

OŚWIADCZENIE KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA LEK. USA

Autor: frater - 08/13/2019 08:52

mateusz.pl/okarol/ok_hin.htm

OŚWIADCZENIE KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA LEKARZY USA

OŚWIADCZENIE KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA LEKARZY USA

Homoseksualizm i nadzieja

Umieszczam na tej stronie z upoważnienia autorów

Spis rzeczy

I. OCENY

Wstęp

Nie rodzą się takimi

Pociąg płciowy do osób tej samej płci jako objaw kliniczny

Możliwość prewencji pociągu płciowego do osób tej samej płci

Zagrożeni, ale nie predestynowani

Terapia

Cele terapii

II. ZALECENIA

Duszpasterstwo mężczyzn i kobiet doświadczających pociągu płciowego do osób tej samej płci

Rola kapłana

Katoliccy lekarze specjaliści

Nauczyciele w katolickich szkołach

Katolickie rodziny

Społeczność katolicka

Biskupi

Nadzieja

III. BIBLIOGRAFIA

APPENDIX

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 o wnioski 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 wstrzeźliwości” (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 ciągłe 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 reagowania pozytywnego na żądania zmian w prawodawstwie i w nauczaniu religijnym, (Emulf i in. 1989 14 Piskur i Degelman1992 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 psycho-seksualny wiedzie w sposób naturalny do zainteresowania osobami płci odmiennej. 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 wtórnie ukształtowane, 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 takimi jakich ich stworzył 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 Brzek 1983 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 Bradley 1995 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 Sevlie 1993 42).

Utrata rodzica z powodu śmierci lub rozvodu (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 później w życiu 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 zaspakajane, 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, ale czują się 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.

=====

Odp: OŚWIADCZENIE KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA LEK. USA

Autor: frater - 08/13/2019 08:53

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. I również, ani dr Pomeroy, ani ja, nie byliśmy w stanie znaleźć takiego pacjenta. Bylibyśmy radzi, by 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. Wiele 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 twierdzą oni, że takie leczenie jest szkodliwe. Barnhouse wyraził zdziwienie z powodu tych wysiłków: „Wypaczenie

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 psychiatra 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 tą 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 Sleet 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 auto-erotyzmie (Saghir i Robins1973), w sadomasochizmie i w innych pseudo-miłościach. Niektórzy nawet proponują zredukować restrykcje odnośnie 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 pociągami płciowymi 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 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 odnajdują 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 żeńskiej 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.

Katoliccy 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 do 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 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 to 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.

II. ZALECENIA

1. DUSZPASTERSTWO MĘŻCZYŹN 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 to organizacja znana pod nazwą Courage (Odwaga), i stowarzyszona z nią organizacja Encourage (Zachęcaj), której adres podany jest na końcu opracowania. Choć wszelkie próby nauczania o grzeszności niedopuszczalnych zachowań homoseksualnych może 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 wobec 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 pomoc 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 dłużej trwać. Szczególnie tragicznym jest to, że Courage, która pod kierownictwem ks. John Harvey rozwinęła wspierała 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 uznać należy takie zalecenie 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.

=====

Odp: OŚWIADCZENIE KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA LEK. USA

Autor: frater - 08/13/2019 08:54

2. ROLA KAPŁANA

Jest szczególnie ważną rzeczą 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 na końcu). 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 wstrzymywać 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 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 błądzących, 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, naśladując 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 1976 116). Choć głównym powodem leczenia dzieci jest pragnienie ulżenia ich obecnemu nieszczęściu (Newman 1976 117 Bradley i Zucker 1998 118 Bates i in.1974 119) 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 to często opierają się leczeniu (Zucker i Bradley 1995; Newman 1976 120). Informowanie ich o tym, że 75% dzieci z objawami GID i chronicznego młodocianego zniewieścienia, jeżeli nie podejmie się interwencji, doświadczą będzie pociągu płciowego do osób tej samej płci (Bradley i Zucker 1998) oraz o zagrożeniach związanych z aktywnością homoseksualną (Garofalo i in. 1998 121 Osmond i in. 1994 122 Stall i Wiley 1988b 123 Rotello 1997; Signorile 1997 124) może skłonić ich do przełamania oporu przeciwko terapii. Współpraca rodziców jest niezmiernie ważna jeżeli wczesna interwencja ma być skuteczną.

Pediatrzy winni zapoznać się z literaturą dotyczącą leczenia. George Rekers napisał szereg książek na ten temat (Rekers 1988 125). 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.

Profesjoniści 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 naciskom promującym prezerwatywy w programach edukacyjnych ukierunkowanych na akceptację homoseksualnej aktywności młodzieży. Wiele badań wskazuje na to, że tego rodzaju edukacja jest nie skuteczna 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 ujawnić się. 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 nie spełniających 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 pozamałżeńska i aborcja były tematami tabu, a stosunek do kobiet zaangażowanych w te sprawy bezpardonowy i okrutny. Legalizacja aborcji zmusiły Kościół do zajęcia się tym tematem i podjęcia aktywnego duszpasterstwa kobiet z „niechcianymi” ciążami i cierpiących z powodu syndromu po-aborcyjnego. 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 oraz 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 determinowane genetycznie i nie do zmienienia, świeccy winni być w stanie dostarczyć właściwe informacje korygujące te nieporozumienia.

=====

Odp: OŚWIADCZENIE KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA LEK. USA

Autor: frater - 08/13/2019 08:55

7. BISKUPI

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy (CMA) uznaje odpowiedzialność biskupa ordynariusza w nadzorowaniu ortodoksji nauczania w jego diecezji. Niewątpliwie obejmuje to sprawę jasnych instrukcji odnośnie natury i celu stosunków płciowych między osobami i o grzeszności niewłaściwych relacji. CMA pragnie współpracować z biskupami i kapłanami w wspomaganie 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 wspomaganie i jesteśmy gotowi współpracować z

każdym psychologicznie, duchowo i etycznie poprawnym programem.

8. NADZIEJA

Jeffrey Satinover, lek med. i dr, 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 borykali się, 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 katoliccy 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 (

Adres poczty elektronicznej jest chroniony przed robotami spamującymi. W przeglądarce musi być włączona obsługa JavaScript, żeby go zobaczyć.

) zawierającej również przeglądy literaturowe.

Należy podkreślić, że wielu autorów tutaj cytowanych nie akceptuje nauczania Kościoła o tym, że czyny homoseksualne są z samej swojej wewnętrznej natury nieuporządkowane. Nie czyniono żadnej próby rozróżniania tych co akceptują, od tych co nie akceptują, ponieważ ci co promują prewencję i leczenie i ci co popierają 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.

III. BIBLIOGRAFIA

Acosta, F. (1975) Etiology and treatment of homosexuality: A review. Archives of Sexual Behavior. 4: 9-29.

American Psychiatric Association (1997) Fact Sheet: Homosexuality and Bisexuality. Washington DC:APA. Sept.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual IV. Washington DC: APA.

Apperson, L., McAdoo, W. (1968) Parental factors in the childhood of homosexuals. *Journal of Abnormal Psychology*. 73, 3: 201 - 206.

Bailey, J., Miller, J., Willerman, L. (1993) Maternally rated childhood gender nonconformity in homosexuals and heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 22, 5: 461 - 469.

Bailey, J., Pillard, R. (1991) A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*. 48: 1089 - 1096.

Barnhouse, R. (1977) *Homosexuality: A Symbolic Confusion*. NY: Seabury Press.

Barrett, R., Barzan, R. (1996) Spiritual experiences of gay men and lesbians. *Counseling and Values*. 41: 4 - 15.

Bates, J., Skilbeck, W., Smith, K, Bentley, P. (1974) Gender role abnormalities in boys: An analysis of clinical rates. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2, 1: 1 - 17.

Begelman, D. (1977) Homosexuality and the ethics of behavioral intervention. *Journal of Homosexuality*. 2, 3: 213 - 218.

Begelman, D.(1975) Ethical and legal issues of behavior modification (in Hersen, M., Eisler, R., Miller, P. *Progress in Behavior Modification*. NY: Academic).

Beitchman, J., Zucker, K., Hood, J., DaCosta, G., Akman, D. (1991) A review of the short-terms effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 15: 537 - 556.

Bell, A., Weinberg, M., Hammersmith, S. (1981) *Sexual Preference: Its Development in Men and Women*: Bloomington IN: Indiana U.P.

Bell, A., Weinberg, M. (1978) *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women*. NY: Simon and Schuster.

- Bene, E. (1965) On the genesis of male homosexuality: An attempt at clarifying the role of the parents. *British Journal of Psychiatry*. 111: 803 - 813.
- Berger, J. (1994) The psychotherapeutic treatment of male homosexuality. *American Journal of Psychotherapy*. 48, 2: 251 - 261.
- Bergler, E. (1962) *Homosexuality: Disease or Way of Life*. NY: Collier Books.
- Bieber, I., Bieber, T. (1979) Male homosexuality. *Canadian Journal of Psychiatry*. 24, 5: 409 - 421.
- Bieber, I. (1976) A discussion of "Homosexuality: The ethical challenge." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44, 2: 163 - 166.
- Bieber, I. et al. (1962) *Homosexuality: A Psychoanalytic Study of Male Homosexuals*. NY: Basic Books.
- Bieber, T. (1971) Group therapy with homosexuals. (In Kaplan, H., Sadock, B. *Comprehensive Group Psychotherapy*, Williams & Wilkins: Baltimore MD).
- Blitch, J., Haynes, S. (1972) Multiple behavioral techniques in a case of female homosexuality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 3: 319 - 322.
- Bradley, S., Zucker, K. (1998) Drs. Bradley and Zucker reply. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 3: 244 - 245.
- Bradley, S., Zucker, K. (1997) Gender identity disorder: A review of the past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34, 7: 872 - 880.
- Brown, D. (1963). Homosexuality and family dynamics. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 27: 227 - 232.
- Burr, C. (1996) Suppose there is a gay gene...What then?: Why conservatives should embrace the gay

gene. The Weekly Standard. Dec. 16.

Bychowski, G. (1954) The structure of homosexual acting out. *Psychoanalytic Quarterly*. 23: 48 - 61.

Byne, W., Parsons, B. (1993) Human sexual orientation: The biologic theories reappraisal. *Archives of*

General Psychiatry. 50: 229 - 239.

Calabrese, L., Harris, B., Easley, K. (1987) Analysis of variables impacting on safe sexual behavior among homosexual men in the area of low incidence for AIDS. Paper presented at the Third International

Conference for AIDS. Washington DC. (in Stall 1988)

Cappon D. (1965) *Toward and Understanding of Homosexuality*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.

Caprio, F. (1954) *Female Homosexuality: A Psychodynamic Study of Lesbianism*. NY: Citadel.
Catechism of the Catholic Church (CCC)

Chapman, B., Brannock, J. (1987) Proposed model of lesbian identity development: An empirical examination. *Journal of Homosexuality*. 14: 69 - 80.

Clippinger, J. (1974) Homosexuality can be cured. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology Methods and Therapy*. 21, 2: 15 - 28

Coleman, E. (1978) Toward a new model of treatment of homosexuality: A review. *Journal of Homosexuality*. 3, 4: 345 - 357.

Conrad, S., Wincze, J. (1976) Orgasmic reconditioning: A controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals. *Behavior Therapy*. 7: 155 -166.

Crewdson, J. (1995) Study on 'gay gene' challenged. Chicago Tribune. June 25.

Davison, G. (1982) Politics, ethics and therapy for homosexuality. (in Paul, W., Weinrich, J., Gonsiorek, J., Hotredt, M., Homosexuality: Social, Psychological and Biological Issues. Berverly Hills CA: Sage) 89 - 96.

Doll, L., Joy, D., Batholow, B., Harrison, J., Bolan, G., Douglas, J., Saltzman, L., Moss, P., Delgado, W. (1992) Self-reported childhood and adolescent sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. Child Abuse & Neglect. 18: 825 - 864.

de Beauvoir, S. (1953) The Second Sex. NY: Knopf: .

Eckert, E., Bouchard, T., Bohlen, J., Heston, L. (1986) Homosexuality in monozygotic twins reared apart. British Journal of Psychiatry. 148: 421 - 425.

Eisenbud, R. (1982) Early and later determinants of lesbian choice. Psychoanalytic Review. 69, 1: 85 - 109

Ellis, A. (1956) The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. Journal of Consulting Psychology. 20, 3: 191 - 195.

Engel, B. (1982) The Right to Innocence. Los Angeles: Jeremy Tarcher.

Ernulf, K., Innala, S., Whitam, F. (1989) Biological explanation, psychological explanation, and tolerance of homosexual: A cross-national analysis of beliefs and attitudes. Psychological Reports. 65: 1003 - 1010.

Exodus North America (1990-2000) Update. Exodus: Seattle WA.

Fergusson, D., Horwood, L., Beautrais, A. (1999) Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?" Archives of General Psychiatry. 56, 10: 876 -888.

Fifield, L., Latham, J., Phillips, C. (1977) Alcoholism in the Gay Community: The Price of Alienation, Isolation and Oppression, A Project of the Gay Community Service Center, Los Angeles, CA.

Fine, R. (1987) Psychoanalytic theory. (in Diamant L. Male and Female Homosexuality: Psychological Approaches. Washington: Hemisphere Publishing.) 81 - 95.

Finkelhor, D. et al. (1986) A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Newbury Park CA: Sage.

Finkelhor, D. (1984) Child sexual abuse: New theory and research. NY: The Free Press.

Fisher, S., Greenberg, R. (1996) Freud Scientifically Reappraisal. NY: Wiley & Sons.

Fitzgibbons, R. (1999) The origins and therapy of same-sex attraction disorder. (in Wolfe, C. Homosexuality and American Public Life. Spense) 85 - 97.

Friedman, R. Stern, L. (1980) Juvenile aggressivity and sissiness in homosexual and heterosexual males.

Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 8, 3: 427 - 440.

Friedman, R., Wollesen, F., Tandler, R. (1976) Psychological development and blood levels of sex steroids in male identical twins of divergent sexual orientation. The Journal of Nervous and Mental Disease. 163, 4: 282 - 288.

Friedman, R. (1988) Male Homosexuality: A Contemporary Psychoanalytic Perspective. New Haven: Yale U. Press.

Gadd, J. (1998) New study fails to find so-called 'gay gene'. Toronto Globe and Mail. June 2.

Garofalo, R., Wolf, R., Kessel, S., Palfrey, J., DuRant, R., (1998) The association between health risk

behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents: Youth risk behavior survey. *Pediatrics*. 101, 5: 895 - 903.

George, Cardinal Francis (1999) Address to National Association of Catholic Diocesan Lesbian & Gay Ministries, Chicago, IL LifeSite Daily News: October 26.

Gittings, B. (1973) *Gay, Proud, Healthy*. Philadelphia PA: Gay Activists Alliance.

Goetze, R. (1997) *Homosexuality and the Possibility of Change: A Review of 17 Published Studies*. Toronto Canada: New Directions for Life.

Goldberg, S. (1992) What is normal?: If something is heritable, can it be called abnormal? But is homosexuality heritable. *National Review*. Feb. 3. 36 - 38.

Golwyn, D., Sevlie, C. (1993) Adventitious change in homosexual behavior during treatment of social phobia with phenelzine. *Journal of Clinical Psychiatry*. 54, 1: 39 - 40.

Gonsiorek, J. (1982) The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations. (in

Homosexuality and Psychotherapy. NY: Haworth) 9 - 20.

Goode, E., Haber, L. (1977) Sexual correlates of homosexual experience: An exploratory study of college women. *Journal of Sex Research*. 13, 1: 12 - 21

Green, R. Newman, L., Stoller, R. (1972) Treatment of boyhood "transsexualism," *Archives of General Psychiatry*. 26: 213 - 217 (in Zucker 1975)

Green, R. (1974) *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore: Penguin.

Green, R. (1985) Gender identity in childhood and later sexual orientation: Follow-up of 78 males. *American Journal of Psychiatry*. 142, 3: 339 - 441.

Green, R. (1988) The immutability of (homo) sexual orientation: Behavioral science implications for a constitutional analysis. *Journal of Psychiatry and Law*. 16, 4: 537 - 575.

Gundlach, R., Riess, B. (1967) Birth order and sex of siblings in a sample of lesbians and non-lesbians. *Psychological Reports*. 20:61 - 62.

Hadden, S. (1967a) Male homosexuality. *Pennsylvania Medicine*. Feb.: 78 - 80

Hadden, S. (1967b) A way out for homosexuals. *Harper's Magazine*. March: 107 - 120.

Hadden, S. (1958) Treatment of homosexuality by individual and group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. March. 810 - 815.

Hadfield, J. (1958) The cure of homosexuality. *British Medical Journal*. 1: 1323 - 1326.

Hamer, D., Hu, S., Magnuson, V., Hu, A., Pattatucci, A. (1993) A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*. 261: 321 - 327.

Harry, J. (1989) Parental physical abuse and sexual orientation in males. *Archives of Sexual Behavior*. 18, 3: 251 - 261.

Harvey, J. Fr. *The Truth About Homosexuality*, Ignatius Press.

Hatterer, L. (1970) *Changing Homosexuality in the Male*. NY: McGraw-Hill.

Herek, G. (1991) Myths about sexual orientation: A lawyer's guide to social science research. *Law &*

Sexuality. 1: 133 - 172.

Herrell, R., Goldberg, J., True, W., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., Tsuang, M. (1999) A co-twin control study in adult Men: Sexual orientation and suicidality. *Archives of General Psychiatry*. 56, 10: 867 - 874.

Herron, W., Kinter, T., Sollinger, I., Trubowitz, J. (1982) Psychoanalytic psychotherapy for homosexual clients: New concepts. (in Gonsiorek, J. *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth)

Heston, L., Shield, J. (1968) Homosexuality in twins. *Archives of General Psychiatry*. 18: 149 - 160.

Hockenberry, S., Billingham, R. (1987) Sexual orientation and boyhood gender conformity: Development of the boyhood gender conformity scales (BGCS) *Archives of Sexual Behavior*. 16, 6: 475 - 492.

Hoover, D., Munoz, A., Carey, V., Chmiel, J., Taylor, J., Margolick, J., Kingsley, L., Vermund, S. (1991) Estimating the 1978 - 1990 and future spread of human immunodeficiency virus type 1 in subgroups of homosexual men. *American Journal of Epidemiology*. 134, 10: 1190 - 1205.

Horgan, J. (1995) Gay genes, revisited: Doubts arise over research on the biology of homosexuality. *Scientific American*. Nov. : 28.

Hurst, E. (1980) *Homosexuality: Laying the Axe to the Roots*. Minneapolis MN: Outpost.

Isay, R., Friedman, R. (1989) Toward a further understanding of Homosexual Men. *Journal of the American Psychoanalytic Association: Scientific Proceedings*. 193 - 206.

Johnson, R., Shrier, D. (1985) Sexual victimization of boys: Experience at an adolescent medicine clinic. *Journal of Adolescent Health Care*. 6: 372 - 376.

Kaplan, E. (1967) Homosexuality: A search for the ego-ideal. *Archives of General Psychology*. 16: 355 -358.

Kaye, H., Beri, S., Clare, J., Eleston, M., Gershwin, B., Gershwin, P., Kogan, L., Torda, C., Wilber, C. (1967) Homosexuality in Women. *Archives of General Psychiatry*. 17: 626 - 634.

Kronemeyer, R. (1980) *Overcoming Homosexuality*. NY: Macmillan

LeVay, S. (1991) A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*. 258: 1034 - 1037.

MacIntosh, H. (1994) Attitudes and experiences of psychoanalysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 42, 4: 1183 - 1207.

Mallen, C. (1983) Sex role stereotypes, gender identity and parental relationships in male homosexuals and heterosexuals. *Homosexuality and Social Sex Roles*. 7: 55 - 73.

Marmor, J. (1965) *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*. NY: Basic

Marmor, J. (1975) Homosexuality and Sexual Orientation Disturbances. (In Freedman, A., Kaplan, H.,

Sadock, B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry: II, Second Edition*. Baltimore MD:Wilaims & Wilkins)

Master, W., Johnson, V. (1979) *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little Brown, Co.

McConaghy, (1980) A pair of monozygotic twins discordant for homosexuality: Sex-dimorphic behavior and penile volume responses. *Archives of Sexual Behavior*. 9: 123 - 131.

McGuire, T. (1995) Is homosexuality genetic? A critical review and some suggestions. *Journal of Homosexuality*. 28, 1/2: 115 - 145.

Menvielle, E. (1998) Gender identity disorder (Letter to the editor in response to Bradley and Zucker article). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 3: 243 -244

Mirkin, H. (1999) The pattern of sexual politics: Feminism, homosexuality, and pedophilia. *Journal of Homosexuality*. 37, 2: 1 -24.

Morris, M., Dean, L. (1994) Effects of sexual behavior change on long-term human immunodeficiency virus prevalence among homosexual men. *American Journal of Epidemiology*. 140, 3: 217 - 232.

Mulry, G., Kalichman, S., Kelly, J. (1994) "Substance use and unsafe sex among gay men: Global versus situational use of substances. *Journal of Sex Educators and Therapy*. 20, 3: 175 - 184.

Murphy, T. (1992) Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *Journal of Sex Research*. 29: 501- 523.

NARTH (2000) "Dr. Laura" Interview Psychiatric Association's Robert Spitzer. *NARTH Bulletin*. 8,1:26-

27.

Nelson, J. (1982) Religious and moral issues in working with homosexual clients.(in Gonsiorek, J. *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth) 163 - 175.

Newman, L. (1976) Treatment for the parents of feminine boys. *American Journal of Psychiatry*. 133, 6: 683 - 687.

Nicolosi, J., Byrd, A., Potts, R. (1998) Towards the Ethical and Effective Treatment of Homosexuality. Encino CA: NARTH.

Osmond, D., Page, K., Wiley, J., Garrett, K., Sheppard, H., Moss, A., Schrage, K., Winkelstein, W. (1994) HIV infection in homosexual and bisexual men 18 to 29 years of age: The San Francisco young men's health study. *American Journal of Public Health*. 84, 12: 1933 - 1937.

Parker, N. (1964) Homosexuality in twins: A report on three discordant pairs. *British Journal of Psychiatry*. 110: 489 - 492.

Parris, J., Zweig-Frank, H., Guzder, J. (1995) Psychological factors associated with homosexuality in males with borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 9, 11: 56 - 61

Phillips, G., Over, R. (1992) Adult sexual orientation in relation to memories of childhood gender conforming and gender nonconforming behaviors. *Archives of Sexual Behavior*. 21, 6: 543 - 558.

Pillard, R. (1988) Sexual orientation and mental disorder. *Psychiatric Annals*. 18, 1: 52 - 56.

Piskur, J., Degelman, D. (1992) Effect of reading a summary of research about biological bases of homosexual orientation on attitudes toward homosexuals. *Psychological Reports*. 71: 1219 - 1225.

Porter, R. (1996) Born that Way: A review of *Queer Science: The Use and Abuse of Research into Homosexuality* by Simon LeVay and *A Separate Creation* by Chandler Burr. *New York Times Book Review*. August 11.

Rainer, J. et al. (1960) Homosexuality and heterosexuality in identical twins. *Psychosomatic Medicine*. 22: 251 - 259.

Rekers, G., Lovaas, O., Low, B. (1974) Behavioral treatment of deviant sex role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 7: 134 - 151 (in Newman 1976).

Rekers, G. (1988) The formation of homosexual orientation. (In Fagan, P. *Hope for Homosexuality*.)

Washington DC: Free Congress Foundation.)

Rice, G., Anderson, C., Risch, N., Ebers, G. (1999) Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*. April.

Rind, B., Bauserman, R., Tromovitch, P. (1998) A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*. 124, 1: 22 -53

Rogers, C., Roback, H., McKee, E., Calhoun, D. (1976) Group psychotherapy with homosexuals: A

review. *International Journal of Group Psychotherapy*. 31, 3: 3 - 27

Rotello, G. (1997). *Sexual Ecology: AIDS and the Destiny of Gay Men*. NY: Dutton.

Saghir, M., Robins, E. (1973) *Male and Female Homosexuality: A Comprehensive Investigation*. Baltimore MD: Williams & Wilkins.

Satinover, J. (1996) *Homosexuality and the Politics of Truth*. Grand Rapids MI: Baker.

Schreier, B. (1998) Of shoes, and ships, and sealing wax: The faulty and specious assumptions of sexual reorientation therapies. *Journal of Mental Health Counseling*. 20, 4: 305 - 314.

Schwartz, M., Masters, W. (1984) The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men. *American Journal of Psychiatry*. 141: 173 - 181.

Signorile, M. (1997) *Life Outside: The Signorile Report on Gay Men: Sex, Drugs, Muscles, and the*

Passages of Life. NY: Harper Collins.

Silverstein, C. (1972) Behavior Modification and the Gay community. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. NY. Oct. (quoted by Davison 1982)

Sipova, I., Brzek, A. (1983) Parental and interpersonal relationships of transsexual and masculine and feminine homosexual men. (in *Homosexuals and Social Roles*. NY: Haworth). 75 - 85.

Sleek, S. (1997) Concerns about conversion therapy. *APA Monitor*. October. 28:16

Smith, J. (1988) Psychopathology, homosexuality, and homophobia. *Journal of Homosexuality*. 15, 1/2: 59 - 74:

Snortum, J., Gillespie, J., Marshall, J., McLaughlin, J., Mosberg, L. (1969) Family dynamics and homosexuality. *Psychological Reports*. 24: 763 - 770.

Stall, R., Coates, T., Hoff, C. (1988a) Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men. *American Psychologist*. 43, 11: 878 - 885.

Stall, R., Wiley, J. (1988b) A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: The San Francisco Men's Health Study. *Drug and Alcohol Dependence*. 22: 63 - 73.

Stephan, W. (1973) Parental relationships and early social experiences of activist male homosexuals and male heterosexuals. *Journal of Abnormal Psychology*. 82, 3: 506 - 513.

Stoller, R. (1978) Boyhood gender aberrations: Treatment issues. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 26: 541 - 558 (in Zucker 1995)..

Thompson, N. Schwartz, D., McCandles, B., Edwards, D. (1973) Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology. 41, 1: 120 - 127.

Throckmorton, W. (1996) Efforts to modify sexual orientation: A review of outcome literature and ethical issues. *Journal of Mental Health and Counseling*. 20, 4: 283 - 305.

Tripp, C. Hatterer, L. (1971) Can homosexuals change with Psychotherapy? *Sexual Behavior*. 1, 4: 42 - 49.

van den Aardweg, G. (1967) *Homophilia, Neurosis and the Compulsion to Complain*. Amsterdam: Polak, van Genneep.

West, D. (1977) *Homosexuality Re-examined*. London: Duckworth

Whitam, F. (1977) Childhood indicators of male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*. 6, 2: 89 - 96.

Wolpe, J. (1969) *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamon

Zubenko, G., George, A., Soloff, P., Schulz, P. (1987) Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*. 144, 6: 748 - 752.

Zucker, K., Bradley, S. (1995) *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and*

Adolescents. NY: Guilford.

Zuger, B. (1976) Monozygotic twins discordant for homosexuality: Report of a pair and significance of the phenomenon. *Comprehensive Psychiatry*. 17: 661 - 669.

=====