

Homoseksualizm i nadzieja – oświadczenie Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy USA

Część I. OCENY

WSTĘP

Celem Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy (CMA - Catholic Medical Association) jest podtrzymywanie zasad wiary katolickiej w odniesieniu do praktyki lekarskiej oraz promocja katolickiej etyki medycznej w środowisku lekarskim, z profesjonalistami służby zdrowia psychicznego włącznie, wśród duchowieństwa i w społeczeństwie.

W ostatnim dziesięcioleciu żaden temat nie wywołał więcej zaniepokojenia niż temat homoseksualizmu i dlatego CMA przedstawia poniższe uwagi i przegląd wiedzy o tym zagadnieniu. Opracowanie to w szerokim zakresie opiera się na wnioskach z różnych badań i wskazuje na zgodność nauki Kościoła z wynikami tych badań. Mamy nadzieję, że ten przegląd będzie służył katolickiemu duchowieństwu, lekarzom, pracownikom zdrowia psychicznego, nauczycielom, rodzicom i ogólnie społeczeństwu, jako narzędzie do celów edukacyjnych i przewodnik po literaturze źródłowej.

CMA opowiada się za nauczaniem Kościoła Katolickiego przedstawionym w Katechizmie Kościoła Katolickiego (KKK), wraz z Corrigendą, a w szczególności za jego nauczaniem na temat płciowości: "Każdy ochrzczony jest powołany do czystości" (KKK 2348). "Osoby związane małżeństwem są wezwane do życia w czystości małżeńskiej; pozostali praktykują czystość we wstrzemięźliwości" (KKK 2349). "Tradycja (...) zawsze głosiła, że akty homoseksualne z samej swej wewnętrznej natury są nieuporządkowane (...) W żadnym wypadku nie będą mogły zostać zaaprobowane" (KKK 2357).

Jest możliwe, z pomocą Bożą, aby każdy prowadził życie w czystości. Dotyczy to także doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci, co tak mocno wypowiedział kardynał Francis George, Arcybiskup Chicago, w swoim przesłaniu do Narodowego Stowarzyszenia Katolickiego Diecezjalnych Duszpasterzy dla Lesbijek i Gejów (National Association of Catholic Diocesan Lesbian and Gay Ministries): "Negowanie tego, że moc łaski Bożej pozwala osobom o

homoseksualnych skłonnościach żyć w czystości, jest w istocie negowaniem tego, że Jezus zmartwychwstał" (George 1999).

Niewątpliwie istnieją okoliczności, takie jak zaburzenia psychiczne i traumatyzujące przeżycia, które mogą czasami uczynić życie w czystości bardziej trudnym, oraz bywają uwarunkowania, które mogą poważnie zmniejszyć osobistą odpowiedzialność za upadki w tej dziedzinie. Te okoliczności i uwarunkowania nie likwidują jednak wolnej woli ani nie usuwają mocy łaski Bożej. Choć wiele mężczyzn i kobiet doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci twierdzi, że ich pragnienia seksualne ukierunkowane ku osobom tej samej płci są odczuwane jako "otrzymane" (Chapman i Brannock 1987[1]), w żadnym stopniu nie oznacza to, że mamy do czynienia z uwarunkowaniem genetycznym albo ze skłonnością nie podlegającą możliwości zmiany. Niektórzy poddali się pociągowi płciowemu ku osobom tej samej płci, bo wmówiono im, że urodzili się z taką skłonnością oraz że nie można zmienić charakteru własnych zainteresowań seksualnych. Takie osoby mogą żywić przekonanie, że opieranie się pociągowi homoseksualnemu jest działaniem beznadziejnym i bez sensu, i wobec tego akceptują swoją "homoseksualną tożsamość". Mogą one wtedy czuć się prześladowanymi z samego faktu, że ani społeczeństwo, ani religia, szczególnie Kościół katolicki, nie akceptują spełniania tego pociągu w czynach homoseksualnych (Schreiner 1998[2]).

Badania przedstawione w niniejszym opracowaniu przeczą mitowi, jakoby pociąg płciowy do osób tej samej płci był uwarunkowany genetycznie i nie do zmienienia oraz oferują nadzieję na zapobieganie i leczenie.

1) NIE RODZĄ SIĘ TAKIMI

Szereg badaczy próbowało znaleźć biologiczną przyczynę pociągu płciowego do osób tej samej płci. Media promowały sugestię, że „homoseksualny gen” został już odkryty (Burr 1996[3]), ale mimo szeregu prób żaden z szeroko reklamowanych wyników (Hamer i in. 1993[4]; LeVay 1991[5]) nie został naukowo potwierdzony (Gadd 1998). Szereg autorów poddało te badania szczegółowej recenzji i stwierdziło, że nie tylko nie dostarczają dowodu istnienia genetycznej podstawy pociągu płciowego do osób tej samej płci, ale nawet autorzy tych doniesień tego nie twierdzą (Byne i Parsons 1963[6]; Crewdson 1995[7]; Goldberg 1992; Horgan 1995[8]; McGuire 1995[9]; Porter 1996; Rice i in. 1999[10]).

Gdyby pociąg płciowy do osób tej samej płci był determinowany genetycznie, należałoby się spodziewać, że identyczne bliźnięta będą miały podobne preferencje seksualne. Jest jednak długi szereg raportów o identycznych bliźniakach, które nie posiadają identycznych preferencji seksualnych (Bailey i Pillard 1991[11]; Eckert. i in. 1986; Friedman i in.1976; Green 1974; Heston i Shield 1968; McConaghy 1980; Rainer i in. 1960; Zuger1976). Historie określonych przypadków często ukazują rolę

czynników środowiskowych, które wpłynęły na rozwinięcie się różnych układów zainteresowań seksualnych u identycznych bliźniaków, co wspiera opinię, że pociąg płciowy do osób tej samej płci jest rezultatem współdziałania szeregu różnych czynników środowiskowych (Parker 1964[12]).

Istnieją jednak ciągle próby przekonania opinii publicznej, że pociąg płciowy do osób tej samej płci ma podłoże genetyczne (Marmor 1975[13]). Takie próby mogą być motywowane politycznie, ponieważ ludzie, którzy uwierzą w to, że preferencje seksualne są determinowane genetycznie i niemożliwe do zmienienia, będą bardziej skłonni do pozytywnego reagowania na żądania zmian w prawodawstwie i w nauczaniu religijnym (Emulf i in. 1989[14]; Piskur i Degelman 1992[15]). Inni próbowali udowodnić genetyczne podłoże zainteresowań homoseksualnych po to, by móc wnosić do sądów o prawa oparte na tej "niezmienności" (Green 1988[16]).

Katolicy uważają, że płciowość była zaplanowana przez Boga jako znak miłości Chrystusa, Oblubieńca, do Jego Oblubienicy, Kościoła, i dlatego też aktywność płciowa jest właściwą tylko w małżeństwie. Zdrowy rozwój psychoseksualny wiedzie w sposób naturalny do zainteresowania osobami płci odmiernej. Przeżyte urazy, błędy wychowawcze i grzech mogą powodować odchylenia od tego wzorca. Nie należy osób identyfikować z ich emocjonalnymi, czy rozwojowymi zaburzeniami, tak jakby stanowiły one istotę ich tożsamości. W sporze między esencjonalizmem i społecznym konstrukcjonizmem, ten, kto wierzy w prawo naturalne, będzie stał na stanowisku, że ludzie posiadają istotowo tożsamą naturę - albo męską, albo żeńską - oraz że grzeszne skłonności - takie jak pragnienie zaangażowania się w czyny homoseksualne - zostały ukształtowane wtórnie, a więc mogą ulec przekształceniu.

Roztropnym więc chyba będzie unikać, gdzie się tylko da, określeń rzeczownikowych "homoseksualista" i "heteroseksualista", ponieważ ich używanie zakłada determinizm oraz równorzędność stanu mężczyzn czy kobiet takich, jakimi stworzył ich Bóg, z osobami doświadczającymi pociągu płciowego do osób tej samej płci lub praktykującymi homoseksualizm.

2) POCIĄG PŁCIOWY DO OSÓB TEJ SAMEJ PŁCI JAKO OBJAW KLINICZNY

Różni ludzie doświadczają pociągu płciowego do osób tej samej płci z różnych powodów. Choć zachodzą pewne podobieństwa w układzie rozwojowym, każda osoba ma swoją własną historię. W historiach indywidualnych osób doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci, często występuje jeden lub kilka z poniżej wyszczególnionych faktów:

- Alienacja w stosunku do ojca we wczesnym dzieciństwie, ponieważ ojciec był odbierany jako ktoś wrogi lub daleki, gwałtowny lub alkoholik (Apperson i

McAdoo 1968[17]; Bene 1965[18]; Bieber i in. 1962[19]; Fisher i Greenberg 1996[20]; Pillard 1988[21]; Sipova i Brzek1983[22]).

- Matka nadopiekuńcza (wobec chłopców) (Bieber T. 1971[23]; Bieber i in. 1962[24]; Snortum et al. 1969[25]).
- Matka potrzebująca i oczekująca wiele (od chłopców), (Fitzgibbons 1999[26]).
- Matka emocjonalnie niedostępna (dla dziewczyn), (Bradley i Zucker 1997[27]; Eisenbud 1982[28]).
- Rodzice, którzy nie zdołali ukierunkować identyfikacji z własną płcią (Zucker i Bradley1995[29]).
- Brak zabaw "z bijatyką" (u chłopców) (Friedman i Stern 1980[30]; Hadden 1967a[31]).
- Brak identyfikacji z rówieśnikami tej samej płci (Hockenberry i Billingham 1987[32]; Whitam 1977[33]).
- Niechęć do sportów zespołowych (chłopcy) (Thompson i in.1973[34]; Bailey i in.1993[35]).
- Brak koordynacji ręki i oka i w konsekwencji dokuczanie przez kolegów (u chłopców) (Fitzgibbons 1999[36]; Newman 1976[37]).
- Wykorzystanie seksualne lub gwałt (Beitchman i in.1991[38]; Bradley i Zucker 1997[39]; Engel 1982[40]; Finkelhor 1984; Gundlach i Riess 1967[41]).
- Fobia społeczna lub ekstremalna nieśmiałość (Golwyn i Sevlie1993[42]).
- Utrata rodzica z powodu śmierci lub rozwodu (Zucker i Bradley 1995).
- Oddzielenie od rodzica w krytycznym okresie rozwojowym (Zucker i Bradley 1995).

W niektórych przypadkach pociąg płciowy do osób tej samej płci lub homoseksualna aktywność towarzyszą pacjentom z innymi zidentyfikowanymi schorzeniami psychicznymi, takimi jak:

- silna depresja (Fergusson i in.1999[43]),
- myśli samobójcze (Herrell i in. 1999),
- ogólny niepokój,
- nadużywanie środków chemicznych,
- zakłócenia zachowań u młodzieży,
- "graniczne" (borderline) zakłócenia osobowościowe (Parris i in.1995[44]; Zubenko i in. 1987[45]),
- schizofrenia (Gonsiorek 1982[46]),
- patologiczny narcyzm (Bychowski 1954[47]; Kaplan 1967[48]).

W niektórych wypadkach zachowanie homoseksualne pojawia się w późniejszym okresie życia jako reakcja na przeżycie traumatyczne, takie jak aborcja (Berger 1994[49]; de Beauvoir 1953) czy głęboka samotność (Fitzgibbons 1999).

3) MOŻLIWOŚĆ PREWENCJI POCIĄGU PŁCIOWEGO DO OSÓB TEJ SAMEJ PŁCI

Jeżeli emocjonalne i rozwojowe potrzeby każdego dziecka są prawidłowo zaspokajane, zarówno przez rodzinę jak i przez rówieśników, rozwój pociągu do osób tej samej płci jest bardzo mało prawdopodobny. Dzieci potrzebują czułości, pochwał i akceptacji ze strony obojga rodziców, rodzeństwa i rówieśników. Takie społeczne i rodzinne sytuacje nie zawsze jednak mają miejsce, a potrzeby dzieci nie zawsze są łatwe do zidentyfikowania. Niektórzy rodzice mogą się zmagać z własnymi problemami i nie są w stanie dostarczyć właściwej troski i wsparcia potrzebnego ich dzieciom. Czasami rodzice pracują bardzo ciężko, a szczególna osobowość danego dziecka czyni właściwe wsparcie i opiekę trudniejszymi. Niektórzy rodzice widzieli wstępne oznaki, szukali pomocy specjalistycznej i rad, ale otrzymali niewystarczające, a w niektórych przypadkach wręcz błędne zalecenia.

Poradnik Diagnostyczny i Statystyczny IV (APA 1994[50]) amerykańskiego stowarzyszenia psychiatrycznego definiuje zaburzenie identyfikacji płciowej (GID - Gender Identity Disorder) u dzieci jako silną, trwałą identyfikację z odmienną płcią, brak satysfakcji z własnej płci i preferencje dla roli odmiernej płci w zabawach i fantazjach. Niektórzy badacze (Friedman 1988; Phillips i Over 1992[51]) zidentyfikowali jeszcze inny, mniej wyraźny syndrom u chłopców - chroniczne poczucie braku męskości. Chłopcy ci, choć nie angażowali się w zabawy w odmiernej roli płciowej ani w takie fantazje, czują się jednak głęboko nieadekwatni w swojej męskości i mają prawie lękowe reakcje na zabawy z bijatyką we wczesnym dzieciństwie oraz silną niechęć do sportów zespołowych. Szereg badań wykazało, że dzieci z zakłóceniem tożsamości płciowej i chłopcy z chronicznym młodocianym brakiem męskości są zagrożeni skłonnościami homoseksualnymi w wieku młodzieńczym (Newman 1976; Zucker i Bradley 1995; Harry 1989[52]).

Wczesne zidentyfikowanie problemu (Hadden 1967a[53]) i właściwa profesjonalna interwencja, jeżeli jest wsparta przez rodziców, często prowadzi do przełamania zakłóceń tożsamości płciowej (Rekers i in. 1974[54]; Newman 1976). Niestety wielu rodziców, którzy zgłaszają te niepokoje pediatrom, słyszy radę, by się tym nie przejmować. W niektórych wypadkach może się wydawać, że symptomy i rodzicielskie niepokoje ustępują, gdy dziecko zaczyna chodzić do szkoły lub przechodzi do trzeciej klasy, ale jeżeli nie podejmie się właściwych działań, symptomy te mogą się pojawić ponownie w czasie dojrzewania jako intensywny pociąg płciowy do osób tej samej płci. Ten pociąg wydaje się być rezultatem niezdolności do pozytywnego identyfikowania się ze swoją własną płcią.

Ważną jest rzeczą, aby ci, którzy zajmują się opieką i edukacją dzieci, zwrócili uwagę na sygnały zakłócenia tożsamości płciowej i chronicznego dziecięcego braku męskości oraz aby ocenili dostępne możliwości znalezienia właściwej pomocy dla tych dzieci (Bradley i Zucker 1998; Brown 1963[55]; Acosta 1975[56]). Gdy się uzyska

przekonanie, że pociąg płciowy do osób tej samej płci nie jest schorzeniem genetycznie determinowanym, można żywić nadzieję na skuteczność działań prewencyjnych i że odpowiednie działania terapeutyczne mogą w dużym stopniu osłabić, jeżeli nie wręcz wyeliminować, pociąg płciowy do osób tej samej płci.

4) ZAGROŻENI, NIE PREDESTYNOWANI

Choć szereg badań wykazało, że dzieci, które były seksualnie wykorzystane, dzieci wykazujące symptomy GID i chłopcy z chronicznym młodocianym brakiem męskości, są zagrożeni możliwością ukształtowania się w nich pociągu do osób tej samej płci w wieku młodzieńczym i dojrzałym, jednakże ważną jest rzeczą odnotowanie faktu, że liczący się procent tych dzieci nie staje się homoseksualnie aktywnymi dorosłymi (Green 1985[57]; Bradley i Zucker 1998).

U niektórych negatywne doświadczenia z okresu dzieciństwa ustępują miejsca późniejszym pozytywnym przeżyciom w kontaktach z innymi. Niektórzy czynią świadomy wysiłek na rzecz uniknięcia pokus. Obecność i moc Bożej łaski, choć nie zawsze daje się zmierzyć, nie może być wykluczona jako czynnik, który pomaga osobnikowi z grupy ryzyka w odwróceniu się od pociągu do osób tej samej płci. Zaklasyfikowanie młodzieńca, a jeszcze gorzej dziecka, jako nieodwracalnie "homoseksualnego", czyni mu ogromną krzywdę. Tacy młodzieńcy lub dzieci, przy właściwej, pozytywnej pomocy, mogą otrzymać właściwe prowadzenie pomagające w uporaniu się z wczesnymi zakłóceniami emocjonalnymi.

5) TERAPIA

Autorzy, którzy promują tezę o nieodwracalności orientacji seksualnej, często powołują się na opublikowaną dyskusję między dr. C.C. Tripp i dr. Lawrence Hatterer, w której dr Tripp oświadczył: "...nie ma ani jednego odnotowanego przypadku zmiany orientacji homoseksualnej, który byłby potwierdzony przez zewnętrzną ocenę i testowanie. Kinsey nie był w stanie znaleźć żadnego takiego wypadku. Również ani dr Pomeroy, ani ja nie byliśmy w stanie znaleźć takiego pacjenta. Bylibyśmy radzi, gdyby dr Hatterer wskazał nam takiego pacjenta" (Tripp i Hatterer 1971). Autorzy ci zwykle nie odnotowują odpowiedzi dr. Hatterer:

"Ja «uleczyłem» wielu homoseksualistów doktorze Tripp. Dr Pomeroy lub każdy inny badacz może przeanalizować moją pracę, bo jest ona cała udokumentowana na zapisach magnetofonowych za okres 10 lat. Wielu z tych «uleczonych» (wolę używać słowa «zmienionych») pacjentów ożeniło się, mają rodziny i żyją szczęśliwym życiem. Twierdzenie, że "homoseksualista, zawsze będzie homoseksualistą" to destruktywny mit. Uczynił on i uczyni w przyszłości miliony zaangażowanych homoseksualistów. Co więcej, nie tylko ja, ale i szereg innych szanowanych

psychiatrów (dr Samuel B. Hadden, dr Lionel Ovesey, dr Charles Socarides, dr Harold Lief, dr Irving Bieber i inni) odnotowali sukcesy w leczeniu uleczalnych homoseksualistów" (Tripp i Hatterer 1971).

Szereg terapeutów pisało szeroko o pozytywnych rezultatach terapii w wypadku pociągu do osób tej samej płci. Tripp wolał zignorować bogatą literaturę na temat leczenia i prace przeglądowe terapeutów. Przegląd opublikowanych skutków leczenia niechcianego pociągu do osób tej samej płci wykazuje, że w tym wypadku skuteczność jest taka sama jak w podobnych problemach psychologicznych: około 30% doświadcza uwolnienia od symptomów, a dalsze 30% poprawy (Bieber i in. 1962[58]; Clippinger 1974[59]; Fine 1987[60]; Kaye i in. 1967[61]; MacIntosh 1994[62]; Marmor 1965[63]; Nicolosi i in. 1998[64]; Rogers i in. 1976[65]; Satinover 1996[66]; Throckmorton 1996[67]; West 1977[68]).

Doniesienia poszczególnych terapeutów też są pozytywne (Barnhouse 1977[69]; Bergler 1962[70]; Bieber i Bieber 1979[71]; Cappon 1965[72]; Caprio 1954[73]; Ellis 1956[74]; Hadden 1958[75]; Hadden 1967b[76]; Hadfield 1958[77]; Hatterer 1970[78]; Kronemeyer 1980[79]). Jest to tylko reprezentatywna próbka terapeutów, którzy donoszą o sukcesach w leczeniu pacjentów doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci.

Jest też wiele autobiograficznych doniesień mężczyzn i kobiet, którzy kiedyś uważali siebie za niereformowalnie związanych z homoseksualnymi odczuciami i zachowaniami. Wielu z tych mężczyzn i kobiet (Exodus 1990-2000[80]) obecnie określa samych siebie jako wolnych od pociągu płciowego do osób tej samej płci, od fantazji i zachowań homoseksualnych. Większość z nich uzyskała wolność poprzez uczestnictwo w wyznaniowych grupach wsparcia, chociaż część także szukała pomocy u terapeutów.

Niestety szereg wpływowych osób i grup zawodowych ignoruje te dane (APA 1997[81]; Herek 1991[82]) i wygląda na to, że istnieje skoncentrowany wysiłek ze strony "apologetów homoseksualizmu", by zaprzeczyć efektywności leczenia pociągu płciowego do osób tej samej płci lub głosić twierdzenie, że takie leczenie jest szkodliwe. Barnhouse wyraził zdziwienie z powodu tych wysiłków: "Wypaczanie rzeczywistości zawarte w zaprzeczeniach apologetów homoseksualizmu, jakoby stan ten był uleczalny, jest tak silne, że człowiek zastanawia się, czym jest ono motywowane" (Barnhouse 1977).

Dr Robert Spitzer, znany badacz psychiatrii z Uniwersytetu Columbia, który był bezpośrednio zaangażowany w decyzję z 1973 r. podjętą przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, by usunąć homoseksualizm z listy chorób umysłowych, ostatnio włączył się w badania nad możliwością uzyskania zmiany. Dr Spitzer powiedział w wywiadzie: "Jestem przekonany, że wiele ludzi dokonało

poważnych zmian w kierunku stania się heteroseksualistami (...) uważam to za ważną wiadomość (...) podchodziłem do tych badań sceptycznie. Teraz twierdzę, że te zmiany mogą być trwałe" (NARTH 2000).

6) CELE TERAPII

Ci, którzy twierdzą, że zmiana orientacji seksualnej jest niemożliwa, zwykle definiują zmianę jako totalne i trwałe uwolnienie od homoseksualnych zachowań, fantazji i pragnień u osób, które uprzednio były homoseksualne w zachowaniach i pragnieniach (Tripp i Haterer 1971[83]). Nawet jeżeli zmianę zdefiniujemy w ten ekstremalny sposób, twierdzenie to jest nieprawdziwe. Liczne badania donoszą o przypadkach totalnej przemiany (Goetz 1997[84]).

Ci, którzy przeczą możliwości pełnej przemiany przyznają, że zmiana zachowań jest możliwa (Coleman 1978[85]; Herron i in.1982[86]) oraz że osoby, które były seksualnie aktywne z osobami obu płci, są bardziej zdolne do przemiany (Acosta 1975[87]). Dokładne czytanie artykułów krytycznych wobec terapii ukierunkowanej na zmianę orientacji ukazuje, że autorzy traktujący tę terapię jako nieetyczną (Davison 1982[88]; Gittings 1973[89]) uważają ją za gwałt wobec tych, którzy zmiany nie chcą (Begelman 1975[90]; 1977[91]; Murphy 1992[92]; Slick 1997[93]; Smith 1988[94]), a osoby homoseksualne pragnące zmiany oceniają jako ofiary społecznej czy religijnej presji (Begelman 1977[95]; Silverstein 1972[96]).

Należy zauważyć, że prawie bez wyjątku ci, którzy uważają terapię za coś nieetycznego, również odrzucają abstynencję od pozamałżeńskiej aktywności seksualnej jako minimalny cel (Barrett i Barzan 1996[97]), a wśród terapeutów, którzy akceptują czyny homoseksualne jako coś normalnego, wielu nie widzi nic złego w niewierności towarzyszącej trwałym związkom (Nelson 1982[98]), w anonimowych kontaktach płciowych, w ogólnej rozwiązłości, w autoerotyzmie (Saghir i Robins1973), w sadomasochizmie i w innych pseudomiłościach. Niektórzy nawet proponują zredukować restrykcje odnośnie do kontaktów seksualnych między dorosłymi i nieletnimi (Mirkin 1999[99]) lub zaprzeczają, jakoby wykorzystywanie seksualne dzieci prowadziło do negatywnych konsekwencji psychologicznych (Rind i in. 1998; Smith 1988[100]).

Niektórzy uważający terapię za coś nieetycznego kwestionują również udokumentowane teorie dotyczące rozwoju dziecka (Davison 1982[101]; Menvielle 1998[102]). Mają oni tendencję winić społeczną opresję za niewątpliwe problemy dokuczające homoseksualnie aktywnym chłopcom i dorosłym. Wszelkie wnioski z badań muszą być oceniane w świetle uprzedzeń, które badacze do nich wnoszą. Gdy studium jest obciążone wyznawanym programem politycznym, jego wartość znacząco maleje.

Należy podkreślić, że katolicy nie mogą popierać terapii, które zachęcają pacjentów, by zastępowali jeden rodzaj grzechu przeciwko czystości innym (Schwartz i Masters 1984). Niektórzy terapeuci np. nie uważają pacjenta za "uleczonego", póki nie zaangażuje się w aktywność seksualną z osobą odmiennej płci, nawet jeżeli ten pacjent nie jest żonaty (Masters i Johnson 1979). Inni zalecają pacjentom samogwałt z wykorzystaniem innych wyobrażeń seksualnych (Blitch i Haynes 1972; Conrad i Wincze 1976).

Dla katolika, doświadczającego pociągu płciowego do osób tej samej płci, celem terapii musi być osiągnięcie wolności do życia czystego w zgodzie z własnym stanem. Niektórzy, borykający się z pociągiem płciowym do osób tej samej płci wierzą, iż byli powołani do życia w celibacie. Nie wolno dawać im do zrozumienia, że nie uzyskali tej wolności, skoro nie doświadczają żądź ukierunkowanych na osoby odmiennej płci. Inni pragną założyć rodziny i mieć dzieci. Są wszelkie powody do tego, by mieć nadzieję, iż z czasem uda im się osiągnąć ten cel. Nie należy jednak ich przynaglać do małżeństwa, ponieważ jest wystarczająco dużo dowodów na to, że małżeństwo nie stanowi kuracji na pociąg płciowy do osób tej samej płci. Z pomocą łaski, sakramentów, wsparcia od otoczenia i doświadczonych terapeutów, osoba zdecydowana uwolnić się od tego problemu będzie w stanie uzyskać wolność obiecaną przez Chrystusa.

Doświadczeni terapeuci mogą pomóc w odszukaniu i zrozumieniu, skąd się wzięły trudności emocjonalne, które doprowadziły do ukształtowania się pociągu płciowego do osób tej samej płci i potem poprowadzić leczenie ku rozwiązaniu ich. Mężczyźni doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci często odkrywają, jak ich tożsamość męska negatywnie zareagowała na poczucie odrzucenia przez ojca czy rówieśników czy też na niedoskonały wygląd swego ciała, co spowodowało smutek, złość i niepewność. Podczas gdy te trudności emocjonalne są leczone w ramach terapii, męska tożsamość się wzmacnia i pociąg płciowy do osób tej samej płci maleje.

Kobiety o skłonnościach lesbijskich mogą uświadomić sobie, jak to konflikty z ojcem, lub innymi ważnymi mężczyznami w ich życiu, doprowadziły do tego, że nie ufają męskiej miłości, względnie, że brak matczynej czułości doprowadził je do głębokiego pragnienia kobiecej miłości. Trzeba mieć nadzieję, że wgląd w przyczyny złości i smutku doprowadzi do przebaczenia i wolności. To wszystko wymaga czasu. W tym sensie mężczyźni i kobiety cierpiący z powodu pociągu płciowego do osób tej samej płci niczym nie różnią się od innych osób doświadczających problemów emocjonalnych i muszą się nauczyć, jak przebaczać.

Katolicy terapeuci, pracujący z katolickimi pacjentami, powinni czuć się uprawnionymi do czerpania z bogactwa katolickiej duchowości w tym procesie leczenia. Skrzywdzeni przez ojca mogą być zachęceni, by rozwijali swój stosunek do

Boga jako miłującego Ojca. Odrzucanych lub wyśmiewanych przez rówieśników w dzieciństwie można zachęcać do medytacji nad rolą Jezusa jako Brata, Przyjaciela i Protektora. Odczuwający niedosyt matczynej opieki mogą zwrócić się do Maryi o pocieszenie.

Są wszelkie powody do tego, by mieć nadzieję, że z czasem ci, którzy szukają wolności, odnajdą ją. Mówiąc o nadziei, musimy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że pozostaną tacy, którzy tego celu nie osiągną. Możemy się znaleźć w tej samej sytuacji, co onkolog pediatra, który gdy zaczynał swoją praktykę, a nie było jeszcze żadnej nadziei dla dzieci porażonych rakiem, uważał za swój lekarski obowiązek pomóc rodzicom zaakceptować to, co jest nieodwracalne i zaprzestać marnowania swoich środków materialnych w pogoni za "kuracją". Dzisiaj prawie 70% dzieci zdrowieje, ale nadal każda śmierć pozostawia zespół lekarski z okropnym poczuciem przegranej. Wraz ze wzrostem skuteczności prewencji i leczenia pociągu płciowego do osób tej samej płci ci, którzy nadal nie mogą się z nią uporać, będą potrzebować, bardziej niż kiedykolwiek, współczującego i delikatnego wsparcia.

CZĘŚĆ II. ZALECENIA

1) DUSZPASTERSTWO MĘŻCZYZN I KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH POCIĄGU PŁCIOWEGO DO OSÓB TEJ SAMEJ PŁCI

Bardzo ważnym jest, by każdy katolik doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci wiedział, że istnieje nadzieja i że istnieje możliwość uzyskania pomocy. Niestety ta pomoc nie zawsze jest łatwo dostępna na wszystkich terenach. Grupy wsparcia, terapeuci i doradcy duchowi bezwzględnie popierający naukę Kościoła to konieczne składniki pomocy, która jest potrzebna. Ponieważ wyobrażenia o płciowości panujące w naszym kraju (USA - przyp. tłumacza) są tak zróżnicowane, w poszukiwaniu pomocy trzeba być ostrożnym, aby grupa czy doradca rzeczywiście popierali moralne nakazy Kościoła. Jedną z lepiej znanych katolickich grup wsparcia jest organizacja znana pod nazwą Courage (Odwaga) i stowarzyszona z nią organizacja Encourage (Zachęta), której adres podany jest na końcu opracowania. Choć wszelkie próby nauczania o grzeszności niedopuszczalnych zachowań homoseksualnych mogą się spotkać z zarzutem «homofobii», rzeczywistość jest taka, że Chrystus wzywa wszystkich do życia w czystości w zgodzie z własnym stanem. Pragnienie Kościoła, by pomóc wszystkim żyć w czystości, nie stanowi automatycznego potępienia każdego, kto ma trudności z czystością, ale jest raczej współczującą reakcją Kościoła naśladowującego Chrystusa, Dobrego Pasterza.

Jest sprawą bezwzględnie konieczną, aby każdy katolik, doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci, miał łatwy dostęp do grup wsparcia, terapeutów i poradnictwa duchowego bezwzględnie popierających nauczanie Kościoła i

gotowych dostarczyć pomocy najwyższej jakości. Na wielu terenach jedyne dostępne grupy wsparcia prowadzone są przez fundamentalistów protestanckich (Evangelical Christians) lub przez osoby, które odrzucają nauczanie Kościoła. To, że społeczność katolicka nie jest zorganizowana do udzielania pomocy tej części ludności, jest poważnym uchybieniem i nie może trwać dłużej. Szczególnie tragicznym jest to, że Courage, która pod kierownictwem o. Johna Harveya rozwinęła wspańiałą i autentycznie katolicką sieć grup wsparcia, nie jest jeszcze dostępna we wszystkich diecezjach i wszystkich większych miastach.

Pokątne doniesienia o osobach i organizacjach, które pod auspicjami Kościoła katolickiego doradzają doświadczającym pociągu płciowego do osób tej samej płci, aby praktykowały wierność w związkach homoseksualnych, zamiast żyć w czystości zgodnie z ich stanem, są wielce niepokojące. Jest rzeczą szczególnie ważną, by doradcy lub grupy wsparcia związani z Kościołem dobrze zdawali sobie sprawę z natury i przyczyny pociągu płciowego do osób tej samej płci. Ten stan nie jest genetycznie ani biologicznie determinowany. Ten stan nie jest nieodwracalny. Mówienie osobom doświadczającym pociągu płciowego do osób tej samej płci, że uprawianie takich stosunków płciowych w kontekście wiernych związków jest do zaakceptowania, jest oszukiwaniem ich. Nauczanie Kościoła katolickiego o moralności seksualnej jest bardzo wyraźne i nie dopuszcza żadnych wyjątków. Katolicy mają prawo znać prawdę i ci, którzy pracują z katolickimi instytucjami lub dla nich, mają obowiązek wyraźnie ją głosić.

Niektórzy duchowni, może dlatego, że błędnie sądzą, iż pociąg płciowy do osób tej samej płci jest genetycznie uwarunkowany i nie do zmienienia, zachęcają osoby doświadczające takiego pociągu, by identyfikowały się ze środowiskami homoseksualnymi, publicznie ujawniając siebie jako gejów czy lesbijki, ale by w swoim życiu osobistym praktykowały wstrzeźliwość płciową. Jest szereg powodów, dla których takie zalecenie należy uznać za niewłaściwe: 1) Oparte jest ono na błędnym założeniu, że pociąg płciowy do osób tej samej płci stanowi niemożliwą do zmiany właściwość osobowości, co zniechęca do szukania pomocy; 2) Środowisko homoseksualne promuje etykę zachowań seksualnych, która jest całkowicie przeciwstawna do katolickiego nauczania o płciowości i otwarcie dąży do wyeliminowania "erotofobii" i "heteroseksizmu". Nie ma absolutnie żadnych możliwości pogodzenia stanowisk Kościoła katolickiego i rzeczników środowiska homoseksualnego; 3) Wprowadza osoby łatwo ulegające pokusom w miejsca, które należy traktować jako bliskie okazji do grzechu; 4) Stwarza fałszywą nadzieję, że Kościół w końcu zmieni swoje stanowisko w sprawie moralności życia płciowego.

Oczywiście katolicy muszą docierać do doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci, do osób aktywnie zaangażowanych w czyny homoseksualne, a w szczególności do tych, którzy cierpią na choroby przekazywane drogą płciową, z

miłością, nadzieją i autentycznym, bezkompromisowym wezwaniem do wyzwolenia z grzechu przez Jezusa Chrystusa.

2) ROLA KAPŁANA

Jest rzeczą szczególnie ważną, aby kapłani, stykając się z parafianami niepokojonymi pociągiem płciowym do osób tej samej płci, mieli dostęp do rzetelnej informacji i prawdziwie pożytecznych instrumentów pomocy. Ksiądz musi jednak zrobić coś więcej, niż skierować do właściwych instytucji (jak Courage czy Encourage wymienione w Appendixie). Jest on w szczególnej sytuacji kogoś, kto może udzielić właściwej pomocy duchowej tym, którzy doświadczają pociągu płciowego do osób tej samej płci. Musi oczywiście być bardzo wyczulony na intensywne poczucie niepewności, winy, wstydu, gniewu, frustracji, smutku, a nawet lęku występujące u tych osób. To nie może wstrzymać go jednak przed mówieniem bardzo jasno o nauczaniu Kościoła (patrz KKK, nr. 2357-2359), o potrzebie odpuszczenia grzechów i pojednania poprzez Spowiedź, o potrzebie unikania okazji do grzechu oraz o potrzebie życia usilną modlitwą. Wielu terapeutów uważa, że wiara religijna odgrywa kluczową rolę w wyzwaniu się z pociągu płciowego do osób tej samej płci i z innych uzależnień seksualnych.

Gdy ktoś spowiada się z pociągu płciowego do osób tej samej płci, z fantazji czy czynów homoseksualnych, kapłan powinien zdawać sobie sprawę z tego, że często są to przejawy dziecięcych czy młodzieńczych doświadczeń negatywnych, takich jak wykorzystanie płciowe, lub niezaspokojone dziecięce potrzeby miłości i afirmacji ze strony rodzica tej samej płci. Bez zajęcia się tymi leżącymi u podstaw problemami dany penitent może doświadczać powrotów pokus i popaść w rozpacz. Ci, którzy odrzucają naukę Kościoła i zalecają doświadczającym pociągu płciowego do osób tej samej płci, aby wchodzili w tzw. "trwałe, związane miłością związki homoseksualne", nie rozumieją, że takie układy nie pozwolą na rozwiązanie problemów pociągu seksualnego leżących u ich podstaw. Zachęcając do podjęcia terapii i uczestnictwa w grupach wsparcia, kapłan musi pamiętać, że poprzez Sakrament Pojednania może pomóc poszczególnym penitentom nie tylko w uporaniu się z grzechem, ale również z przyczynami pociągu płciowego do osób tej samej płci.

Następujące zestawienie, choć nie wyczerpujące, ilustruje niektóre sposoby udzielania przez kapłana pomocy osobom przychodzącym do spowiedzi z tymi problemami:

Penitenci doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci lub wyznający grzechy z tej dziedziny, prawie zawsze noszą brzemień głębokiego emocjonalnego bólu, smutku i żalu wobec tych, którzy ich odrzucili, zignorowali lub skrzywdzili, włączając w to rodziców, rówieśników i tych, którzy ich seksualnie molestowali. Jako

pierwszy krok w leczeniu tych ran trzeba im pomóc przebaczyć (Fitzgibbons 1999[103]).

Mężczyźni i kobiety doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci, często donoszą o długiej historii wczesnych doświadczeń seksualnych i seksualnych przeżyć traumatyzujących (Doll i in.1992[104]). Osoby aktywne homoseksualnie na ogół w młodszym wieku doświadczyły pierwszego kontaktu płciowego z inną osobą (Stephan 1973[105]; Bell i in. 1981[106]). Wielu nigdy nikomu nie mówiło o tych doświadczeniach (Johnson i Shrier 1985[107]) i nosi ogromne poczucie winy i wstydu. W niektórych przypadkach wykorzystani seksualnie czują się winni, ponieważ reagowali seksualnie na to doświadczenie. Kapłan może delikatnie spytać o te wczesne doświadczenia, zapewniając równocześnie o odpuszczeniu grzechów, oraz pomóc w znalezieniu wolności poprzez przebaczenie innym.

Osoby zaangażowane w aktywność homoseksualną mogą też cierpieć z powodu uzależnienia seksualnego (Saghir i Robins1973[108]; Beitchman i in. 1991[109]; Goode i Haber 1977[110]). Angażujący się w aktywność homoseksualną są bardziej skłonni do angażowania się w ekstremalne formy zachowań seksualnych lub do wymieniaania usług seksualnych za pieniądze (Saghir i Robins1973[111]). Uzależnienia są trudne do pokonania. Częste korzystanie ze Spowiedzi może być pierwszym krokiem do wolności. Kapłan winien przypominać penitentom, że nawet najpoważniejsze grzechy w tej dziedzinie mogą być odpuszczone, że nie wolno popadać w rozpacz i należy trwać w dobrym, ale równocześnie winni wskazać na możliwość pomocy ze strony grup wsparcia dla uzależnionych.

Doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci często nadużywają alkoholu, leków i narkotyków (Fifield i in. 1977[112]; Sagir i Robins 1973[113]). Takie nadużywanie może osłabić odporność na pokusy seksualne. Kapłan może zachęcić do uczestnictwa w grupach wsparcia zajmujących się tego rodzaju problemami.

Również rozpacz i myśli samobójcze są często obecne w życiu mężczyzn i kobiet doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci (Beitchman i in.1991[114]; Herrell i in. 1999; Fergusson i in. 1999). Kapłan może zapewnić penitenta, że są wszelkie powody do tego, by mieć nadzieję na zmianę sytuacji oraz że Bóg ich kocha i pragnie, by mieli pełne i szczęśliwe życie. I znowu, przebaczenie innym może się okazać szczególnie pomocnym.

Doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci mogą cierpieć z powodu problemów duchowych, takich jak zazdrość (Hurst 1980) lub użalanie się na sobą (van den Aardweg 1967). Ważnym jest, by doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci nie był traktowany jako ktoś, u kogo problem z pokusami seksualnymi jest jedynym problemem.

Przytłaczająca większość mężczyzn i kobiet doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci donosi o niedobrych stosunkach z ojcami (patrz przypisy 17-23). Kapłan, jako miłująca i akceptująca postać ojcowska, może poprzez Sakrament rozpocząć proces naprawiania tych szkód i ułatwić wejście w uzdrawiającą relację z Bogiem Ojcem. Może też zalecić nabożeństwo do św. Józefa.

Kapłan musi być świadom, jak głębokiego uzdrowienia wymagają te bardzo silnie skonfliktowane osoby. Powinien być źródłem nadziei dla rozpaczających, przebaczenia do błędzących, siłą dla słabych, zachętą dla bojaźliwych, a czasem miłującym wzorem ojcostwa dla poranionych. Krótko mówiąc, musi być Jezusem dla tych umiłowanych dzieci Bożych, które znalazły się w wyjątkowo trudnych dla nich sytuacjach. Musi być duszpastersko wrażliwy, ale musi też być duszpastersko twardy, naśladowując jak zawsze pochylającego się na człowiekiem Jezusa, który leczył i przebaczał siedemdziesiąt razy siedem razy, ale zawsze przypominał "Idź i nie grzesz więcej".

3) KATOLICCY LEKARZE SPECJALIŚCI

Pediatrzy muszą znać symptomy zaburzenia identyfikacji płciowej (GID) i chronicznego braku młodocianej męskości. Przy wczesnym rozpoznaniu i odpowiedniej interwencji istnieją wszelkie powody do nadziei, że problem ten zostanie skutecznie rozwiązany (Zucker i Bradley 1995 115; Newman 1976116). Choć głównym powodem leczenia dzieci jest pragnienie ulżenia ich obecnemu nieszczęściu (Newman 1976117; Bradley i Zucker 1998118; Bates i in. 1974119), leczenie GID i chronicznego braku młodocianej męskości może zapobiec rozwojowi pociągu płciowego do osób tej samej płci i problemom towarzyszącym aktywności homoseksualnej w młodości i życiu dojrzałym.

Większość rodziców nie życzy sobie, by ich dzieci angażowały się w zachowania homoseksualne, ale rodzice dzieci narażonych na takie zachowania często opierają się leczeniu (Zucker i Bradley 1995; Newman 1976120). Informowanie ich o tym, że 75% dzieci z objawami GID i chronicznego młodocianego zniewieścienia, jeżeli nie podejmie się interwencji, doświadczają pociągu płciowego do osób tej samej płci (Bradley i Zucker 1998), oraz o zagrożeniach związanych z aktywnością homoseksualną (Garofalo i in. 1998121; Osmond i in. 1994122; Stall i Wiley 1988b123 ; Rotello 1997; Signorile 1997124) może skłonić ich do przełamania oporu wobec terapii. Współpraca rodziców jest niezmiernie ważna, jeżeli wczesna interwencja ma być skuteczna.

Pediatrzy winni zapoznać się z literaturą dotyczącą leczenia. George Rekers napisał szereg książek na ten temat (Rekers 1988125). Zucker i Bradley przedstawiają wyczerpujący przegląd literatury tematu w książce Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents (Zaburzenia identyfikacji

płciowej i problemy psychoseksualne u dzieci i młodzieży, 1995), jak również wiele przykładów indywidualnych i zaleceń terapeutycznych.

Lekarze mający do czynienia z chorobami wenerycznymi, nabytymi przez pacjentów w następstwie aktywności homoseksualnej, mogą informować ich o możliwościach leczenia psychoterapeutycznego i o grupach wsparcia, jeżeli takowe są dostępne, oraz o tym, że w 30% przypadków pacjenci, którzy tego pragną, mogą osiągnąć zmianę orientacji seksualnej. W kontekście prewencji zakażenia dodatkowe 30% może prowadzić życie abstynenckie lub zrezygnować z bardzo ryzykownych zachowań. Powinni też poprosić tych pacjentów o nadużywanie narkotyków i alkoholu i zalecić leczenie, jeżeli jest potrzebne, ponieważ szereg badań wskazuje na łączne występowanie chorób wenerycznych z nadużywaniem substancji uzależniających (Mulry i in.1994:126).

Nawet przed epidemią AIDS badanie mężczyzn uprawiających stosunki homoseksualne wykazało, że 63% z nich nabawiło się chorób wenerycznych poprzez te stosunki (Bell i Weinberg 1978:127). Mimo głośnej edukacji w sprawie AIDS epidemiolodzy przewidują, że w najbliższej przyszłości 50% mężczyzn uprawiających stosunki z mężczyznami stanie się HIV pozytywnymi (Hoover i in. 1991; Morris i Dean 1994; Rotello 1997:128). Istnieje też ryzyko zachorowań na kiłę, rzeżączkę, żółtaczkę A, B, C, HPV i szereg innych chorób.

Profesjonaliści w zakresie troski o zdrowie psychiczne powinni zapoznać się z pracami terapeutów, którzy skutecznie wyleczyli pacjentów doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci. Ponieważ pociąg płciowy do osób tej samej płci nie ma jednej przyczyny, różne osoby mogą wymagać różnego typu leczenia. Łączenie terapii z uczestnictwem w grupach wsparcia i z troską duszpasterską to też opcje, które należy brać pod rozwagę.

4) NAUCZYCIELE W KATOLICKICH SZKOŁACH

Nauczyciele w katolickich szkołach mają obowiązek bronić nauczania Kościoła na temat etyki seksualnej, przeciwstawiać się błędnym informacjom na temat homoseksualizmu oraz informować zagrożonych lub homoseksualnie zaangażowanych młodych ludzi o dostępności pomocy. Powinni opierać się na naciskom promującym prezerwatywy w programach edukacyjnych ukierunkowanych na akceptację homoseksualnej aktywności młodzieży. Wiele badań wskazuje na to, że tego rodzaju edukacja jest nieskuteczna w zapobieganiu szerzeniu się chorób przekazywanych drogą płciową w zagrożonych środowiskach (Stall i in. 1988a:129; Calabrese i in. 1987:130; Hoover i in. 1991:131).

Aktywiści "praw gejów" nalegają, by młodzież z grup zagrożenia była kierowana do grup wspierających, które pomogą im się ujawnić. Nie ma żadnych danych

wskazujących na to jakoby uczestnictwo w tych grupach prowadziło do profilaktyki negatywnych konsekwencji towarzyszących aktywności homoseksualnej. Takie grupy na pewno nie będą zachęcały młodzieży do unikania grzechu i do życia w czystości w zgodzie z własnym stanem. Symptomy GID i chronicznej dziecięcej zniewieściałości u chłopców muszą być traktowane bardzo poważnie. Dzieci zagrożone wymagają natomiast specjalistycznej pomocy, szczególnie te, które były ofiarami seksualnego wykorzystywania.

Nauczyciele mają też obowiązek powstrzymywania działań dzieci, polegających na dokuczaniu i wyśmiewaniu dzieci niespełniających norm właściwych swojej płci. Należy stworzyć warunki doszkalania nauczycieli, tworzenia planów lekcyjnych i strategii przeciwdziałania dokuczaniu dzieciom, oraz udostępnić te plany nauczycielom w katolickich szkołach, w programach CCD i w innych instytucjach.

5) KATOLICKIE RODZINY

Gdy katoliccy rodzice zauważą, że ich syn lub córka doświadczają pociągu płciowego do osób tej samej płci lub angażują się w aktywność homoseksualną, zwykle jest to dla nich ogromny wstrząs. W obawie o zdrowie dziecka, jego szczęście i zbawienie, zwykle przyjmują z wielką radością informację, że jest to stan nadający się do leczenia i prewencji. Mogą znaleźć wsparcie w gronie innych rodziców w tej samej sytuacji gromadzonych przez Encourage. Zwykle potrzeba im też tego, by mogli podzielić się swoją troską w gronie kochających przyjaciół i rodzin.

Rodziców trzeba informować o symptomach zaburzeń tożsamości płciowej (GID) i o możliwościach prewencji problemów związanych z tożsamością płciową. Trzeba ich zachęcać, by traktowali te symptomy poważnie i kierowali dzieci z zaburzeniami tożsamości płciowej do wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia psychicznego o właściwej postawie moralnej.

6) SPOŁECZNOŚĆ KATOLICKA

Był czas w nie tak odległej przeszłości, kiedy ciąża pozamająłńska i aborcja były tematami tabu, a stosunek do kobiet zaangażowanych w te sprawy bezpardonowy i okrutny. Legalizacja aborcji zmusiła Kościół do zajęcia się tym tematem i podjęcia aktywnego duszpasterstwa kobiet z "niechcianymi" ciążami i cierpiących z powodu syndromu poaborcyjnego. W ciągu kilku krótkich lat podejście diecezji, pojedynczych parafii i wiernych katolików doznało przemiany i dzisiaj prawdziwe chrześcijańskie miłosierdzie wobec tych kobiet jest raczej normą niż wyjątkiem. W podobny sposób stosunek do pociągu płciowego do osób tej samej płci może ulec przemianie - pod warunkiem, że każda instytucja katolicka uczyni, co do niej należy.

Doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci i angażujący się w czyny homoseksualne oraz ich rodziny zwykle odczuwają, że są wyłączeni z miłującej troski katolickiego społeczeństwa. Modlitwa wiernych za doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci i za ich rodziny, oferowana wśród intencji mszalnych, byłaby jednym ze sposobów okazania im, że społeczeństwo katolickie troszczy się o nich.

Katolickie media winne być doinformowane o zagadnieniu homoseksualizmu, o nauczaniu Kościoła i o możliwościach prewencji i leczenia. Broszury i inne materiały, które wyraźnie głoszą naukę Kościoła w tej sprawie oraz dostarczają informacje o możliwej pomocy w najbliższej okolicy dla bezpośrednio jej potrzebujących, powinny być opracowane i udostępniane np. poprzez kioski funkcjonujące już przy wielu kościołach.

Gdy pracownik mediów katolickich, nauczyciel instytucji katolickiej lub duszpasterz przekreśla nauczanie Kościoła lub sugeruje, że pociąg płciowy do osób tej samej płci jest determinowany genetycznie i nie do zmienienia, świeccy winni być w stanie dostarczyć właściwych informacji korygujących te nieporozumienia.

7) BISKUPI

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy (CMA) uznaje odpowiedzialność biskupa ordynariusza w nadzorowaniu ortodoksji nauczania w jego diecezji. Niewątpliwie obejmuje to sprawę jasnych instrukcji odnośnie do natury i celu stosunków płciowych między osobami i o grzeszności niewłaściwych relacji. CMA pragnie współpracować z biskupami i kapłanami we wspomaganiu ustanawiania właściwych grup wsparcia i modeli terapeutycznych dla zmagających się z pociągami płciowymi do osób tej samej płci. Choć widzimy, że programy Courage i Encourage są przydatne, cenne i aktywnie je wspieramy, jesteśmy jednak też pewni, że istnieją inne sposoby wspomagania i jesteśmy gotowi współpracować z każdym psychologicznie, duchowo i etycznie poprawnym programem.

8) NADZIEJA

Jeffrey Satinover, lek. med. i doktor, napisał o swoim rozległym doświadczeniu z pacjentami doświadczającymi pociągu płciowego do osób tej samej płci, co następuje:

Miałem to wyjątkowe szczęście, że spotkałem wielu ludzi, którzy wyszli z gejowskiego stylu życia. Gdy obserwuję osobiste trudności, które frontalnie zwalczali, i odwagę, z jaką się borykali, nie tylko pokonując te trudności, ale również konfrontując kulturę wykorzystującą wszelkie możliwe sposoby, by odmówić wiarygodności ich wartościom, celom i doświadczeniom, prawdziwie podziwiam ich (...) To ci ludzie - byli homoseksualiści i ci, którzy jeszcze walczą, po całych Stanach i

za granicą - są dla mnie wzorcem wszystkiego dobrego i możliwości w świecie traktującym serio ludzkie serce i Boga w tym sercu. Wśród wielu poszukiwań w świecie psychoanalizy, psychoterapii i psychiatrii nigdy przedtem nie spotkałem tak głębokiego wyleczenia (Satinover 1996).

Ci, którzy pragną uwolnić się od pociągu płciowego do osób tej samej płci, często najpierw zwracają się ku Kościołowi. CMA pragnie być pewne, że znajdą tam pomoc i nadzieję, której poszukują. Są wszelkie powody, by mieć nadzieję, że każdy doświadczający pociągu płciowego do osób tej samej płci, szukający pomocy w Kościele, osiągnie wolność od zachowań homoseksualnych, a wielu znajdzie dużo więcej, ale będą przychodzić tylko wtedy, gdy zobaczą, że spotka ich miłość, nie tylko w naszych słowach, ale i w czynach.

Jeżeli katolicycy profesjonaliści nie wychodzili naprzeciw potrzebom tej populacji pacjentów, nie pracowali usilnie nad rozwojem efektywnych metod prewencji i leczenia lub nie traktowali pacjentów doświadczających tych problemów z respektem należnym każdej osobie, to prosimy o przebaczenie.

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy uznaje, że pracownicy służby zdrowia mają szczególne obowiązki na tym polu, i ma nadzieję, że niniejsze opracowanie pomoże im wypełniać ten obowiązek zgodnie z zasadami wiary katolickiej.

Badania omówione w tym opracowaniu pochodzą z szerokiego wachlarza źródeł. W większości przypadków można by cytować wiele innych źródeł. Tych, którzy pragną dokonać dogłębnego studium zagadnień tu podniesionych, kierujemy do obszernej bibliografii (74747,2241@compuserve.com) zawierającej również przeglądy literaturowe.

Należy podkreślić, że wielu autorów tutaj cytowanych nie akceptuje nauczania Kościoła o tym, że czyny homoseksualne z samej swojej wewnętrznej natury są nieuporządkowane. Nie czyniono żadnej próby rozróżniania tych, którzy akceptują, od tych, którzy nie akceptują, ponieważ zarówno promujący prewencję i leczenie, jak i popierający terapię afirmującą homoseksualny styl życia, przedstawiają w zasadzie zgodne dane statystyczne i materiał przykładowy, a różnią się jedynie w interpretowaniu danych i w przyznawaniu ważności poszczególnym wynikom.

Przypisy:

1. Chapman i Brannock (1987) stwierdzają, że 63% lesbijek z ich badań twierdziło, że był to ich wybór, 28% twierdziło, że nie miały wyboru, a 11%, że nie wiedzą dlaczego są lesbijkami.
2. Schreiner udziela wsparcia terapeutę (Wolpe 1969), który odmówił pacjentowi terapii ukierunkowanej na zmianę orientacji z homoseksualnej na heteroseksualną: "Może zamiast reorientacji seksualnej takie osoby mogłyby szukać religijnej reorientacji ku jednej z wielu religii praktykowanych w USA, które akceptują osoby o homoseksualnej orientacji ... Nie wszystkie

- religie osądzają i potępiają. Zalecanie reorientacji seksualnej przy równoczesnym krytycyzmie wobec religijnej reorientacji ukazuje nic więcej jak tylko uprzedzenie" (str. 308).
3. Burr: Artykuł wstępny w *The Weekly Standard*, "Suppose there is a Gay Gene ... What then?" (Przypuśćmy, że istnieje gen gejowski ... co wtedy?)
 4. Hamer i in. twierdzili, że znaleźli gen markerowy na homoseksualizm na chromosomie X.
 5. Le Vay twierdził, że ustalił, iż pewna część mózgu homoseksualnych mężczyzn, którzy zmarli na AIDS, różniła się od tej u heteroseksualnych mężczyzn i kobiet.
 6. Byne i Parsons: "Krytyczna analiza wskazuje, że danych popierających biologiczną teorię brak. W modelu alternatywnym, cechy temperamentu i osobowości współreagują ze środowiskiem rodzinnym i społecznym w czasie gdy kształtuje się seksualność danej osoby (str. 228)". "Badania odziedziczalności wariantów osobowościowych sugerują, że pewne wskaźniki osobowościowe mogą się dziedziczyć, a wśród nich poszukiwanie nowości, unikanie krzywdy i uzależnienie od nagradzania. Stosując te wskaźniki do powyższego scenariusza, można by się spodziewać, że chłopak, który ma wysoki wskaźnik poszukiwania nowości, a niski wskaźnik unikania krzywdy i uzależnienia od nagradzania, będzie ignorował ostrzeżenia mamy odradzającej mu gry w basebola. Z drugiej strony, chłopak, który ma niski wskaźnik poszukiwania nowości, a wysoki w unikaniu krzywdy i uzależnienia od nagradzania będzie bardziej potrzebował owoców matczynej aprobaty, będzie mniej skłonny do szukania i przyjmowania męskich wzorców poza rodziną i będzie bardziej skłonny unikać gry w basebola by nie zostać skrzywdzonym. Przy braku zachęty ze strony ojca lub innego męskiego wzorca taki chłopak będzie się czuł innym niż jego koledzy i w konsekwencji będzie ulegał nieerotycznym doświadczeniom w dzieciństwie, które mogą częściowo wpłynąć na ujawnienie się w nim później homoerotycznych preferencji. Do takich doświadczeń mogą należeć te, które Friedman określa jako częste u pre-homoseksualnych chłopców, a w tym niskie samopoczucie własnej męskości, izolacja, zrzucanie winy na innych oraz odrzucenie przez kolegów i starszych mężczyzn, w tym ojca" (str. 237).
 7. Crewdson: " ... w żadnej pracowni nie potwierdzono ustaleń Hamera".
 8. Horgan: "Ustalenia LeVay'a czekają jeszcze na potwierdzenie przez innego badacza. Natomiast jeżeli chodzi o ustalenia Hamera jedno studium już dało przeciwne wyniki niż jego".
 9. McGuire: "... niektórzy pragnęliby aby homoseksualizm miał biologiczne albo genetyczne podłoże ponieważ uważają, że skoro homoseksualiści "rodzą się takimi" to będą tolerowani. Inni promują przyczyny środowiskowe, ponieważ to usprawiedliwia ich przekonanie, że te osoby "wybrały homoseksualny styl życia" (str. 141). "Nawet gdybyśmy wiedzieli absolutnie wszystko o genach i absolutnie wszystko o środowisku, nadal nie byłibyśmy w stanie przewidzieć jaki będzie ostateczny fenotyp danej osoby" (str. 142).
 10. Rice et al. próbowali powtórzyć wyniki Hamera ale bezskutecznie.
 11. Bailey i Pillard: Studium męskich bliźniaków wśród homoseksualnie aktywnych mężczyzn wykazało, że 52% (29/56) spośród monozygotycznych bliźniaków, 22% (12/54) spośród dwuzygotycznych bliźniaków oraz 11% (6/57) spośród równowiekowych braci adoptowanych miało skłonności homoseksualne ... częstotliwość homoseksualizmu u niebliźniaczego rodzeństwa, jak podają badania prawdopodobieństwa, wynosi 9,2% (13/142) (str. 1089).
 12. Parker: Przypadek A: "Ich matka, teraz 39-letnia, dowiedziała się zaledwie tylko kilka dni przed rozwiązaniem, że nosi bliźniaki, a ponieważ już miała 7-letniego syna bardzo jej zależało, żeby jedno z nich było dziewczynką. Wyczuwając jej oczywisty zawód, po normalnym urodzeniu dwóch 3-kilogramowych synów, położna pocieszała ją sugestią, że pierwszy z urodzonych, ten który później stał się homoseksualistą, był tak ładny, że mógłby być dziewczynką. Mimo tego, że byli tak podobni do siebie, że nie można ich było rozróżnić, matka uczepliła się tej myśli i nałożyła pierwszemu z bliźniaków bransoletkę tak by nie było możliwości pomyłki, który jest który i od tego momentu był on traktowany tak jakby był dziewczynką" (str. 490).
 13. Marmor: "Mit, że homoseksualizmu nie da się leczyć jest szeroko rozpowszechniony w opinii publicznej i wśród samych homoseksualistów. Ta opinia jest często powiązana z założeniem, że

- homoseksualizm jest wrodzony lub genetycznie zdeterminowany. Przekonanie o niemożności leczenia tej skłonności służy wielu homoseksualistom w celach samoobrony. Równocześnie jednak, wraz ze wzrostem zrozumienia, że większość zachowań homoseksualnych jest natury przystosowawczej, pojawił się większy optymizm terapeutyczny odnośnie możliwości zmian i stopniowo coraz więcej obiecujących wyników jest odnotowywanych ... Nie ulega wątpliwości, że autentyczna zmiana preferencji seksualnych pojawia się u od 20 do 50% pacjentów o homoseksualnych skłonnościach, którzy poszukują psychoterapii nastawionej na taki rezultat" (str. 1519).
14. Ernulf i in. ustalili, że ci co uważają iż homoseksualiści "rodzą się takimi" mieli o wiele bardziej pozytywny stosunek do homoseksualistów niż osoby, które sądziły, że homoseksualiści "wybrali tą drogę" lub "nauczyli się być takimi".
 15. Piskur i Degelman: "Głównym odkryciem niniejszego studium jest stwierdzenie, że udostępnienie pisemnych streszczeń badań popierających tezę o biologicznych determinantach orientacji homoseksualnej może mieć wpływ na wyniki sondowania nastawienia społeczeństwa do homoseksualistów jeżeli sondowanie było dokonane wkrótce po przeczytaniu takich streszczeń" (str. 1223).
 16. Green: "Sąd Najwyższy zadecydował w sprawie Bowers kontra Hardwick, że nie istnieje żadne fundamentalne prawo do angażowania się w zachowania homoseksualne na mocy przynależnej analizy procesowej. Dlatego też, pozostająca droga do ochrony homoseksualistów przed dyskryminacją wiedzie poprzez klauzulę równej ochrony, zawartej w czternastej poprawce do konstytucji. By na jej mocy uzyskać najwyższy poziom ochrony, klasa osób musi być określona jako "podejrzana". Aby uzyskać taką kwalifikację, klasa ta musi wykazać, między innymi, że cecha, o którą jest obciążana jest nie do zmienienia". (str. 537).
 17. Apperson i McAdoo: "Znaczenie relacji z ojcem - lub ich braku - ponownie wymaga podkreślenia gdyż badani homoseksualiści znacznie różnią się od grupy kontrolnej określając ojca bardziej jako krytykującego, niecierpliwego i odrzucającego, a mniej jako towarzyskiego" (str. 206).
 18. Bene: "O wiele mniej homoseksualnych mężczyzn niż żonatych uważało swoich ojców za wesołych, pomocnych, że można na nich polegać, że są łagodni i wyrozumiali, natomiast znacznie więcej uważało, że ich ojciec nie miał dla nich czasu, nie kochał ich i powodował, że czuli się nieszczęśliwi" (str. 805).
 19. Bieber i in.: "Głębokie zakłócenie w stosunkach międzyosobowych ojca z synem występuje niezmiennie w przypadku homoseksualistów. Ani jednego z ojców (homoseksualnych synów) ... nie można uważać za 'normalnego' rodzica" (str. 114). "Doszliśmy do wniosku, że ojciec konstruktywny, wspierający, ciepło zaangażowany, wyklucza możliwość homoseksualizmu u syna; działa jako neutralizujący czynnik ochronny przed, ewentualnie zaborczą czy pragnącą zbyt wiążących relacji z synem, matką" (str. 311).
 20. Fisher i Greenberg: "Fisher przeanalizował tych 58 badań i doniósł, że znaczna większość zgadzała się z opinią, że homoseksualni synowie oceniają swych ojców jako negatywne, odległe, nieprzyjazne postacie". Przegląd literatury o doświadczeniach dziecięcych u męskich homoseksualistów wykazał: "Poza kilkoma wyjątkami, męski homoseksualista oświadcza, że ojciec miał negatywny wpływ na jego życie. Określa go takimi przymiotnikami jak zimny, nieprzyjaźnie karzący, brutalny, odległy, obojętny. Nie ma ani jednego, choćby średnio dobrze kontrolowanego, studium, które by udało nam się znaleźć z doniesieniem o homoseksualistach, którzy mówiliby pozytywnie lub ciepło o swoim ojcu" (str. 136).
 21. Pillard: "Alkoholizm zdarza się częściej u ojców HS [homoseksualnych] mężczyzn (14 ojców HS mężczyzn do 5 ojców HT [heteroseksualnych] mężczyzn" (str. 54).
 22. Sipova i Brzek: "Stwierdzono, że ojcowie homoseksualistów i transwestytów byli bardziej wrogo nastawieni i mniej dominujący niż ojcowie grupy kontrolnej i dlatego mniej się nadawali na wzorce, z którymi można by się identyfikować" (str. 75).

23. Bieber: "U około 75% przypadków matki miały niewłaściwą więź z synami, za bliską, zbyt wiążącą, intymną. Więcej niż połowa tych matek była określana jako uwodzicielskie. Były zaborcze, dominujące, nadopiekuńcze i feminizujące" (str. 524).
24. Bieber i in.: "Gdy H [homoseksualny] syn osiągał wiek przed-młodzieńczy cierpiał już na rozproszone zakłócenia osobowościowe. Matczyna nadgorliwość odnośnie zdrowia i urazów, ograniczanie aktywności normalnych dla wieku i potencjału syna, utrudnianie zachowań asertywnych, nastawienie demaskulinizujące, oraz wtrącanie się w seksualność - w połączeniu z ojcowskim odrzuceniem, wrogością, brakiem wsparcia - wpływają na ukształtowanie się dziecka nadmiernie bojaźliwego, patologicznie uzależnionego od matki i obarczonego poczuciem nieadekwatności, impotencji i pogardy dla siebie. Unika ono udziału w chłopięcej aktywności traktowanej jako fizycznie niebezpiecznej - które to niebezpieczeństwo jest wielce wyolbrzymione. Koledzy reagują poniżającymi przezwiskami a często fizycznymi atakami, które są często prowokowane u dzieci przez tchórzostwo kolegów. ... W rezultacie jest pozbawione ważnych silnych interakcji, których grupa rówieśników dostarcza" (str. 316).
25. Snortum i in. badali 46 mężczyzn usuniętych ze służby wojskowej z powodu homoseksualnych zachowań i doszli do wniosku: "Wygląda na to, że patologiczne połączenie blisko-wiązujących i dominujących matek z odrzucającym i obojętnym ojcem nie jest zjawiskiem rzadkim w subkulturze przeintelektualizowanych rodzin wyższej klasy średniej, które szukają pomocy psychoanalityków" (str. 769).
26. Fitzgibbons: "Drugą najczęstszą przyczyną SSAD (same sex attraction disorder - pociąg płciowy do osób tej samej płci) u mężczyzn jest niewiara w miłość kobiety ... Chłopcy w rodzinach bez ojców często czują się nadmiernie odpowiedzialni za swoje matki. Wchodząc w dojrzałość płciową mogą uznać żeńską miłość jako wymagającą i wyczerpującą" (str. 89).
27. Bradley i Zucker: "Dziewczyny z GID ... mają kłopoty porozumiewawcze z matkami, które oceniają jako słabe i nieskuteczne. Według nas te oceny pochodzą z wysokiego stopnia psychopatologii obserwowanej u tych matek, szczególnie silne depresje i skrajne zakłócenia osobowościowe" (str. 877).
28. Eisenbud: "Rozbite rodziny i alkoholizm w tle wczesnego dzieciństwa lesbijek, jak również niewłaściwe "matkowanie", nie stwarzają warunków ciepłej przynależności. Śmierć ukochanej matki pozostawia zimną samotność. Nawet jeżeli matka jest obecna, lesbijska dziewczyna często odczuwa jej odsuwanie się od niej po 18 miesiącach" (str. 98-99).
29. Zucker i Bradley: "... oceniamy, że rodzicielska tolerancja dla zachowań niezgodnych z płcią, gdy tylko one się pojawiają, jest przyczyną pozwalającą by takie zachowania się rozwijały ... Co jest szczególnym w sytuacji dzieci, które wykształcają zakłócenia w identyfikacji płciowej, to współ-występowanie całego szeregu czynników we wrażliwym okresie rozwoju dziecka - chodzi tu najczęściej o pierwszych kilka lat życia, o okres kiedy identyfikacja płciowa się kształtuje i utrwała. Musi być odpowiednio duża liczba czynników aby zaszczerpić u dziecka taki stan wewnętrznej niepewności, żeby ono potrzebowało reakcji obronnych do uporania się z tą niepewnością. To się musi zdarzyć w kontekście, w którym dziecko odbiera rolę odmiennej płci jako dającą poczucie bezpieczeństwa i pewności" (str. 259). "... wśród raportów szczegółowych nie udało nam się znaleźć żadnego przypadku, w którym terapeuta donosiłby iż rodzice zdecydowanie zachęcali swych synów do męskiej postawy" (str. 277).
30. Friedman i Stern: "Trzynastu z 17 badanych homoseksualistów (76%) donosiło o chronicznym, trwałym strachu przed walką z innymi chłopcami podczas okresu młodocianego i we wczesnej młodości. Intensywność tego lęku była podobna do reakcji paniki. O ile dobrze pamiętają nigdy nie reagowali na wyzwanie ze strony kolegów kontr-wyzwaniem, groźbą lub atakiem. Przytłaczająca obawa przed agresją ze strony kolegów była potężną siłą formacyjną w ich umyśle. Niepokój towarzyszący przewidywanej agresji powodował reakcje lękowe w zachowaniach społecznych; przekonanie, że bijatyka może nastąpić prowadziło do unikania całego szeregu interakcji społecznych, a w szczególności zabaw "z bijatyką" (tu definiowanych jako sporty kontaktowe takie jak amerykański futbol czy piłka nożna)."

31. "Badani ci donosili o bolesnej utracie szacunku do siebie i samotności z powodu ich skrajnej awersji do agresywnych interakcji z kolegami. Wszyscy z wyjątkiem jednego (12 z 13) byli chronicznie spragnieni bliskości z innymi chłopcami. Chłopcy ci, będąc niezdolnymi do przełamania swej obawy przed potencjalną agresją aby uzyskać szacunek i akceptację, byli przez kolegów określani jako "sissies" (wymoczki, maminsynki). Ta 12 opowiadała, że posiadali najniższy z możliwych status wśród kolegów w okresie młodocianym i wczesno-młodzieńczym. Na zmianę odsuwani lub czynieni ofiarami byli przedmiotem stałego poniżania. Wszyscy oni zaprzeczali jakoby byli zniewieściami ..." (str. 432-433). "Żaden z chłopców, którzy później stali się homoseksualistami, nie doświadczał jakiegokolwiek stopnia zetknięcia się z bijatykami czy twardymi sportami w okresie młodocianym. Żaden nie angażował się w choćby najłagodniejsze zachowania typowe dla chłopców, które opisują nawet najmniej agresywni z heteroseksualnych chłopców" (str. 434).
32. Hadden: "Po analitycznym przestudiowaniu przedszkolnego życia zwykle okazuje się, że chłopak, który stał się homoseksualistą, nigdy nie czuł się akceptowanym i nigdy nie czuł się swobodnym w relacjach ze swoimi rówieśnikami. Bardzo często, z powodu wtrącania się przez rodziców, uniemożliwiano mu udziału w zabawach z innymi dziećmi i miał mało okazji by biegać, brykać, tarzać się, siłować się, mocować się, wspinać się z rówieśnikami w okresie od niemowlęctwa do przedszkola i szkoły." (str. 78).
33. Hockenberry i Billingham: "Wyprowadzono wniosek, że następujące pięć cech zestawione w funkcję dyskryminacyjną (zabawy z chłopcami, preferowanie chłopięcych zabaw, wyobrażanie siebie jako słynnego sportowca, czytanie opowiadań przygodowych i sportowych, uznawanie za "maminsynka") służyć może jak najbardziej trafnie do określenia orientacji seksualnej u dorosłych mężczyzn. Zauważono również, że brak męskich zachowań i cech był silniejszym wskaźnikiem późniejszej homoseksualnej orientacji niż tradycyjnie żeńskie czy transseksualne cechy i zachowania" (str. 475).
34. Whitam opracował i zastosował u 206 homoseksualnych i 78 heteroseksualnych mężczyzn sześciopunktową ankietę odnoszącą się do dziecięcych zainteresowań, ubierania się w ubrania odmiennej płci, bawienia się lalkami, preferencji przebywania z dziewczętami i starszymi kobietami, bycia uznawanym za "maminsynka" przez rówieśników i charakteru dziecięcych zachowań seksualnych. Prawie wszyscy homoseksualiści (97%) podali jedną lub więcej z tych "wskaźników dziecięcych", podczas gdy 74% heteroseksualistów podało zupełny brak któregokolwiek z nich w ich dzieciństwie (za Hockenberry i Billingham 1987, str. 476).
35. Thompson i in. porównywali 127 homoseksualnych mężczyzn z 123 osobową grupą kontrolną: "Siedem najbardziej dyskryminujących cech w kolejności od najważniejszych to: a) granie w baseballa, ... z tym że homoseksualiści grupowali się wokół odpowiedzi nigdy lub czasami...; b) udział we współzawodnictwie grupowym (homoseksualiści nigdy lub czasami...); c) czas spędzany w dzieciństwie z ojcem (homoseksualiści, bardzo mało...); d) kondycja fizyczne w dzieciństwie (homoseksualiści słaba, niezgrabni lub skoordynowani, heteroseksualiści atletyczna); e) poczucie akceptacji przez ojca (homoseksualiści słabe lub żadne...); f) zabawy z chłopakami przed dojrzałością (homoseksualiści czasami...); i g) domaganie się matki by była w centrum zainteresowania dziecka (homoseksualiści, często lub zawsze...)" (str. 123).
36. Bailey i in: "Homoseksualni mężczyźni byli zapamiętani przez matki jako mniej męscy i raczej nieatletyczni" (str. 44).
37. Fitzgibbons: "Słaba męska identyfikacja jest łatwa do rozpoznania oraz, w moim doświadczeniu klinicznym, jest główną przyczyną SSAD u mężczyzn. Ciekawe, że może ona być konsekwencją słabej koordynacji ręki i oka, co powoduje, że tacy chłopcy nie są w stanie dobrze wypadać w sporcie. Temu stanowi zwykle towarzyszy silne odrzucenie przez rówieśników .. Ten "defekt sportowy" będzie negatywnie oddziaływał na obraz własny chłopca, na jego relacje z rówieśnikami, na jego identyfikację płciową i na ocenę własnego ciała" (str. 88).
38. Newman: "Doświadczenie ostracyzmu i wyśmiania może odgrywać większą rolę niż dotąd sądzono, powodując zupełne porzucenie męskiej roli w przyszłości" (str. 687).

39. Beitchman i in.: "U młodzieży wśród często zgłaszanych konsekwencji (wykorzystania seksualnego w dzieciństwie) jest brak zadowolenia seksualnego, promiskuitizm, homoseksualizm oraz zwiększone zagrożenie ponownym wykorzystaniem" (str. 537).
40. Bradley i Zucker: "U naszej młodzieży żeńskiej z GID wykorzystanie seksualne w przeszłości oraz obawa przed agresją seksualną pojawiały się często" (str. 878).
41. Engel: "Niektóre pacjentki lesbijki [ofiary wykorzystania seksualnego] przechodzą przez okres zagubienia, nie będąc pewnymi czy są z kobietami z wyboru czy też dlatego, że boją się mężczyzn, są zagniewane na nich, lub odpycha ich od nich z powodu tego wykorzystania" (str. 193).
42. Gundlach i Riess podają, że 39 z 217 lesbijek w porównaniu z 15 spośród 231 nie-lesbijek zgłaszają iż były obiektem gwałtu lub próby gwałtu w wieku lat 15 lub wcześniej (str. 62).
43. Golwyn i Sevlie: "Dochodzimy do wniosku, że fobia społeczna może być ukrytym czynnikiem dodatkowym w niektórych przypadkach zachowań homoseksualnych" (str. 40).
44. Fergusson i in. stwierdzili, że w próbie obejmującej dany rocznik osoby o skłonnościach homoseksualnych, lesbijskich, biseksualnych posiadają wyższy wskaźnik: myśli samobójczych (67,9%/29,0%), prób samobójczych (32,1%/7,1%), i psychiatrycznych zakłóceń w wieku 14-21 lat – silna depresja (71,4%/38,2%), ogólny niepokój (28,5%/12,5%), dysfunkcja zachowań (32,1%/11,0%), uzależnienie nikotynowe (64,3%/26,7%), uzależnienie/nadużywanie innych substancji (60,7%/44,3%), wielorakie dysfunkcje (78,6%/38,2%) niż analogiczna grupa heteroseksualna (str. 879).
45. Parris i in. w badaniach obejmujących wielokrotne wyznania stwierdzili, że homoseksualizm u osób z BPD (Borderline Personality Disorder - graniczne zakłócenia osobowości) występował z częstotliwością 16,7% podczas gdy tylko 1,7% w grupie bez BPD. Grupa homoseksualna z BDP w 100% zgłosiła wykorzystanie seksualne w dzieciństwie podczas gdy grupa heteroseksualna z BDP tylko w 37,3%. "Ciekawym jest to, że 3 z 10 homoseksualnych pacjentów z BDP również zgłosiło kazirodztwo ojca z synem" (str. 59).
46. Zubenko i in.: "Homoseksualizm był dziesięciokrotnie częstszy wśród mężczyzn i sześciokrotnie częstszy u kobiet z "granicznym" zakłóceniem osobowości niż w ogólnej populacji lub w grupie kontrolnej z depresjami" (str. 748).
47. Gonsiorek omawia leczenie homoseksualistów, którzy są równocześnie schizofreniczni (str. 12).
48. Bychowski: "... homoseksualiści, u których ego zostało zafiksowane we wczesnym stadium narcyzmu, są niezdolni zastąpić czynów homoseksualnych, które silnie łączą z magią, konsekwentnym i skutecznym zaangażowaniem w otaczającą rzeczywistość. Struktura tych osobników jest z wielu względów bliska schizofrenii", (str. 55).
49. Kaplan: "W pewnym sensie homoseksualista ma wiele wspólnego z narcyzem, który jest zakochany w sobie. Homoseksualista jednak nie jest w stanie kochać siebie takim jaki jest, gdyż jest zbyt niezadowolony z siebie; zamiast tego kocha swoje wyidealizowane ego, reprezentowane przez partnera homoseksualnego, którego wybiera. Dlatego też dla tego typu osobnika homoseksualizm staje się przedłużeniem narcyzmu" (str. 358).
50. Berger: "Przedyskutowano też możliwy czynnik etiologiczny, który nie był jeszcze omawiany w literaturze, jakim jest aborcja ciąży poczętej przez męskiego pacjenta, która doprowadziła go do "ujawnienia się" i oznajmienia swego homoseksualizmu" (str. 251).
51. APA: "Zakłócenie tożsamości płciowej można odróżnić od zwykłego nonkonformizmu wobec stereotypowej roli płciowej przez zakres i uporczywość pragnień, zainteresowań i działań charakterystycznych dla płci odmiennej" (str. 536).
52. Phillips i Over: "Funkcja dyskryminacyjna 16-czynnikowa ... dała prawidłową klasyfikację w przypadku 94,4% heteroseksualnych mężczyzn i w przypadku 91,8% homoseksualnych mężczyzn. Wyniki te wskazują, że heteroseksualnych i homoseksualnych mężczyzn można określić z równorzędną dokładnością na podstawie tego czy mieli lub nie mieli w dzieciństwie doświadczenia właściwe dla ich płci" (str. 550).

53. Harry: "Dane te sugerują, że niektóre historie dziecięcego feminizmu prawie zawsze stanowią wstęp do homoseksualnych zachowań w wieku młodzieńczym" (str. 259).
54. Hadden: "W moim doświadczeniu homoseksualni mężczyźni prawie zawsze przyznają, że byli nieprzystosowani gdy rozpoczynali szkołę. Wielu było uznanych przez własnych rodziców za potrzebujących psychiatrycznej pomocy dużo wcześniej" (78).
55. Rekers i in.: "Gdyśmy go po raz pierwszy zobaczyli, zakres jego żeńskiej identyfikacji był tak głęboki ... że sugerowało to nieodwracalne neurologiczne i biochemiczne zdeterminowanie. Po 26 miesiącach terapii wyglądał i zachowywał się jak każdy innym chłopak. Ludzie, którzy oglądali zapis jego zachowań na wideokasie przed i po leczeniu określa go jako 'dwóch zupełnie różnych chłopców'".
56. Brown: "Reasumując więc, wygląda na to, że schemat rodzinny łączący dominującą lub nadmiernie czułą matkę w połączeniu z niezainteresowanym, wrogim lub słabym ojcem, ma bezwzględnie związek z rozwojem męskiego homoseksualizmu ... Zdziwiającym jest, że nie ma większej wiedzy o tej zależności wśród różnych dyscyplin zajmujących się dziećmi. Problem jaki powstaje w związku z tym dotyczy tego jak informować i edukować nauczycieli i rodziców odnośnie tego decydującego wpływu rodziny w determinowaniu kierunku i rezultatów psychoseksualnego rozwoju dziecka. Nie ma żadnego uzasadnienia by czekać następne 25 czy 50 lat aż ta informacja dotrze do uwagi tych wszystkich, którzy mają do czynienia z dziećmi. I nie ma też żadnego usprawiedliwienia dla profesjonalnych praktyków nauk o behawioryzmie gdy nadal unikają odpowiedzialności za promocję tej wiedzy i tego zrozumienia jak najszerzej jak tylko to jest możliwe" (str. 232).
57. Acosta: "... lepsze perspektywy zaradzenia homoseksualizmowi leżą w jego prewencji, poprzez wczesną identyfikację i odpowiednie postępowanie z potencjalnie homoseksualnym dzieckiem" (str. 9).
58. Green: "To liniowe studium dwóch grup chłopców demonstruje, że związek między nadmiernie niezgodnym z własną płcią zachowaniem w wieku chłopięcym, a zachowaniem homoseksualnym w wieku dorosłym, co sugerują wcześniejsze raporty przeglądowe, jest do potwierdzenia w przyszłych badaniach chłopców zgłoszonych przez lekarzy lub rodziców jako wykazujący zachowania typowe dla dziecięcego zespołu zakłóceń w tożsamości płciowej. Tym niemniej nie wszyscy chłopcy z głębokim zakłóceniem tożsamości płciowej wyrosli na biseksualnych czy homoseksualnych mężczyzn. W grupie kontrolnej żaden z chłopców nie wyrósł na biseksualistę lub homoseksualistę" (str. 340).
59. Bieber i in.: "Wyniki terapeutyczne naszych badań dostarczają powodów do optymistycznego spojrzenia. Wielu homoseksualistów stało się wyłącznie heteroseksualistami po terapii psychoanalitycznej. Choć ta zmiana może być łatwiej osiągnięta przez jednych niż przez innych, w naszej ocenie zmiana ku heteroseksualizmowi jest możliwa dla każdego homoseksualisty, który jest silnie motywowany by tą zmianą osiągnąć" (str. 319).
60. Clippinger: "Z 785 leczonych pacjentów 307, czyli w przybliżeniu 38%, było uleczonych. Dodając procenty z dwóch innych badań można powiedzieć, że co najmniej 40% homoseksualistów było uleczonych, a dodatkowo 10-30% doznało polepszenia (w zależności od studium dla którego statystyki są dostępne)" (str. 22).
61. Fine: Czy to przy pomocy hipnozy ..., czy psychoanalizy różnego typu, czy edukacyjnej psychoterapii, terapii behawiorystycznej czy po prostu zwykłych procedur edukacyjnych, znaczący procent zdecydowanych homoseksualistów stał się heteroseksualistami ... Jeżeli pacjenci byli motywowani, nie zależnie od przyjętej procedury duży procent porzuci swój homoseksualizm... Błędna informacja, że homoseksualizmu nie da się leczyć przy pomocy psychoterapii czyni nieobliczalne szkody tysiącom mężczyzn i kobiet... Wszystkie badania, rozpoczynając od Schrenk-Notzing'a donoszą o pozytywnych efektach niezależnie od podjętej metody leczenia, (str. 85-86).
62. Kaye i in.: "Wreszcie mamy wskazania dla terapeutycznego optymizmu w psychoanalitycznym leczeniu homoseksualnych kobiet. Stwierdziliśmy, że z grubsza z co najmniej 50%

- prawdopodobieństwem uzyskuje się poprawę u kobiet z tym syndromem, które poddają się leczeniu i kontynuują je" (str. 634).
63. MacIntosh pytał psychoanalityków. Podali oni, że spośród 824 męskich pacjentów u 213 analityków 197 (23,9%) zmieniło się na heteroseksualistów, a 703 odczuło znaczący pożytek z terapii; spośród 391 pacjentek u 153 analityków - 79 (20,2%) zmieniło się na heteroseksualistki a 318 odczuło znaczący pożytek z terapii (str. 1183).
 64. Marmor: "Lekarze, współautorzy niniejszego tomu, przedstawiają przekonujące dane, że homoseksualizm jest stanem, który może być, odwrócony". Nie ulega wątpliwości, że wiele z sukcesów w leczeniu homoseksualizmu pochodzi z rosnącego uznania przez psychoanalityków, że homoseksualizm jest wadą adaptacji, (str. 21).
 65. Nicolsi i in. przeanalizowali 850 osób oraz 200 terapeutów i pracowników poradni - poszukując w szczególności tych, którzy twierdzą, że dokonali zmiany orientacji seksualnej. Przed poradnictwem i terapią 68% respondentów uważała siebie za wyłącznie homoseksualnych lub prawie zupełnie homoseksualnych, a dodatkowe 22% oceniali się jako bardziej homoseksualni niż heteroseksualni. Po leczeniu tylko 13% oceniało siebie jako wyłącznie i prawie wyłącznie homoseksualnych, podczas gdy 33% określiło siebie jako wyłącznie lub prawie wyłącznie heteroseksualnych. Aż 99% teraz uważa, że leczenie homoseksualizmu jest skuteczne i przydatne.
 66. Rogers i in.: "Ogólnie rzecz biorąc, raporty o grupowej terapii homoseksualistów są optymistyczne; Prawie we wszystkich przypadkach terapeuci donoszą o pozytywnych wynikach terapii nie zależnie od tego czy ich celem było osiągnięcie zmiany orientacji seksualnej czy też redukcja problemów towarzyszących" (str. 22).
 67. Statinover dokonał przeglądu literatury dotyczącej terapii i stwierdził, że tylko w ciągu ośmiu lat, między rokiem 1966 a 1974, baza danych Medline, która nie obejmuje wielu periodyków psychoterapeutycznych, odnotowała ponad tysiąc artykułów na temat leczenia homoseksualizmu. Według Statinovera raporty te przeczą twierdzeniom, że zmiana nie jest możliwa. W rzeczywistości bardziej prawdziwym byłoby stwierdzić, że wszystkie dostępne dane silnie wskazują na to iż stan homoseksualny można zmienić. Większość psychoterapeutów przyzna, że przy leczeniu jakiegokolwiek schorzenia można się spodziewać około 30% sukcesu. (str. 169).
 68. Throckmorton: "Ściśle mówiąc pytanie sprowadza się do tego: Czy techniki terapii ukierunkowanych na zmianę są skuteczne w powodowaniu zmiany niechcianego podniecenia seksualnego? Twierdzę, że zaprzeczanie skuteczności terapii ukierunkowanej na zmianę wymaga, by jej przeciwnicy wykazali, iż żaden pacjent nie skorzystał na takich procedurach lub, że jakiegokolwiek pożytki są w jakiś obiektywny sposób zbyt kosztowne by je podejmować, nawet jeżeli są skuteczne. Dostępne dane potwierdzają obserwację wielu pracowników poradnictwa, że u wielu osób o seksualnej orientacji ku tej samej płci zaszła zmiana orientacji dzięki wielu różnym metodom poradnictwa" (str. 287).
 69. West streszcza wyniki różnych badań: techniki behawiorystyczne dają najlepsze udokumentowane pozytywne wyniki (nigdy poniżej 30%); psychoanaliza osiąga spore sukcesy (średnia wydaje się być około 25%, ale 50% biseksualistów osiągnęło wyłączny heteroseksualizm). "Wszelkie badania przeprowadzone kiedykolwiek nad konwersją homoseksualistów w heteroseksualistów odnotowują sukces przynajmniej w jakimś zakresie".
 70. Barnhouse: "Te fakty i statystyki o uleczalności są dobrze znane i nietrudno do zweryfikowania. Ponadto jest wiele osób, które doświadczały swego homoseksualizmu jako ciężaru, z powodów moralnych bądź społecznych i potrafiły porzucić ten stan bez pomocy psychoterapii; spośród tych znaczna część zdołała osiągnąć zmianę do satysfakcjonującego heteroseksualizmu. Zupełnie niezależnie od badań publikowanych przez tych, którzy specjalizują się w leczeniu zaburzeń seksualnych, wielu psychiatrów i psychologów mających do czynienia z bardziej ogólną praktyką (i siebie do tej grupy zaliczam) odnosiło sukcesy w pomaganiu

- homoseksualnym pacjentom w osiągnięciu kompletnej i trwałej zmiany ku heteroseksualizmowi" (str. 109).
71. Bergler: "Podczas blisko 30 lat z powodzeniem dokonałem analizy 100 homoseksualistów ... i zetknąłem się z blisko 500 w charakterze konsultanta. Na podstawie doświadczenia w ten sposób uzyskanego stwierdzam pozytywnie, że homoseksualizm daje doskonałe rokowania w psychiatryczno-psychoanalitycznej terapii trwającej rok lub dwa, z minimum trzema spotkaniami tygodniowo - po warunkiem jednak, że pacjent rzeczywiście pragnie zmiany. Spora liczba moich kolegów uzyskiwała podobne sukcesy" (str. 176).
 72. Bieber i Bieber: "Nawet do 20 lat śledziliśmy niektórych pacjentów, którzy pozostali wyłącznie heteroseksualni. Uzyskiwane zmiany teraz szacujemy od 30% do optymistycznego 50%" (str. 416).
 73. Cappon podaje, że pacjenci z biseksualnymi problemami byli wyleczeni w 90% przypadków (tzn. bez powrotów do zachowań homoseksualnych, bez doświadczania homoseksualnych pragnień czy fantazji) u mężczyzn, którzy zaprzestali dalszej terapii w uzgodnieniu z terapeutą. U pacjentów homoseksualnych: 80% znaczna poprawa (tzn. okazyjne powroty, zaniechanie agresywności, wzrastający dominujący heteroseksualizm.) ... 50% zmiana orientacji" (str. 265-268). Z homoseksualnych pacjentek 30% zmieniło orientację.
 74. Caprio: "Wiele z moich pacjentek, które uprzednio były lesbijkami, informowało mnie wiele lat po zakończeniu terapii, że są szczęśliwie zamężne i są przekonane, że nigdy nie powrócą do homoseksualnego trybu życia" (str. 299).
 75. Ellis: "...w moim odczuciu są podstawy do żywienia przekonania, że większość homoseksualistów, którzy są poważnie zaniepokojeni swoim stanem i są gotowi pracować, by go poprawić, może w konsekwencji aktywnej psychoanalitycznie ukierunkowanej psychoterapii uzyskać wyraźną pomoc w osiągnięciu bardziej satysfakcjonującej heteroseksualnej orientacji" (str. 194).
 76. Hadden: "Z mojego doświadczenia doszedłem do wniosku, że homoseksualistów można leczyć bardziej efektywnie przy pomocy terapii grupowych, gdy się je rozpoczyna w grupach składających się wyłącznie z homoseksualistów. W takich grupach rozumowanie, że homoseksualizm jest modelem życiowym, w którym chcieliby trwać, jest obalane przez innych członków grupy" (str. 814).
 77. Hadden: "Gdy wprowadza się pacjenta do grupy, wyjaśniamy mu na wstępie, że nie traktujemy homoseksualizmu jako choroby, ale jako symptom ogólnego nieprzystosowania ... Przewiduję, że ponad jedna trzecia pacjentów, którzy wytrwają w terapii doświadczy zmiany orientacji seksualnej, ale może być konieczne kontynuowanie terapii przez dwa lub więcej lat" (str. 114).
 78. Hadfield odnotował uleczenie 8 homoseksualistów: "Przez uleczenie, nie rozumiem tego ... że pacjent jest w stanie opanować swój popęd ... ani tego, że staje się zdolnym mieć stosunki płciowe i płodzić dzieci; ponieważ mógłby to robić przy pomocy homoseksualnych fantazji. Przez "uleczenie" rozumiem to, iż traci on pociąg płciowy do osób tej samej płci, a uzyskuje zainteresowanie płcią odmienną, tak więc w każdym względzie staje się seksualnie normalnym człowiekiem" (str. 1323).
 79. Hatterer podał: 49 pacjentów zmieniło orientację (20 ożeniło się, z tych 10 pozostało w związku małżeńskim, 2 się rozwiódł, 18 osiągnęło heteroseksualne przystosowanie); 18 częściowo poprawiło swój stan, pozostali w stanie wolnym; 76 pozostało homoseksualistami (28 powierzchownie poprawiło stan - 58 bez zmian). "Duża niezidentyfikowana część tej populacji wtopiła się w społeczeństwo heteroseksualne. Chodzi o osoby, które zachowywały się homoseksualnie w późnym wieku młodzieńczym i we wczesnej dorosłości, a sami uporali się ze swoimi problemami, porzucili takie zachowanie i weszli w udane małżeństwa lub w układy o biseksualnym przystosowaniu" (str. 14).
 80. Kroneymeyer: "Bazując na moim 25-letnim doświadczeniu jako psycholog kliniczny, zdecydowanie uważam, że homoseksualizm jest nabytą reakcją na wczesne bolesne

- doświadczenia i że można się jej oduczyć. Dla tych homoseksualistów, którzy nie są zadowoleni ze swego życia i trafią do skutecznej terapii jest to stan uleczalny" (str. 7).
81. Exodus North America Update publikuje miesięczny biuletyn zawierający świadectwa mężczyzn i kobiet, którzy porzucili homoseksualizm. P.O. Box 77652, Seattle WA 98177. Patrz zeszyty z lat 1990-2000.
 82. American Psychiatric Association Fact sheet: "Homoseksualizm i biseksualizm ... Nie istnieją publikowane naukowe dane świadczące o efektywności 'terapii naprawczej' jako leczenia ukierunkowanego na zmianę orientacji seksualnej".
 83. Herek: "Nie tak dawno, bo w styczniu 1990 r. dr Bryant Welch, Dyrektor Wykonawczy biura Praktyki Zawodowej Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychologicznego stwierdził, że 'nie istnieją dane naukowe świadczące o efektywności którejkolwiek z próbowanych terapii naprawczych by zmienić orientację seksualną' oraz że 'badania naukowe sugerują, iż wysiłki naprawcze wobec homoseksualistów są niczym innym jak społecznym uprzedzeniem ubranym w psychologiczny żargon".
 84. Tripp i Haterer: "Z mojego punktu widzenia nie ma żadnych wskazań by nastąpiła fundamentalna zmiana w czymkolwiek życiu płciowym w wyniku terapii, a w ogóle to i tak nie byłaby ona wskazana. Najlepszą orientacją seksualną człowieka jest ta, która pozwala mu wydobyć z siebie jak najwięcej w sposób spontaniczny. Skasowanie w nim poczucia winy i dziecinnych oczekiwań, że konformizm jest najlepszą drogą do nieba, da mu wiarę w siebie i energię by łatwiej osiągnąć społeczną integrację ... Ponieważ homoseksualizm jest orientacją alternatywną, a nie chorobą 'leczenie' jest z założenia niemożliwe. Co jest podawane jako 'uzdrowienie' jest tylko powierzchownym zdławieniem symptomów lub zwykłym unikaniem" (str. 48).
 85. Goetz dokonał przeglądu 17 studiów i odnotował 44 osoby, które były wyłącznie homoseksualne lub ze zdecydowaną przewagą skłonności homoseksualnych, a doświadczyły pełnej przemiany orientacji seksualnej.
 86. Coleman: "...oferowanie kuracji homoseksualistom, którzy pragną zmiany orientacji seksualnej, jest w moim mniemaniu nieetyczne. Są dane, jak wykazano w niniejszym przeglądzie, że terapeuci mogą pomóc pojedynczym osobom zmienić zachowania na pewien okres czasu. Pozostaje pytanie, czy jest to korzystne dla pacjentów aby zmieniać zachowania na coś, co jest niezgodne lub niewspółmierne z ich seksualną orientacją" (str. 354).
 87. Herron i in.: "Zmienianie czyjegoś zachowania seksualnego, od homoseksualnego do heteroseksualnego, można osiągnąć pracując nad istniejącym już potencjałem, ale to nie zmieni prawdziwie preferencji tej osoby. Choć może się wydawać, że psychoanaliza może zmienić czyjąś orientację seksualną, w rzeczywistości jest to osiągnięcie ograniczone, które zdarza się tylko wyjątkowo, a nawet wtedy jest o wątpliwej trwałości" (str. 179).
 88. Acosta: "Większość sukcesów terapeutycznych wydaje się dotyczyć biseksualistów raczej niż homoseksualistów. Łączne stosowanie psychoterapii i specyficznych technik behawioralnych może oferować jakąś nadzieję na heteroseksualną adaptację u pewnego rodzaju pacjentów" (str. 9).
 89. Davison: "... nawet gdyby zademonstrować, że dana preferencja seksualna może być zmodyfikowana poprzez negatywne doświadczenia wyuczone, pozostaje pytanie jakie znaczenie mają te dane dla zagadnienia etycznego odnośnie tego czy powinno się angażować w takie prowadzenie ku zmianom behawioralnym. Prosta prawda jest taka, że dane o skuteczności są w tym miejscu zupełnie nie istotne. Nawet gdybyśmy potrafili spowodować pewne zmiany, pozostaje o wiele ważniejsze pytanie czy powinniśmy. Ja uważam, że nie" (str. 96). "Programy terapii mającej na celu zmianę orientacji powinny być wyeliminowane. Ich obecność tylko potwierdza zawodowe i społeczne uprzedzenia wobec homoseksualizmu, mimo rzekomo narastającej retoryce o jego normalności ..." (str. 97).
 90. Gittings: "Społeczność homoseksualna patrzy na wysiłki w kierunku zmiany homoseksualistów w heteroseksualistów, lub na próby kształtowania młodszych, rzekomo bardziej plastycznych,

- homoseksualistów w heteroseksualistów ... jako gwałt na naszych ludziach porównywalny do ludobójstwa".
91. Begelman: "Wysiłki terapeutów behawioralnych by przekształcać homoseksualistów w heteroseksualistów przez sam fakt ich istnienia stanowią istotny czynnik sprawczy wzmacniający doktrynę społeczną traktującą homoseksualizm jako coś złego"(str. 180).
 92. Begelman: "Moje zalecenie by terapeuci behawioralni zaniechali stosowania technik reorientacji seksualnej oparte jest na następujących przesłankach. Stosowanie tych programów oznacza wzmacnianie systemu przekonań społecznych dotyczących homoseksualizmu. Znaczenie samego udostępniania usług reorientacyjnych jest jednym więcej czynnikiem sprawczym więzów opresji" (str. 217).
 93. Murphy: "Nie byłoby żadnych technik reorientacyjnych gdyby nie było przekonania, że homoerotyzm jest czymś gorszym, przekonania, które na różne sposoby nadal jest medycznie definiowane, wymuszane kodeksem karnym, społecznie sankcjonowane i religijnie uzasadniane. I właśnie w tej moralnej ocenie, bardziej niż w panujących poglądach medycznych, wszystkie programy seksualnej reorientacji znajdują swoje wspólne źródło i usprawiedliwienie" (str. 520).
 94. Slek cytuje Lindę Garnet, przewodniczącą Komisję Promocji Psychologii w Interesie Publicznym Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (APA Board for Advancement of Psychology in the Public Interest), która stwierdziła, że terapie reorientacyjne "żywią się uprzedzeniem społecznym w stosunku do homoseksualistów i mogą pogłębić problemy pacjenta z niską samo oceną oraz poczuciem wstydu i winy".
 95. Smith: "Oczywiście wszyscy rodzice pragną by ich dzieci były szczęśliwe i podobne do nich, i jeżeli to jest możliwe przyjmują pomoc interwencyjną by uniknąć u dzieci homoseksualnego przystosowania (nie mówiąc już o transseksualizmie). Z drugiej strony sprawa ta podnosi zagadnienia etyczne po linii innych 'Ostatecznych rozwiązań' problemów z mniejszościami" (str. 67).
 96. Begelman: "Zalecenie to nie jest oparte na jakiegokolwiek abstrakcyjnej niezgodzie z zasadą, że pacjent ma prawo szukać pomocy by obniżyć swe stresy i niepokoje. Bierze ono jednak pod uwagę fakt, że osoba homoseksualna szukająca terapii czyni to najczęściej dlatego, ponieważ była zmuszona do przyjęcia konwencjonalnej i apriorycznie negatywnej oceny swego zachowania. Można więc zapytać: Na jakiej podstawie etycznej jesteśmy zobligowani do porzucenia pacjenta w imię wierności abstrakcyjnemu zestawowi poglądów?" (str. 217).
 97. Silverstein: "Sugerowanie, że ludzie przychodzą dobrowolnie aby zmienić swoją orientację seksualną to ignorowanie potężnej roli stresu środowiskowego, można go nazwać opresją, która wmawia im przez lata, że powinni się zmienić ... Tym co przyprowadza ich do poradnictwa jest poczucie winy, wstydu i samotności, która towarzyszy ich sekretowi. Jeżeli naprawdę chce się im pomóc dowolnie wybrać, to sugeruję by najpierw pozbawić ich poczucia winy. Trzeba pozwolić aby pozbyli się wstydu z powodu swoich pragnień i czynów oraz żeby poczuli się swobodni ze swoim seksualizmem. Potem nich wybierają, ale nie przedtem." (str. 4).
 98. Barrett i Barzan: "Wspomaganie gejów i lesbijek w uwalnianiu się od zewnętrznych autorytetów religijnych może stanowić wyzwanie dla własnej akceptacji nauczania religijnego przez prowadzącego poradnictwo" (str. 8).
 99. Nelson, profesor etyki chrześcijańskiej, broni homoseksualnej niewierności: "... jest to wyraz braku delikatności i niesprawiedliwe oceniać gejów i lesbijki według heteroseksualnego ideału monogamicznego związku ... Niektóre takie pary (podobnie jak niektóre pary heteroseksualne) próbowały związków, które dopuszczają możliwość zbliżeń seksualnych z drugorzędnymi partnerami" (str. 173).
 100. Mirkin: "W niniejszej rozprawie dowodząc będziemy, że molestowanie dzieci, podobnie jak homoseksualizm, jest szczególnym wytworem kulturowym i klasowym naszych czasów. Choć Amerykanie traktują międzypokoleniowe kontakty płciowe jako coś złego, były one

- dopuszczalne lub obowiązkowe w wielu kulturach i okresach historii. Kontakty seksualne z młodymi chłopcami są szczególnie pospolitym zjawiskiem" (str. 4).
101. Smith: "Pedofilia jest bardziej kulturową etykietką niż zagadnieniem z istoty medycznym czy psychiatrycznym; odkrycia antropologiczne potwierdzają ten punkt widzenia" (str. 68).
 102. Davison: "Bieber i in. stwierdzili coś co nazywają 'blisko-wiążącą intymną matkę' jako częściej obecną w życiorysach badanych pacjentów homoseksualnych niż w heteroseksualnej grupie kontrolnej. Ale czy taka matka jest czymś złym - chyba, że znajdzie się ją w życiorysie ludzi, których obecne zachowania apriorycznie uzna się za patologiczne? Ponadto, nawet jeżeli zidentyfikuje się emocjonalny defekt u homoseksualisty, można go traktować jako problem spowodowany skrajną opresją w jakiej przyszło mu żyć w społeczeństwie traktującym homoseksualistów jako 'zboczeńców' i prześladujących ich" (str. 92).
 103. Menvielle pisze w liście krytykującym artykuł na temat GID (Bradley i Zucker 1997): "Etyczne implikacje oceny czy dziecięce GID (Gender Identity Disorder - zaburzenie identyfikacji płciowej) jest chorobą psychiczną czy też manifestacją normalnej homoseksualnej, orientacji ma znaczenie podstawowe ponieważ, etykietowanie przed-homoseksualnych dzieci jako chorych byłoby błędem" (str. 243). Na to Bradley i Zucker odpowiedzieli: "Dr Menvielle jest naiwnym w swoim założeniu, że te dzieci będą szczęśliwe jeżeli tylko po prostu pozwoli im się 'dojrzeć' w kontynuowaniu zachowań i zainteresowań niezgodnych z własną płcią, łącznie z pragnieniem zmiany płci. Są to nieszczęśliwe dzieci, które używają tych zachowań defensywnie aby uporać się ze swoim nieszczęściem" (str. 244).
 104. Fitzgibbons: "Doświadczenie nauczyło mnie, że leczenie to proces trudny, ale przy obopólnych wysiłkach terapeuty i pacjenta, poważne rany emocjonalne po pewnym okresie czasu mogą być wyleczone" (str. 96).
 105. Doll i in.: Z grupy 1001 homoseksualnych mężczyzn 42% donosiło o dziecięcych przeżyciach, które odpowiadają kryteriom wykorzystania płciowego.
 106. Stephan: "... homoseksualiści donoszą o doświadczeniu pierwszego orgazmu w młodszym wieku niż heteroseksualiści". U 24% homoseksualistów pierwszy orgazm nastąpił podczas kontaktów homoseksualnych podczas gdy dotyczy to tylko 2% u heteroseksualistów" (str. 511).
 107. Bell i in.: Dla homoseksualistów średnim wiekiem pierwszego kontaktu homoseksualnego jest 9,7 lat. U heteroseksualistów pierwszy kontakt seksualny przypada na wiek 11,6 lat.
 108. Johnson i Shrier: "Z grupy 40 młodocianych mężczyzn donoszących o seksualnym wykorzystaniu wszyscy mają od 15 do 21 lat w czasie swej pierwszej wizyty w klinice ... Ani jeden młodzieniec poniżej 15 roku życia nie zgłosił wykorzystania płciowego i tylko 6 z tej 40 miało poniżej 17 lat ... Tylko 6 z tej 40 przyznało się do tego gwałtu komukolwiek przed pierwszą rozmową w klinice ... Cała 6 określiła siebie jako obecnie homoseksualnych" (str. 374). "Mimo tego, że blisko połowa naszej populacji chłopców w klinice jest poniżej 15 roku życia, wszyscy ci, którzy przyznali się do seksualnego molestowania mieli powyżej 15 lat. Ponieważ wszystkie te molestowania odbyły się w wieku przed młodzieńczym, możemy tylko spekulować, że nasi młodzi chłopcy nie zgłaszają faktu wcześniejszego molestowania płciowego" Z tej 40 co donosiła o wykorzystywaniu płciowym 47,5% identyfikowało siebie jako homoseksualnych (str. 375).
 109. Sagir i Robins stwierdzili, że onanizowanie się 4 lub więcej razy w tygodniu występowało u 6% heteroseksualnych mężczyzn poniżej 19 roku życia i 0% powyżej 19 roku, a u homoseksualnych mężczyzn 46% przed 19 rokiem, 31% między 20-29 lat i 26% powyżej 30 lat (str. 49-50).
 110. Beitchman i in.: "...seksualnie wykorzystane dzieci szkolne obojga płci, podobnie jak seksualnie wykorzystywane dzieci przedszkolne, wykazywały większą skłonność do niewłaściwych zachowań seksualnych (np. nadmierne onanizowanie się, ciągłe zainteresowanie sprawami płci, agresja płciowa) niż to występuje w normalnych i klinicznych grupach kontrolnych" (str. 544).
 111. Goode i Haber: Nigdy nie onanizowało się - 28% kobiet bez doświadczeń homoseksualnych i 0% kobiet z doświadczeniami homoseksualnymi. Onanizowało się 6 lub więcej razy w ostatnim

- miesiącu - 13% kobiet bez doświadczeń homoseksualnych i 50% kobiet z doświadczeniami homoseksualnymi.
112. Saghir i Robins w swoim studium wykazali, że 40% homoseksualnych mężczyzn płaciło lub otrzymywało pieniądze za usługi seksualne w porównaniu z 17% dla niehomoseksualnej grupy kontrolnej, w której płacili ale nikt nie otrzymywał pieniędzy za usługi seksualne (str. 81).
 113. Fifield i in.: "... niepokojąca liczba homoseksualnych mężczyzn i kobiet (31,96%) tkwiła w alkoholo-centrycznym stylu życia".
 114. Saghir i Robins stwierdzili, że 30% homoseksualistów w ich grupie przyznawało się do nadmiernego picia lub uzależnienia alkoholowego podczas gdy w heteroseksualnej grupie kontrolnej 20% (str. 119).
 115. Beitchman i in. "Przegląd badań symptomatologicznych wśród seksualnie wykorzystanej młodzieży wykazał istnienie takich stanów jak depresja, pogardzanie sobą i myśli samobójcze" (str. 544).
 116. Zucker i Bradley: "... Na ogół zgadzamy się z tymi, którzy twierdzą (Green i in. 1972; Newman 1976; Stroller 1978), że im wcześniej podejmie się leczenie tym lepiej" (str. 281). "Jest naszym doświadczeniem, że znaczna liczba dzieci i ich rodzin mogą osiągnąć poważne zmiany. W tych przypadkach, zaburzenie identyfikacji płciowej ustępuje zupełnie i nic w zachowaniu tych dzieci czy ich fantazjach nie sugeruje, że sprawy identyfikacji płciowej pozostają problematyczne... Biorąc to wszystko pod uwagę uważamy jednak, że jako terapeuci powinniśmy być optymistyczni, a nie nihilistyczni, odnośnie możliwości udzielenia dzieciom pomocy w uzyskaniu większej pewności siebie w ramach swojej płci".
 117. Newman: "Zniewieściali chłopcy, w odróżnieniu od dojrzałych mężczyzn z zaburzeniem identyfikacji płciowej, wydają się być szczególnie podatni na terapię". (str. 684).
 118. Newman: "Wyśmiewanie i społeczne odrzucanie przez rówieśników maleje i jest zastępowane akceptacją. Podczas pierwszych 12-24 miesięcy terapii ci pacjenci zaczynają odczuwać przyjemność akceptacji przez kolegów i ta akceptacja staje się silnym, trwałym wspomaganie terapii" (str. 684).
 119. Bradlery i Zucker: "Naszym doświadczeniem jest, że takie cierpienie ulega radykalnemu zmniejszeniu a poczucie własnej wartości poprawia się gdy rodzice potrafią docenić dziecko i pomóc oraz zachęcić do zachowań zgodnych z własną płcią" (str. 245).
 120. Bates i in.: "Wydaje się prawdopodobnym, że połączenie zniewieściałości, lęków, społecznego nieprzystosowania oraz niedojrzałości razem stanowią wystarczający powód by rodzice, szkoły i inni szukali lekarskiego zajęcia się tą zniewieściałością" (str. 14).
Newman: "Matki na ogół obawiają się utraty bliskości syna wraz ze wzrostem męskości u niego i dlatego niechętnie godzą się na rozpoczęcie programu leczenia" (str. 684).
 121. Garofalo i in.: "Homoseksualne i biseksualne nastolatki mogą bardziej ryzykować i angażować się w bardziej ryzykowne zachowania wcześniej w życiu niż nastolatki określające siebie jako heteroseksualne. Nastolatki GLB [gejoskie, lesbijskie, biseksualne] mają większą skłonność do brania pod uwagę samobójstwa lub podejmowania prób samobójczych, nadużywania alkoholu, uczestniczenia w ryzykownej aktywności seksualnej lub bycia jej ofiarami oraz rozpoczynają te zachowania wcześniej."
 122. Osmond i in. dokonali przeglądu sytuacji domowej nieżonatych mężczyzn w wieku 18 do 29 lat i stwierdzili, że wśród 328 homoseksualistów 20,1% była HIV pozytywna.
 123. Stall i Wiley: "...częstotliwość używania poszczególnych narkotyków w ramach tej grupy miejskiej społeczności homoseksualnej jest całkiem wysoka i istnieją istotne różnice w liczbie narkotyków używanych przez homoseksualnych i heteroseksualnych respondentów. Odkrycie, że znaczna proporcja homoseksualnych mężczyzn używa wiele różnych typów narkotyków podnosi prawdopodobieństwo, że równoczesne stosowanie kilku narkotyków jest całkiem częste wśród homoseksualnych mężczyzn" (str. 71).
 124. Signorile cytuje Steve Troy: „Żyjemy w wieku AIDS i sądzę że wiele ludzi mówi sobie, 'nie wiem jak długo będę żyć ...'. Większość osób uczęszczających na środowiskowe prywatki jest

- HIV pozytywna, naprawdę tak sędę. Ich stanowisko jest następujące, 'będę żyć chwilą obecną'. Prywatki środowiskowe to jedyna możliwość totalnej ucieczki. Niestety częścią tego jest branie narkotyków, które powodują że stajemy się o wiele mniej wstrzemięźliwi. Robimy rzeczy, których normalnie nie zrobilibyśmy gdybyśmy byli przy pełni zmysłów ... I żeby być szczerym nie mogą powiedzieć, że jestem... nie mogą powiedzieć, sam tego nie robiłem. Gdy się jest na narkotykach to prawdopodobieństwo niebezpiecznego seksu jest o wiele większe" (str. 116).
125. Rekers: "Korzystając z dużych grantów pochodzących od National Institute of Mental Health eksperymentalnie wykazałem na szerokiej próbie populacyjnej skuteczne leczenie 'dziecięcych zaburzeń identyfikacji płciowej', które potencjalnie mogą się przekształcić w orientację homoseksualną u mężczyzn.
 126. Mulry i in.: "...mężczyźni, którzy nigdy nie pili przed stosunkami seksualnymi prawie nigdy nie angażują się w niezabezpieczone kontakty analne, podczas gdy 90% mężczyzn, którzy mieli przynajmniej jeden niezabezpieczony kontakt analny również czasami piło przed stosunkami płciowymi". Raport stwierdził: "praktyczną nieobecność osób niepijących i równocześnie angażujących się w niezabezpieczone kontakty analne" (str. 181).
 127. Bell i Weinberg: 62% z 575 homoseksualnych mężczyzn ze studium z roku 1978 nabawiło się chorób wenerycznych drogą kontaktów homoseksualnych.
 128. Rotello: "Któż chciałby zachęcać swoje dzieci by angażowały się w życie, narażające ich z 50% pewnością na zarażenie się HIV? Któż chciałby pozostawać choćby neutralnym wobec takiej perspektywy? Jeżeli uzasadnieniem za społeczną tolerancją wobec homoseksualizmu jest to iż pozwala homoseksualnym dzieciom mieć równą szansę w poszukiwaniu szczęścia, to rozumowanie to w sposób beznadziejny upada w obliczu niekończących się epidemii negujących to szczęście" (str. 286).
 129. Stall i in.: "Nawet wykorzystując przekrojowe układy badawcze nie wykazano systematycznego pożytku z edukacji zdrowotnej w redukowaniu zagrożenia infekcją HIV ... Nie wolno nam zakładać, że więcej edukacji, przez dłuższy okres czasu, będzie skutecznym czynnikiem w indukowaniu zmian zachowawczych wśród mężczyzn znajdujących się w grupach wysokiego zagrożenia" (str. 883).
 130. Calabrese, Harris i Easley studiując grupę homoseksualnych mężczyzn żyjących poza licznymi środowiskami wybrzeży USA, stwierdzili, że ani uczestnictwo na wykładach o bezpiecznym seksie, ani czytanie broszur o bezpiecznym seksie, ani otrzymywanie porad od lekarzy o AIDS, ani testowanie na HIV, ani poradnictwo w innym miejscu testowania nie miały wpływu na zakres partycypacji w bezpiecznym seksie.
 131. Hoover i in.: "Ogólne prawdopodobieństwo zmiany serologicznej [z HIV- na HIV+] przed 55 rokiem życia wynosi około 50% i zmiany te trwają po 55 roku życia. Biorąc pod uwagę, że te dane dotyczą grupy ochotników otrzymujących szeroką edukację ukierunkowaną przeciwko zakażeniu HIV-1, przyszłe zmiany serologiczne całej populacji homoseksualnej mogą być nawet wyższe niż te prezentowane tutaj" (str. 1190).