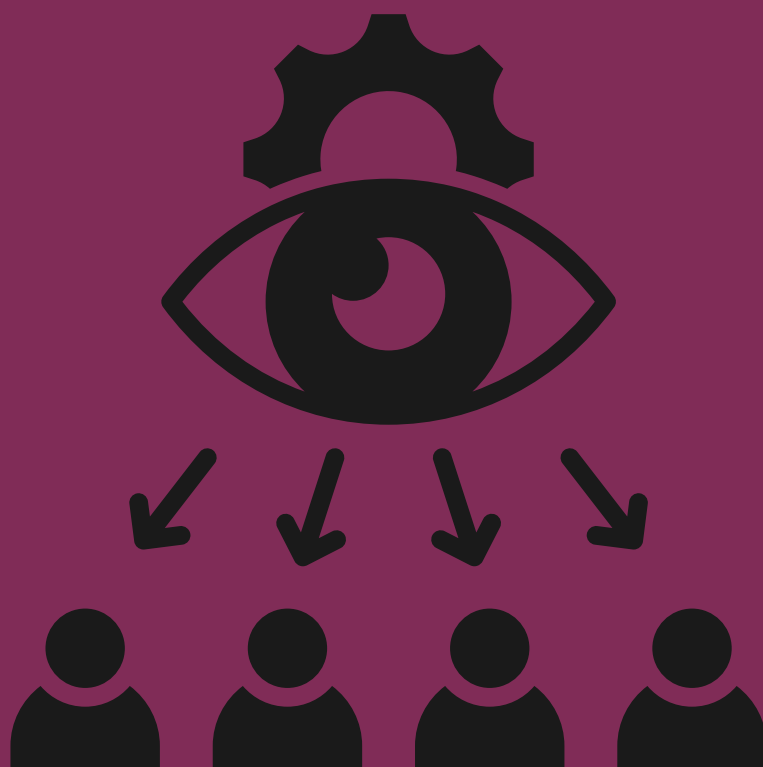


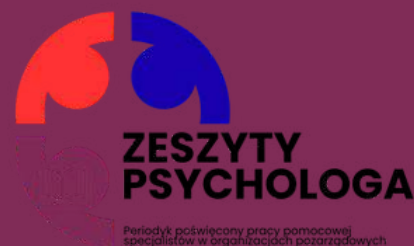
mgr Milena Sielicka
mgr Magdalena Górską
mgr Tatsiana Talkova

SUPERWIZJA



MIĘDZYNARODOWY
ROK WOŁONTARIATU
2026

Klient LGBT+

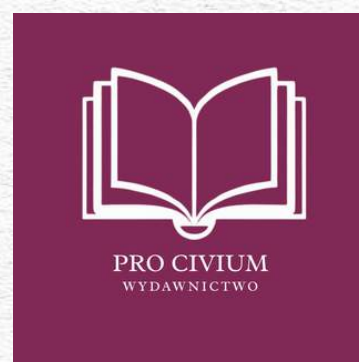


Zeszyty Psychologa; nr 9/09/26
ISBN 978-83-982077-6-8
Wydawnictwo Pro Civium
Poznań 2026

**Materiał został przygotowany w ramach superwizji grupowej
z dnia 30 września 2026 r., nr 09/26 dla specjalistów Centrum Poradnictwa
Stowarzyszenia Inicjatywa Obywatelska Pro Civium**

Projekt został dofinansowany przez Narodowy Instytut Wolności - Centrum Rozwoju
Społeczeństwa Obywatelskiego
- Korpus Solidarności, w ramach Rządowego Programu Wspierania Rozwoju Wolontariatu
Systematycznego na lata 2018 - 2030, zadanie publiczne "Wszyscy jesteśmy
Supermanami!"

Centrum Edukacji i Współpracy ze Szkolnictwem Wyższym
Opracowanie: Milena Sielicka, Magdalena Górská, Tatsiana Talkova



Minister do spraw
Społeczeństwa Obywatelskiego



KOMITET
DO SPRAW
POŻYTKU
PUBLICZNEGO



Narodowy Instytut Wolności
Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego



Korpus
Solidarności



Projekt "Wszyscy jesteśmy Supermanami!" sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Korpusu Solidarności
Rządowego Programu Wspierania i Rozwoju Wolontariatu Systematycznego na lata 2018-2030.

„- Mamo, Rain nie jest tylko przyjaciółką. Ona jest moim mężem, żoną i dziećmi. Ona jest moją rodziną.”

Kim Hye-jin

Wstęp

Badania wskazują, że **osoby LGBT+ doświadczają większego obciążenia problemami zdrowia psychicznego**, w tym depresją, lękiem, problemowym używaniem substancji oraz zachowaniami samobójczymi. Różnic tych nie wyjaśnia sama orientacja seksualna czy tożsamość płciowa. Istotną rolę odgrywa przewlekła ekspozycja na stresory społeczne, takie jak stygmatyzacja, odrzucenie czy konieczność ukrywania własnej tożsamości. Wcześniejsze doświadczenia dyskryminacji mogą sprawiać, że sam kontakt z systemem pomocy staje się źródłem dodatkowego napięcia.

Kompetentna pomoc wymaga więc nie tylko wiedzy, ale również **uwagaści na własne założenia, język i sposób interpretowania doświadczeń klienta**. Wiedza w tym obszarze nie jest zarezerwowana dla specjalistów „pracujących z LGBT+”, lecz stanowi element pracy z różnorodnymi klientami. Jednym z jej najważniejszych aspektów jest umiejętność rozpoznania, kiedy doświadczenie mniejszościowe ma znaczenie dla zgłaszanego problemu, a kiedy nie powinno stawać się jego automatycznym wyjaśnieniem.

Ten zeszyt jest więc zaproszeniem do autorefleksji: nad własnymi przekonaniami, automatycznymi założeniami i reakcjami, ale także nad tym, jak pozycja specjalisty wpływa na relację pomocową.

Ja jako specjalista



Zanim pojawi się klient: co wnoszę do gabinetu?

Psycholog nie wchodzi w relację pomocową jako całkowicie neutralny obserwator. **Każdy z nas funkcjonuje w określonym kontekście społecznym i kulturowym, a wraz z nim wnosi do pracy własne przekonania, skojarzenia i założenia dotyczące płci, seksualności, związków czy rodziny.** Część z nich może działać automatycznie i pozostawać poza świadomością. W pracy z klientem należącym do grupy mniejszościowej szczególnego znaczenia nabiera więc **pokora kulturowa:** gotowość do uczenia się od konkretnej osoby, rozpoznawania granic własnej wiedzy, przyjmowania informacji zwrotnej i korygowania własnego sposobu działania. Materiały dotyczące kompetencji afirmatywnych podobnie podkreślają **znaczenie ciągłej autorefleksji, konsultacji i rozwoju zawodowego.**

Autorefleksja pozwala również zauważyć dwa przeciwstawne ryzyka. Specjalista może **unikać tematów związanych z tożsamością,** obawiając się popełnienia błędu. Z drugiej strony może pojawić się także **nadmierne akcentowanie własnej akceptacji,** przesadne koncentrowanie się na tożsamości klienta lub potrzeba pokazania się jako osoba afirmująca. Źródła opisują oba te wzorce jako potencjalne trudności w relacji pomocowej.

Kompetencja nie sprowadza się więc do znajomości właściwego języka ani do deklarowanej akceptacji. Zanim przejdziemy dalej, **przyjrzyj się własnemu przygotowaniu w obszarze wiedzy i sposobach budowania relacji.**

Karta autorefleksji w pracy z osobami LGB

Instrukcja

Przeczytaj każde stwierdzenie i zaznacz odpowiedź najlepiej opisującą Twój obecny sposób myślenia i działania. Nie chodzi o uzyskanie „dobrego wyniku”, ale o zauważenie własnych zasobów oraz obszarów, które mogą wymagać dalszej wiedzy, doświadczenia, konsultacji lub superwizji.

1 = Wcale mnie nie dotyczy | 2 = W niewielkim stopniu |

3 = Umiarkowanie | 4 = W dużym stopniu | 5 = W pełni mnie dotyczy

Moje założenia i postawy

1. Potrafię zauważyć własne automatyczne założenia dotyczące orientacji seksualnej klienta.

1 2 3 4 5

2. Traktuję związki osób tej samej płci jako równie pełnoprawny kontekst relacyjny jak związki różnopłciowe.

1 2 3 4 5

3. Potrafię oddzielić własne przekonania religijne, moralne lub światopoglądowe od sposobu udzielania pomocy.

1 2 3 4 5

4. Zauważam sytuacje, w których nieświadomie traktuję heteroseksualność klienta jako coś oczywistego.

1 2 3 4 5

5. Potrafię zaakceptować, że sposób budowania relacji przez klienta może znacznie różnić się od mojego własnego.

1 2 3 4 5

6. Jestem gotowy/a przyglądać się własnemu dyskomfortowi zamiast automatycznie unikać trudnego dla mnie tematu.

1 2 3 4 5

Karta autorefleksji w pracy z osobami LGB

Wiedza o kontekście klienta

7. Potrafię wyjaśnić, czym jest stres mniejszościowy i w jaki sposób może wpływać na zdrowie psychiczne.

1 2 3 4 5

8. Znam przykłady stresorów związanych z dyskryminacją, odrzuceniem i ukrywaniem orientacji seksualnej.

1 2 3 4 5

9. Rozumiem, że orientacja seksualna sama w sobie nie jest zaburzeniem ani automatycznym wyjaśnieniem problemów psychicznych klienta.

1 2 3 4 5

10. Znam przykłady barier, które mogą utrudniać osobom LGB korzystanie z pomocy psychologicznej.

1 2 3 4 5

11. Potrafię rozpoznawać heteronormatywne założenia pojawiające się w wywiadzie, diagnozie lub konceptualizacji przypadku.

1 2 3 4 5

12. Rozumiem, że doświadczenia gejów, lesbijek i osób biseksualnych nie są jednorodne i mogą różnić się m.in. w zależności od płci, wieku, sytuacji rodzinnej czy innych cech społecznych.

1 2 3 4 5

Karta autorefleksji w pracy z osobami LGB

Relacja i komunikacja

13. Potrafię zapytać o relacje i życie uczuciowe klienta bez automatycznego zakładania płci jego partnera lub partnerki.

1 2 3 4 5

14. Potrafię rozmawiać o orientacji seksualnej wtedy, gdy ma ona znaczenie dla problemu klienta, bez zbędnego unikania tego tematu.

1 2 3 4 5

15. Potrafię pozostawić temat orientacji na dalszym planie, jeśli klient nie wskazuje go jako istotnego dla aktualnej trudności.

1 2 3 4 5

16. W konceptualizacji przypadku potrafię uwzględnić stres mniejszościowy jako jeden z możliwych czynników, zamiast traktować go jako wyjaśnienie każdego objawu.

1 2 3 4 5

17. Potrafię konstruktywnie zareagować, gdy zorientuję się, że użyłem/am wobec klienta niewłaściwego określenia albo dokonałem/am błędnego założenia.

1 2 3 4 5

18. Potrafię rozmawiać o doświadczeniach dyskryminacji, odrzucenia lub ukrywania orientacji bez bagatelizowania ich znaczenia.

1 2 3 4 5

19. Znam podstawowe profesjonalne wytyczne dotyczące afirmatywnej i niedyskryminującej pracy z osobami należącymi do mniejszości seksualnych.

1 2 3 4 5

20. Wiem, gdzie szukać rzetelnej wiedzy, gdy pojawia się zagadnienie związane z orientacją seksualną, którego nie znam.

1 2 3 4 5

21. Potrafię rozpoznać granice własnych kompetencji i w razie potrzeby skorzystać z konsultacji lub superwizji.

1 2 3 4 5

22. Regularnie zastanawiam się nad tym, w jaki sposób moje wychowanie, historia i środowisko wpływają na sposób rozumienia klientów LGB.

1 2 3 4 5

23. Potrafię przyjąć informację, że moje słowa lub zachowanie zostały odebrane jako krzywdzące, bez natychmiastowego koncentrowania się na własnej intencji.

1 2 3 4 5

24. Potrafię pracować z klientem LGB jako z osobą o złożonej historii i potrzebach, bez sprowadzania jego doświadczenia do jednej cechy tożsamości.

1 2 3 4 5

Po wypełnieniu

Zamiast interpretować wynik jako „wysoki” lub „niski”, policz średnią osobno dla każdego obszaru:

Moje założenia i postawy: _____ / 5

Wiedza o kontekście klienta: / 5

Relacja i komunikacja: / 5

Granice kompetencji i rozwój zawodowy: / 5

Następnie wybierz dwa stwierdzenia, przy których odpowiedź była najniższa, i odpowiedz:

Co konkretnie mogę zrobić, żeby rozwinąć się w tym obszarze?

[illegible]

Nota metodologiczna

Karta ma charakter edukacyjny i autorefleksyjny. Nie jest narzędziem diagnostycznym, zwalidowaną skalą kompetencji ani polską adaptacją SOCCS.

Ćwiczenie: Czy moje kompetencje obejmują również różnorodność płciową?

Krótką instrukcja:

Praca z osobą transpłciową lub różnorodną płciowo może wymagać kompetencji, których nie obejmuje sama wiedza dotycząca orientacji seksualnej. Poniższe pytania służą sprawdzeniu, które obszary są już Ci znane, a które wymagają dalszego rozwoju.

1. Czy potrafię odróżnić orientację seksualną od tożsamości płciowej?

1 2 3 4 5

2. Czy znam podstawowe pojęcia dotyczące transpłciowości i różnorodności płciowej?

1 2 3 4 5

3. Czy potrafię zapytać klienta o imię i zaimki bez tworzenia z tego centralnego wydarzenia rozmowy?

1 2 3 4 5

4. Czy wiem, jak zareagować, jeśli użyję niewłaściwego imienia lub zaimka?

1 2 3 4 5

5. Czy rozumiem, że trudności psychiczne osoby trans nie muszą wynikać z jej tożsamości płciowej?

1 2 3 4 5

6. Czy znam przykłady barier w dostępie do pomocy psychologicznej i medycznej, z którymi mogą spotykać się osoby transpłciowe?

1 2 3 4 5

7. Czy potrafię rozpoznać sytuację, w której moja wiedza jest niewystarczająca i potrzebuję konsultacji lub superwizji?

1 2 3 4 5

8. Czy potrafię pracować z osobą transpłciową bez przyjmowania roli „eksperta od jej tożsamości”?

1 2 3 4 5

Które z powyższych pytań wywołało u mnie największą niepewność i czego konkretnie potrzebuję się dowiedzieć?

Kiedy deklarowana kompetencja nie wystarcza

Dwie poprzednie karty pozwalają przyjrzeć się własnej **wiedzy, postawom, umiejętnościom** oraz poczuciu przygotowania do pracy z osobami LGB i osobami różnorodnymi płciowo. Taka samoocena ma jednak swoje ograniczenia. W przypadku narzędzi samoopisowych **odpowiedzi mogą pozostawać pod wpływem potrzeby przedstawienia siebie w korzystnym świetle**, a deklarowane poczucie kompetencji nie musi w pełni odpowiadać temu, jak specjalista funkcjonuje w rzeczywistej sytuacji klinicznej. Na ograniczenia samoopisowych miar kompetencji zwracał uwagę również Bidell, wskazując m.in. na podatność na odpowiedzi społecznie pożądane oraz ograniczony związek takich wyników z rezultatami terapii czy oceną superwizora.

Dlatego kolejnym krokiem **nie jest** pytanie wyłącznie o to, co wiem i za kogo się uważam jako specjalista, lecz o to, co uruchamia się automatycznie w kontakcie z konkretną osobą. **Automatyczne założenia dotyczące płci mogą pojawiać się mimo deklarowanej wiedzy i afirmatywnej postawy, dotyczyć przekonania, że płeć powinna być łatwa do rozpoznania na podstawie wyglądu, głosu czy zachowania, że określone cechy są „typowo kobiece” albo „typowo męskie” lub że informacja o płci przypisanej przy urodzeniu jest istotna również wtedy, gdy nie ma znaczenia dla celu pomocy.** Aby przełożyć tę refleksję na praktykę, zatrzymaj się przy własnych automatycznych reakcjach i sprawdź, które z nich mogą wpływać na sposób postrzegania klienta.

Ćwiczenie: Automatyczne założenia dotyczące płci

Jakie przekonania dotyczące kobiecości i męskości wyniosłem/am z domu, szkoły i otoczenia?

Co czuję, gdy nie potrafię łatwo określić płci drugiej osoby?

Czy pojawia się wtedy potrzeba ustalenia płci przypisanej jej przy urodzeniu? Jeśli tak, po co potrzebuję tej informacji?

Czy wygląd, głos lub sposób zachowania klienta uruchamiają u mnie określone oczekiwania dotyczące jego płci?

Ćwiczenie: Automatyczne założenia dotyczące płci

Które normy dotyczące płci wydają mi się tak oczywiste, że dotąd ich nie kwestionowałem/am?

Czy informacja, że klient jest osobą transpłciową, wpływa na moje pierwsze hipotezy dotyczące jego zdrowia psychicznego?

Czy potrafię rozpoznać różnicę między pytaniem potrzebnym do udzielenia pomocy a pytaniem wynikającym przede wszystkim z mojej ciekawości?

Jak reaguję, kiedy klient podaje imię lub zaimki inne niż te, których spontanicznie bym użył/a?

Ćwiczenie: Automatyczne założenia dotyczące płci

Co dzieje się ze mną, gdy ktoś poprawia mnie w kwestii imienia, zaimka albo użytego określenia?

Czy szybciej pojawia się ciekawość i korekta, czy potrzeba wyjaśnienia własnej intencji?

Wybierz jedno założenie, które udało Ci się zauważyć. Jak mogłoby wpłynąć na sposób zadawania pytań, interpretowania zachowania lub podejmowania decyzji w pracy z klientem?

....

NOTATKI WŁASNE

Praca własna: zasoby i ograniczenia mojej praktyki

Na zakończenie modułu spójrz nie tylko na własne przekonania i kompetencje, ale również na warunki, w których pracujesz.

W jakich obszarach czuję się obecnie **wystarczająco przygotowany/a**, aby pracować samodzielnie?

Przy jakich tematach potrzebuję dodatkowego **szkolenia, konsultacji** lub regularnej **superwizji**?

Jakie **organizacje, telefony zaufania, grupy wsparcia** lub inne formy pomocy dla osób LGBT+ mogę wskazać klientowi jako uzupełnienie własnej pracy?

Czy moje **formularze, dokumentacja i sposób rejestracji** pozwalają klientowi podać imię, którym klient się posługuje oraz zaimki?

Czy wiem, **gdzie kierować** osobę, której potrzeby wykraczają poza moje kompetencje?

Jaki jeden element mojej praktyki mogę **poprawić** od razu?

Podsumowanie:

.....
.....

Podsumowanie

Profesjonalna gotowość do pracy z osobami LGBT+ nie polega na osiągnięciu stanu, w którym specjalista „wie już wszystko” i przestaje popełniać błędy. Bardziej użyteczna jest **zdolność do rozpoznawania, co w danym momencie pochodzi z wiedzy o kliencie**, a co z własnych założeń, doświadczeń i ograniczeń poznawczych.

Kompetencja obejmuje więc nie tylko znajomość pojęć czy afirmatywną postawę, ale także tolerowanie własnej niepewności. Specjalista powinien umieć zauważyć brak wiedzy, nie wypełniając go automatycznie domysłem, oraz przyjąć korektę bez konieczności obrony własnej intencji. Pokora kulturowa nie oznacza rezygnacji z wiedzy eksperckiej. Oznacza świadomość jej granic i gotowość do aktualizowania sposobu rozumienia konkretnej osoby.

Warto również pamiętać, że kompetencje dotyczące orientacji seksualnej i różnorodności płciowej częściowo się przecinają, ale nie są wymienne. Dobra znajomość doświadczeń osób LGBT+ nie daje automatycznie przygotowania do pracy z osobami transpłciowymi lub różnorodnymi płciowo. Również deklarowana otwartość nie chroni przed działaniem automatycznych schematów dotyczących płci, relacji czy tego, jak „powinna” wyglądać określona tożsamość. Autorefleksja nie jest więc dodatkiem do kompetencji zawodowych. Jest jednym z mechanizmów, które pozwalają korzystać z wiedzy bez zastępowania nią osoby siedzącej po drugiej stronie.

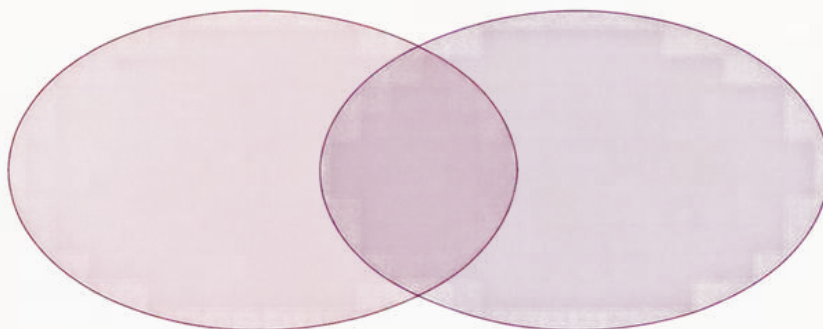
Stres mniejszościowy i kontekst doświadczeniowy klienta



Kiedy kontekst staje się obciążeniem: stres mniejszościowy

Różnice w stanie zdrowia psychicznego pomiędzy osobami należącymi do mniejszości seksualnych a populacją większością przez długi czas interpretowano w sposób patologizujący, poszukując źródła trudności w samej orientacji seksualnej lub tożsamości. **Model stresu mniejszościowego** proponuje odmienną perspektywę: dodatkowe obciążenie psychiczne nie wynika z przynależności do mniejszości jako takiej, lecz z warunków społecznych, w których osoba funkcjonuje.

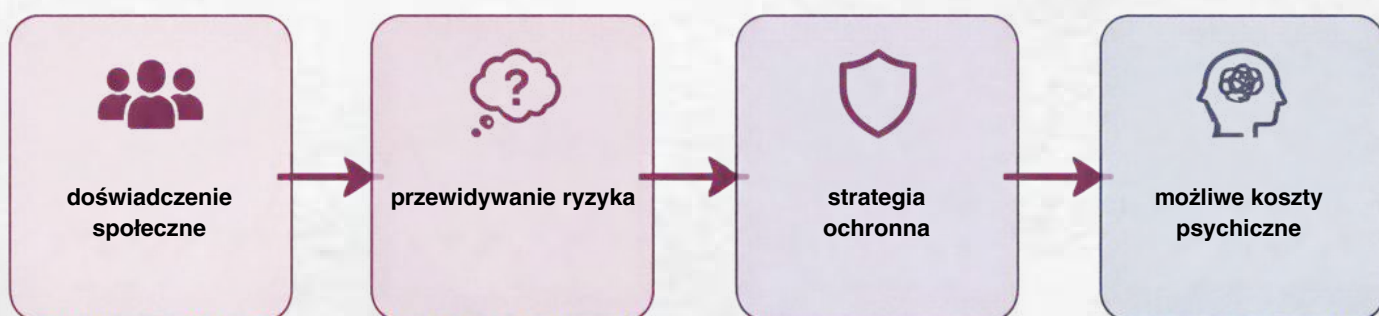
W ujęciu Meyera stres mniejszościowy ma charakter dodatkowy: **przewlekły i społecznie uwarunkowany**. Oznacza to, że nakłada się na stresory doświadczane przez wszystkich ludzi, a jego źródłem jest stygmatyzowana pozycja społeczna oraz związane z nią doświadczenia dyskryminacji, odrzucenia i konieczności zarządzania informacjami o własnej tożsamości. Model nie zakłada jednak prostego związku: „doświadczenie dyskryminacji = zaburzenie psychiczne”. Pozwala raczej analizować proces, w którym powtarzające się doświadczenia społeczne mogą wpływać na sposób przewidywania kolejnych sytuacji, regulowania zachowania i oceniania bezpieczeństwa.



Stresory dystalne i proksymalne

Meyer rozróżnia **stresory dystalne i proksymalne**. Pierwsze odnoszą się do zdarzeń i warunków znajdujących się poza jednostką, takich jak dyskryminacja, odrzucenie czy przemoc. Drugie dotyczą procesów zachodzących bliżej doświadczenia psychicznego osoby: przewidywania odrzucenia, ukrywania tożsamości oraz internalizacji negatywnych przekazów dotyczących własnej grupy.

Rozróżnienie to nie oznacza, że procesy proksymalne powstają niezależnie od środowiska. Przeciwnie, oczekiwanie odrzucenia czy ostrożność w ujawnianiu informacji mogą rozwijać się w odpowiedzi na wcześniejsze doświadczenia, w których odrzucenie rzeczywiście wystąpiło lub było prawdopodobne. Z klinicznego punktu widzenia ważne staje się więc nie tylko pytanie „co klient robi?”, ale również **„w jakich warunkach nauczył się, że właśnie taka reakcja zwiększa jego bezpieczeństwo?”**



Karta analizy reakcji na stres mniejszościowy

Cel: przyjrzenie się temu, jak konkretna sytuacja może uruchamiać określone interpretacje, emocje, potrzeby i strategie radzenia sobie. Karta nie służy do diagnozy ani oceny nasilenia stresu mniejszościowego.

1. Sytuacja

Co się wydarzyło?

Kto uczestniczył w sytuacji?

Czy pojawił się element związany z orientacją seksualną, tożsamością płciową, stygmatyzacją lub wcześniejszym doświadczeniem odrzucenia?

2. Interpretacja

Jak osoba rozumiała to, co się wydarzyło?

Jakich reakcji innych się spodziewała?

Jakie znaczenie nadała sytuacji?

3. Reakcja emocjonalna

Jakie emocje pojawiły się w tej sytuacji?

Które z nich były najsilniejsze?

4. Potrzeba lub cel reakcji

Co osoba próbowała w tej sytuacji ochronić, uzyskać albo ograniczyć?

Na przykład: bezpieczeństwo, prywatność, kontrolę nad informacją, przynależność, uniknięcie odrzucenia, zachowanie relacji.

5. Zastosowana strategia

Co osoba zrobiła?

Co powiedziała albo czego nie powiedziała?

Czy wycofała się, ukryła informację, sprawdziła bezpieczeństwo, szukała wsparcia, konfrontowała sytuację?

6. Skutek krótkoterminowy

Co ta strategia dała bezpośrednio po sytuacji?

Czy zmniejszyła napięcie?

Czy ograniczyła ryzyko?

Czy zwiększyła poczucie kontroli?

7. Skutek długoterminowy

Jakie koszty lub korzyści mogą pojawiać się, jeśli podobna strategia jest stosowana wielokrotnie?

8. Znaczenie dla obrazu siebie

Jak osoba zaczęła myśleć o sobie po tej sytuacji?

Czy wpłynęło to na jej poczucie wartości, bezpieczeństwa, sprawczości lub przynależności?

Pytanie centralne

Jaką funkcję pełniła ta reakcja w kontekście doświadczeń tej osoby?

To, co chroni, może również kosztować

Niektóre strategie rozwijające się w odpowiedzi na stres mniejszościowy mogą być **trudne do jednoznacznego sklasyfikowania jako „adaptacyjne” lub „nieadaptacyjne”**. Zachowanie, które ogranicza ryzyko w jednym kontekście, może jednocześnie generować koszty w innym. Dlatego jego ocena wymaga uwzględnienia zarówno funkcji, jak i warunków, w których zostało wykształcone i jest obecnie stosowane. Dobrym przykładem jest ukrywanie tożsamości lub selektywne ujawnianie informacji o sobie. W środowisku, w którym **ujawnienie może wiązać się z odrzuceniem, dyskryminacją lub utratą bezpieczeństwa, kontrolowanie informacji o własnej orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej może pełnić realną funkcję ochronną**. Jednocześnie długotrwała konieczność monitorowania języka, modyfikowania narracji o swoim życiu i przewidywania reakcji innych osób może wiązać się z dodatkowymi kosztami psychicznymi i relacyjnymi.

Podobnie **oczekiwanie odrzucenia** może zwiększać gotowość do wychwytywania sygnałów zagrożenia. Taka ostrożność może być zrozumiała w świetle wcześniejszych doświadczeń, ale stosowana szeroko i długotrwale może ograniczać możliwość budowania relacji opartych na zaufaniu. Model stresu mniejszościowego obejmuje właśnie takie procesy proksymalne, jak oczekiwanie odrzucenia, wrażliwość na stygmatyzację czy ukrywanie tożsamości. Analiza strategii wymaga dwóch perspektyw jednocześnie: zysk i koszt.

Ujawnienie informacji o sobie należy do klienta

Informacja o orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, relacji czy imieniu, którym klient się posługuje, może mieć znaczenie dla procesu pomocy, nie oznacza to jednak, że klient ma obowiązek przekazać ją na pierwszym spotkaniu ani w momencie, który specjalista uzna za właściwy. Może potrzebować czasu, aby poznać sposób pracy psychologa, zrozumieć zasady poufności i ocenić, jakie informacje oraz w jakim zakresie chce ujawnić.

Decyzja o ujawnieniu nie jest również jednorazowym wydarzeniem. Osoba może funkcjonować otwarcie wobec przyjaciół, ale nie wobec rodziny; wobec części współpracowników, ale nie całego zespołu; w jednym środowisku ujawniać swoją tożsamość, a w innym świadomie ją chronić. Zakres ujawnienia może zmieniać się wraz z sytuacją, relacją i oceną bezpieczeństwa.

Dlatego samo ujawnienie nie powinno być traktowane jako wskaźnik zdrowia psychicznego, odwagi, autentyczności ani postępu w terapii. Kluczowe jest rozpoznanie, jakie znaczenie ma ujawnianie lub nieujawnianie w życiu konkretnej osoby, jakie daje jej możliwości i z jakimi konsekwencjami się wiąże. Celem jest stworzenie takich warunków, aby **klient mógł świadomie decydować, co, komu, kiedy i w jakim zakresie chce powiedzieć.**

Ćwiczenie: Granice ujawnienia

Przeczytaj opis:

Maja mówi psychologowi, że jej partnerka nie wie o spotkaniach. W rodzinie przedstawia partnerkę jako współlokatorkę. Chce pracować nad napięciem i bezsennością, ale nie chce na razie rozważać rozmowy z rodziną.

Zapisz odpowiedzi.

1. Co Maja jasno określiła jako cel pomocy?

2. Jaką decyzję dotyczącą ujawnienia już podjęła?

3. Jak możesz zapytać o wpływ sytuacji rodzinnej na jej samopoczucie bez naciskania na rozmowę z rodziną?

4. Jakiego celu nie powinno się dopisywać do planu pracy bez jej zgody?

Stres mniejszościowy jest hipotezą kontekstową, nie uniwersalnym wyjaśnieniem

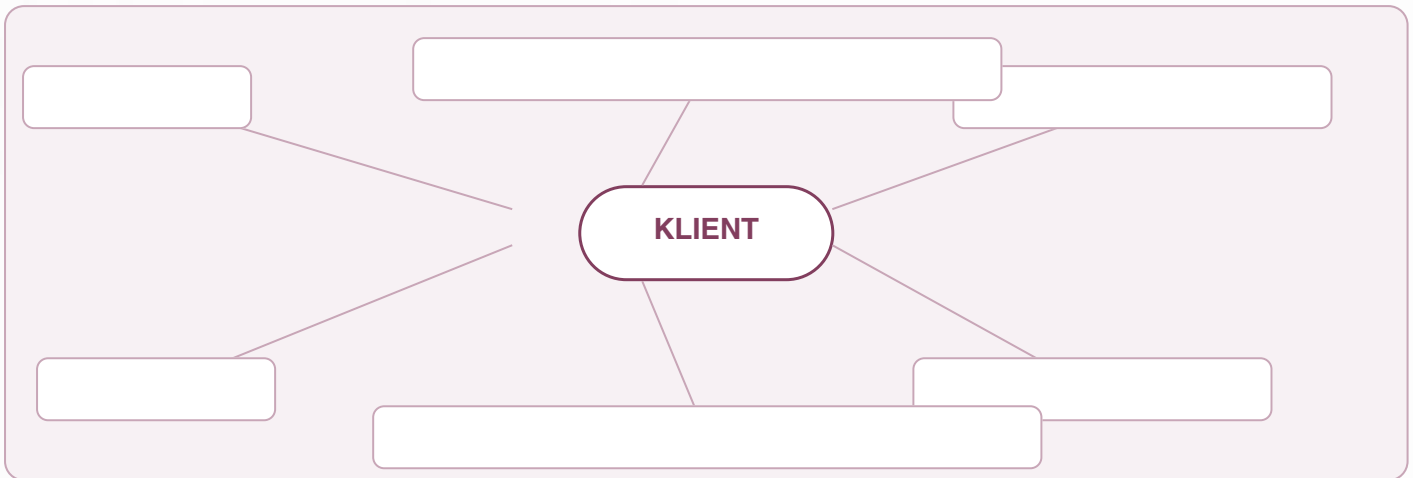
Osoba LGBT+ może zgłosić się do psychologa z każdym problemem, z którym zgłasza się również osoba heteroseksualna lub cisplciowa: z powodu lęku, straty, konfliktu w pracy, trudności w związku, przeciążenia czy potrzeby lepszego zrozumienia siebie. Orientacja seksualna lub tożsamość płciowa może mieć znaczenie dla zgłaszanej sprawy, ale nie musi stanowić jej źródła. **Nie istnieje jedna „perspektywa osoby LGBT+”**. Na przykład: osoba biseksualna może spotkać się z założeniem, że jej orientację można „odczytać” z płci aktualnego partnera lub partnerki. Tymczasem pozostawanie w związku z osobą określonej płci nie unieważnia sposobu, w jaki klient definiuje własną orientację. Badania wskazują, że sytuację osób biseksualnych warto analizować odrębnie od sytuacji osób homoseksualnych. W literaturze dotyczącej depresji i lęku zwraca się uwagę m.in. na niewidzialność osób biseksualnych oraz ograniczoną dostępność afirmującego wsparcia jako możliwe czynniki związane z obserwowanymi nierównościami.

Ludzie różnią się także wiekiem, sytuacją materialną, miejscem zamieszkania, zdrowiem, historią rodzinną, relacjami, siecią wsparcia, doświadczeniami dyskryminacji oraz znaczeniem, jakie nadają własnej tożsamości. Dwie osoby używające tego samego określenia mogą więc mieć zupełnie inne doświadczenia i potrzeby wobec psychologa. **Punktem wyjścia pozostaje powód zgłoszenia oraz sposób, w jaki klient sam rozumie swoją sytuację.**

Ćwiczenie: Mapa Wsparcia

1. Zaznacz osoby lub grupy ważne dla klienta

Wpisz je wokół środka mapy.



2. Przy każdej osobie lub grupie oznacz:

+ wsparcie ± relacja ambiwalentna – źródło napięcia

○ ograniczony lub świadomie utrzymywany dystans ? brak wystarczających danych

3. Odpowiedz krótko

Które relacje klient sam wskazuje jako wspierające?

.....

Czy istnieje relacja, której ograniczenie może pełnić funkcję ochronną?

.....

Czy jest relacja, którą jako specjalista mam skłonność uznać za „wymagającą naprawy”, mimo że klient nie wskazuje tego jako celu?

.....

4. Przygotuj dwa pytania, które pozwolą klientowi samemu określić znaczenie jego relacji

1.

2.

Formulacja przypadku: ćwiczenie wieloperspektywiczne



Przypadek

Julia, 30 lat, zgłasza się z powodu nasilonego lęku przed oceną w pracy, problemów ze snem i coraz częstszego unikania zebrań zespołu. Trudności wyraźnie nasiliły się po awansie sprzed czterech miesięcy. Na nowym stanowisku częściej prezentuje wyniki swojej pracy przed większą grupą. **Julia opisuje siebie jako osobę biseksualną.** Od trzech lat pozostaje w związku z mężczyzną. Partner wie o jej orientacji i Julia opisuje go jako osobę wspierającą. Kilka lat wcześniej była w związku z kobietą. Kiedy powiedziała o nim rodzicom, usłyszała, „to pewnie etap”. Obecnego partnera rodzice traktują jako potwierdzenie, „wszystko wróciło do normy”. Julia zazwyczaj nie koryguje tych komentarzy.

Mówi: „Nie mam już siły ciągle komuś udowadniać, kim jestem.”

W pracy większość osób zakłada, że Julia jest heteroseksualna. Julia tego nie prostuje i nie uważa obecnie ujawnienia orientacji za ważny cel. Nie opisuje konkretnych doświadczeń dyskryminacji w miejscu pracy. Jednocześnie mówi, że od szkoły bardzo źle znosi krytykę. Jej ojciec wysoko ocenia osiągnięcia i często zwraca uwagę na błędy. Przed prezentacjami Julia przygotowuje się przez wiele godzin, wielokrotnie poprawia materiały i śpi po około pięć godzin. Pije 4–5 kaw dziennie. Po spotkaniach długo analizuje każde zdanie, które powiedziała.

Ostatnio odwołała dwie prezentacje, prosząc współpracownika o zastępstwo. Bezpośrednio po odwołaniu odczuwa ulgę, ale później krytykuje siebie za „tchórzostwo” i jeszcze bardziej obawia się następnego wystąpienia.

Ma bliską przyjaciółkę, wspierającego partnera i dobre relacje z kilkoma osobami w zespole.



CZĘŚĆ I

Zanim zaczniesz wyjaśniać

1. Problem aktualny

Opisz trudność, z którą Julia zgłasza się po pomoc, bez wyjaśniania jej przyczyny.

Czy któraś z Twoich interpretacji pojawiła się szybciej tylko dlatego, że wiedziałeś/aś, że Julia jest osobą biseksualną?

2. Oddziel obserwację od interpretacji

Wypisz trzy informacje będące faktami z opisu:

Fakt 1:

.....

Fakt 2:

.....

Fakt 3:

.....

Następnie zapisz trzy interpretacje, które mogą pojawić się podczas czytania przypadku:

Hipoteza / interpretacja 1:

.....

Hipoteza / interpretacja 2:

.....

Hipoteza / interpretacja 3:

.....

P1. Problem aktualny

Co wymaga obecnie wyjaśnienia?

Uwzględnij objawy, zachowania, ich wpływ na funkcjonowanie oraz perspektywę samej klientki.

.....

.....

P2. Czynniki predysponujące

Jakie wcześniejsze doświadczenia lub właściwości mogły zwiększać podatność Julii na obecną trudność?

Nie szukaj jednej przyczyny. Rozważ czynniki:

.....

relacyjne / rozwojowe:

.....

społeczne i kulturowe:

.....

inne:

.....

Zatrzymaj się

Czy wcześniejsze unieważnianie biseksualności może mieć znaczenie dla obecnego funkcjonowania?

- ☐ Tak, istnieją dane wspierające tę hipotezę
- ☐ Możliwe, ale potrzebuję więcej danych
- ☐ Na razie nie ma podstaw, by wiązać je z aktualnym problemem

Dlaczego?

.....

.....

To pytanie nie ma jednej prawidłowej odpowiedzi.

P3. Czynniki wyzwalające

Co zmieniło się bezpośrednio przed nasileniem trudności?

.....

Które wydarzenia mają wyraźny związek czasowy z obecnym problemem?

.....

Które wydarzenia są jedynie potencjalnie istotne?

.....

P4. Czynniki podtrzymujące

Co może powodować, że problem utrzymuje się mimo upływu czasu?

Rozważ zachowania, sposób myślenia, regulację emocji, czynniki fizjologiczne, relacje i aktualne środowisko.



Ważne

Nie pytaj wyłącznie:
„Skąd wziął się problem?”

Zapytaj również:
„Dlaczego problem nadal trwa?”

Formulacja kliniczna rozróżnia czynniki, które zwiększyły podatność na trudność, od tych, które ją wyzwoliły oraz tych, które obecnie ją podtrzymują.

P5. Czynniki ochronne

Co w historii i obecnej sytuacji Julii może ograniczać nasilenie problemu lub wspierać zmianę?

Relacje:

Umiejętności i zasoby osobiste:

Warunki środowiskowe:

Inne:

Który zasób można wykorzystać w dalszej pracy, zamiast jedynie odnotować jego istnienie?

Macierz konkurencyjnych hipotez

Sformułuj trzy różne hipotezy wyjaśniające aktualną trudność Julii.

Nie mają być trzema sposobami zapisania tego samego.

Przynajmniej jedna powinna uwzględniać mechanizmy, które rozważył(a)byś również u osoby heteroseksualnej i cisplciowej

Nie masz obowiązku tworzenia hipotezy związanej ze stresem mniejszościowym, jeśli dostępne informacje jej nie uzasadniają.

Hipoteza A

Możliwe wyjaśnienie:

Co ją wspiera?

Co jej nie wspiera lub pozostaje z nią w napięciu?

Czego brakuje?

Jakie pytanie pozwoliłoby ją sprawdzić?

Hipoteza B

Możliwe wyjaśnienie:

Co ją wspiera?

Co jej nie wspiera lub pozostaje z nią w napięciu?

Czego brakuje?

Jakie pytanie pozwoliłoby ją sprawdzić?

Macierz konkurencyjnych hipotez

Hipoteza C

Możliwe wyjaśnienie:	
Co ją wspiera?	
Co jej nie wspiera lub pozostaje z nią w napięciu?	
Czego brakuje?	
Jakie pytanie pozwoliłoby ją sprawdzić?	

Która hipoteza ma największą moc wyjaśniającą?

Nie chodzi o wybranie „zwycięzcy”.

Oceń każdą hipotezę jako:

dobrze wspartą danymi / możliwą / słabo wspartą / wymagającą innych danych

Hipoteza	Aktualny status	Jakich danych potrzebuję?
A		
B		
C		

Czy hipotezy muszą się wzajemnie wykluczać?

Które mechanizmy mogą działać równocześnie?

Czy kontekst mniejszościowy wpływa na główny problem, jego nasilenie, sposób radzenia sobie z nim, czy może pozostawać obecnie na dalszym planie?

Głos klientki

Teraz odłóż formuację specjalisty.

Jak Julia sama opisuje swoją trudność?

Czy sposób, w jaki klientka rozumie problem, jest zgodny z Twoją roboczą konceptualizacją?

- ☐ w dużym stopniu
- ☐ częściowo
- ☐ istnieją istotne różnice
- ☐ nie mam wystarczających danych

Gdzie się różnicie?

Jak można zbadać tę różnicę bez narzucania klientce własnego modelu?

To jest istotne, bo formuacja nie powinna być „diagnozą ukrytą w ładniejszym języku”. Współczesne podejścia do formuacji podkreślają jej indywidualny i współtworzony charakter, a także konieczność uwzględnienia światopoglądu i kontekstu życia osoby.

Napisz roboczą formułację przypadku

Spróbuj teraz zamknąć swoje rozumienie przypadku w jednym krótkim akapicie.

Nie twórz listy czynników.

Połącz je w hipotezę o zależnościach między nimi.

Możesz rozpocząć:

Aktualne trudności Julii pojawiły się / nasiliły się w kontekście

Podatność na nie mogły zwiększać

Problem jest obecnie prawdopodobnie podtrzymywany przez

Kontekst związany z orientacją seksualną

Jednocześnie stanowi istotny zasób.

Do dalszego sprawdzenia pozostaje

Moja formułacja

Ostatni test formułacji

Przeczytaj własny tekst jeszcze raz.

1. Czy gdybym usunął/usunęła z opisu informację o orientacji Julii, moja formułacja nadal tłumaczyłaby część jej trudności?

2. Czy gdybym całkowicie pominął/pominęła doświadczenia związane z jej biseksualnością, stracił(a)bym istotną część historii?

3. Czy przypisałem/am klientce doświadczenie, emocję lub mechanizm, którego nie podała i którego jeszcze nie sprawdziłem/am?

4. Które zdanie mojej formułacji jest obecnie najbardziej niepewne?

5. Jakie jedno pytanie zadał(a)bym Julii na następnej sesji, aby najlepiej zaktualizować formułację?



Zasada na wynos

Dobra formułacja nie jest najbardziej rozbudowaną historią, jaką można opowiedzieć o kliencie. Jest możliwie oszczędną hipotezą, która łączy dostępne dane, pozostawia miejsce na alternatywne wyjaśnienia i może zostać zmieniona pod wpływem nowych informacji.



Nota metodologiczna

Ćwiczenie ma charakter edukacyjny. Jego konstrukcja wykorzystuje ogólną logikę klinicznej formułacji 5P: problem aktualny oraz czynniki predysponujące, wyzwalające, podtrzymujące i ochronne. Rozbudowanie o konkurencyjne hipotezy i kontrolę znaczenia kontekstu mniejszościowego stanowi opracowanie własne na potrzeby zeszytu. Karta nie jest standaryzowanym narzędziem diagnostycznym.

Podsumowanie

Model stresu mniejszościowego poszerza sposób rozumienia trudności klienta o kontekst społeczny, w którym funkcjonuje. Pozwala zauważyć, że część reakcji może rozwijać się nie tylko w odpowiedzi na bieżące wydarzenia, ale także na wcześniejsze doświadczenia odrzucenia, dyskryminacji, konieczność kontrolowania informacji o sobie czy przewidywanie negatywnych reakcji otoczenia.

Z perspektywy klinicznej szczególnie ważne jest pytanie o funkcję zachowania. To, co z zewnątrz może wyglądać jak wycofanie, ostrożność czy unikanie, w określonym kontekście może pełnić funkcję ochronną. Jednocześnie strategia, która wcześniej zwiększała bezpieczeństwo, może z czasem generować koszty psychiczne, relacyjne lub poznawcze. Dlatego sama forma zachowania nie wystarcza do jego zrozumienia.

Równie istotne jest zachowanie ostrożności wobec samego modelu. Stres mniejszościowy nie powinien stawać się uniwersalnym wyjaśnieniem wszystkich trudności osoby LGBT+. Orientacja seksualna lub tożsamość płciowa może być ważną częścią historii klienta, ale znaczenie tego kontekstu trzeba każdorazowo sprawdzać, a nie zakładać z góry. Dobre rozumienie przypadku nie polega na znalezieniu jednego wyjaśnienia, lecz na sprawdzeniu, które z możliwych wyjaśnień rzeczywiście pasuje do doświadczenia konkretnej osoby.

Praktyka afirmatywna i język w relacji pomocowej



Praktyka afirmatywna nie oznacza bezkrytycznej afirmacji wszystkiego

Praktyka afirmatywna nie oznacza rezygnacji z własnego modelu klinicznego ani zastąpienia pomocy psychologicznej rozmową o tożsamości. Jest raczej sposobem prowadzenia diagnozy, conceptualizacji i interwencji, który nie traktuje orientacji seksualnej ani tożsamości płciowej jako patologii wymagającej zmiany. Podejście afirmatywne zakłada, że tożsamość klienta może stanowić istotny element jego doświadczenia, ale jej znaczenie powinno wynikać z historii konkretnej osoby, a nie z założeń specjalisty.

W praktyce oznacza to **jednoczesne uwzględnianie wpływu stresu mniejszościowego, relacji społecznych, doświadczeń dyskryminacji i zasobów klienta** oraz zachowanie pełnej gotowości do pracy nad problemami, które z tożsamością nie są bezpośrednio związane. W tym sensie afirmatywność nie ogranicza krytycznego myślenia klinicznego. Określa natomiast, czego nie należy traktować jako patologii tylko dlatego, że odbiega od normy większościowej.

Język jako narzędzie poznania klinicznego

Sposób formułowania pytania wpływa na zakres odpowiedzi, którą klient może udzielić. Pytanie zawierające założenie nie tylko komunikuje określoną normę społeczną, ale również ogranicza przestrzeń diagnostyczną, ponieważ sugeruje klientowi, jakie odpowiedzi specjalista przewiduje jako typowe lub oczekiwane.

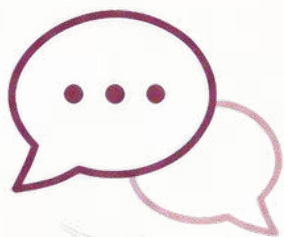
Im więcej informacji specjalista wprowadza do pytania przed odpowiedzią klienta, tym większe ryzyko, że zaczyna potwierdzać własną hipotezę zamiast zbierać dane.

Pytanie „Czy ma Pani chłopaka?” zakłada jednocześnie orientację, strukturę relacji oraz określony sposób jej nazywania. Pytanie „Czy jest Pani obecnie w relacji?” pozostawia te elementy otwarte i pozwala zebrać informację zamiast ją wstępnie konstruować.

To samo dotyczy pytań o płeć, historię tożsamości, rodzinę czy seksualność.

Neutralność językowa nie oznacza unikania tematu. Oznacza ograniczanie założeń wbudowanych w pytanie. W źródłach dotyczących mikroagresji w psychoterapii jako problematyczne wskazuje się m.in. heteronormatywne formułowanie pytań, stereotypizowanie oraz język oparty na cisnormatywnych założeniach.

Tożsamość nie jest terminem nadawanym przez psychologa



Określenia dotyczące orientacji seksualnej i tożsamości płciowej nie zawsze mają dla różnych osób identyczne znaczenie. Mogą być używane jako opis doświadczenia, element przynależności społecznej, kategoria polityczna, słowo robocze albo w ogóle nie mieć większego znaczenia dla klienta. Dlatego zadaniem specjalisty nie jest dopasowanie osoby do najbardziej precyzyjnej kategorii terminologicznej, lecz zrozumienie, jak klient sam opisuje swoje doświadczenie i jakie znaczenie nadaje używanym przez siebie określeniom.

Jeżeli klient używa terminu inaczej niż specjalista spodziewa się na podstawie literatury, pierwszym krokiem nie powinno być korygowanie, lecz doprecyzowanie:



„Co to określenie znaczy dla Pana/Pani?”

To pytanie może dać więcej informacji klinicznych niż próba ustalenia, czy osoba „technicznie” spełnia definicję danej kategorii.

Podsumowanie

Praktyka afirmatywna nie wymaga od psychologa posługiwania się zestawem „idealnych” sformułowań. Wymaga przede wszystkim świadomości, że **język wpływa na sposób zbierania informacji, budowania relacji i rozumienia doświadczenia klienta**. Pytanie może być poprawne gramatycznie, a jednocześnie zawierać założenie dotyczące orientacji, płci, relacji czy historii życia. Dlatego istotne jest nie tylko to, jakich słów używamy, lecz także co zakładamy, zanim klient zdąży odpowiedzieć.

Afirmatywność oznacza również respektowanie samookreślenia klienta i gotowość do korekty, gdy użyte przez specjalistę określenie okazuje się nietrafione. Nie chodzi o bezbłądność, lecz o sposób reagowania na własny błąd i zdolność powrotu do doświadczenia osoby korzystającej z pomocy. Równie ważne jest rozróżnienie między informacją potrzebną do prowadzenia pomocy a pytaniem wynikającym przede wszystkim z ciekawości specjalisty. Praktyka afirmatywna polega więc nie tylko na doborze języka, ale także na odpowiedzialnym decydowaniu, kiedy pytać, o co pytać i czemu dana informacja ma służyć.

Dobre pytanie kliniczne nie powinno mówić klientowi, kim jest, zanim zdąży powiedzieć to sam.

Materiały dodatkowe



Kiedy do gabinetu wchodzi rodzina

Reakcja rodziny może stanowić zarówno istotny **zasób, jak i dodatkowe źródło obciążenia**. Badania Family Acceptance Project wskazują na związek zachowań odrzucających wobec młodych osób LGB z gorszymi wynikami zdrowotnymi w młodej dorosłości oraz na ochronne znaczenie zachowań wspierających. Późniejsze badanie 245 młodych osób LGBT wiązało akceptację rodzinną m.in. z wyższą samooceną, większym wsparciem społecznym i lepszym ogólnym stanem zdrowia oraz niższym nasileniem niektórych problemów zdrowia psychicznego.

Reakcja emocjonalna rodzica a zachowanie wobec dziecka

Rodzic może doświadczać lęku, dezorientacji, konfliktu wartości, wstydu społecznego, obaw o bezpieczeństwo dziecka lub konieczności zmiany wcześniejszych wyobrażeń dotyczących jego przyszłości. Uznanie tych emocji nie oznacza jednak uznania każdego zachowania wynikającego z tych emocji za neutralne. W pracy pomocowej warto rozdzielać:

to, co rodzic czuje

od

tego, co robi wobec dziecka.

Rodzic ma prawo doświadczać trudnych emocji. Jednocześnie grożenie, wymuszanie ukrywania tożsamości, poniżanie, wykluczanie partnera lub partnerki z życia rodzinnego czy naciskanie na zmianę orientacji lub tożsamości mogą szkodzić niezależnie od deklarowanej intencji.

Przykładowe formy reakcji rodziny

Poniższe kategorie nie są formalną typologią diagnostyczną. Mogą pomóc w opisanu sposobu reagowania rodziny:

Jawne odrzucenie

Groźby, wyśmiewanie, zerwanie kontaktu, próby wymuszenia zmiany orientacji lub tożsamości, usunięcie z domu.

Odrzucenie pośrednie

Deklarowanie akceptacji przy równoczesnym konsekwentnym unikaniu tematu, wykluczaniu partnera lub partnerki z życia rodzinnego albo traktowaniu relacji jako mniej ważnej.

Akceptacja warunkowa

„Akceptuję, ale nie mów o tym rodzinie”, „możesz być w związku, ale nie przyprowadzaj partnera do domu”.

Ambiwalencja

Naprzemienne zachowania wspierające i odrzucające, trudność rodzica w pogodzeniu przywiązania do dziecka z własnymi przekonaniami lub oczekiwaniami społecznymi.

Wsparcie

Traktowanie tożsamości i relacji dziecka z takim samym szacunkiem jak innych ważnych elementów jego życia, obrona przed dyskryminacją, zainteresowanie potrzebami dziecka i gotowość do uczenia się.

Kiedy do gabinetu wchodzi rodzina

1



ROZPOZNAJ

Rozpoznaj konkretną obawę. Zamiast rozpoczynać od sporu światopoglądowego, warto ustalić, czego rodzic rzeczywiście się obawia: reakcji dalszej rodziny, bezpieczeństwa dziecka, konsekwencji społecznych, własnej wspólnoty religijnej czy utraty określonych wyobrażeń o przyszłości.

2



EMOCJE

Oddziel emocję od zachowania. Można jednocześnie uznać lęk rodzica i jasno nazwać zachowanie, które szkodzi.

3



DZIAŁAJ

Pracuj na zachowaniach możliwych do zmiany. Family Acceptance Project wykorzystuje właśnie obserwowalne zachowania rodziny jako punkt interwencji i pokazuje, że nawet częściowe ograniczenie zachowań odrzucających oraz zwiększenie wsparcia może mieć znaczenie.

4



CEL

Nie zakładaj, że celem zawsze jest pojednanie. Kontakt rodzinny powinien być analizowany w kontekście bezpieczeństwa, potrzeb i decyzji klienta.

5



PRIORYTET

W przypadku osoby małoletniej bezpieczeństwo ma pierwszeństwo. Jeżeli występuje przemoc, groźba wyrzucenia z domu lub inne poważne zagrożenie, potrzebna jest ocena bezpieczeństwa i postępowanie zgodne z obowiązkami zawodowymi oraz lokalnymi przepisami.



Do przemyślenia

Czy próbując „zrozumieć obie strony”, nie zaczynam traktować komfortu osoby dorosłej i bezpieczeństwa młodego klienta jako równoważnych potrzeb?

Karta eksploracji kontekstu zawodowego

Środowisko zawodowe może być jednocześnie źródłem zwykłych stresorów życiowych i miejscem, w którym ujawniają się stresory związane z mniejszościową pozycją społeczną. Rozpoznanie tego kontekstu nie polega na założeniu, że konflikt zawodowy osoby LGBT+ jest przejawem dyskryminacji. Wymaga sprawdzenia, jak wygląda realne środowisko pracy, jakie zachowania występują oraz jak klient nimi zarządza.



1. Kontrola nad informacją

- Kto w miejscu pracy wie o orientacji seksualnej, relacji lub tożsamości klienta?
- Czy zakres ujawnienia jest zgodny z jego wyborem?
- Czy istnieją osoby, wobec których klient chciałby być bardziej otwarty, ale przewiduje negatywne konsekwencje?
- Czy ktoś ujawnił informacje o kliencie bez jego zgody?



2. Klimat społeczny organizacji

- Jak w miejscu pracy mówi się o osobach LGBT+?
- Czy pojawiają się żarty, komentarze, stereotypy lub otwarcie wrogie wypowiedzi?
- Jak reagują przełożeni i współpracownicy, kiedy takie sytuacje występują?
- Czy klient zna inne osoby LGBT+ w organizacji i jakie są ich doświadczenia?



3. Konkretnie wydarzenia

- Czy wystąpiły sytuacje, które klient odebrał jako wykluczające, poniżające lub dyskryminujące?

- Co dokładnie się wydarzyło?

- Czy były to zdarzenia pojedyncze czy powtarzające się?

- Jak klient zareagował i jakie były konsekwencje?



4. Koszt zarządzania informacją

- Czy klient zmienia sposób opowiadania o swoim życiu prywatnym zależnie od rozmówcy?

- Jak dużo uwagi wymaga kontrolowanie informacji o sobie?

- Czy zdarza mu się unikać określonych osób, tematów lub sytuacji zawodowych?

- Jakie korzyści daje taka strategia i jakie generuje koszty?



Notatki własne



5. Zasoby

- Czy w miejscu pracy jest przynajmniej jedna osoba, przy której klient czuje się bezpiecznie?

- Czy istnieją formalne procedury dotyczące dyskryminacji lub nierównego traktowania?

- Czy klient wie, gdzie może zwrócić się po pomoc?

- Jakie strategie radzenia sobie już działają?



6. Związek z aktualnym problemem

Na końcu warto wrócić do pytania:

Jaką rolę sytuacja zawodowa odgrywa w problemie, z którym klient przyszedł po pomoc?



Podsumowanie

Nie każda trudność występująca w miejscu pracy jest stresem mniejszościowym. Nie każdy stres mniejszościowy zostanie też nazwany przez klienta dyskryminacją.

Zakończenie

Kompetencje potrzebne w pracy z osobami LGBT+ **nie są zarezerwowane dla seksuologów ani specjalistów zajmujących się problematyką seksualności i płci**. Osoby LGBT+ korzystają z pomocy psychologicznej z tych samych powodów co inni klienci: z powodu lęku, depresji, straty, kryzysu zawodowego, przeciążenia, konfliktów rodzinnych, trudności w relacjach, doświadczenia przemocy czy potrzeby lepszego rozumienia siebie. Psycholog może więc spotkać osobę LGBT+ niezależnie od miejsca i charakteru swojej pracy: w poradni, szkole, szpitalu, organizacji pomocowej, interwencji kryzysowej, poradnictwie zawodowym czy podczas zwykłej konsultacji psychologicznej. **Kompetencja w tym obszarze nie jest dodatkową specjalizacją. Jest częścią przygotowania do pracy z różnorodnymi klientami.**

Specjalista nie musi znać odpowiedzi na każde pytanie dotyczące seksualności, płci czy funkcjonowania osób LGBT+. Powinien natomiast potrafić **rozpoznać granice własnej wiedzy, skorzystać z rzetelnych źródeł, konsultacji lub superwizji oraz nie wypełniać brakujących informacji automatycznym domysłem**. Taka postawa nie osłabia profesjonalnej roli specjalisty. Przeciwnie, stanowi jeden z warunków odpowiedzialnego korzystania z wiedzy psychologicznej. Mamy nadzieję, że nasz zeszyt przysłuży się Państwa rozwojowi.

Bibliografia



1. American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864.
2. American Psychological Association. (2021). Guidelines for psychological practice with sexual minority persons. American Psychological Association.
3. Bidell, M. P. (2005). The Sexual Orientation Counselor Competency Scale: Assessing attitudes, skills, and knowledge of counselors working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Counselor Education and Supervision*, 44(4), 267–279.
4. Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97–109.
5. Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730.
6. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
7. Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328–345.
8. Pachankis, J. E., Mahon, C. P., Jackson, S. D., Fetzner, B. K., & Bränström, R. (2020). Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 146(10), 831–871.
9. Pachankis, J. E., Harkness, A. R., Jackson, S. D., & Safren, S. A. (2022). *Transdiagnostic LGBTQ-affirmative cognitive-behavioral therapy: Therapist guide*. Oxford University Press.
10. Pachankis, J. E., Harkness, A. R., Jackson, S. D., & Safren, S. A. (2022). *Transdiagnostic LGBTQ-affirmative cognitive-behavioral therapy: Workbook*. Oxford University Press.
11. Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 55(4–5), 435–456.
12. 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.
13. Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213.
14. Shelton, K., & Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210–221.
15. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259.