

ქვიარ თემი და ფსიქიკური ჯანმრთელობა



ქვიარ თემი და ფსიქიკური ჯანმრთელობა:

პროფესიული მიღგომეები და
თემის გაგმოსდილება

ქვიარ თვი და უნიკიური ჯანმრთელობა:
პროფესიული მიღმევი და თვის გამოსდილება

ქვიარ თემი და ფსიქიკური ჯანმრთელობა:

პროფესიული მიდგომები და თემის გამოცდილება

სალომე შიუკაშვილი

მანანა მალალურაძე

ნინო ჯავახიშვილი

ISBN: 978-9941-8-6163-5

კვლევას მოპოვებული აქვს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ეთიკის კომისიის
ნებართვა R/029-23

©ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი (WISG), 2023

E-mail: info@wisg.org

Tel: (032) 224 01 03

www.wisg.org

თარგმანი: მედეა რუსიშვილი

ყდის დიზაინი: ნატალია ავალიანი

დაკაბადონება: თორნიკე ლორთქიფანიძე

დაბეჭდილია: შპს „სეზანი“

პუბლიკაციის სრულად ან ნაწილობრივ გამოყენება ან გადაბეჭდვა WISG-ის
წერილობითი თანხმობის გარეშე დაუშვებელია. გამონაკლისს წარმოადგენს მოკლე
ციტატების გამოყენება სტატიებში წყაროს მითითებით.



ქვიარ თემი და უსიქიქური ჯანმრთელობა:
პროფესიული მიღმომეები და თემის გემოცდილება

სალომე შიუქაშვილი
მანანა გელაღრაქე
ნინო ჯავახიშვილი

ქალთა ინიციატივეების მხარღამქერი ჯგუფი (WISG)
თბილისი 2023

ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი (WISG) ფემინისტური ორგანიზაციაა, რომლის მიზანია, ქალთა გაძლიერების და პოლიტიკური მონაწილეობის გზით, სოციალური სამართლიანობის პრინციპებზე დაფუძნებული საზოგადოების შენების ხელშეწყობა.

ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი მუშაობს ლესბოსელი და ბისექსუალი ქალების, ტრანსგენდერი და ინტერსექსი ადამიანების, ასევე სხვა მარგინალიზებული ჯგუფების წარმომადგენელ ქალთა საკითხებზე.

WISG მუშაობს შემდეგი მიმართულებებით: ადვოკატირება ქალთა და ქვიარ საკითხების პოლიტიკაში ინტეგრირებისთვის; თემის გაძლიერება სოციალური და პოლიტიკური მონაწილეობის ხელშეწყობად; გენდერისა და სექსუალობის შესახებ საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომი კრიტიკული ცოდნის შექმნა კვლევებისა და სახელოვნებო პროექტების გზით; ინტერსექციური ქვიარ ფემინისტური ორგანიზების პრაქტიკის განვითარება.

ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი ავტორია საქართველოში სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ ძირითადი კვლევებისა და პოლიტიკის ანალიზის. ჩვენი კვლევები, ჩრდილოვანი ანგარიშები, პოლიტიკის დოკუმენტები, ასევე ინფორმაცია სხვა აქტივობების შესახებ, ხელმისაწვდომია ორგანიზაციის ოფიციალურ ვებსაიტზე: <https://wisg.org/ka>

სარჩევი

1. შესავალი.....	15
1.1 კვლევის ანგარიშის სტრუქტურა	17
1.2 კვლევის კონტექსტი.....	18
2. თეორიული ჩარჩო.....	23
2.1 იდეოლოგიური გავლენები ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში	23
2.2 ლგბტქი ფსიქოლოგიის ისტორია	27
2.3 კონვერსიული (გამასწორებელი) თერაპიული პრაქტიკა	33
2.4 ლგბტქი აფირმაციული თერაპიული პრაქტიკა და სპეციალისტების მომზადება	37
3. კვლევის მეთოდი	42
3.1 ავტორების პოზიციონირება და კვლევის ეთიკა	42
3.2 რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი	44
3.3 თვისებრივი კვლევის მეთოდი.....	51
4. რაოდენობრივი კვლევის შედეგები – ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების გამოცდილებები	54
4.1 პროფესიული გადაზნადება და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა... ..	58
4.2 კომპეტენციის შეფასება	65
4.3 ლგბტქი თემთან მუშაობის გამოცდილება.....	70
4.4 თერაპიული მიდგომები	80
4.5 ლგბტქი ჯგუფის მიმართ დამოკიდებულებები.....	87
4.6 შედეგების განხილვა.....	93
5. თვისებრივი კვლევის მიგნებები – ლგბტქი კლიენტების გამოცდილებები	97
5.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მოძიება და ხელმისაწვდომობა.....	97
5.2 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მიმართვის მიზეზები.....	101
5.3 სპეციალისტების დამოკიდებულებები და რჩევები	104
5.4 კონვერსიული მკურნალობის გამოცდილებები	111
5.5 ქვიარ ბრმა მიდგომები	122
5.6 აფირმაციული/მხარდამჭერი თერაპიის გამოცდილებები.....	124
5.7 თანასწორების მხარდაჭერა და ლგბტქი სათემო სერვისები	128
5.8 ლგბტქი კლიენტების რეკომენდაციები სპეციალისტებს.....	130
5.9 შედეგების განხილვა.....	133
6. დასკვნა	135
7. რეკომენდაციები.....	138
გამოყენებული ლიტერატურა.....	141
დანართი 1. ტერმინების განმარტება.....	145
დანართი 2. დებულებები თერაპიული მიდგომების შესახებ	151
დანართი 3. ლგბტქი თემის მიმართ დამოკიდებულებები.....	153

აქტიურობა

ნინო ჯავახიშვილი, ფსიქოლოგიის დოქტორი, არის ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქოლოგიის სრული პროფესორი და დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის დირექტორი. ნინო ჯავახიშვილმა სოციალურ მეცნიერებებში სწავლის და კვლევის გამოცდილება მიიღო ოქსფორდის (1996-1997), ჰეთფილდის (1999), დიდი ბრიტანეთი, საარბრუკენის (2002, 2009, 2011), გერმანია, ვასედას (2010), იაპონია, რატგერსის, UCLA (2005-2009), მაიამის (2017-2018), აშშ, უნივერსიტეტებში. პროფესორი ჯავახიშვილი მინეველი იყო სამაგისტრო კურსის და მოხსენებების ჩასატარებლად ვენის, ავსტრია, ტუმას, რომის, იტალია, ჰელსინკის, ფინეთი, გრანადას, ესპანეთი, გლაზგოს, დიდი ბრიტანეთი, პარიზის, საფრანგეთი, სალონიკის, საბერძნეთი, უნივერსიტეტებში. პროფესორი ჯავახიშვილი ასწავლის ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში და ხელმძღვანელობს ფსიქოლოგიის საბაკალავრო, სამაგისტრო და სადოქტორო პროგრამებს. ნინო ჯავახიშვილს აქვს კვლევების დიდი გამოცდილება ფსიქოლოგიის სხვადასხვა დარგში, ასევე სხვა სოციალურ მეცნიერებებში, როგორცაა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, გენდერული კვლევები, განათლების, პოლიტიკის მეცნიერებები. 100-მდე სტატიისა და წიგნის თავის ავტორი, პროფესორი ჯავახიშვილი ჩართულია სხვადასხვა ქვეყნის მრავალ საერთაშორისო პროექტში. პროფესორმა ჯავახიშვილმა რეკომენდაციები შეიმუშავა სხვადასხვა სახელმწიფო და საერთაშორისო უწყებისთვის, როგორცაა საქართველოს განათლების სამინისტრო, საქართველოს ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველოს აღსრულების ეროვნული ბიურო, UNDP, UNFPA, მსოფლიო ბანკი, NCDC და მრავალი სხვა.

მანანა მალალურაძე, ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა მაგისტრი, დაამთავრა ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. მას აქვს თერაპიული მუშაობის გამოცდილება ჯგუფებთან, მოზარდებთან და ზრდასრულებთან. მანანას, როგორც კლინიკური ფსიქოლოგის, ძირითად სამუშაოს წარმოადგენს ფსიქოდინამიკური ფსიქოთერაპია და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციო-პოლიტიკური და კულტურული განზომილებების კრიტიკული გადააზრება.

სალომე შიუკაშვილი, ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა მაგისტრი, დაამთავრა ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. როგორც კონტრაქტორი ფსიქოლოგი, კვლევისა და კონსულტირების მიმართულებით, თანამშრომლობს საჯარო სექტორთან და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან. სალომეს კვლევითი ინტერესები მოიცავს: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციო-პოლიტიკური და კულტურული განზომილებები, კრიტიკული ფსიქოლოგია და უმცირესობის ჯგუფების გამოცდილება.

მადლობა

წინამდებარე კვლევის განხორციელებისთვის, მადლობას ვუხდით „ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერ ჯგუფს“, რომელიც საქართველოში მცხოვრებ ლგბტქი თემის საჭიროებებს აქტიურად იკვლევს და უწევს ადვოკატირებას.

განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით კვლევის მონვეულ ექსპერტს, ნინო ჯავახიშვილს, რომელმაც უსასყიდლოდ გაგვიწია დახმარება კვლევის მეთოდურ დახვეწასა და მონაცემების დამუშავებაში.

მადლობას ვუხდით კვლევის მონაწილეებს, ლგბტქი თემის წევრებს, მათ ოჯახის წევრებს, რომლებიც დაგვთანხმდნენ ინტერვიუებზე, ზოგჯერ არც თუ ისე სასიამოვნო გამოცდილებების გასახსენებლად.

მადლობას ვუხდით სპეციალისტებს: ფსიქოლოგებს, სოციალურ მუშაკებსა და ფსიქიატრებს, რომლებმაც კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს და გულწრფელად დააფიქსირეს თავიანთი მოსაზრებები.

გამოვთქვამთ იმედს, რომ კვლევის მონაცემებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები სასარგებლო იქნება როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისთვის, ისე ლგბტქი თემის წევრებისა და მათი ოჯახების კეთილდღეობისთვის.

*სალომე შიუკაშვილი
მანანა მალაღურაძე*

ნასტრაქტი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში ლგბტქი თემის გამოცდილებების შესწავლას, განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს თემის წევრებისა და მათი ოჯახების კეთილდღეობისთვის, რადგან დღემდე მრავალი სპეციალისტი შესაძლოა არაპეტეროსექსუალური ურთიერთობებისა და არაბინარული იდენტობების პათოლოგიზებისკენ იყოს მიდრეკილი. მეტიც, ისინი შესაძლოა მიმართავდნენ კონვერსიულ თერაპიულ მიდგომებს, რომლებიც ადამიანის „გარდაქმნას“, მისი სექსუალური ორიენტაციის ან გენდერული იდენტობის შეცვლას ისახავენ მიზნად. ამგვარი მიდგომების გამოყენება ეთიკის პრინციპების დარღვევად მიიჩნევა, არ არის ეფექტური და ბევრ ქვეყანაში აკრძალულია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების საჭიროებების შესწავლა და მათზე რეაგირება, მნიშვნელოვანია, რათა მათ შეძლონ ეთიკური და შედეგიანი მომსახურების გაწევა ლგბტქი ადამიანებისთვის. მოცემული კვლევა სწავლობს ერთი მხრივ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების ლგბტქი თემთან მუშაობის გამოცდილებას, ცოდნასა და დამოკიდებულებებს, მეორე მხრივ, შეისწავლის ლგბტქი ადამიანების მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მიღებულ გამოცდილებებს. კვლევა შერეული დიზაინის არის. ლგბტქი თემის წევრებთან ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები, ხოლო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები გამოვკითხეთ სტანდარტიზებული კითხვარის მეშვეობით. აღმოჩნდა, რომ პროფესიონალთა უმრავლესობა არ სვამს შეკითხვას კლიენტის სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ და ირიბად ცდილობს ამ ინფორმაციის გაგებას ოჯახური სტატუსის/პარტნიორული ურთიერთობების, ან კლიენტის „მანერების“ საფუძველზე. ასევე, კვლევის შედეგებში გამოჩნდა, რომ ლგბტქი მეგობრულობა არ არის საკმარისი იმისთვის, რომ სპეციალისტმა ქვიარ ადამიანს პროფესიონალური და ეთიკური დახმარება აღმოუჩინოს. სპეციალისტებში გამოვლინდა განათლებისა და ეფექტური პროფესიული მიდგომების შესახებ ცოდნისა და სანდო ინფორმაციის წყაროების დეფიციტი. ლგბტქი თემთან ინტერვიუებში კი გამოჩნდა კონვერსიული თერაპიის გამოცდილებები და მათი ნეგატიური გავლენა კლიენტის/პაციენტის კეთილდღეობაზე. ასევე, გამოიკვეთა თანასწორთა მხარდაჭერისა და სათემო ორგანიზაციების მნიშვნელოვანი ფუნქცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სირთულეების დაძლევის გზაზე.

საკვანძო სიტყვები: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი, ლგბტქი, კონვერსიული თერაპია, აფირმაციული თერაპია, „ქვიარ სიბრმავე“.

1. შესავლი

სქართველოში, ლგბტიქი ადამიანები სხვადასხვა პრობლემის გამო მიმართავენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს, თუმცა, რამდენად ეფექტურ დახმარებას იღებენ, ამის შესახებ დადასტურებული მონაცემები არ გვაქვს. ქვიარების გამოცდილება აღნიშნულ სერვისებში არაერთგვაროვანია. მწირია ცოდნა იმის შესახებაც, თუ როგორ მუშაობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები¹ ლგბტიქი ადამიანებთან, რა კომპეტენციას ფლობენ გენდერისა და სექსუალობის შესახებ ან რა სახის ინტერვენციებს აწვდიან; რამდენად ითვალისწინებენ უმცირესობის სტატუსს, სტიგმის ზიანს და ინტერესდებიან თუ არა კლიენტის/პაციენტის ცხოვრების ამ ასპექტებით.

მტრული გარემო, ინტერნალიზებული ჰომოფობია, სტიგმისა და დისკრიმინაციის ინდივიდუალური გამოცდილებები ნეგატიურ გავლენას ახდენს ქვიარ ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ცხოვრების ხარისხზე. განსაკუთრებით, როცა ისინი ინტერსექციურად² განიცდიან ჩაგვრას, მაგალითად, წარმოადგენენ ეთნიკური, რელიგიური ან სხვა მარგინალიზებული უმცირესობის ჯგუფებსაც. კვლევების თანახმად, ინტერსექციური ჩაგვრის გამოცდილება ხშირად მიდის ფსიქიკური აშლილობების განვითარებამდე (DiPlacido & Fallahi, 2020; Rothbum, 2020).

ამავდროულად, არსებობს დამაზიანებელი და არაეთიკური მეთოდები, რომლებსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები შესაძლოა მიმართავდნენ ქვიარ ადამიანებთან მუშაობისას, კერძოდ, ესენია კონვერსიული (ქართ. გამასწორებელი, გარდაქმნის) თერაპიები, რომლებიც მიმართულია ადამიანის სექსუალური ორიენტაციის შეცვლაზე. კონვერსიული თერაპიის ძირითადი დაშვებაა, რომ ჰეტეროსექსუალური ორიენტაცია არის ნორმა, ხოლო სხვა სექსუალობები ნორმიდან გადახრა.

1 **ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) სპეციალისტი** – ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტში მოვიზარებთ ყველა პროფესიონალს, რომელიც ჩართულია ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობასა და ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციაში, როგორც წესი ესენი არიან: ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ფსიქიატრი, ექთანი, ნარკოლოგი და სხვ.

2 **ინტერსექციური ჩაგვრა** – ინტერსექციური ჩაგვრა ჩაგვრის სხვადასხვა ფორმის გადაკვეთაა. ტერმინის ვრცელი განმარტება იხილეთ დანართში N1.

კონვერსიული თერაპიების გამოყენება მრავალ ქვეყანაში აიკრძალა და ადამიანის წამების ტოლფას გამოცდილებად შეფასდა (IFEG, 2020). გარდა ჩვენს პრაქტიკაში არსებული შემთხვევებისა, არ ვფლობთ დადასტურებულ ინფორმაციას, საქართველოში, ამ მიდგომების გავრცელების შესახებ. თუმცა, ვვარაუდობთ, რომ იგი ფართოდ გამოიყენება. ამ მხრივ, გარდა პრაქტიკული გამოცდილებისა, ნიშანს გვაძლევს მედია გადაცემებიც, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები, რომლებიც ფართო საზოგადოებისთვის ექსპერტებად აღიქმებიან, ღიად ავლენენ ჰომო/ბი/ტრანსფობიურ დამოკიდებულებებს, აზოგადებენ ერთეულ შემთხვევებს, მსჯელობენ სამეცნიერო აზრისგან მოწყვეტილად და ავრცელებენ მითებს. ^(3:4) მსგავსი ფაქტები განსაკუთრებით საზიანოა, რადგან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მხრიდან ხორციელდება, რამდენადაც ისინი გარკვეული ავტორიტეტით სარგებლობენ საზოგადოებაში და სერვისს აწვდიან ბავშვებს, მოზარდებს, მოწყვლად ჯგუფებს. განსაკუთრებით, საყურადღებოა საქართველოს საპატრიარქოსთან აფილირებული ფსიქოლოგიური ცენტრები, სადაც ფსიქოლოგიის მეცნიერებისა და რელიგიური შეხედულებების ნაზავს ვხვდებით, შედეგად კი ფსიქოლოგი ლგბტქი ადამიანს ცოდვილის პარადიგმაში განიხილავს. ^(5:6) შესაბამისად, ერთი მხრივ, კითხვის ნიშნის ქვეშ დგება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის ფუნქცია კლიენტის ცხოვრებაში, მეორე მხრივ, კონვერსიული მეთოდების გამოყენებაზე გვიჩნდება ეჭვი. ამ საკითხს, ფართოდ განვიხილავთ კვლევის თეორიულ ნაწილში.

აქვე, ფსიქოლოგების შემთხვევაში, დამატებითი ფაქტორია ის, რომ საქართველოში ეს პროფესია არ არის რეგულირებული. ნებისმიერ ადამიანს, რომელსაც აქვს ან არ აქვს ფსიქოლოგიური განათლება, შეუძლია ფსიქოთერაპევტის, ფსიქოკონსულტანტის პრაქტიკა წარმართოს. არ არსებობს კონტროლის მექანიზმი, რომელიც ამგვარ საქმიანობას შეაფასებდა. აღნიშნული მდგომარეობა, იძლევა ნოყიერ ნიადაგს საზიანო პრაქტიკების განვითარებისთვის.

3 ვიდეო: ფსიქიატრი ნინო ნანიშვილი მსჯელობს სქესის შეცვლის საკითხზე (26.06.23).

4 ფსიქოლოგი ზურა მხეიძე მსჯელობს მოზარდებში სქესის შეცვლის მოდურობაზე (26.06.23).

5 ვიდეო ბმული: ფსიქოლოგი მარინა კაჭარავა სასულიერო პირთან ერთად მსჯელობს გენდერის თეორიაზე და 2013 წლის 17 მაისზე (26.06.23).

6 ვიდეო: ფსიქოლოგი და გინეკოლოგი მსჯელობენ ლგბტქი პროპაგანდის ზიანზე (26.06.23).

ღბტქი კლიენტების/პაციენტების შემთხვევაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების დამოკიდებულებებს, კომპეტენციასა და ეთიკის პრინციპების ერთგულებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ამ ჯგუფისთვის ისეთ მტრულ და ქრონიკულად მატრავმირებელ გარემოში ცხოვრებისას, როგორც საქართველოა. არსებითია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები ინტერესდებოდნენ, მიეკუთვნება თუ არა მათი კლიენტი/პაციენტი რომელიმე უმცირესობის ჯგუფს, რადგან ეს მოცემულობა დამატებით სტრესორებთან არის დაკავშირებული და გასათვალისწინებელია დიაგნოზის დასმისა და შემთხვევის კონცეპტუალიზაციის პროცესში. ამასთანავე, ცხადია, საქართველოში მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები არ არიან სტერეოტიპული ხედვებისგან თავისუფლები, რადგან იგივენაირად განიცდიან იდეოლოგიურ გავლენებს, როგორც მოსახლეობის დიდი ნაწილი. თუმცა, სპეციალისტებს ვალდებულება აქვთ დაიცვან ეთიკის ნორმები და მიმართონ მხოლოდ ემპირიული მონაცემებით მხარდაჭერილ ინტერვენციებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს, უმცირესობებთან სამუშაოდ, შესაბამისი ცოდნის მიღება და გაძლიერება სჭირდებათ, რათა ადეკვატური სერვისის მიწოდება შეძლონ, ისე რომ არ დააზიანონ ისედაც მრავალმხრივ მონყვლადი და დაზიანებული ჯგუფები.

წინამდებარე კვლევა ორ ამოცანას ისახავს მიზნად. ერთი მხრივ, ის შეისწავლის საქართველოში მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების (ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, სოციალური მუშაკი) გამოცდილებას, მიდგომებსა და დამოკიდებულებებს ღბტქი თემის მიმართ, მეორე მხრივ, კი სწავლობს თავად ღბტქი ადამიანების გამოცდილებებს, რომლებიც მათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მიიღეს. სპეციალისტების კვლევა რაოდენობრივი მეთოდებით შეგროვებულ მონაცემებს ეყრდნობა. ხოლო, ქვიარ ადამიანების გამოცდილებას სიღრმისეული ინტერვიუების საშუალებით შევისწავლით.

1.1 კვლევის ანგარიშის სტრუქტურა

მოცემული ანგარიში რამდენიმე ძირითადი თავისა და ქვეთავისგან შედგება. ტექსტში გამოყენებული ტერმინოლოგია განმარტებულია დანართში N1. კვლევის პირველ ნაწილში მიმოვიხილავთ ქვეყანაში არსებულ კონტექსტს საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებთან მი-

მართებით, შემდეგ კი – საკვლევო საკითხების შესაბამის ლიტერატურას. თეორიულ ნაწილში შევეხებით ქვიარ ფსიქოლოგიის, როგორც დამოუკიდებელი დარგის განვითარების ისტორიას განვიხილავთ, როგორ მოხდა ჰომოსექსუალობასა და ტრანსგენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული დიაგნოზების ამოღება ფსიქიკური აშლილობების კლასიფიკატორებიდან. ასევე, აღვწერთ კონვერსიული თერაპიების რაობას. ამის შემდეგ კი, წარმოვადგენთ ლგბტქი აფირმაციული პრაქტიკების შესახებ ლიტერატურას.

თეორიულ მიმოხილვას მოჰყვება კვლევის მეთოდის, დიზაინის, გამოყენებული ინსტრუმენტებისა და პროცედურების აღწერა. კვლევის დიზაინი შერეულია, ეყრდნობა რაოდენობრივ და თვისებრივ მეთოდებს. ამ ნაწილში, ასევე, მიმოვიხილავთ კვლევის ეთიკურ განზომილებას.

საბოლოოდ, აღვწერთ კვლევის მიგნებებს და ვიმსჯელებთ რეკომენდაციებზე, რომლებიც მიღებული მონაცემების საფუძველზე შევიმუშავეთ და ვფიქრობთ, რომ სასარგებლო იქნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისთვის ლგბტქი თემთან სამუშაოდ.

1.2 კვლევის კონსტრუქტი

რამდენადაც, მოცემული კვლევის მიზანი ლგბტქი თემისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების გამოცდილებების შესწავლაა, კვლევის კონტექსტში მოკლედ მიმოვიხილავთ ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობას ფსიქიკური ჯანდაცვის კუთხით. ფსიქიკურ ჯანდაცვაში არსებული სირთულეები ის კონტექსტუალური ფაქტორებია, რომლებიც სერვისების ეფექტურობაზე ახდენს გავლენას. დასაწყისისთვის, ვფიქრობთ, რომ ფსიქიკურ ჯანდაცვაში არსებულ ზოგად გარემოს კარგად აღწერს ქვემოთ მოყვანილი ციტატა:

„საქართველოში, რეფორმირების პროცესში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერომ გარკვეული ცვლილებები განიცადა. ერთ-ერთი ასეთი სიახლე იყო ტერმინის – „ფსიქიატრია“ ჩანაცვლება ტერმინით „ფსიქიკური ჯანმრთელობა“; შესაბამისად, ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამას ეწოდა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა“, სულ ახლახან (1.07.2020) კანონს „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ეწოდა „საქართველოს კანონი ფსიქიკური

ჯანმრთელობის შესახებ“; [...] ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა უმეტესობა თანდათანობით ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებად გადაკეთდა, მაგრამ, ხშირად, ცვლილებები მხოლოდ სახელწოდების შეცვლით შემოიფარგლა (ზავრადაშვილი, 2021)“.

მენიშენა: სახელწოდების ცვლილება, წესით, უნდა მიუთითებდეს ბიოსამედიცინო მოდელიდან ბიოფსიქოსოციალურ მოდელზე და მულტიდისციპლინური ზრუნვის პრინციპებზე გადასვლას, რაც, თავის მხრივ, ნიშნავს მკურნალობის პროცესში არამხოლოდ ბიოლოგიურ ფაქტორებზე კონცენტრირებას, არამედ ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციასა და სათემო მუშაკების ჩართვას.

საქართველოში, ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში არსებული მწირი კვლევების საფუძველზე, მრავალი სახის პრობლემა ვლინდება. მათ შორის, ერთ-ერთი მწვავე საკითხი სპეციალისტების დეფიციტია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების მოკვლევის შედეგად ირკვევა, რომ საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე მნიშვნელოვნად ჩამოუვარდება ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს სახელმწიფო სერვისებში (2014 წლის მონაცემით). მაგალითად, ევროპის ქვეყნებში 100 000 მოსახლეზე ფსიქოლოგების საშუალო რაოდენობა არის 22.2, ხოლო საქართველოში ეს მაჩვენებელია 12.8. (სულაბერიძე, უჩანეიშვილი, გამყრელიძე, ჩიქოვანი, 2014). აღსანიშნავია, რომ ფსიქიკური ჯანდაცვის სახელმწიფო სერვისები განსაკუთრებით განიცდიან ფსიქოლოგებისა და სოციალური მუშაკების დანაკლისს (შეყრილაძე, 2015).

რადგანაც, ადამიანური რესურსის პირველადი მოკვლევები გაკეთებულია სახელმწიფო დაფინანსებაზე მყოფ სერვისებზე, ბუნდოვანი სურათია, თუ რა ხდება ამ სერვისებს მიღმა. მოსახლეობას, კერძო ცენტრების გარდა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს აწვდიან ასოციაციები/სათემო ორგანიზაციები, რომელთა დაფინანსების ძირითად წყაროს საერთაშორისო დონორების დახმარება წარმოადგენს, გარდა ამისა, სპეციალისტები ინდივიდუალურად ეწევიან კერძო პრაქტიკას.

დენსტიტუციონალიზაციის პროცესთან ერთად, რომელიც გულისხმობს დიდი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების შემცირებას და სერვისის მიმღებ პირთა დაბრუნებას თემში, საქართველოში უნდა გაჩენილიყო ალტერნატიული სათემო სერვისები, დღის ცენტრები, სადაც

ბენეფიციარი/კლიენტი/პაციენტი მიიღებდა საჭირო მომსახურებას. რეფორმირების პროცესში, დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებები დაიხურა, მაგრამ არ გაჩნდა სათემო სერვისები, ადამიანები კი მომსახურების გარეშე დარჩნენ. აგრეთვე, მნიშვნელოვანი პრობლემაა არსებული სერვისების, როგორც ფინანსური, ასევე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. სერვისების უმეტესობა თავმოყრილია თბილისში და დიდ ქალაქებში. ხოლო, რაც ეხება ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, დაზღვევის სისტემები არ აფინანსებენ გავრცელებული ფსიქიკური აშლილობების (მაგ. შფოთვისა, დეპრესია) მკურნალობას. გარდა ამისა, მკურნალობის მოდელი უმეტესწილად ბიოსამედიცინოა, რაც გულისხმობს, იმას რომ ფსიქიკური დაავადებები რედუცირდება ბიოლოგიურ ფაქტორებამდე და მედიკამენტური მკურნალობა უპირატესია. ამავდროულად, სამედიცინო დარგის მუშაკები უნდობლობას ამჟღავნებენ არასამედიცინო სპეციალისტების მიმართ (მაგ. ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი), მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესში, რაც შესაძლოა კადრების არაკვალიფიციურობით აიხსნებოდეს (ზავრადაშვილი, 2021).

რიგ ქვეყნებში, თანამედროვე ჯანდაცვა ეყრდნობა ზრუნვის ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს, რომელიც მკურნალობისას ითვალისწინებს როგორც ბიოლოგიურ, ასევე ფსიქოლოგიურ და სოციალურ განზომილებებს. ეს საკითხი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ფსიქიკური აშლილობები დაკავშირებულია სტიგმის, დისკრიმინაციის, ქრონიკული ტრავმის გამოცდილებებთან. მაგალითად, მტრულ გარემოში შფოთვისა და დეპრესიის გავრცელება, სტრესზე ნორმალურ რეაქციებად შეიძლება მივიჩნიოთ და მოვერიდოთ მდგომარეობის მედიკალიზაციას. მედიკალიზაცია, თავის მხრივ, გულისხმობს ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობის პროცესში სამედიცინო მიდგომის უპირატესობას, კერძოდ, წამყვანი ხდება სიმპტომი, სინდრომი, დიაგნოზი, მედიკამენტური დანიშნულება და მეორეხარისხოვანია ადამიანის ფსიქოლოგიური მახასიათებლები და სოციალური გარემო. როდესაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი მომსახურებას აწვდის ლგბტქი კლიენტს, მნიშვნელოვანია, მან შეძლოს სოციალური, კულტურული და პოლიტიკური გარემოს ზეგავლენის შეფასება და ფსიქიკური აშლილობის სიმპტომების გამიჯვნა ქვიარების ყოველდღიურობაში არსებული მწვავე სტრესორებზე რეაქციებისგან. ამგვარი მიდგომა ასევე გვიცავს რომელიმე ჯგუფის დამატებითი სტიგმატიზებისგან ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების გამო (Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007).

დღეისთვის, ლგბტქი თემს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისს (როგორც წესი, ეს გულისხმობს სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგის, ფსიქიატრის, ნარკოლოგის, სექსოლოგის, ენდოკრინოლოგის კონსულტაციებს) აწვდის ორი სათემო ორგანიზაცია თბილისში, აწვდის ორი სათემო ორგანიზაცია თბილისში, თითო-თითო ქუთაისსა და ბათუმში. საგულისხმოა, რომ სოციალური სამართლიანობის ცენტრის მიერ ჩატარებულ კვლევაში, გამოკითხულ რესპონდენტთა უმეტესი ნაწილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მისაღებად სწორედ ლგბტქი სათემო ორგანიზაციებს მიმართავს და თავს იკავებს სხვა მომსახურებით სარგებლობისგან (ჯალალანია, 2020). ლგბტქი სერვისების არსებობა, ასევე, დამოკიდებულია საერთაშორისო დონორების დახმარებაზე.

ამდენად, მნიშვნელოვანია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი ეყრდნობოდეს მკურნალობის ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს, მკურნალობაში რთავდეს სათემო მხარდაჭერის სერვისებს (არსებობის შემთხვევაში). ლგბტქი აფირმაციული პრაქტიკის დანერგვა არა მხოლოდ ქვიარ სათემო ორგანიზაციებში, არამედ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნებისმიერ სერვისში აუცილებელია, რადგან ლგბტქი სათემო ორგანიზაციები ვერ ფარავენ ყველა რეგიონს და, თანაც, მხოლოდ კონსულტირების სერვისს აწვდიან.

საქართველოს პარლამენტის მიერ დადგენილ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ (2013) თანახმად, სახელმწიფოს პოლიტიკა ეყრდნობა პრინციპებს, როგორებიც არის თანასწორობა, უნივერსალურობა, სოციალური სამართლიანობა, არადისკრიმინაციულობა, ადამიანის ღირსების პატივისცემა და სხვ. ამასთანავე, პუნქტი 2.3 (ბ) გვეუბნება, რომ დაუშვებელია ადამიანის რელიგიური, ეთნიკური და სქესობრივი ნიშნით დისკრიმინაცია, თუმცა, არაფერია ნახსენები სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ. სექსუალური უმცირესობები არც განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფების ჩამონათვალში გვხვდებიან. ამ დოკუმენტის მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ, გამოდის, რომ ფსიქიკური ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკა ვერ ხედავს სექსუალური და გენდერული უმცირესობის ჯგუფების საჭიროებებს, რომლებიც არაერთგზის არის შესწავლილი და დოკუმენტირებული სხვადასხვა ორგანიზაციის მიერ⁷.

7 ლგბტქი თემის საჭიროებების კვლევების გასაცნობად იხილეთ ბმულები: „ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფის (WISG)“ ანგარიშები (29.06.23); სოციალური სამართლიანობის ცენტრის ანგარიშები (29.06.23); სახალხო დამცველის ანგარიშები (29.06.23).

მნიშვნელოვანია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში ლგბტქი კლიენტს/პაციენტს შეეძლოს ისეთივე მომსახურების მიღება, როგორც ჰეტეროსექსუალ და სისგენდერ კლიენტს/პაციენტს. არსებითია, რომ ლგბტქი კლიენტი არ გახდეს კონვერსიული თერაპიების მსხვერპლი, რადგან ამ გზით ადამიანის ფსიქიკური ჯანმრთელობა სერიოზულად შეიძლება დაზიანდეს. მნიშვნელოვანია, რომ საქართველოში მომუშავე სპეციალისტებს ჰქონდეთ სათანადო ცოდნა ლგბტქი ჯგუფთან მუშაობის თავისებურებების შესახებ.

პოლიტიკური და სოციალური ძალადობრივი კლიმატი ცალსახად ნეგატიურად აისახება ქვიარ ადამიანების და მთლიანი საზოგადოების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. როგორც ვნახეთ, ლგბტქი სათემო მხარდამჭერი სერვისების არსებობა საერთაშორისო დონორებზე არის დამოკიდებული. რაც ეხება არასათემო ორგანიზაციებს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებს, კერძო პრაქტიკოსებს, სრულიად ბუნდოვანია, თუ რა სახის სირთულეებს ან არაეთიკურ პრაქტიკას შეიძლება შეხვდეს ლგბტქი კლიენტი/პაციენტი ამ სერვისებით სარგებლობისას.

შეჯამებისთვის, ფსიქიკურ ჯანდაცვაში არსებული სირთულეები, კერძოდ, ადამიანური რესურსების სიმწირე, სათემო სერვისების და ზოგადად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დეფიციტი, ფინანსური და გეოგრაფიული შეზღუდვები პრობლემებს ქმნის ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობისთვის, განსაკუთრებით კი ღარიბი მოსახლეობისთვის, რომლებიც სოფლებსა და რაიონებში ცხოვრობენ. ამ ყველაფერს, ადამიანთა გარკვეული ჯგუფების შემთხვევაში, ემატება უმცირესობის სტატუსი, რომელიც ხშირად ბარიერი შეიძლება იყოს სერვისში მიმართვისთვის. ხოლო მიმართვის შემთხვევაში, სექსუალური და გენდერული უმცირესობის სტატუსის გამო, შესაძლებელია ადამიანმა არა თუ დახმარება მიიღოს, არამედ კონვერსიული თერაპიის ან მჩაგვრელი დამოკიდებულების მსხვერპლი გახდეს. მოცემულ კვლევაში, ჩვენ არ შევისწავლით ინტერსექციური ჩაგვრის გამოცდილებებს, ვკონცენტრირდებით სექსუალური და გენდერული უმცირესობის საკითხებზე, თუმცა ეს ის განზომილებაა, რომელიც განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს.

2. თეორიული ჩარჩო

თეორიულ ჩარჩოში მიმოვიხილავთ იმ მნიშვნელოვან თეორიულ კონსტრუქტებს, რომლის საფუძველზეც აიგო მოცემული კვლევის კითხვები, შეირჩა ინსტრუმენტები და გაანალიზდა შედეგები.

2.1 იდეოლოგიური გაკლენეაი უსიქიქურ ჯანმრთელოებაში

„იდეოლოგია ერთი მნიშვნელობით გულისხმობს იდეებისა და შეხედულებების რაციონალურ სისტემას, ხოლო მეორე მნიშვნელობით ეს არის „ყალბი ცნობიერება“, რომლის მიზანია ჩაგრული ფენის შეცდომაში შეყვანა და ამ გზით მათი დამორჩილება“⁸. იდეოლოგიური გავლენა, შესაბამისად, ნიშნავს რომ ადამიანი რომელიმე იდეოლოგიას ემხრობა, ან გაუცნობიერებლად განიცდის მის ზეგავლენას. სექსუალური და გენდერული უმცირესობის ჯგუფებთან მიმართებაში განვიხილავთ იდეოლოგიებს, რომლებიც შესაძლოა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებზე, ცნობიერად თუ არაცნობიერად, მოქმედებდნენ და უბიძგებდნენ მათ არაეთიკური პრაქტიკისკენ.

პირველი, ეს არის ჰეტეროსექსიზმი – იდეოლოგიური სისტემა, რომლის მთავარი დაშვებაა, რომ ჰეტეროსექსუალობა არის ერთადერთი ნორმა. შედეგად, ეს იდეოლოგია ნებისმიერი არაჰეტეროსექსუალური ქცევის, იდენტობის, ურთიერთობის ან ჯგუფის უარყოფასა და სტიგმატიზებას ახდენს (Herek, 1995). მეორე, მნიშვნელოვანი იდეოლოგიური სისტემაა სისგენდერიზმი. იგი გულისხმობს, რომ გენდერული იდენტობა და გენდერული გამოხატვა დამოკიდებულია ადამიანის ბიოლოგიურ სქესზე, ხოლო სამყარო იყოფა ქალებად და კაცებად. სისგენდერიზმი გამორიცხავს გენდერულად არაკონფორმული ადამიანების არსებობას და მათ სტიგმატიზებას ახდენს (APA, სახელმძღვანელო პრინციპები, 2020). აქვე, პატრიარქალურ საზოგადოებაში ბიოლოგიურ სქესს დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან სწორედ სქესის საფუძველზე განისაზღვრება წვდომა სოციალურ სიკეთეებზე (Kaschak, 1992; Clarke, Braun, 2009; Fox, Prilletensky, Austin, 2009). შესაბამისად, აქტუალური ხდება

⁸ იდეოლოგიის განმარტება. წყარო: სოციალურ მეცნიერებათა ცენტრის ლექსიკონი-ცნობარი.

ძალაუფლების გადანაწილების საკითხები. ზემოთ აღწერილი ორი იდეოლოგიის თანახმად, ძალაუფლება სწორედ სისგენდერ, ჰეტეროსექსუალ კაცებს ეკუთვნით.

ჰერეკი აანალიზებს მექანიზმებს, თუ როგორ მუშაობს ასეთი იდეოლოგიები და წერს, რომ ჰეტეროსექსიზმსა და სისგენდერიზმს კომპლექსური კავშირი აქვს *მდუმარებასთან*, ეყრდნობა რა „სხვად მონიშვნის“ (“othering”)⁹ ლოგიკას, რომელიც ზოგიერთ ჯგუფს რაიმე კრიტერიუმის მიხედვით ჩრდილში ამყოფებს. ორივე იდეოლოგია ასევე ნათესაურ კავშირშია ანდროცენტრიზმთან¹⁰ და კულტურულ მცდარ ატრიბუციასთან¹¹, იმგვარად, რომ ისინი ადამიანთა გარკვეული ჯგუფების არსებობას უარყოფენ, თუმცა, ამავდროულად განასხვავებენ მათ და ხელოვნურ საზღვრებს ქმნიან საზოგადოებაში (Herek, 2007). შედეგად, ჩაგვრის ან ჩაგრული, ძალაუფლების გარეშე დარჩენილი ჯგუფების მიმართ მდუმარება, მათი უარყოფა ან განდევნა, ჰეტეროსექსიზმისა და სისგენდერიზმის ინსტრუმენტებია.

აღნიშნული იდეოლოგიების ჭრილში, მნიშვნელოვანია, კრიტიკულად გავიაზროთ, ვინ ქმნის ცოდნას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, განსაკუთრებით კი მარგინალიზებული ჯგუფების, უმცირესობების შესახებ. ზოგიერთი ავტორი ხაზს უსვამს გარემოებას, რომ ლგბტქი ადამიანების როგორც პათოლოგიზაციის, ისევე აფირმაციის მომხრე ფსიქოლოგები და ფსიქიატრები, რომლებიც ამ სფეროში მოღვაწეობდნენ და ცოდნას ქმნიდნენ, ისტორიულად, თეთრკანიანი, სისგენდერი კაცები იყვნენ (Hegarty, Rutherford, 2019). ლინდა ალკოფის¹² მიხედვით, „სხვის ნაცვლად საუბრის“ პრობლემის გასააზრებლად აუცილებელია არამხოლოდ „მოსაუბრის“ ვინაობისა და სანდოობის გარკვევა, არამედ იმის გაგება, თუ რა შედეგი მოაქვს მის ნათქვამს და რომელ ჯგუფებზე ან ადამიანებზე აქვს გავლენა (Alcoff, 1991; Hegarty, Rutherford, 2019).

9 **სხვად მონიშვნა** – ფენომენი, რომელიც გულისხმობს ადამიანთა გარკვეული ჯგუფების გარიცხვას, იმის საფუძველზე, რომ ეს ჯგუფები ვერ ერგებიან სოციალურ ნორმებს (ვრცელი განმარტება იხ. დანართში N1).

10 **ანდროცენტრიზმი** – იდეოლოგია და პრაქტიკა, რომელიც კაცების გამოცდილებას წარმოადგენს ზოგადადამიანურ გამოცდილებად (ვრცელი განმარტება იხ. დანართში N1).

11 **კულტურული მცდარი ატრიბუციის მიკერძოება** – კულტურის როლის გაზვიადება ან გაუფასურება იმის მიხედვით, თუ რომელ ჯგუფს სწავლობ (ვრცელი განმარტება იხ. დანართში N1).

12 **Linda Alcoff** – ლათინო-ამერიკელი, ფემინისტი ფილოსოფოსი, იკვლევს დეკოლონიურ თეორიებს, რასის ფილოსოფიას.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი თეორიული კონსტრუქტი ქვიარ სიბრმავეა. სმიტი და შინი (2014) გეთავაზობენ ქვიარ სიბრმავის (Queer blindfolding) დისკურსულ ანალიზს. ისინი ამ ტერმინს განსაზღვრავენ, როგორც კეთილგანწყობილი ჰეტეროსექსუალების დისკურსულ პოზიციას, რომელიც შედეგად იწვევს ქვიარ იდენტობების გაქრობას, ლგბტკი ადამიანების ჩაგვრის გაუფასურებას ან უარყოფას. მაგალითად, რასის შემთხვევაში, რასობრივი სიბრმავის მაგალითი იქნებოდა კეთილგანწყობილი ლოზუნგი „არსებობს მხოლოდ ერთი რასა, ადამიანების რასა“. სმიტი და შინი აღნიშნავენ, რომ ამ ერთი შეხედვით ჰუმანური და კეთილგანწყობილი პოზიციის მიღმა, ხდება არსებითი პრობლემების გადაფარვა, რომლის ხილვადაც ამა თუ იმ ჩაგრული, ნაკლებ პრივილეგირებული ჯგუფისთვის გადამწყვეტია (Smith & Shin, 2014).

ქვიარ სიბრმავე ენათესავება ჰეტეროსექსიზმსა და სისგენდერიზმს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. მაგალითისთვის, ზოგჯერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები ამბობენ, რომ არასდროს შეხვედრიათ ლგბტკი პაციენტი, რაც სათუთაა. როგორც წესი, ეს ნიშნავს, რომ სპეციალისტმა ვერ გაიგო კლიენტის სექსუალური ორიენტაციისა თუ გენდერული იდენტობის შესახებ. ქვიარ სიბრმავე ფსიქოლოგიურ პრაქტიკაში შესაძლოა უღერდეს ამგვარად: „ჩემთვის ყველა პაციენტი ერთნაირია“, „რა მნიშვნელობა აქვს კლიენტის სექსუალურ ორიენტაციას, ყველას ერთნაირად ვუნევ დახმარებას“. ერთი შეხედვით, შესაძლოა, დავუშვათ, რომ სპეციალისტი, რომელიც ამგვარად ფიქრობს, მიუკერძოებელი და კეთილგანწყობილია, თუმცა, ამგვარი დაყენებით ყურადღების მიღმა რჩება კლიენტის ცხოვრებაში ჩაგვრის შესაძლო გამოცდილებები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები, ცხადია, განიცდიან გაბატონებული იდეოლოგიების გავლენას, ისევე როგორც მთლიანი საზოგადოება. სისგენდერიზმი და ჰეტეროსექსიზმი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში, საბოლოო ჯამში, ვლინდება პაციენტების/კლიენტების არათანაზომიერ მომსახურებაში. პრაქტიკაში, ეს შესაძლოა ნიშნავდეს, რომ სპეციალისტი ავტომატურად უშვებს, რომ მასთან მოსული კლიენტი/პაციენტი სისგენდერი და ჰეტეროსექსუალია. შედეგად, იგი ვერ ხედავს კლიენტის უნიკალურ გამოცდილებებს, არ აქვს წარმოდგენა კლიენტის ყოველდღიურ სტრესორებზე, უგულებელყოფს სტიგმისა და დისკრიმინაციის გავლენას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ა.შ.

მაკკენი და შერეკი ირლანდიის მაგალითზე იკვლევდნენ ლგბტქი ადამიანების გამოცდილებებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში. კვლევაში, რესპონდენტების უმრავლესობა მიუთითებდა, რომ სპეციალისტები მათ ავტომატურად ჰეტეროსექსუალებად აღიქვამდნენ, ხოლო მათი პარტნიორების, როგორც ოჯახის წევრის აღიარება და ჩართვა მკურნალობის პროცესში არ ხდებოდა. შედეგებში ასევე აღწერილია რესპონდენტების მონათხრობი, თუ როგორ ადვილად „არიგებდნენ“ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზს, როდესაც გაიგებდნენ, რომ მათი კლიენტი ლესბოსელი ან ბისექსუალია, ხოლო მკურნალობის მეთოდად ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს მიმართავდნენ და არ ეყრდნობოდნენ ზრუნვის ჰოლისტურ პრინციპებს (McCann & Sharek, 2014). აქვე, უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, მედიკალიზაციის პრობლემა ხშირად ექცევა კრიტიკის ქვეშ¹³.

კვლევების თანახმად, ლგბტქი ადამიანები მაღალი რისკების წინაშე დგანან დეპრესიისა და შფოთვის, თვითდაზიანებისა და სუიციდალობის, ადიქციების განვითარების კუთხით, განიცდიან რა ჩაგვრას და სტიგმატიზაციას სტიგმატიზაციას სოციალიზაციის პროცესში მცირე ასაკიდან (Rothbum, 2021). ადამიანებმა, როგორც წესი, ბავშვობიდანვე იციან საკუთარი სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ. ლგბტქი მოზარდები ხშირად განიცდიან წნეხს, რადგან ამჩნევენ, რომ მათი გამოცდილებები განსხვავებულია. კლინიკურ და განვითარების ფსიქოლოგიას დღემდე არაფერი აქვს სათქმელი იმაზე, თუ როგორ გადიან ლგბტქი ბავშვები და მოზარდები განვითარების ეტაპებს სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული გამოწვევების ფონზე. შესაბამისად, ბავშვებთან მომუშავე პრაქტიკოსებს, უმეტესწილად არ აქვთ ცოდნა, თუ როგორ იმუშაონ ლგბტქი ბავშვებთან და მოზარდებთან. უმრავლეს შემთხვევაში ისინი ყველა ბავშვსა და მოზარდს ჰეტეროსექსუალად და სისგენდერად აღიქვამენ (Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007).

პირველი კრიტიკული ნაბიჯი, რომელიც სპეციალისტმა უნდა გადადგას ჰეტეროსექსიზმისა და სისგენდერიზმის დასაძლევად, არის გულწრფელი თვითგამორკვევა საკუთარ დამოკიდებულებებსა და რწმენებში სექსუალობასა და გენდერთან მიმართებაში. აღსანიშნავია, რომ მხოლოდ

13 მედიკალიზაცია – მეტი ამ თემაზე იხილეთ ბმულზე ScienceDirect: Medicalization

ჰეტეროსექსუალ და სისგენდერ სპეციალისტებს არ მოეთხოვებათ, გადახედონ საკუთარ დამოკიდებულებებს, არამედ, ქვიარი სპეციალისტები ანალოგიურად შესაძლოა მოექცნენ იდეოლოგიური გავლენების ქვეშ (Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007).

ნებისმიერ კულტურაში მომუშავე პრაქტიკოსს სჭირდება აღნიშნული კულტურის მახასიათებლების ცოდნა, რადგან კულტურა და სოციალური გარემო მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ადამიანის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. გარდა ამისა, არსებითია, სპეციალისტს ჰქონდეს ცოდნა ჩაგვრის ინტერსექციურობის, ძალაუფლებისა და შესაძლებლობების გადანაწილების შესახებ იმ კულტურაში, რომელშიც მუშაობს, რადგან ადამიანს, გარდა სექსუალური ორიენტაციის და გენდერული იდენტობისა, სხვა მრავალი განზომილება გააჩნია, მაგალითად, რელიგიური მრწამსი, ეთნიკური წარმომავლობა, სოციო-ეკონომიკური სტატუსი და სხვა (APA, სახელმძღვანელო პრინციპები, 2021).

მნიშვნელოვანია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები ერკვეოდნენ სქესის, გენდერის, სექსუალური ორიენტაციის, გენდერული იდენტობის საკითხებში და შეეძლოთ საჭირო ინფორმაციის მიწოდება თავიანთი კლიენტებისთვის/პაციენტებისთვის. კლიენტის მიკუთვნებულობა ნებისმიერი უმცირესობის ჯგუფისადმი მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვაძლევს იმაზე, თუ რამდენად განსხვავებული შეიძლება იყოს მისი გამოცდილებები (APA, სახელმძღვანელო პრინციპები, 2021).

2.2 ლგბტქი უსიქოლოგიის ისტორია

ფსიქოლოგიის მეცნიერებამ მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა ადამიანის სქესის, გენდერისა და სექსუალობის შესწავლაში, მეორე მხრივ, კი ამ საკითხებზე მომუშავე, კრიტიკულად მოაზროვნე ფსიქოლოგებმა სერიოზული გავლენა იქონიეს ფსიქოლოგიის მეცნიერების დღის წესრიგის ცვლილებაზე (Hubbard, Griffiths, 2019).

ჰუბარდი და გრიფიტსი ბრიტანეთის მაგალითზე გვიყვებიან თუ რა გზა გაიარა ჰომოსექსუალობის საკითხებმა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, როდესაც საზოგადოებაში გაჩნდა მრავალი სოციალური და ეკონომიკური პრობლემა, რომელიც პროპაგანდისტულად ითარგმნებოდა, როგორც საფრთხე ქვეყნის ტრადიციებისა და „ბრიტანელობისთვის“. ასეთ „საფრთხეებად“ მოიაზრებოდა უსახლკარო ადამიანების მიერ ქონების/მიწების მითვისება,

განქორწინების მაღალი მაჩვენებელი და ჰომოსექსუალობა. საინტერესოა, რომ დევნის საგნად მხოლოდ კაცების ჰომოსექსუალობა იქცა. ამ პერიოდში, ბრიტანეთში ჰომოსექსუალობა კრიმინალიზებული იყო, თუმცა არასდროს შეხებიანთ ეს კანონი ქალებს. ქალების ჰომოსექსუალობა და ზოგადად ქალების სექსუალობა დღემდე გაცილებით უხილავი და შეუსწავლელი რჩება (Hubbard, Griffiths, 2019).

კრიმინალიზაციისა და ჰომოსექსუალი კაცების დაპატიმრებების შემდეგ, საშუალო კლასის თეთრკანიანი კაცების ჯგუფი დაუპირისპირდა კომიტეტს, რომელიც ჰომოსექსუალების დაპატიმრებებს ხელმძღვანელობდა. ამავე პერიოდში გამოქვეყნდა კინსის (Kinsey et al., 1948; Hubbard, Griffiths, 2019) კვლევები ჰომოსექსუალობის შესახებ, სადაც ის ამტკიცებდა, რომ ჰეტეროსექსუალობა და ჰომოსექსუალობა კონტინუუმის ორი ბოლოა, ჰომოსექსუალობა ბუნებრივი მოცემულობაა და ცხოველებშიც გვხვდება და ა.შ. შედეგად, წარმოიშვა დებატები სამედიცინო სფეროში.

პროტესტისა და სამეცნიერო განხილვების შემდეგ, ჰომოსექსუალობა კრიმინალის სფეროდან მედიცინის სფეროში გადავიდა და დაიწყო მისი პათოლოგიზაციის პროცესი. თუმცა, იმ ეტაპზე ქალების ჰომოსექსუალობაზე არც მედიცინას ჰქონია სიღრმისეული მოსაზრებები. ჰომოსექსუალობის პათოლოგიზაციის პარალელურად, შემუშავდა მკურნალობის მეთოდებიც. ფსიქონალიტიკური და ფსიქოთერაპიული მიდგომების გარდა, ჰომოსექსუალობის სამკურნალოდ ასევე გამოიყენებოდა ელექტროშოკური და ავერსიული თერაპიები, რომლებიც გულისხმობდა ჰორმონული პრეპარატების გამოყენებას სექსუალური ლტოლვის დასაქვეითებლად ან ოპერაციონალურ განპირობებას ჰომოსექსუალური სტიმულისა და ელექტროშოკის განწყვილებით. ეს მეთოდები ბრიტანეთში 1970-იანი წლებიდან გამოიყენებოდა. ამ ფონზე აქტივისტების ჯგუფებმა დაიწყეს ფორმირება. არსებობს ზეპირი ისტორიები იმ სპეციალისტებისა და პაციენტების, რომლებიც ჩართულნი იყვნენ მკურნალობის ამგვარ მეთოდებში. „მკურნალობის“ შედეგად წარმატებული მაგალითები იშვიათი იყო, ხშირად ვითარდებოდა დეპრესია და შფოთვისითი აშლილობები, რასაც ზოგიერთი პრაქტიკოსი, მეთოდის „უსიამოვნო ბუნებით“ ხსნიდა (Hubbard, Griffiths, 2019).

ჰომოსექსუალობა, როგორც ფსიქიკური აშლილობა, სადიაგნოსტიკო და სტატისტიკურ სახელმძღვანელოში (DSM)¹⁴ 1952 წელს, ამ უკანასკნელის

14 **DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – ფსიქიკურ აშლილობათა ამერიკული კლასიფიკატორი, გამოსცემს ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია.

პირველ გამოცემაში მოხვდა. კვლევის და აქტივიზმის შედეგად DMS-ის მესამე გამოცემიდან მოყოლებული დაავადებათა ნუსხაში გადაკვალიფიცირდა, ხოლო DMS-V-ში საერთოდ აღარაა ორიენტაციის მოხსენიება. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორიდან (ICD-10)¹⁵ 1990 წელს ჰომოსექსუალობა ამოიღეს როგორც ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზი. 1970-იან წლებში აქტიურად დაიწყო საუბარი იმაზე, რომ პრობლემა იყო მჩაგვრელი საზოგადოება და არა ჰომოსექსუალობა. ცნობილი ჰეტეროსექსუალი ფსიქოლოგი ჯორჯ ვაინბერგი (1969) წერდა: „არასდროს განვიხილავ პაციენტს ჯანმრთელად, თუ მას არ აქვს გადალახული წინარწმენა ჰომოსექსუალობის შესახებ“. ასევე, 1970-იანი წლები სწორედ ის პერიოდია, როდესაც ფსიქოლოგებმა ჰომოფობიის კვლევა დაიწყეს. ჩამოყალიბდა ასოციაციები სადაც გეი და ლესბოსელი ფსიქოლოგები ერთიანდებოდნენ (Hubbard, Griffiths, 2019).

რაც ეხება ტრანსგენდერულ იდენტობას, იგი ფსიქიკურ აშლილობათა კლასიფიკატორებში მოცემული იყო, როგორც გენდერული იდენტობის აშლილობა. 2013 წელს, ეს დიაგნოზი ამოიღეს DSM-ის მეხუთე გამოცემიდან. ამჟამად, კლასიფიკატორში ვხვდებით გენდერული დისფორიის ტერმინს, რომელიც ასახავს დისკომფორტს ან დისტრესს, გამოწვეულს პიროვნების გენდერული იდენტობის შეუსაბამობით დაბადებისას მინიჭებულ სქესთან და მასთან ასოცირებულ გენდერულ როლსა და/ან პირველად და მეორად სქესობრივ მახასიათებლებთან. მხოლოდ ზოგიერთი ტრანსგენდერი ადამიანი განიცდის გენდერულ დისფორიას მათი ცხოვრების რომელიმე ეტაპზე (DSM-5, APA).

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორში (ICD-10)¹⁶ „ტრანსსექსუალიზმი“ (F64.0) სქესის იდენტიფიკაციის აშლილობად განისაზღვრებოდა და ეს დიაგნოზი პიროვნების ქცევითი და ფსიქიკური აშლილობების თავში აღინუსხებოდა. ახალ, გადახედილ კლასიფიკაციაში ICD-11¹⁷, რომელიც 2022 წლიდან მოქმედებს, ეს დიაგნოზი ასეთი სახით აღარ არსებობს. სექსუალური ჯანმრთელობის მდგომარეობების თავში ვხვდებით გენდერული შეუსაბამობის დიაგნოზს (შეუსატყვისობა/

15 ICD – International Classification of Diseases – დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი, გამოსცემს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია.

16 თარგმნილი კლასიფიკატორის მოდული: ICD10 (29.05.23).

17 ICD-11, WHO (29.05.23).

არაკონფორმულობა) „Gender incongruence of adolescence or adulthood“ კოდით „HA60“. გენდერული შეუსაბამობა ხასიათდება მუდმივი და მყარად გამოხატული შეუთავსებლობით პიროვნების გენდერულ გამოცდილებასა და მისთვის მინიჭებულ სქესს შორის. შედეგად, ეს მდგომარეობა გადის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროდან.

ჰომოსექსუალობისა და მოგვიანებით, ტრანსგენდერული იდენტობის პათოლოგიზაციის პროცესს დაუპირისპირდნენ აქტივისტები/ადამიანის უფლებადამცველები, რომლებმაც აქტიური კონსულტაციები დაიწყეს როგორც მკვლევართან და პროფესორებთან, ისე ამ საკითხზე მომუშავე პრაქტიკოსებთან. ამ პერიოდში გამოჩნდნენ ისეთი აქტივისტებიც, მათ შორის ფსიქოლოგები, რომლებიც აფირმაციულ მიდგომას უჭერდნენ მხარს და მოგვიანებით თავად პოზიციონირდნენ როგორც ლესბოსელები (მაგალითად, Charlotte Wolff¹⁸ და June Hopkins¹⁹). 1952 წელს გეი სოციოლოგი და მწერალი მაიკლ შოფილდი²⁰ იყო პიონერი, რომელმაც პირველი არასამედიცინო წიგნი გამოსცა ჰომოსექსუალობაზე და წერდა, რომ ეს არის „მდგომარეობა“, რომელიც იმიტომ იქცევა დაავადებად, რომ ადამიანი მედიკალიზაციისა და კრიმინალიზაციის გზით ძლიერ სოციალურ წნეხს განიცდის. ამ პერიოდში ჰომოსექსუალობა ჯერ ისევ კრიმინალიზებული იყო. სწორედ, შოფილდის ამ შრომამ ჰომოსექსუალობა დაავადების პარადიგმიდან გადაიყვანა სტიგმის პარადიგმაში (Hubbard, Griffiths, 2019).

ღებტი ფსიქოლოგიის, როგორც ცალკე დარგის განვითარება სწორედ 1970-იან წლებში დაიწყო, რაც, თავის მხრივ, ეფუძნებოდა სექსუალობის ირგვლივ მანამდე არსებულ კვლევებსა და თეორიებს, რომლებიც უმეტესწილად არაჰეტეროსექსუალური ქცევის პათოლოგიზაციას ახდენდა. ღებტი ფსიქოლოგები ეჭვქვეშ აყენებდნენ ჰომოსექსუალობის კვლევის მეთოდებს (მაგალითად, ხშირად კვლევის სუბიექტები შეირჩეოდნენ ფსიქიატრიული დანესებულებებიდან ან

18 **შარლოტ ვულფი** – (Charlotte Wolff, 1897-1986) ექიმი, ფსიქოთერაპევტი, რომელმაც მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა სექსოლოგიაში, იკვლევდა ლესბოსელ და ბისექსუალ იდენტობებს.

19 **ჯუნ ჰოპკინსი** – (June Hopkins) ფსიქოლოგი, პროექციული მეთოდების მკვლევარი. 1970-იან წლებში, მან თავისი შრომებით განსაკუთრებული წვლილი შეიტანა ლესბოსური იდენტობის დეპათოლოგიზაციაში.

20 **მაიკლ შოფილდი** – (Michael Schofield, ფსევდონიმი: Gordon Westwood, 1919-2014) სოციოლოგი, იკვლევდა ჰომოსექსუალობას, თავისი შრომებით მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა კანონის რეფორმირების პროცესში, ჰომოსექსუალობასთან მიმართებაში.

ციხის პოპულაციიდან, რაც ობიექტური სურათის დანახვას ხელს უშლიდა) (Hubbard, Griffiths, 2019).

ფემინისტი ფსიქოლოგი ლორა ბრაუნი²¹ (1988) ფიქრობდა, რომ ფსიქოლოგია უნდა გასცდენოდა ჰეტეროსექსისტურ ცოდნას და ეპისტემოლოგიურ დაშვებას, რომ ფენომენი არის ან A ან B, და რომ ფსიქოლოგიას უნდა უარეყო რეალობის იმგვარი განსაზღვრება, რომელიც ლესბოსელი და გეი პოპულაციის გამოცდილებას ან აიგნორებდა, ან მის მარგინალიზებას ეწეოდა და მიიჩნევდა მას როგორც პერიფერიულ „სპეციფიკურ საკითხს“. ამ პერიოდისთვის, უკვე არსებობდა ფსიქოლოგიის ისტორიის კრიტიკული გადახედვები (მაგალითად, ინტელექტის კოეფიციენტის კვლევის კრიტიკა, ახალი მემარცხენე ფსიქოლოგები, რომლებიც სოციალური კონტექსტის ანალიზზე აკეთებდნენ აქცენტს და ა.შ.). 1960-იანი წლებიდან მეორე ტალღის ფემინისტების ერთ-ერთი ცენტრალური საკითხი სწორედ ტრადიციული ფსიქოლოგიის კრიტიკა იყო ანდროცენტრიზმის გამო (Harris, 2009; Fox, Prilletensky, Austin, 2009). 1980-იანი წლებიდან კი ფემინისტური თერაპიის თეორია იყო პირველი სივრცე, სადაც ლესბოსელთა აფირმაციული პერსპექტივები ჩამოყალიბდა. ამავე დროს, აფირმაციულ/მხარდამჭერ მოდელს დაუპირისპირდა ბრიტანელი ფსიქოლოგი სელია კიტზინგერი²² (1987), რომელიც ამბობდა, რომ ლესბოსელ და გეი ადამიანთა ჩავგრის საფუძველი პატრიარქატია და ფსიქოლოგებმა, ნაცვლად იმისა რომ აფირმაციული (მხარდამჭერი) მოდელით შეაგუონ, „მოარგონ“ ლესბოსელები სისტემას, აჯობებს სრულად მიატოვონ ეს სფერო. რადგან სინამდვილეში პატრიარქატთან ბრძოლაა საჭირო, და არა ლესბოსელების გარდაქმნაზე ზრუნვა. კიტზინგერი ფიქრობდა, რომ სჯობს ავადმყოფად მივიჩნიონ, ვიდრე პატრიარქალურ საზოგადოებას შეერწყა. სწორედ ეს ორი იდეოლოგიური ჩარჩო ინარჩუნებს დღემდე მუშა პოზიციებს ლგბტქი ფსიქოლოგიაში (Hegarty, 2018).

ლგბტქი ფსიქოლოგია²³ შეისწავლის ლესბოსელ, გეი, ბისექსუალ, ტრანსგენდერ, ქვიარ და ინტერსექს ადამიანთა ცხოვრებას და

21 ლორა ბრაუნი – (Laura S. Brown) კლინიკური ფსიქოლოგი, ფემინისტური თერაპიის თეორიის ერთ-ერთი ფუძემდებელი, ტრანსის მკვლევარი.

22 სელია კიტზინგერი – (Celia Kitzinger) ფსიქოლოგი, მკვლევარი, სწავლობდა ლესბოსურ იდენტობებსა და მათ სოციალურ კონსტრუქციას და პოლიტიკურ განზომილებებს. ამჟამად, მოღვაწეობს კარდიფის უნივერსიტეტში (ირლანდია).

23 ლგბტქი ფსიქოლოგია – ასევე მოიხსენიებენ, როგორც ქვიარ ფსიქოლოგია, ქვიარ კრიტიკული ფსიქოლოგია.

გამოცდილებას. არსებობს დებატები ამ დარგის ცალკე გამოყოფის საჭიროების ირგვლივ, თუმცა, ფსიქოლოგიის ისტორიას თუ გადავავლებთ თვალს, ამ გამოყოფას, შეიძლება ითქვას, სასიცოცხლო მნიშვნელობა ჰქონდა ქვიარ საკითხებზე ეთიკური სამუშაო პრინციპების შესაქმნელად, რამდენადაც, ფსიქოლოგიაში არსებული კვლევების დიდი უმრავლესობა ჰეტეროსექსუალ და სისგენდერ ადამიანებს სწავლობს. თავის მხრივ, ქვიარ ფსიქოლოგია კონცენტრირდება იდენტობის პერფორმაციული ბუნების შესწავლაზე, იგი არ ეძებს ნორმა/პათოლოგიის მიზეზებს და ადამიანთა კატეგორიზებას არ ახდენს ამ პარამეტრებით. ქვიარ ფსიქოლოგია შეისწავლის, თუ როგორ იდენტიფიცირდებიან ადამიანები ამა თუ იმ ჯგუფთან და როგორია მათი ყოველდღიური გამოცდილება:

„მაგისტრალური (Mainstream) ფსიქოლოგია, რომელიც ისეთ საკითხებზე მუშაობს, როგორებიც არის განათლება, სამუშაო და დასვენება, ცხოვრებისეული განვითარება, მშობლობა, ჯანმრთელობა, უბრალოდ იგნორირებას უწევდა ლესბოსელებსა და გეებს, თითქოს მათ არასდროს უვლიათ სკოლაში, არ ჰქონიათ სამუშაო ან გართობა, არ გაიზარდნენ და დაბერდნენ, არასოდეს ჰყოლიათ ბავშვები, არასოდეს გამხდარან ავად და ა.შ.“ (კიტ ზინგერი და კოილი, 2002:2, ციტირებულია: გაბუნია, ვაჭარაძე, 2013).

ამავდროულად, მაგისტრალურ (Mainstream) ფსიქოლოგიას ხშირად მოიხსენიებენ ხოლმე როგორც „მამაკაცურ (Malestream, Male – კაცი, ინგ.) ფსიქოლოგიას, რადგან ის ისტორიულად კაცების კვლევას აყენებდა პრიორიტეტად. ისეთი საკითხები, როგორებიც არის დედობა, ქალების გამოცდილებები კვლავაც ექსკლუზიურად ფემინისტების საქმედ ითვლება (Clark, Braun, 2009; ციტირებულია: გაბუნია, ვაჭარაძე, 2013).

ლგბტქი ფსიქოლოგიური აზრის განვითარებაზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ ეს პროცესი არ მოგვითხრობს ლგბტქი თემის ყველა წევრის შესახებ. მაგალითად, ბისექსუალობა შერჩევითად არის მხარდაჭერილი ან სულაც ამოშლილი ამ ისტორიიდან, ანდროცენტრისტული იდეოლოგია კი ლგბტქი ფსიქოლოგიურ კვლევაში გამოიხატა იმით, რომ ბისექსუალი და ლესბოსელი ქალები უხილავები დარჩნენ (Hegarty, 2018).

2.3 კონვერსიული (გამასწორებელი) თერაპიული პრაქტიკა

კონვერსიული (გამასწორებელი, გარდაქმნის) თერაპიები გულისხმობს ისეთ პრაქტიკას, რომელიც მიზნად ისახავს ადამიანის სექსუალური ორიენტაციის ან გენდერული იდენტობის შეცვლას. ამგვარი პრაქტიკები ეფუძნება მოსაზრებას, რომ ინდივიდის სექსუალური ორიენტაცია და გენდერული იდენტობა შესაძლებელია შეიცვალოს და ამის კეთება სასურველია როგორც თავად ინდივიდისთვის, ასევე მისი ოჯახისა და მთლიანი საზოგადოებისთვის. კონვერსიული თერაპიები სხვადასხვა სახითა და სახელით შეიძლება შეგვხვდეს: რეინტეგრაციის თერაპია, რეორიენტაციის თერაპია, ექს-გეი თერაპია, რეპარაციული თერაპია და სხვა. გამასწორებელი თერაპიები შესაძლოა მოიცავდეს როგორც ფსიქოთერაპიას, ასევე მედიკამენტურ და ელექტროშოკურ/ელექტროკონველსიურ მკურნალობას, ავერსიულ მკურნალობას ელექტროშოკის გამოყენებით (გენიტალიებზე ან ხელებზე), პირღებინების გამომწვევი მედიკამენტების გამოყენებას ჰომოეროტიული სტიმულის წარდგენისას. ასევე, კონვერსიული/გამასწორებელი მკურნალობის რიგში შედის ექსორციზმი, განწმენდის რიტუალები, ადამიანის ცემა კვერთხით ლოცვის თანხლებით, იძულებითი კვება ან კვების დეპრივაცია, ადამიანის იზოლირება, ქვეყნებში სადაც ჰომოსექსუალობა კრიმინალიზებულია – სამარტოო პატიმრობით დასჯა, საავადმყოფოში გამოკეტვა, ცემა, „გამოსასწორებელი“ გაუპატიურება და სხვა (IFEG, 2020).

კონვერსიულ თერაპიებს მსოფლიოს ბევრ რეგიონში მიმართავენ სხვადასხვა დარგის წარმომადგენლები, უმეტესად ჯანდაცვის სპეციალისტები, ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები, სექსოლოგები, მკურნალი ექიმები, მღვდლები, მწიბავები და ა.შ.

პრაქტიკოსის მთავარი გზავნილი პაციენტისთვის არის დაშვება, რომ ჰეტეროსექსუალობა ერთადერთი ნორმალური სექსუალური ორიენტაციაა. კონვერსიული თერაპია ზოგიერთ ქვეყანაში ხორციელდება ელექტროშოკური მკურნალობის გზით. ელექტროშოკური თერაპია ჩვეულებით სამებრ გამოიყენება ფსიქიატრიაში სხვა ყველა სახის მკურნალობისადმი რეზისტენტული დეპრესიის სამკურნალოდ, როდესაც ადამიანის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება დაავადების გამო. ამ თერაპიას გვერდითი მოვლენები ახლავს, როგორც არის დეზორიენტაცია, კოგნიტური უნარების დეფიციტი, რეტროგრადული ამნეზია. ელექტროშოკური თერაპიის გამოყენებას ჰომოსექსუალობის „სამკურნალოდ“ არ გააჩნია მეცნიერული

მტკიცებულება, სამედიცინო თვალსაზრისით არასწორია და შესაძლოა ადამიანს გამოუსწორებელი ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ზიანი მიაყენოს (IFEG, 2020).

მედიკამენტურ მკურნალობას კონვერსიული თერაპიისთვის ძირითადად იყენებენ ფსიქიატრები: ნეიროლექტიკები, ანქსიოლიტიკები და ანტიდეპრესანტები გამოიყენება ადამიანის სექსუალური სურვილების დასათრგუნად. ხშირად მათი გამოწერა ხდება მცდარ რწმენაზე დაფუძნებით, რომ ფსიქოზი და ფსიქიკური აშლილობები წარმოადგენს ინდივიდის სექსუალური ორიენტაციის ან გენდერული იდენტობის საფუძველს. ანტიდეპრესანტებს, ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს შესაძლოა ახლდეს სერიოზული გვერდითი ეფექტები, როგორებიც არის სექსუალური დისფუნქციები, მოტორიკის დარღვევა, შენელება, მეხსიერების პრობლემები და სხვ. მათ გამოყენება ჰომოსექსუალობისა და გენდერული იდენტობის „სამკურნალოდ“ არ აქვს სამეცნიერო მტკიცებულება და სერიოზული ზიანის მიყენება შეუძლია ჯანმრთელი ადამიანისთვის (ibid).

ბოლოს, ფსიქოთერაპია ერთ-ერთი ფორმაა გამასწორებელ თერაპიებში. ამ შემთხვევაში მთავარ დაშვებას წარმოადგენს აზრი, რომ ადამიანი ავად არის მისი სექსუალური ორიენტაციის ან გენდერული იდენტობის გამო და, შესაბამისად, უნდა განიკურნოს. „მკურნალობის“ პროცესში, გამუდმებული მუშაობა მიმდინარეობს ჰომოსექსუალობის და ამა თუ იმ გენდერული იდენტობის მიზეზების მოძიებასა და ანალიზში. კონვერსიული ფსიქოთერაპია ხელს უწყობს ადამიანის ვიქტიმიზაციას, მასში სირცხვილისა და დანაშაულის გრძნობების გაძლიერებას, თვითსიძულვილს, სუიციდურ აზრებს, სოციალურ იზოლაციას, დეპრესიისა და შფოთვის განვითარებას, ინტიმური ცხოვრების სირთულეებს, სექსუალურ დისფუნქციებს (ibid).

კონვერსიული თერაპიების მიმართ განსაკუთრებით მოწყვლადები არიან ბავშვები და მოზარდები. ხშირად, ისინი მშობლების ინიციატივით ერთეებიან მსგავს თერაპიებში. ბავშვებში კონვერსიული თერაპიის გამოყენების შედეგებია დაბალი თვითშეფასება, სუიციდური და დეპრესიული ტენდენციები, სარისკო, თვითდამაზიანებელი ქცევები, სწავლის უნარის დაქვეითება, გაცდენები სკოლაში, სოციალური უარყოფისა და სოციალური იზოლაციის განცდა.

კვლევები მონშობს, რომ კონვერსიული თერაპიის გავლის შემდეგ, ხშირად ვლინდება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, განსაკუთრებით ეს კავშირში აღმოჩნდა ინდივიდუალური და ჯგუფური გამასწორებელი

ფსიქოთერაპიების შემთხვევაში. ჩნდება სიმპტომები, როგორებიცაა ზე-სიფიზილე, შემოჭრითი აზრები, „ფლეშბეკები“ და სხვა. განსაკუთრებით საზიანო შედეგებთან მივყავართ ხანგრძლივ კონვერსიულ თერაპიას, რადგან ეს ქრონიკულ სტრესსა და ტრავმას უკავშირდება. ამ შემთხვევაში, უკვე ჩნდება ფსიქოსომატური დაავადებები, ძილის დარღვევები, ყალიბდება ფსიქიკური აშლილობები, სუიციდის მცდელობები (IFEG, 2020).

2015 წელს გაეროს კომიტეტის მიერ გამოცემულ ანგარიშში აღნიშნულია, რომ კონვერსიული თერაპიები არღვევს ადამიანის წამების, ბოროტად მოპყრობის, არაადამიანური და დამაზიანებელი მკურნალობის აკრძალვას. ზოგიერთ ქვეყანაში საკანონმდებლო დონეზე აიკრძალა კონვერსიული თერაპიები, რიგ ქვეყნებში კვლავ გრძელდება ამგვარი მიდგომების გამოყენება²⁴, ხოლო, რიგ ქვეყნებში ეს პრობლემა უხილავია, მაგალითად საქართველოში.

კონვერსიული თერაპია შეუსაბამოა პროფესიულ ეთიკასა და სტანდარტებთან შემდეგი მიზეზების გამო:

1. როდესაც გამასწორებელ თერაპიას იყენებენ ადამიანის თანხმობის გარეშე, იძულებით, მას მოაქვს სერიოზული ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური ზიანი ადამიანის ჯანმრთელობისთვის. საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებს ეკრძალებათ ჩაერთონ ისეთ პრაქტიკაში, რომელიც ადამიანის ჯანმრთელობას აზიანებს.

2. სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის ვარიაციები არ წარმოადგენს დაავადებებს. შესაბამისად, ჯანდაცვის სპეციალისტებს არანაირი როლი არ აქვთ მათ დიაგნოსტირებასა და მკურნალობაში. სრულიად არაეთიკურია უმკურნალო მდგომარეობას, რომელიც არ წარმოადგენს დაავადებას.

3. კონვერსიული თერაპია არაეფექტური და საზიანოა. ჯანდაცვის სპეციალისტები უნდა დაემორჩილონ „არ ავნო“ პრინციპს. მოსალოდნელ ზიანს ვერ გადაწონის ვერანაირი კლინიკური სარგებელი. ჯანდაცვის სპეციალისტებს ეკრძალებათ ჩაერთონ ისეთ პრაქტიკებში, რომლებიც არაეფექტური და უშედეგოა.

4. მკურნალობის დასაწყისში, ჯანდაცვის სპეციალისტს ევალება პაციენტისგან მიიღოს ინფორმირებული თანხმობა, სადაც აღწერილია ის

24 იხილეთ მსოფლიოს რუკა, სადაც მოცემულია ინფორმაცია კონვერსიული თერაპიების აკრძალვის შესახებ, ქვეყნების მიხედვით (29.06.23).

პროცედურები და მოსალოდნელი შედეგები, რასთანაც პაციენტს საქმე ექნება მკურნალობის პროცესში. კონვერსიული თერაპიის შემთხვევაში, მაშინაც კი, როდესაც ინდივიდი თავად არის თანახმა ჩაერთოს მსგავს მკურნალობაში, ჯანდაცვის სპეციალისტი ვალდებულია აცნობოს ის საზიანო შედეგები, რაც კონვერსიულ თერაპიას მოჰყვება. ამასთანავე, რიგ შემთხვევებში ადამიანს არ შეუძლია გაცნობიერებული თანხმობის მოცემა, მაგალითად, თუ აღნიშნული თერაპიის გავლას კანონი ავალდებულებს ან მშობლები/ოჯახის წევრები აიძულებენ.

5. კონვერსიული თერაპია არსებითად დისკრიმინაციულია. იმ შემთხვევაშიც, თუ პაციენტს/კლიენტს თავად სურს კონვერსიულ თერაპიაში ჩართვა, ჯანდაცვის სპეციალისტმა უნდა იცოდეს, რომ ეს სურვილი, შესაძლოა, შინაგანი კონფლიქტიდან, თვითსიძულვილიდან მოდიოდეს. კონვერსიული თერაპიით სპეციალისტი კიდევ უფრო აძლიერებს კლიენტის თვითსიძულვილს და შესაძლო ნეგატიურ განცდებს. ნაცვლად იმისა, რომ ფსიქიატრი/ფსიქოლოგი ჩაერთოს სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის „მკურნალობაში“, მისი საქმე, სწორედ, ამგვარი კონფლიქტების გადაჭრაზე ზრუნვაა, რომელიც წარმოიშვება სექსუალურ ორიენტაციასთან, იდენტობასთან, რელიგიასთან, სოციალურ ან ინტერნალიზებულ ნორმებსა და წინასწარგანწყობებთან მიმართებაში (IFEG, 2020).

კონვერსიული თერაპიების გამოყენების სიხშირე და მახასიათებლები საქართველოში, რამდენადაც ჩვენთვის ცნობილია, ნაკვლევი არ არის. თუმცა, აღდგომელაშვილის (2016) კვლევაში „წინასწარგანწყობიდან თანასწორობამდე“ ჩანს ეს პრობლემა ექიმებთან ფოკუს-ჯგუფების ჩატარების შედეგად. კვლევაში აღნიშნულია, რომ ექიმებმა გააზიარეს თავისი გამოცდილება, როდესაც მშობელს/ოჯახის წევრს მოჰყავს მოზარდი ჰომოსექსუალობის ან გენდერული იდენტობის სამკურნალოდ. ფოკუს-ჯგუფებში არ ჩანს, თუ რამდენად მიმართავენ ან ემხრობიან თავად ექიმები კონვერსიულ თერაპიებს, თუმცა, გამოვლენილია ის სიმძაფრე და მოთხოვნა, რაც მშობლებს/ნათესაებს აქვთ ოჯახის ქვიარ წევრის მიმართ. აქვე აღსანიშნავია, რომ ექიმებმა ვერ გაიხსენეს „განსაკურნად“ თავისი ნებით მისული ადამიანი. მათი გადმოცემით, როგორც წესი, ეს ოჯახის ზეგავლენით ხდება, ზოგიერთ შემთხვევაში შანტაჟის გამოყენებითაც კი. ციტატა კვლევიდან: „ერთი ერთზე მე და მან (მოზარდის მამამ) ვისაუბრეთ და მითხრა, რომ მამინ (თუ არ „განკურნავენ“) ბაბუა თავს მოიკლავს...“ (ექიმი ფოკუს-ჯგუფიდან, ციტირებულია: აღდგომელაშვილი, 2016).

2.4 ლგბტი უნირეატიული თქარიული პრაქტიკა ღა სპეციალისტების მომზადება

ფსიქოლოგიაში იდენტობის აღიარება და მხარდაჭერა ნიშნავს განსხვავების აღქმას ნორმა/პათოლოგიის დიქტომიის მიღმა, და ზოგადად, ამ დიქტომიისგან აზროვნების გათავისუფლებას. რაც, თავის მხრივ, გულისხმობს, რომ ფსიქოლოგს პროფესიული მემკვიდრეობით მიღებული მრავალი თეორიის უარყოფა და ცოდნის კრიტიკულად გადააზრება მოუწევს (Hegarty, Rutherford, 2019).

ლგბტი აფირმაციული პრაქტიკა სექსუალური უმცირესობის იდენტობებს ადამიანური სექსუალობის ნორმატიულ ასპექტად განიხილავს. ეს მიდგომა ითვალისწინებს სექსუალური და გენდერული უმცირესობის ჯგუფებზე სტიგმისა და ჩაგვრის როლის აღიარებასა და გააზრებას. აფირმაციული პრაქტიკა ნიშნავს ისეთი უსაფრთხო სივრცის შექმნას, სადაც კლიენტი/პაციენტი შეძლებს საკუთარ სექსუალობაზე და გენდერზე საუბარს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში შესაძლებელია აფირმაციული პოლიტიკისა და პრაქტიკის შექმნა. მკვლევრები ამისთვის სხვადასხვა პრაქტიკულ ზომებს გვთავაზობენ. მაგალითად, კითხვარი, რომლითაც კლინიკა/სპეციალისტი კლიენტის/პაციენტის მონაცემებს აგროვებს, უნდა მოიცავდეს ისეთ ვარიაციებს, როგორებიც არის მუდმივი პარტნიორის ყოლა ქორწინების გარეშე, გენდერული იდენტობის სხვა ვარიაციები, ქალისა და კაცის გარდა; შეკითხვა სექსუალური ორიენტაციის შესახებ და სხვა. ასევე, სპეციალისტმა შესაძლოა ჰკითხოს პაციენტს, ჰყავს თუ არა მას მუდმივი პარტნიორი და არა ქორწინებაშია თუ არა, ან ცოლი ჰყავს თუ ქმარი. მოსაცდელ ოთახში შესაძლოა კლიენტს ხვდებოდეს ლიტერატურა ლგბტი თემაზე საინფორმაციო ბუკლეტების სახით. მნიშვნელოვანია, რომ ბუკლეტებში ასახული იყოს ისეთი საკითხებიც, რომლებიც ლგბტი კლიენტებისთვის უნიკალურია, მაგალითად ქამინგაუთის სირთულეები, ჩაგვრასთან გამკლავება და სხვა. მნიშვნელოვანია, სპეციალისტები ერკვეოდნენ თითოეული ჯგუფის მახასიათებლებში, მაგალითად ლესბოსელების, ბისექსუალების, ტრანსგენდერი და არაბინარული ადამიანების, რადგან ეს არ არის ერთგვაროვანი ჯგუფი. არაპეტეროსექსისტური კლიმატის შესაქმნელად, მნიშვნელოვანია, ვტოვებდეთ სივრცეს ლგბტი კლიენტებისთვის. თერაპევტის/სპეციალისტის ოფისი შესაძლოა ბევრს ამბობდეს ამ თვალსაზრისით. მინიმალურად წარმოდგენილი ლგბტი სიმბოლიკაც კი იძლევა ნიშანს, რომ ეს ოფისი უსაფრთხოა

ქვიარი კლიენტისთვის და მას შეუძლია იყოს გულწრფელი (Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007).

ჰეტეროსექსისტური მიკერძობა მუდმივ პრობლემად რჩება ფსიქოლოგიურ კვლევაში, გადამზადებასა და პრაქტიკაში. ნებისმიერი დისციპლინა მზად უნდა იყოს, გადახედოს კულტურაში ისეთ ღირებულებებს, რომლებიც პირდაპირ თავს ესხმის და ანადგურებს ადამიანთა კონკრეტულ ჯგუფებს. სპეციალისტი, კლიენტის პრობლემებზე მუშაობისას, უნდა ითვალისწინებდეს ფართო კონტექსტს და ამ პრობლემებს მხოლოდ კლიენტის ინდივიდუალურ ფსიქიკურ მახასიათებლებს არ უნდა მიაწერდეს. ამავდროულად, როდესაც კლიენტი ამჟღავნებს თავის სექსუალურ ორიენტაციას, მნიშვნელოვანია, სპეციალისტმა მისი ყველა პრობლემა სექსუალურ ორიენტაციას არ დაუკავშიროს და ამით არ შეეცადოს პრობლემების ახსნას. ამგვარი მიკერძობა არასწორ დიაგნოზამდე და პოტენციურ ზიანთან მიდის. მნიშვნელოვანია, რომ სპეციალისტი ეხმარებოდეს კლიენტს, გაარჩიოს პრობლემები ერთმანეთისგან, რომელზე ახდენს გავლენას სექსუალური ორიენტაცია ან გენდერული იდენტობა და რომელზე არა (Greene, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007).

ტრანსაფირმაციული თერაპიული პრაქტიკა

ადამიანები საკუთარი გენდერისა და ბიოლოგიური სქესის აღქმას 2 წლის ასაკიდან იწყებენ. ბავშვები თავის გენდერს ქცევებში გამოხატავენ. ტრანსგენდერი ბავშვების მშობლები ხშირად იდენტიფიცირდებიან თავს შვილების გენდერული იდენტობის გამო (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003; Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007). გენდერულ დისფორიასთან დაკავშირებული განცდები პიკს აღწევს პუბერტატის ასაკში, როდესაც მეორადი სასქესო ნიშნები ჩნდება. ტრანსგენდერი მოზარდები ხშირად ამას განიცდიან როგორც დანაკარგს, ან ღალატს საკუთარი სხეულების მიერ (Gainor, 2000; Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007). იზოლირებისა და გარიყვის გამოცდილება გავრცელებულია ტრანსგენდერ ახალგაზრდებში, რასაც ხშირად მივყავართ ნივთიერებების ავადმოსმარებასთან, დეპრესიასთან, სუიციდის მცდელობებთან.

ტრანსგენდერი ადამიანის ოჯახთან ქამინგაუთის შემდეგ, ოჯახები სხვადასხვა ეტაპებს გადიან, რაც დამოკიდებულია ოჯახურ დინამიკასა და ურთიერთობებზე. ეს ეტაპები მოიცავს უარყოფას, ბრახს, მოლაპარაკების მცდელობებს, დეპრესიას და, დადებით შემთხვევებში, ტრანსგენდერული

იდენტობის მიღებას (Emerson & Rosenfeld, 1996; Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007). ოჯახური სისტემის თეორიის მიხედვით, ერთი ინდივიდი გავლენას ახდენს მთლიან ოჯახზე და, პირიქით, ოჯახი, როგორც სისტემა, გავლენას ახდენს თითოეულ წევრზე (Becvar & Becvar, 2000; Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007). სპეციალისტები, რომლებიც ტრანსგენდერ ადამიანებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობენ, აუცილებელია, ფლობდნენ ინფორმაციას ამ სირთულეების შესახებ და ეხმარებოდნენ ოჯახს ზემოთ აღწერილ ეტაპებთან გამკლავებაში.

ტრანსგენდერი ინდივიდებისთვის მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები, რადგან გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებით, ტრანზიციის პროცესამდე და პროცესშიც, შესაძლოა განიცდიდნენ ემოციურ და ფსიქოლოგიურ სირთულეებს, სტრესს (Carroll & Gilroy, 2002; Mathews, 2007; Bieschke, Perez, DeBord, 2007). აფორმაციული კონსულტირების ფორმატი ტრანსგენდერ კლიენტებს მაქსიმალურად აძლევს სივრცეს გამოხატონ, ილაპარაკონ საჭიროებებზე. ასევე, კლიენტი/პაციენტი იღებს საჭირო ინფორმაციას და ემოციურ მხარდაჭერას სპეციალისტისგან. ამ კონტექსტში, აუცილებელია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი ერკვეოდეს გენდერული იდენტობის ჩამოყალიბების თავისებურებებში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების გადამზადება

ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის სახელმძღვანელო პრინციპებში ვკითხულობთ, რომ, თუ სპეციალისტი არ არის გარკვეული ლგბტქი აფორმაციული თერაპიის საკითხებში, კომპეტენციის არქონის გამო, შესაძლოა დააზიანოს კლიენტი (APA სახელმძღვანელო პრინციპები, 2020).

იმისთვის, რომ გაუმჯობესდეს ზრუნვა გეი, ლესბოსელ, ბისექსუალ, ტრანსგენდერ და ინტერსექს ადამიანებზე (ლგბტქი), ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შესაძლოა დასჭირდეთ თავიანთი დამოკიდებულებების შეცვლა სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის მიმართ, მათ შორის, კომპეტენციის ამაღლების გზით. სოციალურ „გარიცხვას“/ექსკლუზიას ძლიერი ნეგატიური გავლენა აქვს ლგბტქი ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და უკავშირდება ისეთ სირთულეებს, როგორებიცაა დეპრესიისა და შფოთვისითი აშლილობების გავრცელების მაღალი მაჩვენებელი ჰეტეროსექსუალ თანატოლებთან შედარებით; სუიციდური ქცევისა და ნივთიერებათა ავადმომხმარების

მაღალი მაჩვენებელი, ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები. ლგბტქი ადამიანები ხშირად უნდობლად არიან განწყობილი ჯანდაცვის სერვისების მიმართ. ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ცნობიერად თუ გაუცნობიერებლად, შესაძლოა ჰქონდეთ დისკრიმინაციული დამოკიდებულება ლგბტქი ადამიანების მიმართ. ამგვარი ქცევის თავიდან ასაცილებლად, მნიშვნელოვანია, სპეციალისტებს ჰქონდეთ შესაძლებლობა, მიიღონ შესაბამისი განათლება და ჰქონდეთ სივრცე, სადაც საკუთარ დამოკიდებულებებს გადასინჯავენ (Muller, 2015).

საერთაშორისო რეკომენდაციებით, სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ სწავლება არ უნდა იყოს ერთ ცალკეულ საგნად წარმოდგენილი სასწავლო კურსში, არამედ აუცილებელია ინტეგრირდეს განსხვავებულ საგნებში, რათა სტუდენტებმა შეძლონ მრავალი პერსპექტივით ამ საკითხების დანახვა და გაცნობიერება. მნიშვნელოვანია, გადამზადებულ სპეციალისტს შეეძლოს შეკითხვების დასმა ჰეტერონორმატიული პარადიგმის მიღმა. ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ მისი შეკითხვები ავტომატურად არ მოიაზრებდეს კლიენტის ჰეტეროსექსუალობას. კურიკულუმები მოიცავს სავარჯიშოებს, სადაც სტუდენტები სწავლობენ კლინიკური ინტერვიუს ტექნიკებს. აღნიშნული განზოგადდება არამხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებზე, არამედ დამხმარე პროფესიებში მომუშავე ადამიანებზეც. მაგალითად, როდესაც ფსიქოლოგი ან ფსიქიატრი ანამნეზს კრებს, მას, შესაძლოა, დასჭირდეს კლიენტის პარტნიორთან გასაუბრება. ისეთი შემთხვევების შესწავლა, რომელშიც პარტნიორი იგივე სქესის ადამიანია, სტუდენტებს ეხმარება დაფიქრდნენ ჰეტერონორმატიული ჩარჩოს მიღმა. როდესაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიზანია, შეისწავლოს კლიენტის სექსუალური და რეპროდუქციული გამოცდილებები, მას, მნიშვნელოვანია, შეეძლოს შეკითხვების დასმა სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ ისეთი მანერით, რომ ხელი არ შეუწყოს სტიგმისა და დისკრიმინაციის გაძლიერებას. როდესაც სტუდენტები სწავლის პროცესში განიხილავენ ამგვარ საკითხებს, მათ მეტი შანსი აქვთ თავიანთ პრაქტიკაში ეთიკური პრინციპები დაიცვან. მნიშვნელოვანია, სტუდენტებს/სპეციალისტებს გადამზადების პროცესში ეძლეოდეთ სივრცე, რომ თავიანთი მიკერძოებები ან წინარწმენები გააცნობიერონ (Muller, 2015).

კვლევის თეორიული ნაწილის შესაჯამებლად, შესაძლოა ითქვას, რომ ლგბტქი მოძრაობამ ვრცელი გზა გამოიარა და, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. ჰომოსექსუალობის ისტორია ნათლად დაგვანახვებს, თუ რამხელა ძალაუფლება შეიძლება ჰქონდეს დიაგნოზს როგორც ერთი ადამიანის, ასევე მთლიანი საზოგადოების ცხოვრებაში. მიშელ ფუკოს²⁵ თანახმად, ნორმისა და პათოლოგიის განსაზღვრა დისციპლინური რეჟიმის ნაწილია, რადგან ამ გზით ყალიბდება საზოგადოებაშიწესები, კონტროლდება ადამიანის ქცევა–ნორმა, როგორც წესი, ადამიანისთვის იდეალს წარმოადგენს ის, რასაც უნდა ესწრაფოდეს, ხოლო პათოლოგია არის ის, რასაც იგი თავს არიდებს. (Foucault, 1980; Marecek, Hare-Mustin, 2009; Fox, Prilietensky, Austin, 2009). განაცხადი იმის შესახებ, თუ რა არის ნორმა და რა არის პათოლოგია, ხშირად, მეცნიერების საქმე არ არის, არამედ ეს არის თეორიულ-მორალური მსჯელობა, რომელიც ეფუძნება სოციალურ, კულტურულ და ეთიკურ სტანდარტებს. ფსიქიატრიული რეგულაცია, სოციალური კონტროლის განსაკუთრებით ძლევამოსილი ფორმაა, საზოგადოება იშვიათად ცნობს და აღიარებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების ამ ფუნქციას (Marecek, Hare-Mustin, 2009; Fox, Prilietensky, Austin, 2009). ეს საკითხი კონკრეტულ მნიშვნელობას იძენს მარგინალიზებული ჯგუფების შემთხვევაში, რადგან ისინი ხშირად პათოლოგიზაციას განიცდიან, როგორც მთლიანი საზოგადოების, ისე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მხრიდან. ამიტომ, მნიშვნელოვანია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები აცნობიერებდნენ თავიანთ როლსა და გავლენას საზოგადოების ცხოვრებაში, არ უწყობდნენ ხელს მითების შექმნას და არ ახდენდნენ ლგბტქი თემის მარგინალიზებას ჰიპერდიაგნოსტიკებისა და პათოლოგიზების გზით.

25 მიშელ ფუკო (Michel Foucault, 1926-1984) – ფრანგი ფილოსოფოსი და მწერალი. მისი ნაშრომები ძირითადად ეძღვნება ძალაუფლებისა და ცოდნის ურთიერთმიმართებას, მათ გამოყენებას სოციალური კონტროლის დასამყარებლად.

3. კვლევის მეთოდი

კვლევის მიზანია შეისწავლოს, ერთი მხრივ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მიდგომები და დამოკიდებულებები, ქვიარ თემთან მუშაობის გამოცდილება, მეორე მხრივ, ქვიარ ადამიანების გამოცდილებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში. შესაბამისად, კვლევა მიზნად ისახავს პასუხი გასცეს შემდეგ საკითხებს:

- რა მიდგომებს იყენებენ საქართველოში მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობისას, ასეთის არსებობის შემთხვევაში?
- ზოგადად, რა ცოდნა და გამოცდილება არსებობს ლგბტქი საკითხებზე სამუშაოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებში?
- რა დამოკიდებულებები აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს ლგბტქი პოპულაციის მიმართ?
- რა გამოცდილებები აქვთ ქვიარ ადამიანებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებისას?
- ლგბტქი კლიენტების აზრით, როგორია კარგი პრაქტიკა, რომელიც მათ ფსიქიკურ კეთილდღეობას ხელს შეუწყობდა?

კვლევის დიზაინი შერეული ხასიათისაა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან დაკავშირებულ შეკითხვებს პასუხი გავეცით სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით, ხოლო ქვიარ ადამიანების გამოცდილებები ვიკვლიეთ სიღრმისეული ინტერვიუს მეთოდით.

3.1 კვლევის უზრუნველყოფა და კვლევის ეთიკა

კვლევის ავტორები, სალომე შიუკაშვილი და მანანა მაღალურაძე, საქართველოში მომუშავე ფსიქოლოგები არიან. მათ ორივეს აქვთ ფსიქოლოგიური კონსულტირების პრაქტიკა ლგბტქი თემთან და ახლოს იცნობენ თემის წინაშე არსებულ გამოწვევებს. კვლევის ავტორები, რამდენადაც საქართველოში მუშაობენ, ანალოგიურად კარგად იცნობენ პროფესიულ თემს და ადგილობრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მახასიათებლებს. ეს გამოცდილება, მათ აძლევს საშუალებას სიღრმისეულად

შეაფასონ ლგბტქი თემის წინაშე არსებული სირთულეები და, ასევე, იმსჯელონ პროფესიული გადმოსახედიდან, თუ რა არის საჭირო სპეციალისტების გასაძლიერებლად სექსუალობისა და გენდერის საკითხებზე სამუშაოდ და ამ მიმართულებით ეთიკური პრაქტიკის სანარმოებლად.

როგორც რაოდენობრივი, ასევე თვისებრივი კვლევის მონაწილეები წინასწარ გაეცნენ ინფორმირებული თანხმობის ფორმებს, სადაც აღწერილი იყო კვლევის მიზნები და ამოცანები, კვლევაში მონაწილეობის პოტენციური სარგებელი და რისკები, კონფიდენციალობის საკითხები.

თვისებრივ ინტერვიუებში, რამდენადაც მონაწილეებს მოეთხოვებოდათ შესაძლო მატრავმირებელი ან უსიამოვნო მოვლენების გახსენება, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზანი იყო, რომ დამატებითი ზიანი არ მისდგომოდათ მათ. ინფორმირებულ თანხმობაში იყო გაფრთხილება, რომელიც შესაძლო უსიამოვნო მოვლენების გახსენებას ეხებოდა. მონაწილეებს ინფორმირებულ თანხმობაშივე შეეთავაზათ ორგანიზაციის ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის სერვისი, თუ ამის საჭიროებას იგრძნობდნენ ინტერვიუს შემდეგ. ასევე, მნიშვნელოვანი ძალისხმევა ჩაიდო კვლევის მიზნების გამჭვირვალედ გადმოსაცემად. მონაწილეების ჩართულობა სრულებით ნებაყოფლობითი იყო, მათ შეეძლოთ ნებისმიერ დროს გაენწყვიტათ ინტერვიუ, ან არ ეპასუხათ ინტერვიუს დროს დასმული შეკითხვებისთვის. დათმობილი დროის ასანაზღაურებლად, რესპონდენტებს გადაეცათ სიმბოლური ოდენობის ანაზღაურება.

სიღრმისეული ინტერვიუების აუდიო ჩანაწერები მონაწილეთა თანხმობით გაკეთდა. კვლევის მასალებზე წვდომა ჰქონდათ მხოლოდ მკვლევარებს. ინტერვიუებში ძირითადი შეკითხვები ეხებოდა იმას, თუ რა გამოცდილება ჰქონიათ კვლევის მონაწილეებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან ურთიერთობისას, რა სერვისებისთვის მიუმართავთ, როგორ აფასებენ აღნიშნულ გამოცდილებებს და როგორია მათი გადმოსახედიდან ეფექტიანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისი ლგბტქი ადამიანებისთვის.

კვლევის თვისებრივი მონაცემები ცხადია არ განზოგადდება ლგბტქი თემზე. ეს არის კონკრეტული ადამიანების გამოცდილებები, გადმოცემული მკვლევარების ინტერპრეტაციით. თითოეული მონაწილის მონათხრობი უნიკალურია. ზოგიერთ შემთხვევაში ვხვდებით პროფესიული ეთიკის დარღვევის საგანგაშო შემთხვევებს, რომლებიც გვეხმარება მიყენებული, რეალური ზიანის აღქმაში.

რაც ეხება სტრუქტურირებული კითხვართი შეგროვებულ მონაცემებს, მთავარი ამოცანა იყო, რომ პროფესიონალებს კითხვარის შევსებისას თავი არ ეგრძნოთ „გამოცდაზე“. ჩვენთვის მნიშვნელოვანი იყო, მათი გამოცდილებების მიმართ ღია და გულწრფელი ინტერესის ჩვენება, რასაც კითხვარის შესაბამისად სტრუქტურირებით შევეცადეთ.

3.2 რეკომენდირებული კვლევის მეთოდი

შერჩევა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები გამოვკითხეთ სტანდარტიზებული კითხვარის მეშვეობით. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 283-მა რესპონდენტმა. გამოკითხული სპეციალისტები არიან ფსიქოლოგები, ფსიქიატრები, სოციალური მუშაკები და ინკლუზიური განათლების სპეციალისტები. შერჩევის ჩარჩოს დადგენა რთული აღმოჩნდა, რამდენადაც ერთიანი ბაზები, სადაც სპეციალისტების რაოდენობა აღირიცხება, არ არის ხელმისაწვდომი. იმისთვის, რომ მიმართება დაგვეჩვენა კვლევის შერჩევასა და პოპულაციას შორის, სპეციალისტების სავარაუდო რაოდენობის შესახებ დარგის განსასაზღვრად დარგის სპეციალისტებს მივმართეთ.

ჩვენი ინფორმაციით, საქართველოში დღეისთვის 200-მდე ლიცენზირებული ფსიქიატრია, 700-800 პრაქტიკოსი სოციალური მუშაკი, ხოლო, რამდენადაც ფსიქოლოგები ლიცენზირებას არ გადიან, არ არსებობს რაიმე ბაზა სადაც ისინი აღირიცხებიან, ვეცადეთ მათი (ფსიქოლოგი კონსულტანტი, ფსიქოთერაპევტი) რაოდენობა მოგვეკვლია საქართველოში არსებულ როგორც საჯარო, ისე კერძო და არასამთავრობო ორგანიზაციებში. ამ გზით, 300-მდე პრაქტიკოსი ფსიქოლოგი დავთვალეთ, თუმცა, ფსიქოლოგების რიცხვი, დიდი ალბათობით გაცილებით მეტია, რადგან არსებობენ კერძოდ მომუშავე ფსიქოლოგები, რომლებიც არ მიეკუთვნებიან არც ერთ ასოციაციას/ორგანიზაციას და მათი რიცხვი უცნობია.

კვლევის შერჩევის რაოდენობრივი მიმართება სპეციალისტების პოპულაციის სავარაუდო რაოდენობასთან იხილეთ ცხრილში N1. ამ მიმართებიდანვე ჩანს შერჩევის ხელმისაწვდომობის თავისებურებები. ჩვენთვის ყველაზე რთულად ხელმისაწვდომები ფსიქიატრები აღმოჩნდნენ, მიუხედავად იმისა,

რომ კითხვარი დაეგზავნათ ასოციაციებს, რომლებიც აერთიანებენ ფსიქიატრებს. კითხვარის გაერცელება დარგების ექსპერტებსაც ვთხოვეთ. საკვლევი თემის სპეციფიკიდან გამომდინარე, შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ სპეციალისტებმა თავიანთი როლი კვლევაში ვერ დაინახეს. ზოგიერთ შემთხვევაში, ვიღებდით პასუხებს, რომ ისინი არ მუშაობენ ლგბტქი თემთან და, შესაბამისად, კითხვარი არ არის მათთვის განკუთვნილი. კვლავაც, ეს გვაფიქრებინებს, რომ სპეციალისტებს აქვთ წინასწარი დაშვება, რომ მათი ყველა კლიენტი ჰეტეროსექსუალი და სისგენდერია. ასევე, ზოგიერთი სპეციალისტისგან მივიღეთ უარი კითხვარის შევსებაზე, განმარტების გარეშე. ამ მოცემულობის გათვალისწინებით, თავიდანვე ვივარაუდეთ, რომ კვლევაში მონაწილეობას მიიღებდნენ შედარებით უფრო მეგობრულად განწყობილი, ლგბტქი თემთან მუშაობის გამოცდილების მქონე სპეციალისტები, რაც, ნაწილობრივ, დადასტურდა კიდეც, თუმცა, საგულისხმო ნიუანსებით.

ხსრილი N1
შერჩევის მიმართება პოპულაციასთან

შერჩევა	პოპულაცია (სავარაუდო მონაცემი)	კვლევის შერჩევაში მოსვედრილი რაოდენობა
ფსიქოლოგი	300	183
ფსიქიატრი	200	14
სოციალური მუშაკი	700-800	82

კვლევის ინსტრუმენტი

კვლევისთვის შემუშავებული სტრუქტურირებული კითხვარი შედგებოდა 7 ბლოკისგან.

ბლოკი 1. დემოგრაფიული მონაცემები, მათ შორის, პროფესიული გამოცდილება და სამუშაო მიმართულებები;

ბლოკი 2. ლგბტქი თემთან მუშაობის გამოცდილება – ეს ბლოკი მოიცავდა კითხვებს იმაზე, მიუღიათ თუ არა სპეციალისტებს ლგბტქი კლიენტები, როგორ გაიგეს ამის შესახებ, იყენებენ თუ არა განსხვავებულ ინტერვენციებს ლგბტქი კლიენტებთან და სხვა;

ბლოკი 3. სპეციალური მომზადება ლგბტქი საკითხებში – მოიცავს კითხვებს, გაუვლიათ თუ არა სპეციალისტებს რაიმე ტიპის მომზადება ლგბტქი კლიენტებთან სამუშაოდ;

ბლოკი 4. ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა – აქ ვეკითხებოდით რესპონდენტებს თუ რამდენად და რა ტიპის ინფორმაციაზე მიუწვდებათ ხელი ლგბტქი საკითხების ირგვლივ;

ბლოკი 5. თერაპიული მიდგომები – მოიცავდა დებულებებს კონვერსიული და აფირმაციული თერაპიების შესახებ, ასევე დებულებებს, რომლებიც ასახავდა ქვიარ ბრმა მიდგომას პრაქტიკაში;

ბლოკი 6. დამოკიდებულებები ლგბტქი თემის მიმართ – მოიცავდა როგორც ემოციურ, ასევე კოგნიტურ (სტერეოტიპები) და ქცევით ატიტუდებს/დამოკიდებულებებს ლგბტქი თემის მიმართ (ATLG-R, Herek, 1994; Hill, Brian, Willoughby, 2005; აღდგომელაშვილი, 2016);

ბლოკი 7. კომპეტენცია – მართებული დებულებები, რომლებიც ასახავდა კვლევებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას ლგბტქი საკითხებზე, მათ შორის იყო ტერმინთა განმარტება და ლგბტქი თემის გამოცდილებების შესახებ ინფორმაცია. მონაწილეებს უნდა მიეთითებინათ სმენიათ თუ არა ამგვარი ინფორმაცია პროფესიული ან არაფორმალური წყაროებიდან (Bieschke, Perez R. M, DeBord, 2007; APA Dictionary of Psychology).

კითხვარში შემავალი თითოეული სკალისთვის გავაკეთეთ ფაქტორული ანალიზი, ასევე გამოვითვალეთ კრონბახის ალფა, იმისთვის, რომ დაგვედგინა შემავალი დებულებების სანდოობის/თანმიმდევრულობის მაჩვენებელი. რაც შეეხება კომპეტენციის საკვლევ კითხვარს, რამდენადაც იგი სახელდების სკალაზეა განლაგებული, გამოვთვალეთ სიხშირეები და ტენდენციები აღვწერეთ.

თერაპიული მიდგომების სკალა სამი თემატური ქვესკალისგან შედგება: 1. კონვერსიული თერაპიული მიდგომა; 2. აფირმაციული თერაპიული მიდგომა; 3. ქვიარ ბრმა მიდგომა თერაპიულ პრაქტიკაში. სკალებში შემავალი დებულებები მკვლევრების მიერ არის შედგენილი და ასახავს თითოეული

მიდგომის ძირითად დაშვებებს. სკალა შედგება სულ 16 დებულებისგან. მონანიღეებმა დებულებები შეაფასეს ლიკერტის 5 საფეხურიან სკალაზე (1- სრულიად არ ვეთანხმები, 5 – სრულიად ვეთანხმები). დებულებების ჩამონათვალი და თითოეული მათგანის საშუალო ქულა მოცემულია ცხრილში N2. თითოეული ქვესკალისთვის გავაკეთეთ ფაქტორული ანალიზი და გამოვითვალეთ კრონბახის ალფას კოეფიციენტი.

კონვერსიული მიდგომის სკალა შედგებოდა 7 დებულებისგან, რომლებიც ერთ ფაქტორზე მოთავსდა, კრონბახის ალფას კოეფიციენტით 0.7. რაც შეეხება აფირმაციული მიდგომის ქვესკალას (5 დებულება), კრონბახის ალფა = 0.6 შედარებით დაბალი აღმოჩნდა, რაც აიხსნება ფაქტორული ანალიზის შედეგებითაც, რადგან ერთი დებულება მეორე ფაქტორზე დაჯდა. ეს დებულებაა: „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტმა უნდა გამოიკითხოს კლიენტის მიკუთვნებულობა სექსუალური და გენდერული უმცირესობის ჯგუფთან, რადგან ამას გავლენა აქვს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.“ შემდეგ, განმეორებით გამოვითვალეთ კრონბახის ალფას კოეფიციენტი, რომელიც გაიზარდა საკმარის ნიშნულამდე და შეადგინა 0.7. შესაბამისად, აფირმაციული მიდგომის ქვესკალაზე დარჩა 4 დებულება, ხოლო მეხუთე დებულებას განვიხილავთ დამოუკიდებლად.

ანალოგიურად, მოგვინია დებულების ამოღება ქვიარ ბრმა მიდგომის ქვესკალიდან, რომელიც 4 დებულებას მოიცავდა. მეტი სანდოობის მისაღწევად ამოვიღეთ ნაკლები დატვირთვის მქონე დებულება: „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი არ უნდა ინტერესდებოდეს კლიენტის/პაციენტის სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის მახასიათებლებით.“ ამ დებულების ამოღების შედეგად კრონბახის ალფას კოეფიციენტმა შეადგინა 0.7, დანარჩენი დებულებები კი ერთ ფაქტორზე განთავსდა.

ცხრილი N2
სკალების ფაქტორული ანალიზი

N	ქვესკალა	დებულება (N)	კრონბახის ალფა	ამოღებული დებულება (N)
1	კონვერსიული თერაპიული მიდგომა	7	0.7	0
2	აფირმაციული თერაპიული მიდგომა	5	0.7	1
3	ქვიარ სიბრმავე თერაპიულ პრაქტიკაში	4	0.7	1

რაც შეეხება ლგბტქი ჯგუფის მიმართ დამოკიდებულებების კითხვარს, იგი მოიცავდა 36 დებულებას. კითხვარის შინაარსი ასახავდა როგორც სტერეოტიპებსა და მითებს, ასევე, დამოკიდებულების ემოციურ და ქცევით კომპონენტებს. დებულებები მიემართებოდა როგორც მთლიანად ლგბტქი თემს, ასევე ცალკეულად ლესბოსელებს, გეებს, ბისექსუალებსა და ტრანსგენდერებს. მონაწილეებმა შეფასება გააკეთეს ლიკერტის 5 საფეხურიან სკალაზე.

დამოკიდებულებების კითხვარი იყოფოდა 6 ქვესკალად: სტერეოტიპები და მითები ჰომოსექსუალობის მიმართ (6 დებულება), სტერეოტიპები ლესბოსელების მიმართ (5 დებულება), სტერეოტიპები/ემოცია გეების მიმართ (6 დებულება), სტერეოტიპები ბისექსუალების მიმართ (4 დებულება), სტერეოტიპები/ემოცია/ქცევა ტრანსგენდერებისა და გენდერული არაკონფორმულობის მიმართ (8 დებულება), დამოკიდებულებები ლგბტქი ჯგუფის უფლებრივი მდგომარეობის მიმართ (7 დებულება). გავაკეთეთ თითოეული ქვესკალის ფაქტორული ანალიზი და სანდობა/დებულებების თანმიმდევრობა შევამოწმეთ კრონბახის ალფას კოეფიციენტით, რის შემდეგაც ზოგიერთი სკალა გაიყო, ზოგიერთიდან კი ამოვიღეთ დებულებები მეტი სანდობის მისაღწევად. მიუხედავად ამისა, თითოეული დებულება ღირებულ ინფორმაციას გვაძლევს შერჩევის შესახებ, ამიტომ, მათ დამოუკიდებლად ჩავრთავთ ანალიზში. მთლიანი სკალის შინაარსი და საშუალო მაჩვენებლები იხილეთ დანართ N2-ში.

ჰომოსექსუალობის მიმართ სტერეოტიპებისა და მითების სკალა ერთ ფაქტორზე განთავსდა, კრონბახის ალფას კოეფიციენტი = 0.8. ანალოგიურად, ლესბოსელების მიმართ სტერეოტიპების სკალა ერთი ფაქტორით არის წარმოდგენილი, კრონბახის ალფას კოეფიციენტი კი შეადგენს 0.8-ს. ერთ ფაქტორზე განთავსდა სტერეოტიპების სკალა ბისექსუალობის მიმართაც, კრონბახის ალფას კოეფიციენტი – 0.9. სამივე შემთხვევაში, ფაქტორული ანალიზიცა და ალფა კოეფიციენტებიც მიგვითითებს მონაცემების სანდობაზე.

რაც ეხება გეების მიმართ სტერეოტიპების სკალას, დებულებები ორ ფაქტორზე დაიტივრთა. მათგან ორი დებულება, რომელიც ე.წ. პოზიტიურ სტერეოტიპებს წარმოადგენს გეების მიმართ („გეების უმეტესობა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს გარეგნობასა და მოდას“ და „გეების უმეტესობა მგრძნობიარე, არტისტული და კრეატიული ხასიათით გამოირჩევა“) ცალკე ფაქტორად გამოიყო, დარჩენილი ოთხი დებულება განთავსდა

ერთ ფაქტორზე, კრონბახის ალფას კოეფიციენტი შეადგინა 0.7. ამოღებულ ორ დებულებას შორის, პირსონის კორელაციური ანალიზის შედეგად Sig. (2-tailed) მაღალი პოზიტიური კავშირი გამოვლინდა ($r = 0.7$), შესაბამისად მათი ერთ სკალაში გაერთიანება გამართლებულია.

ტრანსგენდერობის მიმართ დამოკიდებულებების (სტერეოტიპი, ემოცია, ქცევა) სკალის ფაქტორული ანალიზის შედეგად გამოიყო ორი კომპონენტი. ამასთან, ამოვიღეთ ორი დებულება: „ტრანსგენდერ ადამიანებს სახელმწიფო უნდა უცვლიდეს სქესის შესახებ ჩანაწერს პირად დოკუმენტაციაში, მათი გენდერული იდენტობის საფუძველზე (პასპორტი, პირადობის მოწმობა და ა.შ.)“ და „ბავშვებს მხარი უნდა დაუჭიროთ საკუთარი ფემინურობისა, თუ მასკულინობის გამორკვევის პროცესში“. ამოღებულ ორ დებულებას შორის გამოვლინდა ნეგატიური კორელაციური კავშირი. დარჩენილი დებულებები კი ერთ ფაქტორზე განლაგდა, ხოლო კრონბახის ალფას კოეფიციენტი შეადგინა 0.8.

ღებტი ჯგუფის მიმართ დამოკიდებულებების სკალის (7 დებულება) ფაქტორული ანალიზის შედეგად, გამოვლინდა ორი ფაქტორი. სკალა დაიყო შემდეგ კომპონენტებად: აქტივიზმისა და დისკრიმინაციის მიმართ დამოკიდებულებები და უფლებრივი მდგომარეობის მიმართ დამოკიდებულებები. შესაბამისად, შემდგომი ანალიზი ფაქტორების მიხედვით დაჯგუფებულ დებულებებზე გააკეთეთ.

აქტივიზმისა და დისკრიმინაციის მიმართ დამოკიდებულებების ქვესკალა 3 დებულებისგან შედგება, ერთ ფაქტორზეა განლაგებული და კრონბახის ალფას კოეფიციენტი შეადგენს 0.6-ს. უფლებრივი მდგომარეობის მიმართ დამოკიდებულებები (4 დებულება) ერთ ფაქტორზე იტვირთება, თუმცა ალფა კოეფიციენტი უარყოფითია. ამიტომ, ეს სკალა დებულებების შინაარსიდან გამომდინარე გავყავით ორ ნაწილად, რის შემდეგაც ალფა კოეფიციენტი გაიზარდა და დადებითი გახდა. პირველი ორი დებულება ქორწინებისა და შვილად აყვანის უფლებებს ეხება, მათ შორის მაღალი დადებითი კორელაციაა პირსონის კორელაციური ანალიზის მიხედვით ($r=0.7$), დარჩენილი ორ დებულებას შორის ასევე დადებითი კორელაცია ვლინდება ($r=0.4$).

ხსრილი N3

დამოკიდებულებები ლგბტქი ადამიანების მიმართ. ქვესკალების ანალიზი.

N	ქვესკალა	დებულება (N)	კონტაქტის ალფა	ამოღებული დებულება (N)
1	ლესბოსელების მიმართ სტერეოტიპები	5	0.8	0
2	ბისექსუალების მიმართ სტერეოტიპები	4	0.9	0
3	გეების მიმართ სტერეოტიპები/ემოცია	6	0.7	2
5	ტრანსგენდერების/გენდერული არაკონფორმულობის მიმართ სტერეოტიპები/ემოცია/ქცევა	8	0.8	2
6	ჰომოსექსუალობის მიმართ სტერეოტიპები/მითები	6	0.8	0
7	აქტივიზმისა და დისკრიმინაციის მიმართ დამოკიდებულება	3	0.6	0

საბოლოოდ, ლგბტქი ჯგუფის უფლებრივი მდგომარეობის მიმართ დამოკიდებულებების სკალა სამ ქვესკალად დაიყო: 1. აქტივიზმისა და დისკრიმინაციის მიმართ დამოკიდებულებების ქვესკალა; 2. შვილად აყვანისა და ქორწინების უფლების მიმართ დამოკიდებულებები; 3. მანიფესტაციისა და დასაქმების უფლებების მიმართ დამოკიდებულება.

პროცედურა

კითხვარი აგებული იყო Google Forms- პლატფორმაზე. მისი პილოტირება ხუთ რესპონდენტთან ჩავატარეთ. ამის შემდეგ გასწორდა ტექნიკური დეტალები და გაიმართა ზოგიერთი დებულება.

პილოტირების შემდეგ, მონაწილეებს კითხვარი დაეგზავნათ მეილები-სა და სხვა ინტერნეტ აპლიკაციების საშუალებით. ინსტრუმენტის გავრცელება და შევსება ვთხოვეთ როგორც ორგანიზაციებს, ასევე ინდივიდუალურად, სპეციალისტებს, რომლებიც თავის მხრივ გვეხმარებოდნენ კითხვარის გავრცელებაში.

კითხვარის შევსებამდე მონაწილეები ეცნობოდნენ ინფორმირებულ თანხმობას, სადაც აღწერილი იყო კვლევის ამოცანები, კვლევაში მონაწილეობის პოტენციური სარგებელი, კონფიდენციალურობის საზღვრები. ჩვენი თვალსაზრისით, კვლევაში მონაწილეობას პოტენციური რისკები არ ჰქონია. მონაწილეებს შეეძლოთ, შეკითხვების შემთხვევაში

დაკავშირებოდნენ მკვლევრებს მეილის ან ტელეფონის საშუალებით. რამდენადაც ინსტრუმენტი მოცულობითია, მონაწილეებს გადაეცემოდათ მცირე ფულადი ნამახალისებელი „ჯილდო“. მათ შეეძლოთ ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, შესაბამის საფოსტო მისამართზე გამოეგზავნათ ანგარიშის ნომერი ამ სიმბოლური თანხის მისაღებად.

მონაცემთა ანალიზი

მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკური პროგრამის SPSS IBM-ს მეშვეობით კვლევის ავტორების მიერ.

3.3 თვისუბრივი კვლევის მეთოდი

კვლევის თვისებრივი ნაწილის მიზანია შეისწავლოს ქვიარ ადამიანების გამოცდილებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში. კერძოდ, რა დამოკიდებულებებს შეხვედრიან ისინი აღნიშნულ სერვისებში, რამდენად ხელმისაწვდომია მათთვის კონსულტაციები სპეციალისტებთან, რამდენად ღიად შეუძლიათ მიიღონ სერვისი საკუთარი გენდერული იდენტობისა და სექსუალური ორიენტაციის დამალვის გარეშე და სხვა. ასევე გვაინტერესებდა, რამდენად აქვთ მონაწილეებს კონვერსიული თერაპიის გამოცდილება და როგორ გაუმკლავდნენ მას.

შესაბამისად, გამოვყავით სამი ძირითადი კითხვა, რომელზე პასუხის გაცემასაც კვლევის პროცესში შევეცადეთ:

- რა გამოცდილებები აქვთ ქვიარ ადამიანებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიღებისას?
- როგორ მიდგომებს შეხვედრიან ლგბტქი საკითხების ირგვლივ?
- ლგბტქი კლიენტების აზრით, როგორია კარგი პრაქტიკა, რომელიც მათ კეთილდღეობას ხელს შეუწყობდა?

შერჩევა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში ლგბტქი ადამიანების გამოცდილებების შესასწავლად ჩავატარეთ სიღრმისეული ინტერვიუები. სულ ჩატარდა ათი ინტერვიუ, მონაწილეები შეირჩნენ მიზნობრივი შერჩევის პრინციპით, ორი მონაწილე შეირჩა თოვლის გუნდის პრინციპით. მონაწილეები არიან ლგბტქი თემის წევრები და მათი მშობლები. მონაწილეთა შესახებ ინფორმაცია და მათ ინტერვიუებში გამოკვეთილი მნიშვნელოვანი თემები მოცემულია ცხრილი N4-ის სახით. რესპონდენტების სახელები შეცვლილია. ინტერვიუები ჩატარდა ონლაინ და პირისპირ, საშუალო ხანგრძლივობა იყო 50-90 წუთი. ყველაზე ახალგაზრდა მონაწილე 19 წლის არის, ხოლო ყველაზე ხნოერი – 46 წლის.

ანალიზი

ინტერვიუების აუდიოჩანაწერების ტრანსკრიპცია გაკეთდა კვლევის ავტორების მიერ. ტრანსკრიპტები გაანალიზდა კომპიუტერული პროგრამის საშუალებით. კოდირება გაკეთდა დედუქციური და ინდუქციური ანალიზის მეთოდით – როგორც წინასწარ მომზადებული თემების მიხედვით, ასევე გამოიყო და კოდები მიენიჭა თემებს, რომლებიც რესპონდენტების მიერ იყო წამოწეული. კოდირების პროცესი განმეორებადი იყო, შესაბამისად ანალიზისას ვცვლიდით, ვაერთიანებდით და თემატურად ვაჯგუფებდით მინიჭებულ კოდებს. მიღებული, სინთეზირებული შედეგები ავტორების ინტერპრეტაციასთან ერთად წარმოდგენილია კვლევის შედეგების ნაწილში.

სხრილი N4

თვისებრივი კვლევის შერჩევა (რესპონდენტთა სახელები შეცვლილია).

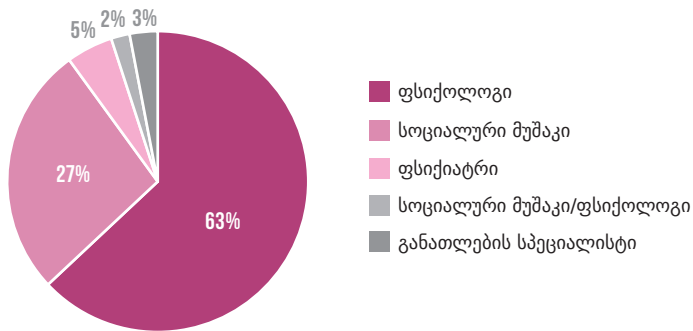
რესპონდენტი	იღებუბა	ასაკი	ინტერვიუს თარიღი	მნიშვნელოვანი თემები
1. დათო	ტრანსგენდერი, კვებროსესუალი კაცი	27	17/02/2022	იძულებითი პორნოგრაფიული თერაპია; სათემო სერვისები; თანახმობა მხარდაჭერა.
2. ნია	ბისესუალი, სისგენდერი ქალი	23	13/01/2022	ქვიარ ბრმა მიდგომების გამოცდილება, სესესუალობის პათოლოგიები, ბისესუალობის აუღიარებლობა სპეციალისტების მხრიდან;
3. ანტონი	ტრანსგენდერი, კვებროსესუალი კაცი	42	12/02/2022	მისკენდერინგი სექსუალობის მხრიდან; სათემო სერვისები და თანახმობა მხარდაჭერა; უხლოდლობა სპეციალისტების მიმართ;
4. ქეთი	სისგენდერი, კვებროსესუალი ქალი (მშობელი)	46	14/02/2022	ღისკენდერინგი მთავრობის სპეციალისტებისგან; პათოლოგიები, მშობლის დადანაშაულება;
5. ია	სისგენდერი, კვებროსესუალი ქალი (მშობელი)	41	18/01/2022	ტრანსგენდერი, პორნოგრაფიული დარღვევის და სხვა მიზეზების ძიება ტრანსგენდერობის ასახსნელად, რეფერალების ნეგატიური გამოცდილება;
6. ილია	სისგენდერი, გვი კაცი	25	13/03/2022	კონვერსიული მიდგომები ოჯახისგან, სასულიერო პირებისგან; ფსიქიატრიული საავადმყოფოში დაწვევის მცდელობა;
7. ნათია	ტრანსგენდერი, კვებროსესუალი ქალი	35	06/03/2022	კონვერსიული თერაპიის გამოცდილება სექსუალობიდან და ფსიქოლოგიები;
8. ცისია	სისგენდერი, ქვიარი ქალი	19	29/01/2022	კონვერსიული თერაპიის გამოცდილება ფსიქოლოგიებთან, სასულიერო პირებთან;
9. ზურა	სისგენდერი, გვი კაცი	19	20/03/2022	თავის მოწვევების მიმართ ალიანსი ფსიქოლოგიებთან; კონვერსიული თერაპიის შეფარებითი მცდელობა; თანახმობა მხარდაჭერა;
10. თეკლა	სისგენდერი, ლესბოსელი ქალი	28	25/03/2022	არათიკური მოპყრობა სპეციალისტის მხრიდან;

4. რადიკალიზაციის კვლევის შედეგები – უსიძიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების გამოცდილება

შერჩევის დახასიათება

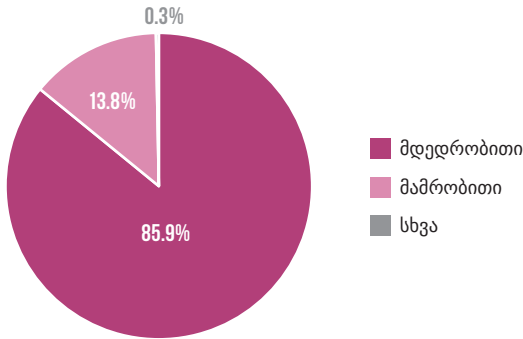
შერჩევის (N283) 63% ფსიქოლოგია, 27% სოციალური მუშაკი, 5% ფსიქიატრი. 3% თავს მიაკუთვნებს როგორც ფსიქოლოგის, ასევე სოციალური მუშაკის პროფესიებს, ხოლო 2% არის ინკლუზიური განათლების სპეციალისტი.

გრაფიკი N1
მონაწილეთა პროფესიები



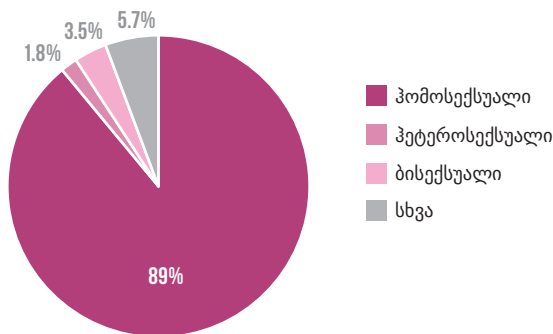
მონაწილეთა მინიმალური ასაკი 22 წელია, ხოლო მაქსიმალური 66. მონაწილეთა საშუალო ასაკი – 33.6 (SD=9). გამოკითხული სპეციალისტების 85.9% მდებარეობით სქესის არის, ხოლო 13.8% მამრობითი სქესის, ერთი რესპონდენტი არ აიდენტიფიცირებს თავს არც მამრობითად და არც მდედრობითად.

გრუპი N2
მონანიღეთა სქესი



მონანიღეთა 89% ჰეტეროსექსუალია, 5.7% ჰომოსექსუალი, 3.5% თავს მიაკუთვნებს სხვა სექსუალურ ორიენტაციას, 1.8% იდენტიფიცირდება ბისექსუალად.

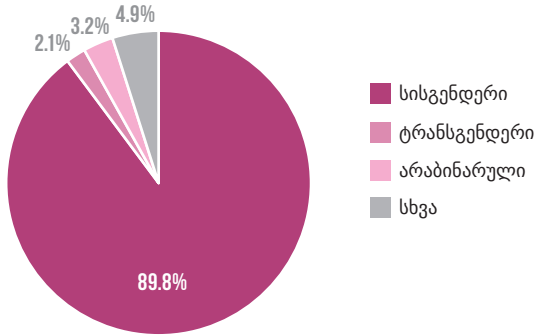
გრუპი N3
მონანიღეთა სექსუალური ორიენტაცია



მონანიღეთა 89.8% სისგენდერია, 4.9% სხვა გენდერულ კატეგორიას მიაკუთვნებს თავს, 3.2% არაბინარულია, ხოლო 2,1% თავს აიდენტიფიცირებს ტრანსგენდერად.

პრაქტიკა N4

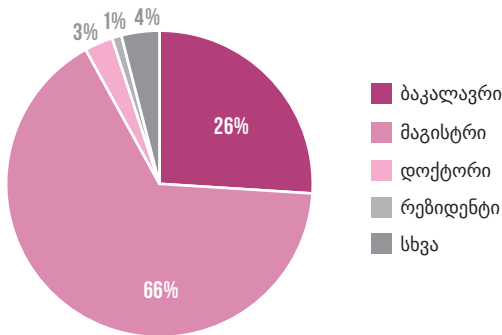
მონაწილეთა გენდერული იდენტობა



მონაწილეთა 66% ფლობს მაგისტრის ხარისხს, 26% ბაკალავრის ხარისხს, დარჩენილი პროცენტები ნაწილდება დოქტორის/დოქტორანტის ან მაგისტრანტის სტატუსზე.

პრაქტიკა N5

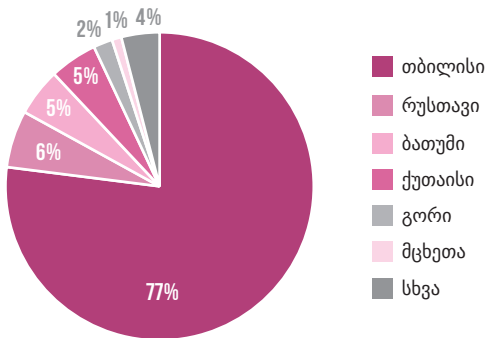
მონაწილეთა განათლების ხარისხი



პროფესიით მუშაობის მინიმალური გამოცდილება 1 წელია (9.5%), მაქსიმალური სტაჟი 40 წელი (2,1%), დასაქმების საშუალო ხანგრძლივობა კი 8 წელს შეადგენს (SD 7.2). მონაწილეთა უმრავლესობა დასაქმებულია ერთზე მეტ სამსახურში. 64% დასაქმებულია დედაქალაქში, 30% საქართველოს

სხვა ქალაქებში, 6% ემსახურება რაიონებსა და სოფლებს. რაც ეხება მონანილეთა საცხოვრებელ არეალს, 77% ცხოვრობს თბილისში, 6% რუსთავში, 5-5% ქუთაისსა და ბათუმში. გრაფიკზე აღნიშნული კატეგორია „სხვა“ მოიცავს ქალაქებს: ბორჯომი, თელავი, ამბროლაური, ახალციხე, გარდაბანი, ზუგდიდი, კასპი, ჩხოროწყუ.

პრაუიქი N6
მონანილეთა გეოგრაფიული განანილება



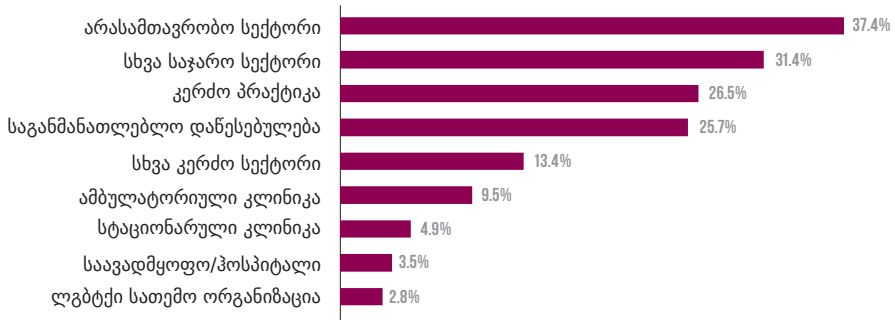
უკლებლივ ყველა რესპონდენტი აწვდის ინდივიდუალური კონსულტირების სერვისს. დამატებით, მონანილეთა 36% აწვდის ჯგუფური კონსულტირების/თერაპიის სერვისს, ხოლო 23% ოჯახურ და წყვილების თერაპიას ატარებს.

მონანილეთა უმრავლესობა დასაქმებულია არასამთავრობო სექტორში (37,4%), რასაც რაოდენობით მოსდევს სხვა საჯარო სექტორი (გარდა საგანმანათლებლო დაწესებულებებისა) (31,4%), მესამე ადგილზეა კერძო პრაქტიკით დასაქმებულთა რაოდენობა (26,5%), შემდგომ კი საგანმანათლებლო დაწესებულებებში დასაქმებულები (25,7%). ცალკე კატეგორიად გამოვყავით ლგბტქი სათემო ორგანიზაციებში დასაქმებული სპეციალისტები, რადგან ვვარაუდობთ, რომ მათი პროფილები შესაძლოა განსხვავებული იყოს კვლევის დარჩენილ მონანილეთა პროფილებისგან. ლგბტქი სათემო სერვისებში დასაქმებულთა რაოდენობა მონანილეთა 2,8%-ს შეადგენს.

პრაქტიკა N7

მონაწილეთა დასაქმება

დასაქმების ადგილი (%)



დემოგრაფიული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობა (65%) ფსიქოლოგია, ასევე უმრავლესობას წარმოადგენენ თბილისში მცხოვრები სპეციალისტები (77%), ასაკით, საშუალოდ, 33 წლის, ჰეტეროსექსუალი, სისგენდერი ქალები, მაგისტრის ხარისხით, საშუალოდ 8-წლიანი სამუშაო გამოცდილებით. კვლევაში მონაწილე ყველა სპეციალისტი აწვდის ინდივიდუალური კონსულტირების სერვისს, უმრავლესობა მათგანი დასაქმებულია არასამთავრობო სექტორში (37%) და დამატებით, აწარმოებს კერძო პრაქტიკას ან აქვს სხვა სექტორში კიდევ ერთი სამსახური. კვლევის შედეგები სწორედ ასეთი ტიპის პოპულაციაზე შეგვიძლია გავავრცელოთ.

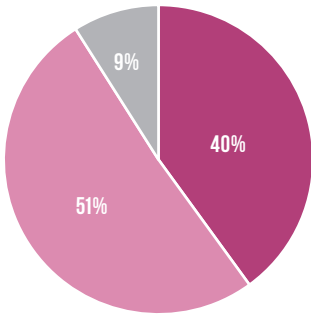
4.1 პროფესიული გადამზადება და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა

კითხვარის შემდგომი ბლოკი მოიცავდა შეკითხვებს სპეციალისტთა გადამზადების შესახებ. გვინტერესებდა, გავლილი აქვთ თუ არა რესპონდენტებს რაიმე სახის მომზადება ლგბტქი კონსულტირებაში, თუ იღებენ ინფორმაციას ამ თემის ირგვლივ, რა წყაროებიდან იღებენ ამ ინფორმაციას და რომელ წყაროებს მიიჩნევენ სანდოდ.

კითხვაზე, ხელმისაწვდომია თუ არა თქვენთვის ინფორმაცია ლგბტქი საკითხების შესახებ, მონაწილეთა 51% პასუხობს, რომ ხელი მიუწვდება სამეცნიერო ცოდნაზე, კვლევებსა და სტატიებზე და იცის, სად მოიძიოს

ისინი. მონანილეთა 40%-ს კი უფრო მეტად ხელი მიუნვდება არასამეცნიერო ინფორმაციაზე. რესპონდენტთა 9% მიუთითებს, რომ მისთვის არ არის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია ლგბტქი საკითხებზე.

პრაუიქი N8
ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ლგბტქი საკითხებზე



რამდენად ხელმისაწვდომია თქვენთვის ინფორმაცია ლგბტქი საკითხების შესახებ? (N283)

- ხელი მიმინვდება უფრო მეტად არასამეცნიერო ინფორმაციაზე, როგორც არის მულტიმედია პროექტები, სატელევიზიო გადაცემები და სხვა;
- ხელი მიმინვდება სამეცნიერო ცოდნაზე/კვლევებსა და სტატიებზე, ვიცი სად მოვიძიო ისინი;
- ჩემთვის არ არის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია ლგბტქი საკითხების შესახებ.

მონანილეებმა დამატებით კომენტარებში მიუთითეს, რომ ინფორმაცია, შესაძლოა, ხელმისაწვდომია, მაგრამ პროფესიული თვალსაზრისით შესაფერისი ინფორმაციის მოპოვება შედარებით რთულია. დამოუკიდებლად, ინტერნეტით მოძიებული ინფორმაცია არ არის საკმარისი იმისთვის, რომ ეთიკური პრაქტიკა აწარმოონ. ზოგიერთმა მონანილემ კი დააფიქსირა აზრი, რომ არ დასჭირვებია თავისი პრაქტიკის მანძილზე ამ საკითხებზე ინფორმაციის მოძიება.

„ინტერნეტის საშუალებით მოძიებული მასალა არ არის საკმარისი იმისთვის, რომ თავდაჯერებული ვიყო ჩემს ქმედებებში და არ მქონდეს შფოთვა“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„ვეთელი, რომ რელევანტური ინფორმაცია ნაკლებად ხელმისაწვდომია“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„ვინაიდან არ მოუმართავს მსგავსი საჭიროებით კლიენტს, არ მომიძიებია ინფორმაცია“ (ფსიქოლოგი, გორიდან).

შემდეგი ორი დებულება პროფესიული მხარდაჭერის ხელმისაწვდომობასა და თავდაჯერებას ეხება. დებულებები შეფასდა ლიკერტის 5-საფეხურიან სკალაზე. ორივე შემთხვევაში საშუალო მაჩვენებელი ნეიტრალურ პოზიციასთან არის ახლოს. რესპონდენტები უფრო მეტად ეთანხმებიან დებულებას, რომ ჰყავთ ლგბტქი საკითხებში კომპეტენტური კოლეგა, რომლისგანაც მხარდაჭერას მიიღებენ თუ დასჭირდებათ. პასუხები ნეიტრალურისკენ იხრება მეორე დებულების შემთხვევაში, სადაც რესპონდენტები საკუთარ ცოდნას აფასებენ. ეს მაჩვენებელი მონაწილეებში მიუთითებს დაურწმუნებლობაზე იმის შესახებ, ერკვევიან თუ არა ლგბტქი კლიენტების კონსულტირების თავისებურებებში.

პრაქტიკა N9
პროფესიული მხარდაჭერა

დებულება	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა	მინიმალური/ მაქსიმალური
1. თუ დამჭირდება დახმარება ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობის დროს, მყავს ამ საკითხებში კომპეტენტური კოლეგები, რომლებიც სუპერვიზიისა და კონსულტაციის სახით, საჭირო დახმარებას გამიწვევენ.	3.7	1.2	1 - სრულიად არ ვეთანხმები; 5 - სრულიად ვეთანხმები
2. ჩემი განათლების საფუძველზე, საკმარისი ცოდნა მაქვს ლგბტქი კლიენტებთან სამუშაოდ.	3.1	1.1	1 - სრულიად არ ვეთანხმები; 5 - სრულიად ვეთანხმები

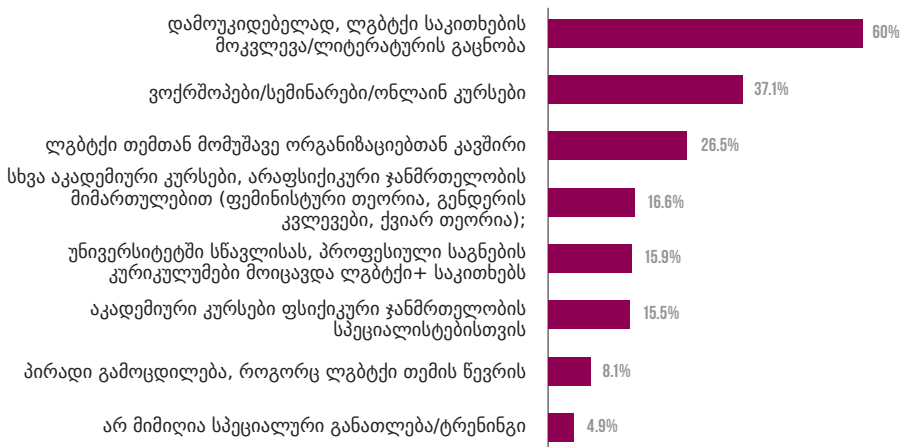
შეკითხვაზე, მიუღიათ თუ არა სპეციალური განათლება ან ტრენინგი ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობისას, მონაწილეთა მხოლოდ 4,9%-მა გვიპასუხა, რომ მსგავსი ტიპის განათლება არ მიუღია. მონაწილეთა 60% პასუხობს, რომ დამოუკიდებლად, საკუთარი სურვილით მიუღია განათლება ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობის სპეციფიკის შესახებ. მეორე და მესამე ადგილებზე, განათლების/ტრენინგის მიღების წყაროდ სახელდება ონლაინ კურსები/სემინარები (37,1%) და სათემო ორგანიზაციები (26,5%). რაც ეხება აკადემიურ კურსებს და საუნივერსიტეტო მომზადებას, მონაწილეთა საშუალოდ 15% მიუთითებს ასეთი ტიპის ცოდნის მიღებაზე. ეს მონაცემი გვიჩვენებს, რომ კვლევის შერჩევის დიდი ნაწილი, ან თავისთავადაა

დაინტერესებული ლგბტქი საკითხებით, ან დასჭირვებია შესაბამისი მომზადება თავის პრაქტიკაში და ამიტომ დამოუკიდებლად უცდია ცოდნის მიღება ამ სფეროში.

პრაქტიკა N10

ლგბტქი განათლება

მიგიღიათ სპეციალური განათლება/ტრენინგი კლიენტებთან მუშაობის შესახებ? (%)

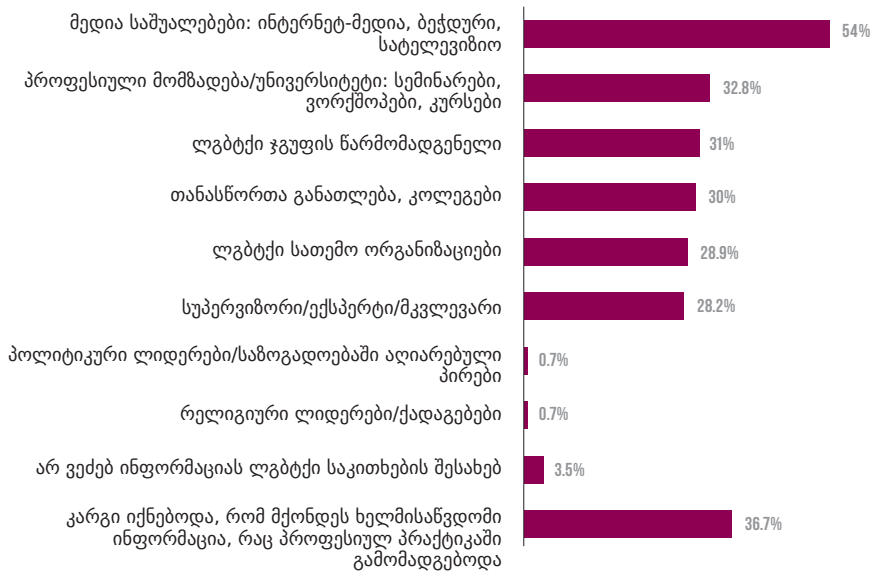


მონაწილეებმა ასევე დაასახელეს წყაროები, საიდანაც ყველაზე ხშირად იღებენ ინფორმაციას ზოგადად ლგბტქი საკითხების ირგვლივ. ყველაზე ხშირად დასახელდა მედია საშუალებები, მათ შორის, ინტერნეტ-მედია, ბეჭდური და სატელევიზიო (54%). თითქმის თანაბარი სიხშირით დასახელდა წყაროები, როგორებიც არის ლგბტქი სათემო ორგანიზაცია, ლგბტქი თემის წევრი, სუპერვიზორი/ექსპერტი/მკვლევარი, თანასწორთა განათლება/კოლეგები. ამ ოთხ კატეგორიას მცირედით უსწრებს პროფესიული კურსები და სემინარები (32,8%). ყველაზე იშვიათად, ინფორმაციის წყაროებად დასახელდნენ პოლიტიკური ლიდერი/საზოგადოებრივი მოღვაწე და სასულიერო პირები. მონაწილეთა 3.5% აღნიშნავს, რომ არ ეძებს ინფორმაციას ლგბტქი საკითხების შესახებ, ხოლო 36,7% მიუთითებს, რომ კარგი იქნებოდა, ჰქონოდა ხელმისაწვდომი ინფორმაცია ლგბტქი საკითხებზე, რაც მას პროფესიულ პრაქტიკაში დაეხმარებოდა.

პრაზიკი N11

ინფორმაციის წყაროები

ყველაზე ხშირად, რომელი წყაროებიდან იღებთ ინფორმაციას ლგბტქი საკითხების შესახებ? (%)



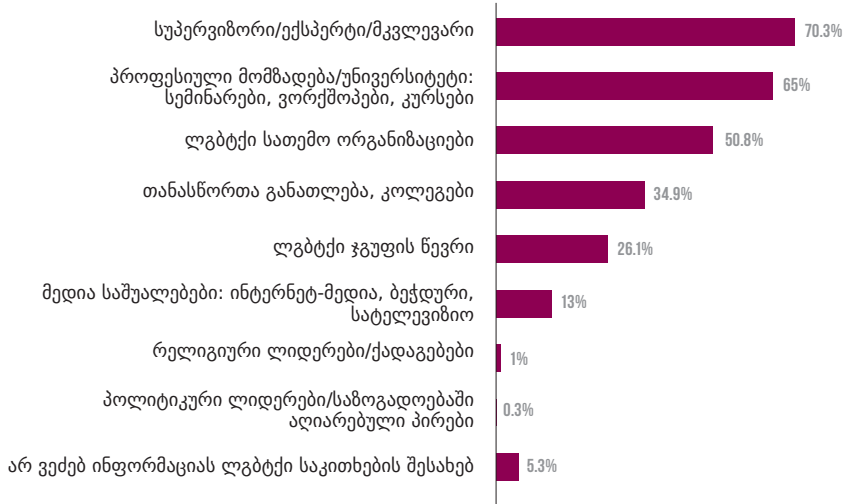
მონაწილეებმა მონიშნეს სამი წყარო, რომლებსაც ყველაზე სანდოდ მიიჩნევენ ლგბტქი საკითხებზე ინფორმაციის მისაღებად. პირველ სამ ადგილზე დასახელდა: 1. სუპერვიზორი/ექსპერტი/მკვლევარი; 2. პროფესიული წყაროები (უნივერსიტეტი, პროფესიული კურსები) და 3. ლგბტქი სათემო ორგანიზაცია.

ყველაზე იშვიათად სანდო წყაროებში დასახელდნენ სასულიერო პირები და პოლიტიკური ლიდერები. ასევე დაბალი სანდოობით დახასიათდა მედია საშუალებებიც, რომლებიც მონაწილეებისთვის ინფორმაციის მიღების ყველაზე ხშირად გამოყენებად წყაროს წარმოადგენს ზემოთ მოცემული გრაფიკის მიხედვით. შესაბამისად, გამოიკვეთა განსვლა მონაცემებს შორის. კერძოდ, აღმოჩნდა, რომ რესპონდენტები ყველაზე ხშირად ინფორმაციას იღებენ ისეთი წყაროდან, რომელსაც ნაკლებად ენდობიან.

პროჟიქი N12

ინფორმაციის წყაროების სანდოობა

რომელ წყაროებს მიიჩნევთ სანდოდ ლგბტქი საკითხებში ინფორმაციის მონოდების თვალსაზრისით? (%)



საბოლოოდ, აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობას (60%-ზე მეტს) გავლილი აქვს სხვადასხვა ტიპის კურსები/სემინარები ლგბტქი საკითხების ირგვლივ. თუმცა, მათ უჭირთ პასუხის გაცემა, აქვთ თუ არა საკმარისი განათლება ლგბტქი კლიენტებთან სამუშაოდ, რაც გვაფიქრებინებს იმას, რომ გავლილი კურსები შესაძლოა იყოს უსისტემო და ბაზისური, რომელიც ტერმინოლოგიის განმარტებით და ზოგადი ინფორმაციის მიწოდებით შემოიფარგლება. ცხადია, ამგვარი მომზადება ვერ უპასუხებს ლგბტქი კლიენტების კონსულტირებისთვის საჭირო ცოდნას.

მონაწილეთა 60% აღნიშნავს, რომ დამოუკიდებლად, საკუთარი სურვილისა და რესურსის მიხედვით იძიებს პროფესიულ ინფორმაციას ლგბტქი თემატიკაზე. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ კვლევის მონაწილეები უმეტესად ლგბტქი საკითხებით დაინტერესებულები არიან, შესაძლოა ეს იყოს კითხვარის შევსების მოტივაციაც.

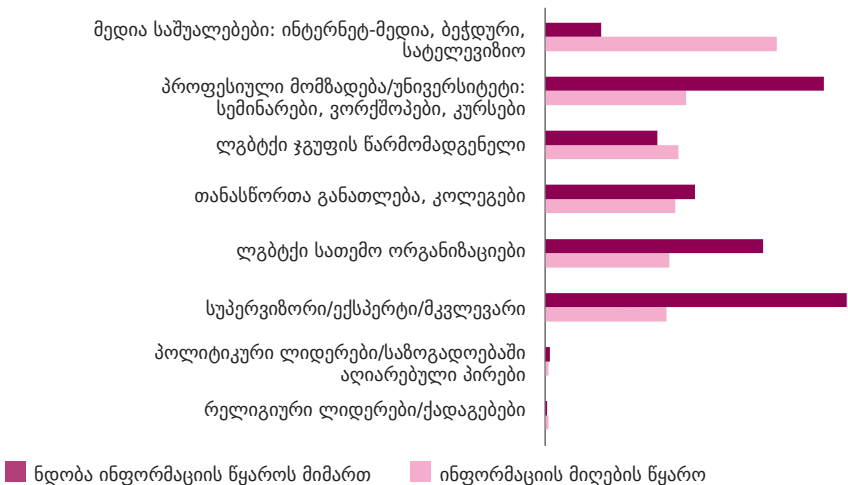
ინფორმაციის მიღების წყაროდ ყველაზე ხშირად სახელდება მედია საშუალებები, მათ შორის ინტერნეტ-მედია; სანდოობის მიხედვით კი ეს წყარო

ბოლოდან მესამე ადგილს იკავებს, მას მხოლოდ პოლიტიკური და რელიგიური ლიდერები მოყვება.

- ყველაზე სანდოდ აღიარებული წყაროდან (სუპერვიზორი, ექსპერტი, მკვლევარი), მონაწილეთა მხოლოდ 28% ახერხებს ინფორმაციის მიღებას.
- შესაძლოა პროფესიული თავდაუჯერებლობის ერთ-ერთი ასხნა იყოს ეს ფაქტორი, რომ ინფორმაცია, რომელსაც სპეციალისტები ყველაზე ხშირად იღებენ, არ ეჩვენებათ სანდოდ (მედიიდან), ხოლო სანდო წყაროსგან (ექსპერტი/მკვლევარი) ინფორმაცია ნაკლებად ხელმისაწვდომია მათთვის.
- ანალოგიურად, მონაწილეები სანდოდ მიიჩნევენ პროფესიული განათლების წყაროებს (კურსები, სემინარები, ვორქშოპები), მაგრამ დიდი ნაწილი ვერ იღებს აღნიშნული წყაროდან ინფორმაციას (პროცენტული შედარება იხილეთ გრაფიკზე N14).
- მოცემულ შერჩევაში ყველაზე იშვიათად (0,3% – 1%) ინფორმაციის მიღების წყაროდ დასახელდნენ რელიგიური და პოლიტიკური ლიდერები, ასევე განსაკუთრებით დაბალი სანდოობით სწორედ ისინი სარგებლობენ.

პრაქტიკა N13
ინფორმაციის წყაროების გამოყენების სიხშირისა და მათი სანდოობის შედარება

ღებტი საკითხების შესახებ ინფორმაციის მიღების წყაროები და სანდოობა



4.2 კოპეჯენსიის უჯასკა

კვლევის ერთ-ერთ ამოცანას წარმოადგენდა, შეგვეფასებინა მონაწილეთა ცოდნა ლგბტქი საკითხების შესახებ. კომპეტენციის სკალა მოიცავდა შემდეგ საკითხებს: ტერმინების განმარტება, სტიგმისა და დისკრიმინაციის გავლენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, სექსუალური ორიენტაციის დეპათოლოგიზაცია; ტრანსგენდერული იდენტობის თავისებურებები, ტრანზიციის პროცესი, კონვერსიული და აფირმაციული თერაპიები, ინტერსექციური ჩაგვრის გამოცდილება და სხვა. რამდენადაც, ჩვენი მიზანი არ იყო მონაწილეების „გამოცდა“, შევეჯერდით პასუხების ასეთ ვარიანტზე: 1. ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან, 2. გამიგია სხვებისგან (არაპროფესიული წრეებიდან) 3. ამის შესახებ არ მისწავლია/არ გამიგია.

პასუხების ამ ვარიანტის გამო გაჩნდა სხვა სახის სირთულეები, მაგალითად კითხვარის შევსების შემდეგ მონაწილეები გვიბრუნებდნენ უკუკავშირს, რომ გაუჭირდათ ცოდნის წყაროს იდენტიფიცირება, რაც, შესაძლოა, მიუთითებდეს კვლავაც იმაზე, რომ ეს ცოდნა არ არის მყარი და სისტემატიზებული, არამედ ქაოტურად, სხვადასხვა წყაროებიდან მიღებულია. რამდენადაც პასუხის არჩევანი „არ მისწავლია/არ გამიგია“ ერთგვარად არცოდნის აღიარებას ნიშნავს, სპეციალისტებს, ასევე, შესაძლებელია, ეუხერხულებოდათ მისი მონიშვნა. შედეგად, არჩეული პასუხების სიმრავლით თუ ვიმსჯელებთ, 37 დებულებიდან 29 დებულებას მონაწილეთა უმრავლესობამ უპასუხა, რომ ამის შესახებ ისწავლა პროფესიული მომზადებიდან. ეს მონაცემი, ერთის მხრივ, თანხმობაში მოდის შერჩევის თავისებურებასთან, რამდენადაც მონაწილეთა დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ დამოუკიდებლად იძიებს პროფესიულ ინფორმაციას ლგბტქი საკითხების ირგვლივ. თუმცა, ამ 29 დებულებიდან ნაწილის შემთხვევაში, პასუხებს „ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან“ და „გამიგია სხვებისგან“ თითქმის თანაბარი მაჩვენებელი აქვთ. ეს დებულებები ცალკე გამოვსახეთ გრაფიკზე N15. ხოლო, გრაფიკზე N14 წარმოდგენილია დებულებები, რომლებზე პასუხებიც („ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან“) რაოდენობრივად მნიშვნელოვნად აღემატება პასუხების დარჩენილ ორ ვარიანტს („გამიგია სხვებისგან“; „არ გამიგია/ არ მისწავლია“).

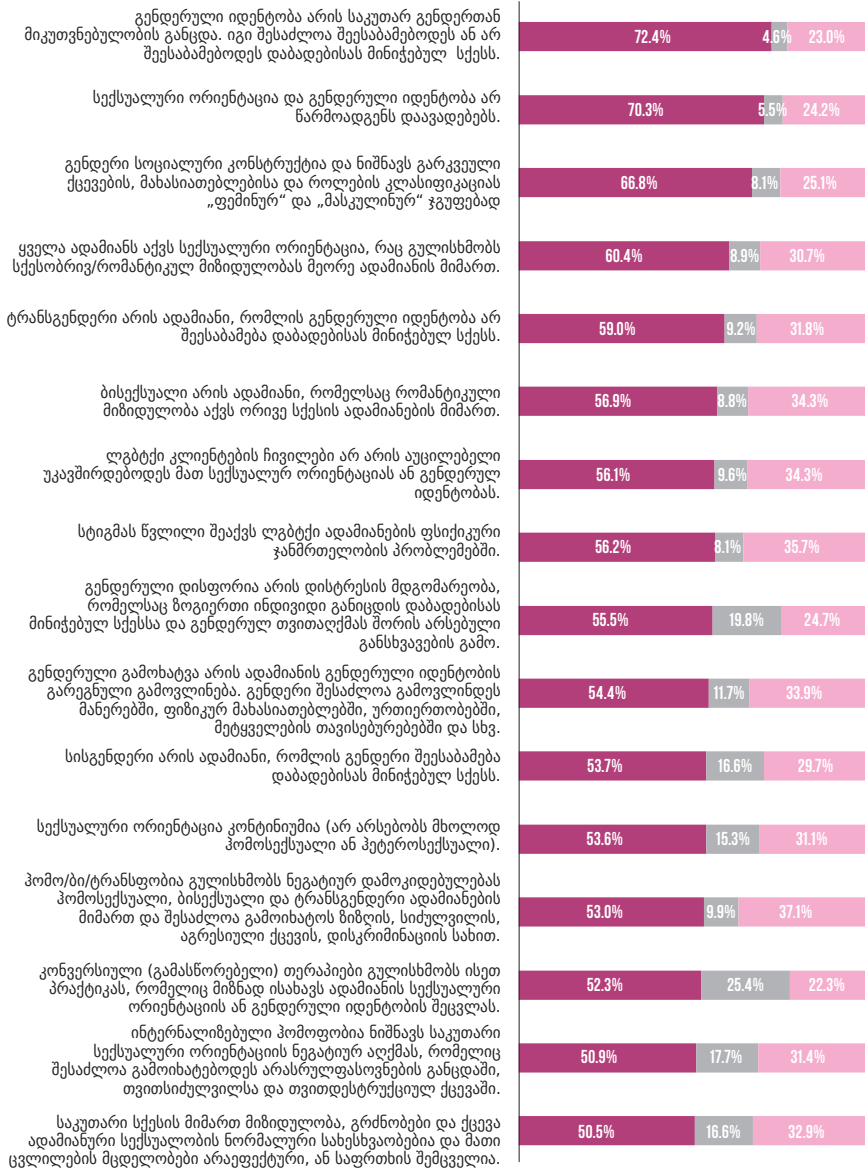
ამგვარად, კომპეტენციის სკალის ანალიზისას ოთხი ძირითადი ტენდენცია გამოიკვეთა:

1. ინფორმაციის დიდი ნაწილი რესპონდენტებმა ისწავლეს პროფესიული მომზადებიდან (27 დებულებაზე პირველ ადგილზეა პასუხი „ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან“); შინაარსობრივად, ეს არის ძირითადი ტერმინების განმარტება, მაგალითად რა არის გენდერი, სექსუალური ორიენტაცია, სხვადასხვა სექსუალობა და ა.შ. (იხ. გრაფიკი N14);
2. ზემოთ აღნიშნული 27 დებულებიდან დაახლოებით 10 დებულებაზე (იხ. გრაფიკი N15) პასუხები „ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან“ და „გამიგია სხვებისგან“ თითქმის თანაბრად შეფასდა. ამ დებულებებში აღწერილია ტერმინები, როგორებიცაა არაბინარული, ინტერსექსი, ტრანზიცია; ასევე ინფორმაცია უმცირესობის სტრესის შესახებ, ინტერსექციური ჩაგვრის გავლენა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, კონვერსიული თერაპიის ზიანი; აქ შემავალი დებულებების უმეტესობა უშუალოდ პროფესიულ ცოდნას ასახავს, მაგალითად, როგორიცაა შფოთვისა და დეპრესიის გავრცელება ლგბტკი თემში. საინტერესოა, რომ სწორედ ეს ინფორმაცია, რომელიც უფრო ნიუანსურია და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას უკავშირდება, მონაწილეებს ნაკლებად აქვთ შესწავლილი პროფესიული მომზადებიდან;
3. გამოიკვეთა დებულებები სადაც ჭარბობს პასუხი „გამიგია სხვებისგან“ (იხ. გრაფიკი N16). აქ შედის დებულებები არჩეული ოჯახის მნიშვნელობის შესახებ, დისკრიმინაციის მავნე ზეგავლენა აკადემიურ მოსწრებაზე, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე. ეს ინფორმაცია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მათთვის, ვინც ბავშვებთან და მოზარდებთან მუშაობს. როგორც ჩანს, აღნიშნულის შესახებ, მონაწილეთა უმრავლესობას არაფორმალური წყაროებიდან სმენია და არა პროფესიული მომზადებიდან;
4. ბოლოს, აღსანიშნავია, რომ მხოლოდ ორ დებულებაზე ჭარბობს პასუხი „არ მისწავლია/არ გამიგია“. ორივე დებულება ბისექსუალების გამოცდილებებს აღწერს (იხ. გრაფიკი N17). შესაძლოა, დაუშვავთ, რომ ამ პასუხის არჩევა არასასურველი იყო გამოკითხული სპეციალისტებისთვის. ვვარაუდობთ, ამ პასუხის ნაცვლად მონაწილეები ირჩევდნენ პასუხს „გამიგია სხვებისგან (არაფორმალური წყაროებიდან)“ რადგან ეს ვარიანტი ნაკლებ კონკრეტიკას ითხოვს და, შესაბამისად, ნაკლებ პასუხისმგებლობას აკისრებს რესპონდენტს.

ბრუიქი N14

კომპეტენციის სკალა

კომპეტენციის შეფასება „ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან“ (%)

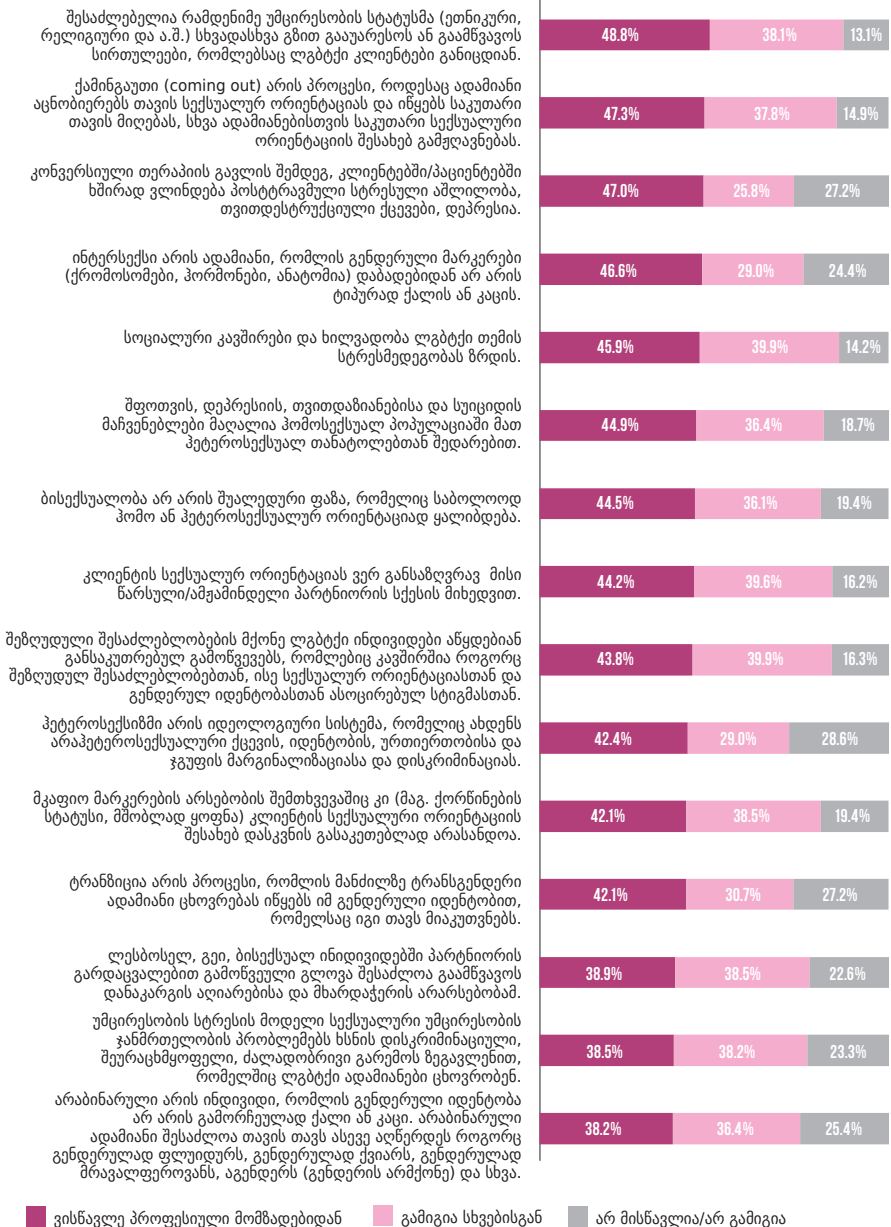


ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან
 არ მისწავლია/არ გამიგია
 გამიგია სხვებისგან (არაპროფესიული წრეებიდან)

პრაუიტი N15

კომპეტენციის სკალა

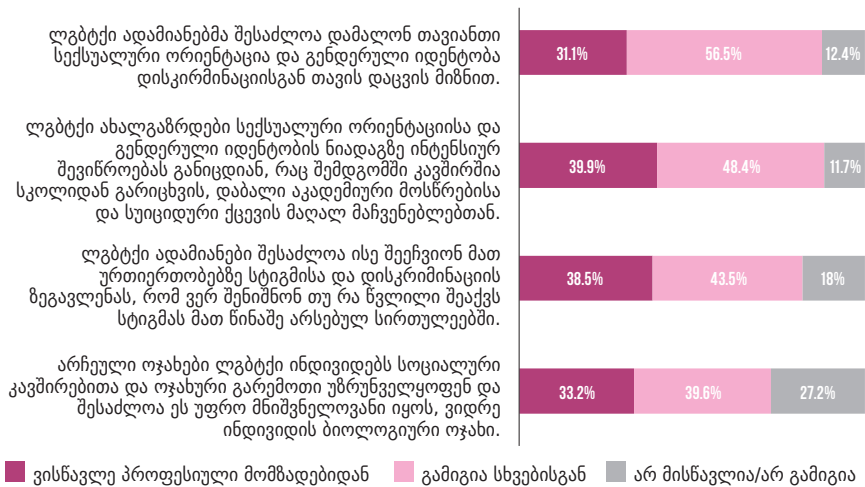
კომპეტენციის შეფასება „ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან“ (%)



პროცენტული განაწილების მიხედვით, გამოიყო ოთხი დებულება, სადაც ლიდერობს პასუხის არჩევანი „გამიგია სხვებისგან“. ეს დებულებები ასახავს არჩეული ოჯახის განმარტებას, სტიგმისა და დისკრიმინაციის გავლენას ლგბტკი ახალგაზრდებზე და აკადემიურ მოსწრებაზე, ასევე ინტიმურ ურთიერთობებზე (იხ. გრაფიკი N14).

პრაუიქი N16
კომპეტენციის სკალა

კომპეტენციის სკალა „გამიგია სხვებისგან“ (%)

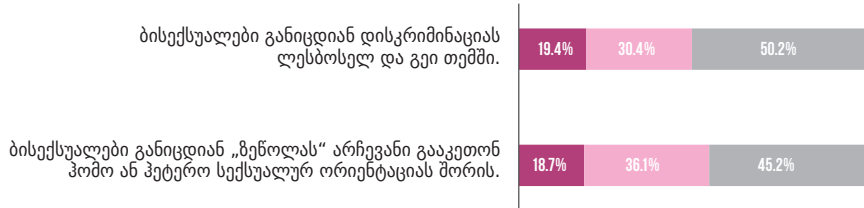


გამოიყო ორი დებულება, რომლის შესახებაც მონაწილეთა უმრავლესობას არ უსწავლია/არ გაუგია. საგულისხმოა, რომ შინაარსობრივად ორივე დებულება ბისექსუალების დისკრიმინაციას ასახავს (იხ. გრაფიკი N15).

პრაზიკი N17

კომპეტენციის სკალა

კომპეტენციის სკალა „არ მისწავლია/არ გამოგია“ (%)



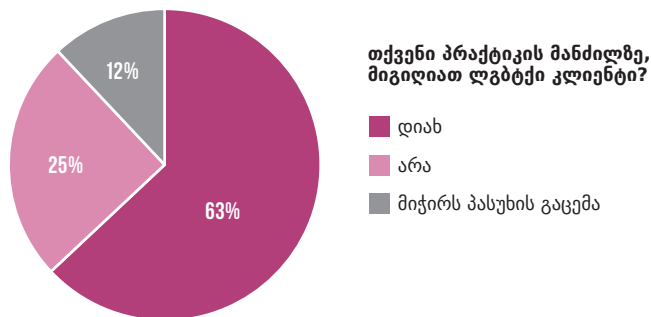
- ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან
- გამოგია სხვებისგან (არაპროფესიული წრეებიდან)
- არსად მისწავლია/არ გამოგია

4.3 ლგბტქი თემთან უწყობის გამოცდილება

რესპონდენტთა 63% აცხადებს, რომ თავისი პრაქტიკის მანძილზე მიუღია ლგბტქი კლიენტი, 25%-ს არასდროს მიუღია ლგბტქი კლიენტი, 12%-ს კი გაუჭირდა ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა.

პრაზიკი N18

ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობის გამოცდილება



თქვენი პრაქტიკის მანძილზე, მიგიღიათ ლგბტქი კლიენტი?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

მათ, ვისაც მიუღიათ ლგბტქი კლიენტები, ვკითხეთ, დაახლოებით რამდენ ლესბოსელ/ბისექსუალ ქალს, გეი/ბისექსუალ კაცს, ტრანსგენდერ კაცს, ტრანსგენდერ ქალს, არაბინარულ/აგენდერ და ინტერსექს კლიენტს/პაციენტს შეხვედრიან თავიანთი პრაქტიკის მანძილზე. ამ კითხვაზე პასუხების დიაპაზონი შემდეგნაირი იყო:

- 0;
- 1-20;
- 21-50;
- 51-70;
- 70+.

თითქმის ყველა კატეგორიაში (ლგბტ) დიაპაზონი „1-20-მდე“ მაღალია, სხვა დიაპაზონებთან შედარებით. აღმოჩნდა, რომ ყველაზე მეტი სპეციალისტი (49,1%) შეხვედრია 1-20 გეი/ბისექსუალ კაც კლიენტს, მონაწილეების 42,4%-ს მიუღია 1-20-მდე ლესბოსელი/ბისექსუალი ქალი კლიენტი, 15,3%-ს თავისი პრაქტიკის მანძილზე 1-20-მდე ტრანსგენდერი კაცი კლიენტი შეხვედრია, 12%-ს კი 1-20-მდე ტრანსგენდერი ქალი კლიენტი.

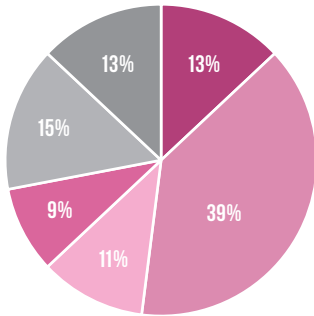
არაბინარული და ინტერსექსი კლიენტების კატეგორიაში პირველ ადგილზე პასუხების სიხშირის მიხედვით 0 დიაპაზონია, ანუ მონაწილეთა უდიდეს ნაწილს არასდროს მიუღია არაბინარული ან/და ინტერსექსი კლიენტი. არაბინარულ ადამიანებს მონაწილეთა 9,1% შეხვედრია (1-20), ხოლო გამოკითხულთა 6,7% აღნიშნავს, რომ მიუღია 1-20-მდე ინტერსექსი კლიენტი. ტრანსგენდერ, არაბინარულ და ინტერსექს კლიენტებთან მუშაობის გამოცდილება გაცილებით ნაკლებია ჩვენს შერჩევაში, ვიდრე ლგბტ ქალებთან და კაცებთან მუშაობის გამოცდილება.

სპეციალისტებს ვკითხეთ, თუ რა გზით განსაზღვრავენ, რომ მათი კლიენტი ან პაციენტი ლგბტქი თემის წარმომადგენელია. პასუხების ვარიანტებში იყო მოსაზრებაც, რომ მიუღებელია კლიენტისთვის შეკითხვის დასმა ამ თემაზე. შეთავაზებული პასუხების გარდა, კითხვარში დავტოვეთ დამატებითი ველი, სადაც რესპონდენტებს შეეძლოთ მოსაზრების ჩანერა. ციტატები განხილულია გრაფიკი N19-ის შემდეგ.

აღმოჩნდა, რომ მონაწილეთა 39% ინტერვიუს დროს იკვლევს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას და ამ გზით, ირიბად იღებს ინფორმაციას კლიენტის სექსუალური ორიენტაციის/გენდერული იდენტობის

შესახებ. მონაწილეთა 15% კი თავად კლიენტს ელოდება, გაამჟღავნებს თუ არა იგი საკუთარ სექსუალურ ორიენტაციას ან გენდერულ იდენტობას. თანაბრად ნაწილდება პასუხების რაოდენობა ორ ვარიანტს შორის (13%) – კლიენტი წინასწარი შეფასების კითხვარში ნიშნავს, მიეკუთვნება თუ არა ლგბტქი ჯგუფს და ამავე რაოდენობით სპეციალისტები მიუთითებენ, რომ მიუღებლად მიაჩნიათ შეკითხვის დასმა ამ საკითხის ირგვლივ. მონაწილეთა 11% პირდაპირ უსვამს კლიენტს/პაციენტს შეკითხვას სოგი-ს (სექსუალური ორიენტაცია და გენდერული იდენტობა) შესახებ, ხოლო 9% მიუთითებს, რომ კლიენტის „ქცევით და მანერებით“ ხვდება ლგბტქი ჯგუფის წარმომადგენელია თუ არა იგი. ეს დებულება ირიბად მიგვანიშნებს სტერეოტიპების გავრცელებაზეც ლგბტქი პირების მიმართ.

გრაფიკი N19
ლგბტქი კლიენტის შეფასების გზები



როგორ განსაზღვრავთ, რომ თქვენი კლიენტი ლგბტქი თემის წარმომადგენელია? (%)

- წინასწარი შეფასების კითხვარები მოიცავს შეკითხვებს სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ;
- ინტერვიუს დროს ვიკვლევ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ისტორიას და ირიბად ვიღებ ინფორმაციას ამის შესახებ;
- პირდაპირ ვეკითხები ჩემს კლიენტს მისი სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ და ასე ვხვდები;
- კლიენტის ქცევა/მანერები მიმანიშნებს მისი სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ და ასე ვხვდები;
- კლიენტი თავად ამიარებს თავისი სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ, თუ აქვს ამის სურვილი;
- მიუღებლად მიმჩნია შეკითხვის დასმა სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ.

თავისუფალ ველში, ამ შეკითხვაზე ზოგიერთმა მონაწილემ გვიპასუხა, რომ არასდროს დაუსვამს შეკითხვა კლიენტისთვის/პაციენტისთვის მისი სექსუალური ორიენტაციის შესახებ ან ამის საჭიროება არ დამდგარა. შეიძლება ითქვას, რომ ეს სპეციალისტები არ ინტერესდებიან კლიენტის/პაციენტის სექსუალური ორიენტაციითა ან/და გენდერული იდენტობით, და ასევე საინტერესოა, რა შემთხვევაში ფიქრობს სპეციალისტი, რომ საჭიროა კლიენტის სექსუალური/გენდერული იდენტობის ცოდნა და რა შემთხვევაში არ სჭირდება ამის ცოდნა. თუმცა, ეს საკითხი უკვე შემდგომი კვლევის საგნად შეიძლება იქცეს.

„ამის (კლიენტის სექსუალური ორიენტაცია/გენდერული იდენტობა) განსაზღვრა არ დამჭირებია ჯერჯერობით“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„სანამ თვითონ არ იტყვის საკუთარ სექსუალურ იდენტობას, მე არ ვეკითხები“ (ფსიქოთერაპევტი, თბილისიდან).

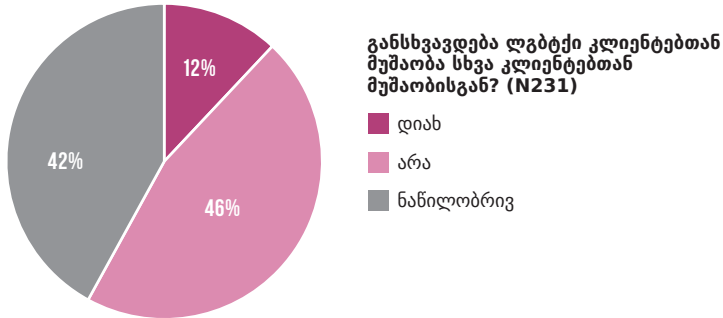
„სექსუალური ორიენტაციის და გენდერის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება არ უნდა ხდებოდეს კითხვების დასმით, საუბარში შეიძლება თვითონვე ისაუბროს ბენეფიციარმა მისი სურვილის შემთხვევაში“ (სოციალური მუშაკი, თბილისიდან).

თანამედროვე სახელმძღვანელო პრინციპები გვკარნახობს, რომ უმცირესობის სტატუსი შეიძლება კავშირში იყოს ბევრ სირთულესთან და ჩაგვრის მრავალ გამოცდილებასთან, შედეგად კი მავნე ზეგავლენას ახდენდეს ადამიანის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. განსაკუთრებით ისეთი უმცირესობის სტატუსი, რომელიც მარგინალიზებულია საზოგადოებაში და აშკარა აგრესიის ობიექტს წარმოადგენს. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტმა იცოდეს, მისი კლიენტი/პაციენტი/ბენეფიციარი მიეკუთვნება თუ არა რომელიმე უმცირესობის ჯგუფს.

შეკითხვაზე, განსხვავდება თუ არა ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობა სხვა კლიენტებთან მუშაობისგან, პასუხი გაგვცა 231-მა მონაწილემ. მათგან 46% მიუთითებს, რომ ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობის სპეციფიკა არ განსხვავდება სხვა კლიენტებთან მუშაობის თავისებურებებისგან, 42% ამბობს, რომ ნაწილობრივ განსხვავებულია, ხოლო 12% პასუხობს, რომ ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობა განსხვავებულია.

პრაქტიკა N20

ლგბტქი კლიენტთან მუშაობის სპეციფიკა



ღია შეკითხვაზე, „იყენებ განსხვავებულ ინტერვენციებს/კომუნიკაციის სტილს ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობისას? გთხოვთ, მიუთითოთ“. გვიპასუხა 65-მა რესპონდენტმა. აქედან 18 მონაწილე გადაჭრით აღნიშნავს, რომ ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობა არ განსხვავდება სხვა კლიენტებთან მუშაობის თავისებურებებისგან და, შესაბამისად, ისინი არ იყენებენ განსხვავებულ მიდგომებს.

„არ ვიყენებ რაიმე განსხვავებულ მიდგომებს, ყოველთვის ვცდილობ მიწოდებული დახმარება ადამიანის საჭიროებებზე იყოს მორგებული“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„არ განსხვავდება არც კომუნიკაციის სტილი და არც მიდგომები“ (კლინიკური ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„ვიყენებ ინტერვიუების ჩვეულ ტექნიკას, ძირითადი ფსიქიატრიული დიაგნოზის დასაზუსტებლად, ვინაიდან გენდერული იდენტობის თემა ჩემი ინტერვენციის ძირითადი სამიზნე არ არის, არამედ ზემოთ აღნიშნული პრობლემები“ (იგულისხმება პრობლემათა ჩამონათვალი, გრაფიკი N21 (ფსიაქტრი, თბ)).

„არავითარი განსხვავებული კომუნიკაციის სტილი არ არსებობს ლგბტქ კლიენტებთან მუშაობისას“ (ფსიქიატრი, თბილისიდან).

მონანილეების მეორე ჯგუფი გამოირჩევა მიზანმიმართული თავის არიდების სტრატეგიით სოგი-ს საკითხების მიმართ კონსულტირების პროცესში, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ კლიენტი თავად წამოჭრის ამ საკითხებს. ისინი პრაქტიკულად უარს ეუბნებიან კლიენტს ამ საკითხებზე მუშაობაზე. ამის მიზეზი სხვადასხვა რამ შეიძლება იყოს, მაგალითად კომპეტენციის ნაკლებობა, ჰომოფობიური განწყობები, უხერხულობის განცდა.

„ძირითადად თავად იწყებენ საუბარს ამის შესახებ და არ არის საჭირო აქცენტი ფსიქოკონსულტანტმა გააკეთოს აღნიშნულ საკითხებზე“ (კლინიკური ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„ვცდილობ ყურადღება არ გავამახვილო, მაშინაც კი, თუ კლიენტი იწყებს ამ თემაზე საუბარს“ (სპეციალური მასწავლებელი, თბილისიდან).

დარჩენილი მონანილეები აღნიშნავენ, რომ ლგბტკი კლიენტებთან კომუნიკაციის სტილი თავისებურებით გამოირჩევა და განსხვავდება სხვა პოპულაციებთან მუშაობისგან. პასუხთა უმეტესობაში შეინიშნება გარკვეული სიფრთხილე და ამ საკითხებზე კლიენტებთან საუბრისთვის თავის არიდების მცდელობა, რაც, სავარაუდოდ, აიხსნება ქვეყანაში არსებული სოციალური და კულტურული გარემოთი, რადგან ლგბტკი საკითხები ტაბუირებული და სტიგმატიზებულია. ასევე, შესაძლოა, სპეციალისტები ფიქრობენ, რომ თუ კლიენტი საკუთარ სექსუალობაზე არ საუბრობს, ესე იგი ჰეტეროსექსუალია, ხოლო თუ არ არის ჰეტეროსექსუალი, მან თავად უნდა თქვას ამის შესახებ. შეიძლება ითქვას, რომ ამ საკითხზე პასუხისმგებლობა მთლიანად კლიენტზეა გადასული, სპეციალისტის თავდაუფერებლობის ან სხვა მიზეზების გამო. პასუხებში რესპონდენტები განსაკუთრებით ხაზს უსვამენ სოგი-სთან დაკავშირებული ტერმინების/სიტყვების ფრთხილად გამოყენების აუცილებლობას და, ზოგადად, კონსულტირების ენის ფრთხილად შერჩევას.

„უფრო მეტად ვაკონტროლებ თითოეულ სიტყვას, არ მინდა მტკივნეულ თემებს შევეხო“ (სოციალური მუშაკი, თბილისიდან).

„ვიდრე არ დავრწმუნდები კლიენტის მდგომარეობაში, მის დამოკიდებულებებში შედარებით ფრთხილად ვარ კონკრეტული ტერმინების და სიტყვების გამოყენების დროს“. (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„კონკრეტული სიტყვების გამოყენებაში ვარ უფრო ფრთხილად“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„ვცდილობ, გენდერულად ნეიტრალური ენა გამოვიყენო, სანამ კლიენტი თვითონ არ მეტყვის, როგორი მიმართვის ფორმები არის მისთვის მისაღები“ (სოციალური მუშაკი, თბილისიდან).

განსაკუთრებულ სიფრთხილეს და, ასევე, დაბნეულობას მონაწილეები ავლენენ არასრულწლოვან კლიენტებთან კომუნიკაციისას.

„ძირითადად, მუშაობა მიწევს არასრულწლოვანებთან. კლიენტების უმრავლესობას არ აქვს ჩამოყალიბებული სექსუალური ორიენტაცია, თვითგამორკვევის პროცესში არიან და მნიშვნელოვანია ამ პროცესს ხელი არ შეეშალოს არასწორი და ზედმეტი ჩარევით“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„არა, არ ვიცი როგორ უნდა ვესაუბრო ამ თემაზე არასრულწლოვანს“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

მონაწილეთა ნაწილი ამბობს, რომ ლგბტკი კლიენტებთან მუშაობა განსხვავდება სხვა კლიენტებთან მუშაობისგან. ზოგიერთი მათგანი ხაზს უსვამს აფირმაციული, ანუ ლგბტკი მხარდამჭერი მიდგომის საჭიროებას, რადგან სტიგმა და უმცირესობის სტრესი, სოციალური და კულტურული ფაქტორები ნეგატიურ გავლენას ახდენს კლიენტის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ასევე, ფსიქიატრი თბილისიდან აღნიშნავს, რომ ხშირად სპეციალისტების რესურსები არასაკმარისია ლგბტკი კლიენტთა პრობლემების გადასაჭრელად, რადგან, როგორც წესი, სოციალური საკითხებია მოსაგვარებელი. ამ და სხვა ქვემოთ მოცემულ მოსაზრებებში აშკარად ჩანს, რომ სპეციალისტებს აქვთ ინფორმაცია უმცირესობის ჯგუფებთან მუშაობის სპეციფიკის შესახებ.

„ხშირად, ორმაგი ან სამმაგი სტიგმის არსებობის შემთხვევაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემა ჩნდება“ (ფსიქოთერაპევტი, თბილისიდან).

„ხშირად ფსიქიკური პრობლემები განპირობებულია სოციალური ფაქტორებით, რომელთა მოგვარების შესაძლებლობა სცდება ერთი ორგანიზაციის ან მდგ (მულტიდისციპლინური გუნდი) გუნდის რესურსებს და რაც მკურნალობის/თერაპიის პროცესში ხელისშემშლელი ფაქტორია მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის“ (ფსიქიატრი, თბილისიდან).

„მეტად ვიკვლევ ლგბტქ თემთან დაკავშირებულ სპეციფიურ სტრესორებს, სტიგმატიზაციის და შევიწროების გამოცდილებას, კლიენტის ნეგატიურ რწმენა-შეხედულებებს სექსუალურ ორიენტაციასთან დაკავშირებით და მათ გავლენას სიმპტომებზე“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„ზოგადად, უმცირესობებთან მუშაობის სპეციფიკა განსხვავებულია იმ კუთხით, რომ ისინი ჩვენს საზოგადოებაში გარიყულები არიან და გარშემო უამრავი საკითხია, საიდანაც გრძნობენ შევიწროებას. ამიტომ ჩემთვის, როგორც ფსიქოლოგისთვის, მნიშვნელოვანია ვაგრძნობინო, რომ მე არ ვაკრავ იარლიყს და შეუძლიათ რომ თავი უსაფრთხოდ იგრძნონ და რომ არსებობენ ადამიანები, ვინც მათ მოუსმენს ყოველგვარი სტიგმების გარეშე“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

კომენტარებში გამოიკვეთა ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობის დროს კონფიდენციალობის დაცვისა და ნდობის მოპოვების საკითხები. მონაწილეები ამბობენ, რომ არსებული პოლიტიკური/ჰომოფობიური სიტუაციიდან გამომდინარე, არსებითად მნიშვნელოვანია ხაზგასმა კონფიდენციალობის პრინციპზე, რადგან კლიენტი, შესაძლოა, მაღავედეს საკუთარ სექსუალურ ორიენტაციას ან გენდერულ იდენტობას. ზოგიერთმა მონაწილემ ასევე აღნიშნა, რომ ლგბტქი კლიენტებთან მეტი დრო სჭირდება ნდობის ატმოსფეროს შესაქმნელად კონსულტირების პროცესში.

„ვცდილობ, მაქსიმალურად დეტალურად მივანოდო ინფორმაცია კონფიდენციალობასთან დაკავშირებით, ვინაიდან ბევრისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია მისი გენდერული იდენტობის/სექსუალური ორიენტაციის არ გამჟღავნება“ (სოციალური მუშაკი, თბილისიდან).

„როგორც წესი, უფრო მეტ დროს ვანდომებ მათთან ნდობისა და ალიანსის დამყარებას“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„სანდო ურთიერთობის ჩამოყალიბებისთვის ხაზგასმით კონფიდენციალობის მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა და მიმღებლობის აღიარების ჩვენება ირიბად და პირდაპირი გზით, კლიენტის მდგომარეობას გააჩნია“ (ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, თბილისიდან).

სპეციალისტთა ნაწილი გამოარჩევს ლგბტქი კლიენტებს გარკვეული მახასიათებლების მიხედვით, მაგალითად, სენსიტიურობა, დაბნეულობა, უნიკალურობა... შეიძლება ითქვას, რომ ეს სწორედ არასასურველი განზოგადების მაგალითებია, რომლის საფუძველზეც, საბოლოოდ, იქმნება მითები ლგბტქი ადამიანების შესახებ.

„ამ კლიენტებთან მუშაობისას უფრო მეტ სიფრთხილეს ვიჩენ კითხვების დასმისას, რადგან მეტად სენსიტიურები არიან“ (სოციალური მუშაკი, ქუთაისიდან).

„ჩემს გამოცდილებაში, კლიენტების მაღალი სენსიტიურობის გამო, კომუნიკაცია უფრო რბილი მქონია“ (ფსიქოლოგი, რუსთავიდან).

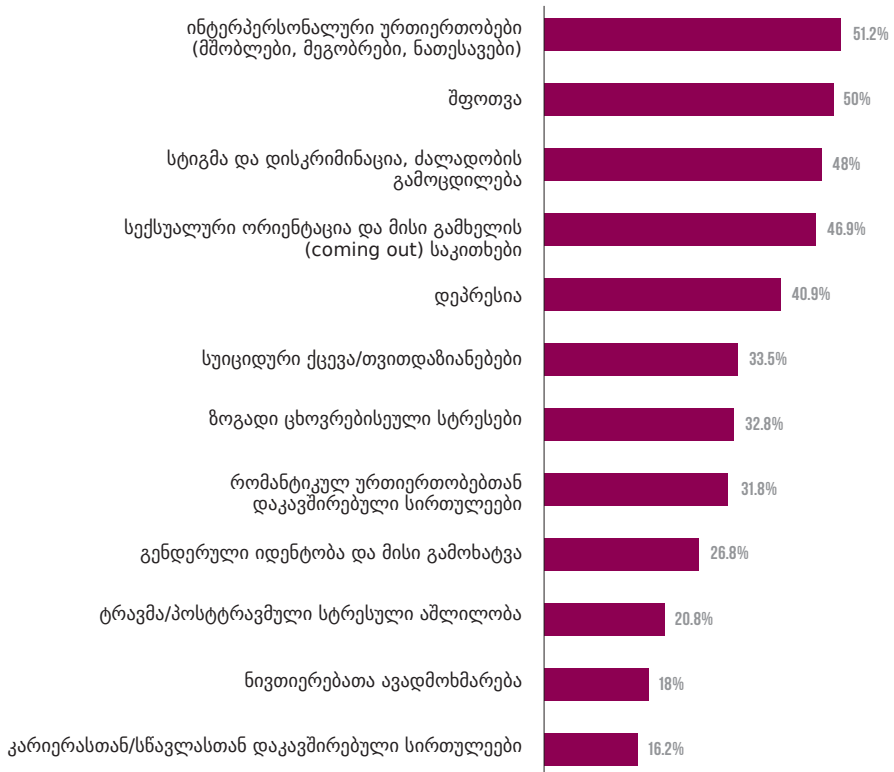
„სასურველია მათი „განსხვავებულობის“ ინტერპრეტაცია, როგორც მათი უნიკალურობის გამოვლინების“ (ფსიქოლოგი, თბილისიდან).

„არ ვაჩქარებ, ვუთმობ სათანადო დროს, ხშირად არიან დაბნეულები და ვცდილობ გულისყურით მოვუსმინო, ეს მომენტი ძალიან დადებითად მოქმედებს“ (ფსიქოთერაპევტი, რუსთავიდან).

კვლევის მონაწილეებს ვკითხეთ, თუ რა სახის პრობლემებს შეხვედრიან ლგბტქი კლიენტებთან მუშაობისას, რა ჩივილებს წარადგენენ მათთან ლგბტქი კლიენტები, როდესაც კონსულტაციაზე მიდიან. პირველ სამ ადგილზე, ყველაზე ხშირად გამოვლენილი პრობლემა აღმოჩნდა ინტერპერსონალური ურთიერთობების სირთულეები, შფოთვა და სტიგმის/დისკრიმინაციის/ძალადობის გამოცდილება. დაახლოებით მსგავსი სიხშირით გამოვლინდა „ქამინგაუთთან“ დაკავშირებული სირთულეები და დეპრესია.

პრაქტიკა N21
ლგბტქი კლიენტების ჩივილები

ლგბტქი თემის პრობლემები კონსულტირებისას (%)



ღებტი კლიენტებთან სპეციალისტების მუშაობის გამოცდილების თვალსაზრისით, შემდეგი ტენდენციები იკვეთება:

- შერჩევის 63%-ს მიუღია პრაქტიკაში ერთი ან მეტი ღებტი კლიენტი;
- გამოკითხულთა მხოლოდ 12% სვამს პირდაპირ შეკითხვას კლიენტის სექსუალური ორიენტაციის/გენდერული იდენტობის შესახებ;
- გამოკითხულთა უმრავლესობა ირიბი გზებით ცდილობს მიიღოს ინფორმაცია კლიენტის სექსუალური ორიენტაციის/გენდერული იდენტობის შესახებ;
- გამოკითხულთა მხოლოდ 13% ფიქრობს, რომ ღებტი ჯგუფთან მუშაობის სპეციფიკა განსხვავებულია;
- გამოკითხულთა უმრავლესობა (86%) მიიჩნევს, რომ ნაწილობრივ ან საერთოდ არ განსხვავდება ღებტი კლიენტებთან მუშაობა სხვა პოპულაციებთან მუშაობისგან;
- ღებტი ჯგუფის ძირითად პრობლემებად სახელდება ინტერპერსონალური ურთიერთობის სირთულეები, შფოთვა და დისკრიმინაცია/დალადობის გამოცდილება.

4.4 თერაპიული მიდგომა

კვლევის მორიგი ამოცანა იყო, შეგვეფასებინა სპეციალისტების პროფესიული ხედვა და მიდგომები ღებტი თემთან მუშაობისას. შესაბამისი თეორიის საფუძველზე, რომელიც კვლევის თეორიულ ნაწილშია ახსნილი, გამოვყავით სამი ძირითადი მიდგომა. პირველი, ეს არის კონვერსიული თერაპიის მიდგომა, რომელიც მოიცავს დაშვებებს სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის ირგვლივ, ნორმისა და პათოლოგიის ჩარჩოში. დებულებები ამოდის კონვერსიული თერაპიების ხედვიდან და მოიცავს დებულებებს როგორც მედიკამენტური, ისე ელექტროკონვულსიური და ფსიქოთერაპიული მეთოდების შესახებ. მონაწილე, რომელიც აღნიშნულ დებულებებს ეთანხმება, უშვებს, რომ ჰომოსექსუალობა და, ზოგადად, ნებისმიერი სექსუალობა, გარდა ჰეტეროსექსუალობისა, ავადმყოფობა და ასეთ ადამიანებს განკურნებაში უნდა დაეხმაროს.

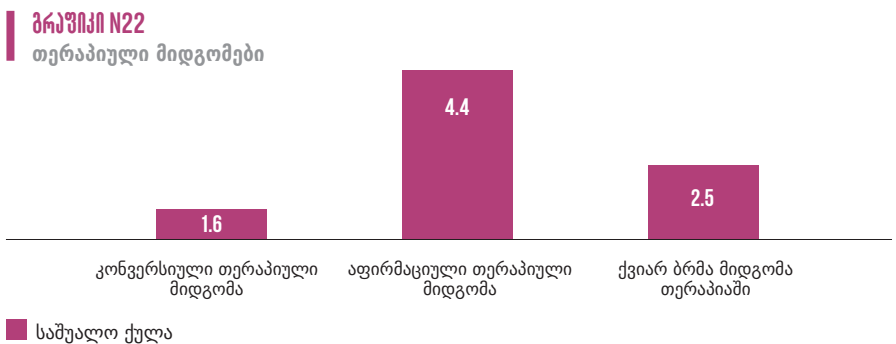
რაც შეეხება აფირმაციულ მიდგომას, რესპონდენტი, რომელიც ამ სკალაში შემავალ დებულებებს ეთანხმება, აღიარებს, რომ ჰეტეროსექსუალობა და სისგენდერობა არ არის ერთადერთი სახეები ადამიანის

სექსუალობისა და გენდერული იდენტობის. იგი აღიარებს ლგბტქი ადამიანების ჩაგვრისა და დისკრიმინაციის გამოცდილებებს და თავის პრაქტიკაში ხელს უწყობს კლიენტს/პაციენტს აღნიშნული გამოცდილებების დაძლევაში.

მესამე სკალა ასახავს დებულებებს ქვიარ სიბრმავის შესახებ. ქვიარ სიბრმავე ნებისმიერ სფეროში შეიძლება ვლინდებოდეს, არა მხოლოდ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში. ეს არის ქვიარ საკითხების უგულებელყოფა, ზოგჯერ კეთილმოსურნეობის სახელით. თერაპევტი, რომელიც ამ მიდგომას ეთანხმება, ფიქრობს, რომ ლგბტქი კლიენტსა და სისგენდერ, ჰეტეროსექსუალ კლიენტს შორის არანაირი განსხვავება არ არის, შესაბამისად, არ აინტერესებს მისი კლიენტის/პაციენტის მიკუთვნებულობა რომელიმე უმცირესობის ჯგუფთან.

მოსალოდნელია, რომ ის, ვინც ეთანხმება აფირმაციულ მიდგომას, არ დაეთანხმება კონვერსიულ და ქვიარ ბრმა მიდგომებს. ხოლო ვინც ეთანხმება კონვერსიულ მიდგომას, არ დაეთანხმება აფირმაციულ თერაპიულ ხედვას, თუმცა შეიძლება დაეთანხმოს, ან არ დაეთანხმოს ქვიარ ბრმა მიდგომას, გამომდინარე მისი კომპეტენციიდან და პრაქტიკიდან კონვერსიულ მეთოდოლოგიაში. თუ აქტიურად არის ჩართული აფირმაციულ პრაქტიკაში, მაშინ ნაკლებად უგულებელყოფს ქვიარ საკითხებს.

ფაქტორული ანალიზისა და სკალის სანდობის/თანმიმდევრობის გამოთვლის შემდეგ, გამოვთვალეთ ზემოთ აღწერილი სამი ქვესკალის საშუალო მაჩვენებლები, რათა დაგვენახა, რომელი მიდგომისკენ უფრო იხრება ჩვენი შერჩევა. ქულების განაწილება წარმოდგენილია გრაფიკზე N22.

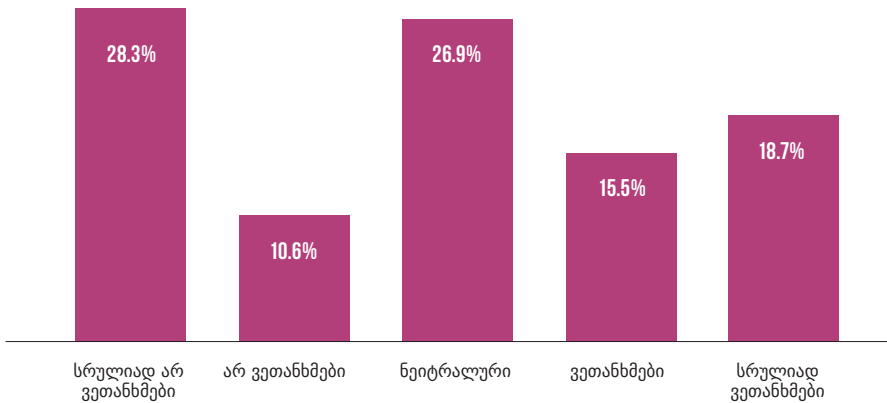


კონვერსიული თერაპიის სკალაზე საშუალო ქულაა 1.6 (SD=0,8) რაც მიუთითებს, რომ ჩვენ მიერ გამოკითხული ჯგუფი უმეტესწილად არ ეთანხმება კონვერსიული თერაპიის მიდგომას. ამ სკალის დებულებების საშუალოებს თუ შევხედავთ (იხ. დანართი 1), შედარებით მაღალი მაჩვენებელი აქვს და ნეიტრალურ პასუხს უახლოვდება დებულება, რომ თუ კლიენტის დაკვეთაა სექსუალური ორიენტაციის შეცვლა, სპეციალისტი ამაში უნდა დაეხმაროს (Mean=2.9, SD=1,5). გრაფიკზე N23 გამოსახულია აღნიშნულ დებულებაზე გაცემული პასუხების პროცენტული განაწილება. ერთი შეხედვით თუ ვიმსჯელებთ, მონაცემების ამგვარი გადანაწილება შესაძლოა მიუთითებდეს ცოდნის ნაკლებობაზე ან არასათანადო გააზრებაზე იმისა, თუ რას ნიშნავს კონვერსიული თერაპია და სექსუალური ორიენტაციის შეცვლა, თუნდაც ნებაყოფლობით.

გრაფიკი N23

პროცენტული განაწილება დებულებისთვის

„თუ კლიენტის/პაციენტის დაკვეთაა, რომ მან შეიცვალოს სექსუალური ორიენტაცია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი ამაში უნდა დაეხმაროს“ (N=283)



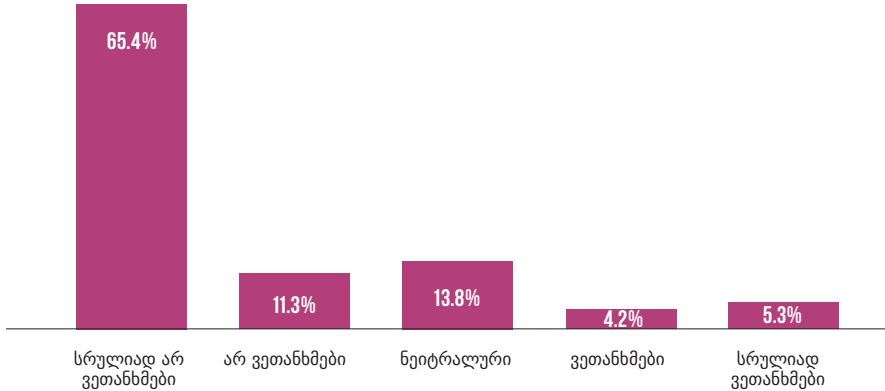
აგრეთვე, მნიშვნელოვანია, შევხედოთ პასუხების განაწილებას დებულებაზე „ჰეტეროსექსუალობა არის ნორმა, სხვა სექსუალური ორიენტაციები კი ნორმიდან გადახრა“, რამდენადაც იგი კონვერსიული თერაპიებისთვის ამოსავალ წერტილს წარმოადგენს. მონაცემების პროცენტული

განანილება ნარმოდგენილია გრაფიკზე N24.

პროფიი N24

პროცენტული განანილება დებულებისთვის

„ჰეტეროსექსუალია არის ნორმა, სხვა სექსუალური ორიენტაციები კი ნორმიდან გადახრა“ (N=283)



მთლიანობაში, შეიძლება ითქვას, რომ კვლევის შერჩევის დიდი ნაწილი არ ეთანხმება კონვერსიულ თერაპიულ მიდგომებს. თუმცა, იდეალურ შემთხვევაში, კონვერსიული თერაპიის დაშვებებს არც ერთი რესპონდენტი არ დაეთანხმებოდა. მაგალითად, გრაფიკზე N24 ვხედავთ, რომ მონაწილეთა დაახლოებით 10% ეთანხმება დებულებას, რომ ჰეტეროსექსუალობის გარდა, სხვა ყველა სექსუალური ორიენტაცია ნორმიდან გადახრას წარმოადგენს, მონაწილეთა 13.8% კი ნეიტრალურ პასუხს ირჩევს ამ დებულებაზე. მონაწილეებისთვის, დამაბნეველი აღმოჩნდა მხოლოდ ის შემთხვევა, როდესაც კლიენტი/პაციენტი თავად ითხოვს კონვერსიულ თერაპიაში ჩართვას. მონაწილეთა დაახლოებით 34% ფიქრობს, რომ თუ კლიენტს სექსუალური ორიენტაციის შეცვლა სურს, თერაპევტი ამაში უნდა დაეხმაროს, 26.9% კი ნეიტრალურ პოზიციას იკავებს. საინტერესოა, თუ დაეხმარებოდნენ ეს თერაპევტები ჰეტეროსექსუალებს, ორიენტაციის შეცვლაში?

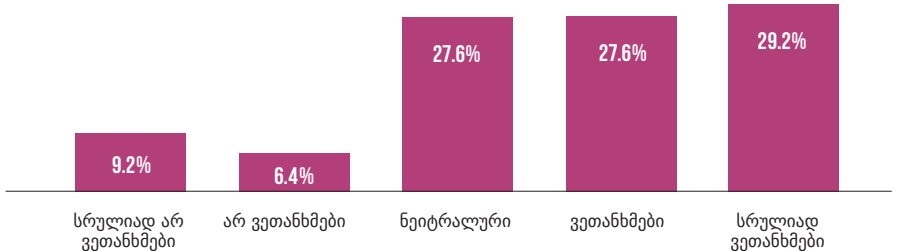
რაც ეხება, აფირმაციულ მიდგომას, ამ სკალაზე საშუალო მაჩვენებელია 4,4 (SD=0.7), რაც ნიშნავს, რომ გამოკითხული სპეციალისტების უმრავლესობა ლგბტკი კლიენტების მიმართ მხარდამჭერია. სპეციალისტები ეთანხმებიან პროსოციალურ დებულებებს, რომ უნდა დაეხმარონ ლგბტკი

ადამიანებს „ქამინგაუთის“ სირთულეებში, ჰომო/ბი/ტრანსფობიის მავნე ზეგავლენის შემცირებაში, წვლილი უნდა შეიტანონ სასიკეთო სოციალურ ცვლილებებში, რაც ხელს შეუწყობს ლგბტქი ადამიანების ადაპტაციას გარემოსთან. თუმცა, ორი დებულების შემთხვევაში პასუხები ნეიტრალური პოზიციისკენ იხრება. ეს არის ლგბტქი იდენტობების აღქმა ნორმა/პათოლოგიის დიქტომიის მიღმა და კლიენტისთვის შეკითხვების დასმის აუცილებლობა/ინტერესის გამოჩენა სოგი-ს საკითხებზე. როგორც ჩანს, რესპონდენტები, ზოგადად, მხარდამჭერებად ხედავენ თავის თავს, თუმცა, ამ საკითხის კონცეპტუალური აღქმა, როგორც არის იდენტობის მიღება ნორმისა და პათოლოგიის მიღმა და კლიენტისთვის/პაციენტისთვის სოგი-ს ირგვლივ შეკითხვების დასმა, სირთულეს წარმოადგენს მათთვის, ან არ არიან დარწმუნებულები, უნდა დასვან თუ არა კითხვები ამ თემის ირგვლივ. ამას მონიშნავს დებულებებზე პასუხები ქვიარ ბრმა მიდგომის ქვესკალიდან.

ფაქტორული ანალიზის შედეგად ამოღებული დებულება, სწორედ, სოგი-ს ირგვლივ შეკითხვის დასმას ეხება: „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტმა უნდა გამოიკითხოს კლიენტის მიკუთვნებულობა სექსუალური და გენდერული უმცირესობის ჯგუფთან, რადგან ამას გავლენა აქვს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე“ ($M= 3,6; SD=1,2$). ნეიტრალური პასუხების სიმრავლე ამ დებულებაზე ნიშანდობლივია, რადგან ეხმიანება კვლევის სხვა ნაწილებში მიღებულ მონაცემს (იხ. გრაფიკი N25).

გრაფიკი N25
 პროცენტული განაწილება დებულებისთვის

„ფს სპეციალისტმა უნდა გამოიკითხოს კლიენტის მიკუთვნებულობა სექსუალური ან გენდერული უმცირესობის ჯგუფთან, რადგან ამას გავლენა აქვს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე“ (N=283)

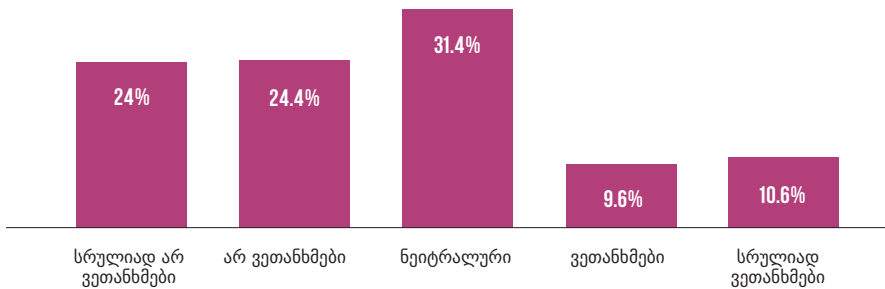


რაც ეხება ქვიარ ბრმა მიდგომას, აღნიშნულ ქვესკალაზე საშუალო მაჩვენებელია 2,5 (SD=1), რაც მიუთითებს უარყოფით და ნეიტრალურ პასუხებს შორის ხშირ არჩევანზე. სპეციალისტები უმეტესწილად არ ეთანხმებიან ქვიარ ბრმა მიდგომას, რაც, ერთი შეხედვით, ნიშნავს, რომ ისინი ლგბტქი იდენტობების უგულვებლყოფის წინააღმდეგნი არიან, თუმცა, ნეიტრალური პასუხებისკენ გადახრა, შესაძლოა, მიუთითებდეს ამ საკითხში დაურწმუნებლობაზე – მიაქციონ თუ არა ყურადღება კლიენტის სექსუალურ ორიენტაციას/გენდერულ იდენტობას, განსხვავდება თუ არა ლგბტქი ადამიანების გამოცდილებები სხვა ჯგუფების გამოცდილებისგან. ამ მხრივ, საინტერესოა, ფაქტორული ანალიზის შედეგად ამოღებული დებულების „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი არ უნდა ინტერესდებოდეს კლიენტის/პაციენტის სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის მახასიათებლებით“ ცალკე განხილვა, რომლის საშუალო ქულაა 2,5 (SD=1,2). პასუხების პროცენტული განაწილება კი წარმოდგენილია გრაფიკზე N26.

პროფილი N26

პროცენტული განაწილება დებულებისთვის

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი არ უნდა ინტერესდებოდეს კლიენტის/პაციენტის სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის მახასიათებლებით“ (N=283)



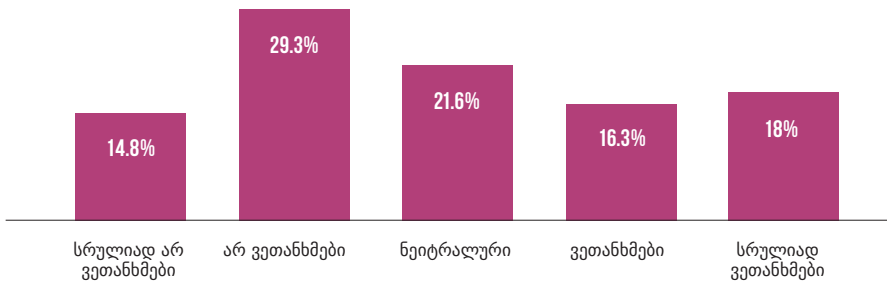
მონაწილეთა თითქმის ნახევარი არ ეთანხმება დებულებას, რომ სპეციალისტი არ უნდა ინტერესდებოდეს კლიენტის/პაციენტის სექსუალური ორიენტაციითა და გენდერული იდენტობით. შერჩევის დაახლოებით ერთი მეხუთედი კი ეთანხმება მოცემულ დებულებას. თუმცა, საკმაოდ მაღალ პროცენტს ნეიტრალური პასუხს აქვს (31,4%), რაც ეხმიანება ზემოთ წარმოდგენილ დებულებას,

რომ სპეციალისტი უნდა ინტერესდებოდეს კლიენტის იდენტობით, რადგან ამას გავლენა აქვს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ორივე დებულებაზე ნეიტრალური პასუხების ტენდენცია შესაძლოა მიუთითებდეს რესპონდენტების დაბნეულობაზე, ან პოზიციის არქონაზე აღნიშნული საკითხის მიმართ.

ასევე გაიყო მოსაზრებები დებულების „ლგბტქი კლიენტები/პაციენტები ისევე გადიან სოციალიზაციის ეტაპებს, როგორც ჰეტეროსექსუალი და სისგენდერი კლიენტები/პაციენტები“ მიმართ. პასუხების პროცენტული განაწილება ნაჩვენებია გრაფიკზე N27. შეგვიძლია, ვივარაუდოთ, რომ კვლევის მონაწილეების უმრავლესობა არ არის დარწმუნებული, დებულების შინაარსი გამოხატავს სწორ თუ არასწორ პოზიციას და სიფრთხილეს იჩენს პასუხის გაცემისას, რადგან შესაძლოა ფიქრობდეს, რომ ამგვარი დაყოფა დისკრიმინაციულია.

პრაშნი N27
პროცენტული განაწილება დებულებისთვის

„ლგბტქი კლიენტები/პაციენტები ისევე გადიან სოციალიზაციის ეტაპებს როგორც ჰეტეროსექსუალი და სისგენდერი კლიენტები/პაციენტები“ (N=283)



რაც ეხება სკალებს შორის კორელაციურ კავშირებს, პირსონის კორელაციური ანალიზის მიხედვით (Sig. 2-tailed), ლოგიკურად, კონვერსიულ თერაპიასა და აფირმაციულ თერაპიას შორის გამოვლინდა ნეგატიური კორელაციური კავშირი, ისევე, როგორც ნეგატიურ კორელაციაშია ერთმანეთთან აფირმაციული თერაპიული მიდგომა და ქვიარ ბრმა მიდგომები. ხოლო კონვერსიულ და ქვიარ ბრმა მიდგომებს შორის მნიშვნელოვანი კორელაციური კავშირი არ გამოვლენილა. კორელაციური ანალიზის შედეგები თანხმობაშია ჩვენს თეორიულ დაშვებასთან სპეციალისტების მიერ თერაპიულ მიდგომებზე არჩევანის გაკეთების შესახებ (იხ. გრაფიკი N28).

ბრაუნი N28

თერაპიული მიდგომები. კორელაცია ქვესკალებს შორის.

თერაპიული მიდგომები	კონვერსიული თერაპიული მიდგომა	აფირმაციული თერაპიული მიდგომა	ქვიარ სიბრმავე
კონვერსიული თერაპიული მიდგომა	-	-0.395**	0.089
აფირმაციული თერაპიული მიდგომა	-0.395**	-	-0.195**
ქვიარ სიბრმავე	0.089	-0.195**	-

4.5 ლეგსტი ჯგუფის მიმართ დამოკიდებულება

ლგბტი ჯგუფის მიმართ დამოკიდებულებების კითხვარი მოიცავდა 36 დებულებას. კითხვარის შინაარსი ასახავდა როგორც სტერეოტიპებსა და მიტებს, ასევე, დამოკიდებულების ემოციურ და ქცევით კომპონენტებს. დებულებები მიემართებოდა როგორც მთლიანად ლგბტი თემს, ასევე ცალკეულად ლესბოსელ, გეი, ბისექსუალსა და ტრანსგენდერ ადამიანებს. მონაწილეებმა შეფასება გააკეთეს ლიკერტის 5 საფეხურიან სკალაზე (1 – სრულიად არ ვეთანხმები, 3 – ნეიტრალური, 5 – სრულიად ვეთანხმები).

ფაქტორული ანალიზისა და სანდოობის შემოწმების შემდეგ გამოვთვალეთ დამოკიდებულების საკვლევი ქვესკალების საშუალო მაჩვენებლები. აღმოჩნდა, რომ მონაწილეთა უმრავლესობა არ ეთანხმება შეთავაზებულ დებულებებს, ანუ გამოკითხული ადამიანები უმეტესწილად არ ავლენენ ნეგატიურ დამოკიდებულებებს ლგბტი ჯგუფის მიმართ. საშუალო მაჩვენებლები ნარმოდგენილია გრაფიკზე N29. ცალკე არის ნაჩვენები ორი დებულების საშუალო ქულა, რომელიც ასახავს პოზიტიურ მიკერძობას გეების მიმართ. ეს ორი დებულება ფაქტორული ანალიზის შედეგად გამოიყო შეფასების სკალიდან (Mean=2.2). საინტერესოა, რომ პოზიტიური დისკრიმინაციის ამსახველ დებულებას მოიცავდა ლესბოსელების მიმართ სტერეოტიპების სკალაც („ლესბოსელები უფრო ძლიერები, თავდაჯერებულები და დამოუკიდებლები არიან, ვიდრე ჰეტეროსექსუალი ქალები“), თუმცა, მისი საშუალო მაჩვენებელი 1.6 ქულაა (SD=0.9) (იხ. დანართი N2), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ კვლევის მონაწილეები ლესბოსელ ქალებს ნაკლებად აღიქვამენ პოზიტიური მიკერძობის ჭრილში, ვიდრე გეი კაცებს.

იმისთვის, რომ დაგვედგინა, არის თუ არა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება სკალების საშუალო მაჩვენებლებს შორის, გავაკეთეთ ცალმხრივი დისპერსიის ანალიზი (One-way Anova within subjects). შევადარეთ გეების, ლესბოსელების, ბისექსუალებისა და ტრანსგენდერების მიმართ დამოკიდებულებების სკალების საშუალო ქულები. შედეგად გამოვლინდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება რამდენიმე სკალას შორის ($F = 16,5$; $p = 0.0$).

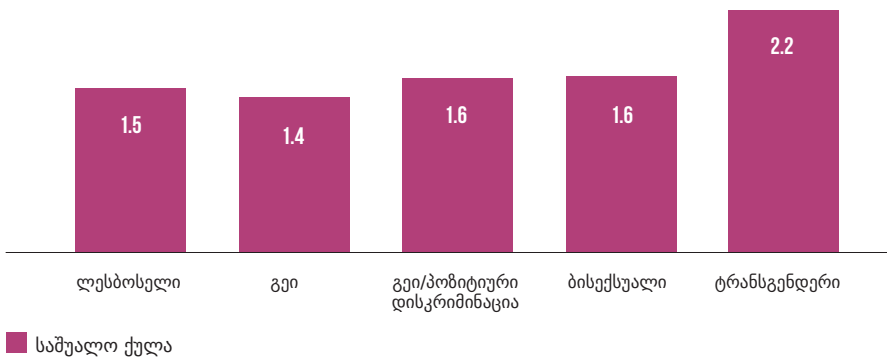
სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება აღმოჩნდა დამოკიდებულებებს შორის გეებისა და ტრანსგენდერების მიმართ ($M.D=0.2$, $p = 0.0$, 95% C.I [-0.2; -0.1]), ისევე, როგორც გეებისა და ბისექსუალების მიმართ დამოკიდებულებებს შორის ($M.D = -0.1$, $p = 0,1$, 95% C.I [-0.2; 0.0]).

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობაა ტრანსგენდერებისა და ლესბოსელების მიმართ დამოკიდებულებების სკალების საშუალო მაჩვენებლებს შორისაც ($M.D = 0.1$, $p=0,0$; 95% C.I [0.1; 0.2]); აგრეთვე, მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ლესბოსელებისა და ბისექსუალების მიმართ დამოკიდებულებების სკალებზეც ($M.D= 0.1$; $p=0,0$; 95% C.I [-0.1; 0.0]).

რაც ეხება გეებისა და ლესბოსელების მიმართ დამოკიდებულებებს, ამ ორი სკალის საშუალო ქულებს შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის ($p = 0.1$). ასევე არ არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება ბისექსუალებისა და ტრანსგენდერების მიმართ დამოკიდებულებებს შორის ($p= 1.0$).

გრაფიკი N29

საშუალო ქულები; დამოკიდებულებები ლგბტქი ჯგუფის მიმართ



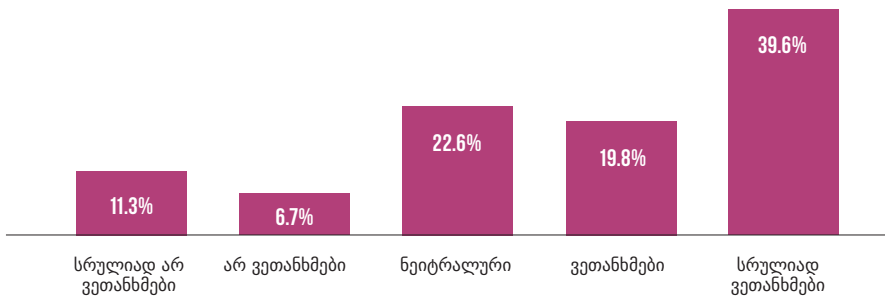
ეს ნიშნავს, რომ ამ ოთხ ჯგუფს შორის ბისექსუალების მიმართ ყველაზე მეტად ვლინდება ნეგატიური დამოკიდებულებები, ან ტენდენცია ნეიტრალური პასუხებისკენ. გარდა ამისა, ტრანსგენდერების მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულებები მეტია, ვიდრე ლესბოსელების მიმართ. ხოლო, ლესბოსელებისა და გეების მიმართ დამოკიდებულებებში მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის. ჩვენს შერჩევაში, ბისექსუალებისა და ტრანსგენდერების მიმართ მცირედად უფრო ნეგატიური დამოკიდებულებებია, ვიდრე გეებისა და ლესბოსელების მიმართ.

ტრანსგენდერების მიმართ დამოკიდებულების ქვესკალიდან ამოღებულ ორი დებულებიდან პირველი, ტრანსგენდერების უფლებრივ მდგომარეობას ეხება და ასახავს სქესის შესახებ ჩანაწერის ცვლილებას. მონაწილეთა უმრავლესობა ეთანხმება ამ დებულებას და მიიჩნევს, რომ ტრანსგენდერ ადამიანებს სახელმწიფო უნდა უცვლიდეს ჩანაწერს გენდერის შესაბამისად. პასუხების განაწილება მოცემულია გრაფიკზე N30.

გრაფიკი N30

პროცენტული განაწილება დებულებისთვის

„ტრანსგენდერ ადამიანებს სახელმწიფო უნდა უცვლიდეს სქესის შესახებ ჩანაწერს პირად დოკუმენტაციაში, მათი გენდერული იდენტობის საფუძველზე“ (N=283)



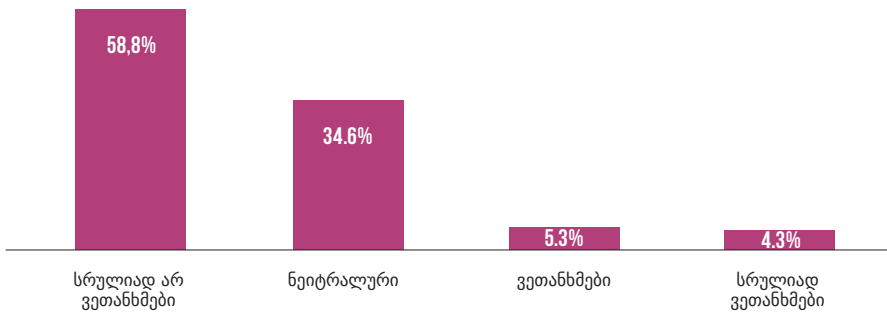
მეორე დებულება ასახავს მხარდამჭერ მიდგომას ბავშვების მიმართ, საკუთარი ფემინურობისა თუ მასკულინობის თვითგამორკვევის პროცესში. მონაწილეების დიდი უმრავლესობა არ ეთანხმება აღნიშნულს, ან ნეიტრალურ პოზიციას ირჩევს (იხ. გრაფიკი N31). ბავშვებთან და მზარდებთან დაკავშირებით კვლევის მონაწილეები სხვა შემთხვევებშიც ავლენენ სიფრთხილეს ან ცოდნის ნაკლებობას. შეიძლება ითქვას, რომ ეს საკმაოდ სენსიტიური საკითხია ჩვენი შერჩევისთვის და ყველაზე ნაკლებ

თავდაჯერებულად, სწორედ, ქვიარი ბავშვებისა და მოზარდების მიმართ გრძნობენ თავს. აქვე აღსანიშნავია, რომ მონაწილეთა უმრავლესობა ასევე არ ეთანხმება დებულებას, რომ „ბავშვებმა თავისი სქესის შესაფერისი სათამაშოებით უნდა ითამაშონ“ (Mean=1,6 იხ. დანართი N2). სავარაუდოა, რომ მონაწილეთა დიდი ნაწილი სტერეოტიპული ხედვით არ გამოირჩევა, მაგრამ ამავდროულად, არც მხარდამჭერია გენდერული თვითგამორკვევის პროცესში.

პრაშნიკი N31

პროცენტული განაწილება დებულებისთვის

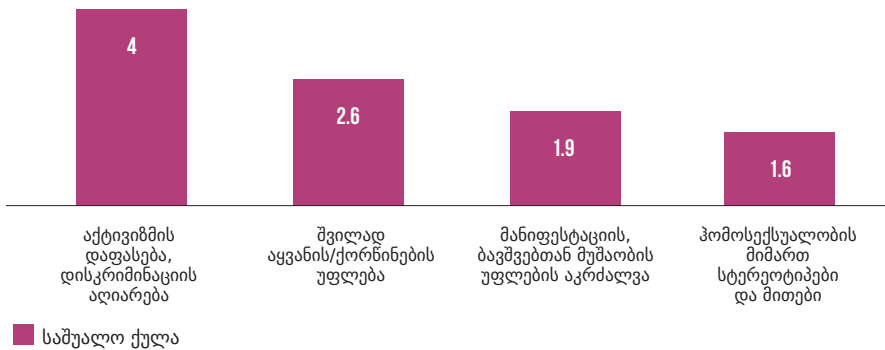
ბავშვებს მხარი უნდა დაუჭიროთ საკუთარი ფემინურობისა თუ მასკულინობის გამორკვევის პროცესში. (N=283)



გრაფიკზე N32 გამოსახულია ლგბტქი ჯგუფის უფლებრივი მდგომარეობის მიმართ დამოკიდებულებების საშუალო მაჩვენებლები. ირკვევა, რომ მონაწილეთა უმრავლესობა აღიარებს ლგბტქი ჯგუფის ჩაგვრას და ფიქრობს, რომ ვინც აქტივიზმშია ჩართული, გამბედაობით გამოირჩევა და დასაფასებელია. ასევე, ჰომოსექსუალობის მიმართ სტერეოტიპების სკალაზე საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელი გვაქვს (Mean=1.6), რაც მიუთითებს, რომ ჰომოსექსუალობის საკითხებშიც, კვლევის შერჩევაში, სტერეოტიპული მოსაზრებები ნაკლებად გავრცელებულია. კვლევის მონაწილეთა ასევე არ ეთანხმებიან დებულებებს ლგბტქი მანიფესტაციის უფლების აკრძალვის შესახებ და არ ფიქრობენ, რომ ლგბტქი ჯგუფს ბავშვებთან და მოზარდებთან მუშაობა უნდა ეკრძალებოდეთ (Mean=1.9). როგორც ლესბოსელების, ბისექსუალების, გეების, ტრანსგენდერების მიმართ დამოკიდებულებების სკალაზე ვნახეთ, სტერეოტიპებსა და მითებს კვლევის

მონანილეები არ ეთანხმებიან, ასევე ემოციური დამოკიდებულებებიც არ არის ნეგატიური. თუმცა ორი დებულებაა, რომელსაც კვლევის მონანილეები ცალსახად არ ეთანხმებიან, ან ნეიტრალური პასუხისკენ იხრებიან. ეს დებულებები ასახავს ქორწინებისა და შვილად აყვანის უფლებებს ლგბტქი თემში (Mean=2.6) (იხ. გრაფიკები N33 და N34). ეს მონაცემი საინტერესო კონტრასტს ქმნის დანარჩენ მონაცემებთან. როგორც გენდერული თვითგამოკვევის შესახებ დებულების შემთხვევაში, აქაც შეგვიძლია ვთქვათ, რომ კვლევის შერჩევა უმეტესად თავისუფალია ნეგატიური დამოკიდებულებებისგან ლგბტქი თემის მიმართ, მაგრამ თანასწორუფლებიან ჯგუფად არ აღიქვამს მას.

პრაუიქი N32
უფლებრივი მდგომარეობების მიმართ დამოკიდებულებები
ლგბტქი ჯგუფის მიმართ დამოკიდებულებები

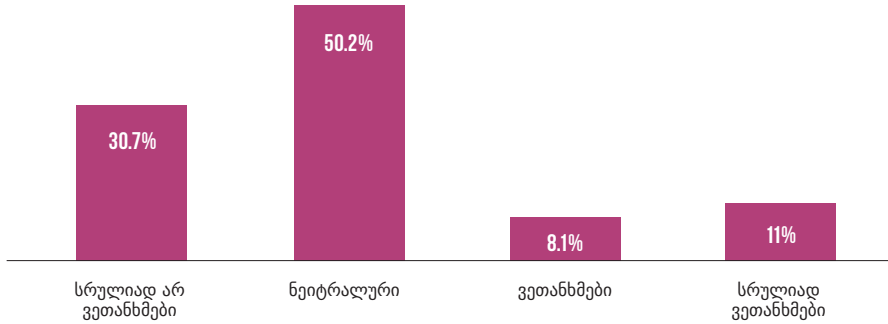


დებულებას, „კანონი უნდა უშვებდეს ჰომოსექსუალებს შორის ქორწინებას“ სრულიად არ ეთანხმება მონანილეთა 30,7% (N=283), ხოლო ნეიტრალურ პასუხს ირჩევს მონანილეთა 50,2%. შერჩევის მხოლოდ 20%-მდე ნანილი ეთანხმება ჰომოსექსუალი წყვილებისთვის ქორწინების უფლების მინიჭებას.

პრაშნი N33

მონაცემების პროცენტული განაწილება დებულებისთვის

„კანონი უნდა უშვებდეს პომოსექსუალებს შორის ქორწინებას“ (N=283)

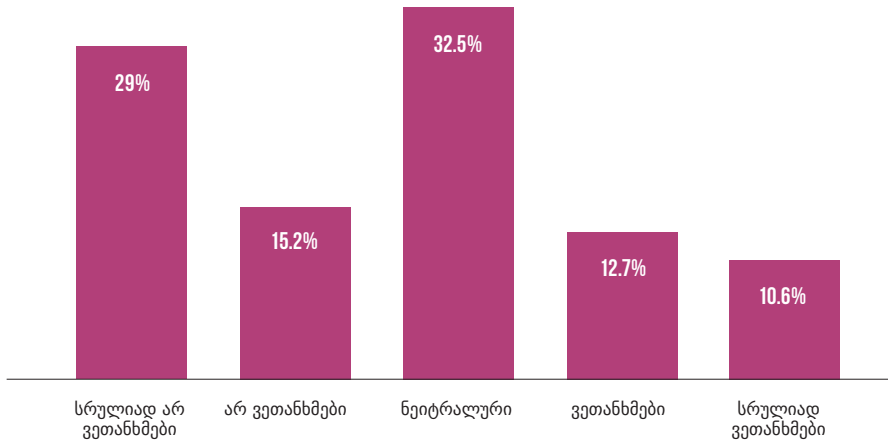


ხოლო, დებულებას „ჰომოსექსუალ წყვილს ისევე უნდა ჰქონდეს ბავშვის შვილად აყვანისა და აღზრდის უფლება, როგორც ჰეტეროსექსუალ წყვილს“ არ ეთანხმება მონაწილეთა დაახლოებით 45% და ნეიტრალურ პოზიციას იკავებს შერჩევით 32.5%, მონაწილეთა 23% ეთანხმება ამ უფლებას.

პრაშნი N34

მონაცემების პროცენტული განაწილება დებულებისთვის

„ჰომოსექსუალ წყვილს ისევე უნდა ჰქონდეს ბავშვის შვილად აყვანისა და აღზრდის უფლება, როგორც ჰეტეროსექსუალ წყვილს“ (N=283)



დამოკიდებულებების შეფასების სკალების საშუალო მაჩვენებლებით თუ ვიმსჯელებთ, კვლევაში მოხვედრილი შერჩევა არ ავლენს ნეგატიურ დამოკიდებულებებს ლგბტკი ჯგუფის მიმართ, მაგრამ, ამავედროულად, გამოიკვეთა დებულებები, რომლებსაც მონაწილეთა უმრავლესობა არ ეთანხმება და ცალსახად ნეგატიურ დამოკიდებულებას ავლენენ, ან ნეიტრალურ პოზიციას ინარჩუნებენ.

გენდერულ იდენტობაში თვითგამორკვევის პროცესს ბავშვებში და აფირმაციული მიდგომის საჭიროებას ამ პროცესში, ქორწინებისა და შვილად აყვანის უფლებას ჰომოსექსუალებში, მონაწილეები ნეგატიურად ან ნეიტრალურად პასუხობენ. ამასთანავე, უფლებრივი მდგომარეობის ქრილში, ტრანსგენდერების შემთხვევაში, მონაწილეები უმეტესწილად ეთანხმებიან გენდერის აღიარების საჭიროებას სახელმწიფოს მხრიდან (გრაფიკი N30).

დებულებები უფლებრივი მდგომარეობისა და მხარდაჭერის შესახებ დამოკიდებულებების ქცევით კომპონენტად შეგვიძლია განვიხილოთ. შედეგად, ჩანს რომ სტერეოტიპები (დამოკიდებულების კოგნიტური კომპონენტი) და ემოციური ასპექტები (მაგალითად, ზიზლი ლგბტკი თემის მიმართ) საკმაოდ დაბალი მაჩვენებლებით არის წარმოდგენილი, ხოლო ქცევით კომპონენტს რაც ეხება (უფლებრივი აღიარების მიმართ დამოკიდებულება), ჰომოსექსუალების მიმართ აშკარად ნეგატიური ან ნეიტრალურია. ასევე, იკვეთება განსხვავება გეებისა და ლესბოსელების მიმართ დამოკიდებულებებში. გეების მიმართ პოზიტიური მიკერძობა მეტია, ვიდრე ლესბოსელების მიმართ.

4.6 შედეგების განხილვა

რაოდენობრივი კვლევის შერჩევაში უმეტესად მოხვდნენ თბილისში მცხოვრები, საშუალოდ 33 წლის, მაგისტრის ხარისხის მქონე ფსიქოლოგები, რომლებსაც აქვთ ინდივიდუალური კონსულტირების გამოცდილება და დასაქმებულები არიან უმეტესად არასამთავრობო სექტორში. შერჩევაში შედარებით ნაკლები რაოდენობით, წარმოდგენილები არიან სოციალური მუშაკები და ფსიქიატრები. მონაწილეთა უმრავლესობა მდებრობითი სქესის არის, ჰეტეროსექსუალია და სისგენდერია. მათი 60% აღნიშნავს, რომ დამოუკიდებლად ეძებს ინფორმაციას ლგბტკი საკითხებზე, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ შერჩევაში ლგბტკი თემით დაინტერესებული ადამიანები მოხვდნენ. მიუხედავად ამისა, სპეციალისტები ავლენენ დაურწმუნებლობას ლგბტკი კონსულტირებისთვის საკმარისი კომპეტენციის ფლობის თვალსაზრისით,

ასევე ნეიტრალურ პოზიციას იკავებენ ლგბტქი საკითხებში კომპეტენტური კოლეგების მხარდაჭერის არსებობის შესახებ შეკითხვაზე. ეს, შესაძლოა, აიხსნას მიღებული ინფორმაციის სანდოობაში დაურწმუნებლობით. კერძოდ, სპეციალისტები ინფორმაციის მიღების სანდო წყაროდ მიიჩნევენ ექსპერტს/ მკვლევარს, პროფესიული განათლების წყაროებს (საუნივერსიტეტო სივრცე) და ლგბტქი სათემო ორგანიზაციებს, თუმცა ყველაზე მწირ ინფორმაციას ექსპერტი/მკვლევარისგან და საუნივერსიტეტო სივრცეიდან იღებენ. მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ მედია არის ინფორმაციის მიღების ძირითადი წყარო, თუმცა მას ნაკლებად ენდობიან. კომენტარებშიც მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ ხშირად უჭირთ მიზანმიმართულად იმ ინფორმაციის მოპოვება, რომელიც პრაქტიკაში გამოადგებათ. აქვე აღსანიშნავია, რომ რელიგიური ლიდერები, როგორც ინფორმაციის მიღების წყარო, 1%-ზე ნაკლებია ჩვენს შერჩევაში. ეს შესაძლოა მიუთითებდეს იმაზე, რომ მონაწილეები ნაკლებად ენდობიან რელიგიურ ლიდერებს ლგბტქი საკითხებზე ინფორმაციის მისაღებად, ან ზოგადად, ნაკლებ რელიგიურები არიან. ამიტაც შეიძლება აიხსნებოდეს ლგბტქი თემის მიმართ უმეტესად პოზიტიური დამოკიდებულებები.

კომპეტენციის შეფასებისას აღმოჩნდა, რომ ცოდნის დიდი ნაწილი – ლგბტქი ტერმინოლოგიის განმარტებები, მონაწილეებს სწორედ პროფესიული მომზადებიდან აქვთ მიღებული. ეს პასუხი („ვისწავლე პროფესიული მომზადებიდან“) მოიცავდა როგორც საუნივერსიტეტო განათლებას, ასევე, ონლაინ პროფესიულ კურსებს, ვებინარებს და ა.შ. ფორმალურ პროფესიულ წყაროებს. რაც ეხება უფრო ნიუანსურ ცოდნას, ლგბტქი თემის შესახებ, ეს ინფორმაცია არაფორმალური წყაროებიდან სმენიან (მაგ. არჩეული ოჯახები, აკადემიური მოსწრება, სტიგმა და სტრესი, რომანტიკული ურთიერთობები). ცალსახად, ცოდნის დეფიციტი გამოიკვეთა ბისექსუალების შესახებ დებულებებში.

რაც ეხება ლგბტქი თემთან მუშაობის გამოცდილებას, შერჩევის 63%-ს მიუღია პრაქტიკაში ერთი ან მეტი ლგბტქი კლიენტი; ეს მონაცემი თანხმობაში მოდის ლგბტქი თემით დაინტერესებასთან და ინფორმაციის მოძიების მოტივაციასთან. თუმცა, კვლევის შედეგებში ვნახეთ, რომ გამოკითხულთა მხოლოდ 12% სვამს პირდაპირ შეკითხვას კლიენტის სექსუალური ორიენტაციის/გენდერული იდენტობის შესახებ.

გამოკითხულთა უმრავლესობა ირიბი გზებით ცდილობს მიიღოს ინფორმაცია კლიენტის სექსუალობასა და იდენტობაზე. ამავდროულად, მონაწილეები (86%) მიიჩნევენ, რომ ნაწილობრივ ან საერთოდ არ განსხვავდება ლგბტქი

კლიენტებთან მუშაობა სხვა პოპულაციებთან მუშაობისგან; ეს მონაცემები, გვაფიქრებინებს, რომ სპეციალისტები უფრო მეტად ქვიარ სიბრმავისკენ იხრებიან. ამას ნაწილობრივ მონმობს ქვიარ სიბრმავის ქვესკალის მონაცემები თერაპიული მიდგომების ნაწილიდან. სპეციალისტები თავს არიდებენ შეკითხვების დასმას სოგი-ს ირგვლივ. ეს შესაძლოა იყოს გამონევეული კლიენტის რეაქციის შიშით, ზოგიერთმა კლიენტმა შესაძლოა აგრესიულად უპასუხოს შეკითხვას, ასევე შეიძლება აიხსნას პირადი უხერხულობის განცდით ამ საკითხების მიმართ, დაურწმუნებლობით სჭირდება თუ არა სპეციალისტს ეს მონაცემი კლიენტთან მუშაობისას. რამდენადაც მონაწილეთა უმრავლესობა თვლის, რომ ლგბტქი ჯგუფთან მუშაობა არ განსხვავდება სხვა ჯგუფებთან /ზოგად პოპულაციასთან მუშაობისგან, შესაბამისად, მათთვის არ აქვს კლიენტის სექსუალურ ორიენტაციას და გენდერულ იდენტობას მნიშვნელობა, რადგან მაინც ერთსა და იმავე ინტერვენციებს იყენებენ.

სპეციალისტები ლგბტქი ჯგუფის ძირითად პრობლემებად ასახელებენ ინტერპერსონალური ურთიერთობის სირთულეებს, შფოთვისა და დისკრიმინაციის/ძალადობის გამოცდილებას; შეიძლება ითქვას, რომ მესამე პრობლემა სპეციფიკურია ლგბტქი ჯგუფისთვის, რამდენადაც მარგინალიზებული და სტიგმატიზებული ჯგუფია. ამ მხრივ, მონაწილეები აშკარად თანხმდებიან, რომ სპეციფიური შეიძლება იყოს ლგბტქი თემის სამუშაო საკითხები.

კვლევის მონაწილეები ემხრობიან აფირმაციულ, ანუ მხარდაჭერ თერაპიულ მიდგომას, რაც გულისხმობს იმას, რომ ისინი არაჰეტეროსექსუალურ ორიენტაციებს და არაბინარულ იდენტობებს აღიარებენ ნორმად, აღიარებენ ამ ჯგუფის ჩაგვრას და მათი მხარდაჭერის აუცილებლობას ხედავენ, აღიარებენ უმცირესობის სტრესის საზიანო გავლენას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ლოგიკურად, მონაწილეები არ ეთანხმებიან კონვერსიული თერაპიის დაშვებებს, მაგრამ შედარებით ნეიტრალური პოზიციები აქვთ ქვიარ ბრმა მიდგომისადმი, რომლის თანახმადაც ლგბტქი ჯგუფი განიხილება თანაბრად, როგორც საზოგადოების სხვა ჯგუფები. შესაძლოა ითქვას, რომ კვლევის მონაწილეები ლგბტქი აფირმაციულ და ქვიარ ბრმა მიდგომებს შორის მერყეობენ. ერთი მხრივ, აღიარებენ, რომ ამ ჯგუფს მხარდაჭერა ესაჭიროება, მეორე მხრივ, უჭირთ, პირდაპირ დასვან შეკითხვები სოგი-ს ირგვლივ და, მესამე მხრივ, ფიქრობენ, რომ ლგბტქი ჯგუფთან მუშაობა არაფრით განსხვავდება სხვა ჯგუფებთან მუშაობისგან. აქ შესაძლოა ვიფიქროთ ცოდნისა და პროფესიული გადამზადების დეფიციტზე. დამოკიდებულებების ნაწილში ჩანს, რომ შერჩევამო მიხვედრილ სპეციალისტებს, უფლებრივი მიდგომარეობის გარდა,

თითქმის არ აქვთ ნეგატიური დამოკიდებულებები ლგბტქი ჯგუფის მიმართ. აფირმაციული თერაპიული მიდგომის არჩევა და ნეგატიური დამოკიდებულებების არარსებობა თანხმობაში მოდის ერთმანეთთან, თუმცა ეს იმას არ ნიშნავს, რომ სპეციალისტებმა იციან როგორ იმუშაონ ლგბტქი ჯგუფთან. ლგბტქი მეგობრულობა არ აღმოჩნდა საკმარისი პროფესიონალური მხარდაჭერის გასაწევად ლგბტქი თემისთვის. ამავდროულად, დასაფიქრებელია, რომ ჩვენი შერჩევა უმეტესწილად არ ემხრობა ქორწინებისა და შვილად აყვანის უფლებას ჰომოსექსუალებში. ასევე არ ემხრობა ლგბტქი აფირმაციულ მიდგომას ბავშვებში. ბავშვებისა და მოზარდების საკითხი კომენტარებშიც გამოიკვეთა. განსაკუთრებით, ბავშვებთან მომუშავე სპეციალისტები აღნიშნავენ, რომ არ იციან როგორ ესაუბრონ ბავშვებს სოგი-ს საკითხებზე. რაც ეხება უფლებრივი მდგომარეობის მიმართ დამოკიდებულებას, სპეციალისტების უმრავლესობა არ აღიქვამს ლგბტქი ჯგუფს თანასწორუფლებიანად. რა გავლენას შეიძლება ახდენდეს ეს ფაქტორი თერაპიულ პროცესზე, როდესაც თერაპევტი არ აღიქვამს თავის კლიენტს თანასწორუფლებიანად, ეს შემდგომი კვლევის საგანია. იკვეთება შუალედური პოზიცია, თერაპევტები ლგბტქი თემის ჩაგვრის წინააღმდეგნი არიან, მაგრამ არც საზოგადოების სრულუფლებიან ნევრებად განიხილავენ ლგბტქი ადამიანებს. საინტერესო იქნებოდა გაგვეგო, რა საფრთხეებს ხედავენ ისინი ლგბტქი ჯგუფის უფლებების აღიარებაში, მაშინ როდესაც, ჰომოსექსუალობასა და გენდერული იდენტობების პათოლოგიზაციას ნაკლებად ემხრობიან. სპეციალისტებმა იციან, რომ არაჰეტეროსექსუალური ორიენტაციები ამოღებულია დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორებიდან, შესაბამისად, ისინი ცდილობენ საერთაშორისო სტანდარტებთან და სამეცნიერო აზრთან თანხმობაში იყვნენ, შესაძლებელია, ეს პროფესიული იმიჯის ნაწილი იყოს.

რაოდენობრივ კვლევაში გამოვლენილი წინააღმდეგობები მიუთითებს, რომ ჰეტეროსექსიზმის დაძლევა გაცილებით ღრმა და შინაგანი პროცესია. საჭიროა სივრცეები, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები საკუთარ დამოკიდებულებებსა და ქცევებზე დაფიქრდებიან და მეტად თანმიმდევრულები იქნებიან თავიანთ პრაქტიკაში. მხოლოდ ინფორმაციის მიღება, მაგალითად ლგბტქი ტერმინების შესახებ ან იმის, რომ ჰომოსექსუალობა აღარ განიხილება დაავადებად, არ არის საკმარისი. უმნიშვნელოვანესია, ჰეტეროსექსიზმის ემოციური განზომილების დამუშავება და იმის სწავლა, თუ როგორ მოიქცეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი ლგბტქი კლიენტთან, ზიანის მიყენების გარეშე.

5. თვისებრივი კვლევის მიგნებები – ლებტი კლიენტების გამოსდილეპი

ინტერვიუებში ვხვდებით როგორც თემის წევრების, ასევე მათი მშობლების გამოცდილებებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში. მონაცემებში კარგად ჩანს, თუ რა გზა გაიარეს მათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან მიმართვისას მოზარდობის ასაკიდან ზრდასრულობამდე.

რამდენადაც ტრანსგენდერ ადამიანებთან მუშაობაში ჩართულები არიან ენდოკრინოლოგი, სექსოლოგი, მამოლოგი, გინეკოლოგი და ქირურგი, განსაკუთრებით ტრანზიციის²⁶ პროცესში, ამ სერვისების ირგვლივაც გაზიარებულ გამოცდილებას შედეგების ანალიზში შევავამებთ.

5.1 უსიქიპური ჯანმრთელობის სერვისების მოქიპეა და ხელმისაწვდომობა

სპეციალისტის მოძიების გზად სამი ძირითადი წყარო დასახელდა: ნაცნობი სპეციალისტი/ოჯახის ახლობელი, მედიაში პოპულარული/ცნობილი სპეციალისტი და ინტერნეტის საშუალებით, სოციალურ ქსელებში განეული რეკომენდაცია. ზოგიერთი რესპონდენტი თავიდანვე თანატოლის დახმარებით მოხვდა სათემო ორგანიზაციაში, სადაც შეძლო საჭირო სერვისების მიღება.

მონაწილეები სპეციალისტის მოძიების პროცესში ასახელებენ ბარიერებს, როგორებიც არის ფინანსური ხელმისაწვდომობა, სტიგმა, ინფორმაციის სიმწირე შესაფერისი სერვისებისა და სპეციალისტების შესახებ.

ცისია ჰყვება, რომ მოზარდობის ასაკში, როდესაც ოჯახთან ქამინგაუთის²⁷ პროცესში იყო და მხარდაჭერა სჭირდებოდა, თავად მოიძია ფსიქოლოგი ინტერნეტის საშუალებით:

26 **ტრანზიცია** – პროცესი, რომელშიც ტრანსგენდერი ადამიანი გადის ფიზიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ცვლილებებს, იმისთვის რომ შესაბამისობაში იყოს მის გენდერთან და/ან მის გენდერულ გამოხატვასთან (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

27 **ქამინგაუთი** – პროცესი, როდესაც ლგბტი ადამიანი საკუთარ თავთან და/ან სხვებთან ამულავნებს საკუთარ ლგბტი იდენტობას (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

„პირველი ფსიქოლოგი მოვიძიე მე, იმიტომ რომ სოციალურ ქსელში წავიკითხე და არ ჰქონდა ცუდი დამოკიდებულება ამ თემის მიმართ, და რატომღაც ვიფიქრე, რომ დამეხმარებოდა..“ (ინტერვიუ ცისიასთან, 29/01/2022).

თუმცა, კონსულტირების პროცესში, ცისიამ აღმოაჩინა, რომ კონვერსიულ თერაპიას სთავაზობდნენ და ფსიქოლოგმა, რომელიც თავის სტატიის შიგნით აფირმაციულ პოზიციას ამჟღავნებდა, ცისია, თერაპიის პარალელურად, მღვდელთან გადაამისამართა გამოჯანმრთელების ლოცვაზე დასასწრებად. აღნიშნულ საკითხს კონვერსიული მკურნალობის თავში დეტალურად შევხებით.

ინტერნეტითა და ნაცნობობით, თუ პოპულარობის გამო მოძიებული სპეციალისტები, გამოკითხული რესპონდენტებიდან არც ერთის შემთხვევაში არ აღმოჩნდნენ მზად ლგბტკი კლიენტის დასახმარებლად. სპეციალისტებმა ვერ შეძლეს მიეწოდებინათ კლიენტებისთვის ინფორმაცია სოგის შესახებ და დახმარებოდნენ მათ თვითგამორკვევის პროცესში ღიად და თავისუფლად. საბოლოოდ, რესპონდენტებმა მსგავსი რესურსის მოძიება სათემო ორგანიზაციებში შეძლეს, თუმცა, მანამდე გრძელი გზა გაიარეს სპეციალისტიდან სპეციალისტამდე.

ზურა აღნიშნავს, რომ სათემო ორგანიზაციაში მიიღო საჭირო ინფორმაცია სექსუალური ორიენტაციისა და ქამინგაუთის სირთულეების, უმცირესობის სტრესთან და სტიგმასთან გამკლავების შესახებ, რაც მისთვის გადამწყვეტი აღმოჩნდა იმ ეტაპისთვის დისტრესის შესამცირებლად:

„მე უკვე ინფორმაცია მქონდა გენდერების არსებობის შესახებ, ანუ რამდენი გენდერი არის და უკვე ვხვდები რომ, როცა ინფორმაცია მივიღე, რომ არ არის არაფერი განსხვავებული და განსაკუთრებული იმაში, რომ თავს თუნდაც სხვანაირად გრძნობდე, ვიდრე რავი, რასაც ის ფსიქოლოგი მეუბნებოდა, რომ პირიქით პრობლემაა და შეიძლება ჰორმონების ბრალიც ყოფილიყო.. რეალურად ძაან დიდი როლი ითამაშა თამუნამ (სათემო ორგანიზაციის თანამშრომელი, სახელი შეცვლილია) იმაში რომ ბევრ რალაცაში გამარკვია საკუთარ თავზე“ (ინტერვიუ ზურასთან, 20/03/2022).

იას შემთხვევაში კი როდესაც მის შვილს დასჭირდა ფსიქოლოგის მხარდაჭერა გენდერული იდენტობის გამორკვევის პროცესში, ნაცნობობით მოძიებულმა ფსიქოლოგმა, რომელიც მოზარდებთან მუშაობდა, კლიენტის სათემო ორგანიზაციაში გადაამისამართა სერვისის მისაღებად. უნდა აღინიშნოს, რომ ამგვარი ცოდნა სერვისების შესახებ ნამდვილად დადებითი ფაქტორია სპეციალისტისთვის, თუმცა, ია აღნიშნავს, რომ გადაამისამართება საკმაოდ მტკივნეული იყო მისთვის:

„მე მეგონა რომ ეს ვიზიტები იქნებოდა ხანგრძლივი, მე არ მეგონა რომ ფსიქოლოგი ასე უცებ თამთას (სახელი შეცვლილია) ეტყოდა, რომ შენ გჭირდება სხვა.. სიმართლე გითხრათ, ეს მენყინა მე იმიტომ რომ მალევე აარიდა თავი.. [...] თუნდაც ის რომ უთხრა, შენ სხვა მიმართულების ფსიქოლოგი გჭირდება.. ანუ შენ უფრო სხვანაირი ხარ ვიდრე სხვა ჩემი.. სხვა ადამიანები ვისთანაც მე მაქვს კონტაქტი. გააკეთა უფრო გამოყოფა მისი, რომ სხვანაირია და უფრო სხვა დონის სჭირდება, სხვა მიმართულების...“ (ინტერვიუ იასთან, 18/01/2022).

ია ხაზს უსვამს ფინანსურ ნაწილსაც. იგი აღნიშნავს, რომ არსებული ფასები, რასაც კონსულტაციაში ითხოვდნენ სპეციალისტები, სერვისის რეგულარულად მიღების შემთხვევაში, საკმაოდ დიდი თანხა ჯდებოდა:

„მე ერთი ვარიანტი მქონდა, აუცილებლად კარგი უნდა მეპოვნა ვინმე, ვინც ბავშვს დაეხმარებოდა და მეორე, ეს რეგულარულად ვიზიტში როგორ უნდა მეხადა ეს თანხა“ (ინტერვიუ იასთან, 18/01/2022).

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ბარიერი კვლევის მონაწილეებისთვის ინფორმაციის არქონა იყო, თუ სად და რა კრიტერიუმებით მოეძებნათ სპეციალისტები. მშობლები განსაკუთრებით აღნიშნავენ, რომ ხანგრძლივი გზის გავლა დასჭირდათ, სანამ იპოვნიდნენ სერვისს, სადაც ადეკვატურ დახმარებას მიიღებდნენ:

„ნუ, ერთადერთი რაც ცუდი არის ჩვენს ქვეყანაში... ნუ ერთადერთი არა, მარა ყველაზე ცუდი არის ჩვენს ქვეყანაში ინფორმაციის არ

ქონა. ინფორმაციას ასე ვერ მოიპოვებ და სპეციალისტების ნაკლებობაც არის და, ეს ყველაფერი არის, რაღაცნაირად, გასაიდუმლოებული. [...] უკვე 21-ე საუკუნეა ჩვენთანაც ხო?! ჩართე კომპიუტერი, დაგუგლე, ხო?! აღარ არის ის დრო რომ მეზობელს ჰკითხო და დედას და მამას ჰკითხო და სადღაცა ნიგნში ამოიკითხო ხო?! აღარ არის ეს დრო. უნდა ადგე, დაგუგლო და ამოილო ეს ინფორმაცია. დაგვუგლეთ. ჩვენთან ვერც ექიმს იპოვი, ვერც კლინიკას იპოვი, ვერც რაღაცას.. ნუ ხდები რაღაც... რეკლამის რაღაცა..“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

საბოლოო ჯამში, სერვისების მოძიების პროცესი, შეიძლება ითქვას, რომ ცდისა და შეცდომის მეთოდით მიმდინარეობდა ჩვენი კვლევის მონაწილეების შემთხვევაში. თუ ქვიარ ადამიანებს მშობლის ან ოჯახის მხარდაჭერა ჰქონდათ, სპეციალისტის მოძიების სირთულეს წარმოადგენდა მათი სპეციალური მომზადების არარსებობა, ანუ ისეთი სპეციალისტის პოვნა, რომელიც დაეხმარებოდა მათ სექსუალობისა და გენდერული იდენტობის საკითხებში გარკვევის პროცესში. ამ თვალსაზრისით, თანასწორების მხარდაჭერა გაცილებით ეფექტიანი აღმოჩნდა მაგალითად, დათოს და ზურას შემთხვევებში, რადგან სწორედ თანასწორებისგან მიიღეს მათ ინფორმაცია სათემო ორგანიზაციების შესახებ, სადაც უკვე შეეძლოთ, რომ საჭირო რესურსები და ადეკვატური მომსახურება მიეღოთ. ასევე, დამხმარე აღმოჩნდა სპეციალისტი, რომელსაც ჰქონდა ლგბტქი სათემო სერვისების შესახებ ინფორმაცია და მალევე დააკავშირა თავისი კლიენტი აღნიშნულ სერვისებთან.

გარდა ხელმისაწვდომობისა და ადეკვატური მომსახურების ნაკლებობისა, ამ პროცესს თან ახლდა სტიგმა და სირცხვილის განცდა იმ საკითხის ირგვლივ, რის გამოც მონაწილეები სპეციალისტებს ეძებდნენ. მაგალითად, ია აღნიშნავს, რომ ჰყავდა ნაცნობი ფსიქოლოგები და ფსიქიატრები, მაგრამ მათ ვერ ეტყოდა იმის შესახებ, რაშიც იგი სპეციალისტის დახმარებას საჭიროებდა. საბოლოოდ, შესაძლოა ითქვას, რომ მონაწილეთა უმრავლესობისთვის ორმაგი ან სამმაგი სტრესი აღმოჩნდა ისეთი სერვისის მოძიება, რომელიც რეალურად დაეხმარებოდა მათ და ფინანსურადაც ხელმისაწვდომი იქნებოდა.

5.2 უსიქიკური ჯანმრთელოლის სერვისეაი ქვიართქვის მიჯეაი

კვლევის მონანილეები ფსიქიკური ჯანმრთელოლის სპეციალისტთან მიმართვის მიზეზებად სხვადასხვა პრობლემას ასახელებენ. თუმცა, ერთი მნიშვნელოვანი ხაზი ყველა ინტერვიუს გასდევს. ეს არის საკუთარ სექსუალობაში ან/და გენდერულ იდენტობაში თვითგამორკვევა და ამ პროცესში მხარდაჭერის საჭიროება ან მკურნალობის იძულება ოჯახის წევრის მხრიდან, სექსუალური ორიენტაციის, გენდერული თვითგამოხატვის, არაბინარულობის გამო. სპეციალისტებთან მიმართვა ინყებოდა კლიენტის მოზარდობის ან გვიანი მოზარდობის (18-19 წლის) ასაკიდან.

მონანილეები ინტერვიუებში იხსენებენ, რომ თვითგამორკვევის პროცესში, სწორედ, ინფორმაციის ნაკლებობის გამო განიცდიდნენ დისტრესს, რადგან ფიქრობდნენ, რომ მხოლოდ მათ „სჭირთ“ ასეთი რამ. ეს იყო მიზეზი, რის გამოც ძირითადად ფსიქოლოგს ან ფსიქიატრს მიმართავდნენ:

„ყველაფერი დაიწყო იქედან, რომ ჩემს შვილს სექსის იდენტიფიცირების პრობლემა აქვს, ჰქონდა. ახლა გავერკვიეთ და აქედან გამომდინარე, ასაკის შესაბამისად, როგორც კი წამოიზარდა, დაგვჭირდა რალაც.. თავიდან სანამ მივხვდი ჩვეულებრივად ფსიქოთერაპევტთან დამყავდა. მეგონა, რომ უბრალოდ, რთული ბავშვი იყო. მერე რალაცნაირად, იქ-იქიდან, იქ-იქიდან.. ბევრი სპეციალისტი გამოვიცვალეთ შეიძლება ასე ითქვას“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

შემთხვევებში, სადაც მშობლები ფიქრობდნენ, რომ მათი შვილი უნდა „გამოსწორებულიყო“ და ემკურნალა, სირთულედ სახელდება წარუმატებელი/უშედეგო თერაპიები და ამის გამო, სერვისიდან სერვისში გადასვლა. რესპონდენტები იხსენებენ, როგორ იცვლიდნენ სპეციალისტებს:

„ვთქვი, რომ აზრი არ აქვს, არაფერი შეცვლილა და არ იცვლება არაფერი, მერე წამიყვანეს სხვა ფსიქოლოგთან“ (ინტერვიუს ცისი-ასთან, 29/01/2022).

ზურა ჰყვება, რომ მას შემდეგ რაც ოჯახთან გაამჟღავნა საკუთარი სექსუალური ორიენტაციის შესახებ, დედამ გადაწყვიტა ემკურნალა მისთვის და სწორედ ამ მიზეზით მიიყვანა ფსიქოლოგთან:

„ფიქრობდნენ, რომ ფსიქოლოგი ორიენტაციის შეცვლაში დამეხმარებოდა და დედამ მიმიყვანა“ (ინტერვიუ ზურასთან, 20/03/2022).

ანალოგიური გამოცდილება აქვს ილიასაც, ოჯახთან ქამინგაუთის შემდეგ, დეიდამ გადაწყვიტა მისი დანვნა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში:

„დეიდაჩემს გამოუთქვამს ეგეთი აზრი, რომ მე მყავსო ფსიქიატრიულში ვილაც (ნაცნობი) და წავიყვანოთ, იქ დაანვენენო“ (ინტერვიუ ილიასთან, 13/03/2022).

ზოგიერთ შემთხვევაში მონაწილეებმა თავად მოიძიეს ან სთხოვეს მშობელს, რომ წაეყვანათ ფსიქოლოგთან ან ფსიქიატრთან, ზოგ შემთხვევაში კი ეს იძულებით მოხდა არაბინარული²⁸ გენდერული თვითგამოხატვის ან ქამინგაუთის შემდეგ. ამგვარი გამოცდილებები განსაკუთრებით რთული გასახსენებელი იყო, მოყოლის პროცესს თან ახლდა ბრაზისა და სინანულის ემოციები. ბრაზი მშობლისა და სპეციალისტის მიმართ, ხოლო სინანული იმაზე, რომ გაამჟღავნეს საკუთარი თავი „არასწორ დროს“:

„რა და გადავწყვიტე რატომღაც, რომ ყველაფერი უნდა მეთქვა ჩემებისთვის ჩემი ორიენტაციის შესახებ, ცუდი გადაწყვეტილება იყო ნამდვილად.. ეხლა ანუ.. არ უნდა მეთქვა.. შეცდომა დავუშვი იმიტომ რომ.. სანამ მთლიან დამოუკიდებლობას არ მიაღწევ, მგონი, მანამდე არ არის კარგი..“ (ინტერვიუ ცისიასთან, 29/01/2022).

„19-20 წლის ვიყავი.. მაშინ ვმუშაობდი. ჩემს თავში იმდენად არ ვიყავი გარკვეული, ქამინგაუთიც არ მქონდა გაკეთებული ოჯახში. თავს ისე უცხოდ ვგრძნობდი, რაღაც უცხო ჭურჭელში ვგრძნობდი თავს და გადავწყვიტე რომ გამერკვია და რამდენადაც მოვიძიე იქაური სიტუაციიდან გამომდინარე, ვიცოდი, რომ ფსიქოლოგები ეხმარებოდნენ, რომ საკუთარი თავი ამოგეცნო, თუ რა ხარ, რას წარმოადგენ და რა გინდა რომ იყო“ (ინტერვიუ ნათიასთან, 06/03/2022).

²⁸ არაბინარული – ორობითი სისტემის მიღმა. გენდერული იდენტობის კონტექსტში, არაბინარული არის ადამიანი, რომელიც არ აიდენტიფიცირებს თავს არც ერთ ბინარულ გენდერთან (კაცი/ქალი).

დათოს (ტრანსგენდერი კაცი) შემთხვევაში, მიმართვის მიზეზი გენდერული გამოხატვა და არაბინარული სხეული იყო, რადგან „გოგოს კვალობაზე“ მასკულინურად გამოიყურებოდა. იგი იხსენებს, თუ როგორ ურჩია მეზობელმა დედას ენდოკრინოლოგთან მისი წაყვანა, საკუთარი გამოცდილების მაგალითზე, როდესაც ის ტესტოსტერონის მოჭარბებას უჩიოდა, თუმცა ეს ამბავი, დიდი ალბათობით, დათოსთვის შეთხზა. იგი ამას ნახევრად იუმორით იხსენებს:

„(მეზობელი ჰყვება) ერთ დღეს გავიღვიძე და უცნაური აზრები მქონდა თავშიო, ვერ ვცნობდი ჩემს თავსო, მივედი ამ კლინიკაში და თურმე მამაკაცის ჰორმონი მქონია ჭარბიო და ვიმკურნალე, დაგმშვიდდი და აღარ ვფიქრობ „კაცურადო“ (ინტერვიუ დათოსთან, 17/02/2022).

თუმცა, ენდოკრინოლოგთან მკურნალობის პროცესს მრავალი შიში ახლდა თან, რადგან დათო და მისი ოჯახი განიცდიდნენ ინფორმაციის ნაკლებობას, დათო 18 წლის იყო და ბოლომდე ვერ გამორკვეულიყო თავის თავში, ჰორმონული მედიკამენტების იძულებით მიღება კი სტრესული იყო მისთვის. იგი სტრესში იყო იმის გამო, რომ შეიძლებოდა მართლაც მისი მეზობელივით მოსვლოდა და ჰორმონული მკურნალობის შემდეგ, „კაბების ჩაცმა დაეწყო“. თუმცა, მშობლის ხათრით, ბოლომდე გაიარა ეს კურსი.

ნია იხსენებს ბრახს, რომელსაც მოზარდობის ასაკში განიცდიდა, რადგან საკუთარი სექსუალობის ირგვლივ ზოგჯერ დანაშაულის განცდა, ზოგჯერ სირცხვილი, ზოგჯერ კი ამბივალენტური ემოციები იჩინდა თავს და ამ საკითხზე ვერავის ელაპარაკებოდა:

„მგონი მე ვთხოვე (დედას), არ მახსოვს ზუსტად რამ გამოიწვია. მე ვთხოვე და ძალიან აგრესიულად ვთხოვე, მაგრამ ვთხოვე, იმიტომ რომ ბრაზი, აგრესია და ბევრი სხვადასხვა რალაცები მანუხებდა, რასაც დედაჩემთან ვერ ელაპარაკობდი და ვინმე მინდოდა, ვინც ამნაირად დამეხმარებოდა“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობაში თვითგამორკვევის პროცესი, არაბინარული სხეულის აღიარებასთან დაკავშირებული

სირთულეები და ქამინგაუთის შემდეგ ოჯახთან ურთიერთობის აწყობა ჩვენი რესპონდენტებისთვის ცენტრალური საკითხები იყო, რის გამოც ისინი საკუთარი ნებით თუ იძულებით მიიყვანეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან. თუმცა, წარმატებული ინფორმირებისა და დისტრესის შემცირების შემთხვევები არ გამოვლენილა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიკებში, თუ კერძო ფსიქოთერაპევტებთან მიმართვისას. ყველაზე ნაკლებ დამაზიანებელ შემთხვევებში, სპეციალისტები ეუბნებოდნენ კლიენტებს, რომ ლგბტკი მიმართულებით არ მუშაობენ და მათ სხვა სერვისი სჭირდებოდათ, თუმცა სერვისიდან სერვისში გადამისამართება არანაკლებ მტკივნეული პროცესი აღმოჩნდა. თუ რა პროფესიულ მიდგომებს შეხვდნენ კვლევის მონაწილეები და რა რჩევები მიიღეს ამ სერვისებში, ქვემოთ განვიხილავთ.

5.3 სპეციალისტების დამოკიდებულება და რჩევები

*„თინეიჯერია და გაუვლის თავისით. ვარჯიში, სწორად კვება, კარგი ფიქრები – ეს იყო ჩემი მკურნალობა...“
(ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022)*

კვლევის მონაწილეები გვიყვებიან სპეციალისტების დამოკიდებულებების შესახებ, რასაც კონსულტაციების დროს გადააწყდნენ. ასევე, გამოიკვეთა ზოგადი რჩევები, რომლებიც ლგბტკი კლიენტებმა/პაციენტებმა მიიღეს სხვადასხვა სპეციალისტისგან. ამ ნაწილში მიმოვიხილავთ ამ ორ საკითხს, რადგან ვფიქრობთ, რომ ერთმანეთისგან გამომდინარეობს.

ნია მოზარდობის ასაკში მიიყვანეს ფსიქოლოგთან. მას გარკვეული სირთულეები ჰქონდა, მათ შორის, სექსუალურ ორიენტაციასთან დაკავშირებით. იტანჯებოდა დანაშაულის განცდით, ფიქრობდა, რომ ცოდვილი იყო და აუცილებლად დაისჯებოდა. ამ ფონზე, მიმართავდა თვითდაზიანებებს – ისახიჩრებდა სხეულს, გახდა დეპრესიული. ნია ჰყვება, რომ ხშირად მისი პრობლემები სერიოზულად არ იყო აღქმული ასაკის გამო, როგორც ოჯახის წევრების, ასევე სპეციალისტების მხრიდან. იგი იხსენებს ვიზიტს ფსიქოლოგთან:

„ყველა ჩემი პრობლემა, ფსიქოლოგს რაც წარუდგინე, გადახაზა და (თქვა რომ) აი, თინეიჯერია და გაუვლის თავისით. ვარჯიში, სწორად კვება, კარგი ფიქრები – ეს იყო ჩემი მკურნალობის.. ისა..“

ანუ რომ.. იმდენად ზედაპირულად შემომხედა და დამელაპარაკა ასე ვთქვათ რომ.. იმ პრობლემებზე ვერ ველაპარაკებოდი, მათ შორის, ეს სექსუალური პრობლემები, თვითდაზიანება და ა.შ“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

ინტერნალიზებული ჰომოფობია²⁹ ერთ-ერთი ცენტრალური თემაა თვითგამორკვევის პროცესში, რომლის დაძლევაშიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის დახმარებას მნიშვნელოვანი როლი აქვს. ინტერნალიზებული ჰომოფობია, როგორც წესი, კავშირშია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან, როგორც არის თვითსიძულვილის ფონზე საკუთარი თავის დაზიანება, ნივთიერებათა ავადმომხმარება, ან შფოთვითი და გუნება-განწყობის აშლილობების განვითარება. შესაძლებელია, ლგბტქი სათემო ორგანიზაციები და თანასწორთა მხარდაჭერა სწორედ ამიტომ აღმოჩნდა ყველაზე ეფექტიანი გზა მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად, რადგან მიზანმიმართულად, ინტერნალიზებული ჰომო/ბი/ტრანსფობიის თუნდაც ნაწილობრივ დაძლევაში დაეხმარა ჩვენს რესპონდენტებს.

ზურა იხსენებს, რომ მოზარდობის ასაკში, სექსუალობაში თვითგამორკვევის პროცესი საკმაოდ კრიზისული აღმოჩნდა მისთვის, ისიც მიმართავდა თვითდაზიანებებს და ფიქრობდა თვითმკვლელობაზე. ფსიქოლოგმა მას ყურადღების გადატანა ურჩია სხვა საკითხებზე, სექსუალურ ორიენტაციაზე კი უთხრა, რომ ეს იყო დროებითი ფაზა და თუ გოგოსთან ურთიერთობას მოსინჯავდა, გადაუვლიდა. ზურას შემთხვევაში ჩანს, რამდენად არაინფორმირებულია სპეციალისტი სოგი-ს საკითხებში, შესაბამისად, რამდენად არასერიოზულია მისი დამოკიდებულება ამ საკითხის მიმართ. მან ასევე მიიღო რჩევა, რომ დაემალა თავისი სექსუალური ორიენტაცია როგორც სახლში, ასევე საზოგადოებაში. მეტიც, ფსიქოლოგი ზურას შეუთანხმდა, რომ თავადაც მოატყუებდა დედამისს, რომ ზურა „გამოჯანმრთელდა“ და დაუბრუნდა „ნორმალურ ჰეტეროსექსუალურ“ ურთიერთობებს. ერთი შეხედვით, სპეციალისტი ეცადა დახმარებოდა კლიენტს გარემოსთან ადაპტაციაში, იმ მომენტისთვის, თუმცა, ამკარაა,

29 ინტერნალიზებული ჰომოფობია – ეს ტერმინი საკუთარი ჰომოსექსუალობის გამო განცდილ სირცხვილს აღნიშნავს და გულისხმობს, რომ ჰომოსექსუალმა ადამიანმა შეითვისა ჰომოსექსუალობის მიმართ არსებული ნეგატიური სოციალური დამოკიდებულებები (ვრცელი განმარტება იხ. დანართში N1, ტერმინი – ჰომოფობია).

რომ სპეციალისტმა გარშემომყოფების კარგად ყოფნაზე უფრო მეტი იფიქრა, ვიდრე კლიენტის კეთილდღეობაზე:

„მგონი ისიც თქვა, რომ რაღაც ფაზა იყო ეგეთი.. ხო აი, გოგოსთან ურთიერთობის გამოცდილება მიგახვედრებოდა რა.. [...] როგორც მივხვდი დიდი ინფორმაცია არ ჰქონდა ამის შესახებ, მაგრამ რაღაცებს მე თვითონ მაცოდებდა, რა როგორ მოხდა ქამინგაუთის დროს და თითქოს ანუ კი მაჩვენებდა, რომ ვითომ მიმღები იყო, მაგრამ რაღაც ისტორიების მოყოლისას ვხვდებოდი, რომ რაღაც ისე არ იყო რა.. აი, მაგალითად ვუყვებოდი რომ ვიღაც ბიჭი მომწონდა და ამ ისტორიას რომ ვუყვებოდი იცინოდა უბრალოდ [...] რაღაც მომენტში ვფიქრობდი, რომ დამცინოდა და არასასიამოვნო იყო ეგ. [...] მითხრა, რომ ეგ დაეხმარებოდა დედაჩემსაც და უფრო მარტივი გახდებოდა ჩემი ცხოვრება, თუ დავმალავდი ამ ყველაფერს. [...] საბოლოოდ ის იყო, რომ ჩემმა ფსიქოლოგმა (დედას) უთხრა, რომ ყველაფერი კარგად არის, რაღაც, ბრჭყალებში ვიტყვი, „გამოვსწორდი“ და მერე შევთანხმდით, რომ ერთად მოვატყუებდით დედას მაგას“ (ინტერვიუს ზურასთან, 20/03/2022).

სპეციალისტების არასერიოზული დამოკიდებულებები გამოკვეთილია წყვილების შემთხვევაშიც. თეკლა გვიყვება ფსიქოლოგთან ვიზიტის შესახებ, სადაც ის თავის პარტნიორ ქალთან ერთად მივიდა. ფსიქოლოგი მან ინტერნეტის მეშვეობით მოიძია. თეკლა იხსენებს ფსიქოლოგის „პოზიტიურ ჰომოფობიური“ დამოკიდებულების შესახებ, ასევე, მის მონათხრობში კარგად ჩანს, სპეციალისტის წინარწმენები და ჰეტეროსექსუალური დეტალების მიმართ. იგი ინტერვიუში აღნიშნავს, რომ სპეციალისტს იმდენად სურდა პირადი ინტერესის დაკმაყოფილება ლესბოსელი წყვილის შესახებ, რომ სულ გადაავიწყდა, თუ რა პრობლემის გამო მიმართეს:

„პირიქით გამოხატა, უი, რა კარგია, ეგრევე მივხვდი თქვენ ვინ ხართ.. ეგეთ რაღაცებს ეგრევე ვხვდებოდი [...] გიყურებთო და ბიჭი და გოგო ხართო.. ანუ, ეს აინტერესებდა ძალიან, ამ ინტერესის დაკმაყოფილება უნდოდა, თორემ იმას სულ არ აინტერესებდა ჩვენ რა პრობლემა გვქონდა იქ. [...] მერე გვკითხა როგორ გვაქვს სექსი.

როგორ გაქვთ ერთმანეთთან ურთიერთობაო. არაფერი არ მიპასუხია და მერე ზუსტად არ მახსოვს, რა გეკითხა, იმიტომ რომ გავნერვიულდი და მერე როგორღაც თქვა, რა პრობლემები გაქვთო“ (ინტერვიუ თეკლასთან, 25/03/2022).

თეკლას პარტნიორს, სოფოს, რომელსაც გენდერული დისფორია აწუხებდა, ფსიქოლოგი ჭკუის დარიგებით გაუმკლავდა და, ამავდროულად, მასაც თავისი წუხილების დამალვა ურჩია პრობლემასთან გასამკლავებლად:

„სოფომ (სახელი შეცვლილია) რომ თქვა ბიჭობა მინდაო.. ბიჭობა გინდაო? ოჯახი გყავსო ისაო, როგორ მიიღებენო, რად გინდა ბიჭობაო, ისეღაც ბიჭს გავხარო. აი, მეო ტრანსგენდერი პაციენტი მყავსო და ისე კარგად შევთანხმდითო, როგორ უნდა მოიქცეს და როგორ უნდა იყოსო, რომ გადასარევად ვართო“ (ინტერვიუს თეკლასთან, 25/03/2022).

ქეთი იხსენებს სპეციალისტების „სიბრმავეს“ სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის მიმართ. იგი ამბობს, რომ ან ნეგატიურ დამოკიდებულებას ხვდებოდა სპეციალისტებისგან, ან თავის არიდებას ამ საკითხზე შეკითხვების დასმისგან:

„ან დანაშაული იყო, ან საერთოდ იგნორი იყო ამ პრობლემის მიმართ და მიდიოდა უბრალოდ მუშაობა ადამიანთან, როგორც შეიძლება პიროვნებას ესაუბრო, გამოელაპარაკო და ანუ სანყის პრობლემაზე ყველა თვალს ხუჭავდა“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

ნიაც ანალოგიურ გამოცდილებაზე გვიყვება, იგი იხსენებს შეხვედრას ფსიქოლოგთან, რომელსაც გაუმხილა, რომ გოგოები მოსწონდა, რადგან სწორედ ამ საკითხის მიმართ განიცდიდა შფოთვის და სხვა სირთულეებს. სპეციალისტმა ჯერ უარყო მისი ორიენტაციის „სისწორე“, შემდეგ კი თავიდან აირიდა აღნიშნულ თემაზე საუბარი:

„პირდაპირ შემეკითხა, რომ „რა იცი?“ „რა იცი ეს რას ნიშნავს?“ მეთქი ვიცი რასაც ნიშნავს, იმიტომ რომ გოგოსთვის მიკოცნია,

მყვარებია, მომწონებია და ვიცი, რასაც ნიშნავს. ვუმტკიცებდი, ვუყვებოდი იმ ჩემს მეზობელზე, რომ ესა და ისა.. არ მითქვამს რომ ურთიერთობები მქონდა, მაგრამ ვუთხარი რომ მივცინია და გვიყვარდა ერთმანეთი და რაღაც ეგეთები.. ბოლოს თემა შეცვალა.. გადააგორა, მიცოცხა..“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

ნათია იხსენებს ფსიქოლოგთან კონსულიტირების საათებს, რომელიც მან ცნობადობის მიხედვით შეარჩია. როდესაც ნათიამ საკუთარი სექსუალობის შესახებ გაამჟღავნა, ფსიქოლოგი არ უჯერებდა მას და მაგალითისთვის, სხვა კლიენტების გამოცდილებები მოჰყავდა. ეს გამოცდილება საკმაოდ დამაბნეველი აღმოჩნდა ნათიასთვის. მან ინტერვიუში აღნიშნა, რომ სპეციალისტებს (ფსიქოლოგი, სექსოლოგი) მიმართა, რადგან საკუთარ თავში გამორკვევა სჭირდებოდა, ხვდებოდა რა, რომ განსხვავდებოდა თანატოლებისგან, თუმცა, კონსულტაციების შემდეგ კიდევ უფრო დაიბნა და „დაიკარგა“:

„ეს არატრადიციული სექსუალური ორიენტაციის.. ბევრი დადის შენნაირი ჩემთან, თან ისეთი ადამიანები, მოღვაწეები, საზოგადოებრივი მოღვაწეები, შეძლებული ხალხი.. ცნობადი ხალხი, ნაღები საზოგადოებიდან, რეჟისორები.. მუსიკოსები.. და მერე მითხრა, რომ შენო იმათ არ გავხარო, შენ სხვანაირი ხარო, შენ არ ხარ ესეთიო, იბრალებო.. ეს სიტყვა თქვა ზუსტად, იბრალებო.. დავინყე სიცილი მაგაზე, რას ჰქვია ვიბრალებო...“ (ინტერვიუ ნათიასთან, 06/03/2022).

ქეთის შემთხვევაშიც ანალოგიური გამოცდილება იყო, იგი ჰყვება, თუ როგორ დადიოდა შვილთან ერთად სერვისიდან სერვისში და პასუხები შეკითხვებზე ვერსად მიიღო. ქეთი აღნიშნავს, რომ დღემდე განიცდის ბრაზს იმ პერიოდის გამო, როდესაც სპეციალისტებისგან პასუხებს ეძებდა:

„ვერ აყალიბებდნენ. ეს არის თემა, რომელიც მათ არ იციან. მე მგონია, რომ ეს არის მათი უცოდინარობის ბრალი. თვითონვე არ იციან, მათთვის ეს არის უღრანი ტყე და არც იციან და ვერც იგებენ. არ ვიცი, ზოგს მენტალობა უშლის ხელს, ზოგს... არ ვიცი. [...]

ვისურვებდი, რომ „კაკ მინიმუმ“ ის შეძლონ, რომ გადაამისამართონ როცა ესეთ ადამიანს ხედავენ, სხვასთან. მე არ ავიღებდი ფულს ესეთი..ესეთ სიტუციაში. მე აი, იმდენად... არ ვიცი, ახლა ამ საუბრის დროს, ისეთი... არ ვიცი, როგორ ვთქვა, მოტყუებულად ვგრძნობ თავს! მკითხავთან რომ მიდიხარ და რაღაცეებს გატყუებს, გეუბნება და ფულს გართმევს, აი ასე მოიქცა ჩემს მიმართ თითოეული მათგანი. მკითხავები იყვნენ, ჩვეულებრივი, პასენსს მიშლიდნენ“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

რაც ეხება გადამისამართებას, იმ შემთხვევებში, როდესაც სახეზე იყო მასკულინური ან ფემინური თვითგამოხატვის შემთხვევები, სპეციალისტები კლიენტებს ურჩევდნენ ენდოკრინოლოგიურ გამოკვლევებს. ია აღნიშნავს, რომ მიუხედავად ფსიქოლოგის რჩევისა, მან ეს გამოკვლევები არ ჩაუტარა თავის შვილს, რადგან ჰქონდა ცოდნა იმის შესახებ თუ რას ნიშნავს ჰორმონული დარღვევა. უნდა აღინიშნოს, რომ იას და ქეთის შემთხვევებში, საქმე გვაქვს მხარდამჭერ მშობლებთან. ისინი სპეციალისტებს მიმართავდნენ იმ მიზნით, რომ გარკვეულიყვნენ რა ხდებოდა და შფოთვისგან გათავისუფლებულიყვნენ. ეს ისეთი შემთხვევებია, როდესაც მშობლის დაკვეთა არ ყოფილა შვილისთვის შეეცვალათ სექსუალური ორიენტაცია ან გენდერული იდენტობა:

„აი, ეს მიმართულებები.. იქნებ ამას ორგანული საფუძველი ჰქონდეს.. ხოდა.. არ გამიკეთებია მე ეგ, იმიტომ რომ ამ შემთხვევაში, [...] მე ხომ ვიცი, რომ ეს ჭარბთმიანობით ექსპრესირდება, ციკლის დარღვევა უნდა იყოს იქ.. თამთა ფიზიკურად არის აბსოლუტურად ქალი. გამოხატული ჰორმონული ცვლილებები რომ იყოს, ეს მას შეეცყობოდა... ამიტომ ეს არ გავაკეთე მე“ (ინტერვიუ იასთან, 18/01/2022).

ღია აგრესიას შეხვდა ქეთი ენდოკრინოლოგთან ვიზიტის დროს, როდესაც ენდოკრინოლოგმა შენიშნა, რომ მის შვილს ბიჭის ტრუსი ეცვა. ექიმმა მათ ღმერთის რწმენაზე მიანიშნა, ქეთის უთხრა, რომ ცუდი მშობელია, ბავშვს უთხრა, რომ ავადმყოფია და ორივე გადაამისამართა ფსიქოთერაპევტთან:

„მაშინ, პირველად ბავშვს რომ შევამჩნიე, რომ არაა სტანდარტული გოგონა ხოო?!.. მშობლისთვის ეს ჩვეულებრივი ამბავია, თავიდან გგონია რომ მერე რაა.. მაგრამ რაღაც ეტაპზე ხვდები რომ.. ხო არ ვაჩვენო სპეციალისტს. ნავედით ენდოკრინოლოგთან. ძალიან ცუდი გამოცდილება მაქვს. [...] ასე ვთქვათ, „გავილანძღეთ!“ და სასწრაფოდ გადაგვამისამართა ფსიქოთერაპევტთან, რომ ბავშვი არ არის ჯანმრთელიო“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ რესპონდენტებისთვის თვითგამორკვევის პროცესში ძალიან მნიშვნელოვანი იყო პროფესიონალური დახმარების მიღება, რათა უკეთ გარკვეულიყვნენ საკუთარ ნუხილებში. რესპონდენტები ჰყვებიან პოზიტიურ გამოცდილებებსაც, რომელიც ძირითადად ლგბტ სათემო სერვისებს უკავშირდება და გადამწყვეტი აღმოჩნდა სოგი-ს საკითხების გათვითცნობიერებისათვის და, შესაბამისად, მათი შფოთვა და სტრესი შემცირდა. მიუხედავად იმისა, რომ ქეთიმ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში ბევრი ნეგატიური გამოცდილება მიიღო, იგი ამბობს, რომ ფსიქოთერაპევტის დახმარების გარეშე, გაცილებით ნეგატიურად წარიმართებოდა მისი და მისი შვილის ცხოვრება და ურთიერთობები. აქვე საგულისხმოა ქეთის, როგორც მშობლის ემოციები, რადგან მას გარემო ადანაშაულებდა შვილის არასწორ აღზრდამი:

„12 წლის ასაკში უკვე, რადგან არ მიმდინარეობდა სტანდარტულად მისი გარდატეხის ასაკი და... აი, 12 წლიდან მეგონა, რომ ძალიან ცუდი დედა ვიყავი და საშინლად, რაც შეიძლება ითქვას, ვიტანჯებოდი ამით, მრცხვენოდა და ძალიან ბევრი სირთულეები და კომპლექსები იყო ჩემს ცხოვრებაში ამასთან დაკავშირებით. და, ალბათ, არ მომეხსნებოდა ეს, რომ არა ფსიქოთერაპევტის დახმარება და, თუნდაც მერე, იგივე ჩემს შვილს დაეხმარა სპეციალისტი, რაღაცნაირად გაერკვა და მივხვდით რომ დამნაშავე არც ერთი არ ვართ და არც ერთი არ ვართ რაღაც წყეულები, ასე ვთქვათ...“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

დამოკიდებულებებისა და რჩევების ნაწილი რომ შევაჯამოთ, ინტერვიუებში გამოიკვეთა სპეციალისტების მხრიდან სოგი-ს არასერიოზული აღქმა, ან აგრესიული დამოკიდებულება, ან თავიდან არიდება.

აფირმაციული/მხარდამჭერი სპეციალისტების შესახებ მოგვიანებით ვისაუბრებთ. რაც ეხება რჩევებს, დამოკიდებულებების შესაბამისად, სპეციალისტები ან ვერ ხედავდნენ ჩარევის საჭიროებას და მარტივი ფორმულებით ცდილობდნენ კლიენტის დახმარებას, ან ადანაშაულებდნენ მშობელს და რელიგიურ ინტერვენციებზე მიუთითებდნენ, ან ურჩევდნენ კლიენტებს, რომ მორგებოდნენ გარემოს და დამალათ საკუთარი იდენტობა. აქვე აღსანიშნავია, ეგზოტიკური ხედვა, განსაკუთრებით წყვილის მიმართ, ან საკუთარი ცოდნის დეფიციტის შევსება კლიენტისგან ამოღებული ინფორმაციით და ამ გზით, მის პირად, ინტიმურ საზღვრებში შეჭრა. ემპირიული მონაცემების ანალიზით, აგრესიული სპეციალისტები უფრო მეტად რელიგიური თვალსაზრისით განიხილავდნენ კლიენტს, ან ლოგიკურად, იმიტომაც იყვნენ აგრესიულად განწყობილები, რომ რელიგიური პრიზმიდან უყურებდნენ ამ საკითხს. ეს თემა შემდგომ კვლევას საჭიროებს.

5.4 კონვერსიული მკურნალოგის გამომდილეპი

„ისე შემომხედა თითქოს ანომალია ვარ და ყველა შეკითხვა რაც დამისვა იყო ისე ფორმულირებული, რომ ან სადღაც უნდა გამომიჭიროს, რომ თითქოს სადღაც რაღაც მჭირს, ან ყველანაირად უნდა დაემტკიცებინა ჩემთვის და საკუთარი თავისთვისაც, რომ არანორმალური ვარ, მათ შორის ჩემი ორიენტაცია“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

კონვერსიულ/გამასწორებელ მიდგომებს ჩვენი რესპონდენტები შეხვედრიან როგორც სპეციალისტებთან კონსულტირებისას, ასევე სახლში, ოჯახის წევრებისგან და სასულიერო პირებთან. როგორც თეორიულ ნაწილში განვიხილეთ, ამ მიდგომის ძირითადი დაშვება არის, რომ ჰეტეროსექსულობა წარმოადგენს ნორმას, სხვა ყველა სექსუალური ორიენტაცია კი – დაავადებას. კონვერსიულ მკურნალობას შესაძლოა ახორციელებდნენ როგორც ფორმალურ გარემოში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები, ასევე არაფორმალურად, ოჯახის წევრები, სასულიერო პირები, მჩხიბავეები და ა.შ.

ფსიქოლოგის რჩევა: გოგოს მაისური

ცისიას ამბავი

მას შემდეგ რაც ცისიამ ოჯახის წევრებთან გაამყარა საკუთარი იდენტობის შესახებ მოზარდობის ასაკში, მაშინვე დაიწყო მის „გამოსწორებაზე“ ზრუნვა. ცისიას გოგოები მოსწონდა და მასკულინური თვითგამოხატვა ჰქონდა. ოჯახის წევრებმა მისი ორიენტაციის შესახებ რომ შეიტყვეს, ცისია კაბების ჩაცმით დასაჯეს. შემდეგ წაიყვანეს ფსიქოლოგთან, რომელმაც გარკვეული ინტერვენციები ჩაატარა. ძირითადად, მისი მუშაობაც გარეგნობის შეცვლაზე იყო მიმართული. ფსიქოლოგი ურჩევდა ცისიას, ეტაპობრივად გადასულიყო ფემინურ თვითგამოხატვაზე და შეგუებოდა ქალის სამოსის ტარებას, რომელიც მისთვის უფრო სწორი იქნებოდა, რადგან მდედრობითი სქესის იყო:

„ანუ რჩევებს მადლებდა, ანუ როგორ დამეწყო ეს ყველაფერი, ვთქვით ჩამეცვა გოგოს ზედა და მცმოდა ისეთი შარვალი, რომელიც ჰგავს ბიჭისას.. უბრალოდ ჩამეცვა გოგოს ზედა.. უნდა მივჩვეულიყავი მაგას.. არ ვიცი რანაირად მაგრამ..“ (ინტერვიუ ცისიასთან, 29/01/2022).

ფსიქოლოგმა, თვითგამოხატვის შეცვლაზე მუშაობის შემდეგ ოჯახს ურჩია რომ კლიენტი რელიგიურ რიტუალზე მიეყვანათ. როგორც ინტერვიუდან ირკვევა, ცისიას განკურნების ლოცვა წაუკითხეს. ცისია ამ პერიოდში მოზარდი იყო, წინააღმდეგობის განევა ნაკლებად შეეძლო ოჯახის წევრებისთვის, ამიტომ მორჩილად მიჰყვებოდა მათ გეგმას. თუმცა, პარალელურად მასში იხარშებოდა ბრაზი, სიძულვილი, მათ შორის საკუთარი თავის მიმართ, შემდგომში კი გულგრილობა და განურჩევლობა, რამაც აკადემიურ მოსწრებაში და სკოლის გარემოსთან ადაპტაციაშიც შეუშალა ხელი:

„რალაც ეკლესიურ რიტუალზე მიანოდა იდეა ბებიაჩემს ამ ქალმა (ფსიქოლოგმა) და წამიყვანეს ეკლესიაში.. ანუ ეხლა სასაცილოა ძალიან, იმიტომ რომ... ანუ, მამაო მიკითხავდა რალაცას და მე ეს ვიდექი.. ძალიან გაურკვეველობაში ვიყავი..“ (ინტერვიუ ცისიასთან, 29/01/2022).

ფემინურ თვითგამობხატვაზე მუშაობა არ აღმობჩნდა ეფექტიანი. ცისიამ ვერ შეცვალა თავისი გარდერობი, ასევე, არ აღმობჩნდა შედეგიანი განკურნების ლოცვა, რადგან ცისიას იდენტიობაში ცვლილებები არ გამოუნვევია. ამის შემხედვარე, ოჯახის ნევრებმა ცისიას გამობსნორება ძალადობრივი მეთოდებით, მათ შორის ფიზიკური ძალადობით, ურთიერთობების კონტროლით, ჩაცმულობის კონტროლით დაინყეს. ამავდროულად, ოჯახმა გადაწყიტა სხვა სპეციალისტი მოეძებნათ მისთვის. მეორე ფსიქოლოგთან ცისიამ უკვე ყველაფერი დამალა:

„ანუ რომ გამოვაცხადე (სახლში) რომ არაფერი არ შეცვლილა, მაგ დღეს ძაან.. ანუ პირდაპირ მეუბნებოდა, რომ ქვემოთ სარდაფში თავის ნამალია და შეგიძლია დალიო.. (პაუზა).. და ფიზიკური შეხების მომენტიც ჰქონდა.. ანუ მანამდეც იყო, მაგრამ მერე რამდენჯერმე.. და ეგ ყველაზე ცუდად მახსოვს.. ხო.. (პაუზა) ტანსაცმლის გადარჩევა რომ დამინყეს ეგ იყო ყველაზე ცუდი მომენტი.. ანუ ჩემი გარდერობი საერთოდ გადმოალაგეს და თვითონ დაინყო გადარჩევა რას ჩავიცმევდი და რას არა..“ (ინტერვიუს ცისიასთან, 29/01/2022).

ცისია აღნიშნავს, რომ მისი მოზარდობის ეს პერიოდი განსაკუთრებით მძიმე იყო და უჭირს იმ გამკლავების გზების იდენტიფიცირება, რა ეხმარებოდა მაშინ, რომ ამგვარი წნეხისთვის გაეძლო.

„ეხლა რომ ვფიქრობ, როგორ გავუძელი ამდენ დარტყმას ერთად.. ანუ იმ მომენტში თავის მოკვლაზეც ვფიქრობდი, რა თქმა უნდა.. და რატომ არ გავაკეთე ეგ, ან როგორ არ გავაკეთე, ძალიან მიკვირს. იმიტომ რომ მართლა საშინელი პერიოდი იყო, მეგონა, რომ არ დასრულდებოდა ეს ყველაფერი..“ (ინტერვიუ ცისიასთან, 29/01/2022).

თუმცა, საბოლოოდ ცისიამ შეძლო მოეძიებინა თანასწორთა მხარდაჭერა და სათემო სერვისები, რაც დაეხმარა მდგომარეობის დასტაბილურებაში.

დიდი წრებრუნვა: ფსიქოლოგი – მღვდელი – სექსოლოგი...

ნათიას ამბავი

გამასწორებელი მკურნალობის გამოცდილება აქვს ნათიასაც. ნათია ტრანსგენდერი, ჰეტეროსექსუალი ქალია. სანამ იგი საკუთარ გენდერულ იდენტობას სახელს დაარქმევდა, ფიქრობდა, რომ შესაძლოა გეი ყოფილიყო, რადგან მხოლოდ კაცების მიმართ განიცდიდა რომანტიკულ მიზიდულობას. სპეციალისტებმა მისი შემთხვევის კონცეპტუალიზება მოახდინეს, როგორც ფსიქიკური აშლილობის, ხოლო სექსოლოგი მას სექსუალური პოტენციალის დაქვეითების გამო მკურნალობდა. მიუხედავად იმისა, რომ ნათიას სასურველ პარტნიორთან სექსუალური პორბლემები არ ჰქონია. ოჯახმა იგი გვიანი მოზარდობის ასაკში მიიყვანა რამდენიმე ფსიქოლოგთან. ფსიქოლოგების ინტერვენციებში, ძირითადად შთაგონების და დარწმუნების მცდელობები, ასევე რელიგიური სახის რეკომენდაციები გამოიკვეთა:

„თვალეები დახუჭე, მეუბნება (ფსიქოლოგი), შენ არ ხარ ის რაც გინდა, რომ იყო, რასაც იბრალე. შენ ხარ სხვა, შენ იმდენი გნატრობს, იმდენს მოწონხარ.. ესეთ რაღაცებს მესაუბრებოდა და მე ამას ვერ აღვიქვამდი ნორმალურად“ (ინტერვიუ ნათიასთან, 06/03/2022);

„თვითონ მითხრა, (ფსიქოლოგმა) რომ მე იმდენს ვიზამ რომ შენ გადაგაკეთებო.. გარდაქმნას მოვახდენ შენშიო.. რომ რაც გგონია რომ ხარო, ის არ ხარო და ნორმალურ ცხოვრებას დაგაბრუნებო. [...] შენ არ ხარ არც გეი და არც ტრანსიო, შენ ხარ კაციო და უნდა უყურებდეო ქალსო, ქალს უნდა აღიქვამდე როგორც ლამაზ სხეულსო, ქალი უნდა მოგწონდესო, უნდა ცოლი გყავდესო, შვილები უნდა გყავდესო. მე დაგეხმარებო, გასწავლიო გოგოს თავი როგორ უნდა მოაწონო“ (ინტერვიუ ნათიასთან, 06/03/2022);

„(ფსიქოლოგი) მესაუბრებოდა სულ ისე, როგორც ნორმალურ კაცებს ესაუბრებიან, რომ აი მაგალითად, ქალისადმი რა მიდრეკილება გაქვს? ესეთ რაღაცებზე მესაუბრებოდა ხოლმე, რომ შენ არ გინდა რომ ესეთი იყო, იცი რა, ეს არ არის სწორი.. ესე მესაუბრებოდა.. რომ ეს არ არის სწორი, აი, სწორი გზა არის ეს, აი დააკვირიდი

მასა რას უყურებს, რას აღიქვამს ნორმალურად? ის არ არის ნორმალური რასაც შენ ამტკიცებ, ნორმალური არის ეს! და ცოტა იმას-შეგებოდა, საეკლესიო სიტუაციაში იყო, რაღაც წიგნებს მაძლევდა წმინდანთა ცხოვრებიდან..“ (სტილი დაცულია) (ინტერვიუ ნათიასთან, 06/03/2022).

ნათია ასევე, ჰყვება თავისი ემოციების შესახებ მკურნალობის პროცესის მიმართ:

„რაც კი მეღაპარაკა რა ვიცი სად მიფრინავდა, არც კი ვუსმენდი იმიტომ რომ ინტერესი არ მეონდა. ჩემთვის უცხო იყო, მაგრამ როგორი უცხო იყო იცი, აი, ხომ შეიძლება უცხო რაღაცამ დაგაინტერესოს. მე არ დამაინტერესა იმის საუბარმა, იმიტომ რომ უკვე იმდენად ვიღლებოდი რო აი ეს.. ცუდად ვხდებოდი მის საუბარზე, დისკომფორტი იყო ჩემთვის, ვერ ვუსმენდი“ (ინტერვიუ ნათიასთან, 06/03/2022).

ფსიქოლოგების მცდელობების შემდეგ, ოჯახმა იგი მღვდელთან მიიყვანა. მღვდელმა ურჩია, რომ ელოცა და საეკლესიო რიტუალებს დასწრებოდა. ასევე შესთავაზა მონასტერში წასვლა:

„მამაოსთან მიმიყვანეს, მამაომ მითხრა, რომ მონასტერში გაგიშვებო თუ გინდაო, ისაო ესაო, მთელი ამბები.. მეთქი რა მონასტერი, რის მონასტერი“ (ინტერვიუ ნათიასთან, 06/03/2022).

ნათია მკურნალობდა სექსოლოგთანაც, სადაც მან მედიკამენტური და ელექტროკონვულსიური თერაპია გაიარა. მეტიც, მკურნალობის კურსის შემდეგ, ნათია „ქალებში“ წაიყვანეს, რათა მკურნალობის ეფექტი ენახათ. მკურნალობა წარუმატებელი აღმოჩნდა, თავის გასამართლებლად სექსოლოგმა დაგვიანებული მკურნალობა დაასახელა, მან განაცხადა, რომ ნათია ადრეული მოზარდობის ასაკში უნდა მისულიყო სპეციალისტთან:

„ნუ ექიმი ცდილობდა რომ გარდავემნილიყავი, შემეცვალა ეს ჩემი.. შინაგანად ვიყავი ცუდად ვითომ და ჯანმრთელობა არ მიწყობდა ხელს ვითომ რომ ქალთან რაღაც მომხდარიყო. [...] დაასკვნა იმან

რომ. სასურველ პარტნიორთან (სექსუალური ლტოლვა) მაქვს კი. ქალთან შეხება არ მქონია არასდროს, სურვილიც არ მაქვს არასდროს.. და ამათმა დაასკვნეს რომ შენ დაქვეითებული გაქვსო ეს სიტუაციაო (პოტენციალი) და მიკეთებდნენ ნემსებს და ცდებს ატარებდნენ ჩემზე.. რალაც ჟელეს მისმევდნენ და ტილოებს მადებდნენ, „შნურები“ ჰქონდა და ესე მკბენდასავით“ (ინტერვიუ ნათიასთან, 06/03/2022).

როდესაც უკვე მესამე ფსიქოლოგმა დაიწყო ნათიას „გარდაქმნაზე“ მუშაობა, ნათიამ მას უკვე პირდაპირ უთხრა, რომ ფსიქოლოგი მიიღებდა მის გენდერულ იდენტობას, ან დასრულებოდა კონსულტაციები. ამასობაში, ოჯახის წევრებმაც უკან დაიხიეს და ახალი სპეციალისტების მოძიება შეწყვიტეს. ამ პერიოდში ნათია უკვე ასაკით და გამოცდილებით შედარებით დიდი იყო და შეეძლო წინააღმდეგობის განევა. საბოლოოდ, როგორც ნათიას ოჯახმა, ასევე ნათიამ, სპეციალისტებთან სიარული შეწყვიტა. იგი ამბობს, რომ ოჯახის ამ გადაწყვეტილებაში ფინანსურმა საკითხმაც ითამაშა როლი, რადგან ეს სერვისები საკმაოდ ძვირი ჯდება და ოჯახს ფულის გადახდა არ შეეძლო. „ზოგი ჭირი მარგებელიაო“ აღნიშნა ნათიამ. იგი ამბობს, რომ ახლა უკვე დამოუკიდებლად შეუძლია თავის პრობლემებთან გამკლავება, ჰყავს საყვარელი ადამიანი, რომლისგანაც იღებს მხარდაჭერას, ასევე მშობლებთან შეინარჩუნა კარგი ურთიერთობა.

ფსიქიატრიული საავადმყოფო ან მონასტერი...

ილიას ამბავი

კიდევ უფრო მეტად ძალადობრივი გამოცდილება აქვს ილიას. ამ შემთხვევაში არაფორმალური კონვერსიული მკურნალობის მცდელობებს ვხვდებით ოჯახის წევრების ინიციატივით. ილიას შემთხვევაში, ისევე როგორც სხვა რესპონდენტებთან, გამოიკვეთა სუიციდური ტენდენციები ოჯახთან დაძაბული ურთიერთობისა და კონვერსიული მკურნალობის მცდელობის ფონზე. მას შემდეგ რაც ილიამ ოჯახის წევრებთან გამჟღავნა თავისი სექსუალური ორიენტაციის შესახებ, დაიწყო ძალადობის ციკლი. ოჯახმა, პირველ რიგში, გადაწყვიტა მისი მიყვანა ფსიქიატრიულ სტაციონარში, არა კონსულტაციისთვის, არამედ პირდაპირ სტაციონირების

მობხოვნიო. ამ შემობვევაში, როგორც ილია ჰყვებო, ოჯახი ცდილობდო მის გოდამოლვას, ფსიქიატრიული საავადმყოფო კი ერთ-ერთი საშუალებო იყო საამისოდ. მეორე ვარიანტს წარმოდგენდო მისი გაშვებო მონასტერში. ოჯახი თავად განიცდიდო მწვავე დისტრესს, სირცხვილს ილიას გამო, რაც პატარო თემში, სადოც ყველა ახლობელი დო ნათესავიო, საზოგადოებრივ ზენოლაზე მიუთითებს. ილიას შემობვევა, ერთგვარი ხმა არის პატარო ქალაქებსო დო სოფლებში მცხოვრები ქვიარებისთვის, სადოც ოჯახის ნევრთან ქამინგაუთი ავტომატურად შეიძლება ნიშნავდეს მთელი სანათესაოს ჩართვას:

„უნდო იყოს ილიო სახლში, რომ არ უნდო „გაბაზრდეს“ ამის ეს ამბავი, ასე რომ ვთქვოთ, ან ნავიყვანოთ ილიო მონასტერში, ან ნავიყვანოთ კლინიკოში დო დეიდაჩემს გამოუთქვამს ეგეთი აზრი, რომ მე მყავსო ფსიქიატრიულში ვილაც დო ნავიყვანოთ, იქ დაანვენენო“ (ინტერვიუს ილიასთან, 13/03/2022).

ილიო ბავშვობიდან გამოირჩეოდო ფემინურობით, სკოლაში ძირითადოდ მეგობრობდო გოგობთან, რის გამოც არაერთხელ გამხდარო ბულინგის მსხვერპლი. დედამ ილიო სკოლიდან გამოიყვანო მეცხრე კლასის შემდეგ, ილიო ფიქრობს, რომ დედას ეშინოდო, მას რამე ცუდი შემობვეოდო, ასევე, უშლიდო სალამოს საათებში გარეთ გასვლას:

„მაშინ მეგონო მარტო მე მჭირდო ასეთი რალაცო, მარტო ჩემს ოჯახში ხდებოდო ასეთი რალაცო დო მრცხვენოდო ამ ყველაფრის. არ მინდოდო მე ვყოფილიყავი ყველაზე ცუდი, ყველაზე ცუდი დედო მყოლოდო, ან ძმა დო მრცხვენოდო. მერე გავიოზრე ეს ყველაფერი დო მერე გული მწყდებოდო, რომ ნუთუ ერთი ადამიანი არ აღმოჩნდო, რომ დამხმარებოდო ამ სიტუაციოში [...] უფრო მეტად მქონდო მაშინ გალრმავებული ფიქრი, რომ უნდო დამესრულებინო ჩემი სიცოცხლე, აღარ ვიცოდო უკვე რე მექნო, ისე ვიყავი უკვე გამხარებული ამ ყველაფრით“ (ინტერვიუ ილიასთან, 13/03/2022).

მას შემდეგ, რაც ილიამ საბოლოოდ გაამხილა საკუთარი სექსუალური ორიენტაციო, ოჯახმა გადოწყვიტო იგი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში დაენვინოთ, ილიას ნების სანინალმდეგოდ. ფსიქიატრმა უარი უთხრო

ილიას დანვინაზე, იმ მიზეზით, რომ ჰომოსექსუალობა ამოღებულია ფსიქიკურ აშლილობათა ნუსხიდან და ეს არ არის დაავადება. თუმცა ექიმმა შენიშნა, რომ ილია საკმაოდ მწვავე დისტრესში იყო და დამამშვიდებელი მედიკამენტები დაუნიშნა:

„დედაჩემი იქეთ გადადიოდა ძალადობაზე, გინდა თუ არა დაიტოვო (ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში), ის ქალი (ფსიქიატრი) შემოუბრუნდა მერე და უთხრა, ნადი და დაიტოვე სახლშიო, გამოკეტე სახლშიო მაშინო. უთხრა, რომ გადახტება, თავს მოიკლავსო, ეს უკვე იმდენად... იმ მომენტზეა მოსული, რომ თავს მოიკლავს აუცილებლადო“ (ინტერვიუ ილიასთან, 13/03/2022).

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში დანვინის წარუმატებელი მცდელობის შემდეგ, ოჯახმა მღვდელი მოიყვანა სახლში და ილიას ლოცვა წაუკითხეს:

„ლოცვა დაიწყეს, ანუ ჩემს ოთახში ლოცვა დაიწყეს, საკმეველი, სუნი, ჯვარი და თავიდან გამახსენდა, ფილმებში როა რალაცა ეშმაკი რომ შეგიპყრობს და რომ გიკითხავენ, რომ ეშმაკი უნდა განდევნონ, ლოცვა დაიწყეს და ლაპარაკი უნდოდათ და მაშინ ვუთხარი სიტყვა-სიტყვით, რომ ან აქედან წახვალთ, ან ფანჯრიდან გადავხტებითქო. მაშინ მამაომ თქვა, ეს იმ მომენტზე არის მართლა გადახტებაო და ჩვენ არ შეგვიძლია ვინმეს რამე დავაძალოთო და ადგნენ, წავიდნენ“ (ინტერვიუ ილიასთან, 13/03/2022).

საბოლოოდ, ილიამ სახლიდან გამოპარვით უშველა თავს, მუშაობა დაიწყო, თანასწორების მხარდაჭერით მისი მდგომარეობა დასტაბილურდა. ოჯახთან ურთიერთობა ამ დრომდე კონფლიქტურია.

ჰორმონული თერაპია და გათხოვების მორალი...

დათოს ამბავი

დათოს მოუწია ჰორმონულ მკურნალობაზე დათანხმებულობა. იგი მობარდობის ასაკში წაიყვანეს ენდოკრინოლოგთან, რადგან უფრო მასკულიზირებული გარეგნობა ჰქონდა. დათო თავადაც არ იყო ბოლომდე გამორკვეული

საკუთარ თავში და უჭირდა ღიად საუბარი საკუთარ გენდერულ იდენტობაზე, თუმცა, ჰქონდა კავშირი სათემო ორგანიზაციასთან და მხარდაჭერით სარგებლობდა თანასწორებისგან. იგი იხსენებს ენდოკრინოლოგთან ვიზიტის უსიამოვნებას, როდესაც სპეციალისტმა მორალი წაუკითხა გათხოვებისა და შვილების გაჩენის აუცილებლობაზე. ენდოკრინოლოგი ფიქრობდა, რომ თუ ტესტოსტერონის მაჩვენებელს დაარეგულირებდა, დათოს გენდერული იდენტობა შეეცვლებოდა. ამავდროულად, ენდოკრინოლოგი აცნობიერებდა, რომ დათო იძულებით იყო მისული სამკურნალოდ, თუმცა, ამ მხრივ რაიმე უხერხულობა არ განუცდია, რადგან „ბავშვს“ მშობელი ახლდა თან:

„ენდოკრინოლოგმა მითხრა, რომ არ გინდა გათხოვდე და შვილები გყავდეს, გოგო ხარ და ამას უნდა ვუმკურნალოთ და ამით, ასეთი პასუხით დედაჩემსაც იმედი მისცა, რომ მე განვიკურნებოდი! [...] ეს ძალიან ცუდად მახსოვს.. და მითხრა, რომ უნდა დამიჯერო, იმკურნალო რომ მერე კაბა ჩაიცვა, მერე ბიჭი მოგეწონოს და ასეთ რაღაცებს მეუბნებოდა და კიდევ კარგი რომ ვიყავი გამოცდილი, ანუ შეხება მქონდა ორგანიზაციებთან, ასე თუ ისე გათვიცნობიერებული ვიყავი რაღაცებში, და დიდად არ უმოქმედია ამ ექიმის ასეთ რაღაცებს, რომ თურმე თუ მიმკურნალებდა და ქალის ჰორმონს დამალევენებდა ან გამიკეთებდა, მე მეორე დღეს ჩავიცმევდი კაბებს“ (ინტერვიუ დათოსთან, 17/02/2022).

დათო განსაკუთრებით სევდიანად იხსენებს მკურნალობის ფინანსურ მხარეს. ოჯახს ფინანსურად უჭირდა და დედამ „მკურნალობის“ თანხა ძლივს გამონახა, დათომ უარი ვერ უთხრა მედიკამენტების მიღებაზე და ექვსთვიანი ჰორმონული თერაპიის კურსი ოჯახის ხატრით ბოლომდე გაიარა. ამ პროცესს მაინც ახლდა შიში, რომ შეიძლებოდა დათოს ცნობიერებაც შეცვლილიყო. კი ხვდებოდა, რომ ამგვარი შიში ირაციონალური იყო, მაგრამ მაინც შფოთვით ელოდებოდა ექვსი თვის გასვლას. ოჯახმა ენდოკრინოლოგთან მკურნალობა შეწყვიტა ფინანსური პრობლემების გამო:

„პირველ რიგში ცუდად იმიტომ ვიგრძენი, რომ არ ვიყავი ჩემი ნებით მისული და იძულებული ვიყავი ეს წამლები მესვა.. იმიტომ რომ, ისეთი ტიპიც არ ვიყავი, რომ დედამ წამლები მიყიდა, ამდენი

თანხა, ნუ, იმ მომენტში ბევრი იყო ოჯახისთვის ეს 700-800 ლარი და პლიუს წამლები უნდა ეყიდა ჩემთვის და მე გადამეყარა და მომეტყუებინა, არ ვიყავი ასეთი ტიპი და მივხვდი რომ აუცილებლად მომიწევდა იმ წამლების დაღევა და პირველ რიგში ეს მსტრესავდა“ (ინტერვიუ დათოსთან, 17/02/2022).

საბოლოო ჯამში, დათოს შემთხვევაში არაფერი შეცვლილა, გარდა იმისა, რომ წონა დაურეგულირდა, როგორც ამას თვითონ ნახევრად იუმორით იხსენებს. მას თვითგამორკვევის პროცესში თანასწორები დაეხმარნენ. თუმცა, შეცდომაში შეყვანილი დარჩა დათოს დედა, რომელიც დათოს თქმით დღემდე ფიქრობს, რომ საკმარისი ფული რომ ჰქონოდა და ენდოკრინოლოგთან ვიზიტები გაეგრძელებინათ, დათო შეიცვლიდა გენდერს:

„ხო, კი.. (ფული რომ ჰქონოდა დედას) დიდხანს გააგრძელებდა ამ კურსს ასე რომ ვთქვათ და მიყვებოდა ბოლომდე, ეს წამოიტირა ერთხელ.. მერე კი ავუხსენი, რომ ეგ ეგრე მაინც არ იქნებოდა და ნუ ადანაშაულებდა საკუთარ თავს, მაგრამ ნაწილობრივ დამიჯერა, ნაწილობრივ მაინც თავის აზრზეა დარწმუნებული ვარ დღემდე“ (ინტერვიუ დათოსთან, 17/02/2022).

„მამა არ არის სურათში...“

ნიას ამბავი

ნია სისგენდერი, ბისექსუალი ქალია. იგი გვიყვება ფსიქიატრთან და ფსიქოლოგთან ერთობლივი კონსულტაციის შესახებ. ნიამ მათ მიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცნობის ასაღებად, ქირურგიული ჩარევის წინ. იგი ამბობს, რომ ბისექსუალობა სპეციალისტების მხრიდან აღქმული იყო როგორც ჩამოუყალიბებელი სექსუალური ქცევა, სექსუალური დევიაცია. ბისექსუალობა ინტერპრეტირდა, როგორც წარსულში მომხდარი გამოცდილებებით გამოწვეული სიმპტომი. ნიას მოუწია მტკიცება, რომ ჯანმრთელია, რომ მისი სექსუალობა პრობლემას არ წარმოადგენს, რომ „იმკურნალა“ ფსიქოლოგთან და ფსიქიატრთან წარსულში, დამუშავებული აქვს თავისი ტრავმული გამოცდილებები და ა.შ.

„ხო, ანუ ეს „ბავშვობის ბულინგი.. მამა არ არის სურათში.. ძალადობა..“ და ა.შ. და ამ ყველაფერს ესეთი სიმბტომები აქვს და მათ შორის ეს (ბისექსუალობა) ამ კონტექსტში ჩასვა. [...] არანაირ ნორმაში არ ჩამსვა. მივედი და ვუხსნი, რომ ვარ ძალიან კარგად, ძალიან ბედნიერი და ჯანმრთელი და ა.შ. დაიწყო ისეთი კითხვების დასმა, რაც ეხება ჩემს წარსულს და წარსულ გრძნობებს და ჩემს გამოცდილებას.. და.. ისე მესაუბრებოდა თითქოს უკვე იცის ჩემზე ყველაფერი, იცის რაც მჭირდება და ა.შ“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

„ვუმკურნალებთ ტრავმას და გამოსწორდება...“

გვხვდება შემთხვევები, როდესაც სპეციალისტები ტრავმულ გამოცდილებებს ეძებენ კლიენტების ბიოგრაფიებში, რათა ამით ახსნან კლიენტის სექსუალური ორიენტაცია ან/და გენდერული იდენტობა და, შესაბამისად, ტრავმის მკურნალობით „გამოასწორონ“ მათი სექსუალობა.

ასეთი გამოცდილება ჰქონდა იას შვილს, რომელიც გენდერული დისფორიის გამო მიიყვანეს ფსიქოლოგთან კონსულტაციებზე:

„იცით რა მითხრა, ის (ფსიქოლოგი) ჩემში ეძებსო წარსულის პრობლემებსო, ტრავმებსო, ცხოვრებისეულ ტრავმებს ეძებსო. მე არ მაქვს ცხოვრებისეული ტრავმა, მე სხვა დახმარება მჭირდება. დედა, მე არ მაქვს არანაირი ცხოვრებისეული ტრავმა. ის ჩემში ეძებს რაღაცა ცხოვრებისეულ ტრავმებსო, რომ ახსნას ჩემი მდგომარეობა, აი, ეს არის თამთას სიტყვები, 15 წლის იყო მაშინ“ (ინტერვიუ იასთან, 18/01/2022).

ნათია კი იხსენებს გამოცდილებას ფსიქოლოგთან, რომელიც უმტკიცებდა, რომ მისი გენდერული იდენტობა განსაზღვრა მოზარდობის ასაკში გადატანილიმა სექსუალურმა ძალადობამ. ნათიას მოუწია მტკიცება, რომ მან თავისი გენდერული იდენტობის შესახებ ბალის ასაკიდან იცოდა.

5.5 ქვიარ ბრმა მიდგომებში ვგულისხმობთ ისეთ მიდგომებს, როდესაც

სპეციალისტები თავის პაციენტებს/კლიენტებს, ავტომატურად, ჰეტეროსექსუალულებად ან სისგენდერებად მოიაზრებენ. არ სვამენ შეკითხვებს სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის ირგვლივ, იმ შემთხვევაშიც, თუ კლიენტი/პაციენტი თავად აჟღერებს აღნიშნულ საკითხებს, სპეციალისტები უგულებელყოფენ საკითხს, ან არ აღიქვამენ სერიოზულად. როგორც რაოდენობრივ, ასევე თვისებრივ კვლევაში ეს საკითხი ნათლად გამოიკვეთა.

ქეთი იხსენებს, თუ რა სახით აწყდებოდა ამ პრობლემას სპეციალისტებთან ურთიერთობისას. იგი აღნიშნავს, რომ მასთან და მის ტრანსგენდერ შვილთან სპეციალისტები მუშაობდნენ ისე, როგორც იმუშავებდნენ სისგენდერ ადამიანთან, მიუხედავად იმისა, რომ კლიენტს სწორედ გენდერული დისფორიის ირგვლივ ჰქონდა ნუხილები და სწორედ ამაში გასარკვევად მიმართავდა სპეციალისტს. ქეთი ამბობს, რომ არ ხდებოდა საკითხში გარკვევა, ვერავინ პასუხობდა რა ჰქვია ამ მდგომარეობას და რისი გაკეთებაა საჭირო. იგი განსაკუთრებით ხაზს უსვამს რელიგიური სპეციალისტების დამოკიდებულებებს: „ღმერთის არ გნამთ?“ უთხრა აღმფოთებულმა ენდოკრინოლოგმა კონსულტაციაზე:

„მეც ხომ ვიცოდი ახლა რომ ჩემი შვილი არაა სტანდარტული გოგო. თერაპიებზე სადაც დავდიოდით, მათ შორის ოჯახურზე, არასოდეს სოგი-ს საკითხებზე ღიად არ უსაბრიათ, არ ყოფილა ტერმინების ახსნა, სახელდება. [...] ან დანაშაული იყო, ან საერთოდ იგნორი იყო ამ პრობლემის მიმართ და მიდიოდა უბრალოდ მუშაობა ადამიანთან, როგორც შეიძლება პიროვნებას ესაუბრო, გამოელაპარაკო და ანუ საწყისს პრობლემაზე ყველა თვალს ხუჭავდა (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

თეკლა, რომელიც თავის პარტნიორთან ერთად მივიდა ფსიქიატრთან ვიზიტზე, იხსენებს, რომ ფსიქიატრს არ უკითხავს მათთვის ვინ არიან ერთმანეთისთვის, ან რატომ მივიდნენ ერთად კონსულტაციაზე. თეკლა ფიქრობს, რომ სპეციალისტი მიხვდა მათ შესახებ:

„სოფოსთან (სახელი შეცვლილია) ერთად მივედი, არაფერი უკითხავს ნყვილი ვართ, არ ვართ ნყვილი, არც მე არ მითქვამს, უბრალოდ იკითხა ჩვენი პრობლემები“ (ინტერვიუ თეკლასთან, 25/03/2022).

ზურა ჰყვება ფსიქოლოგთან ვიზიტების გამოცდილებაზე. მოზარდობის ასაკში თვითგამორკვევის პროცესში მთელი რიგი სირთულეები გაიარა, სანამ საკუთარ სექსუალურ ორიენტაციას სახელს დაარქმევდა და მიიღებდა მას. ჰქონდა გამოხატული ნიშნები შფოთვის და დეპრესიის, სუიციდური აზრები, იყენებდა თვითდაზიანებებს. დღევანდელი გადმოსახედიდან, ზურა ფიქრობს, რომ სწორედ საკუთარი თავის მიმართ ზიზლისა და მიუღებლობის გამო ჰქონდა ეს სირთულეები. ფსიქოლოგი კი მის სექსუალურ ორიენტაციას, ამ სურათში, არ აღიარებდა, როგორც ფაქტორს:

„სხვა სერვისი მჭირდებოდა რეალურად მე და არსად არ იყო შესაბამისობაში, თუნდაც ის რომ მე ყოველდღიურ ცხოვრებაზე ვესაუბრებოდი და არ მიხსნიდა რა ხდებოდა ჩემს თავს. ანუ ისეთ მნიშვნელოვან პრობლემებზე რეალურად საუბარი, რაც მანუხებდა, მაგაზე არ გვისაუბრია. უბრალოდ ანუ ისეთი გარემო იყო რომ როცა ვსაუბრობდით, უფრო სწორად მე ვუყვებოდი რაღაც ამბებს და ის მისმენდა და ყავას ვსვამდით, ეგ იყო ჩვენი სეანსი“ (ინტერვიუ ზურასთან, 20/03/2022)

ნია აქცენტს აკეთებს უხერხულობის განცდაზე და ცოდნის ნაკლებობაზე, რომელსაც გინეკოლოგებისგან შეხვედრია, როდესაც თავისი სექსუალური ორიენტაცია გაუმჟღავნებია:

„ანუ, მქონია ბევრჯერ შეკითხვა, რავი, სანამ ინტერნეტში დავინყებდი კარგად მოძიებას იმ შეკითხვების რაც მქონდა, მაგრამ პირველადი, ესე ვთქვათ, ადამიანი, ვისთანაც მიხდოდა ამ შეკითხვების დასმა, იყო პროფესიონალი, რომ აი, ქალთან მაქვს ურთიერთობა და რა საფრთხესთან შეიძლება მქონდეს საქმე, ხო? მაგრამ მივდივარ, ვეკითხები და არ ვიცი.. „აა კარგი..“ მაგის იქით არ მიდის ხოლმე არაფერი, ავტომატურად უხერხულად გრძნობენ თავს..“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

მსგავსი გამოცდილება აქვს ქეთისაც:

„ვიარეთ კიდეჲ ოჯახურ ფსიქოთერაპიაზე, ოჯახურ სეანსებზე. ქალბატონი ძალიან ცნობილია, ძალიან დიდ თანხას ვიხდით, ძალიან ყველაფერი... მაგრამ მაინც იქ არ წამოსულა არც ერთი ის ტერმინი, რაც ძალიან, ძალიან დაგვეხმარებოდა ვინმეს რო რამე თავის დროზე სწორად ეთქვა“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

ცისია კი ჰყვება ფსიქოლოგთან სატელეფონო კონსულტაციების შესახებ, მოზარდობის პერიოდში მან ოჯახის წევრებისგან ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობა გამოიარა, რამაც მძიმე შედეგები მოუტანა ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით. ცისია აღნიშნავს, რომ ფსიქოლოგი ორიენტირებული იყო მისი თვითგამოხატვის შეცვლაზე (ცისია იცვამდა ხოლმე ბიჭის სამოსს) და ვერ ხედავდა, რომ მისი კლიენტი სუიციდურ კრიზისში იყო:

„მე ხმას საერთოდ არ ვიღებდი.. ის საუბრობდა მთელი ერთი საათის განმავლობაში.. ანუ მე განადგურებული ვიყავი იმდენი რამე გამოვიარე და.. უბრალოდ.. თან ტელეფონით უფრო სხვანაირია..“ (ინტერვიუ ცისიასთან, 29/01/2022).

5.6 პურიკაიული/ მხარდაჭერი თარაჲჲის გჲჲოჲჲი

„ერთადერთი ის ვიცოდი, ჩემიდან გამომდინარე, რომ ჩემი შვილია და რაც არ უნდა გვჭირდეს, ეს უპირობო ურთიერთობაა“.
(ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022)

კვლევის მონაწილეები იხსენებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მიღებულ პოზიტიურ გამოცდილებებს. ინტერვიუებში გამოიყო რამდენიმე ძირითადი ტენდენცია, რაც კვლევის მონაწილეების მიერ დადებითად იქნა აღქმული სპეციალისტებთან ურთიერთობაში.

პირველ რიგში, რესპონდენტები ხაზს უსვამენ სპეციალისტის არაგანსჯით დამოკიდებულებას, რაც სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის ნორმალიზებას უწყობდა ხელს. ეს მონაწილეებს საშუალებას აძლევდა, მეტად გახსნილიყვნენ და ნაკლები სტრესი განეცადათ

კონსულტირების პროცესში. აქვე, აღსანიშნავია, სპეციალისტისგან აღიარებისა და პატივისცემით მოპყრობის შემთხვევები, რასაც გარდამტეხი მნიშვნელობა ჰქონდა პაციენტისა და პროფესიონალის ურთიერთობაში. ანტონი ამბობს, რომ მნიშვნელოვანია სპეციალისტთან თავის მართლება და ახსნა-განმარტებების მიცემა არ გჭირდებოდეს საკუთარი სექსუალური ორიენტაციის თუ გენდერული იდენტობის გამო:

„აი, ეგ არის პირველ რიგში, ახსნა რომ არ გჭირდება და თავისუფალი ხარ... ანუ, როცა არ გაქვს ზედმეტად ასახსნელი ვინ ხარ, რა ხარ და რა გჭირდება... (ინტერვიუ ანტონისთან, 12/02/2022).

ქეთი იხსენებს სექსოლოგთან კონსულტაციას, როდესაც შვილი მიიყვანა გენდერული დისფორიის გამო. ქეთი ამბობს, რომ მისი შვილის ცხოვრებაში ეს იყო პირველი აღიარება მესამე პირის მიერ და ამან ძლიერი გავლენა იქონია დედა-შვილის კეთილდღეობაზე:

„ნუ ბავშვი ჩემს წინაშე ჩვეულებრივად ახალგაზრდა ბიჭიყო, თქვა თვითონ. (სექსოლოგმა) თვითონვე შესთავაზა რა სახელი დაგიძახო, იმიტომ რომ ნატალია (სახელი შეცვლილია) ნამდვილად არ ხარო.. და ეს ჩემი შვილისთვის ძალიან.. როგორ ვთქვა, მე მგონი, პირველი აღიარება იყო უცხო ადამიანისგან, არა მეგობრისგან და ოჯახის წევრებისგან, და ნუ აი, ძალიან დიდი სტიმული იყო და რა ვიცი.. ამის მერე შევეშვიტ ამ ანტიდებურესანტებს და ძალიან, როგორ ვთქვა, უზარმაზარი ნაბიჯი იყო მის ცხოვრებაში“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

სექსოლოგთან პოზიტიურ გამოცდილებას იხსენებს დათოც. იგი ხაზს უსვამს, რამდენად მნიშვნელოვანია, რომ სპეციალისტი გიყურებდეს, როგორც ადამიანს.

„ზოგადად, თუნდაც, პირველ რიგში კარგია ის, რომ ექიმი არ გიყურებს როგორც.. არ არის ექიმი ჰომოფობი, არ გიყურებს როგორც ავადმყოფს. სხვა დამოკიდებულება აქვს ამ ადამიანს ჩვენი თემის და ამ ადამიანების მიმართ და ჩემზე მეტად ლიბერალი და არაჰომოფობია (სექსოლოგი), ვიდრე შეიძლება მე ვიყო“ (ინტერვიუ დათოსთან, 17/02/2022).

პოზიტიური გამოცდილება აქვს ზურას, სათემო ფსიქოლოგიურ სერვისში. იგი იხსენებს, რომ ფსიქოლოგი ეხმარებოდა მდგომარეობის ნორმალიზებაში:

„თუნდაც ის, რომ ამას (სექსუალურ ორიენტაციას) პრობლემად არ აღიქვამდა და პირიქით, მეუბნებოდა რომ ეს არის ნორმა და ძალიან ბევრი ადამიანი არის ამ ნორმალურ მდგომარეობაში..“ (ინტერვიუ ზურასთან, 20/03/2022).

ასევე, მონაწილეები განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებენ სპეციალისტის კომპეტენციას სოგი-ს საკითხებში. სწორედ ასეთ გამოცდილებებს იხსენებენ პოზიტიურად, რადგან რაც მეტი ინფორმაცია მიიღეს საკუთარი სექსუალობისა თუ იდენტობის შესახებ, მით მეტად შეძლეს შფოთვის, დეპრესიის თუ სხვა სირთულეების დაძლევა.

„ძალიან მნიშვნელოვანია, როცა წიგნის ენით გელაპარაკება სპეციალისტი, მერე ამას განვიმარტავს ადამიანურად და ჩვეულებრივად, არ ეზარება დაგიკონკრეტოს ეს ყველაფერი და თვითონ როცა არის ადამიანი დარწმუნებული თავის პასუხში და თვითონ როცა იცის რომ სწორად საუბრობს, ამბობს იმას, რაშიც 100% დარწმუნებულია რომ მართალია, ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს მის ტონს და მის თვითდაჯერებას. ფაქტიურად, მე მაშინ დავიჯერე, რომ ეს არ არის უბედურება. სპეციალისტთან საუბრით და მასთან საუბრით დარწმუნდნენ ჩემი გვერდით მყოფები, რომ ეს ჩვენ არ ვართ წყევლები და არ გვჭირს რალაცა ღვთის რისხვა და თავი მოსაკლავი არ გვაქვს და შეიძლება ასე ცხოვრება“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

ასევე, მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა, რომ სპეციალისტებს პირდაპირ შეძლებოდათ სოგი-ს ირგვლივ არსებულ სირთულეებზე მუშაობა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც ადამიანი თავადაც თვითგამორკვევის პროცესშია და უჭირს მოვლენების ერთმანეთთან დაკავშირება. ამ ქაოსში, სპეციალისტს მნიშვნელოვანი როლი აქვს. ზურა იხსენებს, გარდა იმისა, რომ ფსიქოლოგი ინფორმაციას აწვდიდა სექსუალური ორიენტაციის ირგვლივ, რაც მას მდგომარეობის ნორმალიზებაში ეხმარებოდა, ასევე, მან აუხსნა რა არის უმცირესობის სტრესი, რა გავლენა აქვს გარემოდან მიღებულ ნეგატიურ/აგრესიულ დამოკიდებულებებს მის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ეს ზურას დაეხმარა თავი უკეთ ეგრძნო:

„უმეტესად მქონდა ჩემს ორიენტაციაზე საუბარი. და რა გავლენა ჰქონდა, ხალხს რა გავლენა ჰქონდა ამ ყველაფერთან მიმართებაში, როგორი დამოკიდებულება, რა პრობლემებს ვაწყდებოდი და უფრო ვიაზრებდი ყველაფერს ნელ-ნელა“ (ინტერვიუ ზურასთან, 20/03/2022).

ნია ჰყვება, რამდენად დამხმარე აღმოჩნდა მისთვის, როდესაც საბოლოოდ მოხვდა ისეთ ფსიქოლოგთან და ფსიქიატრთან, ვისთანაც შეძლება თავის სექსუალურ ორიენტაციაზე საუბარს და ამ მხრივ პერსპექტივის გაფართოებას.

„ბევრად უკეთ ვიყავი, რომ ვიპოვე სწორი.. ჩემთვის უფრო მოსარგები, შესაფერისი ფსიქიატრიც და ფსიქოლოგიც, ძალიან ბევრი რამე ვისწავლე ჩემს თავზე და საკმაოდ დიდი პროგრესი მქონდა, ჩემი ორიენტაცია აღარ იყო ისეთი რაღაც... (პაუზა) იმ დროს, იმდენად დათრგუნული ვიყავი ზუსტად ამ ორიენტაციით, რომ მეგონა, რომ რაღაცა კულტის წვერი ვიყავი ნაწილობრივ, რომ აი, ბისექსუალი ვარ და ლგბტ თემის ნაწილი ვარ და მთელი სამყარო ჩემს წინააღმდეგ არის. არავის არ უნდა ვუთხრა, არავინ არ უნდა იცოდეს.. [...] და ბოლოს ისე გამოვედი, რომ რა სექსუალური დრამები.. იმდენად განეიტრალდა, იმდენად არარელევანტური გახდა, რომ საერთოდ აღარ არის ეხლა ჩემი პრობლემა, ყველა ის სექსუალური პრობლემები რაც გამაჩნდა, თვითშეფასების პრობლემები და ა.შ. გადავხარშე, სხვა პრობლემებთან ერთად, რა თქმა უნდა“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

ასევე, ცისია ჰყვება, რომ ფსიქოლოგი ეხმარებოდა ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის გაჯანსაღებაში, რადგან ეს ურთიერთობები სწორედ ქამინგაუთის შემდეგ გახდა ძალადობრივი. ფსიქოლოგი, ერთი მხრივ, ცისიას ეხმარებოდა მისი სექსუალური ორიენტაციის მიღებაში, მეორე მხრივ, სთავაზობდა ცისიას ოჯახის წევრებთან ერთად შეხვედრას და ამ საკითხის ერთობლივ განხილვას. ეს სწორედ აფირმაციული მიდგომის მაგალითია, რადგან კლიენტის ოჯახთან მუშაობა კლიენტთან ერთად, შესაძლოა გარდამტეხი აღმოჩნდეს ოჯახის ცხოვრებაში.

შეჯამებისთვის, მხარდაჭერ მიდგომებში, როდესაც კლიენტებმა/პაციენტებმა კარგად იგრძნეს თავი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში და მიიღეს საჭირო, ადეკვატური დახმარება ინტერვიუებში შემდეგნაირად გამოიკვეთა: სპეციალისტის მხრიდან კლიენტის აღიარება, ღირსეული მოპყრობა, სოგი-ს ირგვლივ ინფორმირება ემპირიულ მონაცემებზე დაფუძნებული ცოდნით, სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული სირთულეების გააზრება, მაგალითად, როგორია უმცირესობის სტრესის გავლენა კლიენტის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, როგორ მიმდინარეობს ქამინგაუთის პროცესი, არის თუ არა კონფლიქტები გარემოსთან, ოჯახთან, ეს ყოველივე როგორ აისახება კლიენტის ემოციებზე, ქცევაზე, არსებობს თუ არა კავშირი არსებულ ჩივილებსა და სოგი-ს შორის, ანუხებს თუ არა კლიენტს/პაციენტს ინტერნალიზებული ჰომო/ბი/ტრანსფობია რაც, შესაძლოა, თვითდაზიანებების, სუიციდალობის, დეპრესიის, მწვავე შფოთვის სახით ვლინდებოდეს. საბოლოო ჯამში, გამოიკვეთა, რომ პოზიტიური იყო ის გამოცდილებები, როდესაც სპეციალისტები ამ თემებზე საუბარს თავს არ არიდებდნენ და ჰქონდათ მყარი ცოდნა ამ მართულეებით.

5.7 თანასწორების მხარდაჭერა და ლგაში სათემო სერვისები

კვლევის მონაწილეებისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი გამკლავების გზა თანასწორთა მხარდაჭერა და სათემო ორგანიზაციები იყო. ზურა მეგობარმა გადაამისამართა სათემო ორგანიზაციაში, ნიამ თანასწორთა ჯგუფში მიიღო ინფორმაცია აფირმაციული თერაპევტების შესახებ, დათო მეგობარმა მიიყვანა სათემო ორგანიზაციაში, სადაც მან თავიდანვე შეძლო, ადეკვატური სერვისით ესარგებლა და, შესაბამისად, ნაკლებად აქვს ნეგატიური გამოცდილებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან:

„რა ვიცი, ვივლიდი ასე ფსიქოლოგებში, ენდოკრინოლოგებში, ცუდი გამოცდილებებიც მექნებოდა, არასწორი ინფორმაციებიც მექნებოდა, მე თვითონ რომ ასე კლინიკებში ძებნა დამეწყო. ძალიან ცუდი იქნებოდა ნამდვილად.. ის იმას გეტყოდა, ის იმას.. ზოგი ცუდს გეტყოდა, ზოგი არაპროფესიონალურად, ალბათ, რა ვიცი

ღა იქნებოღა ძალიან სტრესი ადამიანისთვის ღა.. ასე პირდაპირ გამოცდიღ, ღატესტიღ ადამიანთან გამიშვა ორგანიზაციამ ღა ძალიან კმაყოფიღი ღა მაღლობელი ვარ“ (ინტერვიუ ღათოსთან, 17/02/2022).

„აი, ეს ახსნა-განმარტებები მიჭირს. ადამიანთან რომ მიდიხარ ღა აზრზე როცა არ არის.. მაგიტომ ყოველთვის (სათემო) სოც. მუშაკის დანარეკის გარეშე ვცდიღობ, რომ ექიმთან არ მივიღე საერთოღ“ (ინტერვიუ ანტონისთან, 12/02/2022).

„(სათემო) ორგანიზაციამი დავრეკე იმიტომ, რომ ვიფიქრე რომ აქედან ნაპოვნი ფსიქოლოგი ან ფსიქიატრი უფრო საღად მოაზროვნედ შემაფასებღა ღა პირდაპირ ნაგავში არ ჩამდებღა“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

თეკღა ღა მისი პარტნიორიც მეგობრის ნყაღობით დღუკავშირდნენ ღგბტქი სათემო სერვისს. ქეთის კი მშობლების ჯგუფი დღეხმარა, რომ საკუთარ ემოციურ პრობლემებს გამკლავებოღა ღა შვიღს დანმარებოღა. ეს ქსელი არსებითი მნიშვნეღობისაა ქვიარ ადამიანების კეთიღდღეობაში, თუმცა როგორც მონანიღეები აღნიშნავენ, სოფლებში, რაიონებში, პატარა ქაღაქებში, მსგავს სერვისებს ვერ იპოვი.

ზურა აღნიშნავს, რომ ფსიქოლოგთან კონსულტაციებზე მეტად, სწორედ, თანასწორთა მხარდაჭერა დღეხმარა, რადგან იგრძნო, რომ მარტო არ იყო. იგი აღნიშნავს, რომ შემდგომში უკვე თვითონ აღმოჩნღა სხვებისთვის დამხმარე:

„ბევრი ვიცი ვისაც ჰქონიღ მსგავსი პრობლემები, სუიციდური ფიქრები ღა საკუთარი თავის მიუღებღობა ღა რაღაც ღა სინამდვიღეში სულ მათთან მქონღა კომუნიკაცია ღა ჩემს გამოცდიღებას ვუზიარებღი ხოღმე, რაც ვფიქრობღი რომ მათ დღეხმარებოღათ“ (ინტერვიუ ზურასთან, 20/03/2022).

5.8 ლგაში კლიენტების რეკომენდაციები სპეციალისტებს

კითხვაზე, თუ რა რეკომენდაციას მისცემდნენ სპეციალისტებს, კვლევის მონაწილეებისგან მრავალფეროვანი პასუხები მივიღეთ. რესპონდენტები ინტერვიუებში განსაკუთრებით ხაზს უსვამდნენ სპეციალისტების ცოდნას და მათი გადამზადების საჭიროებას სოგი-ს საკითხებში. ასევე, მნიშვნელოვანია, სპეციალისტებს ჰქონდეთ ინფორმაცია სათემო სერვისების შესახებ, სადაც პაციენტის გადამისამართებას შეძლებენ:

„უნდა გადამზადდეს, მგონი, ყველა სპეციალისტის ექიმი და იცოდეს მაინც რომ სად გადაამისამართოს. რომ ვინც აუტიზმის მქონე ბავშვთან მუშაობს და მერე მე მივალ, ჩემი შვილი მივა, მიხვდეს მაინც რომ ეს დისფორიაა და სხვაგან გაუშვას“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

ზურა აღნიშნავს, რომ სპეციალისტის კომპეტენცია მნიშვნელოვანია, რადგან შემდგომში მან კლიენტის/პაციენტის სწორი ინფორმირება შეძლოს. სწორი ინფორმაციის მიწოდება კი პირველი ნაბიჯია კარგად ყოფნისკენ:

„პირველ რიგში, აუცილებელია ის, რომ ინფორმაცია მიაწოდონ სწორად. აი, მაგალითის სახით უთხრა რაღაცები, რომ მარტო არ არის, პირველ რიგში ეგ უნდა იგრძნოს ადამიანი, რომ მარტო არ არის. ასევე საზოგადოების დამოკიდებულება უნდა აუხსნას, რატომ ხდება ეს, როგორ ხდება. რეალურად მე უკვე იმასაც ვიპოვე, რატომ ხდება ადამიანი ჰომოფობი და მაგას წინ ძაან დიდი პრობლემები აქვს თუნდაც და შესაძლებელია, არ რჩება იმაზე ფიქრის დრო, რომ მიიღოს ლგბტ თემის წევრები და ამის გამო ეგ არის რომ აუცილებელია ყველა მხარე იცოდეს ადამიანი და ის ინფორმაციაც მიიღოს, თუ ვინ არის, როგორ ხდება ეგ ყველაფერი, რომ ეს ნორმალურია.. და უკვე თავს უფრო კარგად იგრძობს და თავდაჯერებულობასაც რომ შეიძენს, მერე ნელ-ნელა უფრო გვარდება მსგავსი პრობლემები, ჩემი აზრით“ (ინტერვიუს ზურასთან, 20/03/2022).

ცისია და ნათია ხაზს უსვამენ სპეციალისტის მოძიებისას დაშვებულ შეცდომებს და აღნიშნავენ, რომ გარკვეული სტანდარტი უნდა არსებობდეს, რაც ნებისმიერი სპეციალისტის პროფესიონალიზმს პროფესიონალიზმის გარანტი

იქნება. ნაცნობობა, ინტერნეტში ნაკითხული სტატია და პოპულარობა არ არის გარანტია, რომ ეს სპეციალისტი საჭირო დახმარებას გაგინევს. ამგვარად, ცენტრალურია სპეციალისტების ლიცენზირებისა და ხარისხის კონტროლის საკითხი. ინტერვიუებში გამოიკვეთა სპეციალისტების მხრიდან ეთიკის დარღვევის არაერთი შემთხვევა. გარდა იმისა, რომ კონვენსიული თერაპია, თავისთავად, არაეთიკური მიდგომაა და დადასტურებულია ამგვარი თერაპიების მიერ გამოწვეული ზიანი. ჩვენი რესპონდენტების შემთხვევაში საუბარი იყო ისეთ საბაზისო საკითხებზე, როგორებიცაა კლიენტის/პაციენტის პირდაპირი შეურაცხყოფა, მშობლის დადანაშაულება, კლიენტისთვის მორალის ნაკითხვა, დამამცირებელი ტერმინოლოგიის გამოყენება, სასულიერო პირებთან გადამისამართება და არაერთი პროფესიული გადაცდენა, რომლის დაშვებაც ეკრძალებათ დამხმარე პროფესიებში მომუშავე ადამიანებს შესაბამისი ეთიკის კოდექსის და სახელმძღვანელო პრინციპების გათვალისწინებით.

შეგვხვდა კონფიდენციალობის დარღვევის შემთხვევებიც, როდესაც, მაგალითად სპეციალისტსა და კლიენტის მშობელს დამოუკიდებლად ჰქონდათ კავშირი და ცვლიდნენ ინფორმაციას, მაშინაც კი, როდესაც კლიენტი სრულწლოვანი იყო, ისე რომ თავად კლიენტმა წლების მერე შეიტყო ამის შესახებ.

შესაბამისად, რესპონდენტები მნიშვნელოვან ყურადღებას უთმობენ სწორედ ეთიკის დაცვის საკითხებს:

„კულტურა არ არის დანერგილი, რომ ესე კი არ უნდა უმტკიცებდე ადამიანს რაღაცას, ან არ უნდა ეკამათებოდე საკუთარ გრძნობებზე. მეტი სიმპათია (თანაგრძნობა) უნდა იყოს, იქნებ ადამიანს გაუგო, მოუსმინო და ცოტა უფრო მეტი ისწავლო, თუ რაღაცა არ იცი – მოიძიო“ (ინტერვიუ ნიასთან, 13/01/2022).

ია აღნიშნავს, რომ მისთვის მნიშვნელოვანია სპეციალისტი მხოლოდ წამლის დანიშვნით არ შემოიფარგლებოდეს და მასთან მისულ პაციენტს მთლიანობაში აღიქვამდეს. ტრანსგენდერი ადამიანების მაგალითზე, ია ამბობს, რომ მის შვილს სათემო მხარდაჭერა და ფსიქოლოგის კონსულტაციები სჭირდებოდა, და არა ჰორმონული თერაპია, რაც ენდოკრინოლოგმა ურჩია. ამასთანავე, ია ხაზს უსვამს ნებისმიერი სპეციალობის შეზღუდვებს, იგი ამბობს, რომ ზოგჯერ საზოგადოებას გადაჭარბებული მოლოდინები აქვს დამხმარე სპეციალობების მიმართ, ფიქრობენ რა, რომ ექიმი ყველა პრობლემას გადაწყვეტს. ია ამბობს, რომ თავად კლიენტსაც

უნდა ესმოდეხს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის საჭიროება და დანიშნული მედიკამენტის იმედად არ უნდა დარჩეს.

ია მსჯელობს სერვისების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე და ხილვადობაზე, მისთვის მნიშვნელოვანია საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების საჭიროების ირგვლივ. იგი ფიქრობს, რომ ბევრი ადამიანი მის ადგილას საერთოდ არ მიიჩნევდა სპეციალისტის დახმარებას საჭიროდ ან პირდაპირ ექიმთან მივიდოდა მედიკამენტური მკურნალობისთვის. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შეუძლიათ კლიენტს მნიშვნელოვნად შეუმსუბუქონ სოგი-სთან დაკავშირებული დისტრესი. ია განსაკუთრებით ფსიქოლოგის როლზე მიუთითებს:

„ხო და ვფიქრობ, რომ უნდა იყოს დაფინანსებული ეს ორგანიზაციები (სათემო სერვისი), რომ სერვისი იყოს ხელმისაწვდომი მომხმარებლისთვის. რომ თავის თავს მიხედოს იმანაც, ვისაც ფინანსურად ამაზე არ მიუწვდება ხელი და ცნობადობაც, რომ იცოდეს ადამიანმა რომ ამაზე ფსიქოლოგს უნდა მიმართოს და არა მაინც და მაინც ექიმს“ (ინტერვიუ იასთან, 18/01/2022).

სათემო სერვისების ხილვადობის აუცილებლობაზე მიუთითებს ქეთიც, რადგან მან ბევრი სპეციალისტი მოიარა თავის შვილთან ერთად მანამ, სანამ ერთ-ერთ სათემო ორგანიზაციას მიაგნებდა. იგი ასევე სერვისების გეოგრაფიულ გადანაწილებაზეც აკეთებს აქცენტს, რადგან ლგბტყი სათემო სერვისი ხელმისაწვდომია საქართველოს მხოლოდ სამ დიდ ქალაქში.

მშობლები ამბობენ, რომ ამ პროცესში მნიშვნელოვანი იყო, ჰქონოდათ სამეცნიერო ინფორმაცია ქართულ ენაზე, რაც სოგი-ს საკითხების გაგებაში დაეხმარებოდათ, თუმცა ამგვარი ინფორმაცია არ იყო ინტერნეტში ხელმისაწვდომი. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაშინ, როდესაც სპეციალისტისგანაც ვერ იღებ სანდო ინფორმაციას:

„მიდიხარ სპეციალისტთან და იქ იღებ მკითხაობას! ყავაზე მკითხაობს. [...] მიდიხარ, ამდენ ფულს იხდი, რიგში დგახარ, სამსახურიდან თავისუფლდები და იღებ რას? ლანძღვას, რომ ხარ წყევლა ღმერთის! ისე გავბრაზდი ახლა ისევ! ხანდახან ისე მინდა, რომ ყველას სათითაოდ ჩამოვუარო და ვუთხრა, რომ თაღლითები არიან და რაში აიღეს ფული?! მაგრამ ყველამ ასე უნდა ქნას, მივიდეს უთხრას, რომ რას მიშვებოდი!“ (ინტერვიუ ქეთისთან, 14/02/2022).

ანტონი აღნიშნავს, რომ მისთვის მნიშვნელოვანია სპეციალისტს ჰქონდეს არაგანსჯითი მიდგომა, რაც პრინციპში მაღალ მოთხოვნას არ წარმოადგენს, რადგან ყველა დამხმარე პროფესიის ეთიკურ კოდში შევხვდებით ამ პრინციპს, რომლის დაცვაც სპეციალისტის კეთილი ნება არ უნდა იყოს:

„მე მაინც უფრო ვიტყვი იმას, რომ ადამიანი უნდა მიიღო ისე, როგორც გამოიყურება. ისე, როგორც მას უნდა და მაშინ ადამიანი თვითონ იხსნება. მე რომ მივალ და ჩემი ძველი სახელით მომმართავს ადამიანი (იგულისხმება სახელი ტრანზიციამდე), იქ უკვე აგრესია მიჩნდება და უკან ვიხევ“ (ინტერვიუ ანტონისთან, 12/02/2022).

5.9 შედეგების განხილვა

ჩანერჩილი ინტერვიუების საფუძველზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მიმართვის ორი ძირითადი ტენდენცია იკვეთება: პირველი, როდესაც კლიენტი თავისი ნებით ითხოვს სერვისს, რადგან კრიზისულად გადის თვითგამორკვევისა და ქამინგაუთის პროცესს, მეორე ტენდენცია კი მშობლების/ოჯახის წევრების მხრიდან იძულებითი მკურნალობის მოტივია. ზოგადი სურათი კი ასეთია: ფსიქოლოგებს, ფსიქიატრებს, ენდოკრინოლოგებს, სექსოლოგებს უმეტეს შემთხვევაში აღმოაჩნდათ ან ნეგატიური დამოკიდებულებები ლგბტქი თემის მიმართ, ან გამოავლინეს არასერიოზული ხედვა საკითხის მიმართ, განსაკუთრებით მოზარდების შემთხვევაში, ან თავი აარიდეს სოგი-ს თემას და ირიბად დაიწყეს ჩარევა შფოთვის, დეპრესიის, ოჯახური დინამიკის მიმართულებით. არაბინარული ადამიანებისა და ტრანსგენდერების შემთხვევაში განსაკუთრებით საყურადღებოა ენდოკრინოლოგების უხეში ჩარევები ჰორმონული თერაპიის გზით. აღსანიშნავია რელიგიური ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების არაეთიკური მიდგომები, მაგალითად, მშობლის გალანძღვა და დადანაშაულება, ღმერთის მიერ მოვლენილი სასჯელით დამუქება, სასულიერო პირებთან გადამისამართება გამოჯანმრთელების ლოცვაზე და სხვა. ასევე, საგულისხმოა, კონფიდენციალობის დაცვის საკითხი. როგორც კვლევის მონაწილეები გვიყვებიან, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან, განსაკუთრებით ფსიქოლოგებთან კონსულტირების მანძილზე, ფსიქოლოგებსა და ოჯახის წევრებს აღიანსი ჰქონდათ შეკრული,

პრაქტიკულად, კლიენტის წინააღმდეგ, რადგან კლიენტმა ხშირ შემთხვევაში ან სრულიად არ იცოდა ამ კავშირის შესახებ, ან იცოდა, მაგრამ მის ინფორმირებას საუბრის შინაარსზე არავინ ახდენდა.

სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ ღიად საუბარი, იდენტობის აღიარება და ნორმალიზება, შეკითხვების დასმა ამ თემის ირგვლივ და ფსიქოგანათლება, კლიენტის ზოგადი პატივისცემა, ის ძირითადი საკითხებია, რომლის მნიშვნელობასაც ხაზს უსვამენ კვლევის მონაწილეები კლიენტის/პაციენტის როლიდან. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სპეციალისტის როლი, როდესაც ქამინგაუთის შემდეგ კლიენტისა და ოჯახის წევრების ურთიერთობები ზიანდება. სპეციალისტს შეუძლია გამოიყენოს თავისი პროფესიული ცოდნა (საღ აზრზე დაფუძნებული) და ავტორიტეტი, რათა დაზიანებული ურთიერთობების აღდგენაში დაეხმაროს კლიენტს. ასეთ წარმატებულ შემთხვევას ჩვენ შევხვდით კვლევის მონაწილეებში.

ინტერვიუებში ასევე გამოიკვეთა თვითგამორკვევის კრიზისები, რომლებიც ვლინდებოდა თვითდაზიანებებში, სუიციდურ ტენდენციებში. თუმცა, არც ერთ შემთხვევაში არ მოხდა ამ ორი საკითხის ერთმანეთთან დაკავშირება, რადგან სპეციალისტები გვერდს უვლიდნენ სოგი-ს საკითხებს და ყურადღების გადატანას ურჩევდნენ კლიენტებს.

საბოლოო ჯამში, ყველაზე ეფექტიანი მხარდამჭერები სათემო სერვისში ჩართული სპეციალისტები და თანასწორები არიან. რაც არ არის გასაკვირი, რადგან ლგბტკი სათემო სერვისები და აქ მომუშავე სპეციალისტები, როგორც წესი, ფლობენ ინფორმაციას ლგბტკი საკითხების შესახებ. რამდენადაც, აღნიშნული სერვისები საერთაშორისო დონორებზე არიან დამოკიდებულები და ნაწილობრივ მოიცავენ მხოლოდ საქართველოს სამ დიდ ქალაქს, მნიშვნელოვანია, რომ ლგბტკი თემი არ დარჩეს მხოლოდ რამდენიმე სპეციალიზებული ორგანიზაციის იმედად და შეძლოს ეფექტიანი დახმარების მიღება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნებისმიერ კლინიკასა თუ ცენტრში. გარდა ამისა, როგორც აღმოჩნდა, ლგბტკი სათემო სერვისებიც არ არის ადვილად მოსაძიებელი ადამიანისთვის, რომელსაც არასდროს ჰქონია შეხება ლგბტკი მხარდამჭერ ორგანიზაციებთან ან თემის ისეთ წევრებთან, ვინც მათ დაკვალიანებას შეძლებდა. აღნიშნულ საკითხზე რეკომენდაციების ნაწილში ვისაუბრებთ.

6. ღასკვნა

კვლევის თვისებრივი და რაოდენობრივი მონაცემები ავსებს ერთმანეთს და მიგნებების უფრო სიღრმისეული განხილვის საშუალებას გვაძლევს. მოცემული კვლევის თვისებრივ ნაწილში გადმოცემულია ლგბტქი ადამიანების ისტორიები, რომლებიც მათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში გაიარეს. აქ კარგად ჩანს გამოცდილების ემოციური განზომილება, ოჯახური კონტექსტი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების ჩარევების გავლენა და შედეგები. მეორე მხრივ, ლგბტქი თემთან მუშაობის სპეციფიკის მიმართ პროფესიონალების ხედვა ვლინდება რაოდენობრივ მონაცემებში.

კვლევის ორივე ნაწილს თუ ერთ სიბრტყეში განვიხილავთ, დავინახავთ როგორც წინააღმდეგობებს, ასევე მსგავსებებს შედეგებში. პირველ რიგში, მნიშვნელოვან შეპირისპირებას ვხედავთ კონვერსიული თერაპიების ნაწილში. ლგბტქი კლიენტები აფიქსირებენ კონვერსიული და არაეთიკური მოპყრობის არაერთ მაგალითს, რაც მათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან ურთიერთობაში გამოსცადეს. მეორე მხრივ, ჩვენს შერჩევაში მოხვედრილი თერაპევტები არ ემხრობიან კონვერსიულ მიდგომებს. შესაძლებელია, აქ ასაკობრივ კატეგორიაზე დავფიქრდეთ, როგორც ფაქტორზე. ჩვენს შერჩევაში მოხვედრილი სპეციალისტების საშუალო ასაკი 33 წელია. ქვიარებს ნეგატიური გამოცდილებები კი, როგორც ინტერვიუებიდან იკვეთება, ძირითადად 40-50 წლის ასაკის სპეციალისტებთან აქვთ მიღებული. ცხადია, ეს დაშვება არ განზოგადდება და ახალგაზრდა სპეციალისტი ავტომატურად არ ნიშნავს აფირმაციულ სპეციალისტს და პირიქით. აქ მხოლოდ ტენდენციაზე შეგვიძლია ვისაუბროთ. აქვე, აღსანიშნავია, რომ ოჯახები, რომლებიც საკუთარი შვილების „გარდაქმნას“ ცდილობდნენ, ლოგიკურად არჩევდნენ ისეთ სპეციალისტებს, ვინც მათ ამაში დაეხმარებოდათ. ამიტომაც, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ერთგვაროვანი სტანდარტების არსებობა სერვისებში, რათა ლგბტქი კლიენტებმა და ოჯახის წევრებმა მიიღონ საღ აზრზე დაფუძნებული ინფორმაცია. შესაბამისად, ასაკობრივი კატეგორია და კონვერსიული მიდგომით მუშავე სპეციალისტების მიზნობრივი შერჩევა ოჯახების მიერ, ხსნის განსხვავებას თვისებრივ და რაოდენობრივ მონაცემებში.

ქვიარ ბრმა მიდგომის ნაწილში თვისებრივი და რაოდენობრივი მონაცემები ავსებს ერთმანეთს. სპეციალისტების მხრიდან სოგი-ს საკითხებისთვის თავის არიდების ტენდენციას ვხვდებით ორივე ნაწილში. ინტერვიუებში რესპონდენტები ჰყვებიან, რომ სპეციალისტები ხშირად თავს არიდებდნენ სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობაზე ღიად საუბარს, ასევე ვხვდავთ ამგვარი მიდგომის ნეგატიურ შედეგებს, როდესაც სპეციალისტი თავს არიდებს უმთავრეს საკითხს, რომლის გამოსარკვევაც მასთან კლიენტი მივიდა. ამავდროულად, გამოკითხული სპეციალისტების უმრავლესობა არ მიიჩნევს მიზანშეწონილად, ღიად დასვას შეკითხვები კლიენტის სექსუალური ორიენტაციის ან გენდერული იდენტობის შესახებ და ამ ინფორმაციის მიღებას ირიბი გზებით ამჯობინებენ, ზოგიერთი რესპონდენტი კი აღნიშნავს, რომ იმ შემთხვევაშიც თუ კლიენტი თავად წამოწევს ამ თემას, თავს არიდებს მას და ფიქრობს, რომ „არ არის საჭირო აქცენტირება“. შედეგად, სოგი-ს საკითხებისთვის თავის არიდება მნიშვნელოვნად გამოკვეთილი ტენდენციაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებში კლიენტებთან ურთიერთობისას.

აქვე, აღსანიშნავია, რომ თვისებრივ ნაწილში აგრესიულ დამოკიდებულებებსა და კონვერსიული თერაპიის მცდელობებს რელიგიური სპეციალისტებისგან ვხვდებით. მაგალითად, გამოჯანმრთელების ლოცვაზე გადამისამართება, ან მუქარა, „ღმერთი დაგსჯით“, მიუთითებდა იმაზე, რომ, ამ შემთხვევაში, სპეციალისტი ავადმყოფობისა და ცოდვის პარადიგმაში განიხილავდა ჰომოსექსუალობას/არაბინარულ/ტრანს იდენტობებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების კვლევის ნაწილში, პირდაპირი შეკითხვა, თუ რამდენად რელიგიურები არიან ისინი, არ დაგვისვამს. თუმცა, ლგბტქი საკითხებში ყველაზე ნაკლები სანდოობით ჩვენი შერჩევისთვის სწორედ რელიგიური ლიდერები სარგებლობენ, პოლიტიკოსების გვერდით. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, შესაძლოა ეს მიუთითებდეს შერჩევის ნაკლებ რელიგიურობაზე, სულ მცირე, ლგბტქი თემთან მიმართებაში, სპეციალისტები რელიგიური პრიზმიდან არ უყურებენ მას. არ იქნება გასაკვირი, თუ ვიტყვით, რომ რელიგიური სპეციალისტები მეტად მაოიჩევიან კონვერსიული თერაპიული მიდგომებით ან უბრალოდ აგრესიული დამოკიდებულებით, ვიდრე არარელიგიური სპეციალისტები. თუმცა, ეს საკითხი შემდგომ შესწავლას საჭიროებს.

რამდენადაც, არ არსებობს ისეთი პროფესიული რეგულაციის მექანიზმები, რომლებიც აღკვეთდა არაეთიკურ შემთხვევებს, კონვერსიული

თერაპიების გამოყენებას. მნიშვნელოვანია, რომ ამგვარი მიდგომების მიერ მოტანილი ზიანის შესახებ თავად ლგბტქი თემის წევრები და მათი ოჯახები იყვნენ ინფორმირებული, რათა თავიდან აირიდონ მსგავსი გამოცდილება. იმ შემთხვევაში, თუ ეს იძულებითი პროცესია, ლგბტქი კლიენტს/პაციენტს უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია, თუ ვის შეიძლება მიმართოს დასახმარებლად.

კვლევის შერჩევა, ძირითადად, მოიცავს თბილისში მაცხოვრებელ სპეციალისტებსა და თემის წევრებს. მონაცემების გასაფართოებლად და სრული სურათის დასანახად, მნიშვნელოვანია რაიონებსა და სოფლებში მაცხოვრებელი და მომუშავე სპეციალისტებისა და თემის წევრების გამოცდილებების შესწავლა. ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ შერჩევა გამრავალფეროვნდეს სპეციალისტთა და სხვა იდენტობების მიხედვით.

საბოლოო ჯამში, მიგვაჩნია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების პროფესიონალიზმი გაიზრდება, თუ ისინი მეტად მგრძნობიარეები გახდებიან მარგინალიზებული ჯგუფების გამოცდილებების მიმართ და მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ ცოდნას შეიძენენ მათთან სამუშაოდ. სტიგმისა და დისკრიმინაციის ნეგატიური გავლენები ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ზოგადად, ადამიანების კეთილდღეობაზე, საყურადღებო განზომილება უნდა იყოს სწორედ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისთვის. ამგვარი აქცენტების დასმა სწავლების პროცესში, საგანმანათლებლო სივრცეებში, აუცილებელია, რათა დამხმარე პროფესიებში მომუშავე ადამიანები თავად არ გახდნენ მჩაგვრელები რომელიმე ჯგუფთან მიმართებით.

7. რეკომენდაციები

რეკომენდაცია 1. კვლევის რაოდენობრივ მონაცემებში გამოკვეთილი ტენდენციის თანახმად, პროფესიონალებს უჭირთ ინფორმაციის მოძიება მათთვის სანდო წყაროებიდან (ექსპერტი/მკვლევარი, საუნივერსიტეტო სივრცე და ლგბტქი ორგანიზაციები). რეკომენდებულია, საუნივერსიტეტო სივრცეებმა და ლგბტქი ორგანიზაციებმა იზრუნონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით სანდო ინფორმაციის გავრცელებაზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებში.

რეკომენდაცია 2. სპეციალისტებს აქვთ სირთულე, დასვან შეკითხვები სოგი-ს საკითხებზე კლიენტებთან/პაციენტებთან. ისინი ირიბი გზებით ცდილობენ ამ ინფორმაციის მიღებას, რაც შესაძლოა შეცდომაში შემყვანი იყოს, რადგან ვერც პარტნიორის სქესის მიხედვით, ვერც ქორწინების სტატუსით და მით უმეტეს, ვერც კლიენტის თვითგამოხატვით (მანერები, გარეგნობა) სპეციალისტი ვერ გააკეთებს დასკვნას კლიენტის სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის შესახებ, ეს დასკვნა არ იქნება სანდო. ამავდროულად, თუ კლიენტი ლგბტქი თემის წარმომადგენელია, მას ამ შეკითხვით სპეციალისტი ნორმალიზებაში ეხმარება და აძლევს ნიშანს, რომ ეს სივრცე უსაფრთხოა ლგბტქი ადამიანებისთვის და მათ ღიად და თავისუფლად შეუძლიათ ამ საკითხებზე საუბარი. შესაძლებელია, ცოდნის ეს დეფიციტი შეავსოს სპეციალიზებულმა ვორქშოპებმა, კურსებმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სტუდენტებისთვის, სადაც ისინი გადასინჯავენ საკუთარ შესაძლო ჰეტეროსექსისტურ შეხედულებებს და დაძლევენ უხერხულობის განცდას სოგი-ს ირგვლივ ღიად სასაუბროდ. ამავდროულად, მიიღებენ უფრო ნიუანსურ ცოდნას ლგბტქი თემის შესახებ და არა მხოლოდ ტერმინების განმარტებას. მნიშვნელოვანია, სასწავლო კურსებში, ვორქშოპებში, ამ საკითხს განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს, კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე.

რეკომენდაცია 3. ცოდნის განსაკუთრებული დეფიციტი გამოიკვეთა ბავშვებისა და მოზარდების მიმართულებით. შესაძლებელია, ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა ფაკულტეტებმა იზრუნონ, ლგბტქი საკითხების ინტეგრირებაზე სასწავლო კურიკულუმებში. ამ შემთხვევაში, ბავშვთა და მო-

ზარდთა ფსიქოლოგიის პროგრამებში, მნიშვნელოვანია, ჩაშენდეს ცოდნა ლგბტქი ბავშვებისა და მოზარდების გამონწვევების შესახებ სოციალიზაციის პროცესში.

რეკომენდაცია 4. ცოდნის განსაკუთრებული დეფიციტი გამოიკვეთა ბისექსუალი პირების მიმართ. ლგბტქი ფსიქოლოგიის სილაბუსის შექმნისას, ან ვორქშოპების ოგრანიზებისას, მნიშვნელოვანია, ბისექსუალობასთან დაკავშირებულ სტიგმასა და ლგბტქი თემის შიგნით დისკრიმინაციაზე გაკეთდეს აქცენტი.

რეკომენდაცია 5. რეკომენდებულია, სპეციალისტებმა მეტად სიღრმისეულად დაინახონ ლგბტქი ჯგუფის უფლებრივი მდგომარეობა და და უკეთ გაიაზრონ ამ მდგომარეობის გავლენა მათი კლიენტების ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. მნიშვნელოვანია, სასწავლო კურსებში, ვორქშოპებში, ამ საკითხს განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს, გამომდინარე კვლევის შედეგებიდან.

რეკომენდაცია 6. მნიშვნელოვანია, ინფორმაციის გავრცელება კონვენსიული თერაპიების საზიანო შედეგების შესახებ, რათა ქვიარ ადამიანებმა შეძლონ დიფერენციაცია, რა არის ეთიკური და არაეთიკური პრაქტიკა და შეძლონ თავის დაცვა არაეთიკური პრაქტიკის შემთხვევაში. ამ საკითხის ადვოკატირება უპირველესად ლგბტქი სათემო ორგანიზაციებმა უნდა დაინყონ.

რეკომენდაცია 7. პროფესიული რეგულაციის სამსახურებმა უნდა იცოდნენ რა არის ლგბტქი კონვენსიული თერაპია, რა ზიანი მოაქვს მას ლგბტქი ადამიანებისთვის და, შესაბამისად, უზრუნველყონ სპეციალისტების ინფორმირება აღნიშნულის შესახებ და გააკონტროლონ მათი საქმიანობა ამ მიმართულებით. ფსიქიატრებისა და სოციალური მუშაკების შემთხვევაში არსებობს პროფესიული რეგულირების მექანიზმი, რომელიც, მათ შორის, ეთიკურ დარღვევებს განიხილავს.

რეკომენდაცია 8. ქვიარ სათემო სერვისების შესახებ ინფორმაციის გავრცელება აუცილებელია, რათა ქვიარებს და მათ ოჯახებს არ უწევდეთ სერვისიდან სერვისში სიარული და პირდაპირ შეეძლოთ მომართვა სა-

ჭიროების შემთხვევაში. ამავდროულად, გასათვალისწინებელია, რომ ამ სერვისების ხილვადობა ქმნის უსაფრთხოების პრობლემებსაც. შესაძლებელია, მიზანმიმართულად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან ან ოჯახის ექიმებთან გაკეთდეს საინფორმაციო შეხვედრები, სადაც მათ მიეწოდებათ ინფორმაცია ლგბტქი სათემო სერვისების შესახებ და საჭიროების შემთხვევაში შეეძლებათ მათი კლიენტის/პაციენტის დაკავშირება/გადამისამართება.

გამოყენებული ლიტერატურა

ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაციის (APA) მიერ შემუშავებული სახელმძღვანელო პრინციპები სექსუალური უმცირესობის პირებთან ფსიქოლოგიური პრაქტიკისთვის. 2021. ქართული თარგმანი: მედეა რუსიშვილი. ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი (WISG) <https://wisg.org/Data/docs/publications/guideline/WISG-APA-Guidelines-for-Psychological-Practice-With-Sexual-Minority-Persons.pdf> (29.05.23).

ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაცია (APA) ლესბოსელ, გეი და ბისექსუალ კლიენტებთან ფსიქოლოგიური საქმიანობის სახელმძღვანელო პრინციპები. 2020. ქართული თარგმანი: მედეა რუსიშვილი. ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი (WISG) <https://wisg.org/Data/docs/publications/guideline/WISG-APA-LGB-GUIDELINE.pdf> (29.05.23).

ამერიკის ფსიქოლოგთა ასოციაცია (APA) ტრანსგენდერ და გენდერულად არაკონფორმულ ადამიანებთან ფსიქოლოგიური საქმიანობის სახელმძღვანელო პრინციპები. 2020. ქართული თარგმანი: მედეა რუსიშვილი. ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი (WISG) <https://wisg.org/Data/docs/publications/guideline/WISG-APA-TGN-GUIDELINE.pdf> (29.05.23).

აღდგომელაშვილი, ე. მჭედლიშვილი, ნ. ლაფერაძე, თ. 2022. წინარწმენიდან თანასწორობამდე. Vol.2 საზოგადოების ცოდნის, ინფორმირებულობისა და დამოკიდებულების კვლევა ლგბტ(ქ)ი თემისა და მათი უფლებრივი თანასწორობის მიმართ. ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი (WISG) <https://wisg.org/Data/docs/publications/research-study/WISG-From-Projudice-to-Equality-2022.pdf> (29.05.23).

აღდგომელაშვილი, ეკა. 2022. COVID_19-ის გავლენა ლგბტ(ქ)ი თემზე. ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი (WISG) https://wisg.org/Data/docs/publications/research-study/WISG_Covid-impact-on-LGBTQI-community-GE.pdf (29.05.23).

აღდგომელაშვილი, ეკა. 2016. წინასწარგანწყობიდან თანასწორობამდე: საზოგადოების ცოდნის, ინფორმირებულობისა და დამოკიდებულების კვლევა ლგბტ ჯგუფისა და მათი უფლებრივი თანასწორობის მიმართ. „ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი,“ (WISG) https://wisg.org/Data/docs/publications/research-study/WISG_HomoBiTransPhobia_Study.pdf (29.05.23).

გაბუნია, შ. ვაჭარაძე, ი. 2013. შესავალი ლგბტ ფსიქოლოგიაში. თბილისი: იდენტობა.

დოუ, ფ. გარმანი, გ. მახაშვილი, ნ. პლიესკისი, მ. პოელმანი, ი. ვორენი, რ.ვ. 2017. ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებათა პრივატიზაცია საქართველოში: შეფასება, დასკვნები და რეკომენდაციები საქართველოს მთავრობისთვის. თბილისი: გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში (GIP-Tbilisi).

ზავრადაშვილი, ნ. 2021. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დეინსტიტუციონალიზაცია საერთაშორისო გამოცდილება და საქართველოს კონტექსტი. ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი (EMC).

სახელმძღვანელო პრინციპები გენდერის, სექსუალობისა და ურთიერთობების მრავალფეროვნების საკითხებზე მომუშავე ფსიქოლოგებისთვის. 2021. ბრიტანეთის ფსიქოლოგთა საზოგადოება. ქართული თარგმანი: მედეა რუსიშვილი. ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი (WISG) <https://wisg.org/Data/docs/publications/guideline/WISG-BPS-Guidelines-for-Psychologists-Working-with-Gender-Sexuality-and-Relationship-Diversity-GE.pdf> (26.06.23).

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების გეგმა (2014-2022). 2014. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში (GIP-Tbilisi).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები. ფინანსური ბარიერების კვლევის შედეგები. 2014. საერთაშორისო ფონდი კურაციო, გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში (GIP-Tbilisi).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და სამოქმედო გეგმა (2015 – 2020). 2014. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N762.

ქისტაური, ა. 2022. ძალადობრივი ჯგუფების ანატომია – 1 ნელი 5 ივლისის მოვლენებიდან. რედაქტორი: კინურაშვილი, თ. მედიის განვითარების ფონდი. მითების დეტექტორი.

შეყრილაძე, ი. 2015. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრი: ადგილობრივი ტენდენციები. საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია.

ჯალალანია, ლ. 2020. ლგბტქ ჯგუფის სოციალური ექსკლუზიის კვლევა საქართველოში. ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი (EMC) https://socialjustice.org.ge/uploads/products/pdf/ლგბტქ_ჯგუფის_სოციალური_ექსკლუზიის_კვლევა_1612128809.pdf (26.06.23).

Ansara Y. G. & Hegarty P. 2014. Methodologies of misgendering: Recommendations for reducing cisgenderism in psychological research. *Feminism and psychology* Volume 24 Issue 2, May: 145-156.

Ansara Y. G. & Hegarty P. 2011. Cisgenderism in psychology: pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology and sexuality* Volume 3 Issue 2, March: 137-160.

Brown, S. Kucharska, J. Marczak, M. 2017. Mental health practitioners' attitudes towards transgender people: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism* Volume 19 Issue 2, March: 4-24.

Bieschke, K.J. Perez R.M. and DeBord K.A. 2007. Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients. 2nd ed. Chapter 8; Chapter 7. American Psychological Association.

Chang, S.C. Singh, A. A. Dickey, M.L. 2018. A Clinician's guide to gender-affirming care. 1st ed. Context Press. An Imprint of New Harbinger Publications, Inc.

Fox, D. Prilleltensky, I. Austin S. 2009. *Critical Psychology, An Introduction*. 2nd ed. SAGE Publishing.

Haggerty, G.E. & McGarry, M. 2007. A companion to lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer studies. Blackwell companions in cultural studies.

Hegarty, P. 2018. A Recent History of Lesbian and Gay Psychology from Homophobia to LGBT. Routledge.

Hegarty, P. & Rutherford, A. 2019. Histories of Psychology After Stonewall: Introduction to the Special Issue. *American psychologist* Vol.74. NO. 8.

Hill, D. B. & Willoughby, B.L.B. 2005. The Development and Validation of the Genderism and Transphobia Scale. *Sex Roles* Vol. 53, October: 531-544.

Hubbard, K.A. & Griffiths, D.A. 2019. Sexual Offence, Diagnosis, and Activism: A British History of LGBTIQ Psychology. *American Psychologist* Vol. 74, No. 8, 940–953.

It is torture not therapy. A global overview of conversion therapy: practices, perpetrators and the role of states. 2020. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT).

Lance, C. Smith & Richard Q. Shin. 2014. Queer Blindfolding: A Case Study on Difference „Blindness“ Toward Persons Who Identify as Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender. *Journal of Homosexuality* Vol 61 Issue 7, 940-961.

Mayer et al. 2008. Sexual and Gender Minority Health: What We Know and What Needs to Be Done. *American Journal of Public Health*. Vol 98, No. 6. June: 989-995

McCann, E. & Sharek, D. 2014. Survey of lesbian, gay, bisexual, and transgender people's experiences of mental health services in Ireland. *International Journal of Mental Health Nursing* Vol 23, Issue 2, April: 118-127.

Memorandum of Understanding on Conversion Therapy in the UK, Version 2. 2017. The British Psychological Society.

Muller, A. 2015. Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *African Journal of Health Professions Education* Vol. 7, No. 1.

Practices of so-called „conversion therapy“. Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity (2020). Human Rights Council Forty-fourth session. United Nations General Assembly.

Ritter, K. Y. & Terndrup, A. I. 2002. *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*. The Guilford Press.

Rio-Gonzalez et al. 2021 Sexual Orientation and Gender Identity Change Efforts and Suicide Morbidity Among Sexual and Gender Minority Adults in Colombia. *LGBT Health* Vol 8, No 7. October: 463-472.

Wilson et al. 2014. Attitudes Toward LGBT Patients Among Students in the Health Professions: Influence of Demographics and Discipline. *LGBT Health* Vol 1, No 3. September: 204-211.

Pillay, S.R. Ntetmen, J.M, Nel, J.A. 2022. Queering global health: an urgent call for LGBT+ affirmative practices. *The Lancet Glob Health*.

ღანართი 1. ტერმინების განმარტება

ანდროცენტრიზმი – (ბერძნულად: ἀνδρ – კაცი) გულისხმობს იდეოლოგიასა და პრაქტიკას სხვადასხვა სფეროში, რომელიც კაცების გამოცდილებას წარმოადგენს ზოგადადამიანურ გამოცდილებად, უნივერსალური ცოდნის წყაროდ და, ასევე, ქალთა გამოცდილებების შეფასების ობიექტურ კრიტერიუმად. ანდროცენტრიზმის ცნების ადრეული გამოყენება გვხვდება შარლოტ პერკინს გილმანის 1911 წელს გამოცემულ წიგნში „ჩვენი ანდროცენტრული კულტურა“ (მეტს გაეცანით: ანდროცენტრიზმი | ლექსიკონი-ცნობარი სოციალურ მეცნიერებებში).

არაბინარული – ორობითი სისტემის მიღმა. გენდერული იდენტობის კონტექსტში, არაბინარული არის ადამიანი, რომელიც არ აიდენტიფიცირებს თავს არც ერთ ბინარულ გენდერთან (კაცი/ქალი) (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

ბინარულობა – აზროვნების ორობითი სისტემა. გენდერული ბინარულობა გულისხმობს საზოგადოებრივ მისკონცეფციას, რომ არსებობს მხოლოდ ორი გენდერი: ქალი და კაცი (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

ბიოსამედიცინო მოდელი – თანამედროვე მეცნიერული აზროვნება დიდხანს ეფუძნებოდა ბიოსამედიცინო მოდელს, რომელიც სხეულისა და გონების დუალისტური კონცეფციით ხელმძღვანელობს. ამ მოდელის მიხედვით, მედიცინა ფიზიკურ სხეულს ფსიქიკისგან დამოუკიდებლად მკურნალობს. გონება მნიშვნელოვანია მხოლოდ ემოციებისა და რწმენების შემთხვევაში და ცოტა რამის გაკეთება თუ შეუძლია სხეულის რეალობისთვის (ბიოფსიქოსოციალური მოდელი | ლექსიკონი-ცნობარი სოციალურ მეცნიერებებში).

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი – ჯანმრთელობისა და ავადმყოფობის მოდელი, რომლის მიხედვით, ნერვული სისტემის, იმუნური სისტემის, ქცევითი სტილის, კოგნიტური პროცესებისა და გარემო ფაქტორების ურთიერთკავშირმა შეიძლება ადამიანი ავად გახდომის რისკის წინაშე დააყენოს. სხვა სიტყვებით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელი ფიზიკურ ჯანმრთელობას, გონების მდგომარეობასა და გარემომცველ სამყაროს აკავშირებს. ასე მაგალითად, კარგად არის ცნობილი, რომ დადებით და უარყოფით ცხოვრებისეულ მოვლენებს შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ იმუნური სისტემის ფუნქციონირებაზე. ადამიანები მეტ-ნაკლებად მოქნილები არიან სტრესის უარყოფით შედეგებთან გამკლავებისას. ადეკვატურმა სოციალურმა მხარდაჭერამ შეიძლება შეამციროს როგორც ფსიქოლოგიური აშლილობის განვითარების რისკი, ისე სიკვდილის ალბათობა. სწორედ ყველა ასეთი მონაცემის გაანალიზების შედეგად ჩამოყალიბდა ბიოფსიქოსოციალური მოდე-

ლის სამი კომპონენტი: „ბიო“ მიუთითებს ბიოლოგიური ავადმყოფობის რეალურ არსებობაზე, „ფსიქო“ და „სოციალური“ კი — ჯანმრთელობის ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კომპონენტებზე.

ბისექსუალი – ადამიანი, რომელიც რომანტიკულ/სექსუალურ მიზიდულობას განიცდის სხვადასხვა სქესის/გენდერის მქონე ადამიანების მიმართ. არა აუცილებლად ერთდროულად, არა აუცილებლად ერთნაირი ხარისხით (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

გეი – კაცი, რომელიც ინტიმურ ემოციურ/სექსუალურ მიზიდულობას განიცდის მეორე კაცის მიმართ. ზოგიერთ კულტურაში ტერმინი გეი ასევე მოიცავს ლესბოსელ ქალებსაც (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

გენდერი – გოგოდ, ქალად, ბიჭად, კაცად, ან ალტერნატიულ გენდერად (მაგ. გენდერქვიარი, გენდერულად არაკონფორმული, გენდერულად ნეიტრალური) ყოფნის განუყოფელი შინაგანი განცდა, რომელიც შეიძლება შეესაბამებოდეს, ან არ შეესაბამებოდეს ადამიანისთვის დაბადებისას მინიჭებულ სქესს, ან ადამიანის პირველად ან მეორად სასქესო ნიშნებს (APA Dictionary of Psychology).

გენდერული იდენტობა – ფართო გაგებით გენდერული იდენტობა ინდივიდის მიერ საკუთარ თავში ქალური ან მამაკაცური სანყისის განცდას, საკუთარი სქესის მიღებასა და გაცნობიერებას გულისხმობს. გენდერული იდენტობის, როგორც ცნების, მნიშვნელობა დროის მსვლელობასთან ერთად რადიკალურად იცვლება და დღესდღეობით მეცნიერებს შორის ისევ გრძელდება დებატები ამ ტერმინის განსაზღვრებისა და გამოყენების შესახებ. ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ გაურკვეველობის თავიდან აცილების მიზნით, მკვლევრების უმეტესობა სამგანზომილებიან კონცეფციას იყენებს, რომელშიც ერთმანეთისგან მკაფიოდ არის გამიჯნული გენდერული იდენტობა, გენდერული როლი და სექსუალური ორიენტაცია (გაეცანით მეტს: გენდერული იდენტობა | ლექსიკონი-ცნობარი სოციალურ მეცნიერებებში).

გენდერული არაკონფორმულობა – ასახავს მდგომარეობას, როცა პიროვნების გენდერული იდენტობა, როლი ან თვითგამოხატვა განსხვავდება მოცემულ კულტურაში მიღებული ნორმებისგან, რომლებიც კონკრეტული სქესის ადამიანებისთვისაა განსაზღვრული (APA Dictionary of Psychology).

ინტერსექსი – ადამიანი, რომლის პირველადი და მეორადი სქესობრივი მახასიათებლები, ჰორმონები და ქრომოსომები განსხვავდება ბინარული მოლოდინებისგან (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

ინტერსექციურობა – ინტერსექციური ჩაგვრა ჩაგვრის სხვადასხვა ფორმის გადაკვეთაა. თავდაპირველად, ეს იდეა შავკანიანმა ფემინისტებმა გააჟღერეს, თუმცა, ამ ცნებისთვის ეს სიტყვა პირველად კომბერლი ქრენშოუმ გამოიყენა. შავკანიანი ფემინისტები უკმაყოფილებას გამოხატავდნენ თეთრკანიანი ფემინისტების მიმართ, რომლებიც ძირითად აქცენტს მხოლოდ გენდერის ნიშნით ჩაგვრაზე აკეთებდნენ და არ ითვალისწინებდნენ შავკანიანი ან მშრომელი კლასის ქალების ჩაგვრის თავისებურებებს. ჩაგვრის გასაანალიზებლად აუცილებელია, გავიზაროთ ის სხვა ფაქტორებიც, რომლებიც, გენდერის პარალელურად, გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრებაზე. მეორე ტალღის ფემინისტები ცდილობდნენ ხაზი გაესვათ ქალების „საერთო ჩაგვრისთვის“, რაც მიზნად ისახავდა ქალთა შორის სოლიდარობის ჩამოყალიბებას. თუმცა, შავკანიანი ფემინისტის, ბელ ჰუკსის აზრით, „საერთო ჩაგვრის წინააღმდეგ“ ლოზუნგში უგულებელყოფილი იყო ქალებს შორის განსხვავებები და მათი პრობლემების თავისებურებები. ამგვარად, ჰუკსმა ფემინისტები შავკანიანი და მშრომელი ქალების პრობლემებისადმი გულგრილობაში დაადანაშაულა (გაეცანით მეტს: ინტერსექციურობა | ლექსიკონი-ცნობარი სოციალურ მეცნიერებებში).

კულტურული მისატრიბუციის მიკერძოება – კულტურის როლის გაზვიადება ან გაუფასურება, იმის მიხედვით თუ რომელ ჯგუფს სწავლობ. როგორც წესი ეს არის გაზვიადება ეთნიკური უმცირესობების ან არათეთრკანიანთა შესწავლისას, ხოლო გაუფასურება თეთრკანიანთა ან დომინანტური ჯგუფების ქცევის შესწავლისას. (წყარო: *Do we overemphasize the role of culture in the behavior of racial/ethnic minorities? Evidence of a cultural (mis)attribution bias in American psychology* კულტურული მისატრიბუციის მაგალითები გვხვდება განვითარების ფსიქოლოგიაშიც: *The cultural (mis)attribution bias in developmental psychology in the United States*).

ლგბტქი – ქოლგა ტერმინი, აღნიშნავს ლესბოსელს, გეის, ბისექსუალს, ტრანსგენდერს, ქვიარს და ინტერსექსს.

ლესბოსელი – ქალი, რომელიც ინტიმურ ემოციურ/სექსუალურ მიზიდულობას განიცდის მეორე ქალის მიმართ. ტერმინი წარმოიშვა ბერძნული კუნძულის სახელწოდებიდან – ლესბოსი. ამ კუნძულზე ცხოვრობდა პოეტი ქალი საფო, რომელიც წერდა პოეზიას ქალებს შორის სიყვარულზე (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

პერფორმატიულობა – ფემინისტი ფილოსოფოსისა და მკვლევრის, ჯუდიტ ბატლერის მიერ შემოტანილი კონცეფცია, რომელიც გულისხმობს, რომ „იდენტობა „შინაგანი“ რეალობის გამოხატულება კი არ არის, არამედ ჩვენი ქმედებების რეტროაქტიული შედეგი. ამგვარად, პერფორმატიულობის კონცეფცია ეწინააღმდეგება ისეთ თვალსაზრისებს, რომლებიც ცდილობენ გარკვეული (გენდერული, ნაციონალური და ა.შ.) იდენტობების ნატურალიზებას, დროში მათი უცვლელობისა და

მუდმივობის დამტკიცებას; ამ უკანასკნელთა საპირისპიროდ ის მიგვითითებს იმ კულტურულ პრაქტიკებზე, რომლებიც აწარმოებენ და კვლავაწარმოებენ ცალკეულ იდენტობებსა თუ სუბიექტებს“ (იხილეთ მეტი: ჯუდიტ ბატლერი | ლექსიკონი-ცნობარი სოციალურ მეცნიერებებში).

სექსუალური ორიენტაცია – ინტიმური ემოციური და/ან სექსუალური ურთიერთობების სურვილი ან სურვილის ნაკლებობა, იგივე ან განსხვავებული სქესის/გენდერის, ან რამდენიმე სქესის/გენდერის ადამიანების მიმართ (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

სისგენდერიზმი/სისნორმატიულობა – დაშვება, რომ ყველა ადამიანი სისგენდერია, ან რომ სისგენდერი ადამიანები მაღლა დგანან ტრანსიდენტობის მქონე ადამიანებზე (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

სისგენდერი – ადამიანი, რომლის გენდერული იდენტობა შეესაბამება დაბადებისას მინიჭებულ სქესს (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

სოგი – აბრევიატურა: სექსუალური ორიენტაცია და გენდერული იდენტობა

სქესი – (დაბადებისას მინიჭებული სქესი) როგორც ნესი, სქესის მინიჭება დაბადებისას ხდება (ან დაბადებამდე, ულტრაბგერითი შემოწმებისას) გარე გენიტალიების დათვალიერების საფუძველზე (APA Dictionary of Psychology).

სხვად მონიშვნა (othering) – ფენომენი, რომელიც გულისხმობს ადამიანთა გარკვეული ჯგუფების გარიცხვას, იმის საფუძველზე, რომ ეს ჯგუფები ვერ ერგებიან სოციალურ ნორმებს (Encyclopedia of Critical Psychology).

ტრანსგენდერი – ადამიანი, რომლის გენდერული იდენტობა არ შეესაბამება დაბადებისას მინიჭებულ სქესს (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

ტრანზიცია – ეს ტერმინი მიემართება პროცესს, როდესაც ტრანსგენდერი ადამიანი გადის ფიზიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ცვლილებებს, იმისთვის რომ შესაბამისობაში იყოს მის გენდერთან და/ან ჰარმონიაში იყოს მის გენდერულ გამოხატვასთან (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

ფემინისტური თერაპიის თეორია – ეკლექტური მიდგომა ფსიქოთერაპიაში, რომელიც ეფუძნება ფემინისტური პოლიტიკის ანალიზსა და აკადემიურ ცოდნას ფსიქოლოგიაში ქალისა და გენდერის შესახებ. ამ მიდგომაში ადამიანის ინფორმირება, თუ რა გავლენას ახდენს გენდერი მის ცხოვრებაზე, განვითარებასა და

დისტრესზე, ცენტრალური საკითხია. ასევე, ფემინისტურ თერაპიაში ადამიანი ანალიზებს როგორ ურთიერთქმედებს გენდერთან რასა, კლასი, სექსუალური ორიენტაცია, ასაკი, შესაძლებლობები/უნარები. ფემინისტური თერაპია ცდილობს დაამკვიდროს ევალიტარული თერაპიული ურთიერთობები, თერაპევტი აძლიერებს კლიენტს და განსაზღვრავს მას, როგორც ანალოგიურად ავტორიტეტულს, როგორც თერაპევტს. ფემინისტური თერაპია მიესადაგება ნებისმიერი სქესის/გენდერის მქონე ადამიანს (APA Dictionary of Psychology, Feminist therapy).

ფსიქიკური ჯანმრთელობა – ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის ფსიქიკური კარგად ყოფნის/კეთილდღეობის მდგომარეობა, რომელშიც ადამიანს შეუძლია გაუმკლავდეს ცხოვრებისეულ სტრესებს, მოახდინოს საკუთარი შესაძლებლობების რეალიზება, ისწავლოს და იმუშაოს კარგად და წვლილი შეიტანოს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობა ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილია, რომელიც აძლიერებს გადაწყვეტილების მიღების, ურთიერთობების ჩამოყალიბების და სამყაროს შენების ინდივიდუალურ და კოლექტიურ შესაძლებლობებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობა ადამიანის ძირითადი უფლებაა და გადამწყვეტია პიროვნული, საზოგადოებრივი და სოციო-ეკონომიკური განვითარებისთვის (მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, 2022, ვრცელი განმარტებისთვის, იხილეთ ბმული).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი – ადამიანი, რომელსაც აქვს შესაბამისი პროფესიული განათლება და ჩართულია ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში. ეს შეიძლება იყოს ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, ექთანი, სოციალური მუშაკი და სხვა ნებისმიერი პროფესიონალი, რომელიც საჭიროების მიხედვით ერთვება ფსიქიკური აშლილობის მართვასა და რეაბილიტაციაში.

ქვიარი – ტერმინი „ქვიარი“ ინგლისური სიტყვიდან (queer) მოდის და უცნაურსა და განსხვავებულს ნიშნავს. მე-20 საუკუნის დასაწყისამდე ქვიარი არაჰეტეროსექსუალ ადამიანთა მიმართ შეურაცხყოფისა და დამცირების გამოსახატავ ტერმინად გამოიყენებოდა. მე-20 საუკუნის 80-იანი წლებიდან ლგბტ აქტივისტებმა თუ სექსუალობის თეორეტიკოსებმა ქვიარის პოზიტიური გამოყენება დაამკვიდრეს. ქვიარი გახდა ერთგვარი პოლიტიკური აღმნიშვნელი, რომელიც არსებულ ჰეტერონორმატიულ წესრიგს უპირისპირდება (ქვიარი | ლექსიკონი-ცნობარი სოციალურ მეცნიერებებში).

ქამინგაუთი – პროცესი, როდესაც ლგბტკი ადამიანი საკუთარ თავთან და/ან სხვებთან ამყლავნებს საკუთარ ლგბტკი იდენტობას (LGBTQA+ Dictionary, University of Connecticut, Rainbow Center).

ჰეტეროსექსიზმი – ტერმინი „ჰეტეროსექსიზმი“ პირველად 1980-იანი წლების ბოლოს გრეგორი ჰერკმა გამოიყენა. მან ის განსაზღვრა, როგორც იდეოლოგიური სისტემა, რომელიც უარყოფს და სტიგმატიზაციას უკეთებს ქცევის, იდენ-

ტობის, ურთიერთობის ნებისმიერ არაჰეტეროსექსუალურ ფორმას. ჰეტეროსექსიზმს ორნაირი გამოხატულება შეიძლება ჰქონდეს: პირველია კულტურული, რომელიც უარყოფს ლგბტ ისტორიას და პრივილეგირებულად წარმოაჩენს ჰეტეროსექსუალურ გამოცდილებას; მეორეა ფსიქოლოგიური, რომელიც აყალიბებს ანტილგბტ შეხედულებებს. ჰეტეროსექსიზმის მაგალითად შეიძლება მივიჩნიოთ ის, რომ ლგბტ საზოგადოება მთლიანად გამოორიციხულია ფსიქოლოგიის ძირითადი სახელმძღვანელოებიდან, ხოლო თუ მათზე მაინც არის საუბარი, ისინი წარმოდგენილი არიან განსხვავებულის იარლიყით (ჰეტერონორმატიულობა, ჰეტეროსექსიზმი | ლექსიკონი-ცნობარი სოციალურ მეცნიერებებში).

ჰომოფობია – ჰომოფობია ჰომოსექსუალი ადამიანების მიმართ სიძულვილსა და ზიზლს აღნიშნავს და უარყოფითი მნიშვნელობის სიტყვაა. პირველად ტერმინი „ჰომოფობია“ ჯორჯ ვინბერგმა 1971 წელს გამოიყენა წიგნში „საზოგადოება და ჯანმრთელი ჰომოსექსუალი“. ვინაიდან სიტყვა „ფობია“ არარაციონალურ შიშს ნიშნავს, ტერმინი „ჰომოფობია“ მოიაზრებს იმასაც, რომ ჰომოსექსუალთა სიძულვილი არარაციონალური და არაჯანსაღი მოვლენაა. ჰომოფობია ხშირად გამოიხატება ჰომოსექსუალთა დისკრიმინაციასა და მათ მიმართ განსაკუთრებულად სასტიკ მოპყრობაში (ცემა, წამება, მკვლელობა). თანამედროვეობაში ტერმინის „ჰომოფობია“ მნიშვნელობა გაფართოვდა და ის ხშირად უფრო ზოგადი მნიშვნელობით გამოიყენება – ჰომოსექსუალი, ბისექსუალი, ტანსგენდერი თუ ქვიარ ადამიანების მიმართ არსებული ნეგატიური დამოკიდებულებების აღსაწერად. თუმცა, ჰომოფობიის ასეთ გამოყენებას ხშირად აკრიტიკებენ, რადგან ის ადეკვატურად ვერ აღწერს ჩაგვრის სპეციფიკურ მექანიზმებს, რომლებსაც სხვადასხვა იდენტობის მქონე ადამიანები განიცდიან. ასევე ხშირად ვხვდებით ტერმინს **„ინტერნალიზებული ჰომოფობია“**, რაც საკუთარი თავის სიძულვილსა და საკუთარი ჰომოსექსუალობის გამო, განცდილ სირცხვილს აღნიშნავს და გულისხმობს, რომ ჰომოსექსუალმა ადამიანმა შეითვისა ჰომოსექსუალობის მიმართ არსებული ნეგატიური სოციალური დამოკიდებულებები. ინტერნალიზებული ჰომოფობია ადამიანის თვითშეფასებასა და თვითაღქმას აყენებს ზიანს. ის შეიძლება გამოიხატოს სხვა ჰომოსექსუალების მიმართ უარყოფით დამოკიდებულებასა და მათ დისკრიმინაციაშიც. გარდა ამისა, ინტერნალიზებული ჰომოფობია შესაძლოა თვითდესტრუქციული ქცევის საფუძველი გახდეს (წყარო: ჰომოფობია | ლექსიკონი-ცნობარი სოციალურ მეცნიერებებში).

დანართი 2. დაბულაბი თრაპიული მიღობეპის შესახებ

კვლევის მონანილეებმა დებულეებეი შეაფასეს ლიკერტის 5 საფეხური-
ან სკალაზე (1- სრულიად არ ვეთანხმები, 5 – სრულიად ვეთანხმები).

N	კონვერსიული თრაპიული პრაქტიკა	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
1.	პეტეროსექსუალობა არის ნორმა, სხვა სექსუალური ორიენტაციები კი ნორმიდან გადახრა.	1.7	1.2
2.	პომოსექსუალ ადამიანს მკურნალობა სჭირდება, რათა დაუბრუნდეს ნორმალურ პეტეროსექსუალურ ურთიერთობებს.	1.3	0.8
3.	თუ კლიენტის/პაციენტის დაკვეთაა, რომ მან შეიცვალოს სექსუალური ორიენტაცია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) სპეციალისტი ამაში უნდა დაეხმაროს.	2.9	1.5
4.	თუ კლიენტის/პაციენტის მშობელი ითხოვს, რომ მისმა შვილმა შეიცვალოს სექსუალური ორიენტაცია ან გენდერული იდენტობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი ამაში უნდა დაეხმაროს.	1.4	0.9
5.	ელექტროკონვულსიური თრაპიის გამოყენება დასაშვებია სექსუალური ორიენტაციისა ან გენდერული იდენტობის შეცვლის მიზნით.	1.4	0.7
6.	სექსუალური ორიენტაციის შესაცვლელად დასაშვებია, ადამიანის სექსუალური სურვილის დათრგუნვა, მედიკამენტური მკურნალობის გზით.	1.3	0.8
7.	ინდივიდის პომოსექსუალური ორიენტაციისა და ტრანსგენდერული იდენტობის მიზეზი ფსიქიკური აშლილობებია.	1.4	0.8

N	აფირმაციული თერაპიული პრაქტიკა	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
1.	ფსიქოლოგიაში ადამიანის გენდერული იდენტობის აღიარება გულისხმობს განსხვავების მიღებას ნორმა/პათოლოგიის დიქტომიის მიღმა.	3.9	1.3
2.	ლგბტქი ადამიანები საჭიროებენ მხარდაჭერასა და ვალიდაციას ქამინგაუთის/საკუთარი თავის მიღების პროცესში.	4.6	0.9
3.	(ფვ) სპეციალისტები ხელს უნდა უწყობდნენ ისეთ სოციალურ ცვლილებებს, რომლებიც ლგბტქი ადამიანების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე სტიგმის ნეგატიურ ზეგავლენას ამცირებს.	4.6	0.8
4.	(ფვ) სპეციალისტი უნდა დაეხმაროს ლგბტქი ადამიანებს ინტერნალიზებული ჰომო/ბი/ტრანსფობიის დაძლევაში, რაც, შესაძლოა, გამოხატული იყოს საკუთარი თავის მიუღებლობაში	4.6	0.8
5.	(ფვ) სპეციალისტმა უნდა გამოიკითხოს კლიენტის მიკუთვნებულობა სექსუალური და გენდერული უმცირესობის ჯგუფთან, რადგან ამას გავლენა აქვს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.	3.6	1.2
N	ქვიარ ბრმა თერაპიული პრაქტიკა	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
1.	(ფვ) სპეციალისტი არ უნდა ინტერესდებოდეს კლიენტის/პაციენტის სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის მახასიათებლებით.	2.5	1.2
2.	ლგბტქი კლიენტების/პაციენტების გამოცდილებები არაფრით განსხვავდება ჰეტეროსექსუალი და სისგენდერი კლიენტების/პაციენტების გამოცდილებებისგან.	2.6	1.1
3.	ლგბტქი კლიენტები/პაციენტები ისევე გადიან სოციალიზაციის ეტაპებს, როგორც ჰეტეროსექსუალი და სისგენდერი კლიენტები/პაციენტები.	2.9	1.3
4.	ლგბტქი კლიენტებს/პაციენტებს არ აქვთ სხვა ჯგუფებისგან განსხვავებული სირთულეები, შესაბამისად, არც განსხვავებულ ინტერვენციებს საჭიროებენ.	2.0	1.1

დანართი 3. ლგბტქი თემის მიმართ დამოკიდებულება

კვლევის მონაწილეებმა დებულებები შეაფასეს ლიკერტის 5 საფეხურიან სკალაზე (1- სრულიად არ ვეთანხმები, 5 – სრულიად ვეთანხმები).

N	პომოსექსუალობის მიმართ სტერეოტიპები/ მითები	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
1.	სექსუალურ ორიენტაციას ქალური/კაცური პორმონების სიჭარბე განაპირობებს	2.3	1.2
2.	პომოსექსუალობა არასწორი აღზრდის შედეგია.	1.5	0.8
3.	პომოსექსუალობა საზოგადოებრივი და რელიგიური მორალის შესუსტების შედეგია.	1.2	0.6
4.	პომოსექსუალობა „გვი პროპაგანდის“ გავლენის შედეგია.	1.4	0.7
5.	პომოსექსუალობა ადრეულ ასაკში გადატანილი სექსუალური ძალადობის შედეგია.	2.0	1.1
6.	პომოსექსუალთა რიცხვი მოიმატებს, თუ საზოგადოება არ განაცხადებს ხმადაღმა, რომ ჰეტეროსექსუალობა ურთიერთობის ერთადერთი სწორი ფორმაა.	1.4	0.8
N	შვილად აყვანის/ქორწინების მიმართ დამოკიდებულებები	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
7.	კანონი უნდა უშვებდეს პომოსექსუალებს შორის ქორწინებას.	2.5	1.3
8.	პომოსექსუალ წყვილს უნდა ჰქონდეს ბავშვის შვილად აყვანისა და აღზრდის უფლება, როგორც ჰეტეროსექსუალ წყვილს.	2.6	1.3
N	უფლებრივი მდგომარეობის მიმართ პოზიტიური დამოკიდებულებები	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
9.	ლგბტქი ადამიანები, რომლებიც არ მალავენ თავიანთ ორიენტაციას/იდენტობას და საკუთარი უფლებებისთვის იბრძვიან, დასაფასებლები არიან გამბედაობისთვის.	4	1.1
10.	ჩემს ქვეყანაში ლგბტქი ჯგუფი ერთ-ერთი ყველაზე დისკრიმინირებული ჯგუფია, რომლის წევრებიც ხშირად ხდებიან დისკრიმინაციის, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობის მსხვერპლი.	3.9	1.2

N	უფლებრივი მდგომარეობის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულებები	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
11.	ღებტი ადამიანებს კანონით უნდა აკრძალოთ ქუჩებში მსვლელობის მოწყობა.	1.6	1.1
12.	ღებტი ადამიანების უფლებები დაცული უნდა იყოს, მაგრამ არაა საჭირო, რომ გეებმა/ ლესბოსელებმა თავიანთ ცხოვრების სტილი სხვებს მოახვიონ თავს.	2.8	1.5
13.	ღებტი ადამიანებს არ უნდა პქონდეთ ბავშვებთან და მოზარდებთან მუშაობის უფლება.	1.6	1.1
N	ლესბოსელების მიმართ სტერეოტიპები	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
1.	ლესბოსელებს სძულთ კაცები.	1.5	0.9
2.	ლესბოსელების უმეტესობა რადიკალი ფემინისტია.	1.6	0.9
3.	ლესბოსელები სხვა ქალებისგან აგრესიული ხასიათით გამოირჩევიან.	1.4	0.8
4.	ლესბოსელების უმეტესობა ყურადღებას არ აქცევს საკუთარ გარეგნობას.	1.4	0.9
5.	ლესბოსელები უფრო ძლიერები, თავდაჯერებულები და დამოუკიდებლები არიან, ვიდრე პეტეროსექსუალი ქალები.	1.6	0.9
N	გეების მიმართ სტერეოტიპები და ემოციები (პოზიტიური დისკრიმინაცია)	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
1.	გეების უმეტესობა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს გარეგნობასა და მოდას.	2.3	1.2
2.	გეების უმეტესობა მგრძნობიარე, არტისტული და კრეატიული ხასიათით გამოირჩევა.	2.3	1.1
N	გეების მიმართ სტერეოტიპები და ემოციები	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
3.	აივინფექცია/შიდსის ძირითადი გამავრცელებლები გეები არიან.	1.5	0.8
4.	ქალური მანერების მქონე ყველა კაცი გეია.	1.3	0.6
5.	კაცებს შორის სექსის წარმოდგენა ჩემში ზიზლს იწვევს. ემოცია	1.8	1.1
6.	გეების უმეტესობა პედოფილია.	1.3	0.7

N	ტრანსგენდერების მიმართ სტერეოტიპი, ემოცია, ქცევა	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
1.	ტრანსგენდერ ადამიანებს სახელმწიფო უნდა უცვლიდეს სქესის შესახებ ჩანაწერს პირად დოკუმენტაციაში, მათი გენდერული იდენტობის საფუძველზე (პასპორტი, პირადობის მოწმობა და ა.შ.).	3.7	1.3
2.	ბავშვებს მხარი უნდა დაუჭიროთ საკუთარი ფემინურობისა, თუ მასკულინობის გამორკვევის პროცესში.	2.0	1.2
N	ტრანსგენდერების მიმართ სტერეოტიპი, ემოცია, ქცევა	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
3.	ბავშვებმა თავისი სქესის შესაფერისი სათამაშოებით უნდა ითამაშონ.	1.6	1.0
4.	სქესის შეცვლის ოპერაცია მორალურად არასწორია.	1.7	1.0
5.	ადამიანები იყოფიან ქალებად და კაცებად.	2.2	1.3
6.	ალბათ, „გავგიჟდებოდი“ თუ აღმოვაჩენდი, რომ ჩემი მეგობარი სქესის შეცვლას აპირებს. ემოცია	1.6	0.9
7.	კაცები, რომლებიც ქალის ტანისამოსს იცვამენ, ჩემში ზიზღს იწვევენ. ემოცია	1.6	0.9
8.	ქალი, რომელიც თავს კაცად აღიქვამს, არანორმალურია.	1.5	0.8
N	ბისექსუალების მიმართ სტერეოტიპები	საშუალო ქულა	სტანდარტული გადახრა
1.	ბისექსუალები უბრალოდ ცდებს ატარებენ თავისი სექსუალობით	1.7	0.9
2.	ბისექსუალები გადანყვებილებს ვერ იღებენ პარტნიორთან მიმართებაში.	1.7	0.9
3.	ბისექსუალები უფრო მეტად ღალატობენ პარტნიორებს.	1.6	0.9
4.	ბისექსუალებს არ შეუძლიათ, რომ ერთი ადამიანი უყვარდეთ.	1.5	0.8

