

Rozważania teoretyczne nad zastosowaniem fallopletyzmografii w badaniu zinternalizowanej homofobii

Theoretical considerations on penile plethysmography usage in research on internalized homophobia

Dominik Haak¹, Aleksandra Plewka^{2, 3}

¹Absolwent kierunku psychologia na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz studiów podyplomowych Seksuologia Kliniczna – Opiniowanie, Edukacja, Terapia na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

²Uniwersytet SWPS w Warszawie, Katedra Różnic Indywidualnych

³Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Klinika Psychiatrii Sądowej

Streszczenie

Homofobia zinternalizowana to zjawisko polegające na przejawianiu uprzedzenia wobec homoseksualności i osób homoseksualnych, przy jednoczesnej obecności własnego, nieakceptowanego i tłumionego homoseksualizmu. Fallopletyzmografia (pomiar zmian objętościowych w narządzie) jest badaniem, które w zaskakujący sposób posłużyło już w 1996 roku do zweryfikowania teorii tłumaczących homofobię, własną nieakceptowaną homoseksualnością. Jego wyniki potwierdziły, że większość osób homofobicznych była w stanie wewnętrznego konfliktu między odczuwaniem pociągu seksualnego do osób tej samej płci a wypieraniem go.

Praca ma charakter teoretyczny, stanowi przegląd dotychczasowych badań oraz prezentuje możliwy kierunek rozwoju badań nad zinternalizowaną homofobią z użyciem fallopletyzmografii.

Zinternalizowana homofobia ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne (lęk, depresja, myśli samobójcze) osób LGBT+, implikuje również wiele innych społecznych problemów, na przykład ryzykowne zachowania seksualne, wzrost ryzyka zakażenia wirusem HIV. W rozumieniu psychoanalitycznym homofobia jest zjawiskiem o lękowej naturze, a konkretnie lękiem przed uznaniem za osobę homoseksualną. Fallopletyzmografia prąciowa (PPG) głównie stosowana w obszarze badań przestępców na tle seksualnym, może mieć także zastosowanie w badaniu zinternalizowanej homofobii. Literatura przedmiotu podkreśla zasadność brania pod uwagę indywidualnych czynników psychologicznych i społecznych w badaniach z użyciem PPG.

Słowa kluczowe: fallopletyzmograf, fallopletyzmografia, zinternalizowana homofobia, pletyzmograf prąciowy

Seksuologia Polska 2021; 19

Abstract

Internalized homophobia is a disorder consisting in the manifestation of anti-social prejudices directed at homosexual persons with the simultaneous presence of one's own, unacceptable and suppressed homosexuality. Falloplethysmography (measurement of volumetric changes in an organ) is a study that was surprisingly used as early as 1996 to verify theories explaining homophobia, one's own unacceptable homosexuality. Its results confirmed that the majority of homophobic people were in a state of internal conflict between feeling sexual attraction towards people of the same sex and displacing it.

The work is theoretical, it is a review of the present research and shows a possible direction for the development of research on internalized homophobia with the use of phalloplethysmography.

Internalized homophobia has a negative impact on the mental health (anxiety, depression, suicidal thoughts) of LGBT+ people, it also implies a number of other social problems, e.g. risky sexual behavior, which increased risk of HIV infection. In the psychoanalytical sense, homophobia is a phenomenon of a fearful

nature, namely the fear of being considered homosexual. Penile phalloplethysmography (PPG), mainly used in the field of research on sexual offenders, may also be used in the study of internalized homophobia. The literature on the subject emphasizes the legitimacy of taking into account individual psychological and social factors in research with the use of PPG.

Key words: phalloplethysmograph, phalloplethysmography, internalized homophobia, penile plethysmograph

Seksuologia Polska 2021; 19

Zjawisko zinternalizowanej homofobii

O zinternalizowanych uprzedzeniach mówi się, gdy dotyczą grup mniejszościowych, kształtując się jednocześnie wśród nich i kierując przeciw nim samym [1]. Gdy dana osoba skieruje przeciwko sobie negatywne oceny wyznawane przez większość wobec mniejszości, tworzy w ten sposób wewnętrzne źródło stresu [2]. Dochodzi wtedy do obniżenia poczucia własnej wartości, konfliktów i wewnętrznego cierpienia, razem tworzących podwaliny dla zaburzeń psychicznych.

W opisie wewnętrznych uprzedzeń wśród przedstawicieli/przedstawicielek mniejszości można użyć terminu „zinternalizowana opresja” [3]. W przypadku mniejszości seksualnej mówi się natomiast o zinternalizowanej homofobii (również bifobii i transfobii). Rozumie się to zjawisko jako niechęć wobec homoseksualności i lęk przed homoseksualnością, przy jednoczesnym występowaniu orientacji homoseksualnej lub biseksualnej u danej jednostki. Osoby dorastające w heteronormatywnym społeczeństwie internalizują, w procesie socjalizacji, uprzedzenia traktujące nieheteroseksualność jako gorszą; co skutkuje konfrontacją z negatywnymi odczuciami wobec grupy, z którą nastolatek/nastolatka zaczyna się identyfikować, gdy odkrywa swoją nieheteronormatywność.

Negatywny wpływ zinternalizowanej homofobii na zdrowie psychiczne osób LGBT+ (*lesbian, gay, bisexual, transgender*) został udowodniony naukowo. Wyniki wieloletnich badań, w których wzięło udział ponad tysiąc homoseksualnych mężczyzn z Nowego Jorku, wykazały, że u mężczyzn z wysokim poziomem zinternalizowanej homofobii znacznie częściej występują lęk, depresja, myśli i próby samobójcze [4]. Wewnętrzna homofobia implikuje również wiele innych społecznych problemów osób homoseksualnych, na przykład podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych.

Wśród lesbijek poziom zinternalizowanej homofobii jest niższy niż u gejów, ale wyższy u kobiet biseksualnych niż homoseksualnych [5–7]. Można założyć, że wynika to ze wspomnianego wcześniej kulturowego zjawiska homohisterii łączącego homoseksualność męską z kobiecością. Dotyczy heteroseksualnej większości, która, by uniknąć pośądzenia o nieheteronormatywność, utożsamia się ze stereotypowym postrzeganiem męskości. Być może niższy poziom zinternalizowanych

uprzedzeń u kobiet nieheteroseksualnych wynika z większego społecznego przyzwolenia dla intymnych relacji między kobietami.

W podejściu psychodynamicznym zinternalizowane uprzedzenia rozumie się jako efekt działania mechanizmów obronnych, takich jak np. zaprzeczanie, projekcja, racjonalizacja czy nawet identyfikacja z agresorem [8]. To ostatnie zjawisko przywodzi na myśl syndrom sztokholmski, w którym ofiary odczuwają solidarność i sympatię wobec oprawców/oprawczyń, w efekcie czego często pomagają im uzyskać zamierzone przez nich/nie cele.

Homofobia a własna homoseksualność – rozważania na podstawie teorii psychodynamicznych

Zygmunt Freud, twórca psychoanalizy, w swojej teorii rozwoju psychoseksualnego zakładał potencjał biseksualny każdego człowieka. Osoba miała według niego mieć w sobie zdolność do stworzenia silnej więzi z osobami obu płci (tak jak wobec obojga rodziców). Bazując na tym rozumieniu seksualności, twórcy i twórczynie kolejnych założeń teorii psychodynamicznych, uznawali, że wrogość wobec osób homoseksualnych może być reakcją obronną wobec własnych homoseksualnych impulsów [9].

Psychoanalityczne wyjaśnienie homofobii łączy ją z lękiem. Homofobię rozumie się jako lęk związany z tym, że dana osoba sama może być uznana za osobę homoseksualną. Uważa się, że homofobia jest stłumionym i wypartym pragnieniem homoseksualnym (lub wręcz orientacją homoseksualną) [10]. Bazując na mechanizmach obronnych, można uznać, że utajona homoseksualność to podniecenie o charakterze homoseksualnym, którego dana osoba nie jest świadoma.

Homofobia występuje zazwyczaj u osób, które nie są jawnie homoseksualne lub biseksualne (u takich osób mówimy o zinternalizowanych uprzedzeniach). Zjawisko to dotyczy osób opisujących siebie jako heteroseksualne, które przeżywają swoje homoseksualne odczucia jak zagrożenie [11]. Homofobia jest zatem w teoriach psychodynamicznych ukrytą homoseksualnością — zagrożeniem dla ego, wyparciem impulsów i zaprzeczeniem im [12].

Zastosowanie fallopletyzmografu w badaniach seksuologicznych w populacji męskiej

Terminem pletyzmografia określa się pomiar zmian objętościowych w narządzie, często funkcję napływu lub odpływu krwi. Wśród klinicznych i naukowych zastosowań pletyzmografia narządów płciowych została przyjęta jako empiryczna miara podniecenia seksualnego, gdzie związek między określonym bodźcem a przepływem krwi w genitaliach można zinterpretować jako jego wyznacznik. Wyróżnia się pletyzmografię waginalną oraz fallopletyzmografię, występującą także pod nazwą pletyzmografia prącia [13].

Wyróżnia się dwa rodzaje pletyzmografii prącia (PPG, *penile plethysmograph*). Wolumetryczny PPG mierzy przemieszczenie powietrza w komorze umieszczonej nad peniselem spowodowane obrzękiem prącia. Obwodowy PPG wykorzystuje tensometr umieszczony wokół trzonu prącia do pomiaru zmian w obwodzie wraz ze wzrostem obrzęku. Wolumetryczny PPG jest ogólnie uważany za bardziej precyzyjny [14], ponieważ jest bardziej wrażliwy na zmiany w obrzęku, który może zwiększać długość penisa zamiast jego obwód, co spotyka się w procesie erekcyjnym znaczącej grupy mężczyzn [15].

Po raz pierwszy pletyzmografię prącia wykorzystano, by dokonać rozróżnienia pomiędzy mężczyznami o heteroseksualnej i homoseksualnej orientacji [16]. Obecnie PPG jest częstym narzędziem do diagnozowania i leczenia przestępców seksualnych. Używa się go w badaniach sądowo-seksuologicznych do diagnozowania zainteresowania seksualnego dziećmi [17] i może być przydatny w odróżnianiu hebefilii (tj. zainteresowania seksualnego nastolatkami w okresie dojrzewania) od pedofilii (tj. zainteresowania seksualnego dziećmi w wieku przedpokwitaniowym) [18]. Ponadto odpowiedź fallometryczna na bodźce pedofilskie jest uważana za najbardziej wiarygodny predyktor recydywy wśród przestępców seksualnych [19]. Użyteczność PPG w rozróżnianiu zgwałceń jest przedmiotem wielu debat, chociaż wyniki badań sugerują, że może być pomocna w rozróżnianiu sadyzmu seksualnego — parafilii, od osób zdrowych i tych, które dopuścili się zgwałcenia niewynikającego z zaburzeń preferencji seksualnych [20]. Wątpliwości dotyczące dobrowolnego kontrolowania erekcji podczas testów zostały również udokumentowane zarówno w sytuacji jej wywoływania [21], jak i tłumienia [22]. Jednak włączenie do procedury zadań przypominania zmniejszało możliwość dobrowolnej kontroli erekcji u mężczyzn androfilnych i gynefilnych, próbujących naśladować wzorce pobudzenia inne niż ich własna orientacja seksualna [23].

Badania fallopletyzmograficzne a homofobia

Fallopletyzmografia jest badaniem, które w zaskakujący sposób posłużyło do zweryfikowania teorii tłumaczących homofobię własną nieakceptowaną homoseksualnością. Najstarsze tego typu badanie pochodzi z 1996 roku i zostało przeprowadzone w grupie mężczyzn liczącej 64 badanych, których podzielono na homofobicznych i niehomofobicznych. Osobom tym prezentowano treści pornograficzne heteroseksualne, lesbijskie oraz gejowskie. Co ciekawe, w grupie mężczyzn zaklasyfikowanych jako homofobiczni aż 54% homofobów odczuło silne podniecenie. W grupie kontrolnej (mężczyzn niehomofobicznych) było to zaledwie 24% [24].

Jak należy rozumieć podniecenie seksualne (objawiające się erekcją mierzoną przez fallopletyzmograf) pojawiające się u mężczyzn heteroseksualnych jawnie deklarujących homofobię? Większość mężczyzn badana kiedykolwiek tym urządzeniem prezentowała niespójność między zakresem podniecenia deklarowanego a mierzonego urządzeniem [25]. Tym samym, mężczyźni homofobiczni twierdzili, że pornografia męsko-męska ich nie podnieca; podczas gdy wskaźniki fizjologiczne mówiły o czymś zupełnie innym. Wydawać by się mogło, że takie wyniki (choć na niewielkiej próbie) w jakimś sensie potwierdzają psychoanalityczne teorie mówiące o wypartej homoseksualnej orientacji osób homofobicznych. Nie mogą jednak zostać bezpośrednio przełożone na badania przedmiotowe.

Na erekcję może mieć wpływ również stres. Dlatego niektóre osoby komentujące tego typu badania podkreślały, że homofobia rzeczywiście wiąże się z lękiem. Skoro homofobiczni mężczyźni reagują wzrodem na pornografię gejowską, to znaczny, że odczuwają zagrożenie wobec własnej heteroseksualności [26]. Wspomniane wcześniej badania korespondują z tymi przeprowadzonymi przez profesora Richarda Ryana i opisanymi w „*Journal of Personality and Social Psychology*” w 2012 roku [27]. Tym razem przebadano 160 mężczyzn z Niemiec i USA, których również podzielono na homofobicznych i niehomofobicznych. Wyniki potwierdziły, że większość osób homofobicznych była w stanie wewnętrznego konfliktu między odczuwaniem pociągu seksualnego do osób tej samej płci a wypieraniem go.

Propozycje dalszych badań

Interesującym kierunkiem w badaniach pletyzmograficznych jest łączenie pletyzmografii z innymi metodami pomiarowymi, na przykład eye-trackingiem. Wyniki badań [28] sugerują, że próby kontrolowania

odpowiedzi erekcyjnych generując określone zmiany ruchów oczu, charakteryzujące się ogólnym spowolnieniem procesu eksploracji i ograniczoną eksploracją strefy erogennej w prezentowanych bodźcach. Odkrycia wskazują, że rejestrowanie ruchów oczu może dostarczyć znaczących informacji na temat obecności konkurujących ukrytych procesów odpowiedzialnych za zahamowanie erekcji, ale także zmiennych wzorców ruchów gałek ocznych u osób z zaburzeniami preferencji [29]. Zastosowanie technologii śledzenia wzroku podczas PPG może zatem prowadzić do poprawy wewnętrznej trafności procedury pletyzmograficznej. Inną metodą pomiarową możliwą do włączenia w procedury badawcze z PPG jest biofeedback. Doniesienia z badań sugerują, że może być on skuteczny w treningu zaburzeń erekcji [30] oraz adaptowany do terapii osób z zaburzeniem preferencji pod postacią pedofilii i transwestytyzmu fetystycznego [31]. Badania te mają limitację w postaci niedoszacowania znaczenia różnic indywidualnych (osobowościowych, poznawczych i afektywnych) w występowaniu erekcji w mężczyźni. Jak wspomniano, takim czynnikiem może być na przykład lęk. Zasadne jest zatem, aby badania uwzględniały nie tylko metody pomiarowe czynności narządów, ale także samoopisowe — odnoszące się do osobniczych różnic indywidualnych.

Wnioski

1. Zinternalizowana homofobia ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne (lęk, depresja, myśli samobójcze) osób LGBT+, implikuje również wiele innych społecznych problemów, na przykład ryzykowne zachowania seksualne, wzrost ryzyka zakażenia wirusem HIV (*human immunodeficiency virus*), picie alkoholu, narkotyzowanie się.
2. W rozumieniu psychoanalitycznym homofobia jest zjawiskiem o lękowej naturze, a konkretnie lękiem przed uznaniem za osobę homoseksualną. Uważa się wręcz, że homofobia jest stłumionym i wypartym pragnieniem homoseksualnym (lub nawet orientacją homoseksualną).
3. Fallopletyzmografia prąciowa to jedna z lepiej udokumentowanych metod badających podniecenie seksualne. Obecnie głównie stosowana w obszarze badań przestępców na tle seksualnym, może mieć także zastosowanie w badaniu zinternalizowanej homofobii. Wyniki współczesnych badań wskazują na zasadność łączenia PPG z innymi metodami pomiaru (np. *eye-tracking*) nie tylko w celu poprawy wewnętrznej trafności procedury, ale także zyskania znaczących informacji na temat obecności konkurujących ukrytych procesów odpowiedzialnych za zahamowanie/wywoływanie erekcji.

4. Literatura przedmiotu podkreśla również zasadność brania pod uwagę indywidualnych czynników psychologicznych i społecznych w badaniach z użyciem PPG.

Piśmiennictwo:

1. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Psychologia społeczna—umysł i serce. Zysk i S-ka, Poznań 1994.
2. Weinberg GH. Society and the healthy homosexual. Macmillan 1972.
3. Dworkin SH. Treating the bisexual client. J Clin Psychol. 2001; 57(5): 671–680, doi: [10.1002/jclp.1036](https://doi.org/10.1002/jclp.1036), indexed in Pubmed: [11304706](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11304706/).
4. Meyer I, Dean L. Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. : 160–186, doi: [10.4135/9781452243818.n8](https://doi.org/10.4135/9781452243818.n8).
5. Bell A, Weinberg MS. A study of diversity among men and women. Simon & Schuster 1978: Simon.
6. Herek GM. Heterosexuals attitudes toward bisexual men and women in the United States. J Sex Res. 2002; 39(4): 264–274, doi: [10.1080/00224490209552150](https://doi.org/10.1080/00224490209552150), indexed in Pubmed: [12545409](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12545409/).
7. Herek G. Attitudes toward lesbians and gay men. J Homosexuality. 2008; 10(1-2): 39–51, doi: [10.1300/j082v10n01_03](https://doi.org/10.1300/j082v10n01_03).
8. Freud A. Identification with the aggressor. In: Freud A. ed. The ego and the mechanisms of defence. Taylor & Francis Ltd 1992.
9. Smith I, Oades LG, McCarthy G. Homophobia to heterosexism: Constructs in need of re-visitation. Gay and Lesbian issues and Psychology Review. 2012; 8(1): 34–44.
10. Bieschke K, DeBord KA, Perez RM. Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. APA PsycBooks. 2007, doi: [10.1037/11482-000](https://doi.org/10.1037/11482-000).
11. Makuchowska M. Przemoc motywowana homofobią. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii. 2011.
12. Morin S, Garfinkle E. Male homophobia. J Soc Issues. 1978; 34(1): 29–47, doi: [10.1111/j.1540-4560.1978.tb02539.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1978.tb02539.x).
13. Holub A. Plethysmography. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. 2017: 1–3, doi: [10.1007/978-3-319-28099-8_795-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_795-1).
14. McConaghy N. Unresolved issues in scientific sexology. Arch Sex Behav. 1999; 28: 285–318.
15. Freund K, Langevin R, Barlow D. Comparison of two penile measures of erotic arousal. Behav Res Therap. 1974; 12(4): 355–359, doi: [10.1016/0005-7967\(74\)90010-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(74)90010-2).
16. Freund K. A laboratory method for diagnosing predominance of homo- or heteroerotic interest in the male. Behav Res Ther. 1963; 1: 85–93.
17. Freund K. Diagnosing heterosexual pedophilia by means of a test for sexual interest. Behav Res Ther. 1965; 3(4): 229–234, doi: [10.1016/0005-7967\(65\)90031-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(65)90031-8).
18. Cantor JM, McPhail IV. Sensitivity and Specificity of the Phallometric Test for Hebephilia. J Sex Med. 2015; 12(9): 1940–1950, doi: [10.1111/jsm.12970](https://doi.org/10.1111/jsm.12970), indexed in Pubmed: [26272778](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26272778/).
19. Hanson R, Bussière M. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. J Cons Clin Psych. 1998; 66(2): 348–362, doi: [10.1037/0022-006x.66.2.348](https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.2.348).
20. Clegg C, Fremouw W. Phallometric assessment of rapists: A critical review of the research. Aggression and Violent Behavior. 2009; 14(2): 115–125, doi: [10.1016/j.avb.2009.01.001](https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.001).
21. McAnulty R, Adams H. Voluntary control of penile tumescence: Effects of an incentive and a signal detection task. J Sex Res. 1991; 28(4): 557–577, doi: [10.1080/00224499109551624](https://doi.org/10.1080/00224499109551624).
22. Rosen RC, Shapiro D, Schwartz GE. Voluntary control of penile tumescence. Psychosom Med. 1975; 37(6): 479–483, doi: [10.1097/00006842-197511000-00002](https://doi.org/10.1097/00006842-197511000-00002), indexed in Pubmed: [1202544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1202544/).

23. Adams HE, Motsinger P, McAnulty RD, et al. Voluntary control of penile tumescence among homosexual and heterosexual subjects. *Arch Sex Behav*. 1992; 21(1): 17–31, doi: [10.1007/BF01542714](https://doi.org/10.1007/BF01542714), indexed in Pubmed: [1546933](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1546933/).
24. Adams H, Wright L, Lohr B. Is homophobia associated with homosexual arousal? *J Abnormal Psych*. 1996; 105(3): 440–445, doi: [10.1037/0021-843x.105.3.440](https://doi.org/10.1037/0021-843x.105.3.440).
25. Adams H, Wright L, Lohr B. Is homophobia associated with homosexual arousal? *Journal of Abnormal Psychology*. 1996; 105(3): 440–445, doi: [10.1037/0021-843x.105.3.440](https://doi.org/10.1037/0021-843x.105.3.440).
26. Barlow D, Sakheim D, Beck J. Anxiety increases sexual arousal. *J Abnormal Psych*. 1983; 92(1): 49–54, doi: [10.1037/0021-843x.92.1.49](https://doi.org/10.1037/0021-843x.92.1.49).
27. Weinstein N, Ryan WS, Dehaan CR, et al. Parental autonomy support and discrepancies between implicit and explicit sexual identities: dynamics of self-acceptance and defense. *J Pers Soc Psychol*. 2012; 102(4): 815–832, doi: [10.1037/a0026854](https://doi.org/10.1037/a0026854), indexed in Pubmed: [22288529](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22288529/).
28. Trottier D, Rouleau JL, Renaud P, et al. Using eye tracking to identify faking attempts during penile plethysmography assessment. *The Journal of Sex Research*. 2013; 51(8): 946–955, doi: [10.1080/00224499.2013.832133](https://doi.org/10.1080/00224499.2013.832133).
29. Letourneau EJ. A comparison of objective measures of sexual arousal and interest: visual reaction time and penile plethysmography. *Sex Abuse*. 2002; 14(3): 207–223, doi: [10.1177/107906320201400302](https://doi.org/10.1177/107906320201400302), indexed in Pubmed: [12087683](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12087683/).
30. Laws DR, Pawlowski AV. A multi-purpose biofeedback device for penile plethysmography. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1973; 4(4): 339–341, doi: [10.1016/0005-7916\(73\)90004-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(73)90004-9).
31. Rosen R, Kopel S. Penile plethysmography and biofeedback in the treatment of a transvestite-exhibitionist. *J Consult Clin Psychol*. 1977; 45(5): 908–916, doi: [10.1037/0022-006x.45.5.908](https://doi.org/10.1037/0022-006x.45.5.908).