

## **HOMOSZEXUALITÁS ÉS REMÉNY**

**A Catholic Medical Association (Katolikus Orvosok Egyesülete), USA állásfoglalása**

## **Tartalom**

### **I. Megfontolások**

Bevezetés

1. Nem így született
2. Az azonos neműek iránti vonzalom jelensége
3. Az azonos neműek iránti vonzalom megelőzhető
4. Kockázat, nem predestináció
5. Terápia
6. Terápiás célok

### **II. Ajánlások**

1. Az azonos neműek iránt vonzódók szolgálata
2. A pap szerepe
3. Katolikus egészségügyi szakemberek
4. Katolikus intézményekben dolgozó pedagógusok
5. Katolikus családok

6. A katolikus közösség

7. A püspökök

8. Remény

Irodalom

Függelék

## I. RÉSZ

### Megfontolások

#### Bevezetés

A Catholic Medical Association (Katolikus Orvosok Egyesülete, CMA) feladatának érzi, hogy támogassa a katolikus hitelvek érvényesülését az egészségügyi gyakorlatban, illetve elősegítse a katolikus orvosi etika megismerését az egészségügyi és mentálhigiénés szakemberek, a klérus és általában a nyilvánosság körében.

Mivel az elmúlt tíz évben a homoszexualitás jelensége váltotta ki a legtöbb aggodalmat, a CMA úgy döntött, a következőkben összefoglalja ezt a kérdést, és áttekinti a jelenlegi helyzetet. Elemzésünk széleskörűen támaszkodik a különböző tanulmányok következtetéseire, és azt is bemutatja, hogy ezek mennyire vannak összhangban az egyház tanításával. Reméljük, hogy áttekintésünk egyúttal az oktatás és az ismeretterjesztés eszközeként is hasznosítható lesz a katolikus papság, az orvosok, a mentálhigiénés szakemberek, a nevelők, a szülők és a nagy nyilvánosság körében.

A CMA egyetért a katolikus egyháznak a szexualitásról szóló tanításával, ahogyan azt a Katekizmus (KEK) kifejti: „Minden megkeresztelt ember a tisztaságra kapott meghívást” (KEK, 2348.). „A házas emberek arra kaptak meghívást, hogy a házassági tisztaságot éljék, a többiek a tisztaságot az önmegtartóztatásban gyakorolják” (KEK, 2349.). „A hagyomány (...) mindig vallotta, hogy „a homoszexuális cselekedetek belső természetük szerint rendetlenek” (...) Nincs olyan eset, amikor jóváhagyhatók lennének” (KEK, 2357.).

Miként azt *Francis George* bíboros, Chicago érseke nyomatékosan kifejtette a Katolikus Egyházmegyéék Leszbikus és Meleg Missziói Országos Szövetségének küldött üzenetében, Isten kegyelmével mindenki számára – tehát az azonos neműek iránt vonzalmat érzők számára is – lehetséges a tiszta élet: „Annak tagadása, hogy Isten kegyelme képessé teszi a tiszta életre azokat is, akik homoszexuális vonzalmakkal küszködnek, voltaképpen annak tagadását jelenti, hogy Jézus feltámadt a halálból” (George, 1999).

Bizonyos körülmények – például pszichológiai zavarok vagy traumatikus tapasztalatok – természetesen megnehezíthetik a tisztaság megtartását, és vannak olyan

állapotok, amelyek komolyan csökkentik az egyén felelősségét egy-egy visszaesésben. Ugyanakkor ezek a körülmények és állapotok nem szüntetik meg a szabad akaratot és nem csökkentik a kegyelem erejét. Jóllehet sokan azok közül, akik saját nemük iránt tapasztalnak vonzódást, „adottságnak” tartják e szexuális vágyakat, (Chapman, 1987 [1]), ez semmiképpen nem jelent genetikai meghatározottságot vagy megváltoztathatatlan állapotot. Vannak, akik azért engednek a saját nemük iránti vonzalomnak, mert azt mondták nekik, hogy ezzel a hajlammal születtek, és hogy a szexuális vonzódásjellegén lehetetlen változtatni. Ők hiábavalónak és reménytelennek érzik, hogy ellenálljanak az azonos neműek felé irányuló vágyaiknak, és állapotukat „homoszexuális identitásként” fogadják el. Ugyanezek a személyek elnyomva érezhetik magukat a tény miatt, hogy a társadalom és a vallás – különösen a katolikus egyház – nem fogadja el e vágyak homoszexuális aktusban való kiélését (Schreier, 1998 [2]).

Az összefoglalónkban hivatkozott kutatások ellentmondanak annak a mítosznak, mely szerint az azonos neműek vonzalma genetikai eredetű, ezért megváltoztathatatlan, és ez reményt nyújt a megelőzéshez és a kezeléshez.

## **1. Nem így született**

Számos kutató próbálta megtalálni az azonos neműek iránti vonzódás biológiai okait. Bár a média egy ideje népszerűsíti a gondolatot, hogy felfedezték az úgynevezett „meleg gént” (Burr, 1996 [3]), a nagy nyilvánosságot kapott kutatási eredményeket a többszöri kísérlet ellenére sem lehetett tudományosan megismételni (Hamer, 1993 [4]; LeVay, 1991 [5]) (Gadd, 1998). Miután több kutató gondosan felülvizsgálta e tanulmányokat, arra a következtetésre jutottak, hogy ezek nem csupán nem bizonyítják az azonos neműek iránti vonzódás genetikai alapjait, de még csak nem is állítják, hogy tudományos bizonyítékuk lenne erre (Byne 1963 [6]; Crewdson, 1995 [7]; Goldberg, 1992; Horgan, 1995 [8]; McGuire, 1995 [9]; Porter, 1996; Rice, 1999 [10]).

Ha az azonos neműek iránti vonzódás genetikailag meghatározott, akkor azt várnánk, hogy az egypetéjű ikrek szexuális vonzalmaikban is ugyanolyanok legyenek. Ezzel szemben számos beszámoló tudósít olyan egypetéjű ikrekről, akik eltérő nemi vonzalmat

tapasztalnak (Bailey, 1991 [11]; Eckert, 1986; Friedman, 1976; Green, 1974; Heston, 1968; McConaghy, 1980; Rainer, 1960; Zuger, 1976). Az esettörténetek gyakran tárnak fel olyan környezeti tényezőket, amelyek eltérő szexuális vonzódás kialakulását indítják el a genetikailag azonos gyermekekben, és ez azt az elméletet erősíti, hogy az azonos neműek vonzódásának kialakulásában sokféle környezeti tényező játszik szerepet (Parker, 1964 [12]).

Ennek ellenére sokan próbálják meggyőzni a nyilvánosságot arról, hogy az azonos neműek vonzódásának genetikai alapjai vannak (Marmor, 1975 [13]). Az ilyen törekvéseket sokszor a politika motiválja, hiszen a közvélemény könnyebben elfogadja a törvények vagy a vallási tanítás megváltoztatására irányuló követeléseket, ha elhiszi, hogy az azonos neműek iránti vonzódás genetikai adottság és megváltoztathatatlan (Ernulf, 1989 [14]; Piskur, 1992 [15]). Mások azért igyekeznek bizonyítani az azonos neműek iránti vonzódás genetikai alapját, hogy a bíróságok előtt a megváltoztathatlanság jogára hivatkozhasanak (Green, 1988 [16]).

A katolikusok hiszik, hogy Isten tervei szerint a szexualitás Krisztus, a Vőlegény szeretetének jele jegyese, az egyház iránt, ezért csak a házasságban van helye. [A katolikus tanítás ezt így foglalja össze: „A szexualitás a férfi és a nő házastársi szeretetére rendeltetett. A házasságban a házastársak testi meghittsége a lelki közösség jele és záloga” (KEK, 2360.). – a szerk.] Az egészséges pszichoszexuális fejlődés természetesen a másik nem iránti vonzódáshoz vezet. A trauma, a hibás nevelés vagy a bűn devianciát okozhat. Az embert nem szabad érzelmeivel vagy fejlődési rendellenességeivel azonosítani, mintha azok lennének identitásának lényege. Az esszencializmus és a társadalmi konstruktivizmus közötti vitában a természet törvényének hívei úgy érvelnének, hogy az embernek van egy lényegi természete – férfi vagy nő –, ugyanakkor bűnös hajlamok – mint amilyen a homoszexuális aktusra való készítés – kialakíthatók, s éppen ezért fel is számolhatók.

Mindenesetre bölcs elkerülni a „homoszexuális” vagy „heteroszexuális” főnévi megnevezéseket, hiszen használatuk valamiféle merev állapotot sejtet, egyszersmind egyenlőségjelet tesz a férfi és nő Isten teremtette állapota és az azonos neműek iránti vonzódást tapasztalók közé.

## 2. Az azonos neműek iránti vonzalom jelensége

Különböző okok miatt tapasztalhatnak vonzalmat egyesek saját nemük iránt.

A kialakulási mintázatokban vannak ugyan hasonlóságok, de mindenkinek egyedi, személyes története van. A saját nemükhöz vonzódást érző egyének élettörténetében általában a következőket találjuk:

- A korai gyermekkorban elidegenedés az apától, annak távolságtartó vagy ellenséges, erőszakos vagy alkoholista magatartása miatt. (Apperson, 1968 [17]; Bene, 1965 [18]; Bieber, 1962 [19]; Fisher, 1996 [20]; Pillard, 1988 [21]; Sipova, 1983 [22]).
- Túlzó anyai gondoskodás (fiúknál) (Bieber, T. 1971 [23]; Bieber, 1962 [24]; Snortum, 1969 [25]).
- Az anya ínsége, követelődése (fiúk esetében) (Fitzgibbons, 1999 [26]).
- Az anya érzelmi elérhetetlensége (lányok esetében) (Bradley, 1997 [27]; Eisenbud, 1982,[28]).
- A szülők nem bátorították az azonos nemű szülővel való azonosulást (Zucker, 1995 [29]).
- A kemény játékok kerülése (fiúk esetében) (Friedman. 1980 [30]; Hadden, 1967a [31]).
- Az azonos nemű kortársakkal való azonosulás kudarca (Hockenberry, 1987 [32]; Whitman, 1977 [33]).
- Csapatjátékok kerülése (fiúk esetében) (Thompson, 1973 [34]).
- A kéz- és szemkoordináció zavara, és ennek következtében a kortársak gúnyolódása (Bailey, 1993 [35]; Fitzgibbons, 1999 [36]; Newman, 1976 [37]).
- Szexuális visszaélés, nemi erőszak (Beitchman, 1991 [38]; Bradley, 1997 [39]; Engel, 1981 [40]; Finkelhor, 1984; Gundlach, 1967 [41]).
- Közösségi fóbia, szélsőséges szégyenlősség (Golwyn, 1993 [42]).
- Szülők elvesztése haláleset vagy válás miatt (Zucker, 1995).
- A szülőktől való szeparáció a személyiségfejlődés kritikus szakaszaiban (Zucker, 1995).

Bizonyos esetekben a saját nem iránti vonzódás vagy homoszexuális aktivitás együtt járhat egyes pszichológiai diagnózisokkal:

- súlyos depresszió (Fergusson, 1999 [43]);
- öngyilkossági késztetések (Herrell, 1999);
- generalizált szorongás;
- szerfüggés;
- serdülőkori magatartászavar;
- borderline személyiségzavar (Parris, 1993 [44]; Zubenko, 1987 [45]);
- skizofrénia (Gonsiorek, 1982 [46]);
- patológus narcizmus (Bychowski, 1954 [47]; Kaplan, 1967 [48]);
- előfordul, hogy a homoszexuális magatartás egy későbbi életszakaszban jelenik meg, egy-egy trauma – például abortusz – következményeként, vagy a teljes elmagányosodás következtében (Berger, 1994 [49]; De Beauvoir, 1953; Fitzgibbons, 1999).

### **3. Az azonos neműek iránti vonzalom megelőzhető**

Amennyiben a gyermek érzelmi és fejlődési szükségletei megfelelő választ kapnak a családban és a kortársak között, igen valószínűtlen az azonos neműek iránti vonzódás kialakulása. A gyermekeknek szükségük van gyengédségre, dicséretre és elfogadásra mindkét szülőjük, testvéreik és kortársaik részéről. Az ilyen társadalmi és családi körülmények kialakítása azonban nem mindig könnyű, és a gyermekek szükségletei nem is mindig ismerhetők fel azonnal. Néha a szülők maguk is nehézségekkel küszködnek, és képtelenek elegendő figyelmet, támaszt nyújtani gyermekeiknek. Esetleg nagyon is törekszenek arra, hogy támogató gondoskodással vegyék körül gyermeküket, ám annak sajátos személyisége megnehezíti a dolgukat. Előfordul, hogy a szülők felfigyelnek a kezdeti jelekre, és szakemberhez fordulnak, de nem megfelelő, sőt, olykor téves tanácsot kapnak.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (APA, 1994 [50]) a következőképpen határozza meg a nemi önazonosság zavarát gyermekeknél:



tartós identifikáció a másik nemmel, a saját nemmel kapcsolatos diszkomfortérzet, és fantáziában vagy játékban a másik nemmel azonosuló szerepjáték preferenciája. Egyes kutatók (Friedman, 1988, Phillips, 1992 [51]) felismertek egy kevésbé hangsúlyozott szindrómát a fiúknál: a férfiatlanság krónikus érzését. Jóllehet ezek a fiúk nem vesznek részt a másik nemmel azonosuló szerepjátékokban, és nincsenek ilyen fantáziáik, alapvetően hiányosnak élik meg férfiasságukat, és a korai gyermekkorban szinte fóbiás félelemmel kerülnek a durva játékokat, melyhez gyakran a sportokkal kapcsolatos ellenérzés is társul. Számos tanulmány kimutatja, hogy a nemi önazonosság zavarában szenvedő, és kamaszkorban a férfiatlanság krónikus élményét átélő gyermekek esetében nagyobb a kockázata annak, hogy az azonos neműek iránti vonzalom alakul ki bennük (Newman, 1976; Zucker, 1995; Harry, 1989 [52]).

A korai felismerés és szakmai beavatkozás – amennyiben a szülők támogatják – gyakran megoldhatja a nemi identifikációs zavart (Hadden, 1967 [53]; Rekers, 1974 [54]; Newman, 1976). Sajnos gyakori, hogy amikor szülők jelzik a problémát a gyermekorvosnak, azt a választ kapják, hogy ne aggódalmaskodjanak. Olykor a tünetek – és velük a szülői aggodalmak – csökkennek, amikor a gyermek második vagy harmadik osztályba kerül, azonban megfelelő kezelés nélkül a pubertáskorban újra intenzíven jelentkezhet az azonos neműekhez való vonzódás. Úgy tűnik, ez a vonzalom a saját nemmel való pozitív azonosulás kudarcának következménye.

Igen fontos, hogy mindazok, akik gyermekneveléssel foglalkoznak, felismerjék a nemi identitás zavarait, a krónikus kamaszkori férfiatlanság jeleit, és az elérhető források igénybevételeivel megfelelő segítséget nyújtsanak a gyermekeknek (Bradley, 1998; Brown, 1963 [55]; Acosta, 1975 [56]). Ha valaki már eljutott arra a meggyőződésre, hogy az azonos neműek iránti vonzódás nem genetikusan meghatározott zavar, képes reménykedni a megelőzésben és egy olyan terápiás modellben, amely enyhíti vagy akár meg is szünteti ezt az állapotot.

#### 4. Kockázat – nem eleve elrendelés

Noha számos tanulmány kimutatja, hogy azok a gyermekek, akik szexuális visszaélés áldozatai voltak, illetve a nemi önazonosság zavarára jellemző tüneteket vagy a krónikus férfiatlanság jeleit mutatják, nagyobb annak a kockázata, hogy kamasz- illetve felnőttkorukban homoszexuális vonzódás alakuljon ki, fontos megjegyezni, hogy e gyermekek jelentős hányada nem válik homoszexuális felnőtté (Green, 1985 [57]; Bradley, 1998).

Bizonyos esetekben a negatív gyermekkori tapasztalatokat felülírják a későbbi pozitív élmények. Vannak, akik tudatos döntéssel fordulnak el a kísértéstől. Isten kegyelmének jelenléte és ereje, bár nem mindig mérhető, olyan tényező, amellyel számolni kell, amikor segítséget nyújtunk valakinek, hogy elforduljon az azonos neműek iránti vonzódásától. Súlyosan árthat az egyénnek, ha kamaszként vagy – ami még rosszabb – gyermekkorában visszavonhatatlanul homoszexuálisnak bélyegzik. A veszélyeztetett kamaszoknak és gyermekeknek megfelelő pozitív beavatkozással segíteni lehet, hogy feldolgozzák érzelmi traumájukat.

#### 5. Terápia

A szexuális orientáció megváltoztathatatlansága mellett kardoskodók rendszeresen idéznek abból a vitából, amely dr. C. C. Tripp és dr. Lawrence Hatterer között zajlott, és amelyben dr. Tripp a következőt állította: „...a homoszexuális orientáció megváltozását bizonyító egyetlen olyan feljegyzés sem létezik, amelyet külső szakértők vagy tesztek érvényesnek találtak volna. Kinsey nem talált ilyet, dr. Pomeroy sem, és én sem találkoztam ilyen pácienssel. Boldogok lennénk, ha találnák egyet is dr. Hatterer betegei között” (Tripp & Hatterer, 1971). Ugyanakkor elmulasztják idézni dr. Hatterer válaszát:

„Sok homoszexuálist »gyógyítottam meg«, dr. Tripp, dr. Pomeroy vagy bármely más kutató megvizsgálhatja munkámat, hiszen az elmúlt tíz év anyagát magnófelvételek őrzik. A gyógyult (de szívesebben használom a »megváltozott« kifejezést) páciensek közül sokan megnősültek, családot alapítottak, és boldogan élnek. Az az állítás, mely szerint »ha valaki

homoszexuális, akkor az is marad« – ártalmas mítosz. Sőt, rajtam kívül sok más köztisztelőnek örvendő pszichiáter (dr. Samuel B. Hadden, dr. Lionel Ovesey, dr. Charles Socarides, dr. Harold Lief, dr. Irving Bieber és mások) számolt be homoszexuális páciensek sikeres kezeléséről” (Tripp & Hatterer, 1971).

Számos terapeuta írt részletesen az azonos neműekhez vonzódó páciensek terápiájában elért pozitív eredményekről. Tripp figyelmen kívül hagyta a kezelések és a terapeuták felméréseinek gazdag irodalmát. Az ismertetésekből megtudható, hogy az azonos neműek iránti – nem szándékos – vonzódás kezelése éppen olyan sikeres, mint más pszichológiai problémák terápiája, azaz a pácienseknek mintegy 30%-a tapasztal tünetmentességet, további 30%-uk pedig javulást (Bieber, 1962 [58]; Clippinger, 1974 [59]; Fine, 1987 [60]; Kaye, 1967 [61]; MacIntosh, 1994 [62]; Marmor, 1965 [63]; Nicolosi, 1998 [64]; Rogers, 1976 [65]; Satinover, 1996 [66]; Throckmorton [67]; West [68]).

A terapeuták beszámolóit hasonlóan pozitívak (Barnhouse, 1977 [69]; Bergler, 1962 [70]; Bieber, 1979 [71]; Cappon, 1960 [72]; Caprio, 1954 [73]; Ellis, 1956 [74]; Hadden, 1958 [75]; Hadden, 1967b [76]; Hadfield, 1958 [77]; Hatterer, 1970 [78]; Kronemeyer, 1989 [79]; Nicolosi, 1991). Ez csupán reprezentatív felsorolása azoknak a terapeutáknak, akik sikeres eredményekről számoltak be saját nemük iránt vonzódó egyének terápiájában.

Számos önéletrajzban is olvashatunk olyan férfiak és nők történetéről, akik beszámolnak arról, hogy egykor úgy vélték, megváltoztathatatlan az azonos neműek iránti vonzódásuk és magatartásuk, mára azonban megszabadultak az ilyen vonzalmaktól, viselkedéstől és fantáziáktól (Exodus, 1990–2000 [80]). Közülük legtöbben valamilyen vallásos támogató csoportban szabadultak meg, néhányan terapeuta segítségét is igénybe vették. Sajnálatos, hogy sok befolyásos személy és szakmai csoportosulás nem vesz tudomást ezekről a tényekről (APA, 1997 [81]; Herek, 1991 [82]). Úgy tűnik, a homoszexualitás „védői” összehangolt erőfeszítéssel tagadják a kezelés sikerességét, sőt, ártalmasnak állítanak be minden ilyen törekvést. Barnhouse ki is fejezte csodálkozását ezzel kapcsolatban: „Abban, ahogy a homoszexualitás védelmezői tagadják ennek az állapotnak a gyógyíthatóságát, olyan mérhetetlen valóságtorzítás rejlik, hogy felmerül a kérdés, vajon mi lehet a mögöttes motiváció” (Barnhouse, 1977).

Dr. Robert Spitzer, a neves Columbia Egyetem pszichiáter kutatója, aki 1973-ban közvetlenül részt vett abban a döntésben, amellyel az Amerikai Pszichiátriai Társaság levette

a homoszexualitást a pszichiátriai kórképek listájáról, a közelmúltban elkezdte kutatni a változás lehetőségeit. Spitzer egy interjúbán a következőket mondta: „Meggyőződésem, hogy (az érintettek közül) sokan alapvetően elmozdultak a heteroszexualitás irányába.(...) Azt gondolom, ez egy új jelenség. A kutatás kezdetén szkeptikus voltam, most azonban be kell látnom, hogy ezek a változások fenntarthatók (NARTH, 2000).

## 6. Terápiás célok

A teljes változás lehetőségét tagadók is elismerik, hogy bizonyos viselkedésbeli változás lehetséges (Coleman, 1978 [85]; Herron, 1982 [86]), és azok, akik mindkét nemmel létesítettek szexuális kapcsolatot, könnyebben változnak (Acosta, 1975 [87]). E cikkek figyelmes olvasása során kitűnik, hogy a szerzők a változást célzó terápiákat azért minősítik etikátlannak, mert elnyomónak tartják azokra nézve, akik nem akarnak megváltozni (Davison, 1982 [88]; Gittings, 1973 [89]; Begelman, 1975 [90]; 1977 [91]; Murphy, 1992 [92]; Sleek, 1997 [93]; Smith, 1988 [94]). Azokat a saját nemükhöz vonzódó egyéneket, akik kifejezik a változás szándékát, úgy tekintik, mint valamiféle társadalmi vagy vallási elnyomás áldozatait (Begelman, 1977 [95]; Silverstein, 1972 [96]).

Figyelemre méltó, hogy azok, akik a terápiát etikátlannak tartják, csaknem kivétel nélkül elutasítják a házasságon kívüli önmegtartóztatást mint minimális célt. Azok a terapeuták pedig, akik normálisként fogadják el a homoszexuális aktust, többségükben semmi kivetnivalót nem találnak az elkötelezett kapcsolat mellett elkövetett hűtlenségben, az ismeretlennel létesített nemi kapcsolatban, a promiszkuitásban, az önkielégítésben, sőt, a szadomazochizmusban és más eltévelyedésben sem (Barrett, 1996 [97]; Nelson, 1982 [98]; Saghir, 1973). Olyanok is vannak köztük, akik támogatják a felnőttek és kiskorúak szexuális kapcsolatára vonatkozó tilalom enyhítését (Mirkin, 1999 [99]), vagy akár tagadják a gyermekekkel való szexuális visszaélés káros pszichológiai következményeit (Rind, 1998; Smith 1988 [100]).

Néhányan azok közül, akik etikátlannak tartják a terápiát, támadják a gyermek személyiségfejlődéséről szóló elfogadott elméleteket is (Davison, 1982 [101]; Menvielle, 1998 [102]). A homoszexuálisan aktív kamaszok és felnőttek tagadhatatlan problémáiért

hajlamosak a társadalmi elnyomást hibáztatni. Minden tudományos eredményt a kutatók előítéleteinek fényében kell kiértékelni. Egy-egy kutatás értékét nagymértékben csökkenti, amikor nyilvánvaló politikai szándék van mögötte.

Itt kell rámutatnunk, hogy katolikusok nem támogathatnak olyan terápiákat, amelyek a szexuális bűn egyik formáját egy másikkal helyettesítik (Schwartz, 1984). Bizonyos terapeuták például nem nyilvánítanak egy páciens „gyógyultnak” mindaddig, amíg nem létesít szexuális kapcsolatot egy másnemű személlyel, figyelmen kívül hagyva azt is, ha az illető nem él házasságban (Masters, 1979). Mások önkielégítésre és közben a másik nemmel kapcsolatos fantáziálásra biztatják a pácienseket (Blitch, 1972; Conrad, 1976).

Egy azonos neműek iránt vonzódó katolikus számára a terápia célja csak az állapotának megfelelő tiszta élet lehet. A homoszexuális vonzalmakkal küszködők között vannak, akik azt gondolják, hogy az ő hivatásuk a cölibátus élet. Nem szabad azt az érzést kelteni bennük, mintha nem érték volna el a szabadságot, csak mert nem vágyódnak a másik nem iránt. Mások házasságra és gyermekekre vágnak. Minden okunk megvan azt remélni, hogy idővel sokan el is érik céljukat. Ugyanakkor nem szabad arra biztatni őket, hogy meggondolatlanul belemeneküljenek egy házasságba, hiszen sokszor bebizonyosodott, hogy a házasság önmagában nem jelent gyógyírt a homoszexuális vonzódásra. A kegyelem, a szentségek és a közösség támogatásával, valamint egy tapasztalt terapeuta segítségével az eltökélt egyén képes eljutni a Krisztus által ígért szabadságra.

Egy tapasztalt terapeuta segíthet abban, hogy az egyén felfedje és megértse annak az érzelmi traumának a gyökereit, amelyből kialakult az azonos neműek iránti vonzódása, majd a terápia során feldolgozza ezt a fájdalmat. Az azonos neműekhez vonzódó férfiak gyakran felismerik, hogy az apjuk és kortársaik részéről tapasztalt elutasítás érzése, vagy a gyenge testképük miatt kialakult szomorúság, harag és bizonytalanság miképpen gyakorolt negatív hatást férfi önazonosságukra. Ahogy a terápia során gyógyul ez a fájdalom, megerősödik a férfiidentitás, és csökken az azonos neműek iránti vonzódás.

A saját nemükhöz vonzódó nők felismerhetik, hogy az apjukkal vagy az életükben jelen lévő más jelentős férfiakkal való konfliktus eredményeként miképpen alakult ki bennük bizalmatlanság a férfi szeretet iránt, vagy az anyai gyengédség hiánya hogyan alakította ki bennük a női szeretet iránti mély vágyat. A harag és a szomorúság okainak felismerése remélhetőleg elvezet a megbocsátásra és a szabadságra. Ehhez időre van szükség. E

tekintetben a saját nemükhöz vonzódó személyek nem különböznek az érzelmi sebeket hordozó sok más férfitől és nőtől, akiknek szintén meg kell tanulniuk megbocsátani.

A katolikus kliensekkel dolgozó katolikus terapeuták a gyógyulás folyamatában szabadon használhatják egyházuk lelkeségi hagyományait. Azokat, akiket az apjuk részéről érték sérülések, bátorítani kell, hogy mélyítsék el kapcsolatukat Istennel mint szerető Atyával. Akiket a kortárs csoportok elutasítottak és gúnyoltak gyerekkorukban, azok meditáljanak Jézusról, aki barátjuk, testvérük és oltalmazójuk. Az anyahiányban szenvedők fordulhatnak Máriához vigasztalásért.

Minden okunk megvan a reményre, hogy azok, akik keresik a szabadságot, idővel meg is találják. Ám akkor is, amikor reményre biztatunk, be kell látnunk, hogy vannak, akik nem fogják elérni céljaikat. Járhatunk úgy is, mint az a gyermekonkológus, aki elmondta, hogy praxisa elején még csaknem reménytelen volt a rákos gyermekek gyógyítása, és neki orvosként kötelessége volt segíteni a szülőknek, hogy elfogadják az elfogadhatatlant, és arra biztatni őket, hogy ne költsék fölöslegesen a pénzüket. Ma a gyermekek csaknem 70%-a meggyógyul, ám így is minden haláleset a kudarc rettenetes érzését hagyja a gyógyító csapatban. Miközben az azonos neműek iránti vonzódás megelőzési és kezelési lehetőségei egyre fejlődnek, a tovább küszködő egyéneknek – jobban, mint valaha – szükségük van az együttérzésre és a tapintatos támogatásra.

## II. RÉSZ

### Ajánlások

#### 1. Az azonos neműek iránt vonzódók szolgálata

Nagyon fontos, hogy minden katolikus, aki saját neméhez vonzódik, tudja, van remény és van segítség. Sajnos a segítség nem mindenütt egyformán elérhető. Alapvetően fontos, hogy legyenek támogató csoportok, terapeuták és lelkipásztorok, akik egyértelműen a katolikus egyház tanítására támaszkodnak. Mivel hazánkban (USA) a szexualitásról olyan sokféle felfogás létezik, a segítségkérőnek gondosan ügyelnie kell, hogy olyan csoportot és tanácsadót válasszon, amely/aki a katolikus etikát képviseli. A leginkább ismert katolikus támogató szervezet a Courage (lásd Függelék) és a vele kapcsolatban álló Encourage. Noha minden olyan törekvés, mely a tiltott homoszexuális magatartás bűnösségéről tanít, kiválthatja a homofóbia vádját, a valóságban Krisztus mindannyiunkat arra hív, hogy tisztán éljünk abban az életállapotban, amelyben vagyunk. Az egyháznak az a törekvése, hogy mindenkit segítsen tiszta életet élni, nem jelent általános ítélezést azok fölött, akik ezt nehéznek találják; ez sokkal inkább egy olyan egyház együtt érző válasza, amely Krisztust, a jó pásztort követi.

Igen fontos, hogy minden katolikus, aki a saját neméhez vonzódik, könnyen találjon olyan támogató csoportot, terapeutát és lelkipásztort, amely és aki egyértelműen az egyház tanítására támaszkodik, és képes a legmagasabb színvonalú szakmai segítséget nyújtani. Sokfelé csak olyan támogató csoportokat lehet találni, amelyeket evangéliumi keresztény közösségek működtetnek, vagy olyan személyek, akik elutasítják az egyház tanítását. Súlyos és tarthatatlan mulasztás, hogy a katolikus közösségek nem válaszolnak ennek a csoportnak a szükségleteire. Különösen is tragikus, hogy a Courage, amely John Harvey atya vezetésével kifejlesztette a támogató csoportok nagyszerű és hitelesen katolikus hálózatát, nem érhető el még minden egyházmegyében és nagyobb városban.

Nagyon lehangolóak azok az anekdotikus beszámolók, amelyek olyan – a katolikus egyház pártfogásában álló vagy közvetlenül az egyházhoz kötődő – tanácsadókról és szervezetekről szólnak, akik és amelyek a saját nemükhöz vonzódóknak azt tanácsolják, legyenek hűségesek az azonos nemű társukhoz fűződő partnerkapcsolatukban, ahelyett, hogy az életállapotuknak megfelelő tisztaságra biztatnák őket. Rendkívül fontos, hogy az egyházhoz kötődő terapeuták és támogató csoportok tisztában legyenek az azonos neműek iránti vonzódás természetével és eredetével. Ez az állapot nem biológiailag vagy genetikailag determinált. Nem lehetetlen megváltoztatni. Álnokság azt mondani egy saját neméhez vonzódó személynek, hogy létesíthet szexuális kapcsolatot, amennyiben hűséges választott partneréhez. A katolikus egyház szexuális erkölce világos és nem enged kivételt. A katolikusoknak joguk van ahhoz, hogy tisztában legyenek az igazsággal, azoknak pedig, akik katolikus intézményeknek dolgoznak, kötelességük, hogy az igazságot világosan megfogalmazzák.

Vannak papok, akik – mivel tévesen úgy vélik, hogy az azonos neműek iránti vonzódás genetikailag determinált és megváltoztathatatlan – arra bátorítják a saját nemükhöz vonzódókat, hogy azonosuljanak a „melegközösséggel”, és nyíltan vállalják homoszexuális vagy lesbikus mivoltukat, de a magánéletükben éljenek tisztán. Ez a hozzáállás több okból is tévútra vezet:

a) Azon a téves elképzelésen alapul, hogy az azonos neműek iránti vonzalom megváltoztathatatlan, és ezzel elbátortalanítja a segítségkérést.

b) A „melegközösség” olyan szexuáletikát és magatartást népszerűsít, amely alapvetően ellentétes a katolikus tanítással, és nem titkolt célja az „erotofóbia” és a „heteroszexizmus” felszámolása. Egyszerűen nincs mód arra, hogy a „melegmozgalom” szónokai által megfogalmazott álláspont valaha is kibékíthető legyen a katolikus egyház tanításával.

c) A könnyen megkísérthető személyeket közeli bűnalkalomnak teszi ki.

d) Azt a hamis reményt kelti, hogy a katolikus egyház egyszer majd megváltoztatja a szexuáletikáról szóló tanítását.

A katolikusoknak természetesen szeretettel, reményt nyújtva és a Jézus Krisztustól nyert szabadulás hiteles üzenetével kell azok felé fordulniuk, akik a saját nemük iránt



éreznek vonzódást vagy aktív homoszexuális életet élnek, és különösen azok felé, akik szexuális úton terjedő betegségekben szenvednek.

## **2. A pap szerepe**

Rendkívül fontos, hogy amikor egy pap olyan hívővel kerül szembe, aki az azonos neműek iránti vonzódással küszködik, hozzáférjen az információ és a segítségnyújtás megbízható és valóban hatékony forrásaihoz. Ugyanakkor többet is kell tennie, semmint pusztán továbbküldeni a hozzá fordulót egy támogató csoporthoz (lásd: Courage vagy Encourage a Függelékben). Egy pap abban az egyedülálló helyzetben van, hogy konkrét lelki támogatásban részesítheti a saját nemükhöz vonzódókat. Ugyanakkor tisztában kell lennie azzal, hogy a hozzá forduló személy a bizonytalanság, a szégyen, a frusztráció, a harag és a félelem intenzív érzéseit éli át. Ez azonban nem akadályozhatja abban, hogy világosan kimondja az egyház tanítását (vö. KEK, 2357–2359.), és beszéljen a bűnbocsánat szentségének és gyógyító erejének szükségességéről, a bűnre vezető alkalom kerülésének és az imaélet erősítésének fontosságáról. Sok terapeuta vallja, hogy a vallásos hitnek döntő szerepe van az azonos neműek iránti vonzalomból és a különböző szexuális függésekből való felépülésben.

Ha valaki az azonos neműek iránti vonzódásról, ilyen fantáziákról és homoszexuális aktusokról számol be a gyónásban, a papnak tudnia kell, hogy ezek mögött általában gyermekkori és kamaszkori trauma vagy szexuális visszaélés rejlik, esetleg okuk lehet az is, hogy az illető gyermekkorában nem kapta meg az azonos nemű szülőtől a szerető megerősítést. Amíg ezek a problémák nem kerülnek felszínre, a kísértés vissza fog térni, és az egyén kétségbeesik. Azok, akik elvetik az egyház tanítását, és arra bátorítják a saját nemükhöz vonzódókat, hogy létesítsenek „stabil, szeretetteljes homoszexuális kapcsolatot”, nem értik, hogy ezzel nem oldódnak meg a gyökerproblémák. Miközben a pap terápiát és támogató csoportot javasol az érintettnek, nem szabad megfeledkeznie arról, hogy a szentségeken keresztül nem csupán a bűnnel való küzdelemben segítheti a hozzá fordulót, hanem a szexuális irányultság okainak gyógyulását is elősegítheti.

A következő lista nem teljes, mégis bemutatja, hogyan segíthet egy pap azoknak, akik ilyen problémákkal küszködve szeretnének részesülni a kiengesztelődés szentségében.

a) A saját nemükhöz vonzódó személyek, és azok, akik ezzel kapcsolatos bűnöket gyónnak meg, csaknem mindig mély érzelmi sebek, keserűség és neheztelés terhét hordozzák azokkal szemben, akik elutasították, elhanyagolták őket, vagy fájdalmat okoztak nekik, beleértve szüleiket, kortársaikat és a szexuális zaklatások elkövetőit. A gyógyulás első lépése az lehet, ha segítünk nekik megbocsátani (Fitzgibbons, 1999 [103]).

b) Gyakori, hogy a saját nemükhöz vonzódó személyek sok korai szexuális tapasztalatról és traumáról számolnak be (Doll, 1992 [104]). A homoszexuálisan aktív egyének általában fiatalon kezdik a nemi életet (Stephan, 1973 [105]; Bell, 1981 [106]). Sokan közülük még soha senkinek nem beszéltek e tapasztalataikról (Johnson, 1985 [107]), és iszonyatos bűntudatot, illetve szégyent hordoznak. Bizonyos esetekben a szexuális visszaélések áldozatai azért éreznek bűntudatot, mert a traumára szexuálisan válaszoltak. A pap tapintatosan rákérdezhet e korai tapasztalatokra, biztosítva a gyónót, hogy bűnei megbocsátást nyernek, és segíthet neki abban, hogy a megbocsátáson keresztül megtapasztalja a szabadságot.

c) A homoszexuálisan aktív egyének gyakran szexuális függőségben is szenvednek (Saghir, 1973 [108]; Beitchman, 1991 [109]; Goode, 1977 [110]). Esetükben gyakoribbak a szélsőséges szexuális magatartásformák vagy a pénzért vállalt prostitúció (Saghir, 1973 [111]). A függőségeket nem könnyű legyőzni. Ennek első lépése lehet a gyakori szentgyónás. A papnak emlékeztetnie kell a gyónót, hogy az ezen a területen elkövetett legvadabb bűnei is bocsánatot nyerhetnek, bátorítania kell őt, hogy álljon ellen a csüggedésnek, és maradjon kitartó, ugyanakkor javasolnia kell egy olyan támogató csoportot, ahol megtanulhatja kezelni függőségét.

d) A saját nemükhöz vonzódók gyakran élnek vissza alkohollal vagy legális és illegális drogokkal (Fifield, 1977 [112]; Saghir, 1973 [113]), ez pedig gyengíti az ellenállást a szexuális kísértéssel szemben. A pap javasolhatja a gyónónak, hogy csatlakozzon egy olyan önszervező csoporthoz, amely ezekkel a problémákkal foglalkozik.

e) A saját nemükhöz vonzódók gyakran foglalkoznak az öngyilkosság gondolatával (Beitchman, 1991 [114]; Herrell, 1999; Fergusson, 1999). A pap biztosíthatja a gyónót, hogy van remény helyzetének megváltozására, Isten szereti őt, és azt akarja, hogy teljes, boldog életet éljen. Ebben az esetben is rendkívül gyógyító lehet a kiengesztelődés.

f) A saját nemükhöz vonzódók gyakran szenvednek egyéb lelki problémáktól is, mint amilyen az irigység (Hurst, 1980) vagy az önsajnálát (Vanden Aardweg, 1969). Fontos, hogy ne úgy bánjunk velük, mintha a szexuális kísértés lenne az egyetlen problémájuk.

g) A saját nemükhöz vonzódók döntő többsége arról számol be, hogy nagyon rossz volt a kapcsolata apjával (lásd a 17–23. lábjegyzetet). A pap – szerető, elfogadó apafiguraként – a szentség erejénél fogva elkezdheti begyógyítani a sérült apaképet, és elősegíteni egy gyógyító kapcsolat megalapozását Istennel, az Atyával. Arra is bátoríthatja a gyónót, hogy imádkozzon Szent Józsefhez.

A papnak tisztában kell lennie azzal, hogy ezeknek a súlyos sebeket hordozó személyeknek igen mély gyógyulásra van szükségük. Ezért legyen a remény forrása a csüggedőnek, megbocsátás a tévelygőnek, erő a gyengének, bátorítás a bátortalannak, olykor pedig legyen szerető apafigura a sebzett ember számára. Röviden: a pap képviselje Jézust Isten e szeretett gyermekei számára, akik időként a legnehezebb helyzetekbe kerülnek. Legyen érzékeny, de határozott, utánozva – mint mindig – Jézust, aki gyógyított és megbocsátott hetvenszer hétszer, de mindannyiszor hozzátette: „Menj, és többé ne vétkezzél!”

### **3. A katolikus egészségügyi szakemberek**

A gyermekorvosoknak ismerniük kell a nemi önazonosság zavarának és a krónikus kamaszkori férfiatlanság állapotának tüneteit. Korai felismerés és beavatkozás esetén okkal remélhető, hogy a probléma sikeresen megoldódik (Zucker, 1995 [115]; Newman, 1976 [116]). Bár a gyermekek kezelésének elsődleges célja aktuális szenvedésük megszüntetése (Newman, 1976 [117]; Bradley, 1998 [118]; Bates, 1974 [119]), a nemi önazonosság zavarának és a krónikus kamaszkori férfiatlanság állapotának kezelése megelőzheti az azonos neműek iránti vonzódás kialakulását és mindazokat a problémákat, amelyek a kamaszkori és felnőttkori homoszexuális aktivitásból fakadnak.

Noha a legtöbb szülő nem akarja, hogy gyermeke esetében homoszexuális magatartás alakuljon ki, a rizikócsoporthoz tartozó fiatalok szülei gyakran ellenállnak a kezelésnek (Zucker, 1995; Newman, 1976 [120]). Ha felvilágosítást kapnak arról, hogy a nemi

önazonosság zavarának és a krónikus kamaszkori férfiatlanság állapotának tüneteit mutató gyermekek mintegy 75%-a beavatkozás nélkül előbb-utóbb megtapasztalja az azonos neműek iránti vonzódást, és arról is tájékoztatják őket, hogy a homoszexuális életmód milyen kockázatokkal jár (Garofalo, 1998 [121]; Osmond 1994 [122]; Stall, 1988b [123]; Rotello, 1997; Signorile, 1997 [124]), ez segíthet legyőzni a terápiával szembeni ellenállásukat. A szülők együttműködése rendkívül fontos a korai beavatkozás sikere szempontjából.

A gyermekorvosoknak meg kell ismerniük a probléma kezelésére vonatkozó szakirodalmat. George Rekers számos könyvet írt erről a témáról (Rekers, 1988 [125]). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents* [Nemi önzonossági zavar és pszichoszexuális problémák gyermekeknél és kamaszoknál, 1995] című könyvében Zucker és Bradley – a szakirodalom széles körű áttekintése mellett – számos esettörténetet és kezelési ajánlást ír le.

Az orvosok tájékoztathatják a homoszexuális aktivitás során szerzett betegségekkel hozzájuk érkező pácienseiket az elérhető pszichoterápiás formákról és támogató csoportokról, valamint arról is, hogy az igazán motivált egyének mintegy 30%-a elérheti irányultsága megváltozását. A megelőzés szempontjából pedig lényeges, hogy a páciensek további 30%-a képessé válik az önmegtartóztatásra vagy a magas kockázatú magatartás megszüntetésére. Fontos továbbá, hogy az orvosok kérdezzenek rá az esetleges drog- vagy alkoholabúzusra, és – amennyiben szükséges – javasoljanak kezelést számukra, hiszen számos tanulmány kimutatta, hogy van összefüggés a szerabúzus és a szexuálisan terjedő betegségek között (Mulry, 1994 [126]).

Még az AIDS-járvány elterjedését megelőzően egy kutatás során kiderült, hogy a homoszexuális életet élő férfiak 63%-a homoszexuális aktivitás során szerzett nemi betegséget (Bell, 1978 [127]). Az AIDS-szel kapcsolatos összes felvilágosítás ellenére a járványszakértők szerint a homoszexuálisan aktív férfiak 50%-a belátható időn belül HIV-pozitív lesz (Hoover, 1991; Morris, 1994; Rotello, 1997 [128]). Esetükben nagyobb kockázattal alakulhat ki szifilisz, gonorrhoea, hepatitis A, B, C, HPV és számos más betegség is.

Fontos, hogy a mentálhigiénés szakemberek ismerjék meg azoknak a terapeutáknak a munkáját, akik sikereket értek el a saját nemükhöz vonzódó személyek kezelésében. Mivel a jelenségnek nem egyetlen oka van, minden páciensnek más típusú kezelésre lehet

szüksége. A terápia, a támogató csoport és a spirituális gyógyítás együttes alkalmazásának lehetőségét is meg kell fontolni.

#### **4. A katolikus pedagógusok**

A katolikus intézmények tanárainak kötelessége védelmezni az egyház szexuális tanítását, cáfolni a homoszexualitással kapcsolatos téves ismereteket, és tájékoztatni a veszélyeztetett vagy homoszexuálisan aktív kamaszokat, hogy van segítség. Fontos, hogy továbbra is ellenálljanak annak a nyomásnak, amely a gumióvszerről szóló tájékoztatást a tanrend részévé tenné, ezzel is megkönnyítve a homoszexuálisan aktív kamaszok dolgát. Számos tanulmány kimutatta, hogy az ilyen szexuális nevelés nem képes hatékonyan megelőzni a nemi úton terjedő betegségeket a rizikócsoportokban (Stall, 1988a [129]; Calabrese, 1987 [130]; Hoover, 1991 [131]).

A „melegaktivisták” el akarják érni, hogy a rizikócsoportokhoz tartozó fiatalok csatlakozzanak támogató csoportokhoz, amelyek segíthetnek nekik „vállalni” „meleg” voltukat. Egyáltalán nincs bizonyíték arra nézve, hogy az ilyen csoportokban való részvétel megvédene a homoszexuális aktivitással kapcsolatos hosszú távú negatív következményektől. Ezek a csoportok egyáltalán nem arra bátorítják a fiatalt, hogy tartsa magát távol a bűntől, és éljen tisztán aktuális életállapotának megfelelően. A nemi önzavarás zavarának és a krónikus kamaszkori férfiatlanság állapotának tüneteit igen komolyan kell venni. A rizikócsoportokhoz tartozó gyermekeknek – különösen a szexuális visszaélések áldozatainak – szakember segítségére is szükségük van.

A nevelők kötelessége megakadályozni azoknak a gyermekeknek a gúnyolását, akik nem alkalmazkodnak a nemi szerepekből fakadó normákhoz. Fontos, hogy a katolikus és más intézmények pedagógusai számára hozzáférhetők legyenek olyan irodalmak, óratervek és stratégiák, amelyek segítségével megtanulhatják kezelni ezt a problémát.

## 5. A katolikus családok

Amikor katolikus szülők felfedezik, hogy gyermekük vonzódik az azonos neműek iránt, esetleg homoszexuálisan aktív, gyakran kétségbeesnek. Aggódnak a gyermek egészségéért, boldogságáért és üdvösségéért, éppen ezért megkönnyebbülten fogadják, hogy van remény, és az azonos neműek iránti vonzalom kezelhető, megelőzhető. Az Encourage szervezetén belül támogatást kaphatnak a hasonló helyzetben lévő szülőktől, ugyanakkor fontos, hogy terhüket megszthassák szeretetteljes barátokkal és családokkal.

A szülőket fel kell világosítani a nemi önzonosság zavarának tüneteiről, ezek megelőzhetőségéről, bátorítani kell őket, hogy vegyék komolyan a tüneteket, és gyermeküket vigyék el egy szakképzett, megfelelő erkölcsi hozzáállású mentálhigiénés szakemberhez.

## 6. A katolikus közösség

A házasságon kívüli terhesség és az abortusz nem is olyan régen még tabutéma volt, az érintett nők kemény és ítélező reakciókat kaptak környezetüktől. Az abortusz legalizálása arra készítette az egyházat, hogy szembenézzen ezzel a kérdéssel, és missziót szervezzen a nem kívánt gyermekkel várandós, illetve abortusz utáni szindrómában (PAS) szenvedő nők megsegítésére. Néhány év alatt meg is változott az egyházmegyék, a plébániák és a katolikus hívek hozzáállása, és ma már a valódi keresztény könyörületesség a mértékadó magatartás. Ugyanígy átalakulhat az azonos neműek iránt vonzódókkal szembeni hozzáállás is, amennyiben valamennyi katolikus intézmény kiveszi a részét e munkából.

Az azonos neműek iránt vonzódó személyek és családjaik gyakran érzik kirekesztve magukat a katolikus közösség szerető gondoskodásából. Többek között a szentmisében értük mondott könyörgésekkel is éreztetni lehet velük, hogy ők is fontosak a közösség számára.

Lényeges, hogy a katolikus média szereplői is megfelelő tájékoztatást kapjanak a homoszexualitás jelenségéről, az egyház tanításáról, valamint a megelőzés és a kezelés módjairól. Hasznos lehet szórólapokat és egyéb kiadványokat készíteni, amelyek világosan megfogalmazzák az egyház erre vonatkozó tanítását, s egyben tájékoztatják a rászorulókat a

megoldást elősegítő lehetőségekről. A szórólapokat el lehet helyezni a sok templomban meglévő kiadványtartó állványokon.

Olyan esetekben, amikor a katolikus média valamely munkatársa, egy katolikus intézmény pedagógusa vagy akár egy lelkipásztor eltorzítja az egyház tanítását, vagy tévesen azt állítja, hogy az azonos neműek iránti vonzódás genetikailag determinált és megváltoztathatatlan, hozzáértő civil személyek megfelelő tájékoztatással kijavíthatják a félreértéseket.

## **7. A püspökök**

A Katolikus Orvosok Egyesülete tisztában van azzal, hogy a püspökök felelőssége a tanítás tisztaságának felügyelete egyházmegyéjükben. Ez azt is jelenti, hogy világos eligazítást kell adniuk híveiknek az intim, szexuális kapcsolatok természetéről és céljáról, valamint a nem megfelelő kapcsolatok bűnösségéről. Az egyesület együttműködésre törekszik a püspökökkel és papokkal, hogy kialakulhassanak a megfelelő támogató csoportok és terápiás modellek azok megsegítésére, akik az azonos neműek iránti vonzódással küszködnek. Meggyőződésünk, hogy a Courage- és az Encourage-programok igen hasznosak és értékesek; igyekszünk népszerűsíteni ezeket, ugyanakkor bizonyosak vagyunk abban, hogy számos más módja is létezik a segítségnyújtásnak, és készségesen együttműködünk minden olyan programmal, amely pszichológiai, spirituális és erkölcsi szempontból megfelelőnek bizonyul.

## **8. Remény**

Dr. Jeffrey Satinover a következőképpen írt a saját nemük iránt vonzalmat érző páciensek körében szerzett gazdag tapasztalatairól: „Rendkívül szerencsés vagyok, mert sok olyan emberrel találkoztam, aki felhagyott a meleg életmóddal. Amikor látom, milyen keményen szembenéznek személyes megpróbáltatásaikkal, és milyen bátrak, nem csupán ebben, hanem abban is, ahogyan szembe mernek menni egy olyan társadalommal, amely minden

lehetséges eszközzel tagadja értékeik, céljaik és tapasztalataik érvényességét, valóban csak csodálni tudom őket... Ezek az emberek – az Amerikában és a világ többi részén élő korábbi homoszexuálisok és a jelenleg is küszködők – számomra azt példázzák, hogy milyen nagyszerű lehetőségek rejlenek egy olyan világban, amely komolyan veszi az emberi szívet és a benne lakó Istent. A pszichoanalízis, a pszichoterápia és a pszichiátria területén végzett sokféle kutatásom során még soha nem találkoztam ehhez fogható gyógyulással” (Satinover, 1996).

Gyakori, hogy azok, akik meg akarnak szabadulni az azonos neműek iránt érzett vonzódásuktól, először az egyházhoz fordulnak. A Katolikus Orvosok Egyesülete bizonyosságot szeretne azzal kapcsolatban, hogy ezek a személyek megtalálják a segítséget és a reményt, amelyet keresnek. Okunk van remélni, hogy minden olyan személy, aki saját neméhez vonzódik és az egyháztól vár segítséget, megszabadulhat homoszexuális magatartásától, sőt, sokan ennél jóval többet is kaphatnak, ám csak akkor fognak hozzánk fordulni, ha azt látják, hogy szavaink és tetteink egyaránt szeretetet tükröznek.

Amennyiben katolikus egészségügyi szakemberek a múltban elmulasztottak segítséget nyújtani ezeknek a pácienseknek, vagy nem dolgoztak elég keményen a hatékony megelőzési és kezelési formák kidolgozásán, esetleg nem a minden személyt megillető tisztelettel bántak az ilyen problémákkal hozzájuk forduló páciensekkel, most bocsánatot kérünk a nevükben.

Felismertük, hogy az egészségügyi szakembereknek sajátos kötelességeik vannak ezen a területen, és reményeink szerint állásfoglalásunkkal segítünk nekik, hogy a katolikus hit elveit szem előtt tartva teljesíthessék e kötelességeiket.

\* \* \*

A tanulmányban közölt kutatási eredményeket számos forrásból merítettük, és sok egyéb tanulmányt is idézhettünk volna. Azok, akik mélyebben is szeretnék tanulmányozni a témát, a [heartbeatnews1@cox.net](mailto:heartbeatnews1@cox.net) címen kérhetnek átfogó irodalomjegyzéket, illetve áttekintést a vonatkozó szakirodalomról.

Meg kell jegyeznünk, hogy az idézett szerzők közül sokan nem fogadják el az egyház tanítását a homoszexuális aktusok eredendő természetellenességéről. Nem tüntettük fel őket



külön, hiszen a melegséget megerősítő terápiát hirdető szerzők által közölt statisztikai adatok lényegében megegyeznek a megelőzést és kezelést támogató szerzők adataival, csupán a jelenségek értelmezése különbözik.

## BIBLIOGRAFÍA

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. September.

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-term 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 University Press.

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*, Baltimore MD: Williams & Wilkins.

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.

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, Beverly 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*. Los Angeles CA: Gay Community Service Center.

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*, Washington DC: 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. (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. February 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 Gonsiorek, J. 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.

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. February: 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.

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*. November : 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: Williams & 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" Interviews 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., Schragar, 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.

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. October.

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.

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.

## FÜGGELÉK

Courage and Encourage

St. John the Baptist Church and Friary

210 West 31st Street

New York, NY 10001

212-268-1010

212-268-7150 (fax)

email: NYCourage@aol.com

<http://world.std.com/~courage>

## SZERZŐK, MUNKATÁRSÁK ÉS SZERKESZTŐK

Eugene Diamond, M.D.

Professor of Pediatrics

Loyola Stritch School of Medicine

Chicago, IL

Richard Delaney, M.D.

Family Medicine

Washington, DC

Sheila Diamond, RN, MSN

Nursing Consultant

John Paul II Institute

Rome, Italy

Richard Fitzgibbons, M.D.

Psychiatrist

Comprehensive Counseling Service

W. Conshohocken, PA

Rev. James Gould

St. Raymond Parish

Arlington, VA

Rev. John Harvey

Director, Courage Ministry

New York, NY

Ned Masbaum, M.D.

Forensic Psychiatrist

Indianapolis, IN

Kevin Murrell, M.D.

Dept. of Psychiatry

Univ. of Georgia Medical School

Augusta, GA

Peter Rudegeair, Ph.D.

Clinical Psychologist

W. Conshohocken, PA

Edward Sheridan, M.D.

Dept. of Psychiatry

Georgetown Univ. School of Medicine

Washington, DC