

## ***Pszichoterapeuták a homoszexualitásról***

### ***Válaszok egy körkérdésre***

Ankétunkban gyakorló pszichoanalitikusokat, terapeutákat kérdeztünk meg arról, milyen tapasztalataik és elgondolásaik vannak a meleg/leszbikus páciensekkel folytatott terápiákat illetően. A körkérdésre összesen öt válasz érkezett, ezeket az alábbiakban közöljük.

A kérdések:

1. Terapeutaként találkozott-e már meleg vagy leszbikus pácienssel?
2. Ha igen, akkor mennyire találja jellemzőnek, hogy a meleg/leszbikus páciensek elsődlegesen hozott problémája a homoszexualitás? Mennyire jellemző, hogy a meleg/leszbikus páciens egyéb problémával fordul szakemberhez?
3. Mit tapasztal, mi okoz a melegséggel kapcsolatban problémát a pácienseknek, milyenfajta konfliktusokat hoz magával, és ennek nyomán milyen terápiás célokat fogalmaznak meg?
4. Léteznek-e Ön szerint ma érvényes elméletek a homoszexualitás „kialakulásáról”? Milyen tényezők befolyásolják, hogy a terápia során megjelenik-e a homoszexualitás okainak, előzményeinek feltárása? Milyen módon segíti ez a terápiás folyamatot? Mit gondol mikor szükségszerű és mikor kontraindikált az ilyen jellegű feltárás? Vannak-e konkrét tapasztalatai ezzel kapcsolatban?
5. Hogyan befolyásolja (ha befolyásolja) a terápia folyamatát, dinamikáját a páciens szexuális orientációja? Megjelennek-e sajátos áttételi, viszontáttételi reakciók, ellenállások? Milyen speciális odafigyelést igényelhet ez a terápiás munkában?
6. Hogy látja, az utóbbi évek (évtizedek) társadalmi változásai, a téma közbeszédé válása mennyire alakította át az ezzel kapcsolatos, terápiában „felkínált” problémákat, a terápia menetét és a terapeuták/analitikusok szemléletét?
7. Viszonylag sok szó esik mostanában az azonos nemű párok gyermekváltásáról, ennek társadalmi, pszichológiai és egyéb vetületeiről. Pszichoanalitikus nézőpontból mit gondol erről a jelenségről? Akár az analitikus elmélet szintjén (hogy alakul ilyenkor az Ödipusz-dinamika, az azonosulások, mit befolyásolhatnak a szülők nem nemi alapú különbözőségei, stb.), akár a gyakorlati, mindennapi helyzetek felől (egyéni és közösségi szinten).

**Dobos Emőke pszichoterapeuta válaszai**

1. Igen.
2. Az alapvető önfelfogadást tekintve, ami döntően a nemi orientációra fókuszál, minden más probléma is összefügg a homoszexualitással. A kapcsolati problémákat, családi helyzetet, szociális magatartást, néha még a karrier kérdését is átszövi a kisebbségi létből fakadó sajátosság. Neurotikus tünetekkel jelentkező homoszexuális páciensek esetében közvetlen összefüggés van a szexuális orientációval kapcsolatos szorongás vagy trauma, és a tünetek kialakulása között. A tünetek formája – szorongás, depresszió, pánik, egyéb neurotikus tünetek – független a szexuális orientációtól, de a tünetképzésben, tehát maguknak a tüneteknek a létrejöttében jelentős a szerepe, sőt igen gyakran ez maga az oki tényező. Valószínűnek tartom, hogy akik korai életszakaszban, de legalább a pubertás idején sikeresen megküzdöttek, és felépítették homoszexuális identitásukat, azok hatékonyabban küzdenek meg egyéb pszichológiai problémáikkal is, és nem találkozunk velük kliensként.
3. Döntően az elutasítástól, kirekesztéstől, családi botránytól való félelem. Mi lesz, ha kiderül. A szüleim belehalnak. A munkatársaim elutasítanak. A család kitagad. A gyerekeim szégyellni fognak, stb.

Az önfelfogadás kérdése tapasztalatom szerint a társadalmi megítéléssel korrelál. A húsz évvel ezelőtti felszabadulás már a múlté ugyan, de mára erős szubkultúra, jogvédelem, törvények vannak, nem is beszélve az internetről. Ezek a tényezők csökkentették, vagy meg is szüntették az izoláltságot mint a fő patogén faktort.

A terápiás cél ennek megfelelően az interperszonális és emocionális problémákra koncentrálni, vagyis nem sokban különbözik egy heteroszexuális páciensétől. Természetesen akkor, ha a felkínált probléma nem maga a szexuális orientáció kérdése.

4. Ismereteim szerint általános és kőbe véshető elmélet nincs, de a sok részizgazságból mégis kialakul egy olyan kép, amelyben egyszerre van jelen a genetikai, mélylélektani és a szocializációs hatás. Az arányok egyénenként változóak, és ez befolyásolja a terápiás diskurzusban való megjelenést is.

Kontraindikációt jelent a feltárásban az elutasított látens homoszexualitás, melynek feltárása a személyiség dezintegrációjával fenyeget. Óvatosságot igényel a családi mélystruktúra megbontása különösen akkor, ha a paciensekben erős a düh családtagjaival szemben.

Általános törekvésként kimondható a „nem ártani” elve, valamint az is, hogy minél kevesebb beavatkozással érjünk el eredményt, ami azt jelenti, hogy a páciens jobb pszichés állapotban búcsúzzon, mint ahogy érkezett. Ebben néha a mély feltárás segít, néha éppen az elföldelés.

Természetesen vannak tapasztalataim, kaptafám viszont nincsen.

5. Ez itt most egy hosszabb tanulmány helye.
6. Igen. Lásd 3. pont.

7. A magam részéről támogatnám az örökbefogadást, nőknél a lombikbébit. A korlátokat nem a szexuális orientációnál gondolom meghúzni, hanem a pszichológiai érettségénél. Társadalmilag kifejezetten hasznos lenne nem csak gazdaságilag, vagy mert több gyerek növekedhetne családban, hanem azért is, mert feltevésem szerint stabilizálná a homoszexuális kapcsolatokat.

Nagyon sok gyerek nő fel egyszülős családban, többnyire apa nélkül, női kezekben, és ettől még senki nem lett homoszexuális. A szexuális orientáció, mint tudjuk, nem mintakövetéses úton alakul ki, hiszen akkor nem is lenne homoszexualitás. Még az sem feltétlenül igaz, hogy ez hátrányos helyzet, hiszen gyakorta sokkal károsítóbb maga a család.

Ostobaság és csúf fantáziára vall az a feltételezés, hogy maguknak nevelnek szexuális játékszert. A homoszexualitás nem azonos a pedofiliával. Ezen az alapon minden nagybácsit, nagyfiút, barátot és atyát el lehetne tiltani a gyerektől, hiszen a gyermekkori abúzusok többnyire családban esnek meg.

Feltételezésem szerint az Ödipusz-dinamika ugyanúgy megjelenik az ilyen családokban is, talán haloványabb szexuális elemekkel. Hogy a pár melyik tagja milyen pozícióba kerül, az nem csak a biológiai nemtől függ, hanem a családi dinamikától is, ebben az esetben erősebben.

Amivel meg kell küzdenie ilyenkor a gyerekeknek, az a másság kérdése. Más a családja, mások a szülei, ettől más ő is. A helyzete nem azonos egy bevándorlóéval, hiszen nem kulturális másságról van szó, azonkívül az ő mássága nem jelent homoszexualitást is. Ebben a helyzetben döntő a társadalmi reakció, sőt, csak ez számít igazán.

És mivel a világ boldogabbik felén sem tart itt az elfogadásban a társadalom egésze, ezzel a törvénnel még várni kell.

### ***Lukács Dénes pszichoanalitikus válaszai***

1. Igen, többekkel.
2. Általánosítani nem tudok, de többségében nem a szexuális orientáció volt az elsődlegesen megnevezett probléma.
3. Amikor a melegség, *mint probléma*, verbalizálhatóvá válik, többnyire a diszkriminációt, a szociális izolációtól való félelmet, majd az önértékelés labilitását, ritkábban a szexuális orientáció definiálásával kapcsolatos konfliktust nevesítik meg. A páciensek terápiás céljai egyénspecifikusak, a magam részéről első megközelítésben az önértékelési probléma kezelését szoktam javasolni.
4. Számos elmélet létezik, valamennyi elméletet nem ismerem. Mivel kizárólag analízissel foglalkozom, a feltárás számomra (és az analízist vállaló páciens számára) nélkülözhetetlen, részben diagnosztikai okokból, másrészt a terápiás cél kitűzése miatt is. Számos meleg páciensről kiderült, hogy elsődlegesen nem az azonos neműek iránt érzett szexuális sóvárgás, hanem a heteroszexualitástól való szorongás indította el a homoszexualitás irányába, de kiváltó okként előfordult

- identifikációs zavar, korai (vagy felnőttkori) szexuális trauma is. Ha a páciens vállalta az analízist, úgy (praxisomban egyetlen kivételtől eltekintve) mindig kiderült a homoszexualitás/leszbikusság genezise – természetesen csak a saját praxisomról tudok nyilatkozni.
5. Az analízist többnyire nem befolyásolja a szexuális orientáció, egyéb terápiás módszerrel pedig nem tudok nyilatkozni. Feltételezem, hogy egy megfelelően képzett analitikust nem befolyásolja (nem befolyásolhatja) a páciens szexuális orientációja, mint ahogyan a fogorvos, a belgyógyász, a sebész (stb.) hozzáállását sem.
  6. Véleményem szerint a társadalmi változás a terápia menetét nem befolyásolta. A „közbeszéddé válás” kitévelt – az előző évtizedekhez képest – nem látom indokoltnak, korábban sem volt kevésbé szokványos, és az utóbbi két évtizedben sem növekedett a téma előfordulása (eltekintve egy-egy aktualitástól, mint pl. a meleg felvonulás, amelyből újsághír lett). Az analitikusok szemléletét nem ismerem, kivéve Kernberg hozzáállását, aki az egyik konferencián (ezt megelőzően személyes közlés formájában nekem) azt mondta, hogy őt nem az analitikus szexuális orientációja, hanem a munkája érdekli. E megjegyzéssel magam is egyetértek, mivel meggyőződésem, hogy egyetlen diszkriminációhoz sem szükségesek a cigányok, a buzik vagy a zsidók, hanem egy olyan ember kell, aki patológiásan alacsony önértékelését és az azzal járó folyamatos szorongását csak mások devalválásával képes keretek között tartani.
  7. Erre a kérdésre csak általánossággal illetve feltételezésekkel tudok válaszolni: analitikus szempontból tekintve ez a helyzet szinte azonos a heteroszexuális szülőpár gyermeknevelési problémáival. Egy „hetero” házasságban is előfordul, hogy az anya maskulin, az apa pedig feminin („papucs”), ez esetben a fiúgyermek problémája a nem megfelelő identifikációs modell (a nőtől félni és neki engedelmeskedni kell), a leányé pedig a modelltől működő „kasztráló anya”, így mindkét gyereknek lehetnek olyan identifikációs problémái, amelyek kihathatnak pszichoszexuális fejlődésére. *Feltételezem (!)*, hogy egy lesbikus pár gyermeke (*talán*) valamivel előnyösebb helyzetben *lehet*, mint a homoszexuális férfpár gyermeke, mivel a nőben genetikailag (evolúció!) programozva van az anyaság, így természetesebb számára a gyerek, mint a férfinak, akinek (az evolúciós pszichológia szerint) legfontosabb teendője gőnjének terjesztése. A homoszexuális férfiak sokkal gyakrabban folytatnak promiszkuus életvitelt, mint a lesbikus nők.

### ***Schmelovszky Ágoston pszichoanalitikus válaszai***

1. Igen, de tapasztalatom e területen korlátozott, ezért nem minden kérdésre tudok válaszolni.
2. A kérdés két szempontból is nehéz. Egyrészt azért, mert a „jellemző”-ség megválaszolása, még akkor is, ha egyéni véleményt tükröz, könnyen keltheti az általános érvényűség hangulatát (lásd második alkérdés!), holott az egyéni psi-

choterápiában szerzett tapasztalatokkal kapcsolatban – a kapacitás szűke és a szakmai élet rövidege miatt – igen óvatosan kell bánnunk az általános megfogalmazásokkal. Mindez a pszichoanalízisre különösképpen igaz. Ezért is kerül egyre nagyobb hangsúly a pszichoanalitikus szakmai közösségen belül a minél nagyobb mintát felvonultató empirikus kutatásokra.

A másik nehézség abban áll, hogy az „elsődlegesen hozott probléma” elválaszthatatlan a környező – másodlagosnak tekintett, vagy tudattalanul működő – problémáktól, illetve e kettő – „elsődleges” és „másodlagos” - együtt-hatásától.

A „mennyire találja jellemzőnek” illetve „mennyire jellemző” kérdésfelvetésre így csak erősen hipotetikus – bár tapasztalati alapú – választ tudok adni. Úgy érzem tehát, hogy melegen lenni a magyar társadalomban mindenképp kisebbségi helyzetet jelent, egy sok szempontból támadott, előítéletekkel sújtott kisebbséghez tartozást. Ennek megfelelően még a legintegráltabb személyiség esetében is ez egy „töréspontot”, különleges érzékenységet jelez, melyre – az akár közvetlenül máshonnan eredő – egyéb patológiás jelenségek rávetülhetnek, vagy ezzel összekeveredve fogalmazódhatnak meg. Továbbá a személyiség fejlődésében nyilvánvalóan nyomot hagy a szexuális identitás felismerése és a környezet reakcióiból származó sokféle tapasztalat.

Összefoglalva: Még akkor is, ha ez nem elsődlegesen megfogalmazott probléma – mert a páciens identitása e tekintetben kellőképpen integrált – jó esély van arra, hogy a hozott probléma háttérben ez is ott lappang, „színezi” azt.

3. Legáltalánosabban fogalmazva – és talán egy kicsit mesterségesen szétválasztva – két típusú problematikával találkoztam: Valaki vagy nem tudja elfogadni saját szexuális orientációját, vagy attól szenved, hogy a környezettől elutasítást érez saját orientációja miatt. A megfogalmazható probléma mindkét esetben az önel fogadással kapcsolatos, annak valamilyen változata.
4. A kortárs pszichoanalitikus szakirodalmat a pluralitás elve uralja minden kérdésben. Ennek megfelelően a homoszexualitás kialakulásával kapcsolatban is az eddig megfogalmazott elméletek mind érvényesnek tekinthetők. Végiggondolható tehát a homoszexualitás ösztön-, én- és szelfpszichológiai, tárgykapcsolatelméleti nézőpontból, a kötődélmélet vagy akár az interszubjektivitás szempontjából. A szemléleti pluralizmus legfőbb oka talán az, hogy a pszichoanalitikus „mainstream” már egy ideje lemondott arról, hogy általános érvényű magyarázó elvekkel szolgáljon a világ vagy a személyiség kialakulásának „nagy kérdéseire”, és szerényebben beéri azzal, hogy elsősorban a terápiás gyakorlatban felmerülő – az áttételi viszontáttételi folyamatban manifesztálódó – jelenségekhez próbáljon a gyakorló szakember számára elméleti támaszt nyújtani. Márpedig az áttételi valóság – miként az ember pszichikuma is – ezerarcú.

A feltárás kérdése általános, nem szűkíthető le a homoszexualitás problematikájára. Számomra a kérdés így hangzik: indikált-e az adott esetben a feltáró terápia, vagy inkább szupportív jellegű beállítódásra van szükség? Ha igen, teljesebb igényű feltárás indokolt-e, vagy inkább valamilyen fókusz mentén dolgozzunk?

Röviden fogalmazva: Minden olyan esetben, amikor a teljes feltárás az indokolt, standard analízist javasolok, ha pedig az nem kivitelezhető, akkor nem időhatáros analitikusan orientált terápiát. Ezekben az esetekben a „tabukat” – legyenek azok akár a homoszexualitás okaival és előzményeivel kapcsolatosak is – ellenállásként értelmezzük, és feloldásukban kell a páciensnek – természetesen nagy türelemmel és tapintattal – segíteni. Fókuszterápia esetén a lehetőségek korlátozottabbak a feltárásra, és ezt el kell fogadnunk. Ha a személyiség aktuális sebezhetősége miatt inkább támogató terápiára van szükség, akkor a feltárással csíjnján kell bánnunk!

5. Eddigi tapasztalataim alapján inkább személyiség- és patológia-specifikus – nem pedig magával a szexuális orientációval kapcsolatos – jelenségekről van szó.
6. Erre elegendő tapasztalat híján csak annyit tudok felelni, hogy az a tény, hogy a homoszexualitás néhány évtizede hivatalosan sem minősül pszichiátriai problémának, egyértelművé tette minden mentális betegséggel foglalkozó szakember számára, hogy hol vannak a hivatalos szakmai konszenzus határai; a pszichoanalitikusokat pedig már a kezdetektől fogva a tudattalan „ezerarcúsága” hozzáedzette ahhoz, hogy ne vegyenek adottnak semmilyen társadalmi, tudományos konszenzust, előítéletet.
7. Nagyon nehéz és kényes kérdés, melyet leginkább empirikus eszközökkel, nem pedig pusztán elméleti vagy ideológiai alapon kellene elsősorban megközelíteni. Tárgyilagos hangvételű közös gondolkodásra, megbeszélésekre, és mindenekelőtt minél szélesebb körű empirikus vizsgálatokra lenne tehát szükség. Az pedig, hogy a tudományos vizsgálatok egyben formálják a vizsgált közeget, továbbá azt a közösséget is, mely a kérdést megvitatásra érdemesnek tartja (általánosan: a tudományos vizsgálódás tehát a mentalizációs kapacitást fejleszti), csak még inkább abba az irányba mutat, hogy nem szabad kitérnünk a probléma empirikus vizsgálata és az eredmények tudományos megvitatása elől.

Egyelőre az a személyes véleményem – amely természetesen a társadalmi alakulásokkal és ismereteim bővülésével sokat változhat –, hogy kötődési szempontból, tehát a személyiség legmélyebb, preverbális rétegeinek kialakulása szempontjából, indifferens az elsődleges gondozó (pár) neme, nemi összetétele. Az élet első néhány évében az a legfontosabb, hogy stabil, érzelmileg telített kapcsolatokban éljen a baba. A nehézség az ödipális/verbális szinten jelentkezhet a szélesebb társadalommal történő interakciókon – ezek internalizációján – keresztül.

### ***Bede Zsuzsanna szexuálpszichológus válaszai***

1. Igen.
2. Egyre inkább. Régebben több volt az a kérdés, hogy: „homoszexuális vagyok-e?” Tény, hogy ezekben az esetekben fellelhető volt a nőktől/férfiaktól való félelem, a szextől való félelem. Voltak, akik konkrét merevedési, korai magömlési, szexuális izgalom hiánya stb. kudarccokat már átélték, de olyanok is voltak,

akik már az ismerkedésnél leblokkoltak. A nemi arányt figyelve, több a meleg férfi páciensem, mint a leszbikus. Még egy jellemző helyzet, amikor a szülő hozza a serdülő gyereket aggódva, kétségbeesve. Ilyenkor a fő kérdés, hogy végleges-e a gyerekük vonzódása, vagy nem. Csak fiúk szüleivel találkoztam, lányokéval nem. (Ennek az okán nem gondolkodtam el, de az tény, hogy a lányok, a nők később „jönnek rá” igazi vonzódásokra.) Ha már a fiúnak volt tapasztalata más fiúval, van kapcsolata, akkor általában egyszer hajlandó eljönni.

3. Ha nem a homoszexualitás a probléma, akkor igazán hasonló gondokkal fordultak hozzám, mint a heteroszexuális párok: féltékenység, szakítás utáni depressziós hangulat, nőknél orgazmuszavar, férfiaknál merevedési zavar. A homoszexualitás ténye azért az utóbbi problémáknál is téma, hiszen benne lehet a máság rejtett elutasítása, hiába fogalmazza meg, hogy ő elfogadta magát... A másik fontos és tipikus téma: hogyan lehet a környezettel, szülőikkel, rokonokkal, barátokkal tudatni, vállalni ezt a helyzetet, az esetleges partnert!
4. Sok elmélet létezik, mostanában terjed a genetikai meghatározottságé, de igazán nincs egyértelmű magyarázat erre, különösen a nőkkel kapcsolatban! Én úgy fogalmaznék, hogy feltételezhető egy diszpozíció erre az irányultságra, de egyéb egyéni történések, a születés utáni hatások is hozzáadódhatnak. A szex-anamnézisben, explorációban természetesen erre is kiterjednek a beszélgetések, de igazán én inkább a folyamatát, tényét keresem, már kialakult állapotról van-e szó, vagy a személyiség szexuális kíváncsiságáról inkább. Azaz hogy mikortól vannak egyértelmű homoszexuális jelek, élmények az illető életében, ez az állapot kialakult, egyértelmű már, vagy nem (ez akkor fontos, ha a páciens szeretne heteroszexuális életet, vagy ha a szülő hozza el a gyereket). Ha nem homoszexualitás miatt jönnek hozzám, akkor én a Lux Elvira által tanultat valom: tilos a látens homoszexualitással konfrontálni a pácienszt (szuicid veszély).
5. Ezzel nekem sose volt gondom, ők is páciensek. Igaz, sokszor már a telefonban vagy e-mailben megkérdeznék, hogy foglalkozom-e melegekkel, jöhetnek-e hozzám.
6. Az AIDS megjelenése miatt kellett még a régi rendszerben ezzel a témával is hivatalosan foglalkozni, addig „nem is volt”. Érezhetően gyakoribb téma a közbeszédben is, pozitívumokat is tapasztalok, de néha megdöbbentő reakciókat, elítélő véleményeket is saját pszichológus kollégáimtól is!!! Az tény, hogy többen jönnek hozzám az utóbbi években.
7. Ez a legnehezebb kérdés! Ebben én is bizonytalan vagyok. Ha 100%-ig csak a freudi identifikációs folyamat lenne igaz, bizony, sose engedélyezik majd nekik a gyereknevelést, de az ő fő érvek, hogy őket pedig heteroszexuális szülők nevelték!! Sokat gondolkodtam erről a témáról, és az én megítélésem is enyhült, és Ranschburg tanár úr szavai csengenek a fülemben:

„Ha az emberek sok analitikust olvasnának, sose mernének gyereket vállalni, mert csak elrontani lehet”, „Szerencsére nem vagyunk a szüleink lenyomatai”, „Ha mindig igaz lenne, amit az analitikusok mondanak, még több neurotikus

lenne, de szerencsére az élet sokszor tud kompenzálni, és korigálni a hiányos szülői légkört, helyzetet!”

Most még az örökbefogadásban azt látom a legnehezebbnek, legmegoldhatatlanabbnak, hogy a környezet, óvoda, iskola stb. hogyan fogadná el, milyen hatást váltana ki az örökbefogadott gyereknél a környezet.

### ***Tornyossy Mária klinikai szakpszichológus válaszai***

1. Igen.
2. Egy klienssel találkoztam egyetlen alkalommal – fiatal nő –, akit anyja hozott el, mert ő látta problémásnak. Itt a kettőjük kapcsolati problémájába volt ágyazva a lány biszexuális volta, aktuálisan egy homoszexuális kapcsolatban élt. Egy serdülésből nemrég kikerült lányról volt szó, aki lélektanilag/pénzügyileg még függött a szülői családtól. Mivel neki magának nem volt ezzel kapcsolatos probléma-tudata, nem jött többet.
3. Csak erről az esetről szólva: a személyiségvonásként megjelenő lázadás az, ami őt a homoszexuális identitás vállalása felé tolja.
4. Magam azzal az attitűddel dolgozom, hogy a kliens feltárja számomra, amivel dolgozni akar, ebben ő vezet.
5. Speciális odafigyelést igényel. Nem hiszek egy olyan pszichoterápiában, ami-ben félre tudjuk tenni az értékeinket, filozófiánkat. Nem tudom befogadni a normalitás kategóriájába a homoszexualitást, devianciaként kezelem. Ha valaki azért keresne fel, hogy segítsen a heteroszexuális irányultsága felé haladását – és látnék erre reményt –, vállalnám.
6. Természetesen örülök annak, hogy vannak terapeuták, akik képesek foglalkozni ezzel a kérdéssel, bár magam a szexualitást nem tudom különválasztani az érzelmi beállítódások, személyes filozófiák és ezek hiánya, a spirituális reményvesztettség állapotától – mert Jung elméletét alkalmazom.
7. Most tűnik fel számomra, lehet, hogy jogosulatlanul válaszolok, mert nem vagyok pszichoanalitikus, épp egy dolgozatot fogalmazok az Ödipusz-komplexum meghaladottságáról és egyéb pszichoanalitikus hiedelmekről. Az egész fejlődéslélektant újra kellene fogalmazunk a sterni elmélet tükrében, ahol magának az agynak a fejlődése is a gondozó pszichológiai hatásától függ, hát még egy olyan bonyolult jelenség, mint a szexuális viselkedés!