilen alkol kullanımının homoseksüel ve biseksüel bireyler arasında heteroseksüeller arasındaki kullanımdan farklı olmadığı, ancak geyler, lezbiyenler ve biseksüeller için alkol bağımlılığının daha yüksek olduğu dikkat çekiciydi. Katılımcılar tarafından yapılan raporlama güvenilir ise, bu, orta derecede alkollü içkiyle bile bağımlılığın ortaya çıkabileceği anlamına gelir.

Şekil 17 'deki veriler, Sandfort ve diğerlerinin (2001; Hollanda) daha küçük örnekleminde makul ölçüde desteklenmektedir.



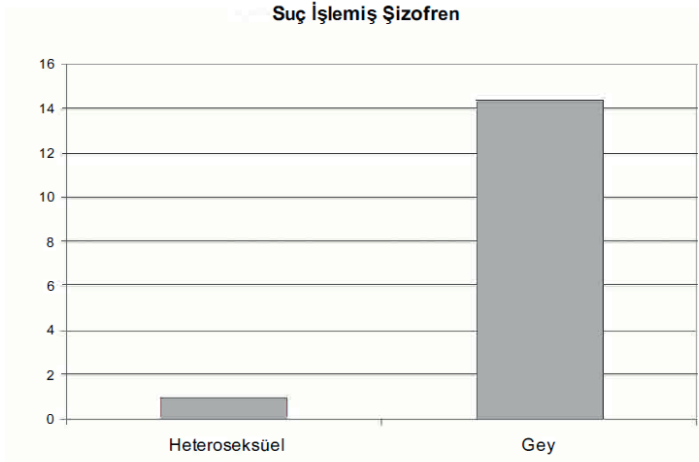
Şekil 18. Marihuana Bağımlılığı. 00 gey 0.7 (NS), bi (e) 1.3 (NS), lezbiyen 11.3, bi (k) 1.1 (NS) (McCabe ve diğerleri, 2009; Amerika Birleşik Devletler).

Marihuana kullanımı EÇ katılımcıları için *bağımlılıktan* çok daha yüksekti; heteroseksüellerden anlamlı derecede daha yüksek olan tek bağımlılık lezbiyenler arasındaydı.



Şekil 19. Diğer Uyuşturucu Bağımlılığı, OO gey 4.2, bi (e) 6.3, lezbiyen 12.4, bi (k) 2.1 (NS) (McCabe ve diğerleri, 2009; Amerika Birleşik Devletler).

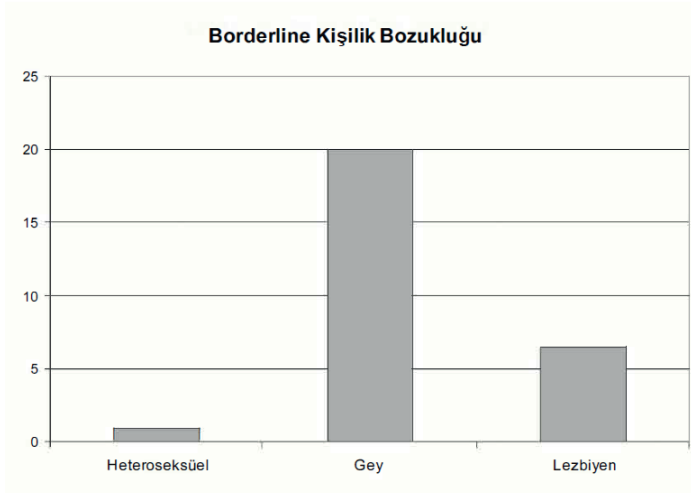
Bu rakamlar için Sandfort ve diğerlerinin (2001) daha küçük örneklemeden makul bir destek vardır. Bağımlılığın ötesinde diğer uyuşturucu kullanımının basit bir özeti mümkün değildir.



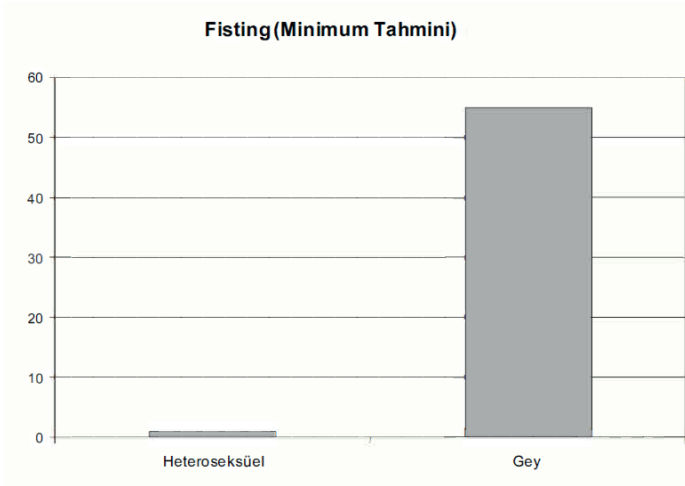
Şekil 20. Şizofreni + Suç, OO 14.4.

Bu örnekte grup ezici bir şekilde EÇ'di (Alish ve diğerleri, 2007; İsrail). Bununla birlikte, bu makaledeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, adalet sistemindeki bir adli birime yapılan ardışık başvurulardan nispeten küçük bir örneklemdi. İstatistiksel olarak son derece anlamlı olmasına rağmen, kesin değer normalden daha büyük bir hata payına sahiptir.

Bu örneklemden elde edilen sonuç, bir bütün olarak şizofrenleri veya bir bütün olarak EÇ popülasyonunu değil, cinsel suç işleyen şizofrenleri ifade etmektedir. Peki hangisinin önce olduğu söylenebilir? EÇ mi yoksa şizofreni mi? Birçok araştırmaya göre, ilk eşcinsel çekimin yaklaşık on yaşında meydana geldiği EÇ'di.



*Şekil 21.* Borderline Kişilik Bozukluğu, 00 20 erkekler, 6.5 kadınlar (Sandfort ve diğerleri, 2001; Hollanda). Bu, duygudurumdaki istikrarsızlığı, kararsız kişisel ilişkileri ve benlik duygusundaki rahatsızlığı içerir; aynı zamanda şiddeti de içerebilir.



Şekil 22. Fisting (Vajinaya/Anüse Kol Sokma Davranışı), 00 55 yalnızca erkekler (Richters, Grulich, de Visser, Smith, & Rissel, 2003; Avustralya).

Bu sonuçlar Avustralyalı yetişkinlerin rastgele bir örneğine dayanmaktadır; alıntılanan makaledeki belirsizlik nedeniyle bu rakam asgari düzeydedir. Fisting, DSM kategorisi “Parafililer”in bir yordayıcısı olarak listelenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000) ancak daha iyi bir nicelik belirlenmesi gerekmektedir. Lezbiyenlerin birkaç yüzde onu **vajinal fisting** denemiştir. Karşılaştırılabilir heteroseksüel veriler kolayca bulunabilen düzeyde değildir, ancak muhtemelen düşük prevalans gösterir.

### **Ruhsal Bozukluklar Tartışması**

Bir DSM kategorisi olmamakla birlikte, patolojinin bir başka örneği “korunmasız sekste intihar riski alma” olabilir (van Kesteren, Hospers & Kok, 2007). Bu tür “intihar riski alma”, HÇ ve EÇ gruplarında HIV enfeksiyonu prevalansı dikkate alınarak hesaplanabilir.

Bu hesaplamayı kullanarak, erkek EÇ gruplarındaki artan OO riski, homoseksüel erkekler arasında Yeni Zelanda'daki heteroseksüel erkeklerden 200 kat, Birleşik Devletleri'ndeki heteroseksüel erkeklerden yaklaşık 500 kat daha fazladır. Bunlar açıkça olağanüstü yüksek riskleri temsil eder.

Francis (2008), Amerika Birleşik Devletleri'nde bir erkekle korunmasız alıcı anal seksin sağlık riskinin, bir kadınla vajinal seksten 3.500 kat daha yüksek olduğunu hesaplamaktadır. Benzer risk almayı toplumun diğer benzer büyüklükteki kesimlerinde bulmak zordur. Bu risk alma oldukça patolojiktir ve muhtemelen bu makalede incelenen risklerin en uç noktasıdır.

Genel bir kural olarak, EÇ popülasyonları, incelenen DSM özelliklerinin çoğunun prevalansının genel popülasyonda bulunandan yaklaşık üç kat ve bazen çok daha yüksek bir prevalansa sahiptir. Biseksüellerin özel EÇ grubundan daha yüksek bir prevalansa sahip olma eğilimi, **ikili kimlikten** kaynaklanan ek stresi yansıtabilir.

Psikiyatrik rahatsızlığı olanların anketlerle iş birliği yapma olasılığı daha düşüktür (Haapea ve diğerleri, 2008), bu nedenle yukarıdaki OO sonuçları asgariyi temsil eder. Üç faktör, otobüs kazalarında yaralananlar ve daha sonra fiziksel engellilik ve bunun sonucunda ruhsal bozukluk yaşayanlar arasında bulunan (Mohanan & Moselko, 2009) ile aynıdır, bu da EÇ popülasyonunun yaşadığı psikolojik travmanın derecesinin bir göstergesi olabilir.

Sonuç olarak, EÇ popülasyonunda HÇ popülasyonuna göre daha yaygın olduğu iyi bilinen birçok farklı patolojik özellik vardır. *Bu kadar yoğun ve yaygın patolojiye sahip toplumda*, bazılarının EÇ'in normalden daha patolojik olmadığı iddialarına rağmen, *karşılaştırılabilir büyüklükte bir grup bulmak zordur.* (Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mahkumlar daha yoğun patolojiye sahiptir [herhangi bir zamandan anlık ka-



yıt alınarak, madde kullanımı veya bağımlılığı ve diğer ruhsal koşullar ile yüzde 90'dır, Gunter ve diğerleri, 2008], ancak mahkumlar Amerika Birleşik Devletleri'ndeki nüfusun sadece yüzde 1'ini temsil ettiğinden, bazıları böyle bir karşılaştırmanın uygunluğuna itiraz edebilir.)

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki üniversite çağındaki bireylerin de daha kötü patolojilere sahip olması mümkündür (Blanco ve diğerleri, 2008). Üniversite çağındaki insanların yaklaşık yarısında geçen yıl DSM koşulu vardı ve bu durum ömür boyu EÇ yaşayanların yarısına karşılık gelmektedir. Üniversite çağındaki koşullar çoğunlukla madde kullanımına bağlı ve yaş sınırı olan durumlardır; EÇ için sonuçlar yaşla sınırlı değildir ancak genellikle anket noktasına kadar tüm yaşamı içerir.

EÇ'i olan kişilerde HÇ olan emsallerine kıyasla patoloji açıkça artmıştır; bu o kadar doğrudur ki, bazı yazarlar (Fergusson ve diğerleri, 1999) herhangi bir ruhsal bozukluğun kişiyi EÇ'e yatkın hale getirdiğini öne sürmüştür. Bu fikrin bir yorumu, ruhsal bozukluğun EÇ'den önce geldiği olabilir; bu, bazı hayvanlarda görülen ayrıcı gücün (koku alma gibi) başarısızlığının tüm cinsiyetlerle ayırım gözetmeyen kur yapma davranışına yol açtığı durum gibidir. EÇ'li bireylerde bunun için bir kanıt yoktur ve bu formdaki teori olası değildir. EÇ'li bireylerde, aynı cinsiyete karşı pozitif bir çekim vardır, ayırt etme başarısızlığı değil. Biseksüel bireyler arasında bile, çoğu her cinsiyete farklı, benzer olmayan çekimler yaşar. Dahası, bir bilgisayar modelini kullanarak, Lung ve Shu (2007) Tayvan'daki askeri personel arasında ruh sağlığının yetersizliğinden kaynaklanan EÇ'e rastlanmadı. Son olarak, EÇ'li bireyler arasında olağan ruhsal bozukluk öyküsü, EÇ farkındalığı ve ardından depresyon ve intihar eğilimidir; bu da EÇ'nin rahatsızlıkları ortaya çıkarmasından ziyade, rahatsızlıkların EÇ'i ortaya çıkardığını düşündürmektedir.

EÇ ile ilişkili inanılmaz çeşitlilikte ruhsal bozukluklar vardır ve bunların pek çoğu arasında genel rahatsızlık ve psikiyatrik bozukluklar dışında çok az ortak nokta vardır. Başlangıçta EÇ'in bu kadar çeşitli sonuçlara nasıl yol açabileceğini görmek zordur. Örneğin, EÇ (tek bir koşul) neden bipolar bozukluk, şizofreni ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi farklı durumlar üretsin ki? Fakat ilişkiler oldukça güçlüdür. EÇ öykülerindeki yoğun bağlantı-çoşku/ret-umutsuzluk motifinin bazı insanlarda bipolar bozukluğa yol açabileceği düşünülebilir.

Ayrıca, bazı EÇ'li bireylerde cinsel kompulsivliğin artmasının obsesif kompulsif bozukluktaki kompulsivitesiye yol açabileceği de düşünülebilir.

Sık yapılan bir yorum, EÇ duyan erkeklerin heteroseksüel kadınlarda yaygın görülen daha yüksek oranlardaki koşullara (duygu durum bozuklukları) sahip olma ve EÇ duyan kadınların heteroseksüel erkeklerde yaygın görülen daha yüksek oranlardaki koşullara (madde bağımlılığı) sahip olma eğilimi olduğudur. Bu beklenen bir şey değildir. Toplumsal tutumlar tek etken olsaydı, cinsiyete bağlı *heteroseksüel* ruh sağlığı örüntülerinin yoğunlaşması gerekirdi, ancak öyle değildir. Ters çevrilmiş örüntü, cinsel yönelimle yakından bağlantılı bir kökeni savunur. Başka bir deyişle, EÇ bu cinsiyete dayalı örüntünün doğal olarak üretkeni olabilir.

## **Terapinin Sonuçları**

Rekers (2005), gey, lezbiyen ve biseksüel insanların çoğunluğunun yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik bozukluğu olduğunu ve Yeni Zelanda çalışmasında (Fergusson ve diğerleri, 1999) bu kişilerin yüzde 70'inin yaşamları boyunca birden fazla psikiyatrik bozukluğu olduğunu bildirmiştir. University College of London tarafından yapılan bir araştırma (King & McKeown, 2003), EÇ'li bireylerin üçte ikisinin, heteroseksüellerin üçte birine kıyasla yaşam boyu ruhsal bozukluğu oldu-

ğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, EÇ ve HÇ arasındaki 2:1'lik bu genel fark, genellikle 3 veya daha fazla olarak bulunan OO'lardan (yukarıda ayrıntılı olarak belirtildiği gibi) daha azdır. Bu eşitsizliğin bir nedeni de üniversite çağında madde kullanımının HÇ verilerine katkısıdır.

EÇ'li bireylerde ruhsal bozuklukların daha yüksek olan prevalansı, özellikle terapi kaynaklarına olan ihtiyacın artmasında sosyal etkilere sahiptir. Ortalama bir terapötik danışan depresif olabilir, ancak bu danışan genellikle sadece bir durumdan muzdarip olur; başka bir deyişle, **danışan genellikle şiddet yanlısı değildir**. Araştırmadan elde edilen sonuçlardan biri, istenmeyen eşcinsel çekim ile başvuran çoğu danışanın sadece istenmeyen EÇ durumuna sahip olmadığı, aynı zamanda psikiyatrik bir duruma sahip olma olasılığının da yüksek olduğudur. Terapistler daha sonra ikinci durum nedeniyle daha zorlu bir tedaviyle karşı karşıya kalabilirler. Genel olarak terapistler, eşcinsel çekimi ele almadan önce diğer bazı konulara bakmanın gerekli olduğunun farkındadırlar; örneğin, cinsel istismar veya intiharın etkileri EÇ'e göre terapötik olarak daha acildir.

İlginç bir şekilde, birçok ruhsal durumun araştırılması (Cerde, Sagdeo ve Galea, 2008), iki koşul mevcut olduğunda, birinin diğerini üretebileceğini gösterdi. Örneğin, depresyon alkolizme neden olabilir, ancak alkolizm depresyona da neden olabilir (Marmorstein, 2009). O zaman bir durumu tedavi etmek diğerine büyük ölçüde yardımcı olabilir. Benzer şekilde, EÇ ile birlikte ortaya çıkan ruhsal bir durumun (sosyal kaygı gibi) tedavisi, eşcinsellik özel olarak ele alınmamış olsa bile, bazen EÇ'de iyileşmeye yol açabilir (Golwyn ve Sevlie, 1993).

Yaşamda bu kadar zorluk çeken bir gruba terapötik yanıt ne olmalıdır? Herhangi bir danışanda olduğu gibi, şefkat ve empati terapötik yaklaşımda temel olmalıdır. Buna ek olarak, başka konuların mevcut olabileceğini ve araştırılması ve ele alınması gerekebileceğini anlamak önemlidir. Ayrıca, birden

fazla sorunu gündeme getiren danışanlarla çalışırken, terapötik katılımın normalden daha yoğun ve daha uzun olabileceği ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

EÇ ile ilişkili eşlik eden ruhsal bozukluklar ve daha büyük zorluklar da birçok insanın oryantasyon ve/veya yaşam tarzı değişikliği istemesine neden olabilir. Bazı EÇ duyan erkek ve kadınlar daha az sıkıntılı bir hayat arzulayabilir ve bu nedenle değişim arayabilirler. Değişiklik talepleri hafife alınmamalı veya göz ardı edilmemeli, bilakis daha geniş bağlamda anlaşılmalıdır.

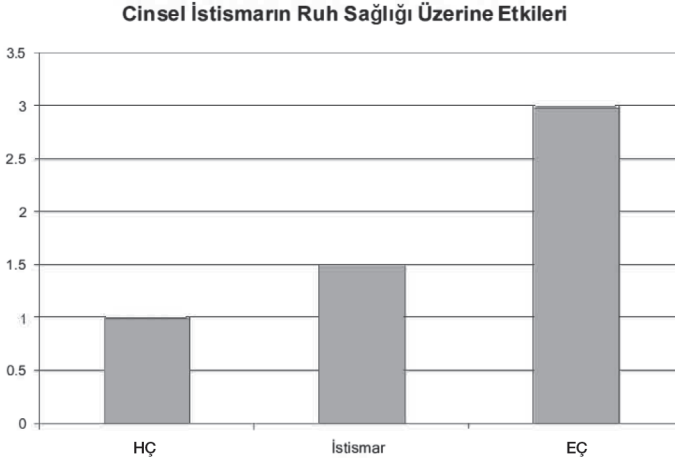
### **Kötü Ruh Sağlığının Kökenleri**

EÇ'li bireyler arasında ruh sağlığı neden daha kötüdür sorusuna, damgalama ve ayrımcılık cevabı verilmiştir. Aşağıdaki materyal (genel olarak ruh sağlığı koşullarını ve spesifik olarak intiharı incelemek suretiyle), damgalama ve ayrımcılığın bütünün beklenmedik bir şekilde küçük bir parçası olduğunu savunmaktadır. Peki yerel yasalar bir etken midir? Hatzenbuehler, Keyes ve Hasin (2009), ABD'nin çeşitli bölgelerinde ayrımcılık karşıtı mevzuat eksikliği ile eşcinseller ve lezbiyenlerdeki daha kötü ruh sağlığı arasında bir korelasyon bulmuşlardır.

Bu, yasal ortamın EÇ'li bireylerde kötü ruh sağlığına neden olabileceği anlamına gelir. Bununla birlikte, ruh sağlığı sorunlarından en az etkilenenler makul bir şekilde daha elverişli bir mevzuatın bulunduğu alanlara taşınırlar. Benzer çalışmalarda benzer kafa karıştırıcı faktörlere izin verilmesinde büyük özen gösterilmesi gerekecektir.

Bu bağlamda cinsel istismar ne kadar önemlidir? Bartholow ve diğerleri (1994; bkz. Şekil 23), cinsel istismara uğrayan EÇ danışanlarının daha kötü ruh sağlığı için 1.5'lik bir OO'na sahip olduğunu bulmuştur. Başka bir deyişle, cinsel istismarın

kötü ruh sağlığı ile ilişkili bir faktör olduğu savunulmaktadır. Bununla birlikte, EÇ yaşayanlar için OO 3.0 rakamındaki boşluk, HÇ'e kıyasla 0.5'lik artıştan çok daha büyüktür. Bu boşluk sadece toplumsal baskıdan kaynaklanıyorsa, bunun anlamı cinsel istismardan yaklaşık üç kat daha kötü olarak deneyimlendiğidir ki bu da pek inandırıcı değildir.



Şekil 23. Cinsel İstismarın Etkileri; OO 1.5 istismar ve 3.0 EÇ.

Frisell, Lichtenstein, Rahman ve Langstrom (2009) tarafından yapılan nicel modelleme, EÇ'li bireylerin ruhsal sağlık yükünün önemli bir kısmını algılanan ayrımcılık ve mağduriyetlerinin oluşturduğunu göstermiştir; geri kalanının genetik/aile faktörlerinden kaynaklandığını savunmaktadırlar.

EÇ'e karşı yapılan bu ayrımcılık mevcut literatürde *azınlık stresi* olarak adlandırılmaktadır. Hamilton ve Mahalik (2009), azınlık stresinin yasadışı uyuşturucu kullanımı ile doğrudan ilişkili olmadığını, ancak azınlık stresi ile birlikte algılanan sosyal normlara verilen tepkinin bir miktar katkısı olduğunu

nu bulmuşlardır. Uyuşturucu kullanımı üzerindeki etkilerin sadece yüzde 13'ü örüntü tarafından açıklanmaktadır, bu nedenle azınlık stresi güçlü bir faktör değildir ve uyuşturucu kullanımının çoğu nedeni açıklanmamıştır.

McCabe, Bostwick, Hughes, West ve Boyd (2010) azınlık stresi, ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı (homofobi, ırkçılık ve cinsiyetçilik gibi) arasındaki etkileşimi ve yasadışı uyuşturucu kullanımı üzerindeki etkilerini incelemiştir. Azınlık stresi tek başına önemli bir faktör değildi, sadece cinsiyet/ırk karışımının bir parçası olduğunda önemliydi. Irk tek başına en güçlü faktördü (OO 3.2); cinsiyet ve azınlık stresinin eklenmesi OO'nunu sadece biraz etkiledi ve 3.85'e çıkardı. Cinsel yönelim gerekçesiyle yapılan ayrımcılığın sadece küçük bir etkisi olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, Selvidge, Matthews ve Bridges (2008), heteroseksist veya cinsiyetçi deneyimlerin lezbiyenlerin psikolojik iyi oluşları üzerinde hiçbir etkisi olmadığını bulmuşlardır.

Cochran ve Mays (2009), California Quality of Life Survey veri setinde, EÇ erkeklerindeki kötü ruh sağlığının bir diğer olası nedeni olan HIV enfeksiyonu ile kötü ruh sağlığı arasında bir ilişki bulmuşlardır. HIV enfeksiyonunun önemli bir etkisinin olabileceği şaşırtıcı değildir, ancak nedenselliğin yönü henüz belirlenmemiştir ve etkisi diğer çalışmalarda tutarlı bir şekilde bulunmamıştır.

## **Depresyonun Kökenleri**

İntihar bulgusunun aksine (sonraki konu), sıklıkla kullanılan içselleştirilmiş homonegatiflik ölçeğinin üç depresyon biçimiyle orta ila güçlü bir bağlantıya sahip olduğu gösterilmiştir (Rosser, Bockting, Ross, Miner ve Coleman, 2008). Homonegatiflik ölçeği, genel olarak toplumdaki tutumların tipik olduğu söylenen homoseksüellikle ilgili olumsuz ifadeleri ölç-

mektedir ve literatürdeki çıkarımlar, bu sözde yanlış ifadelerin içselleştirilmesinin depresyona yol açtığıdır.

Bununla birlikte, listedeki bazı ifadeler genel olarak doğrudur, örneğin “Gey erkekler (ilişkilerinde) heteroseksüel erkeklerden daha rastgeledir” veya “Homoseksüelliğimi kimin bildiğini kontrol etmek benim için önemlidir.” Bu ifadelere inanmanın depresyona yol açması şaşırtıcı değildir. Bu, kendi içinde toplumun suçlu olması gerektiğini açıkça göstermez ve depresif tepkilerin kısmen gerçeğe yönelik bir tepki olabileceğini gösterir.

Benzer şekilde, Josephson ve Whiffen (2007), homoseksüel erkeklerin depresyonlarına en büyük katkının erkeklik idealleri ile yaşadıkları gerçeklik arasındaki bir kopukluk olduğunu bulmuşlardır. İncelenen diğer karakter özelliklerinin daha küçük katkıları vardı.

## **İntihar Nedenleri**

İntihar girişimine kıyasla ölümle sonuçlanan intiharların yaygınlığının EÇ’li bireyler için daha yüksek olduğuna dair çok az doğrudan kanıt vardır. Shaffer’a ait bir araştırmadan Hendin (1995) tarafından alıntılanan bir çalışma, fiili olarak ölümle sonuçlanan intiharların HÇ ve EÇ bireyleri için orantılı olarak aynı olduğunu, bu nedenle belki de sadece intihar girişimlerinin EÇ’li bireyler arasında daha sık olduğunu göstermiştir.

Bununla birlikte, Mathy, Cochran, Olsen ve Mays (2009), Danimarka’da EÇ’li bireylerin büyük bir örneğini inceledi. Kayıtlı Eviçi Partnerlik sözleşmesi yapanlar, kadınlar için 1.65 (NS) ve intiharı gerçekleştirmiş olan erkekler için 8.0’lık bir OO’ya sahipti. Bu, ölümle sonuçlanmış intiharların EÇ bireyleri arasında heteroseksüellerden, en azından erkekler arasında daha yaygın olduğunu ortaya koyuyor gibi görünüyor. Bununla birlikte, eviçi partnerlik dinamiğinin kendisi genel

olarak EÇ popülasyonu için tamamen tipik bir durum olmayabilir ve yanlış bir sonuca yol açabilir.

### **Damgalama İntihara Yol Açar mı?**

Ayrımcılık/damgalama/önyargı intihar eğilimine neden olur mu? Açıkça görülüyor ki gerçek bir ayrımcılık var. İntiharın gerçek nedeninin, bireyin *algılanan* ayrımcılığa verdiği tepki ve heteroseksüeller arasında daha az görülen belirli bir başa çıkma tarzı olduğu ileri sürülmektedir.

Ayrımcılık algılandığında ya da gerçek olsun, ilgili bireyler üzerinde fiili ve zararlı etkileri vardır. Araştırmacıların ayrımcılık, istismar ve damgalamanın intihar nedeni olduğunu iddia etmeleri çok yaygındır. Bu makul görünse de çoğu yazarın *algılanan* niteleyici terimi kullanmaya dikkat ettiği yayımlanmış makalelerde bu yaygın iddia için oldukça az nicel destek vardır.

### **İntihar Nedeni Olarak Ayrımcılık**

Ridge, Plummer ve Peasley (2006), EÇ'li erkeklerin yaşamdaki başarı düzeylerine bakılmaksızın kendilerini sürekli yabancı hissettiklerini bildirdiklerini söylemişlerdir. Bu reddedilme hissi açıkça intihara meyilli duygulara neden olabilir.

Diaz, Ayala, Bein, Henne ve Marin (2001), gey erkekler tarafından bildirilen sosyal ayrımcılığın intihar düşüncesinin güçlü bir yordayıcısı olduğunu bulmuşlardır. Ancak bu araştırmacılar, atıfta bulunulan ayrımcılığın homofobiden ziyade yoksulluk ve sosyal izolasyondan kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Çocukken (OO 3.5) ve yetişkinde yaşanan şiddet, yetişkinlerin alay etmesinden daha güçlü bir şekilde beslenmiştir. Araştırmacılar intihara meyilli olan kişilerin psikolojik sağlıklarının düşük olduğunu, başka bir deyişle koşullardan diğer insanlara nazaran daha fazla etkilendiklerini ifade



etmişlerdir. Genel olarak, intihar düşüncesinin sadece yüzde 38'i açıklanmıştır. Bu, tespit ettikleri faktörlerin bile başlıca nedenler olmadığı anlamına gelir.

İntihar girişiminde bulunanları içeren bir İnternet araştırmasında (Hillier, Turner ve Mitchell, 2005), vakalara sadece yüzde 35'lik oranda homofobinin neden olduğunu bulguladı ve yine bu tür bir "ayrımcılığın" önemli bir neden olmadığını öne sürdü. Bununla birlikte, İnternet anketlerinin her zaman tüm nüfusu temsil etmediği unutulmamalıdır.

D'Augelli ve diğerleri (2005), ebeveyn bilgisinin ve kişinin cinsel yönelimin onaylanmamasının intihar eğiliminde bir faktör olduğunu bulmuşlardır. Ebeveynlerin psikolojik istismarı, görüşlerine göre en önemli faktördü. Ancak Hegna ve Wichstrom (2007), aile ve arkadaşlar tarafından cinsel yönelimin kabul edilmemesinin intihar eğiliminde bir faktör olmadığını savunmaktadır.

İntihar da mağduriyetle ilişkiliydi. Açıkçası, intihar eğiliminin potansiyel nedenlerinin daha fazla araştırılması ve daha iyi ölçülmesi gerekir.

Bazı makaleler, ayrımcılığı bir intihar nedeni olarak göstermektedir, ancak daha az bir etki beklenebilir. Özetle, bu kabaca olsa da yukarıdaki daha nicel makalelerdeki rakamlar yüzde 30 ile 40'tan fazla bir etkiye işaret etmemektedir. Aşağıdaki araştırma ise, rakamın daha az olduğunu göstermektedir.

### **Ayrımcılığın Önemine İlişkin Şüpheler**

Shaffer, Fisher, Hicks, Parides ve Gould (1995), intihar girişimlerinin damgalama olaylarını takip etmediğini bulmuşlardır. İntihar girişimlerinden önce psikiyatrik bir rahatsızlık (muhtemelen depresyon) olduğunu buldular.

Hershberger ve D'Augelli (1995) de benzer şekilde mağduriyetin doğrudan intiharla ilgili olmadığını; bağımsız intihar dü-

şüncesinin mağduriyet kadar önemli olduğunu bulmuşlardır. Aile desteğinin intiharı önlemede çok önemli olduğunu da bulgularına eklemişlerdir.

Bir dizi makale, nesnel olarak ölçülen ayrımcılığın herhangi bir etkisi olup olmadığı konusunda oldukça güçlü bir şüphe uyandırmaktadır. Eisenberg ve Resnick (2006) ayrımcılığın intihar eğiliminde çok fazla rol oynamadığını ve diğer faktörlerin baskın olduğunu bulmuştur.

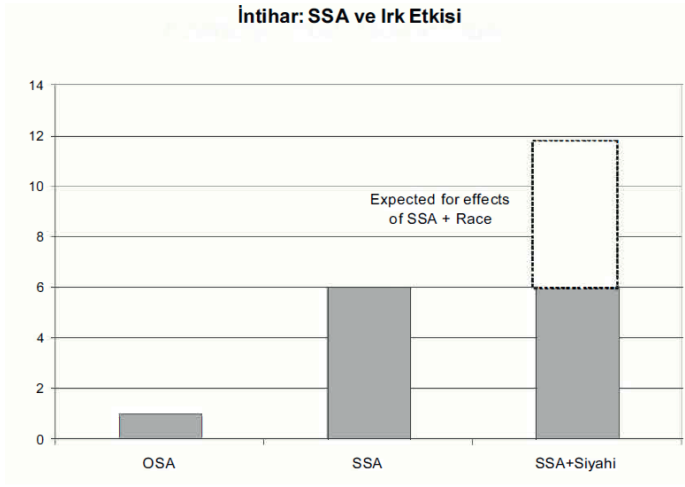
Paul ve diğerleri (2002), EÇ'li bireyler arasında intihar girişimleri için ortalama yaşın yıllar içinde azaldığından bahsetmektedir. Toplumda daha fazla kabul görmesine rağmen, daha erken girişimler vardır, bu nedenle intihar eğilimleri toplumdaki görüş eğilimlerine aykırıdır. D'Augelli ve diğerlerinin çalışmasından (2005) alıntı yaparak, en büyük girişim sıklığının genç EÇ'li bireylerin cinsel yönelimlerinin farkında oldukları ancak henüz gizli kaldıkları noktada olduğunu belirtmişlerdir. Ross (1988), Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda ve Danimarka'nın EÇ bireyleri arasındaki intihar oranlarını nasıl karşılaştırdığını tanımlamıştır. Farklı kabul seviyelerine rağmen fark olmadığı görülmüştür.

1978'deki çalışmanın ardından Ross, toplumsal tepki *algısının* ana çıkış noktası olduğunu düşünmüştür. Ross ayrıca *algılanan* düşmanlık ile psikolojik uyum arasında bir ilişki de bulmuştur.

Daha güncel çalışmalar, Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda, Yeni Zelanda, Danimarka ve Norveç'teki EÇ'li bireyler arasında temelde aynı intihar oranları olduğunu belirlemiştir. Bu bulguya dayanarak, değişen toplumsal tutumların intihar oranlarıyla çok fazla ilgisi olması muhtemel değildir.

Almeida, Johnson, Corliss, Molnar ve Azrael (2009), EÇ'li gençlerin, EÇ dışındaki akranlarına (OO 6) göre çok daha yüksek intihar eğilimine, intihar ve kendine zarar verme dü-

şüncesine sahip olduğunu göstermektedir; örneklemelerinin çoğunun ırksal azınlıklar olduğu belirtilmelidir. Daha önce de belirtildiği gibi, ırksal *çoğunluk* durumlarında EÇ/HÇ (SSA/OA) karşılaştırmaları için 6'lı OO'lar bulunur (bkz. Şekil 12). Irk ve EÇ'in ikili yükünün 6'dan çok daha yüksek bir OO ile sonuçlanması çok olası görünmektedir; bu beklenti Şekil 24'te gösterilmiştir.



Şekil 24. Birleşik ırk ve SSA'nın eksik etkileri.\*

Yetişkinler için benzer bir bulgu Cochran, Mays, Alegria, Ortega ve Takeuchi (2007) tarafından bildirilmiştir; ırksal azınlıklardaki cinsel yönelim azınlıkları arasındaki intihar düzeyi, EÇ yaşayan **beyaz** ırklar ile hemen hemen aynıdır. Irk ayrımcılığının getirdiği ekstra yük nedeniyle intihar eğiliminin ırksal azınlıklarda çok daha yüksek olması beklenebilir. Meyer, Dietrich ve Schwartz (2008) ve Kertzner, Meyer, Frost ve Stirratt (2009) benzer verileri rapor etmektedir. Kertzner ve arkadaşlarının bazı verileri diğer literatürle çelişiyordu; bir gey

\* SSA: Same-sex attraction (Eşcinsel çekim); OSA: Opposite-sex attraction (Heteroseksüel çekim)

veya lezbiyen kimliği pozitif sosyal/psikolojik iyi oluş ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, intihara yol açan ayrımcılık fikri en azından şüphelidir. Nicel olarak oldukça küçük bir faktör olması muhtemeldir.

Ploderl ve Fartacek tarafından (2009) yapılan bir çalışmada Danimarka'da homoseksüel partnerlikler için kayıtlı olanlar incelenmiştir (Qin, Agerbo ve Mortensen, 2003). Bu grup arasında, EÇ'li bireyler için artan intihar oranı sabit kalmıştır. Destekleyici bir "ayrımcı olmayan tören" olmasına rağmen, evliliğin paralel olarak intihar oranının azaltmadığı görülmüştür. Ancak çalışma, evlilik seremonisinin gerçekleştiği dönemin başlarında yapıldığı için pek tipik sayılmayabilir (1994-1997).

Meyer (1995) dikkatli bir çalışmada homonegativitenin (içselleştirilmiş homofobi) intihar girişimlerine yol açan etkilerin sadece yüzde 8'ini oluşturduğunu bulmuştur. Bu az sayıda ve zayıf etki, aksine çok yaygın medya iddialarına rağmen, bunun çoğu EÇ duyan birey için önemli bir yön olmadığını vurgulamaktadır. İntihar düşüncelerinin bir nedeni olarak mağduriyet için benzer bir zayıf etki ergenler adına bulunmuştur (Poteat, Aragon, Espelage ve Koenig, 2009).

İntihar eğiliminde toplumsal baskı dışındaki faktörler önemlidir. Yaklaşık sayısal önemde, aşağıda belirtilen anketlere dayanarak, bu faktörler arasında cinsel ilişki kopukluğu, başkalarıyla (aileler dahil) ilişki zorlukları ve madde bağımlılığı yer almaktadır. Damgalama önem açısından muhtemelen listede dördüncü sırada yer almaktadır.

### **İntihar Nedeni Olarak İlişki Ayrılığı**

Bell ve Weinberg (1978), ilişkilerdeki bozulmanın genellikle bir intihar nedeni olduğunu söylemişlerdir. Bu iddia diğer ça-

lışmalarda daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Hendin (1995) *Suicide in America* adlı kitabında şunları yazmıştır:

Homoseksüelleri reddetmek, intihar girişimini hızlandıran olağan bir olaydı. İntihara meyilli homoseksüeller tipik olarak tüm mutsuzluklarını reddedilmeye bağlamışlardır, ancak mutsuzluk ve reddedilmenin ilişkilerinin içsel parçalarını oluşturduğu açıktır. Bu öğrenciler homoseksüel ilişkilerinde reddedilmediklerinde, reddedenler kendileri olmuştur. Bu örüntü intihara meyilli olmayan homoseksüel öğrenciler arasında da ortaya çıkmasına rağmen, intihara meyilli olan homoseksüel öğrencilerin uyum geçmişlerinin merkezinde terk ve ölüm vardı. (s.137)

İntihara meyilli homoseksüel öğrencilerin ilişkilerinde verdikleri ölüm-kalım “sensiz yaşayamam” niteliğinden de bahsetmiştir (Hendin, 1995). Bu hiç şaşırtıcı değildi; sahip oldukları nadir arkadaşlar diğerlerinden daha değerliydi.

Hendin’in yorumu, EÇ gençliğinin aslında bu konuda heteroseksüellerden daha aşırı olduğunu ima ediyor. Bazı EÇ arkadaşlarına karşı olağandışı reddedilme seviyeleri ve diğerlerine karşı olağandışı kabul seviyelerini işaret ediyor. Hem yoğun bir bağlantı hem de yoğun bir reddedilme söz konusudur ve ikisi arasında dramatik geçişler meydana gelmiş gibi görünmektedir (Hendin, 1995).

Cinsel partnerlerin medyan sayısı heteroseksüellerinkinin belki üç katı olduğundan (Laumann ve ark., 1994), bulunduğu üzere intihar eğiliminin üç katı olduğu varsayılabilir. Bu daha fazla araştırma gerektirebilir.

Ayrılmaların ayrımcılıktan kaynaklandığını düşünmek cezbedici olsa da gey araştırmacı West (1977) aksini düşünerek, “Bu sosyal zorluklar, erkek ilişkilerinin dış baskıdan ziyade iç anlaşmazlıktan **dolayı** sık bitirilmesini açıklamıyor.” Aile reddi, bazen kısmen EÇ nedeniyle ve onunla karıştırıldığında, özel-

likle gençler için bir intihar faktörüdür (Ryan, Huebner, Diaz ve Sanchez, 2009). Bu, daha önce diğer ruh sağlığı sorunları için belirtilmişti.

Madde kullanımı da intihara yol açabilir. Depresyonun iyi bilinen sonucunun yanı sıra, madde kullanımı paranoya ile ilişkilidir ve bu da bir kişiyi toplumun kendisini kişisel olarak reddettiğine inandırabilir. Bu durum, antisosyal kişilik bozukluğu olan alkoliklerin belirgin paranoaya sahip olduğunu tespit eden Alterman, Gerstley, Strohmets ve McKay'ın (1991) çalışmasıyla örneklendirilmektedir. Benzer bir bulgu Fleischhacker ve Kryspin-Exner'den (1986) ortaya çıkmıştır ve uyuşturucu kullanımı ve alkolizmin hem paranoya hem de eleştiriye ve buna bağlı depresyona aşırı duyarlılık yarattığını bulmuşlardır. Madde kullanımının EÇ ve intihar eğilimi ile ilişkisi daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir.

### **İntihar Doğasında mı Var?**

Bazı araştırmacılar, intiharın EÇ'in doğasında olabileceğini düşündüler. Skegg, Nada-Raja, Dickson, Paul ve Williams (2003), yabancılar tarafından fark edilemeyecek veya ayrımcılığa uğramayacak kadar küçük olan EÇ ile bile intihar girişimlerinin arttığını belirtmişlerdir. De Graaf ve diğerleri (2006), diğer faktörlere izin verildiğinde EÇ'in intiharla anlamlı bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir; bulguları sadece erkekler için kaydedilmiştir ve intiharın hiçbirini ayrımcılığa atfedilmiştir. Bu durum intihar eğilimi ile EÇ'in kendisi arasında bir korelasyon olduğunu düşündürmüştür.

Sonuç olarak, birçok makale, toplumsal tutumlar dışındaki faktörlerin intihar girişimlerinde yer aldığını öne sürmüştür.

## Başa Çıkma Tarzı ve İntihar

Bu literatürdeki önemli bir konu, EÇ erkeklerinin yaşadığı duygusal sıkıntı ve zararın önemli bir kısmının belirli içsel başa çıkma tarzlarından kaynaklanması durumudur.

EÇ bireyler arasında bazı başa çıkma türleri depresyonun artmasına neden olmaktadır (Auerbach, Abela, Zhu ve Yao, 2010). Sandfort, Bakker, Schellevis ve Vanwesenbeeck'e (2009) göre, sorunlarla başa çıkmanın üç ana tarzı vardır: görev yönelimli (HÇ erkekleri arasında en yaygın), duygu odaklı ve kaçınma temellidir.

EÇ örneğinde yer alanların çoğu duygu odaklı ve kaçınma temelli başa çıkma tarzlarını kullanmıştır.

Sandfort ve diğerleri şöyle belirtmiştir (2009):

“Homoseksüel popülasyonlarda sağlık sorunlarının heteroseksüel popülasyonlara göre daha yüksek olan prevalansı genellikle azınlık stresinin bir sonucu olarak anlaşılmaktadır. Sağlık sorunlarının farklı oranlarının, başa çıkma tarzlarındaki cinsel yönelim ile ilgili farklılıklardan da kaynaklanabileceğini varsaydık. *Duygu odaklı ve kaçınma ile başa çıkma, heteroseksüel ve homoseksüel erkekler arasındaki ruhsal ve fiziksel sağlıktaki farklılıklara aracılık etmiştir.* (s. 253, vurgu eklendi)”

Nicel olarak, başa çıkma tarzı heteroseksüeller ve homoseksüeller arasındaki farkları *tamamen* hesaba katmıştır. Aslında bir faktör olarak damgalamaya veya ayrımcılığa yer yoktu. Bu durum Rosser ve diğerlerinin (2008) içselleştirilmiş negatifliğin ruh sağlığı sorunları ile orta ile güçlü bir korelasyona sahip olduğu bulgusu ile tutarlı olabilir. Bu senaryoda, EÇ'li bireyler EÇ hakkındaki olumsuz ifadelere olumsuz tepki verecek ve kaçınmacı veya duygusal başa çıkma mekanizmaları kullanacaklardır. Başka bir deyişle, başta ayrımcılık olmak üzere streslere karşı tepki farklılıkları içeren EÇ tepkileri bildiren erkeklerin içsel tepkilerine bakıyoruz. Çarpıcı bir şekil-

de, homoseksüel bireylerin heteroseksüel yönelimli eleştirileri, bunları kulak ardı etme eğiliminde olan heteroseksüeller tarafından nadiren fazla olumsuz olarak algılanır.

Duygusal düzenlemede benzer bir eksiklik, her iki cinsiyetteki cinsel azınlık ergenlerinde de bulunmuştur (Hatzenbeuhler, McLaughlin ve Nolen-Hoeksema, 2008), bu eksiklik çeşitli ruhsal koşullara aracılık etmiştir.

Mosack ve diğerlerine (2009) göre “başa çıkma öz-yeterliliği” (benzer bir faktör) hem heteroseksüel hem de homoseksüel erkekler için semptomların rahatsız ediciliği ile ilişkilidir. Lezbiyenler bu bağlamda bağışık görünüyordu.

Bu bulguların bir sonucu, terapistlerin DSM eş-zamanlı koşullardan toplumun sorumlu olduğunu varsaymamaları gerektiğidir. Bazıları toplumsal baskıların sonucu olabilir, ancak genel olarak neden başka bir yerde yatmaktadır. Komorbid ruhsal bozukluklar vaka bazında araştırılmalıdır ve bu durumlar terapötik müdahaleye uygun olabilir.

Gerçek şu ki, ayrımcılık algılandığı kadar büyük değildir, ancak bu muhtemelen önemli değildir, çünkü sonuç aynıdır: Algılanan ayrımcılık, kültürler arası sürekli intihar girişimi oranlarına yol açar. Toplumda ve toplumsal tutumlarda değişiklikler arzu edilebilir, ancak intiharı önleme açısından bir miktar konunun dışındadır.

### **Terapiden Kaynaklanan İntihar?**

İntihara yol açtığını görmek her türlü terapi için yıkıcı olacaktır. Bu bölüm, istenmeyen EÇ için tedavilerin aşırı intihara neden olmadığını, ancak yine de önemli nüansların olduğunu göstermektedir.

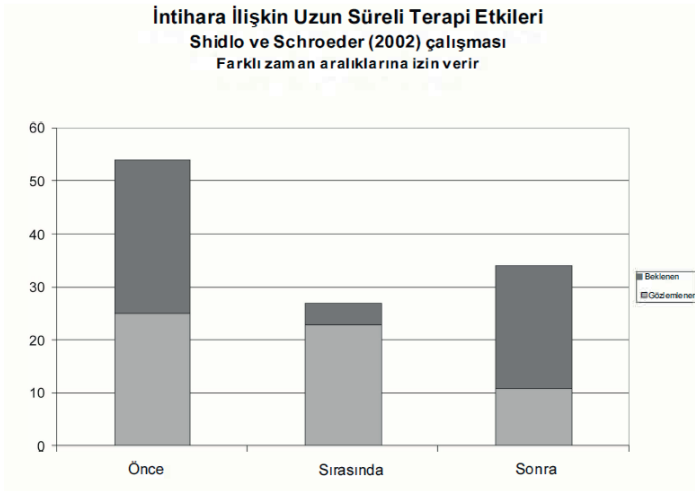
Birkaç yıl önce yapılan anketler, istenmeyen EÇ için tedavinin olumlu veya olumsuz sonuçlarını belirlemeye çalıştı. Uygun örneklerden başkası yoktu. Bunlardan ilki, olumlu sonuçlar



bildiren 800 danışanlı bir anketti (Nicolosi, Byrd ve Potts, 2000); daha sonraki çalışmalar Shidlo ve Schroeder (2002), Spitzer (2003), Jones ve Yarhouse (2007) ve Karten ve Wade (2010) idi. Son üçü, özellikle cinsel yönelimde değişiklik olduğunu bildiren çoğunlukla olumlu deneyimler yaşayanları buldu ve bildirdi. Shidlo ve Schroeder (2002) olumsuz şikayetleri olan kişileri araştırmış, ancak olumlu deneyimler bildiren önemli sayıda kişi bulmuşlardır. Olumsuz deneyimler arasında benlik algısında kötüleşme ve bazen terapiye atfedilen intihar girişimleri de vardı.

Shidlo ve Schroeder'in (2002) ifadesine göre, terapi öncesinde yirmi beş kişi, terapi sırasında yirmi üç kişi ve terapiden sonra on bir kişi intihar girişiminde bulunmuştur. Şekil 25, ilgili zaman dilimlerinde girişimleri görselleştirmekte ve bunları terapinin etkisi olmadan aynı zaman diliminde beklenen intihar oranlarıyla karşılaştırmaktadır.

Shidlo ve Schroeder'in (2002) demografik açıklamasından, ilgili ortalama zaman dilimlerinin on üç yıl, iki yıl ve on yıl olduğu anlaşılabilir. Terapi, terapi öncesi ve sonrası anket süreleri ile karşılaştırıldığında kısaydı. (On üç yıllık terapi öncesi rakam, ortalama on beş yılda bir eşcinsel kimliğinin oluşturulması tahminini varsayar). Dağılımlar oldukça çarpıksa, zaman periyodu tahminlerinde ayarlamalar gerekebilir. İlgili zaman dilimleri dikkate alındığında, tedavinin hiçbir etkisi olmadığını varsayarak beklenen intihar girişimleri (yuvarlanmış), her üç dönemde de yılda eşit bir oran varsayılarak yirmi dokuz, dört ve yirmi üç olmuştur.



Şekil 25. EÇ tedavisine bağlı değişen intihar eğilimi.

Tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında beklenen ve gözlemlenen intihar oranları karşılaştırıldığında, terapi *sırasında* nispeten yüksek sayıda intihar girişimi (dört beklenen ancak yirmi üç gözlemlenen) ve terapiden sonra alışılmadık derecede az sayıda intihar girişimi (yirmi üç beklenen ancak on bir gözlemlenen) olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte, Shidlo ve Schroeder (2002) tarafından çalışılan gruba takip eden istatistiksel tedavide özet aşağıdaki gibidir:

- (a) Tedavi öncesi, terapi ve terapi sonrası grupların karşılaştırılmasında, birim zaman başına intiharlarda genel olarak anlamlı bir artış yoktur.
- (b) Tedavi sırasında girişimlerde çok net bir artış vardır.
- (c) Terapiden sonra daha az deneme eğilimi vardır.

Bunların her biri ayrıntılı olarak incelenmelidir.

(a) Tedavi öncesi bildirilen intihar girişimleri 25'tir ve terapi sırasında ve sonrasında bildirilenlerin toplamı 34'tür. Zaman dilimlerine olanak tanıyan ve yukarıdaki toplam için beklenen sayılar 30.55 ve 28.44'tür. Bunun hesaplandığı beklenti, terapinin olumlu veya olumsuz hiçbir etkisinin olmamasıdır. Bu mümkün olan en ihtiyatlı varsayımdır ve bir kontrol grubu gereksizdir. Daha da uç bir varsayım, terapinin bazı koruyucu etkiler sunması olurdu, ancak bu varsayım, sıfır etkiler varsayımının olağan sıfır hipotezi olduğu konvansiyonu tarafından göz ardı edilir. Bir ki-kare testi  $p = 0,14$  değerini verir. Başka bir deyişle, hiçbir fark gösterilmemiştir ve görünüşe göre terapi sırasında ve sonrasında artan sayıda girişim yoktur. Genel olarak bu tedavilerin girişimleri önemli ölçüde artırmadığı sonucu önemli olsa da bu gereksiz bir şekilde geniş kapsamlı ve iki dönemin (terapi sırasında ve sonrasında) incelenmesi çok daha ayrıntılı bir tablo vermektedir.

Belirtildiği gibi, yukarıdaki rakamın incelenmesi, terapi sırasında beklenenden çok daha fazla girişim ve terapiden sonra beklenenden daha az girişim olduğunu göstermektedir.

(b) Tedavi öncesi ve sırasındaki girişimler için, gözlemlenen sonuçlar 25 ve 23'tür ve hesaplanan beklenen normalleştirilmiş rakamlar 42.18 ve 5.82'dir. Bunlar gözlenenenden çok farklıdır ve ki-kare testi  $p < 0.001$ 'in bir sonucunu üretir. Bunlar aynı değildir ve bu nedenle terapi, girişimlerde birkaç kat artış ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, diğer literatür bunun aslında öngörülen bir örüntü olduğunu göstermektedir (aşağıya bakınız).

(c) Tedavi öncesi ve sonrası girişimlerin gözlenen sonuçları 25 ve 11'dir ve hesaplanan beklenen ortalama sonuçlar 19.68 ve 16.30'dur. Hesaplama sonucu  $p = 0.075$ 'tir. İstatistiksel bir sonuç  $< 0.1$  ve  $> 0.05$  genellikle "eğilim" olarak adlandırılır, bu durumda tedaviden sonra daha az girişim olur. Bununla birlikte, verilerin daha fazla incelenmesi, bu sonucun örneklem

büyüklüğüne oldukça duyarlı olduğunu göstermektedir. Örnekleme terapi sonrası intihar girişimi olmayan sadece bir kişi daha eklenmiş olsaydı, sonuç olağan  $p = 0.05$  anlamlılık seviyesine ulaşmış olurdu ve sonuç terapinin girişimlerin önemli ölçüde azalmasıyla ilişkili olduğu olurdu.

Cinsel oryantasyon değişikliği çabalarından memnun ve memnun olmayan katılımcıların gerçekten temsili bir dengesinin aslında önemli bir istatistiksel seviyeye ulaşması ne kadar muhtemeldir? Shidlo ve Schroeder'in (2002) örnekleme 26 memnun ve 176 memnun olmayan (yüzde 87) danışan içeriyordu. Bunun, ortalama terapist için önceki hastalar arasındaki memnuniyet dağılımını temsil etmesi muhtemel değildir, bu nedenle intihar eğilimindeki azalma, daha temsili bir örnekleme neredeyse kesinlikle daha büyük ve istatistiksel olarak daha anlamlı olacaktır. Açıkçası, bu sonucu daha kesin olarak ortaya koymak için daha kapsamlı bir ankete ihtiyaç vardır. Bu oldukça önemsiz bir sonuçtur; bazı açılardan, daha az riskli bir yaşam tarzı benimsemeye teşvik edilen herkesin intihar eğiliminde olası bir azalmanın eşlik ettiği çok iyi uzun vadeli etkiler yaşaması beklenebilir.

Bu, önceki sıfırlı sonucun (Shidlo ve Schroeder, 2002) (terapiden öncekileri terapi sırasında ve sonrasında olanlarla karşılaştırma girişimlerinde genel bir artış olmadığı) bir artışın ve kabaca istatistiksel olarak birbirlerini iptal eden bir azalmanın bir kombinasyonunun sonucu olduğu anlamına gelir.

Bu terapinin doğası gereği tehlikeli olduğu anlamına mı gelir? Aslında bu, tüm psikoterapilerde görülen evrensel kalıbı yansıtır. Birçok kez gösterildiği gibi (örneğin, Erlangsen, Zarit, Tu & Conwell, 2006; Qin & Nordentoft, 2005; Qin ve diğerleri, 2006), psikiyatri hastaları hastaneye kabul edildiğinde, intihar girişim oranları başvurudan sonraki ilk haftada çok yüksek bir seviyeye yükselir. Taburcu edildikten sonraki ilk hafta intihar girişimlerinde genellikle ikincil bir zirve vardır ve bunu

uzun vadede başvuru öncesi oranların çok altına doğru güçlü bir düşüş izler (Erlangsen, Zarit, Tu ve Conwell, 2006; Qin ve Nordentoft, 2005; Qin ve diğerleri, 2006). Yüksek kabul oranı, maden felaketlerinden, dağcılık kazalarından ve gemi enkazından kurtarılanlar gibi büyük zaman gecikmeleriyle kurtarılanların genellikle kurtarıldıktan kısa bir süre sonra öldükleri oldukça iyi bilinen örüntüyü hatırlatıyor. Bir tür psikolojik tepkide, kurtarıldıktan sonra (“tedavi altında”), kahramanca gösterdikleri dayanıklılıklarından vazgeçerler (Golden, David ve Tipton, 1997).

İstenmeyen EÇ’i olanların intiharı, DSM bozuklukları tanısı konularıyla aynı örüntüyü izlemektedir. Yukarıda belirtilen makalelerdeki demografik tanımlardaki sınırlamalar (Erlangsen ve diğerleri, 2006; Qin ve Nordentoft, 2005; Qin ve diğerleri, 2006), EÇ terapi oranlarıyla karşılaştırmak için hastaneye başvuru sırasında intihar eğilimindeki artış oranlarının ayrıntılı olarak karşılaştırılmasına izin vermemektedir, ancak ihtiyatlı demografik varsayımlar kullanılarak, ön hesaplama, artan oranların muhtemelen karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir.

Ne yazık ki, EÇ tedavisine karşı kutuplaşmış siyasi tepkiler hem olumsuz hem de olumlu etkilerin önemli ölçüde abartılmış olabileceği şekildedir.

## **EÇ Tedavisinin Sonuçları**

Terapistler için bu istatistiksel incelemenin sonucu, genel olarak intihar girişimlerinin terapide, terapiden öncesine göre belirgin bir şekilde daha yüksek olmadığı, ancak önceden DSM koşulları olanlar arasında terapi sırasındaki girişimlerde bir zirve olduğu olacaktır. Klasik gözetimin **uzatılması** ihtiyatlı olacaktır.

## Ruh Sağlığı Sorunlarının Nedenlerinin Özeti

EÇ yaşayan kişiler arasında psikopatolojinin nedenleri daha fazla araştırma gerektirmektedir. Örneğin, madde bağımlılığı psikopatolojiyi ne kadar etkiler? EÇ toplumsal stresinin bu uç noktalara yol açtığına dair çok az kanıt vardır.

Başa çıkma tarzının önemli bir faktör olduğuna dair olumlu kanıtlar vardır. İntihar eğilimi için, kesinlikle dahil olan faktörler arasında cinsel istismar, **ilişkinin sona ermesi** ve diğer kişisel ilişkisel güçlükler bulunmaktadır. Bunların oransal **niçel** gücünün daha iyi açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Çeşitli terapi biçimleri en yararlı seçenek olacaktır.

## Genel Sonuçlar

EÇ'li bireyler çok çeşitli ve yoğun ruh sağlığı koşullarına sahiptir ve bunun toplumsal baskı ve tutumlardan yaygın olarak düşünülenenden çok daha az kaynaklandığına dair kanıtlar vardır. Aksine, ruhsal bozukluklar genellikle tahmin edilenden çok daha fazla belirli psikolojik başa çıkma mekanizmalarından kaynaklanmaktadır. Bu koşulların cinsiyete dayalı doğası, EÇ'in kendisiyle bir bağlantı olduğunu savunmaktadır. EÇ'li bireyler arasında intihar nedenleri muhtemelen gerçek ayrımcılıktan ziyade aşırı duyarlılığı içeren *algılanan ayrımcılığın* bir sonucudur, ancak aynı zamanda madde bağımlılığı ile bağlantılı **ilişki sonlanması** ve depresyondan da kaynaklanmaktadır. Toplumsal değişimle çok fazla iyileşmeleri muhtemel değildir; kökenleri EÇ yaşayan bireyin kendisindedir ve muhtemelen terapötik süreç içinde araştırılabilir.

Gey, lezbiyen ve biseksüel popülasyonlar, olağandışı hassasiyetlerini tetikleyen tüm olaylardan kurtulma hakkını talep etmektedirler. Bununla birlikte, bu talep birçok ülkede tüm hukuk sistemini, eğitim sistemini, dini mezhepleri ve meslek örgütlerini yutmakla tehdit etmektedir ve eşcinsellerin ruh

sağlığı veya intiharını üzerinde önemli bir fark yaratacağına dair çok az kanıt vardır. Tedavinin olumlu bir etkisi olması daha muhtemeldir ve danışanın hedeflerine ulaşmaya ve ele alınması gerekebilecek değişen ihtiyaçları ve konuları hafife almamaya dikkat edilmelidir.

Komorbid ruhsal bozukluklarla ilgili literatür, bazı insanların yönelimlerinden ve/veya yaşam tarzlarından memnun olmamalarının ve değişim arayışında olmalarının olası bir nedenini de gösterebilir. Terapistler bu tür taleplere karşı duyarlı olmalıdır; sadece onları reddetmek değil, aynı zamanda memnuniyetsiz danışanların arzuladıkları hedefleri takip etmelerine yardımcı olmak için tedavi edici yardım sağlamalıdır.

## Kaynakça

- Alish, Y., Birger, M., Manor, N., Kertzman, S., Zerzion, M., Kotler, M., & Strous, R. D. (2007). Schizophrenia sex offenders: A clinical and epidemiological comparison study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(6), 459-466.
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001-1014.
- Alterman, A. I., Gerstley, L. J., Strohmetz, D. B., & McKay, J. R. (1991). Psychiatric heterogeneity in antisocial alcoholics: Relation to familial alcoholism. *Comprehensive Psychiatry*, 32(5), 423-430.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R) (4th ed., text rev.)*. Washington, DC.
- Auerbach, R. P., Abela, J. R., Zhu, X., & Yao, S. (2010). Understanding the role of coping in the development of depressive symptoms: Symptom specificity, gender differences, and cross-cultural applicability *British Journal of Clinical Psychology*. Advance online publication. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20100400>
- Bailey, J. M. (1999). Commentary: Homosexuality and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 56, 883-884.
- Bartholow, B. N., Doll, L. S., Joy, D., Douglas, J. M., Bolan, G., . . . McKiman, D. (1994). Emotional, behavioral, and HIV risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse and Neglect*, 18, 747-761.
- Bell, A. P., & Weinberg, M. S. (1978). *Homosexualities. A study of diversity among men and women*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429-1437.
- Cerda, M., Sagdeo, A., & Galea, S. (2008). Comorbid forms of psychopathology: Key patterns and future research directions. *Epidemiologic Reviews*, 30, 155-177.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2009). Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 647-658.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among



- lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53-61.
- Cochran, S. D., Mays, V. M., Alegria, M., Ortega, A. N., & Takeuchi, D. (2007). Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 75(5), 785- 794.
- D' Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T., & Sinclair, K. O. (2005). Predicting the suicide attempts oflesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 646-660.
- Davila, J., Stroud, C. B., Starr, L. R., Miller, M. R., Yoneda, A., & Hershenberg, R. (2009). Romantic and sexual activities, parent-adolescent stress, and depressive symptoms among early adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 32(4), 909-924.
- de Graaf, R., Sandfort, T. G. M., & ten Have, M. (2006). Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 253-262.
- Diaz, R. M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. V. (2001). The impact ofhomophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*, 91, 927-932.
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among gay, lesbian, and bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 39, 662-668.
- Erlangsen, A., Zarit, S. H., Tu, X., & Conwell, Y. (2006). Suicide among older psychiatric inpatients: An evidence-based study of a high-risk group. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 734-741.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880.
- Fleischhacker, W.W., & Kryspin-Exner, K. (1986). The psychopathology of alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence*, 17(1), 73-79.
- Francis, A. M. (2008). The economics of sexuality: The effect of HIV/ AIDS on homosexual behavior in the United States. *Journal of Health Economics*, 27(3), 675-689.
- Frisell, T., Lichtenstein, P., Rahman, Q., & Langstrom, N. (2009, May). Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: Influence of minority stress and familial factors. *Psychological Medicine*, 22, 1-10.
- Golden, C., David, G. C., & Tipton, M. J. (1997). *Review of rescue and immediate postimmersion problems: A medical ergonomic viewpoint* (Report No. 0TH 519). Sudbury, Suffolk, UK: Health and Safety Executive.

- Golwyn, D. H., & Sevlie, C. P. (1993). Adventitious change in homosexual behavior during treatment of social phobia with phenelzine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 39-40.
- Gunter, T. D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B., & Black, D. W. (2008). Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: Use of the MI-NI-plus. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 36(1), 27-34.
- Haapea, M., Miettunen, J., Laara, E., Joukamaa, M., Jarvelin, M. R., Isohanni, M., & Veijola, J. (2008). Non-participation in a field survey with respect to psychiatric disorders. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(7), 728-736.
- Hamilton, C. J., & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 132-141.
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275-2281.
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1270-1278.
- Hegna, K., & Wichstrom, L. (2007). Suicide attempts among Norwegian gay, lesbian, and bisexual youths: General and specific risk factors. *Acta Sociologica*, 50(1), 21-37.
- Hendin, H. (1995). *Suicide in America*. New York, NY: W.W. Norton.
- Hershberger, S. L., & D'Augelli, A. R. (1995). The impact of victimization in the mental health and suicidality of lesbian gay and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31, 65-74.
- Hillier, L., Turner, A., & Mitchell, A. (2005). *Writing themselves in again: 6 years on*. Melbourne, Australia: La Trobe University.
- Jones, S. L., & Yarhouse, M.A. (2007). *Ex-Gays? A longitudinal study of religiously mediated change in sexual orientation*. Downer's Grove, IL: InterVarsity Press.
- Josephson, G., & Whiffen, V. (2007). An integrated model of gay men's depressive symptoms. *American Journal of Men's Health*, 1(1), 60-72.
- Karten, E. Y., & Wade, J.C. (2010). Sexual orientation change efforts in men: A client perspective. *Journal of Men's Studies*, 18, 84-102.

- Kelly, B. C., Bimbi, D. S., Nanin, J. E., Izienicki, H., & Parsons, J. T. (2009). Sexual compulsivity and sexual behaviors among gay and bisexual men and lesbian and bisexual women. *Journal of Sex Research, 46*(4), 1-8.
- Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stirratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*(4), 500-510.
- King, M., & McKeown, E. (2003). *Mental health and social well-being of gay men, lesbians, and bisexuals in England and Wales*. London, England: Mind.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lung, F. W., & Shu, B. C. (2007). Father-son attachment and sexual partner orientation in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 20-26.
- Marmorstein, N. R. (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: Early adolescence through early adulthood. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 33*(1), 49-59.
- Mathy, R. M., Cochran, S. D., Olsen, J., & Mays, V. M. (2009). The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990-2001. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Advance online publication. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20033129>
- McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., West, B. T., & Boyd, C. J. (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*. Advance online publication. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20075317>
- McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W. B., West, B. T., & Boyd, C. J. (2009). Sexualorientation, substance use behaviors, and substance dependence in the United States. *Addiction, 104*(8), 1333-1345.
- Mercer, C. H., Hart, G. J., Johnson, A. M., & Cassell, J. A. (2009). Behaviourally bisexual men as a bridge population for HIV and sexually transmitted infections? Evidence from a national probability survey. *International Journal of STD and AIDS, 20*, 87-94.
- Meyer, I. H. (1995, March). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*, 38-56.
- Meyer, I. H., Dietrich, J., & Schwartz, S. (2008). Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health, 98*, 1004-1006.

- Mohanam, M., & Maselko, J. (2009). Quasi-experimental evidence on the causal effects of physical health on mental health. *International Journal of Epidemiology*, 39(2), 487-493.
- Mosack, K. E., Weinhardt, L. S., Kelly, J. A., Gore-Felton, C., McAuliffe, T. L., ... Morin, S. F. (2009). Influence of coping, social support, and depression on subjective health status among HIV-positive adults with different sexual identities. *Behavioral Medicine*, 34(4), 133-144.
- National Association for Research and Therapy of Homosexuality (NARTH) Scientific Advisory Committee. (2009). What research shows: NARTH's response to the APA claims on homosexuality. *Journal of Human Sexuality*, 1, 1-121.
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000). Retrospective self-report of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports*, 86, 1071-1088.
- Paul, J. P., Catania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., . . . Stall, R. (2002). Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and antecedents. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1338-1345.
- Ploderl, M., & Fartacek, R. (2009). Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 400-410.
- Poteat, V. P., Aragon, S. R., Espelage, D. L., & Koenig, B. W. (2009). Psychosocial concerns of sexual minority youth: Complexity and caution in group differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 196-201.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772.
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-432.
- Qin, P., Nordentoft, M., Hoyer, E. H., Agerbo, E., Laursen, T. M., & Mortensen, P. B. (2006). Trends in suicide risk associated with hospitalized psychiatric illness: A case-control study based on Danish longitudinal registers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 1936-1941.
- Reed, E., Prado, G., Matsumoto, A., & Amaro, H. (2010). Alcohol and drug use and related consequences among gay, lesbian, and bisexual college students: Role of experiencing violence, feeling safe on campus, and perceived stress. *Addictive Behavior*, 35(2), 168-171.

- Rekers, G. A. (2005). An empirically supported rational basis for prohibiting adoption, foster parenting, and contested child custody by any person residing in a household that includes a homosexually-behaving member. *St. Thomas Law Review*, 18, 325-424.
- Richters, J., Grulich, S. E., de Visser, R. O., Smith, A. M.A., & Rissel, C. E. (2003). Autoerotic, esoteric, and other sexual practices engaged in by a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 180-216.
- Ridge, D., Plummer, D., & Peasley, D. (2006). Remaking the masculine self and coping in the liminal world of the gay "scene". *Culture Health and Sexuality*, 8, 501-514.
- Ross, M. W. (1988). Homosexuality and mental health: A cross-cultural review. *Journal of Homosexuality*, 15(1), 131-152.
- Rosser, B. R., Bockting, W. O., Ross, M. W., Miner, M. H., & Coleman, E. (2008). The relationship between homosexuality, internalized homonegativity, and mental health in men who have sex with men. *Journal of Homosexuality*, 55(2), 185-203.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352.
- Sabia, J. J., & Rees, D. I. (2008). The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1368-1381.
- Sandfort, T. G., Bakker, F., Schellevis, F., & Vanwesenbeeck, I. (2009). Coping styles as mediator of sexual orientation-related health differences. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 253-263.
- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., & Franca-Junior, I. (2008). Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005. *Revista De Saude Publica*, 42(Suppl 1), 127-137.
- Schrimshaw, E., Rosario, M., Meyer-Bahlburg, H., Scharf-Matlick, A., Langstrom, N., & Hanson, R. K. (2006). Test-retest reliability of self-reported sexual behavior, sexual orientation, and psychosexual milestones among gay, lesbian, and bisexual youths: High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 225-234.
- Selvidge, M. M., Matthews, C.R., & Bridges, S. K. (2008). The relationship of minority stress and flexible coping to psychological well being in lesbian and bisexual women. *Journal of Homosexuality*, 55(3), 450-470.

- Shaffer, D., Fisher, P., Hicks, R.H., Parides, M., & Gould, M. (1995). Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(Suppl), 64-71.
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers' report. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 249-259.
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., & Paul, C. (2010). Perceived "out-of-control" sexual behavior in a cohort of young adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Archives of Sexual Behavior, 39*(4), 968-978.
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C., & Williams, S. (2003). Sexual orientation and self-harm in men and women. *American Journal of Psychiatry, 160*, 541-546.
- Smith, T. W. (1998). *American sexual behavior: Trends, socio-demographic differences, and risk behavior*. Chicago, IL: National Opinion Research Center.
- Spitzer, R. L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 403-417.
- Steele, L. S., Ross, L. E., Dobinson, C., Veldhuizen, S., & Tinmouth, J. M. (2009). Women's sexual orientation and health: Results from a Canadian populationbased survey. *Women and Health, 49*(5), 353-367.
- Tjaden, P., Thoennes, N., & Allison, C. J. (1999). Comparing violence of the life span in sample of same-sex and opposite-sex cohabitants. *Violence and Victims, 14*(4), 413-425.
- Tjepkema, M. (2008). Health care use among gay, lesbian, and bisexual Canadians. *Health Reports, 19*(1), 53-64.
- Turner, C. F., Ku, L., Rogers, S. M., Lindberg, L. D., Pleck, J. H., & Sonenshein, F. L. (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science, 280*, 867-873.
- van Kesteren, N. M., Hospers, H.J., & Kok, G. (2007). Sexual risk behavior among HIVpositive men who have sex with men: A literature review. *Patient Education and Counseling, 65*(1), 5-20.
- West, D. J. (1977). *Homosexuality reexamined*. London, England: Duckworth.



# Lezbiyen, Gey ve Biseksüel Danışanlarla Psikoloji Pratiği

Amerikan Psikoloji Derneği'nin 2012 Kılavuz İlkelerine Dair Bir İnceleme



Christopher H. Rosik\*

Link Care Centre/Fresno Pacific Üniversitesi

## Öz

Amerikan Psikoloji Derneği, son dönemde *Lezbiyen, Gey ve Biseksüel Danışanlarla Psikoloji Pratiği Kılavuzu*'nu (APA, 2012) güncelledi. Okuyacağınız eleştirel incelemede, bu belgeyle ilgili methedecek pek çok şey buluyorum fakat aynı zamanda kılavuz içeriği ve sunumunun ideolojik etkisi gibi görünecek şeyle ilgili endişelerimi de ifade ediyorum. Bu ideolojik şekillenmenin örneklerine elinizdeki incelemede değinilmiştir: (1) dinin ele alınışı (2) cinsel yönelim değişimi (3) geleneksel olmayan ilişkiler (4) eşcinsel ebeveynlik ve (5) araştırmalardan yararlanma.

---

\* Christopher H. Rosik (PhD) Link Care Center'da çalışan bir psikolog ve araştırma direktörü, aynı zamanda Fresno Pacific Üniversitesi klinik fakülte üyesi. Tam zamanlı uygulayıcı olmasının yanı sıra kırktan fazla makale ve kitap bölümü yayımladı; bunlar arasında pek çok metin istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışa yönelik psikolojik destek sunmanın etik ve profesyonel yönleriyle ilgilidir.



## **Lezbiyen, Gey ve Biseksüel Danışanlarla Psikoloji Pratiği: Amerikan Psikoloji Birliği'nin 2012 Kılavuzu**

Amerikan Psikoloji Birliği (APA) son dönemlerde *Lezbiyen, Gey ve Biseksüel Danışanlarla Psikoloji Pratiği Kılavuzu*'nu (APA 2012; buradan sonra Kılavuz İlkeler denilecektir) güncelledi. Bu kılavuz, önemli bir dokümandır çünkü APA'nın (ben de üyesiyim) lezbiyen, gey, biseksüel (LGB) danışanlarla çalışan psikologlara yönelik en son tavsiyelerini sunar.

*Kılavuz ilkelerinin, standartlardan* farklı olduğunu anlamak kritik önem taşır. Standartlar zorunludur ve (uyumsuzluk için disiplin tedbirleri de dahil olmak üzere) bir yaptırım mekanizması eşliğinde varken kılavuz ilkeleri (nispeten) isteğe bağlı uygulanır. Bu tabii aynı zamanda APA üyesi olan NARTH üyesi psikologlar için de önemli bir ayrım çünkü bu kılavuz ilkelerin standart olarak sunulması halinde bu standartların bazı yönleri NARTH psikologlarını aşağıda da söylendiği üzere etik sansür riskine atabilir. Bununla birlikte, NARTH klinisyenlerinin *Kılavuz*'dan öğrenebileceği pek çok şey vardır. LGB danışanlarla çalışan her ruh sağlığı profesyoneli de bunlara aşina olmalıdır.

*Kılavuz*, terimlere dair yararlı bir tanım sunan bir girişle başlıyor. Bunu yirmi bir spesifik ilke takip ediyor; her biri de uygulanmaya yönelik bir gerekçe ve öneri içeriyor. Olumlu açıdan bakılacak olursa, *Kılavuz* LGB -istenmeyen eşcinsel çekim duyanlar da dahil olmak üzere- danışanlarla çalışan klinisyenlerin danışanlarına yararlı olmaları noktasında yardım sunabilecek bazı literatür incelemeleri sunabilir. Öncelikle, kılavuz, LGB danışanları etkileyen pek çok stres faktörüne ve bunları değerlendirmenin önemine dikkat çekiyor (bkz. 1,5,10 ve 11. İlkeler). Psikologları bu danışanlar için güvenli bir ortam yaratmaya iter ki bu da zaten yarar sağlayacak psikoterapilerin ortak noktasıdır (1. İlke).

İkincisi, kılavuz, psikologlara kendi cinsel yönelimlerini değiştirmek isteyen danışanların gerekçelerini tam manasıyla değerlendirmeleri ve kendi tedavilerinde özellikle gençlerle olanlarda herhangi bir şekilde zor kullanmaktan sakınmaları gerektiğini hatırlatıyor (3. İlke).

*Kılavuz*, psikologları kendi değer, inanç ve kısıtlamalarından haberdar olmaya teşvik ediyor (4. İlke).

Dördüncüsü, psikologlara danışan aile kökeni, kültür/etnik köken, yaş, sosyo-ekonomik statü ve engellilik durumu gibi hallerin LGB danışanların tedavisini nasıl etkileyebileceğinden haberdar olmalarını tavsiye ediyor (sırasıyla 10, 11, 13, 15 ve 17. İlkeler).

En nihayetinde de psikologların çeşitli dini ve psikolojik uygulamalardan haberdar ve bunlara saygılı olması gerekir (12. İlke).

NARTH üyeleri, bu önerilerin APA'dan nasıl türediği ve APA tarafından nasıl uygulandığı konusunda münakaşa etse de yukarıda ele alınan genel konular LGB danışanlarla çalışan herhangi biri için iyi uygulama bileşenleri olarak düşünülebilir.

*Kılavuz*'da değerli bilgiler olmasına rağmen, cinsel oryantasyonu değiştirme çabalarına (SOCE) girişen NARTH üyeleri ve diğer terapistlerin bu dokümanı incelerken basiretli davranmaları gerekmektedir. Yazarların kendi işlerine neredeyse yalnızca eşcinsel-olumlayıcı bir konumdan yaklaştığına dair yeterince kanıt vardır; bu da bilimsel sunumları şekillendirmiştir. Bununla kişisel olarak bir sorunum yok zira hepimizin literatüre yaklaşımını etkileyen değerleri ve dünya görüşleri var; ben yalnızca APA'nın da böyle önemli bir doküman bağlamında kendi dünya görüşüyle ilgili dürüst olmasını diliyorum. Bu ideolojik şekillendirmeye ilgili beş örnek elinizdeki inceleme için yeterlidir (1) dinin ele alınışı, (2) cinsel yönelim

değişikliği (3) geleneksel olmayan ilişkiler (4) eşcinsel ebeveynlik ve (5) araştırmalardan yararlanmak.

***Dinin ele alınışı:*** APA'nın cinsel oryantasyon değiştirme çabalarıyla ilgili Çalışma Kolu raporunun (SOCE; APA, 2009) ayak izlerini takip eden Kılavuz, LGB danışanların özellikle SOCE'nin ardından giden bir bağlamda dini değerleriyle daha sağlam şekilde ilgilenmek üzere çaba harcamaktadır (3 ve 12. İlkeler). Olumlu açıdan bakarsak, APA şunu kabul etmektedir: Bazı danışanlar için dinî bağlılık ve kimlik cinsel yönelime göre önceliklidir ve onaylayıcı bir yaklaşım da dolayısıyla bu danışanların hedefleriyle uyumsuz olacaktır.

Maalesef ki kılavuz bu tür danışanlara -heteroseksüel potansiyellerinin peşinden gitmek hatta iffetli bir hayat yaşamak istemeleri halinde- sıfır değilse de çok az yardım etmektedir. Kılavuz'daki pek çok yerde bu konular ele alınmaktadır ve bu kılavuzun genel çabası söz konusu danışanlara kendi dini inançlarını gözden geçirip böylelikle bir LGB kimliği benimsemek üzere her türlü neden ve fırsatı vermesidir. Bu danışanlara dini kaynaklar tavsiye edilirken, irtibata geçmeleri önerilen yegane organizasyonlar bireylerin LGB kimliğini onaylamaya adanmış olanlardır; mesela Soul Force, DignityUSA ve Metropolitan Toplum Kilisesi.

Dahası, bu durumu onaylamayan dini inançları açıklamak üzere tevdi edilen vasıflar yalnızca heteroseksist normların içselleştirilmesi gibi bir damgalama merceğinden görülebilir. Bu da onaylayıcı olmayan, damgalayan kimliğin istenmeyen eşcinsel çekim duyan danışanlar arasında APA için var olup olmadığına dair bir soru düşürür akıllara. Aynı zamanda saygılı ve hassas şekilde yürütülen değer temelli uygulamaların, danışan hedefleri terapist değerleriyle çeliştiğinde terapistler tarafından uygulanıp uygulanmayacağını sorgulamaya sevk eder ki bu zaten Kılavuz'un başlığının da tartışma noktasında başarısız olduğu bir başlıktır.

**Cinsel yönelim değişikliği:** Muhtemelen kılavuz'da yer alan en büyük yanlışlıklar APA'nın SOCE'yi ele alışında görülmektedir. 3. İlke'de APA, SOCE literatürünün metodolojik olarak ciddiye alınmayacak kadar hatalı olduğunu iddia eder, sonrasında da bu temelde SOCE'nin etkisiz olduğu sonucuna varır. Terapötik bir yaklaşımın etkinliğini değerlendirmek üzere güvenilir çalışmalardan ne şekilde yoksun olduğu, işlevsizliğinin muhakkak ortaya konulması, şu durumda açıklamalara karşı gelir. Bu da APA'nın yürümeye çalıştığı ince çizgiyi vurgular-bana göre başarı olmadan- burada mevcut SOCE yazınının güvenilirliğini ve konuyla ilişkisini de ıskalar, aynı zamanda bize SOCE pratiğinden el çektirmek için kesin bir sebep de verir. Benzer bir gerilimin Çalışma Kolu raporunda da ortaya çıkması sürpriz değildir (APA, 2009) ki bu da birbiriyle eşit derecede zıt düşen bildirimlere yol açar; SOCE'nin etkili olmadığını göz ardı eder ve bu esnada ilgili literatürün de metodolojik açıdan hatalı olduğunu ve SOCE'nin etkili olup olmadığına karar veremeyeceğimizi öne sürer. Buna ek olarak 3. İlke'de APA'nın SOCE'yi öneremediğini, yalnızca eşcinsel olumlayıcı terapötik yaklaşımları tavsiye ettiğini belirtir. 2009 Çalışma Kolu raporunun bildirdiği üzere SOCE için ampirik destek talep etmemektedir.

**Geleneksel olmayan ilişkiler:** Kılavuz'un bahsetmeye değer bir diğer özelliği de *geleneksel olmayan ilişki yapıları* şeklinde adlandırılan yapıları ele almasıdır. 5 ve 7. ilkeler sırasıyla biseksüel ve LGB ilişkilerle ilgilenirken bu gibi ilişkileri de özellikle ele alır. 5. İlke şunu der: "Biseksüel bireyler, tek eşli olmayan bir ilişkiye girme ihtimali lezbiyen ya da gey bireylerden daha fazla olan ve çok-eşliliği ideal gören kimselerdir. Tek eşli ilişkileri arzu eden ve sürdüren pek çok biseksüel kişi olsa da bu böyledir." (s. 7). 7. İlke şu bildirimini de kapsar: "Tek eşli olmayan ya da çok eşli ilişkiler gey erkekler ve biseksüel bireyler arasında lezbiyen yahut heteroseksüellere kıyasla daha yaygın ve daha kabul edilebilir olabilir" (s. 8). *Kılavuz*, şu durumda

tek eşli olmayan ve çok eşli olan ilişkilere dair kritik önemde bir analiz yapar; bunun ayrımcı bir pratik teşkil edeceğini ima etmek suretiyle sınırları zorlayacak kadar zahmetli olduğunu da söyler: “Psikologların, bu ilişkilerin çeşitliliğinden haberdar olması ve lezbiyen, gey ve biseksüel çiftlerle çalışırken kendilerini heteroseksist bir model uygulamaktan alıkoymaları yararlıdır” (s. 9). Gey erkekler ve biseksüeller arasında bu gibi geleneksel olmayan ilişkiler ahlaki ve diğer türde yargılayıcı eleştirilerden ayrılmaktadır; bu eleştiriler önyargılı ve ayrımcı olarak etiketlenir.

**Hemcinslerin ebeveynliği:** Kısa bir ilke olan 8. İlke, çocuk yetiştiren LGB çiftler meselesini ele almaktadır. LGB ebeveynlerin deneyimleri ve zorluklarını anlamak sağlam bir tavsiye olsa da *Kılavuz* bunu LGB ebeveynlerin heteroseksüel partnerler kadar kabiliyetli olduğu sonucuna yaslarlar. Esasında, 8. İlke’ye göre lezbiyen ebeveynler pek çok alanda heteroseksüel ebeveynlerden daha üstündür. Her ne kadar lezbiyenler iyi anneler, gey erkekler de iyi babalar olabilirse de lezbiyenlerin iyi “baba” yahut gey erkeklerin iyi “anne” olabileceği konusu bu incelemeyi yapan kişiye aşikâr olmaktan uzaktır. Bu ilkeler, metodolojik açıdan kısıtlı eşcinsel ebeveynliği literatürüne sıkıca yaslanır ki bu APA’nın lezbiyen ve gey ebeveynliği üzerine bildirisi (2002) ile ilgili olarak Marks tarafından yapılan önemli bir eleştiride ayrıntılı şekilde incelenmiştir.

Dolayısıyla, *Kılavuz* lezbiyen ebeveynlerle heteroseksüel ebeveynler tarafından yetiştirilen çocukların sağlık/iyi oluşları arasında büyük farklar olmadığını iddia ederken; Marks, APA’daki hemcins ebeveynliği literatürünün ayrıcalıklı lezbiyen annelerden oluşan ufak, temsil yeteneği olmayan, homojen örneklemelere dayandığını gözlemler. Bunun ışığında da şu sonuca varır: “Otuz yıl süren araştırma sürecinde bu örüntü hemcins ebeveynliği çalışmalarında temsiliyet ve çeşitlilik yoksunluğuyla ilgili sorular sormaya sevk eder” (s. 739). Bu mesele, zamanında Meezan ve Raunch (2005) tarafından dile

getirildi; bu iki gey birey hemcins evliliğini destekliyor fakat aynı zamanda şunu kabul ediyordu: “Araştırmamız henüz göstermediği; incelenen çocukların gey ve lezbiyen çiftler tarafından yetiştirilen genel çocuk popülasyonununun tipik örneği olup olmadığıdır” (s. 97). Öyle görünüyor ki APA’nın bu konuyu ele alışı ihtiyatlı bir bilim görünümünden tamamen çıkmış ve verilerin araştırılmasındaki savunma gündeminin alanına geçmiş görünmektedir.

**Araştırmalardan yararlanmak:** Nihai olarak Kılavuz (21. Ülke), psikologları araştırma bulgularını yorumlama ve yayma noktasında önyargıları yok etmeye ve LGB araştırma literatürünün kısıtlılıklarını ve karmaşalarını hesaba katmaya teşvik eder. Bu literatürün temsilcileri veriye sadık kalmak üzere mücadele verirken, çoklu yorumlar yapılması beklenebilir, özellikle konu kültür içinde tartışılan önemli sosyo-politik imalara sahip olduğunda. *Kılavuz*, öyle görünüyor ki araştırma bulgularının potansiyel kötü kullanımı ve yanlış sunumuyla ilgili olarak bu tedbirleri ihlal etmektedir.

Yalnızca iki örneği alıntılacak olursak, Kılavuz bu noktada Hooker’ın çalışmasına eşcinsel ve heteroseksüel erkekler arasında hiçbir fark olmadığı hipotezine destek olarak atıf yapar ve Shidlo ve Schroeder’in (2002) araştırmasını da SOCE’nin potansiyel zararını onaylayan bir araştırma olarak alıntılar.

Her iki çalışma da APA Çalışma Kolu raporunun, SOCE literatürünün tüm gövdesini göz ardı etmek için yeterli bulduğu ve genelleştirmeyi çalışma örnekleminin ötesinde uygunsuz addettiği metodolojik problem türlerine sahiptir. Yine de bu iki çalışma Kılavuz’da herhangi bir nitelik ya da bağlam olmaksızın geniş çaplı alıntılanmıştır; böylece bu amaca binaen yapılsa da yapılmassa da taraflı bir gözle uygulanır. Ayrıca şu gerçeği de belirtmek gerekir ki NARTH’ın son dönemde yayımlanan uygulama ilkelerinde alıntılanan 239 atıftan (2010) yalnızca 23’ü APA Kılavuz’unda sıralanan 518 atıf arasında

yer alır. Bu da birden fazla perspektife aşına olmak için konunun eğitilmek isteyenler için ne kadar önemli olduğunu göstermektedir ve ilgili mesleki literatüre dair yeterince geniş bir kavrayış sunar.

Özet olarak APA *Kılavuzu* bu alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin aşına olması gereken önemli bir kaynaktır. Fakat konulara ve literatüre dair örtük ideolojik önyargılardan etkilenmemiş bir açıklama sunmaz; bunu da din ve SOCE gibi başlıkların ele alınış biçiminde ve hangi literatürün seçileceği ya da tartışmadan çıkarılacağı noktasında gösterir. LGB danışanlarla ilgili pratik konularda geniş çaplı eğitim almak isteyen klinisyenler, bu Kılavuz ile bilgi edinmeye başlayabilirler fakat bu metinle de bitirmezler muhakkak. Bu yüzden de bu klinisyenlerin NARTH'ın uygulama ilkeleri (2010) gibi ek kaynaklarla aşına hale gelmesi gerekir.

## Kaynakça

- American Psychological Association. (2005). Lesbian and Gay Parenting. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/parenting-full.pdf>
- American Psychological Association. (2009). report of the APA task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeuticresponse.pdf>
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67 (1), 10–42. doi: 10.1037/a0024659
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21, 18–31.
- Marks, L. (2012). Same-sex parenting and children's outcomes: A closer examination of the American Psychological Associations brief on lesbian and gay parenting. *Social Science Research*, 41, 735–751. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.03.006>
- Meezan, W., & Rauch, J. (2005). Gay marriage, same-sex parenting, and America's children. *The Future of Children*, 15 (2), 97–115.
- National Association for Research and Therapy of Homosexuality. (2010). Practice guidelines for the treatment of unwanted same-sex attractions and behavior. *Journal of Human Sexuality*, 2, 5–65. Retrieved from <http://narth.com/2011/12/narth-practice-guidelines/>
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249–259. doi:10.1037/0735-7028.33.3.249



