

**Заявление Католической
медицинской ассоциации
«Гомосексуальность и надежда»**

Заявление Католической медицинской ассоциации «Гомосексуальность и надежда»

Введение

Миссия Католической медицинской ассоциации – поддерживать основы Католической Веры, связанные с медициной, и способствовать распространению Католической медицинской этики среди медицинских работников (включая профессиональных врачей в области психического здоровья), среди клира и общества в целом.

За последние десять лет никакой другой вопрос не вызывал столько опасений, сколько гомосексуальность, и поэтому КМА предлагает обобщение и краткий обзор по этой теме. Это обобщение широко использует заключения различных исследований и указывает на согласие учения Церкви с этими исследованиями. Мы выражаем надежду, что данный обзор послужит в качестве учебного и справочного материала католическому клиру, врачам, специалистам-психологам, работникам образования и обществу в целом.

КМА поддерживает учение Церкви, выраженное в пересмотренной версии Катехизиса Католической Церкви, в частности, в области сексуальности: «Все крещенные призваны к целомудрию» (Кат., 2348). «Женатые люди призваны к жизни в супружеском целомудрии; прочие должны проявлять целомудрие в воздержании» (Кат., 2349). «Предание всегда утверждало, что гомосексуальные действия вызваны и являются существенными внутренними нарушениями; ни по какой причине они не могут быть одобрены» (Кат., 2333).

С Божией помощью каждому, включая и тех, кто испытывает влечение к своему полу, возможно вести целомудренную жизнь. Об этом очень сильно заявил кардинал Джордж, архиепископ Чикагский, в своем обращении к Национальной ассоциации католических епископальных миссий для геев и лесбиянок: «Отрицать, что сила благодати Божией позволяет испытывающим гомосексуальные влечения жить в целомудрии - то же, как отрицать, что Иисус Христос воскрес из мертвых» (Джордж, 1999).

В некоторых обстоятельствах, таких как психологические нарушения и опыт травм, иногда бывает более сложно соблюдать целомудрие. Существуют условия, которые могут существенно снизить ответственность человека за падения в блуд. Однако эти условия и обстоятельства не уничтожают свободы воли и не умаляют силы благодати. Хотя многие мужчины и женщины, испытывающие сексуальное влечение к партнерам своего пола, и утверждают, что гомосексуальное желание ощущается ими как врожденное, «данность» (Charman, 1987(1)), это ни в коем случае не вызвано генетически и не является неизменным состоянием. Некоторые поддавались влечению к своему полу, потому что им сказали, что они уже родились с этим отклонением, и что невозможно изменить паттерн чьего-либо сексуального влечения. Эти люди могут чувствовать, что противостоять гомосексуальным желаниям бесполезно и безнадежно, и потому воспринимать себя как геев. Эти же люди могут чувствовать себя подавленными оттого, что общество и религия, в особенности Католическая Церковь, не принимает выражение этих желаний в актах гомосексуализма (Schreier, 1998(2)).

Исследования, рассмотренные в данном отчете, противоречат мифу, что влечение к своему полу генетически обусловлено и неизменно, и предлагают надежду для профилактики и лечения гомосексуальности.

1. Не рожден таковым

Множество исследователей пытались найти биологическую причину влечения к своему полу. Средства массовой информации продвигали идею, что «гей-ген» уже найден (Burr, 1996), но, несмотря на неоднократные попытки, ни одно из широко освещенных прессой исследований не получило научного подтверждения (Gadd, 1998). Группа авторов тщательно пересмотрела эти исследования и пришла к выводу, что они не только не доказывают генетическую обусловленность влечения к своему полу, но даже и не могут претендовать на то, чтобы иметь себе научное основание (Byrne, 1963; Crewdson, 1995; Goldberg, 1992; Horgan, 1995; McGuire, 1995; Porter, 1996; Rice, 1999).

Если бы влечение к своему полу было генетически детерминировано, можно было бы ожидать, что у генетически идентичных близнецов будет одинаковая сексуальная ориентация. Однако существует множество сообщений об идентичных близнецах с разной сексуальной ориентацией. (Bailey, 1991; Eckert, 1986; Friedman, 1976; Green, 1974; Heston, 1968; McConaghy, 1980; Rainer, 1960; Zuger, 1976). Исследования частных случаев часто выявляют внешние факторы среды, которые влияют на развитие различных паттернов сексуального влечения генетически идентичных детей; и это подтверждает теорию, согласно которой влечение к своему полу является результатом взаимодействия различных факторов внешней среды (Parker, 1964).

Тем не менее, постоянно предпринимаются попытки убедить общество в том, что влечение к своему полу генетически предопределено (Marmor, 1975). Такие попытки могут предприниматься из политических мотивов, поскольку люди скорее поддержат необходимость изменений в законодательстве и религиозном учении, если будут убеждены, что сексуальная ориентация обусловлена генетически и не может быть изменена (Emulf, 1989; Piskur, 1992). Некоторые искали генетическое обоснование влечения к своему полу для того, чтобы выступать с обращениями в комиссии по правам человека, ссылаясь на неизменяемость ориентации (Green, 1988).

Католики верят, что сексуальность была создана Богом как знак любви Жениха Христа к Его Невесте Церкви, и потому сексуальные действия уместны лишь в супружестве. Здоровое психосоциальное развитие естественным образом приводит к влечению человека к противоположному полу. Травма, неправильное воспитание и грех могут стать причиной отклонений от этой модели. Не следует определять людей на основании их эмоциональных конфликтов или конфликтов развития, как если бы это составляло самую суть личности. В дебатах между сущностным подходом и социальным конструктивизмом, верующий в естественный закон будет считать, что у людей есть основная, сущностная природа – мужская или женская, а греховные отклонения, такие как желание вступить в гомосексуальные связи, являются приобретенными и потому могут быть устранены.

Потому было бы разумным избегать по возможности использование слов «гомосексуалист» и «гетеросексуал» в качестве существительных, поскольку такое употребление предполагает, что ориентация является фиксированной, и что не существует разницы между естественным состоянием мужчины и женщины, сотворенных Богом, и состоянием людей, которые испытывают влечение к своему полу или ведут себя соответственно.

2. Влечение к своему полу как симптом

Люди испытывают влечение к своему полу по разным причинам. Хотя и есть сходства в том, как развиваются эти влечения, у каждого человека это происходит по-своему. В истории жизни людей с гомосексуальной ориентацией более или менее часто можно встретить следующее:

Ранняя обособленность от отца: отец воспринимался как враг, был удален, жесток или был алкоголиком (Apperson, 1968; Bene, 1965; Bieber, 1962; Fisher, 1996; Pillard, 1988; Sipova, 1983),
Мать слишком опекала ребенка (мальчики) (Bieber, 1971; Bieber, 1962; Snortum, 1969),
Мать была требовательной, ей постоянно было что-то нужно от ребенка (мальчики) (Fitzgibbons, 1999),
Мать была эмоционально недоступной (девочки) (Bradley, 1997; Eisenbud, 1982),
Родители не смогли помочь ребенку идентифицировать себя со своим полом (Zucker, 1995),
Недостаток грубых и подвижных игр (мальчики) (Friedman, 1980; Hadden, 1967a),
Неудача в самоидентификации себя со сверстниками своего пола (Hockenberry, 1987; Whitman, 1977),
Нелюбовь к командным видам спорта (мальчики) (Thompson, 1973),
Недостаточная координация, неловкость, которая порождала издевательства со стороны сверстников (мальчики) (Bailey, 1993; Fitzgibbons, 1999; Newman, 1976),
Сексуальное насилие или изнасилование (Beitchman, 1991; Bradley, 1997; Engel, 1981; Finkelhor, 1984; Gundlach, 1967),
Боязнь общества или особая застенчивость (Golwyn, 1993),
Потеря родителя в результате его смерти или развода (Zucker, 1995),
Обособленность от родителя в важные моменты развития личности (Zucker, 1995).
Иногда влечение к своему полу сопровождается другими психическими диагнозами, например:

- общая депрессия (Fergusson, 1999),
- склонность к суициду (Herrell, 1999),
- генерализованное тревожное расстройство,
- алкогольная и наркотическая зависимость,
- расстройства поведения у подростков,
- пограничные расстройства личности (Parris, 1993; Zubenko, 1987),
- шизофрения (Gonsiorek, 1982),
- патологический нарциссизм (Burchowski, 1954; Kaplan, 1967),

В некоторых случаях гомосексуальное поведение возникает впоследствии как реакция на травму (например, аборт) (Berger, 1994; de Beauvoir, 1953) или глубокое одиночество (Fitzgibbons, 1999).

3. Гомосексуальное влечение можно предотвратить

Если эмоциональные нужды и нужды развития должным образом удовлетворяются в семье и среди сверстников, вряд ли у ребенка будет развиваться влечение к своему полу. Детям нужно, чтобы каждый из родителей, братья и сестры, сверстники проявляли к ним привязанность, хвалили их, принимали их. Однако такие общественные и семейные отношения не всегда легко устанавливаются, и не всегда можно сразу определить нужды ребенка. Кто-то из родителей сам борется с собственными проблемами и не может обеспечить внимание и поддержку, в которых нуждается его ребенок. Иногда родители очень стараются, но особенности личности ребенка затрудняют оказание ему внимания и поддержки. Кто-то из родителей видел начальные симптомы, обратился за профессиональной помощью и советом, но получил несоответствующие и иногда даже ошибочные рекомендации.

Диагностический и статистический справочник VI (APA 1994) Американской психологической ассоциации определил нарушение половой идентификации у детей (F64.2 по МКБ-10) следующим образом: это сильная устойчивая идентификация с другим полом, дискомфорт от своего собственного пола и предпочтение противоположных половых ролей в игре или фантазиях. Некоторые исследователи (Friedman, 1988, Phillips, 1992) определили другой, реже упоминаемый синдром у мальчиков – хроническое чувство отсутствия мужественности. Эти ребята, не играя кросс-половую роль и не испытывая подобных фантазий, чувствуют себя глубоко неадекватными в своей мужественности, испытывают почти фобию по отношению к грубым подвижным играм в раннем детстве и сильную неприязнь к командным видам спорта. Несколько исследований показывают, что дети с нарушением половой самоидентификации и с юношеским хроническим чувством отсутствия мужественности принадлежат к группе риска в области гомосексуального влечения во взрослом возрасте (Newman, 1976; Zucker, 1995; Harry, 1989).

Раннее обнаружение (Hadden, 1967) и правильное профессиональное вмешательство, если только оно поддерживается родителями, обычно может преодолеть нарушение полоролевой идентификации (Rekers, 1974; Newman, 1976). К сожалению, многим родителям, обращающимся с подобными вопросами к педиатру, рекомендуют просто не волноваться об этом. В некоторых случаях, симптомы и родительские опасения могут уменьшиться, когда ребенок идет во второй или третий класс. Однако, если с этим не будут правильно работать, симптомы могут заново проявиться уже в пубертатном периоде как интенсивное влечение к своему полу. Это влечение становится результатом неправильной половой самоидентификации.

Важно, чтобы те, кто занимается работой с детьми и их образованием, были осведомлены о симптомах нарушения половой идентификации и с синдромом юношеского хронического чувства отсутствия мужественности, а также обладали ресурсами, необходимыми для оказания помощи данным детям (Bradley, 1998; Brown, 1963; Acosta, 1975). Будучи однажды убежден, что влечение к своему полу не является обусловленным генетически, человек может надеяться на предотвращение развития такого влечения или на то, что терапия сможет снизить или вообще элиминировать гомосексуальное влечение.

4. В группе риска, не предопределены

В то время, как некоторые исследования показывают, что дети, перенесшие сексуальное насилие, дети, у которых наблюдаются симптомы нарушения половой идентификации и дети с синдромом юношеского хронического чувства отсутствия мужественности находятся в группе риска в отношении влечения к своему полу в период взросления и далее, важно также заметить, что значительное число этих детей не проявляют сексуальной активности во взрослом возрасте (Green, 1985; Bradley, 1998).

Для некоторых негативный опыт детства преодолевается поздним положительным взаимодействием. Некоторые принимают сознательное решение отказаться от искушения. Присутствие Божие и сила благодати, хотя и не всегда очевидные, не могут не учитываться в деле избавления от гомосексуального влечения человека из группы риска. Навешивание ярлыка «гомосексуалист» на подростка или, что еще хуже, на ребенка, может нанести человеку серьезный вред. Этим людям с помощью уместного положительного вмешательства можно предложить соответствующее руководство по работе с детскими эмоциональными травмами.

5. Терапия

Те, кто поддерживает идею, что сексуальная ориентация не поддается изменению, часто цитируют отрывок из опубликованной дискуссии д-ра С.С. Триппа и д-ра Лоуренса Хаттерера, в ходе которой д-р Трипп заявил: «Не существует ни одного зафиксированного случая смены гомосексуальной ориентации, который мог бы быть подтвержден сторонним судьей или с помощью тестирования. Кинси не смог найти ни одного. Ни д-р Померой, ни я также не смогли найти такого пациента. Мы были бы рады получить одного из таких людей от д-ра Хаттерера». Однако эти люди не цитируют ответ д-ра Хаттерера:

«Я “излечил” многих гомосексуалистов, д-р Трипп. Д-р Померой и любой другой исследователь может проверить мою работу, поскольку на протяжении 10 лет все записывалось на магнитофонную пленку. Многие из “исцеленных” (лично я предпочитаю термин “изменившихся”) пациентов вступили в брак, создали семью и живут счастливо. Миф о том, что «гомосексуалист – это навсегда», – разрушителен. Он вел и ведет к тому, что миллионы людей становятся убежденными гомосексуалистами. Более того, не только я, но и многие другие заслуженные психиатры (Dr. Samuel B. Hadden, Dr. Lionel Ovesey, Dr. Charles Socarides, Dr. Harold Lief, Dr. Irving Bieber, и другие) сообщают об успешном окончании терапии гомосексуалиста, поддающегося терапии» (Tripp & Hatterer, 1971).

Многие психотерапевты широко писали о положительных результатах терапии гомосексуальных влечений. Трипп предпочел игнорировать большой пласт литературы по терапии и исследования психотерапевтов. Обзоры терапии нежелаемого гомосексуального влечения дают результаты, сходные с терапией других психологических проблем: около 30% полностью освобождаются от симптомов, другие 30% чувствуют улучшения (Bieber, 1962; Clippinger, 1974; Fine, 1987; Kaye, 1967; MacIntosh, 1994; Marmor, 1965; Nicolosi, 2000; Rogers, 1976; Satinover, 1996; Throckmorton; West).

Отзывы частных терапевтов настолько же положительны (Barnhouse, 1977; Bergler, 1962; Bieber, 1979; Cappon, 1960; Caprio, 1954; Ellis, 1956; Hadden, 1958; Hadden, 1967b; Hadfield, 1958; Hatterer, 1970; Kronemeyer, 1989, Nicolosi, 1991). Это только несколько репрезентативных примеров психотерапевтов, которые отмечают положительные результаты в лечении тех, кто испытывает влечение к своему полу.

Существуют также многочисленные автобиографические отчеты мужчин и женщин, которые вначале думали, что их жизнь навсегда связана с гомосексуальным влечением и поведением. Многие из этих мужчин и женщин (Exodus 1990-2000) сейчас описывают себя как освободившихся от гомосексуальных влечений, фантазий и поведения. Большинство из них пришли к этой свободе через участие в религиозных группах поддержки, хотя некоторые также должны были обращаться к терапевтам. К сожалению, некоторые влиятельные люди и профессиональные объединения игнорируют эти очевидные факты (Американская психологическая ассоциация, 1997; Herek, 1991) и, похоже, со стороны апологетов гомосексуализма предпринимаются объединенные усилия опровергнуть эффективность терапии влечения к своему полу или представить такую терапию как вредную. У Барнхауса такие попытки вызывают удивление: «Искажения реальности, присутствующие в отказах апологетов гомосексуализма признать, что это состояние поддается изменению, настолько велики, что можно только удивляться и недоумевать, чем это вызвано» (Barnhouse, 1977).

Роберт Шпицер, д-р мед. н., знаменитый исследователь в области психиатрии Колумбийского университета, тот, кто участвовал в решении об исключении гомосексуализма из списка нарушений психики Американской психологической ассоциации, недавно участвовал в исследовании возможности изменений. В своем интервью д-р Шпицер заявил: «Я убежден, что многие люди сделали существенные сдвиги к тому, чтобы стать гетеросексуальными... Думаю, это новость... Я скептически подходил к исследованию. Сейчас я признаю, что эти изменения

могут быть подтверждены (поддержаны)». (Spizer, 2000).

6. Цели терапии

Те, кто утверждает, что изменение сексуальной ориентации невозможно, обычно определяют изменение как полную и постоянную свободу от всякого гомосексуального поведения, фантазий, или влечения у человека, который прежде испытывал гомосексуальные влечения и соответственно вел себя (Tripp, 1971). Даже когда изменения определяются таким крайним образом, это утверждение неверно. Многочисленные исследования сообщают о случаях таких полных изменений (Goetz, 1997).

Отвергающие возможность полного изменения признают, что изменение поведения все-таки возможно (Coleman, 1978; Herron, 1982), и что люди, которые имели сексуальные отношения с двумя полами, более способны к изменению (Acosta, 1975). Тщательное изучение статей против терапии по смене ориентации показывает, что авторы, рассматривающие конверсионную терапию как неэтичную (Davison, 1982; Gittings, 1973), поступают так потому, что считают эту терапию насильственной по отношению к тем, кто не хочет изменяться (Begelman, 1975; 1977; Murphy, 1992; Sleek, 1997; Smith, 1988) и рассматривают людей, которые хотят измениться, в качестве жертв общественного и религиозного давления (Begelman, 1977; Silverstein, 1972).

Следует также отметить, что почти все без исключений, рассматривающие лечение как неэтичное, также, как минимум, отвергают воздержание от сексуальных действий вне брака (Barrett, 1996), а среди терапевтов, которые принимают гомосексуализм как норму, многие не видят ничего плохого в неверности заключенным отношениям (Nelson, 1982), в анонимных сексуальных встречах, беспорядочных связях, автоэротизме (Saghir, 1973), садомазохизме и различных расстройствах сексуальных предпочтений. Некоторые даже поддерживают снижение меры ответственности за секс с малолетними (Mirkin, 1999) или отвергают негативные психологические последствия сексуального насилия над детьми (Rind, 1998; Smith, 1988).

Некоторые авторы, рассматривающие конверсионную терапию как неэтичную, подвергают сомнению признанные теории развития личности ребенка (Davison, 1982; Menvielle, 1998). Они пытаются перенести ответственность за проблемы, от которых, безусловно, страдают гомосексуально активные подростки и взрослые, на общественное давление. Все выводы исследований должны рассматриваться в свете влияний, которые исследователь привносит в проект. Когда в исследование сознательно встраиваются политические вопросы, ценность такого исследования значительно снижается.

Следует отметить, что католики не могут поддержать такой вид терапии, при котором один вид сексуального греха заменяется другим (Schwartz, 1984). Некоторые врачи, к примеру, не считают пациента излечившимся до тех пор, пока он не сможет вступать в сексуальные отношения с другим полом, даже если пациент не состоит в браке (Masters, 1979). Другие побуждают пациентов заниматься мастурбацией, воображая при этом партнера другого пола (Blitch, 1972; Conrad, 1976).

Для католика, испытывающего влечение к своему полу, целью терапии должна быть свобода жить целомудренно в соответствии с его жизненным призванием. Некоторые из тех, кто борется с гомосексуальными влечениями, считают, что они призваны к безбрачию. Они не должны думать, что у них не получилось достичь свободы, поскольку они не испытывают влечения к противоположному полу. Другие хотят вступить в брак и иметь детей. Есть все причины надеяться, что со временем многие смогут достичь этой цели. Однако их не следует

склонять к поспешному браку, поскольку достаточно очевидно, что брак не является «лекарством» от влечения к своему полу. Силой благодати, участием в Таинствах, с поддержкой общины и опытного терапевта, решительный человек будет способен достичь внутренней свободы, обещанной Христом.

Опытные терапевты могут помочь человеку найти и понять исходные причины эмоциональной травмы, которая породила их влечение к своему полу, а затем работать над разрешением этой боли терапевтическим путем. Мужчины, испытывающие влечение к своему полу, часто обнаруживают, что на их маскулинную идентификацию негативным образом повлияло то, что они чувствовали себя отверженными отцом или сверстниками, или слабое строение тела, и все это вело к печали, гневу и чувству незащищенности. По мере того, как эмоциональная боль излечивается в терапии, маскулинная идентификация усиливается, а влечение к своему полу ослабевает.

Женщины, испытывающие влечение к своему полу, могут увидеть, как конфликты с отцом или другими значимыми для них мужчинами вели их к неверию в мужскую любовь, или как недостаток материнской любви вел к глубокому стремлению к женской любви. Рассмотрение причин гнева и печали, можно надеяться, приведет к прощению и освобождению. Все это требует времени. В этом отношении люди, страдающие от влечения к своему полу, ничем не отличаются от многих других мужчин и женщин, которые испытывают эмоциональную боль и нуждаются в том, чтобы научиться прощать.

Католические терапевты, работающие с католиками, должны чувствовать себя свободными использовать богатство католической духовности в этом процессе исцеления. Тех, кто имеет раны от отцов, можно побуждать развивать их отношения с Богом как с Любящим Отцом. Те, кто в детстве чувствовал себя отвергнутым или подвергался насмешкам сверстников, могут размышлять об Иисусе как Брате, Друге, Защитнике. Те, кто чувствовал себя обделенным материнской любовью, могут обратиться к Марии за утешением и поддержкой.

Есть все причины надеяться, что со временем те, кто ищет свободы, ее найдут, но, пробуждая надежду, мы должны иметь в виду, что есть некоторые, кто не достигнет своих целей. Мы можем оказаться в ситуации, схожей с той, какой оказался детский онколог. Он рассказывал, что когда только начал практику, для детей, заболевших раком, практически не было надежды, и обязанностью врача было помочь родителям принять неизбежное и не тратить силы на поиск лечения. Сегодня почти 70% детей излечиваются, но каждая смерть приносит команде медиков тяжелое чувство неудачи, несостоятельности. По мере того, как предупреждение и лечение влечения к своему полу становится более успешным, тем, кто еще борется, больше, чем ранее, будет требоваться сочувствие и внимательная поддержка.

Рекомендации

1. Служение испытывающим влечение к своему полу

Очень важно, чтобы каждый католик, испытывающий влечение к своему полу, знал, что есть надежда и что есть помощь. К сожалению, эта помощь доступна не во всех областях. Группы поддержки, терапевты и духовные наставники, недвусмысленно поддерживающие учение Церкви, - вот существенные компоненты необходимой помощи. Поскольку представления о сексуальности в нашей стране очень различаются, пациенты, ищущие помощи, должны быть бдительны, поддерживает ли группа или терапевт моральное учение Католической церкви. (Одним из известных и хорошо зарекомендовавших себя агентств поддержки является Courage и дочерняя Encourage). И хотя любая попытка учить о греховности недозволенного гомосексуального поведения может спровоцировать обвинения в «гомофобии», истина

неизменна: Христос призывает всех к сохранению целомудрия в соответствии с их особым жизненным призванием. И желание Церкви помочь всем жить в чистоте – это не обвинение всех и вся, для кого сохранение чистоты кажется непосильной задачей; напротив, это ответ Церкви, полной сострадания, Церкви, желающей подражать Христу, Доброму Пастырю.

Существенно важно, чтобы всякий католик, испытывающий влечение к своему полу, с легкостью мог прибегнуть к помощи групп поддержки, терапевтов, духовных наставников, которые недвусмысленно поддерживают учение Церкви и подготовлены для того, чтобы оказать помощь самого высокого качества. Во многих районах руководителями единственно доступных групп поддержки являются протестанты и неверующие. Неудача католического сообщества в обеспечении нужд этого населения – серьезное упущение, которому должен быть положен конец. Особенно печально, что Courage, которая под руководством отца Джона Харви (John Harvey) создала сеть прекрасных и истинно католических групп поддержки, до сих пор недоступна в каждом диоцезе и больших городах.

Анекдотические рассказы о людях или организациях, пользующихся покровительством Церкви или прямо с Ней ассоциируемые, которые убеждают людей, испытывающих влечение к своему полу, соблюдать верность в отношениях с партнерами своего пола, а не жить целомудренно в соответствии со своим жизненным статусом, вызывают глубокую скорбь. Особенно важно, чтобы наставники и группы поддержки, имеющие отношение к Церкви, очень ясно представляли себе природу и развитие гомосексуальных предпочтений. Это состояние не задано генетически или биологически. Оно не является неизменным. Лукавый обман – убеждать тех, кто испытывает влечение к своему полу, в том, что для реализации этих влечений можно вступать в гомосексуальные связи, если только они зиждутся на искренних и длительных отношениях. Учение Католической церкви по сексуальной морали весьма ясно и не допускает исключений. Католики имеют право знать правду, и те, кто работает в католических организациях, обязаны ясно провозглашать правду.

Некоторые клирики, возможно, из-за того, что они ошибочно считают гомосексуальное влечение генетически обусловленным и не поддающимся изменению, советовали людям, испытывающим влечение к своему полу, идентифицировать себя с гей-сообществом, публично объявляя себя геем или лесбиянкой, и при этом сохраняя целомудрие в личной жизни. Можно назвать несколько причин, почему это неправильный образ действий:

1. этот взгляд основан на идее, что гомосексуальное влечение является не поддающейся изменению частью личности, и это отбивает желание искать помощи;
2. гей-комьюнити предлагает этику сексуального поведения, которая полностью противоречит учению Церкви по вопросам сексуальности; это сообщество не скрывает, что хотело бы уничтожить «эротофобию» и «гетеросексизм». Попросту не существует решения, которое бы примирило позиции, высказываемые представителями движения геев и позицию Католической церкви;
3. он ставит легко поддающихся искушению людей в обстоятельства, которые являются поводом для греха;
4. он создает ложную надежду, что, в конце концов, Церковь сменит свою позицию по вопросу сексуальной морали.

Людям, испытывающим влечение к своему полу, вовлеченным в гомосексуальные акты или страдающим от венерических заболеваний, католики, конечно же, должны нести любовь, надежду и настоящую, бескомпромиссную весть о свободе от греха во Христе Иисусе.

2. Роль священника

Предельно важно, чтобы священники, сталкиваясь с прихожанами, у которых присутствует влечение к своему полу, имели доступ к надежной информации и по-настоящему полезным ресурсам. От священника, однако, требуется нечто большее, чем просто отослать человека в одно из агентств помощи. Он находится в уникальной позиции, поскольку может обеспечить особое духовное наставничество тем, кто испытывает влечение к своему полу. Конечно, он должен быть очень внимателен к интенсивным чувствам незащитности, вины, стыда, гнева, фрустрации, печали (уныния), и даже страха, которые присутствуют у этих людей. Это, однако, не препятствует ему ясно излагать учение Церкви (Кат., 2357-2359), говорить о необходимости прощения и исцеления в таинстве Исповеди, о необходимости избегать поводов ко греху и вести углубленную молитвенную жизнь. Множество терапевтов считает, что религиозная вера играет решающую роль в процессе восстановления от влечения к своему полу и пагубных сексуальных склонностей.

Когда исповедующийся признается в наличии гомосексуального влечения, фантазий или в сексуальных действиях в отношении людей своего пола, священник должен иметь в виду, что очень часто это - проявления детских и подростковых травм, сексуального насилия над ребенком, неудовлетворенной детской потребности в любви и поддержке от родителя одного с ним пола. Если эти глубинные проблемы не будут затронуты, у человека может появиться искушение возвратиться к прежнему, и это приведет к отчаянию. Те, кто отвергает учение Церкви и побуждает лиц, испытывающих влечение к своему полу, вступать в так называемые «стабильные гомосексуальные союзы по любви», просто не понимают, что подобные меры не решат этих глубинных проблем. Побуждая людей к терапии и членству в группах поддержки, священник должен помнить, что через таинство он может помочь людям бороться не только с грехом, но и с причинами влечения к своему полу.

Ниже приводится отнюдь не исчерпывающий список того, как священник может помочь людям с такими проблемами, которые обращаются к Таинству Примирения.

1. Люди, испытывающие влечение к своему полу или исповедующие грехи из этой области, часто несут на себе груз глубокой эмоциональной боли, печали и уныния, а также питают чувство обиды на тех, кто отвергал, не заботился или обижал их, - на родителей, сверстников, на тех, кто к ним сексуально приставал. Помочь им простить может стать первым шагом к исцелению (Fitzgibbons, 1999).
2. Люди, испытывающие влечение к своему полу, обычно рассказывают долгую историю раннего сексуального опыта и сексуальных травм (Doll, 1992). Гомосексуально активные люди скорее всего в раннем возрасте были вовлечены в сексуальные действия с другими лицами (Stephan, 1973; Bell, 1981). Многие никому об этом не рассказывали (Johnson, 1985) и испытывают огромное чувство вины и стыда. В некоторых случаях, те, кто пережил сексуальное насилие, чувствуют вину, потому что они ответили на свои травмы сексуальным поведением. Священник может тактично выяснить о раннем опыте, удостоверяя людей в том, что их грехи прощены, и может помочь им обрести свободу через прощение других.
3. Вовлеченные в гомосексуальную активность могут также страдать от вредных сексуальных привычек (Saghir, 1973; Beitchman, 1991; Goode, 1977). Те, кто был вовлечен в гомосексуальную активность, также часто мог быть вовлечен в крайние формы сексуального поведения или разменивал секс на деньги (Saghir, 1973). Вредные сексуальные привычки не так-то легко преодолеть, и частое обращение к исповеди может быть первым шагом к свободе. Священник должен напоминать кающимся, что даже самые тяжкие грехи в этой области могут быть прощены, побуждая их противостоять унынию и проявлять стойкость, одновременно

предлагая группу поддержки, созданную для избавления от вредных сексуальных привычек.

4. Люди, испытывающие влечение к своему полу, часто злоупотребляют алкоголем, лекарственными препаратами и запрещенными наркотиками (Fifield, 1977; Saghir, 1973). Такое злоупотребление может снизить сопротивляемость сексуальным искушениям. Священник может посоветовать участие в группе поддержки, нацеленной на решение данных проблем.

5. Отчаяние и мысли о самоубийстве часто также являются частью жизни человека, испытывающего влечение к своему полу. (Beitchman, 1991; Herrell, 1999; Fergusson, 1999). Священник может заверить кающегося, что есть все причины к тому, чтобы надеяться, что ситуация изменится, что Бог его любит и хочет, чтобы его жизнь была полной и счастливой. И снова, прощение других может особенно здесь помочь.

6. Испытывающие влечение к своему полу могут страдать от таких духовных проблем, как зависть (Hurst, 1980) или саможаление (Van den Aardweg, 1969). Важно, чтобы к тем, кто испытывает влечение к своему полу, не относились так, будто сексуальные искушения являются их единственной проблемой.

7. Подавляющее большинство мужчин и женщин, испытывающих влечение к своему полу, отмечают плохие отношения со своими отцами. Священник, выступающий как любящий и принимающий их отец, может через Таинство приступить к исправлению вреда и помочь установить целительную связь с Богом Отцом. Священник может также предложить посвящение св. Иосифу Обручнику.

Священник должен представлять себе ту глубину исцеления, которая требуется этим людям с серьезными конфликтами. Он должен стать источником надежды для отчаявшихся, прощения для заблудших, силы для слабых, воодушевления для разбитых сердцем, иногда любящим отцом для раненых. Выражаясь кратко, он должен быть Иисусом для этих возлюбленных детей Божиих, оказавшихся в особенно сложной ситуации. Он должен быть по-пастырски чувствителен, но также и по-пастырски тверд, всегда подражая Христу, Который исцелял и прощал семьдесят раз по семь, но и всегда напоминал: «Иди и впредь не греши».

3. Медицинские работники католического исповедания

Педиатры должны знать симптомы нарушения половой идентификации и юношеского хронического чувства отсутствия мужественности. При условии их раннего обнаружения и вмешательства, есть все причины надеяться, что проблема будет разрешена благополучно (Zucker, 1995; Newman, 1976). Хотя основная цель детской терапии – облегчить детские несчастья (Newman, 1976; Bradley, 1998; Bates, 1974), лечение НПИ и юношеского хронического чувства отсутствия мужественности может предотвратить развитие влечения к своему полу и предотвратить появление проблем, связанных с гомосексуальной активностью в подростковом и взрослом возрасте.

Большинство родителей не хотели бы, чтобы их ребенок был вовлечен в гомосексуальное поведение, однако родители детей из группы риска часто настроены против лечения (Zucker, 1995; Newman, 1976). Для преодоления их сопротивления, быть может, полезно сообщить им, что порядка 75% детей, у которых наблюдаются симптомы НПИ и юношеского хронического чувства отсутствия мужественности, без терапевтического вмешательства будут испытывать влечение к своему полу (Bradley, 1998), а также следует поставить их в известность о рисках, которые присущи гомосексуальной активности (Garafalo, 1998; Osmond, 1994; Stall, 1988b; Rotello, 1997; Signorille, 1997).

Педиатры должны ознакомиться с литературой по лечению. Джордж Рекерс написал несколько книг по данной теме (George Rekers, 1988). Цукер и Бредли дают обстоятельный обзор литературы предмета в книге «Нарушения половой идентификации и психосексуальные проблемы детей и подростков (Zucker and Bradley, «Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents», 1995), приводя большое количество клинических случаев и рекомендаций по лечению.

Врачи, сталкивающиеся с пациентами, имеющими венерические заболевания, приобретенные в процессе гомосексуальной активности, могут информировать пациентов о возможности участия в психотерапии и группах поддержки, сообщая о том, что порядка 30% пациентов, желающих измениться, могут достичь изменения ориентации. Для предотвращения заболеваний еще 30% могут остаться безбрачными или изменить поведение с тем, чтобы свести на нет риск новых заражений. Врачи также должны узнать, не употребляют ли эти пациенты наркотики и алкоголь, и предложить помощь, когда это уместно, поскольку множество исследований связывают заражения венерическими заболеваниями с алкогольной и наркотической зависимостями (Mulry, 1994).

Еще до эпидемии СПИДа исследования мужчин, имевших сексуальную связь с мужчинами, показали, что в результате гомосексуальной активности 63% из них заразились какой-либо венерической болезнью. (Bell, 1978). Несмотря на просвещение в области ВИЧ-СПИДа, эпидемиологи предсказывают, что в ближайшем будущем около 50% мужчин, имеющих связи с другими мужчинами, будут ВИЧ инфицированы (Hoover, 1991; Morris, 1994; Rotello, 1997). Они также рискуют заразиться сифилисом, гонореей, гепатитом А, В, С, HPV, и другими болезнями.

Специалисты в области психического здоровья должны быть знакомы с работой терапевтов, успешно работавших с людьми, испытывавшими влечение к своему полу. Поскольку влечение к своему полу не бывает обусловлено лишь одним фактором, разным людям могут понадобиться различные типы лечения. Не следует забывать о возможности комбинировать терапию с членством в группах поддержки и с духовным исцелением.

4. Преподаватели в католических учреждениях

Преподаватели в католических учреждениях обязаны защищать учение Церкви по вопросам сексуальной морали, противостоять ложной информации по влечению к своему полу и информировать принадлежащих к группе риска или вовлеченных в гомосексуализм подростков о том, что помощь возможна. Они должны противостоять давлению по включению в программу обучения предмета о средствах предохранения, вводимого якобы для приспособления к нуждам гомосексуально активных подростков. Многочисленные исследования показывают неэффективность такого обучения в предупреждении заболеваний среди людей из группы риска (Stall, 1988a; Calabrese, 1987; Hoover, 1991).

Активисты по защите прав геев настояли, чтобы подростки, относящиеся к группе риска, были бы доверены специальным группам поддержки, которые бы помогли им «проявиться». Совершенно неочевидно, что участие в таких группах предохранит от долговременных негативных последствий, связанных с гомосексуальной активностью. Абсолютно ясно, что такие группы не предложат подростку отвратиться от греха и жить целомудренно в соответствии с его положением. Симптомы нарушения половой идентификации и юношеского хронического чувства отсутствия мужественности ни в коем случае не должны быть оставлены без внимания. Вместе с тем, дети из группы риска действительно нуждаются в специальной помощи, особенно те из них, кто стал жертвой сексуального насилия.

На преподавателях также лежит обязанность останавливать травлю и высмеивание детей, не

вписывающихся в гендерные нормы. Необходимо разработать материалы по обучению учителей, планы уроков, стратегии того, как справиться с травлей. Этими материалами необходимо обеспечить школы, приходы и др.

5. Католические семьи

Родители-католики часто чувствуют внутреннюю опустошенность, когда узнают, что их сын или дочь испытывает влечение к своему полу или вовлечены в гомосексуальную активность. Они испытывают страх за здоровье ребенка, его счастье, его спасение, и потому весть о том, что влечение к своему полу поддается лечению и может быть предотвращено, приносит им облегчение. Они могут найти поддержку других родителей в Encourage. Им нужно также разделить свой душевный груз с близкими друзьями и семьями.

Родителей следует информировать о симптомах нарушения половой идентификации и о том, как предупредить проблемы с половой идентификацией; их следует убедить в том, что к этим симптомам нужно относиться серьезно, что следует показать детей с нарушениями половой идентификации квалифицированным и морально приемлемым профессионалам.

6. Католическое сообщество

Не так давно беременность вне брака или аборт подвергались общественному осуждению, а отношение к женщинам, вовлеченным в это, было суровым и осуждающим. Разрешение аборт вынудило Церковь воспротивиться этому и создать активное служение для матерей, перед которыми стоит вопрос нежелательной беременности, и для женщин, испытывающих травму после аборта. За каких-то несколько лет подход диоцезов, приходов и верующих изменился настолько, что сегодня настоящее христианское милосердие является скорее нормой, чем исключением. Также может измениться и отношение к влечению к своему полу, и каждое католическое учреждение должно выполнять при этом свою функцию.

Испытывающие влечение к своему полу или вовлеченные в гомосексуальное поведение люди, их семьи столь часто чувствуют себя отверженными от любящей заботы католического сообщества. Включение молитв за них и их семьи в прошения за Богослужением может стать одним из путей проявления заботы общины об этих людях.

Члены католических СМИ должны быть информированы о влечении к своему полу, об учении Церкви, о возможностях по лечению и предупреждению гомосексуализма. Для распространения на приходах необходимо разработать листовки и другие материалы, которые ясно отражали бы учение Церкви и давали информацию о возможностях помощи для тех, кто в этом нуждается.

Когда член католического СМИ, преподаватель католического учебного заведения или пастырь неправильно толкует учение Церкви или считает, что влечение к своему полу генетически предопределено и не поддается изменению, миряне могут предложить информацию, исправляющую эти заблуждения.

7. Епископы

Католическая медицинская ассоциация признает ответственность епископа наблюдать за чистотой веры в своем диоцезе. Безусловно, это также включает ясные указания о природе и цели интимных сексуальных отношений между людьми и о греховности неподобающих отношений. КМА хотела бы работать с епископами и священниками, помогая в организации соответствующих групп поддержки и разрабатывая модели терапии для тех, кто борется с

влечением к своему полу. Тогда как программы Courage и Encourage нам кажутся весьма полезными и ценными, и мы активно продвигаем их, мы уверены, что существуют другие способы поддержки и мы готовы работать с любой психологически, духовно и морально приемлемой программой.

Надежда

Джеффри Сатиновер, д-р мед. и филос. наук, писал на основании своего обширного опыта работы с пациентами, испытывающими влечение к своему полу:

«Мне необычайно повезло в том, что я встретил многих, расстающихся с гей жизнью. Когда я наблюдаю личные трудности, с которыми им приходится так часто сталкиваться, светлое мужество, которое проявляют эти люди не только при столкновении с этими трудностями, но и выступая против культуры, использующей любые возможные средства для того, чтобы подвергнуть сомнению и отрицанию обоснованность их ценностей, целей и опыта, - я отступаю назад в изумлении... Именно эти люди - бывшие гомосексуалисты и те, кто еще борется, по всей Америке и за рубежом - являются для меня образцом всего доброго и возможного в мире, который всерьез принимает человеческое сердце, и Бога, живущего в сердце человеческом. В моих разнообразных исследованиях миров психоанализа, психотерапии и психиатрии я просто никогда до этого не видел такого глубокого исцеления» (Satinover, 1996).

Те, кто желает освободиться от влечения к своему полу, часто прежде всего обращается к Церкви. КМА хочет быть уверенной, что они обретут здесь помощь и надежду, которые они ищут. Есть все причины для того, чтобы надеяться, что всякий, испытывающий влечение к своему полу, если он ищет освобождения в Церкви, сможет обрести свободу от гомосексуального поведения. И многие из них обретут нечто большее, но они придут, только если увидят любовь в наших словах и делах.

И если в прошлом медики-специалисты католического вероисповедания не могли удовлетворить нужды этой группы населения, если они не прикладывали стараний для того, чтобы разработать терапии по предупреждению и лечению влечения к своему полу, или если не смогли лечить, проявляя уважение к каждому человеку, перед которым стоят эти проблемы, - мы просим прощения.

КМА признает, что медицинские работники имеют особые задачи в этой области, и мы надеемся, что это заявление поможет им выполнять эти обязанности по учению Католической веры.

Исследование, отраженное в этом отчете, основано на множестве различных источников. В большинстве случаев можно было бы процитировать большое число других источников дополнительно. Для тех, кто хочет провести углубленное исследование затронутых вопросов, может быть предложена исчерпывающая библиография наряду с обзорами по литературе темы (74747.2241@compuserve.com).

Следует также отметить, что многие из цитированных авторов не принимают церковного учения о том, что гомосексуальные действия вызваны и являются существенными внутренними нарушениями. Не было предпринято никаких попыток различить тех, кто принимает это учение, и их оппонентов, поскольку те, кто приветствует предупреждение и лечение и те, кто поддерживают гей-аффирмативную терапию, вкуче представляют существенно важные статистически постоянные доказательства и материал исследований частных случаев, расходясь в интерпретации и в уместности показаний.

Библиография

1. Acosta, F. (1975) Etiology and treatment of homosexuality: A review. *Archives of Sexual Behavior*. 4: 9 - 29.
2. American Psychiatric Association (1997) Fact Sheet: Homosexuality and Bisexuality. Washington DC:APA. Sept.
3. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual IV. Washington DC: APA.
4. Apperson, L., McAdoo, W. (1968) Parental factors in the childhood of homosexuals. *Journal of Abnormal Psychology*. 73, 3: 201 - 206.
5. Bailey, J., Miller, J., Willerman, L. (1993) Maternally rated childhood gender nonconformity in homosexuals and heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 22, 5: 461 - 469.
6. Bailey, J. Pillard, R. (1991) A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*. 48: 1089 - 1096.
7. Barnhouse, R. (1977) *Homosexuality: A Symbolic Confusion*. NY: Seabury Press.
8. Barrett, R., Barzan, R. (1996) Spiritual experiences of gay men and lesbians. *Counseling and Values*. 41: 4 - 15.
9. 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.
10. Begelman, D. (1977) Homosexuality and the ethics of behavioral intervention. *Journal of Homosexuality*. 2, 3: 213 - 218.
11. Begelman, D.(1975) Ethical and legal issues of behavior modification (in Hersen, M., Eisler, R., Miller, P. *Progress in Behavior Modification*. NY: Academic).
12. 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.
13. Bell, A., Weinberg, M., Hammersmith, S. (1981) *Sexual Preference: Its Development in Men and Women*: Bloomington IN: Indiana U.P.
14. Bell, A., Weinberg, M. (1978) *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women*. NY: Simon and Schuster.
15. 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.
16. Berger, J. (1994) The psychotherapeutic treatment of male homosexuality. *American Journal of Psychotherapy*. 48, 2: 251 - 261.
17. Bergler, E. (1962) *Homosexuality: Disease or Way of Life*. NY: Collier Books.
18. Bieber, I., Bieber, T. (1979) Male homosexuality. *Canadian Journal of Psychiatry*. 24, 5: 409 - 421.

19. Bieber, I. (1976) A discussion of "Homosexuality: The ethical challenge." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44, 2: 163 - 166.
20. Bieber, I. et al. (1962) *Homosexuality: A Psychoanalytic Study of Male Homosexuals*. NY: Basic Books.
21. Bieber, T. (1971) Group therapy with homosexuals. (In Kaplan, H., Sadock, B. *Comprehensive Group Psychotherapy*, Williams & Wilkins: Baltimore MD).
22. Blitch, J., Haynes, S. (1972) Multiple behavioral techniques in a case of female homosexuality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 3: 319 - 322.
23. Bradley, S., Zucker, K. (1998) Drs. Bradley and Zucker reply. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 3: 244 - 245.
24. 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.
25. Brown, D. (1963). Homosexuality and family dynamics. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 27: 227 - 232.
26. Burr, C. (1996) Suppose there is a gay gene...What then?: Why conservatives should embrace the gay gene. *The Weekly Standard*. Dec. 16.
27. Bychowski, G. (1954) The structure of homosexual acting out. *Psychoanalytic Quarterly*. 23: 48 - 61.
28. Byne, W., Parsons, B. (1993) Human sexual orientation: The biologic theories reappraisal. *Archives of General Psychiatry*. 50: 229 - 239.
29. 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)
30. Cappon D. (1965) *Toward and Understanding of Homosexuality*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
31. Caprio, F. (1954) *Female Homosexuality: A Psychodynamic Study of Lesbianism*. NY: Citadel.
32. Catechism of the Catholic Church (CCC)
33. Chapman, B., Brannock, J. (1987) Proposed model of lesbian identity development: An empirical examination. *Journal of Homosexuality*. 14: 69 - 80.
34. Clippinger, J. (1974) Homosexuality can be cured. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology Methods and Therapy*. 21, 2: 15 - 28
35. Coleman, E. (1978) Toward a new model of treatment of homosexuality: A review. *Journal of Homosexuality*. 3, 4: 345 - 357.
36. 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.
37. Crewdson, J. (1995) Study on 'gay gene' challenged. *Chicago Tribune*. June 25.

38. 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.
39. 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.
40. de Beauvoir, S. (1953) *The Second Sex*. NY: Knopf: .
41. Eckert, E., Bouchard, T., Bohlen, J., Heston, L. (1986) Homosexuality in monozygotic twins reared apart. *British Journal of Psychiatry*. 148: 421 - 425.
42. Eisenbud, R. (1982) Early and later determinants of lesbian choice. *Psychoanalytic Review*. 69, 1: 85 - 109
43. Ellis, A. (1956) The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*. 20, 3: 191 - 195.
44. Engel, B. (1982) *The Right to Innocence*. Los Angeles: Jeremy Tarcher.
45. 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.
46. Exodus North America (1990-2000) Update. Exodus: Seattle WA.
47. 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.
48. 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.
49. Fine, R. (1987) Psychoanalytic theory. (in Diamant L. *Male and Female Homosexuality: Psychological Approaches*. Washington: Hemisphere Publishing.) 81 - 95.
50. Finkelhor, D. et al. (1986) *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Newbury Park CA: Sage.
51. Finkelhor, D (1984) *Child sexual abuse: New theory and research*. NY: The Free Press.
52. Fisher, S., Greenberg, R. (1996) *Freud Scientifically Reappraisal*. NY: Wiley & Sons.
53. Fitzgibbons, R. (1999) The origins and therapy of same-sex attraction disorder. (in Wolfe, C. *Homosexuality and American Public Life*. Spense) 85 - 97.
54. 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.
55. 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.
56. Friedman, R. (1988) *Male Homosexuality: A Contemporary Psychoanalytic Perspective*. New

Haven: Yale U. Press.

57. Gadd, J. (1998) New study fails to find so-called 'gay gene'. Toronto Globe and Mail. June 2.
58. 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.
59. George, Cardinal (1999) Address to National Association of Catholic Diocesan Lesbian & Gay Ministries, Chicago, IL LifeSite Daily News: October 26.
60. Gittings, B. (1973) *Gay, Proud, Healthy*. Philadelphia PA: Gay Activists Alliance.
61. Goetze, R. (1997) *Homosexuality and the Possibility of Change: A Review of 17 Published Studies*. Toronto Canada: New Directions for Life.
62. 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.
63. 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.
64. Gonsiorek, J. (1982) The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations. (in *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth) 9 - 20.
65. Goode, E., Haber, L. (1977) Sexual correlates of homosexual experience: An exploratory study of college women. *Journal of Sex Research*. 13, 1: 12 - 21
66. Green, R. Newman, L., Stoller, R. (1972) Treatment of boyhood "transsexualism," *Archives of General Psychiatry*. 26: 213 - 217 (in Zucker 1975)
67. Green, R. (1974) *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore: Penguin.
68. Green, R. (1985) Gender identity in childhood and later sexual orientation: Follow-up of 78 males. *American Journal of Psychiatry*. 142, 3: 339 - 441.
69. 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.
70. Gundlach, R., Riess, B. (1967) Birth order and sex of siblings in a sample of lesbians and non-lesbians. *Psychological Reports*. 20:61 - 62.
71. Hadden, S. (1967a) Male homosexuality. *Pennsylvania Medicine*. Feb.: 78 - 80
72. Hadden, S. (1967b) A way out for homosexuals. *Harper's Magazine*. March: 107 - 120.
73. Hadden, S. (1958) Treatment of homosexuality by individual and group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. March. 810 - 815.
74. Hadfield, J. (1958) The cure of homosexuality. *British Medical Journal*. 1: 1323 - 1326.
75. 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.

76. Harry, J. (1989) Parental physical abuse and sexual orientation in males. *Archives of Sexual Behavior*. 18, 3: 251 - 261.
77. Hatterer, L. (1970) *Changing Homosexuality in the Male*. NY: McGraw-Hill.
78. Herek, G. (1991) Myths about sexual orientation: A lawyer's guide to social science research. *Law & Sexuality*. 1: 133 - 172.
79. 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.
80. Herron, W., Kinter, T., Sollinger, I., Trubowitz, J. (1982) Psychoanalytic psychotherapy for homosexual clients: New concepts. (in Gonsiorek, J. *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth)
81. Heston, L., Shield, J. (1968) Homosexuality in twins. *Archives of General Psychiatry*. 18: 149 - 160.
82. 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.
83. 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.
84. Horgan, J. (1995) Gay genes, revisited: Doubts arise over research on the biology of homosexuality. *Scientific American*. Nov. : 28.
85. Hurst, E. (1980) *Homosexuality: Laying the Axe to the Roots*. Minneapolis MN: Outpost.
86. Isay, R., Friedman, R. (1989) Toward a further understanding of Homosexual Men. *Journal of the American Psychoanalytic Association: Scientific Proceedings*. 193 - 206.
87. Johnson, R., Shrier, D. (1985) Sexual victimization of boys: Experience at an adolescent medicine clinic. *Journal of Adolescent Health Care*. 6: 372 - 376.
88. Kaplan, E. (1967) Homosexuality: A search for the ego-ideal. *Archives of General Psychology*. 16: 355 - 358.
89. 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.
90. Kronemeyer, R. (1980) *Overcoming Homosexuality*. NY: Macmillian
91. LeVay, S. (1991) A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*. 258: 1034 - 1037.
92. MacIntosh, H. (1994) Attitudes and experiences of psychoanalysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 42, 4: 1183 - 1207.
93. Mallen, C. (1983) Sex role stereotypes, gender identity and parental relationships in male homosexuals and heterosexuals. *Homosexuality and Social Sex Roles*. 7: 55 - 73.

94. Marmor, J. (1965) *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*. NY: Basic
95. 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)
96. Master, W., Johnson, V. (1979) *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little Brown, Co.
97. McConaghy, (1980) A pair of monozygotic twins discordant for homosexuality: Sex-dimorphic behavior and penile volume responses. *Archives of Sexual Behavior*. 9: 123 - 131.
98. McGuire, T. (1995) Is homosexuality genetic? A critical review and some suggestions. *Journal of Homosexuality*. 28, 1/2: 115 - 145.
99. 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
100. Mirkin, H. (1999) The pattern of sexual politics: Feminism, homosexuality, and pedophilia. *Journal of Homosexuality*. 37, 2: 1 -24.
101. 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.
102. 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.
103. Murphy, T. (1992) Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *Journal of Sex Research*. 29: 501- 523.
104. Nelson, J. (1982) Religious and moral issues in working with homosexual clients.(in Gonsiorek, J. *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth) 163 - 175.
105. Newman, L. (1976) Treatment for the parents of feminine boys. *American Journal of Psychiatry*. 133, 6: 683 - 687.
106. Nicolosi, J., Byrd, A., Potts, R. (2000) Beliefs and practices of therapists who practice sexual reorientation psychotherapy. *Psychological Reports*. 86: 689 - 702.
107. Nicolosi, J. (1991) *Reparative Therapy of Male Homosexuality*. Northvale NJ: Aronson.
108. Osmond, D., Page, K., Wiley, J., Garrett, K., Sheppard, H., Moss, A., Schragger, 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.
109. Parker, N. (1964) Homosexuality in twins: A report on three discordant pairs. *British Journal of Psychiatry*. 110: 489 - 492.
110. 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
111. 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.
112. Pillard, R. (1988) Sexual orientation and mental disorder. *Psychiatric Annals*. 18, 1: 52 - 56.
113. 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.
114. 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.
115. Rainer, J. et al. (1960) Homosexuality and heterosexuality in identical twins. *Psychosomatic Medicine*. 22: 251 - 259.
116. 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).
117. Rekers, G. (1988) The formation of homosexual orientation. (In Fagan, P. *Hope for Homosexuality*. Washington DC: Free Congress Foundation.)
118. Rice, G., Anderson, C., Risch, N., Ebers, G. (1999) Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*. April.
119. 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
120. Rogers, C., Roback, H., McKee, E., Calhoun, D. (1976) Group psychotherapy with homosexuals: A review. *International Journal of Group Psychotherapy*. 31, 3: 3 - 27
121. Rotello, G. (1997). *Sexual Ecology: AIDS and the Destiny of Gay Men*. NY: Dutton.
122. Saghir, M., Robins, E. (1973) *Male and Female Homosexuality: A Comprehensive Investigation*. Baltimore MD: Williams & Wilkins.
123. Satinover, J. (1996) *Homosexuality and the Politics of Truth*. Grand Rapids MI: Baker.
124. 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.
125. Schwartz, M., Masters, W. (1984) The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men. *American Journal of Psychiatry*. 141: 173 - 181.
126. Signorile, M. (1997) *Life Outside: The Signorile Report on Gay Men: Sex, Drugs, Muscles, and the Passages of Life*. NY: Harper Collins.
127. 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)
128. 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.
129. Sleek, S. (1997) Concerns about conversion therapy. *APA Monitor*. October. 28:16

130. Smith, J.(1988) Psychopathology, homosexuality, and homophobia. *Journal of Homosexuality*. 15, 1/2: 59 - 74:
131. Snortum, J., Gillespie, J., Marshall, J., McLaughin, J., Mosberg, L. (1969) Family dynamics and homosexuality. *Psychological Reports*. 24: 763 - 770.
132. Spitzer, R. (2000) quoted from the transcript of Dr. Laura Schlessinger's Radio Show, January 21. (reprinted in *NARTH Bulletin*. 8, 1:26 - 27.
133. Stall, R., Coates, T., Hoff, C. (1988a) Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men. *American Psychologist*. 43, 11: 878 - 885.
134. 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.
135. Stephan, W. (1973) Parental relationships and early social experiences of activist male homosexuals and male heterosexuals. *Journal of Abnormal Psychology*. 82, 3: 506 - 513.
136. Stoller, R. (1978) Boyhood gender aberrations: Treatment issues. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 26: 541 - 558 (in Zucker 1995)..
137. 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.
138. 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.
139. Tripp, C. Hatterer, L. (1971) Can homosexuals change with Psychotherapy? *Sexual Behavior*. 1, 4: 42 - 49.
140. van den Aardweg, G. (1967) *Homophilia, Neurosis and the Compulsion to Complain*. Amsterdam: Polak, van Gennep.
141. West, D. (1977) *Homosexuality Re-examined*. London: Duckworth
142. Whitam, F. (1977) Childhood indicators of male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*. 6, 2: 89 - 96.
143. Wolpe, J. (1969) *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamon
144. Zubenko, G., George, A., Soloff, P., Schulz, P. (1987) Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*. 144, 6: 748 - 752.
145. Zucker, K., Bradley, S. (1995) *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. NY: Guilford.
146. Zuger, B. (1976) Monozygotic twins discordant for homosexuality: Report of a pair and significance of the phenomenon. *Comprehensive Psychiatry*. 17: 661 - 669.