

Извештај о спроведеној услузи

ЕДУКАЦИЈЕ О ПОЛОЖАЈУ ЛГБТ ПОПУЛАЦИЈЕ У НОВОМ САДУ
ДАНЕ ПРИБИЋ

Извештај о пруженој услузи - едукације о положају ЛГБТ популације у Новом Саду

| 1

1. УВОД

Центар за развој демократског друштва „Еурополис“ је у сарадњи са Заштитником Грађана Града Новог Сада као наручиоцем и Групом ИЗАБИ као сарадницима током 2017. године спровео истраживање о положају ЛГБТИ заједнице у Новом Саду са циљем да се оствари одговарајући увид у ову проблематику како би се креирале могућности за различите облике активности за унапређење њиховог положаја у локалној заједници. Сврха истраживања била је идентификовање како лезбејски, геј, бисексуални, трансродни и интерродни (ЛГБТИ) грађани и грађанке који живе у Новом Саду доживљавају остваривање својих основних права. Закључци који су проистекли из овог истраживања послужили су као основ за развој ефикаснијих мера и политика за борбу против дискриминације, насиља и узнемиравања, као и побољшања њиховог једнаког третмана у друштву, између осталог и кроз едукацију запослених у јавним институцијама и организацијама за сензибилисање и оснаживање за саветодавни рад са младима другачије сексуалне оријентације.

2. МЕТОДОЛОГИЈА И ПРИСТУП

Наведене едукације - обуке спровеле су се током 2018. године, у просторијама Групе ИЗАБИ, у циљу оснаживања стручњака и стручњакиња који пружају психолошку подршку и врше саветодавни рад са младим особама другачије сексуалне оријентације од хетеросексуалне, радећи у школама, здравственим установама, центрима за социјални рад, приватним праксама или невладиним организацијама, као и запослених који највише долазе у контакт са младима у осетљивом периоду „аутовања“, да препознају прве знаке „аутовања“ и правовремено и правилно на исте реагују.

Едуковање запослених у јавним институцијама, органима, установама и организацијама спровело се кроз организовање 10 акредитованих једнодневних радионица са по 30 учесника у просеку односно 304 укупно. Обуке су биле дизајниране као једнодневни семинари током којих су се обрадиле следеће теме:

- Основни појмови и терминологија, развој сексуалности и родног идентитета другачијег од хетеронормативног;
- Ризици за ментално здравље младих ЛГБТ особа;
- Како се приближити младој ЛГБТ особи;
- Како је бити родитељ ЛГБТ особе;

Пример агенде:

АГЕНДА

12:00 – 12:15	УПОЗНАВАЊЕ
12:15 – 13:30	УВОДНА РАЗМАТРАЊА, ДЕФИНИСАЊЕ ПОЈМОВА
13:30 – 14:00	ПАУЗА
14:00 – 15:00	РИЗИЦИ ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ МЛАДИХ ЛГБТ ОСОБА
15:00 – 16:00	КАКО СЕ ПРИБЛИЖИТИ МЛАДОЈ ЛГБТ ОСОБИ?
16:00 – 16:30	ПАУЗА
16:30 – 17:45	КАКО (ЈЕ) БИТИ РОДИТЕЉ ЛГБТ ОСОБЕ?
17:45 – 18:00	ЕВАЛУАЦИЈА ДАНА

Едукацију је спроводио Тим за спровођење едукације у следећем саставу:

- Доктор психолошких наука Јелена Срдановић Мараш и
- Мастер психологије Ведрана Мирковић.

| 4

Обуке су акредитована од стране Коморе за социјалну заштиту Републике Србије, те су учесници и учеснице са лиценцом за рад у сектору социјалне заштите након обуке добијале одговарајући број бодова.

Обуке су се одржале у просторијама Групе ИЗАБИ, по две дневно – пре и после подне, у улици Шафарикова 7, први спрат стан 10 у Новом Саду, у следећим терминима:

- 20.11.2018.
- 27.11.2018.
- 04.12.2018.
- 11.12.2018.
- 17.11.2018.

Позив је упућен на адресе 155 институција, органа и установа којима је оснивач Град Нови Сад или се налазе на територији Новог Сада, у форми електронске поште, дописа и телефонског позива чиме смо осигурали да информација о обукама дође до свих потенцијални заинтересованих субјеката који (не)посредно раде са младима. Пријављивање се вршило на два начина:

- Електронском поштом
- Електронским формуларом

Извештај о спроведеној услузи - едукације о положају ЛГБТ популације у Новом Саду

Оба ова начина пријављивања садржавала су осим контакт и информације о установи/органу/институцији у којој кандидат ради, на основу чега се доносила одлука о учествовању на радионицама.

¹⁵ Претходно је урађено мапирање и израда посебног каталога са контакт информацијама свих ових контактираних и информисаних субјеката:

- Организације и коморе
- Државни универзитети и факултети
- Приватни универзитети и факултети
- Студентски центри
- Државне високе школе
- Државне средње школе
- Приватне средње школе
- Ученички домови
- Државне основне школе
- Приватне основне школе
- Центри за социјални рад
- Установе за децу и младе
- Центри за породични смештај и усвојење
- Институтути у области здравства
- Домови здравља

- Заводи за заштиту здравља
- Клиничко болничко центри
- Научни институти
- Установе за културу, науку и информисање
- Апелационо тужилаштво, Више тужилаштво и Основно тужилаштво
- Привредни, Апелациони, Виши, Основни, Прекршајни судови
- Органи и организације АП Војводине
- Јавна предузећа, установе и друге јавне службе АП Војводине
- Органи, организације, јавна предузећа, установе и друге јавне службе Града Новог Сада
- Удружења грађана
- Струковна удружења

Галерија са одржаних едукација

17







За потребе ове и будућих едукација из ове области израђен је и одговарајући приручник за рад са младима другачије сексуалне оријентације, намењен запосленима у јавним институцијама, установама, органима и организацијама, а који садржи конкретне препоруке за саветодавни и терапијски рад, као и пренета искуства стручњака и стручњакиња из ове области. Оквирна односно тзв драфт верзија Приручника настала је уочи одржаних едукација, док је коначна верзија приручника настала након што су у обзир узети и инкорпорирани добијени инпути учесника едукација (препоруке, примери добре праксе итд.)

ПРИРУЧНИК за РАД СА МЛАДИМ ЛГБТ ОСОБАМА И ЊИХОВИМ ПОРОДИЦАМА

САДРЖАЈ:

12		
	УВОДНА РЕЧ	13
	Основни појмови	13
	Развој идентитета	16
	Процес аутовања	18
	Младе ЛГБТ особе и ментално здравље	19
	Психотерапија и саветовање ЛГБТ особа	24
	Породице ЛГБТ особа	30
	Литература	39

Драга читатељко*,

| 13

Приручник који је пред Вама настао је, заједно са едукацијом “Унапређење знања и вештина потребних за рад са младим ЛГБТ особама”, са циљем да се стручне раднице из различитих области информишу и едукују о постојећим и савременим приступима у раду са овом популацијом и њиховим породицама. Кроз праксу, а претходно наведена едукација је то и показала, дошли смо до закључка да су стручњацима потребне смернице и нова знања за рад са ЛГБТ особама. Стога, овај приручник има за циљ и да кроз научна истраживања и моделе приближи смернице и афирмативне праксе стручњакињама у нашој земљи. Приручник је писан са идејом да буде разумљив и доступан људима из различитих области и професија који у свом раду могу да се сусретну било са појединкама, било са родитељима и сродницима ЛГБТ особа. Током стварања приручника, ауторке су се водиле идејом да кроз емпиријски проверене моделе и теорије представе основне принципе рада са овом популацијом, као и да пренесу и сажму резултате досадашњих истраживања из области менталног здравља ЛГБТ особа. Сматрамо да ће приручник бити користан свима који раде са младима другачије сексуалне оријентације и родног идентитета, и надамо се да ће помоћи продубљивању тема везаних за њихово ментално здравље, али и да ће омогућити квалитетнију бригу и приступ овој групи младих.

Едукација “Унапређење знања и вештина потребних за рад са младим ЛГБТ особама ” и овај Приручник део су редовних програмских активности удружења грађана Група “ИЗАБИ”, и настали су у партнерству са удружењем Центар за развој демократског друштва “ЕУРОПОЛИС”. Са циљем да се унапреди положај и квалитет живота младих ЛГБТ особа на територији Града Новог Сада, ове програмске активности подржала је и Канцеларија Заштитника грађана Града Новог Сада.

С поштовањем,

Исидора Исаков

*Овај прручник је написан тако да термини који се користе у женском граматичком роду подразумевају и мушки род лица на који се односе, и обрнуто.
Извештај о спроведеној услузи - едукације о положају ЛГБТ популације у Новом Саду

Основни појмови

Термин *сексуална оријентација* односи се на искуство сексуалне или романтичне привлачности према особи која је припадник истог пола и | 14 рода (геј мушкарци/лезбејке), другог пола и рода (хетеросексуалне особе) или привлачности без обзира на пол или род особе – бисексуалне особе (Арнолд, 2012). Сексуална оријентација се посматра као континуум, што значи да се особа током живота може кретати по димензији од хетеросексуалне до хомосексуалне сексуалне оријентације, те да овај феномен није фиксиран и стабилан код свих особа током целог живота. Важно је разумети да је сексуална оријентација различит феномен од *родног идентитета* особе, иако је повезана са овим феноменом (АПА, 2008, према Арнолд, 2012). Назива се још и *сексуални идентитет*, а може се и шире дефинисати као начин на који људи себе изражавају у разним аспектима сексуалности - према преференцијама и сличностима. Сексуални идентитет може, а не мора, бити исти са сексуалном жељом (Капамџија, Зотовић, Укропина, Добановачки и Туро, 2014).

Биолошки пол се дефинише путем анатомских (примарне и секундарне полне карактеристике), генетских (хромозоми) и хормонално условљених карактеристика с којима је особа рођена (Хегедус, 2009). *Род* подразумева како се особа осећа и понаша и како је прихватају у друштву (Кампаџија и сар., 2014)- То је социјална улога, тј. социјална манифестација пола (Хегедус, 2009). *Родни идентитет* је субјективни, интернални доживљај пола особе. За неке особе овај доживљај пола није конгруентан са биолошким особинама њиховог тела (Хегедус, 2009). Пол особе не детерминише увек и експресију рода, односно родни идентитет, и за те особе њихов пол не предвиђа њихов осећај родног идентитета (Хегедус, 2009).

Израз *трансродност* је заједнички назив за особе које себе не идентификују у складу са полним карактеристикама са којима су рођене. Постоји велика разноликост унутар трансродног спектра - неке особе себе идентификују као мушкарце или жене, неке као трансродне, неке као особе изван родне бинарности (Хегедус, 2009). Особа рођена са физичким карактеристикама женског пола се може идентификовати као мушкарац, и у том случају говоримо о трансродном мушкарцу. Транс родна жена је особа рођена са физичким карактеристикама мушкарца, а идентификује се као особа женског рода.

Процес транзиције односи се на серију медицинских третмана и операција којима особа своје тело прилагођава свом родном идентитету. Овај процес званично започиње тиме што особа након обраћања психијатру добије одговарајућу дијагнозу, након чега пролази кроз период Извештај о спроведеној услузи - едукације о положају ЛГБТ популације у Новом Саду

социјалне транзиције током које се особа представља људима у складу са својим родним идентитетом. Након одређеног времена, а у консултацијама са стручњацима, особа започиње процес узимања хормоналне терапије, што је први корак у телесним променама. Операције прилагођавања пола и усклађивања тела следе након периода узимања хормона и задовољавања одређених медицинских критеријума. Операције се састоје од више интервенција које могу, а не морају, бити обављене одједном. Важно је разумети да се не одлуче све транс особе да уђу у описани процес транзиције, те да је одлука да ли ће започети транзицију или не одлука сваке особе индивидуално и није повезана са “стварношћу” трансродног идентитета. Такође, трансродне особе могу бити било које сексуалне оријентације, а њихов родни идентитет није предиктор изражавања сексуалног идентитета.

У нашој земљи процес транзиције води стручни тим из Београда који се састоји од психијатра, ендокринолога и хирурга. Започињање транзиције је могуће са 18 година (могуће је и са 16 година уз обавезно присуство родитеља), а сам процес траје најмање годину дана. У раду са транс особама важно је бити свестан употребе језика и заменица за род, а особи се треба обраћати у односу на родни идентитет – транс женама се обраћати у женском, а транс мушкарцима у мушком роду. Уколико постоји несигурност у погледу начин на који се особи треба обратити, у реду је питати и разјаснити то са особом. Такво питање, заправо, може слати поруку да поштујемо право особе да се самоидентификује, као и да смо отворени за разговор на тему родног идентитета.

Због законске регулативе у нашој земљи, транс особе не могу да промене своје документе пре него што заврше са операцијама прилагођавања. То доводи до ситуације да оне неминовно буду аутоване као транс особе при свакој прилици у којој треба да покажу своја документа на основу којих неко може да примети да се информације из документа не поклапају са физичким изгледом особе и начином на који говори о себи. Ову чињеницу је важно имати у виду и то нарочито због тога што се често дешава да транс особе “паузирају” извршавање развојних задатака – школовање, запослење (посебно им је тешко да нађу посао због несензибилисаности послодаваца), као и да одлажу одвајање од родитеља из финансијских разлога, јер су то контексти у којима је велика вероватноћа да ће особа бити аутована као транс. Надаље, ове особе током транзиције могу бити под појачаним стресом и због сталног размишљања да ли ће успети да “прођу” у општој популацији као мушкарци или жене, те да ли ће неко због њиховог физичког изгледа постављати непријатна питања и задирати у њихову

приватност. Све ово транс особе чини изложенима додатним свакодневним стресорима и потенцијалној сегрегацији, као последици жеље особе да се заштити од стреса.

16 У вези са свим претходно реченим, треба имати на уму да би ускоро требало да буде издата нова верзија класификације Светске здравствене организације, ИЦД 11, у којој је најављена измена дијагнозе поремећај родног идентитета за адолесценте и одрасле која се више неће налазити у одељку повезаним са менталним поремећајима, већ ће бити пребачена у поглавље проблема повезаних са сексуалним здрављем (Drescher, 2015). То би требало да допринесе смањењу стигматизације и патологизације трансродних особа. Могуће је да ће ова промена бити праћена и променом у процедурама дијагностификовања и третмана, због чега се стручњацима препоручује да се информишу о новинама и изменама везаним за ове теме.

Развој идентитета

Развој идентитета код геј особа подразумева неке специфичности услед ненормативних задатака, а односи се на прихватање хомосексуалне сексуалне оријентације у хомофобичном и хетеронормативном друштву (Fassinger and Miller), према Agosto and Cepeda, 2010). Један од најпознатијих модела који настоји да опише развој геј идентитета је модел Касове (Cass, 1979, према Agosto and Cepeda, 2010) који се састоји од 6 фаза, а полази од претпоставке да се идентитет развија у фазама, те да напредовање у фазама зависи од интеракције особе и околине.

1. *Конфузија* је прва фаза у моделу, и односи се на понашања и схватања особе да је “можда геј”. Напредовање у наредну фазу зависи, према ауторки, од начина на који особа евалуира себе и своју потенцијалну сексуалност, али и од начина на који верује да је други из околине евалуирају.
2. *Поређење* је фаза у којој особа прихвата могућност да је геј, али разматра шта то за њу заиста значи, односно која су то понашања и карактеристике које сада важе за њу, с обзиром на то да претпоставља да хетеросексуалне норме више не може да примени на себе и свој живот. У овој фази, особа је склона поређењу хетеросексуалног и хомосексуалног идентитета и процењивању који од њих је погоднији и жељенији. Особа може скривати своју сексуалну оријентацију од других, или је саопштавати само у одређеним ситуацијама, а може се и удаљити од других људи због страха од одбацивања, те се осећати усамљеном и отуђеном.

3. *Толеранција идентитета* је фаза у оквиру које особа испољава све већу посвећеност свом геј идентитету. У жељи да се избори са све већим осећајем отуђености, особа може почети да ступа у контакт са другима из ЛГБТ заједнице. У зависности од квалитета контакта, зависиће и наставак у развоју идентитета. Током ове фазе особи може бити од помоћи да има позитивне контакте са другим геј особама које прихватају свој идентитет, што може дати другачију перспективу у односу на толерисање свог идентитета. Такође, особа у овој фази у свом приватном и јавном животу и даље настоји да одржи слику себе као хетеросексуалне.
4. *Прихватање идентитета* је фаза у којој особа више не само да толерише, већ и прихвата свој идентитет. Најважнији задатак особе у овој фази је реструктурирање социјалног круга, с обзиром на то да особа има све више контакта са ЛГБТ заједницом. Важан фактор у овој фази је колико окружење јавно и приватно прихвата сексуалну оријентацију особе, што утиче на следећу фазу и разрешење уколико постоји неприхватање у блиском социјалном кругу.
5. *Понос на идентитет* је фаза која може бити обележена неконгруентношћу прихватања идентитета од стране особе и потенцијалног одбацивања околине. Разрешење овог конфликта састоји се од девалвирања негативних ставова особе према сопственом идентитету и позитивнијег евалуирања других геј особа. Како би ова стратегија успела, особа може да подели свет на геј и не-геј особе, дајући првима већи кредибилитет и важност. Често се у овој фази може појавити љутња према не-геј особама и друштву која се може обрадити кроз активизам. Од степена прихватања од стране хетеросексуалне околине зависи наставак кретања ка следећој фази. Уколико особа перципира да је околина негативно одреаговала, она може остати у овој фази.
6. *Синтеза идентитета* је фаза која наступа уколико особа, пак, перципира да је околина подржавајућа, и почне да се одваја од дихотоме поделе друштва. Хомосексуалност престаје да буде једина карактеристика особе, већ само један аспект идентитета. Особа се осећа потпуно интегрисано у хетеросексуалну заједницу.

Важно је имати на уму да овај модел не подразумева нужно да се особе линеарно крећу од прве до последње фазе. С обзиром на важност социјалног контекста у развоју, особа се може вратити у раније фазе у зависности од различитих фактора. Степен развоја идентитета је такође важно узети у обзир приликом рада са ЛГБТ особама, а у циљу изласка у сусрет потребама особе, нарочито о ситуацијама када се особа

премишља око аутовања. Приликом рада са родитељима и породицама, важно је пружити и родитељима информације о смеру развоја младе особе и развоја њеног идентитета, те спремности особе да се аутује и да разговара отворено о себи и свом животу.

Процес аутовања

“Coming out process” је постао фокус истраживања 1960их година (Бен-Ари, 1989), и од тада се могу наћи различите мање или више специфичне дефиниције. Према једној од њих, процес аутовања се дефинише као процес током ког особа себе декларише као хомосексуалну особу, транс особу, геј мушкарца или лезбејку, породици, пријатељима и другима који претпостављају да је та особа хетеросексуалне сексуалне оријентације (Philips, 2007). Претпоставка да су сва деца хетеросексуална и да ће израсти у хетеросексуалне особе у литератури се назива хетеронормативним ставом, због ког су особе другачије сексуалне оријентације од хетеросексуалне приморане да саопште особама у својој околини да се идентификују као лезбејке, геј мушкарци или бисексуалне особе (Арнолд, 2012).

Аутовање се дефинише и као комплексан развојни процес интрапсихичког и интерперсоналног освешћивања (Арнолд, 2012), а неки аутори (ЛаСала, 2000) сматрају да је аутовање нужан корак у развоју интегрисаног идентитета хомосексуалне особе. С друге стране, постоје аутори који заговарају став да је аутовање зависно од социокултуролошког контекста, те да се не може посматрати као знак развојног процеса, већ да је условљено постојећом опресијом у датом друштву и да је, стога, независно од унутрашњег развоја особе (McCarn and Fassineger, 1996; Green, 2000). Ови аутори сматрају да је аутовање вишедимензионалан процес који укључује: формирање сексуалног идентитета, откривање сексуалног идентитета другима, експресију сексуалности и понашања везана за сексуалност и, последње, свесност свог идентитета.

Одговор на питање колико је процес аутовања важан и како све утиче на животе ЛГБТ особа може се наћи у истраживањима која се баве менталним здрављем ЛГБ особа, а која показују да на њихово ментално здравље снажно утичу социјална подршка и подршка породице. Подршка породице, такође, утиче и на степен развијености хомосексуалног идентитета. Поред ефеката на индивидуалном нивоу, аутовање може имати ефекат и на интерперсоналном и породичном нивоу, с обзиром на то да неке од последица аутовања могу бити и повећање блискости у односима, како у дијадним, тако и у породичним.

Младе ЛГБТ особе и ментално здравље

Велики број ЛГБТ младих реагују добро на различитост и успевају да развију позитивне стратегије за суочавање са стресом, које им користе и касније у животу. Са друге стране, чињеница је да њихов развој има специфичне карактеристике и велики број изазова, као и да многе младе ЛГБТ особе пате због специфичног и хроничног стреса који је повезан са фазом развоја и социјалним контекстом у коме живе (Rieks, 2007). Многа истраживања указују на могуће негативне исходе развоја ЛГБТ идентитета, као и на ризична понашања која се могу јавити као деструктивни облик суочавања са сопственим ЛГБТ идентитетом у окружењу где се хетеросексуалност сматра нормативом (Perrin, 2002).

Насиље

Многа истраживања усмерена су на испитивање тешкоћа са којима се суочавају младе ЛГБТ особе током развоја. У САД, у држави Масачусетс, спроведено је велико истраживање са циљем да се у популацији младих процени учесталост понашања која су ризична за здравље. Узорак је био велики и репрезентативан, 4000 испитаника, а испитивање анонимно. Утврђено је да су ЛГБТ особе, у односу на хетеросексуалне вршњаке, у већем ризику да буду умешани или да се упусте у различите облике ризичних понашања, као што је злоупотреба супстанци, насилничко понашање, ризично сексуално понашање (Гарофало и сар., 1998). У даљим анализама резултата поменуте студије добијени су подаци о томе да су насиље у школи и застрашивање најбољи предиктори злоупотребе супстанци, али и покушаја самоубиства код младих ЛГБТ особа.

Младићи истополне сексуалне оријентације изложени су вербалном и физичком злостављању од стране вршњака и одраслих, што утиче на њихово психолошко, али и физичко стање. Као сексуална мањина, они су дискредитовани и изоловани од стране вршњака, породице, религијске заједнице, образовних и здравствених институција. У суштини, младићи истополне оријентације су маргинализовани у западној култури (Savin - Williams, 1994).

Велики број ЛГБТ младих изложен је злостављању због стварне или перципиране сексуалне оријентације. Истраживања показују да у Америци 50% истополно оријентисаних младића извештава о томе да су били злостављани у основној школи, а 59 % њих је имало оваква искуства у средњој школи. Свака пета ЛГБТ особа имала је искуство злостављања током школовања, а у 50 % инцидената злостављач је особа истих или

сличних година као жртва (Масон & Палмер, 1996). Истраживања даље показују да постоји велика вероватноћа да ће особа која је била изложена злостављању имати дугорочне психичке потешкоће и различите здравствене проблеме (Риверс, 2004).

20 Управо због злостављања у школи, ЛГБТ особе пет пута више изостају из школе у односу на своје хетеросексуалне вршњаке, два пута чешће им се дешава да се потуку или да им буде уништена имовина у школи (Гарофало и сар., 1998; Савин Вилијамс, 1994). Вероватноћа да им буде прећено оружјем је четири пута већа у односу на хетеросексуалне вршњаке (Гарофало и сар., 1998).

Сматра се да злостављање доприноси појачавању личног страха од хомосексуалности, односно развоју хомофобичности, коју неки аутори описују као самомржњу која ремети процес развоја идентитета и разоткривања (Риверс, 1999) и може да уведе младу особу у деструктивна понашања као што је бежање од куће, скитња, злоупотреба супстанци, суицид. Неки подаци указују да је чак 40% младих који живе на улици истополне или бисексуалне оријентације, од којих се многи баве проституцијом.

Непријатељство, укључујући претње насиљем, према особама хомосексуалне оријентације већа је него према било којој етничкој мањини (Риверс, 2002). Насиље је мање у случају када особа испољава родно типизирано понашање и изглед.

Суицидално понашање

Бројна истраживања, која су углавном рађена у САД, Аустралији и Великој Британији говоре о повезаности суицидалног понашања и сексуалне оријентације. Код хомосексуално оријентисаних особа ризик је повећан, како за покушаје, тако и за извршене суициде. Ово је посебно изражено у популацији млађих особа мушког пола. Специфични стресори као што су социјална дискриминација, аутовање, родно нетипизирано понашање, ниско самопоштовање, злоупотреба супстанци, скитња, умешаност у проституцију, наводе се као фактори који доприносе повећаном суицидалном ризику у ЛГБТ популацији (Ремафеди, 1991).

Веза између сексуалне оријентације и покушаја самоубиства документована је у многим истраживањима. Многбројне студије у Америци и другим развијеним западним земљама потврдиле су да је стопа покушаја самоубиства повишена код ЛГБТ особа (Russel, 2003). У популацији мушкараца хомосексуалне или бисексуалне оријентације код чак њих 12 до 19% бележи се покушај суицида (Кинг и сар, 2008). Од раних деведесетих година прошлог века, истраживања на популацији адолесцената која су садржала питање о сексуалној оријентацији константно

Извештај о спроведеној услузи - едукације о положају ЛГБТ популације у Новом Саду

су регистровала да је податак о ранијем покушају суцида био два до седам пута чешћи код адолесцената који су се идентификовали као припадници ЛГБ популације, у односу на хетеросексуалне вршњаке.

21 Истраживање које је спроведено у Минесоти на великом узорку од чак 36245 средњошколаца просечног узраста од петнаест година, показало је да се код адолесцената који су себе описали као хомосексуалне или бисексуалне постоји седам пута већи ризик од покушаја самоубиство него коњихових хетеросексуалних вршњака. Мета анализа 19 студија је показала да код ЛГБТ младих постоји 3 пута већи шанси за суицидалност, како за суицидалну идеацију, тако још у већем степену за покушаје суцида, а у односу на хетеросексуалне вршњаке (Маршал и сар., 2011). Слично овим налазима говори и мета анализа 30 студија која је показала да су ЛГБТ млади у већем ризику да покушају самоубиство од њихових хетеросексуалних вршњака.

Резултати лонгитудиналне студије која је спроведена на Новом Зеланду говоре о томе да су особе старе двадесет и једну годину које су се идентификовале као припадници ЛГБТ популације, шест пута чешће имале један или више покушаја суцида у животу у односу на хетеросексуалне вршњаке (Фергусон и сар., 1999). Када су поново интервјуисани у старости од двадесет и пет година, ЛГБТ особе су извештавале о статистички значајно већој стопи покушаја суцида у односу на претходну процену, у поређењу са хетеросексуалним вршњацима (Фергусон и сар., 2005).

Подаци који су добијени истраживањем у нашој средини на популацији младића хомосексуалне оријентације указују да они имају интензивнију суицидалну идеацију и да су у већем суицидалном ризику у односу на хетеросексуално оријентисане вршњаке (Срдановић-Мараш, 2012).

Фактори ризика за суицидално понашање ЛГБТ особа су узраст и постојање менталних поремећаја. Међутим, све студије наглашавају друштвене факторе као факторе ризика за суицидално понашање. Наводе се дискриминација, злостављање и предрасуде које постоје у окружењу, али и одбацивање од стране породице и вршњака.

Према појединим ауторима покушај суцида је блиско повезан са узрастом када се геј особа сучила са својом сексуалном оријентацијом и аутовала другима, пре него са хронолошким узрастом (Paul и сар., 2002). Истраживање које су спровели такође говори у прилог томе да су

истополне особе које су покушале суицид постале свесне своје сексуалне оријентације у ранијем узрасту, као и да су дуго чекале пре него што су се разоткриле другима у односу на истополно оријентисане особе код којих се не бележи ниси покушај самоубиства. Нека истраживања указују и на чињеницу да су млађе хомосексуалне особе, адолесценти, у већем ризику за суицидална понашања (ДеГраф и сар., 2006).

Студије су генерално показале да је стопа покушаја суицида већа код геј/бисексуалних мушкараца него код лезбејки/бисексуалних жена (Кинг и сар, 2008; Ремафеди , 1998), као и да се овај податак не може објаснити већом учесталашћу психијатријских поремећаја код особа мушког пола (Де Граф и сар., 2006). У општој популацији је управо супротно, жене чешће покушавају суицид (Капамаџија, Шовљански, Биро, 1989).

У општој популацији ментални поремећаји представљају најснажнији фактор ризика за суицидално понашање. Истраживања показују снажну везу између менталних поремећаја и покушаја самоубиства и код ЛГБТ адолесцентне популације.

Студија спроведена на Новом Зеланду, коју смо већ помињали, показала је да је повећана стопа покушаја самоубиства код младих који се идентификују као хомосексуално оријентисане особе у вези са значајно већом стопом депресије, генерализованог анксиозног поремећаја и поремећаја понашања, у односу на хетеросексуалне младе особе. У односу на хетеросексуалне вршњаке, хомосексуално оријентисане и бисексуалне особе су у шест пута већем ризику да имају вишеструке менталне поремећаје (Фергусон и сар., 1999). Наставак студије, када су испитаници били у двадесетим годинама, показао је да је повећан ризик за суицидално понашање код хомосексуалних и бисексуалних особа у вези са депресијом, анксиозним поремећајима и злоупотребом супстанци, и да је ова веза изразитија код младића него код девојака (Фергусон и сар., 2005).

Ментални поремећаји и злоупотреба супстанци

Истраживања указују да су депресија, анксиозни поремећаји и злоупотреба супстанци 1,5 пута чешћи код истополних и бисексуалних особа у поређењу са хетеросексуалним особама (Кинг и сар., 2008). Животна преваленца анксиозних и поремећаја понашања већа је код хомосексуалних и бисексуалних особа у поређењу са оним особама које себе описују као хетеросексуалне. Мушкарци који пријављују истополна сексуална понашања или привлачност имају већу преваленцу анксиозних и поремећаја расположења. Резултати студије која је

истраживала социјалне и психолошке предикторе психолошког здравља указују на то да хомосексуално оријентисани мушкарци три пута чешће у односу на хетеросексуално оријентисану контролну групу испуњавају критеријуме за дијагнозу депресивног поремећаја.

23 Истраживања на великим узорцима испитаника у Америци потврдиле су повезаност између дискриминације и непријатељског третмана због сексуалне оријентације и повећаног ризика од злоупотребе супстанци и развој других менталних поремећаја.

Бројне студије указују на везу између менталних поремећаја и покушаја самоубиства код хомосексуалних и бисексуалних особа које показују знаке суицидалног понашања. Ипак ментални поремећаји не могу у потпуности да објасне повишене стопе покушаја самоубиства код ових особа. Резултати једне студије показују да је након искључивања утицаја менталних поремећаја, утврђено како је стопа покушаја суицида код хомосексуалних и бисексуалних особа била два до три пута већа у односу на хетеросексуалне испитанике (Белик & Сарен, 2010).

Модел мањинског стреса

Током протеклих деценија истраживачи су дошли до закључка да је макар део објашњења за високу стопу покушаја самоубиства и менталних поремећаја код хомосексуално оријентисаних и бисексуалних особа у стигми, предрасудама и дискриминацији које су у вези са мањинском сексуалном оријентацијом (Кинг, и сар., 2008). Социјална стигматизација и дискриминација сматрају се хроничним стресорима који чине људе рањивијим за развој менталних поремећаја.

Модел мањинског стреса (Меуер, 2003) представља оквир за разумевање потешкоћа на плану менталног здравља ЛГБТ особа. Говори о томе да су сексуалне мањине изложене специфичним, хроничним стресорима који су у вези са њиховим стигматизованим идентитетом (виктимизација, предрасуде, дискриминација). Могу се уочити три стресорна процеса : а) објективни, спољни стресори, дискриминација, предрасуде; б) очекивање да ће се десити одбацивање или виктимизација; ц) интернализација негативних социјалних ставова, интернализована хомофобија.

Ова специфична искуства у садејству са универзалним стресорима компромитују ментално здравље ЛГБТ особа. Такође ови стресори су јединствени за ЛГБТ особе, нестигматизоване особе их не доживљавају. Модел објашњава да утицај поменутих стресора и исход на ментално здравље особе зависи од адаптивних механизма и индивидуалних капацитета особе да се носи са потешкоћама. Описани модел се још увек

Извештај о спроведеној услузи - едукације о положају ЛГБТ популације у Новом Саду

емпиријски валидира, а данас проналази своју примену и у оквиру других маргинализованих група (имигранти, расне/етничке мањине) (Меуер и сар., 2008).

24 Истраживање које је спроведено у Аустралији на 1400 субјеката показало је како се суицид хомосексуално оријентисаног адолесцента сматра оправданим и прихватљивијим у односу на суицид хетеросексуално оријентисаног адолесцента. Овакви резултати су добијени од испитаника истополне и хетеросексуалне оријентације. Дакле, адолесценти сматрају да је суицид оправдан одговор младе особе на суочавање са сопственом хомосексуалном оријентацијом (Молоу, 2003). Резултати овог истраживања могу се тумачити као одраз су друштвене атмосфере која подстиче неодобравање хомосексуалности и сексуалних мањина свуда у свету.

Сматра се да је за ЛГБТ младе, стигма и дискриминација у контексту хомофобне културе основни механизам суицидалности (Меуер и сар., 2008). Стресор који је веома снажан за хомосексуално оријентисане и бисексуалне младе особе је одбацивање од стране родитеља и других чланова породице. Неколико студија је пронашло повезаност између родитељског одбацивања због сексуалне оријентације и повишеног ризика за покушаје самоубиства истополних и бисексуалних младих особа. Једно истраживање је показало да су младе хомосексуално оријентисане особе, узраста 21-25 година, са искуством учесталих одбацивајућих понашања родитеља током адолесценције, имале преко осам пута већу учесталост пријављених покушаја самоубиства у односу на оне особе које су имале прихватајуће родитеље (Руан и сар., 2009). Утицај родитељског одбацивања сугеришу и алармантни подаци о томе да су 20 до 40 % младих бескућника у Америци истополне или бисексуалне особе (Пау, 2006). Позитивна реакција родитеља на аутовање повезана је са мањим суицидалним ризиком и бољим психичким здрављем младе особе. Ако су оба родитеља одбацијућа, тада је ситуација аларманта за ментално здравље. Суицидални ризик ЛГБТ особе је већи ако она у својој кући не добија готово никакву подршку у процесу развоја идентитета (Д'Аугелли, 2002).

Психотерапија и саветовање ЛГБТ особа

Многе ЛГБТ особе траже помоћ психолога (ДеБорд & Перез, 2000). У студији која је обухватила 2554 психолога, 99% њих је изјавило да је имало бар једну ЛГБТ особу за клијента. У питању је популација која користи услуге психотерапије и саветовања при чему разлог доласка на третман може, а не мора бити, сексуална оријентација. По неким проценама трећина сеанси са ЛГБТ клијентима је посвећена сексуалној оријентацији

Каквог терапеута бирају ЛГБТ особе?

Уколико је сексуална оријентација или родни идентитет терапеута познат, ЛГБТ особа ће бирати ЛГБТ терапеута. Мушкарцима је неважног ког рода, док жене бирају жену помагача, која је у 82% случаја ЛГБ особа. Хетеросексуално оријентисане жене такође преферирају терапеута женског рода у 62% случаја.

ЛГБТ клијенткињама се не допада када терапеут има отпор да пита о сексуалној оријентацији и родном идентитету клијенткиње, или када му је нелагодно да прича о томе. Отвореност по питању сексуалне оријентације и родног идентитета је од великог значаја. Међутим ЛГБТ клијенти процењују као неадекватно ако се терапеут фокусира на сексуалну оријентацију или родни идентитет као на најважнији део идентитета особе, чак и када то није главни разлог због кога се јавља на терапију.

Одлике геј и транс афирмативне терапије

За успешност психотерапије и креирање доброг терапијског односа много је важнији приступ и начин рада терапеута од његове сексуалне оријентације. Наиме, процена терапеута као *геј /транс афирмативног* повезана је са проценом клијента да је терапија помогла и да је “лековита” за особу. Ови подаци нам говоре да од начина на који ЛГБТ клијенти процењују терапеута, зависи и њихова процена ефикасности терапије (АПА, 2009).

Геј /транс афирмативна терапија није посебна врста психотерапије, већ приступ у оквиру ког терапеут разуме и интересује се о томе на који је начин ЛГБТ клијенткиња била изложена притисцима због сексуалне оријентације/родног идентитета. Она помаже особи да се избори са осећањима стида или кривице, подстиче је да испољи љутњу због ефеката хомофобије. Терапеут верује да хомосексуалност, бисексуалност и трансродност нису патолошки обрасци и у “стању је да разуме геј/транс искуство”, али не претпоставља да су све тешкоће које особа има повезане са сексуалном оријентацијом/родним идентитетом. У оквиру психотерапије третира се стрес због изазова са којима се суочава особа, а не њена сексуална оријентација/родни идентитет.

За ефикасну психотерапију са ЛГБТ младим особама, потешан је широк спектар знања, ставова и вештина (Израел и сар., 2003). Афирмативни терапеути поседују специфична знања и информисани су о специфичној проблематици ЛГБТ особа, о изазовима аутовања, о потенцијалним

искуствима дискриминације и стигматизације, о динамици у оквиру породице која се очекује у контексту породичне адаптације на ЛГБТ идентитет особе. Истовремено уважава чињеницу да нису све ЛГБТ особе исте, нити све имају идентична искуства. Неке ЛГБТ особе никад нису искусиле стид, кривицу и слична негативна осећања везано са своју сексуалну оријентацију или родни идентитет.

Пожељно је да терапеуткиња употребљава адекватну терминологију и да је упозната са ЛГБТ симболима. За ЛГБТ особу присуство неког од ЛГБТ симбола у простору у којем се одвија терапија јесте од великог значаја и даје јој потврду да је контекст у коме се налази сигурно место. Помаже да се у простору налази ЛГБТ афирмативна литература, брошуре и сл. Изразито је важно обезбеђивање одговарајућег простора, приватности и поверљивост у раду (АПА, 2009). Такође је од великог значаја да терапеуткиња нема хетеронормативне претпоставке, препорука је да провери како да ословљава клијента, којим именом и у ком роду, као и да не претпоставља ког пола и рода је партнер клијента или која је сексуална оријентација клијента. Уместо претпоставки саветује се да се о свим овим питањима отворено разговара са клијентом (WPATH, 2011).

Претпоставка терапеута да ЛГБТ идентитет особе није патолошки образац не подразумева да се особа “гура” у аутовање прерано. Препорука је да терапут нема унапред припремљен “рецепт” како да клијент разреши комплексна питања идентитета, привржености, отворености по питању своје сексуалне оријентације и родног идентитета (АПА, 2009). Психотерапијска пракса је показала да терапијске интервенције морају бити прилагођене фазама аутовања особе. Очекује се да ће у различитим фаза аутовања бити потребне различите терапијске интервенције, у складу са потребама клијента које су у датом моменту у фокусу.

Фаза аутовања	Терапијски приступ и интервенције
Да ли је могуће да сам геј/транс?	Охрабривање особе да истражи своја осећања. Пружање клијенту тачне информације о ЛГБТ идентиту.
Можда сам геј/лезбејка/транс.	Експлорација позитивних аспеката ЛГБТ идентитета.

Вероватно сам геј/лезбејка/транс.	Помоћ и подршка младој особи да приступи геј афирмативним узорима и групама подршке.
Знам да сам геј/лезбејка/транс	Повезивање са ЛГБТ организацијама. Експлорација начина да се аутује уз очување самопоштовања (Коме прво? Када? Како?). Како да се носи са негативним реакцијама у окружењу?

Неке од тема које се могу очекивати у оквиру психотерапије и саветовања ЛГБТ особе

- Разбијање тишине, важно је да особа исприча своју причу, да опише осећања везано за то што је другачија од других, да говори о својим искуствима сакривања од других
- Експлорација емоционалне цене скривања/порицања своје сексуалности и како је особа покушавала да се уклопи
- Истраживање негативних осећања, окривљавања и кривице због сексуалне оријентације и родног идентитета.
- Разумевање себе у контексту социјалне дискриминације
- Контрола беса, разумевање и прихватање негативне слике ЛГБТ особа у друштву као социо-културалну , не лично
- Оснаживање “self” концепта , рад на подизању самопоштовања и самопоуздања
- Промена негативних порука у правцу афирмације
- Препознавање и ослобађање стида
- Развој позитивне, афирмишуће духовности
- Изградња подржавајуће мреже, повезивање са заједницом

- Помоћ у процесу аутовања: коме? како? роле плау, време, за и против
- Породица и аутовање, туговање, преиспитивање вредности и родитељског идентитета
- Специфичне когниције, рад на апсолутистичким захтевима

| 28

У оквиру афирмативног приступа клијент се посматра у контексту у ком живи, а који у великој мери може да детерминише тешкоће које особа има. У терапији је фокус на личним снагама клијента уз подршку особи да се самоактуализује и да дефинише своју сексуалну оријентацију у ком год правцу жели и осећа. Циљ терапије је здрав идентитет где је ЛГБТ идентитет само један део личног идентитета особе (Бигнер, 2012).

Савети за геј/транс афирмативне терапеуте

1. Разговарајте са колегама, потенцијалним клијентима, породицом и пријатељима са ЛГБТ афирмативне позиције.
2. Освестите своје хетеронормативне претпоставке.
3. Информишите се и упознајте ЛГБТ ресурсе у заједници.
4. Имајте на уму да свака особа има јединствено искуство везано за аутовање.
5. Препознајте разлику између сексуалне оријентације и родног идентитета.
6. Корисите адекватну терминологију; ако нисте сигурни око термина, питајте особу.
7. Едукујте се везано за ЛГБТ афирмативну праксу.
8. Обезбедите ЛГБТ брошуре за своју чекаоницу.
9. Придружите се ЛГБТ заједници и пратите догађаје и активности у оквиру ње.

(Рок , и сар., 2010)

АПА смернице за рад са ЛГБТ особама

1. Професионалац се труди да разуме различите манифестације и ефекте стигме на живот ЛГБТ особа.
2. Професионалци разумеју да ЛГБТ идентитет није ментална болест.

3. Професионалци разумеју да су истополна привлачност, осећања и понашање нормалне варијације људске сексуалности и да се напори да се промени сексуална оријентација нису показали као ефикасни и безбедни.
4. Професионалци се охрабрују да разумеју како њихови ставови и знања о ЛГБТ питањима могу бити значајни и важни у процесу процене и третмана, те да траже консултације или усмеравају клијенте на колеге ако је потребно.
5. Професионалци се подстичу да препознају специфично искуство бисексуалних особа.
6. Професионалци се подстичу да раздвоје питања и проблеме који се тичу сексуалне оријентације од оних који се тичу родног идентитета када раде са ЛГБТ клијентима.
7. Професионалци се подстичу да буду информисани и поштују значај ЛГБ релација.
8. Професионалци се подстичу да разумеју искуства и изазове са којима се суочавају родитељи ЛГБТ особа.
9. Професионалци препознају да породицу ЛГБТ особа могу чинити особе које нису легално или биолошки повезане.
10. Професионалци се подстичу да разумеју начине на које сексуална оријентација и родни идентитет особе може утицати на њену или његову породицу порекла и њихов однос.
11. Професионалци се подстичу да препознају изазове везано за многе збуњујуће норме, вредности и уверења са којима се суочавају ЛГБТ особе које су припадници расне или етничке мањине.
12. Професионалци се подстичу да узму у обзир утицај религије и духовности у животу ЛГБТ особа.
13. Професионалци се подстичу да препознају узрасне и групне разлике када се ради о ЛГБТ особама.
14. Професионалци се подстичу да препознају специфичне изазове са којима се суочавају ЛГБТ особе које имају физичке, сензорне или когнитивно-емоционалне сметње.
15. Професионалци се подстичу да разумеју специфичне проблеме и ризике за ЛГБТ младе.
16. Професионалци се подстичу да разумеју утицај ХИВ-а на животе ЛГБТ особа и целе заједнице.
17. Професионалци се подстичу да разумеју колики је утицај социоекономског статуса на психолошко благостање ЛГБТ особа.
18. Професионалци се подстичу да разумеју специфичне проблеме везано за посао и каријеру код ЛГБТ особа.
19. Професионалци се подстичу да укључе ЛГБТ питања у професионалну едукацију.

20. Profesionalci се подстичу да повећају знање и разумевање хомосексуалности, бисексуалности и трансродности кроз континуирану едукацију, тренинг, супервизије и консултације.
21. Приказујући истраживања на тему сексуалне оријентације и родног идентитета професионалци би требало да резултате приказују тачно и потпуно и да имају на уму потенцијалне злоупотребе и погрешне интерпретације.

(АПА , 2009)

Породице ЛГБТ особа

Девајнов модел родитељских реакција (Де Вин, 1984) се заснива на системској породичној перспективи, а овај аутор је био први који је догађај аутовања сматрао породичном кризом. Он наводи да је велика вероватноћа да породица нема постојећа правила како да се носи са аутовањем члана, да има недостатак правила у породици специфично везаних за хомосексуалност на које геј члан може да се ослони, да има недостатак конструктивног језика којима би дефинисала проблем, те постојање снажних породичних и културолошких прохибиција везаних за хомосексуалност, као и присуство различитих снажних породичних особина које раде против интеграције нове улоге у породицу. Ови системски фактори могу утицати на кохезивност породице, регулативну структуру и породичне теме. Овај аутор описује пет фаза које породични систем обично искуси приликом аутовања члана. *Сублиминална свесност* се односи на магловите сумње родитеља о сексуалности свог детета због , на пример, родно нетипичног понашања детета. У фази *судара* родитељи су суочени са аутовањем детета и могу искусити различите емоције које ће бити представљене касније. У фази *прилагођавања* родитељи користе различите стратегије како да се носе са сексуалном оријентацијом детета, а да не наруше постојећу породичну хомеостазу. У фази *разрешења* родитељи започињу процес туговања за изгубљеним очекивањима које су имали од свог детета. Последња фаза је фаза *интеграције* у којој је, према овом аутору, породица развила дубљу свесност о томе шта значи бити геј, променила је своје митове и конфронтирала се са својим очекивањима (Де Вин, 1984).

Савин-Вилијамс и Дубе су, резимирајући емпиријске налазе родитељских реакција на аутовање детета, развили модел којим објашњавају иницијалне реакције родитеља. Модел је фокусиран на развој родитељских реакција током времена, те на процесе кроз које родитељи пролазе приликом сазнавања. Велики број истраживања која су се бавила родитељским реакцијама показала су да родитељи пролазе кроз

31 | фазе туговања сличне фазама реакција на смрт. Истраживачи су овај налаз тумачили као жаљење родитеља због губитка хетеросексуалног идентитета њиховог детета, снова и очекивања о традиционалном животу, губитку унучади, и специфичне улоге баке или деке која се такође губи, али и перципираног неуспеха као родитеља и особе и немогућности да промене сексуалну оријентацију свог детета. Савин-Вилијамс и Дубе су, анализирајући резултате до тада спроведених истраживања развили модел и преиспитали тумачење резултата о родитељским реакцијама. Према њиховом моделу, прва родитељска реакција је шок.

Шок

Аутори ову реакцију не сматрају фазом у свом моделу, већ је виде као иницијалну реакцију родитеља. Сазнавање родитеља може бити директно, кроз саопштавање од стране детета, или индиректно. Управо је иницијална реакција та које се деца највише плаше и која може нанети највећу штету будућем односу, нарочито уколико у овој фази дође до прекида контакта и комуникације са ЛГБТ чланом. То додатно може и да онемогућии поновно отварање теме и покушаје да се однос реуспостави. Стога је важно да стручњаци помогну породици да одржи комуникацију, па макар испрва и на основном нивоу и око свакодневних ствари (Ла Сала, 2000), како би се спречио потпуни прекид односа и одбацивање. Поред реакције шока, родитељи могу реаговати и на друге начине, а истраживања су показала да је важно и да родитељи разумеју мотивацију која стоји иза дететовог аутовања као понашања које тежи повећању блискости и тражења подршке, те као понашања искрености од стране детета (Бен-Ари, 1989). Увиђање добронамерности у дететовим поступцима, насупрот идеји да дете то намерно ради како би осрамотило и уништило породицу, или из жеље да контрира, може родитељима помоћи да боље разумеју своје дете и да одрже са њим контакт и однос у оквиру ког ће лакше доћи до узајамног разумевања и прихватања. Некада последице првобитних негативних реакција родитеља и код њих самих могу довести до самоокривљавања што нису боље поступили, што је, такође, тема за стручњаке који са њима раде. С тим у вези је потребно пружити подршку родитељима да разумеју зашто су тако реаговали и како могу да преузму одговорност за своје реакције и да тиме побољшају однос са дететом.

Шок и изненађење могу бити последица тога што дететовим другачијим идентитетом родитељ може осетити да више не познаје своје дете и да не зна како да се са њим опходи, као ни како да са њим разговара о овим темама. Разговори о сексу и партнерским односима су генерално табу у нашем друштву, што комуникацију о њима у породици додатно отежава контекст другачијих сексуалних оријентација од Извештај о спроведеној услузи - едукације о положају ЛГБТ популације у Новом Саду

хетеросексуалне. Родитељима се могу јавити и страхови, како за дететову физичку безбедност, тако и за дететово здравље (Мирковић и Јерковић, 2018). Све ове теме је важно обрадити у раду са родитељима како би пронашао механизме да се са њима и суче.

| 32 *Порицање и изолација*

Ова понашања аутори виде као прву фазу у свом моделу. Родитељи, након првобитног шока, могу почети да схватају озбиљност информације коју су сазнали и могу порицати сексуалну оријентацију свог детета. Порицање представља тампон зону за родитеље како би добили на времену да поврате пређашњи однос и да поново постигну равнотежу. Ова фаза је често испуњена анксиозношћу код родитеља, који могу бити и свесни информације али је одбацити као фазу у развоју детета или настојати да нађу противаргументе у дететовом животу. Иако аутори не наводе експлицитно, ова фаза, према описаним реакцијама, може бити испуњена и негирањем и рационализацијом као механизмима одбране од узнемирујуће информације.

Неки родитељи могу одбијати да разговарају о овој теми, у нади да ће њихово непризнавање сексуалне оријентације довести до тога да проблем нестане (Де Вин, 1984; Мирковић и Јерковић, 2018). Родитељи, такође, могу преценити утицај хомосексуалности на дететов живот и видети сексуалну оријентацију као кључну карактеристику њиховог детета (Де Вин, 1984). Могу се осећати и изоловано, као да су једини на свету који пролазе кроз очајање због губитка хетеросексуалних очекивања за своје дете. Ова изолација може, иницијално, да буде од помоћи дајући време родитељима да процесуирају информацију и можда се усмере ка делимичном прихватању. У току трајања ове фазе, родитељи се могу присећати и тражити “доказе” у дететовој прошлости који говоре супротно од дететове сексуалне оријентације. На пример, родитељи геј мушкарца се могу присећати да је син раније имао девојке, разматрајући ову ситуацију искључиво као доказ да син можда није геј, не узимајући у обзир развој идентитета и друге факторе који су утицали на дететове раније односе. Порицање и изолација могу, након неког времена, довести до љутње код родитеља.

Љутња

Порицање може трајати док се не изгуби осећај контроле над ситуацијом, односно док не увиде да њихово порицање ситуације не допринио да се дететова сексуална оријентација промени. Родитељи, онда, могу реаговати агитацијом, ужасом и бесом према детету, што понекад може

33 | довести до одбацивања и физичког злостављања детета. Љутња може бити ублажена када аутовање није изненадно - када су родитељима даване назнаке током времена и када су и сами сумњали. Као одбрамбени маневар, родитељи траже спољашњи узрок за дететову сексуалност и могу бити ирационално љути на перципирани узрок (нпр. партнера или партнерку детета, медије, пријатеље који су инструисали дете да буде ЛГБТ). Аутори сматрају да је овакво понашање родитеља пројектовање кривице на другога, како би себе заштитили. Овакво виђење последица је претпоставке аутора да родитељи подсвесно могу кривити себе и своје васпитне поступке за дететову сексуалну оријентацију, те како би избегли да сами буду одговорни за нешто лоше што се детету дешава, они криве друге особе и узрок траже у спољашњости. У том смислу, важно је родитељима пружити информације да хомосексуалност и трансродност не настају због неких понашања родитеља, те да нико дете не може натерати да буде геј или транс. Информације о хипотезама настанка сексуалне оријентације и родног идентитета су у овом период важне, како би родитељи могли да се изборе са самоокривљавањем и кривицом. Након љутње, родитељи могу покушавати да преговарају са дететом.

Преговарање

Ова фаза је обележена различитим начинима родитеља да постигну договор како би повратили равнотежу. Религиозни родитељи, на пример, могу да “преговарају” са богом да конвертује њихово дете. Могу, такође, да преговарају са дететом око одрицања његове оријентације како га не би престали финансијски подржавати или га избацили из куће. Како се родитељи померају ка прихватању, преговарање са дететом се фокусира на захтев да дете никоме не каже, понекад укључујући у захтев и другог родитеља, те захтевање да се никада више не разговара о томе. Родитељи ће, заузврат, кориговати информације о детету пред другим људима, како би сачували породичну тајну и социјални статус породице.

Слање детета код свештеника или терапеута зарад конвертовања је, такође, често у овој фази. Ова фаза обележена је идејом родитеља да су сексуална оријентација и родни идентитет нешто што је променљиво. Стога је важно родитељима осветити ове идеје и радити са њима на тим предрасудама. Неуспеси у ефективности ових понашања да се дете конвертује могу довести до следеће фазе - депресије.

Депресија

Ова фаза окарактерисана је депресивним осећањем код родитеља, а често и повлачењем од детета. Аутори сматрају да је она последица љутње из друге фазе окренуте ка себи и осећаја кривице јер нису довољно рано препознали ово стање код свог детета и превенирали га, или сматрају да су сами криви због тога што им је дете геј. Родитељи могу осећати и срам или понижење уколико други људи из породице или окружења сазнају за сексуалну оријентацију њиховог детета. Некада могу реаговати повлачењем из претходно блиских односа покушавајући да превенирају одбацивање за које сматрају да ће неизбежно доћи. Због уврежених стереотипа и предрасуда, родитељи могу преувеличавати последице хомосексуалности свог детета, сматрајући да ће остати само до краја живота и да ће трпети велики степен дискриминације.

Оваква размишљања могу водити до још интензивнијег депресивног осећања, али су и знак признавања родитеља да се сексуална оријентација њиховог детета неће променити. Ово признавање без прихватања је почетни корак у последњој фази туговања и губитка. Код неких родитеља период туговања може бити врло изражен и интензиван, с обзиром на да су родитељи имали одређену идеју како ће им дете израсти и како ће дететов живот изгледати, али су имали и очекивања од своје будућности и улога баке, деке... Сазнање да је дете транс или геј могу код родитеља произвести идеју да никада неће бити бака или дека, да дете неће имати своју породицу, али и страхове за дететову будућност генерално у хомофобичном друштву. Дететовим аутовањем родитељи могу изгубити идеју о томе како будућност генерално изгледа, што и може да представља велики губитак који је потребно обрадити и који је потребно прежалити да би родитељ могао слободније да креира алтернативну верзију свог и дететовог будућег живота. Стога је важно у овој фази радити са родитељима и на туговању и замишљању алтернативних будућности за дете, како би се лакше ослободили идеје да је све изгубљено са “губитком дететове хетеросексуалности”.

Родитељи транс особа имају специфичности везане за губитак слике коју су имали о детету у том смислу што код њих може бити изражено и жаљење за дететовим полом и, код неких родитеља, детињством детета. Интегрисање дететовог идентитета и стварање целовите слике о њему од рођења, кроз транзицију до времена после транзиције може бити заиста изазовно, као и прилагођавање на коришћење новог рода и имена за дете (Мирковић и Јерковић, 2018). Тај процес може бити тежак и дуг, а многи родитељи нису ни свесни да тугују за нечим. Неки се, пак, могу питати на који начин и са којим именом да говоре о детету док је било мало, и да ли и у том времену треба да говоре користећи заменице за дететов родни идентитет (Мирковић и Јерковић, 2018). Сва ова питања су питања која се најбоље могу решити у договору између

родитеља и детета, те је стога важно да родитељ освести губитак и дозволи себи жаљење, како би могао да разговара са својим дететом о томе и да се са њим договара око правила у овој новој ситуацији.

| 35 Прихватање

Групе подршке, едукативни материјали и медији се сматрају инструментима којима је могуће помоћи родитељима у прихватању свог детета, што имплицира да су заокружили своје туговање и да су спремни да признају околности - да су родитељи геј детета. Током ове фазе породична хомеостаза се реуспоставља и више не постоји осећање кривице и понижења због сексуалности детета, која више и сама није породична тајна. Родитељи временом постају отворенији за дискусију о сексуалности детета и бивају десензитирани на ове теме.

Прихватање је лакше од борбе иако су могући поновни конфликти у будућности. Родитељске потребе за хетеросексуалношћу детета постају мање важне од потреба детета да изрази свој идентитет. Неки родитељи се могу упустити у борбу против дискриминације њиховог детета и постати активисти у жељеним друштвеним променама. Важно је, такође, имати на уму да, иако родитељ прихвата дете, могу постојати ситуације које ће им бити и даље изазовне и које их могу подсећати на тешкоће у дететовом животу или на потенцијалну неиспуњеност у неким улогама (нпр. улога баке, дететова свадба...). Све то могу бити потенцијално изазовне ситуације за родитеље које, међутим, не значе да родитељ не прихвата своје дете.

Аутори наглашавају да фазе представљене у моделу нису једини могући пут родитеља до прихватања детета, нити да сваки родитељ прође кроз све фазе. Емпиријски налази говоре у прилог томе да модел одговара највећем броју родитељских реакција, те да се може користити као оквирни показатељ фаза и наредних корака у практичном раду са родитељима.

Током процеса прилагођавања и прихватања дететове сексуалне оријентације или родног идентитета, родитељи се могу суочавати са различитим изазовима и темама око којих им је потребна подршка (Мирковић и Јерковић, 2018). Значење које породице развију о неком догађају круцијално је у разумевању на који начин ти догађаји утичу на породицу (Филипс, 2007). Досадашња истраживања (Хегедус, 2009) показала су да родитељи транс особа, као и родитељи геј особа, реагују шоком, страхом и порицањем приликом сазнавања за дететов родни

идентитет, док се породице осећају збуњенима, љутима, дубоко забринутима или чак изданима. Последице негативних реакција родитеља, као и у случају геј особа, код детета су анксиозност, депресија, страх, ниско самопоштовање и суицидалност.

36 Родитељи се неретко обраћају за помоћ тражећи терапију за дете у жељи да промене његов родни идентитет (Хегедус, 2009), што је чест случај и са родитељима геј особа. Родитељске бриге око транс детета читавају се у страху за дететово ментално и физичко здравље, могућности да се дете оствари у каријери и послу, затим у могућности да пронађе партнера и има децу (Хегедус, 2009; Мирковић и Јерковић, 2018). Родитељи страхују и да им дете може бити друштвено изоловано, да ће бити злостављано и да неће бити прихваћено од стране других чланова породице (Хегедус, 2009). Најчешћа питања с којима се ови родитељи суочавају су: Да ли је моје дете ментално болесно? Шта смо погрешно урадили? Шта ће други мислити када сазнају? (Лев, 2004, према Хегедус, 2009). Уочљива је и овде сличност са бригама родитеља геј особа. Неки родитељи, пак, могу осетити претњу по сопствени родни идентитет због дететовог идентитета, видевши дететово понашање као валидацију или одбацивање родитељских животних избора, укључујући и оних који се тичу родне експресије. Надаље, за родитеље транс особа, као и за родитеље геј особа, на путу до прихватања важно је да не концептуализују идентитет свог детета као ментални поремећај (Хегедус, 2009). Међутим, овај корак може бити отежан налазима истраживања у којима се трансродност дефинише као ментални поремећај, док се породична динамика види као узрочник тог поремећаја (Хегедус, 2009; Диамонд, 2011).

Као и родитељи геј особа, и родитељи транс особа се приликом сазнавања суочавају са губитком очекивања од детета (слике идеалног детета), затим губитка поверења у будућност, губитком вољених карактеристика код детета, губитком интимности са другим члановима породице (Хегедус, 2009). И у случају ове групе родитеља, суочавање са губитком се повезује са стадијумима туговања (Кублер-Рос, 1969, према Хегедус, 2009). Надаље, родитељи могу реаговати шоком и порицањем, изолацијом, љутњом, кривицом, страхом, издајом и стидом, али могу посегнути и за подршком околине и заједнице (Мирковић и Јерковић, 2018).

Последња фаза, као и код родитеља геј деце, је почетак прихватања. До прихватања родитељи долазе кроз користе активно слушање и отворену комуникацију са дететом о родном идентитету, затим могу тражити информације на интернету или у књигама, и конфронтирају се са проблемом самоокривљавања и перципиране одговорности. Стратегије прихватања, стога, обухватају: креирање континуитета - креирање кохерентног наратива о дететовој прошлости, садашњости и будућности, односно увиђање назнака трансродног идентитета од дететовог

Извештај о спроведеној услузи - едукације о положају ЛГБТ популације у Новом Саду

рођења до аутовања; безусловна љубав - односи се на сигурност родитеља да ће волети своје дете без обзира на значајне разлике у начину живота; морална вредност - сагледавање дететовог аутовања као моралног и искреног, те храброг потеза како би живело у складу са собом; биолошка каузалност - за родитеље је веома важно да узрок дететове трансродности нађу у биолошким научним теоријама пре него у теоријама које узрок приписују породичној дисфункционалности. Неприхватајуће стратегије, с друге стране, обухватају: перцепцију детета као незрелог а родног идентитета као начина да се прикрију други проблеми у детету, и сагледавање детета кроз ригидне улоге мушкарца и жене у друштву. Одржавање неприхватајућих стратегија неретко је мотивисано снажним уверењем да ће се дете предомислити, као и страхом од непознатог (Хегедус , 2009).

Процедура дијагностификовања трансполности укључује софистицирану психолошко – психијатријску процену како би се утврдило да ли постоје удружене психичке тешкоће и поремећаји, што родитељима може помоћи у отклањању наведених недоумица око “правог” идентитета детета (Јокић – Бегић, 2006; Мирковић и Јерковић, 2018). Ла Сала (Ла Сала, 2000) даје препоруке у раду са породицама ЛГБТ особа које се тичу важности одржавања комуникације међу члановима породице и спречавању отуђивања и прекидања контакта. Важно је, услед доживљаја неких породица да је аутовање трауматичан догађај, да се родитељима дозволи да изразе своје емоције, као и да тугују за изгубљеним очекивањима и идентитетом детета, како би могли да наставе даље у процесу прихватања. Суочавање са кривицом родитељима и са окривљавањем других је, такође, важан корак у овом процесу. Ова ауторка сматра и да је ЛГБТ особама важно пружити подршку у разумевању родитељског процеса, као и у оснаживању особе да се одвоји од родитељских очекивања и да живи аутентичан живот. Стога је и у раду са младим ЛГБТ особама важан едукативни део и разматрање процеса кроз који ће родитељи проћи у циљу оснаживања детета да разуме своје родитеље и да буде спремно на евентуалне негативне реакције приликом аутовања.

Истраживања су показала да временом долази до позитивних помака код родитеља (Бен-Ари, 1989; Хегедус , 2009), те да је и за дете важно да има стрпљења. Неким родитељима су потребне године да дођу до фазе потпуног прихватања, неким су потребни месеци, а неки родитељи никада не прихвате у потпуности своје дете без додатне подршке. Све ове факторе је важно имати у виду приликом рада са младим ЛГБТ особама. Истраживање процеса прихватања код мајки ЛГБТ особа у нашој земљи (Мирковић и Јерковић, 2018) показало је да је за родитеље у нашем окружењу специфичан изражен страх за дететову физичку безбедност ван куће, те бриге како ће се дете остварити професионално и

у партнерским релацијама, с обзиром на наше законодавство. Стога, у раду са родитељима и породицама треба узети у обзир и специфичности нашег друштвеног контекста и тешкоћа за ЛГБТ особе у оквиру њега.

38 У раду са породицама ЛГБТ особа, као и у раду са породицама генерално, пожељно је поступке родитеља редефинисати у контексту бриге за дете (Ла Сала, 2000). Ово значи да, заправо, иако на први поглед различита понашања родитеља могу изгледати негативно и оштећујуће и за дете и за однос, да родитељи то раде из добре намере да заштите дете од нечега лошег и опасног. Уколико родитељ перципира да су хомосексуалност, бисексуалност или трансродност нешто лоше по дете из чега дете “треба да се извуче”, они могу чини различите ствари у жељи да, заправо, дете заштите.

Основна улога родитељства јесте пружање бриге и заштите детета и његове добробити, а ако родитељи аутовање и дететов идентитет виде као опасност, логично је да ће наступити у циљу промене дететовог понашања и идентитета. Стога је, за стручњаке, али и за децу, важно да разумеју понашање својих родитеља као бригу. Ово не значи да та понашања треба да прихвате и да не треба да се заштите од тога (нарочито у случају екстремних понашања као што су насиље, таква понашања треба пријавити надлежнима). Међутим, од помоћи може бити повећање разумевања и емпатије за процесе кроз које породица пролази. Разумевање међусобних позиција чланова породице је опште место на коме се даље може градити однос у ком дете и родитељ могу отворено да комуницирају и договарају се око нових породичних правила везаних за дететов идентитет, партнерске односе, односе према широј породици и друштвеној средини (Ла Сала, 2000). У складу са тим, треба узети у обзир и остале чланове породице, као и кородитељски однос и омогућити комуникацију међу члановима и међусобно разумевање и ставове по питању даљег аутовања (Мирковић и Јерковић, 2018).

1. American Psychological Association. (2009). Report of the APA task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation, 55, 1440-1451.
2. Apter, A. (2010). Suicidal Behavior in Adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 271–274.
3. Arnold, S.A (2012). “Coming out” during adolescence: How do parental attitudes towards non-heterosexuality affect the mental health and well-being of their lesbian, gay, or bisexual offspring? *Psychology of Sexualities Review*, 3(1), 18- 33;
4. Bagley, C., & Tremblay, P. (2000). Elevated rates of suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *Crisis*, 21 (3), 111-117.
5. Belik, S. L., & Sareen J. (2010, April 23). *Sexual orientation and its relationship to mental disorders and suicidal behavior*. Paper presented at the annual conference of the American Association of Suicidology, Orlando, FL. Str 45.
6. Ben-Ari, A.T. (1989). *The process of “coming out” : Views from parents and young gay adults* (Unpublished doctoral dissertation). Universtiy of California, Berkley;
7. Bigner, J. J., & Wetchler, J. L. (2012). *Handbook of LGBT- affirmative couple and family therapy*. New York, NY: Routledge
8. Brown, R. (2002). Self harm and suicide risk for same sex attracted young people: A family perspective. *Australian e-Journal for the Advanctment of Mental Health*, 1, 1-11.
9. Burckell, L.A., & Golfried, M.R.(2006). Therapist qualities preferred by sexual-minority individuals. *Psychotherapy*, 43(1):32-49.
10. Carragher, D.J., & Rivers, I. (2002). Trying to Hide: A Cross-National Study of Growing Up for Non-Identified Gay and Bisexual Male Youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 115-124.
11. Cochran, S. D., Mays, V. M., & Sullivan, J. G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress and mental health services use among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53–61.
12. D’Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T., & Sinclair, K. O. (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35(6), 646–660.

13. D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (2001). Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay and bisexual youths. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(3), 250–264.
14. D'Augelli, A. R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 1359-1045.
15. D'Augelli, A. R., & Hershberger, S. L. (1993). Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: Personal challenges and mental health problems. *American Journal of Community Psychology*, 21, 421-448.
16. De Graff, R., Sandford, T.G., & Have, M., (2006). Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 253-262.
17. DeBord, K. A., & Perez, R. M. (2000). Group counseling theory and practice with lesbian, gay, and bisexual clients. U R. M. Perez, K. A. DeBord, & K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 183-206). Washington, DC, US: American Psychological Association.
18. DeVine, J. S. (1984). A systemic inspection of affectional preference orientation and the family of origin. *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 2, 9-17.
19. Diamond, M. (2011). Developmental, Sexual and Reproductive Neuroendocrinology: Historical, Clinical and Ethical Considerations. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 255- 263.
20. Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 386–395.
21. Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Beautrais, A.L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880.
22. Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M., & Beautrais, A.L. (2005). Suicidal behavior in adolescence and subquent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35, 983-993.
23. Garnets, L, Hancock, K.A., Cochran, S.D. Goodchilds, J., & Peplau, L.A. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. A survey of psychologists. *American Journal of Psychology*, 46(9):964-72.

24. Garofalo, R., Wolf, R. C., Kessel, S., Palfrey, J., & DuRant, R. H. (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics, 101*(5), 895–902.
25. Goodenow, C., Szalacha, L., & Westheimer, K. (2006). School support groups, other school factors, and the safety of sexual minority adolescents. *Psychology in the School, 43*, 573–589.
26. Green, R. J. (2000). “Lesbians, Gay Men and Their Parents”: A Critique of LaSala and the Prevailing Clinical “Wisdom”. *Family Process, 39* (2), 257 – 266.
27. Gross, L., Aurand, S. K., & Addessa, R. (1988). *Violence and discrimination against lesbian and gay people in Philadelphia and the commonwealth of Pennsylvania*. Philadelphia: Philadelphia lesbian and gay task force.
28. Hawton, K., & Fortune, S. (2008). Suicidal Behavior and Deliberate Self-Harm. U M. Rutter i sar., (Ur), *Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry* (str. 648-670). Massachusetts: Blackwell Publishing.
29. Heatherington, L. and Lavner, J. A. (2008). Coming to Terms With Coming Out: Review and Recommendations for Family Systems–Focused Research. *Journal of Family Psychology, 22* (3), 329–343;
30. Hegedus, K. J. (2009). *When a Daughter Becomes a Son: Parents’ Acceptance of Their Transgender Children* (Unpublished doctoral dissertation). The California School of Professional Psychology, Alliant International University, San Francisco;
31. Hottes T. S., Bogaert L., Rhodes A. E., Brennan D. J., Gesink D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health, 106*, e1-e12.
32. Hughes, T. L. (2003). Lesbians’ drinking patterns: Beyond the data. *Substance Use and Misuse, 38*(11–13), 1739–1758.
33. Israel, T., Ketz, K., Detrie, P. M., Burke, M. C., & Shulman, J. L. (2003). Identifying Counselor Competencies for Working with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 7*(4), 3-21
34. Jokić – Begić, 2008 Jokić-Begić, N. (2008). Psihosocijalne karakteristike transseksualnih osoba u Hrvatskoj. *Socijalna psihijatrija, 3*, 116-124.
35. Jones, M. A., & Gabriel, M. A. (1999). Utilization of psychotherapy by lesbians, gay men, and bisexuals: Findings from a nationwide survey. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*(2), 209-219.
36. Kapamadžija, B., Šovljanski, M., Biro, M. (1989). *Osnovi medicinske suicidologije*. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.

37. Kapamdžija, A., Zotović, M., Ukropina, S., Dobanovački, D. i Turo, L. (2014). *Zdravstveno vaspitanje o reproduktivnom zdravlju*. Novi Sad: Pokrajinski sekretarijat za sport i omladinu.
38. King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., i sar. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay, and bisexual people. *BMC PSYCHIATRY*, 8(70), 1-17.
39. La Sala, 2000, Lesbians, gay men, and their parents: family therapy for the coming-out crisis. *Family Process*, 39(1), 67-81;
40. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J. Adolesc. Health*. 2011;49:115–23
41. Mason, A., & Palmer, A. (1996). *Queer bashing: A national survey of hate crimes against lesbians and gay men*. London: Stonewall.
42. Mathy, R. M., Schillace, M., Coleman, S. M., & Berquist, B. E. (2002). Methodological rigor with internet samples: new ways to reach underrepresented populations. *Cyber Psychology Behavior*, 5(3), 253–266.
43. Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869–1876.
44. McCabe, S. E., Bostwick, W. B., Hughes, T. L., West, B. T., & Boyd, C. J. (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1946–1952.
45. McCarn, S. R., & Fassinger, R. E. (1996). Re-visioning sexual minority identity formation: A new model of lesbian identity and its implications for counseling and research. *The Counseling Psychologist*, 24(3), 508-534.
46. Meyer, I.H.(2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol. Bull.* 129:674–97
47. Meyer, I.H., Schwartz, S., Frostm D.M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social status confer more stress and fewer coping resources? *Soc. Sci. Med.* 67:368–79.
48. Mirković, V. i Jerković, I. (2018). Odnos majki prema seksualnoj orijentaciji i rodnom identitetu LGBT deteta u procesu autovanja njihove dece. U Džinović, V. i Grbić, S. (Ur.), *Kvalitativna istraživanja u društvenim naukama: od ličnog iskustva do socijalnih praksi* (str. 36 – 38). Beograd: Kuća štampe plus.
49. Molloy, M., McLaren, S., & McLachlan, A. J. (2003). Young, gay and suicidal: Who cares? *Australian Journal of Psychology*, 55, 198-207.

50. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., Miles, J., & Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), 68-72. doi: 10.1192/bjp.bp.107.047704.
51. Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2004). Clinical Issues in Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 227-246.
52. Paul, J. P., Cantania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., Mills, T., i sar. (2002). Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and antecedents. *American Journal of Public Health*, 92, (8), 1338–1345.
53. Perrin, E.C. (2002). *Sexual Orientation in Child and Adolescent Health Care*. Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers.
54. Phillips, M. J. (2007). *Identity Development as a Parent of a Lesbian or Gay Men* (Unpublished doctoral dissertation). College of Education, Georgia State University, Atlanta.
55. Ray, N. (2006). *Lesbian, gay bisexual and transgender youth: An epidemic of homelessness*. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute and the National Coalition for the Homeless.
56. Remafedi, G. (2002). Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men. *Journal of Adolescent Health*, 31(4), 305–310.
57. Remafedi, G., Farrow, J., & Deisher, R.W. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*, 87(6), 869–875.
58. Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnik, M.D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88 (1), 57-60.
59. Rieks, S. (2007). *A Qualitative Investigation of Gay Male Adolescence*. Dissertation. University of Wisconsin: Wisconsin.
60. Rivers, I. (1999). *The psycho-social correlates and long-term implications of bullying at school for lesbians, gay men and bisexual men and women*. PhD Thesis, University of Surrey, Roehampton Institute, London.
61. Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men, and bisexuals. *Crisis*, 25(4), 169–175.
62. Rock, M., Carlson, T. S., & McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 171-184.
63. Russell, S. T. (2003). Sexual minority youth and suicide risk. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1241–1257.
64. Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1276–1281.

65. Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in White and Latino LGB young adults. *Pediatrics*, 123, 346–352.
66. Savin Williams, R. C. (2003). *Lesbian, Gay and Bisexual Youth's Relationships with Their Parents*. In Garnets, L. and Kimmel, C. D. (Ed.). New York: Columbia University Press;
67. Savin Williams, R. C. and Dube, E. M. (1998). Parental Reactions to Their Child's Disclosure of a Gay/Lesbian Identity. *Family Relations*, 47, 7 – 13;
68. Savin-Williams, R. C. (1989). Coming out to parents and self-esteem among gay and lesbian youths. *Journal of Homosexuality*, 18, 1-35.
69. Savin-Williams, R.C. (1994). Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male and bisexual youths: associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution and suicide. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 62 (2), 261-269.
70. Silenzio, V. M., Pena, J. B., Duberstein, P. R., Cerel, J., & Knox, K. L. (2007). Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2017–2019.
71. Spirito, A. & Overholser, J.C. (2003). *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters*. San Diego: Elsevier.
72. Srdanović-Maraš, J (2012). *Suicidalno ponašanje homoseksualno orijentisanih mladića*. Doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad.
73. Waldo, C.R., Hesson-McInnis, M.S., & D'Augelli, A.R. (1998). Antecedents and current consequences of victimization of lesbian, gay and bisexual young people: A structural equation model comparing rural university and urban samples. *American Journal of Community Psychology*, 26, 307-334.
74. World Professional Association for Transgender Health. (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people.

4. ПРОМОТИВНО – ИНФОРМАТИВНЕ АКТИВНОСТИ

Током трајања едукације вршила се и подела промотивног материјала припремљеног од стране Заштитника грађана Града Новог Сада, и то: флајера, брошуре о истраживању положаја ЛГБТИ заједнице у Новом Саду и др.

Након одржаних едукација, такође у просторијама Групе Изађи, организовала се Конференција на којој се стручној и широј јавност представио приручник и резултати спроведених едукација. На конференцији су поред Заштитника Грађана учешће узели ЛГБТ активисти и активисткиње из Новог Сада и околине, представници органа, установа, служби и институција који се у свом свакодневном раду баве проблемима младих ЛГБТ особа, чланови Локалне мреже за превенцију дискриминације и подршку ЛГБТ особама Града Новог Сада, представници медија и други.

Извештај сачинио:

Дане Прибић, ЦДД Еурополис



