

## **IDEOLOGIA HOMOSEKSUALNA I JEJ MISTYFIKACJE CZĘŚĆ 1: KONFRONTACJA Z DANymi NAUKOWYMI**

**Agnieszka Marianowicz-Szczygiel**

*Wiceprezes Fundacji*

*Instytut Analiz Płci i Seksualności „Ona i On”*

instytutonaion@gmail.com

### **Streszczenie**

Artykuł przedstawia dane wskazujące, że przekaz na temat homoseksualizmu w przestrzeni publicznej jest bardzo jednostronny. Wnikliwy przegląd danych empirycznych skłania do konkluzji, że dominujący współcześnie paradygmat homoseksualizmu jako innej orientacji seksualnej zasadza się na kilku fałszywych lub tylko częściowo prawdziwych tezach, pomijaniu sporej części dostępnego materiału naukowego, wybiórczym wnioskowaniu, błędach interpretacyjnych, manipulacji statystykami, nie eksplorowaniu niewygodnych ideologicznie obszarów, nie sprawdzaniu konkurencyjnych hipotez. Trend ten objawia się m.in. na polu definicji, statystyk, objawów, genezy oraz terapii. Nie ma dowodów, że homoseksualizm jest wprost wrodzony, w etiologii nad czynnikami o podłożu biologicznym przeważa indywidualny odbiór oddziaływań społeczno-wychowawczych. Badania potwierdzają, że homoseksualizm podlega także skutecznej terapii, a zachowawcza tzw. terapia afirmatywna nie udowodniła, że zmniejsza wskaźniki zdrowia psychicznego u osób homoseksualnych, które tylko częściowo mogą pochodzić z sytuacji społecznej tej grupy. Związki homoseksualne znacznie różnią się od związków heteroseksualnych pod względem trwałości, wyłączności oraz dynamiki. Szczególnie dramatyczne dane dotyczą poziomu zakażeń HIV. W artykule przedstawiono wyniki poszukiwań adekwatnych ścieżek pomocy dla tej grupy społecznej.

**Słowa kluczowe:** homoseksualizm, ideologia, orientacja seksualna, LGBTQ, terapia reparatywna

**Key words:** homosexuality, ideology, sexual orientation, LGBTQ, reparative therapy

### **1. Wstęp**

Funkcjonujące w świadomości społecznej i najczęściej przytaczane przykłady ideologii to linie ideowe partii politycznych lub doktryny ekonomiczne,

jak: liberalizm, socjalizm, konserwatyzm, nacjonalizm czy monarchizm – łączone z ustrojem ekonomiczno-politycznym. Wśród ideologii możemy jednak także wymienić takie, które wyłoniły się z ruchów społecznych, jak: antyglobalizm, ekologizm, feminizm, multi-kulti czy anarchizm. W kolejce do słownika ideologii czekają inne zjawiska i trendy społeczne, gdzie zmiany społeczne postulowane są wielotorowo i często pośrednio, jak konsumpcjonizm, ludyczność, walczący ateizm, ideologia gender, czy ideologia homoseksualna. Zasadność używania terminu „ideologia” w połączeniu z nimi jest podważana, a czasem wręcz wyśmiewana. Powoli dostrzega się jednak nowe ideologie i ich nowe formy. Przenikają do polityki wprost z życia społecznego – w tym także z otoczenia biznesu czy kultury masowej (gdzie manifestują się we wszelkich jej przejawach, jak gry komputerowe, seriale, teatr, performance, czy nawet kreskówki dla dzieci). Niestety czasem także ze świata nauki lub przy jej wydatnej asyście. Żeby sprawdzić zasadność określeń nowych ideologii, w tym homoseksualizmu, trzeba wykazać, że wykracza poza „zwykły” paradygmat naukowy, zakłada, wartościuje oraz realizuje przeobrażenia społeczne w imię określonych interesów. Bardzo ważną rolę pełni tu nowa terminologia, wprowadzana do obiegu społecznego.

## 2. Definicja

„Orientacja seksualna – generalne odzwierciedlenie dla kogoś atrakcyjności tej samej płci, innej lub obu” (Lew-Starowicz i Lew-Starowicz, 1999, s. 10; por.: Glassgold i in., 2009; Iniewicz i in., 2012; Dudek, 2015, s. 5).

Rozpowszechniona i popularna definicja homoseksualizmu jako tożsamości lub orientacji seksualnej jest niezwykle wąska, subiektywna i bardzo jednostronna. To podstawowy błąd. Przy diagnozowaniu homoseksualizmu posłużono się jedynie objawem wiodącym, czyli przeciwnym do najczęstszego kierunkiem popędu seksualnego, diagnozę opierając wyłącznie na deklaracji danej osoby. Pominięto objawy towarzyszące, rozkład tej zmiennej w populacji, jej trwałość, kwestię genety, samowystarczalności biologicznej (rozrodczość) i psychicznej homoseksualizmu, podbudowy teoretycznej wyjaśniającej charakter i mechanizmy powstawania tego zjawiska. W przypadku niektórych zaburzeń psychicznych (np. jak anoreksja, schizofrenia, fobie) mamy do czynienia z tworzeniem przez psychikę swoistej iluzji, kiedy przystosowawcze i kompensacyjne objawy, oparte o ukryte mechanizmy, są tak naprawdę dowodem zaburzenia i szkodzą danej osobie. Dowodzi to, że nie zawsze można polegać na deklaracji czy upodobaniach pacjenta. Podobnie jest w przypadku homoseksualizmu. Zarówno normy medyczne, ale także normy zdrowia seksualnego, statystyki czy koncepcje rozwoju psychoseksualnego przeczą pojmowaniu homoseksualizmu jako odrębnej orientacji seksualnej. Na podstawie szczegółowej analizy dowodów empirycznych, jak odbiegające statystyki zdrowia psychicznego i fizycznego, znaczące różnice ilościowe i jakościowe związków homoseksualnych i heteroseksualnych, korelaty homoseksualizmu oraz jego dynamika widać, że homoseksualizm jest de facto złożonym zaburzeniem (dezorientacją seksualną), podlega skutecznej terapii,

rozwija się na podłożu (predyspozycjach) biologicznych (jak. np. nietypowe dla danej płci zdolności, wygląd, czy temperament), ale decydujące są czynniki psychospołeczne (z życia pozałonowego), a właściwie indywidualna interpretacja tych czynników (np. Wieczorek, 2017, s. 793)<sup>1</sup>.

W kontekście definicji kamieniem milowym okazała się decyzja usunięcia homoseksualizmu z międzynarodowej listy zaburzeń DSM w 1973, która została podjęta pod wpływem ruchów LGBTQ i nie była spowodowana obiektywną wiedzą lub danymi empirycznymi (wbrew pojawiającym się twierdzeniom posłużono się jedynie kilkoma częściowo sfalszowanymi badaniami zaprzeczając wielu innym<sup>2</sup>), nie była też wyrazem konsensusu, ale kompromisu między dwoma przeciwstawnymi punktami widzenia – tak wspomina to jeden z świadków i architektów w gronie Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dr Spitzer (1981)<sup>3</sup>. Chcę więc wyraźnie zaznaczyć, że usunięcie homoseksualizmu z listy zaburzeń, co określa się jego „depatologizacją”, nie wynikało z udokumentowanej wiedzy, czym homoseksualizm jest, ale z presji społecznej oraz z poczucia winy za represje wobec osób homoseksualnych, np. rozpowszechnioną w krajach anglosaskich karę więzienia za czyny homoseksualne. Zapoczątkowano w ten sposób homoseksualną rewolucję, która objęła cały świat.

### 3. Statystyki

W przypadku homoseksualizmu manipuluje się statystykami (zawyżając liczbę gejów i lesbijek) lub ignoruje wiarygodne i bardzo znaczące dane. Związki homoseksualne trwają zdecydowanie krócej niż hetero, w dłuższych – nągminnie zdarza się niewierność seksualna i to za zgodą partnera, partnerów seksualnych jest wyraźnie więcej, a osoby homoseksualne żyją wyraźnie krócej.

---

<sup>1</sup> Uzasadnienie tych twierdzeń znajduje się w dalszych częściach artykułu.

<sup>2</sup> Pisze o tym J. Hallman (2010, s. 41-42) oraz [www.homoseksualizm.edu](http://www.homoseksualizm.edu). O kulisach podjęcia tej decyzji stojąc na przeciwnym biegunie szczegółowo opowiada także J. Drescher (2015). Na dorocznej konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w 1971 roku aktywiści gejoscy zorganizowali panel pt. „Gay is good” (Gej jest dobry), na którym podniesiono temat stygmatyzacji osób homoseksualnych przez diagnozę zaburzenia. Na konferencji w 1973 roku zorganizowano sympozjum pt. „Should Homosexuality be in the APA Nomenclature?” (Czy homoseksualizm powinien być w nomenklaturze APA?) podczas którego dr Robert Spitzer stwierdził, że rzeczywiście w przypadku homoseksualizmu i kilku innych „seksualnych dewiacji” stosowanie terminu zaburzenie jest stygmatyzujące. Najpierw Komisja Taksonomiczna, a potem cały zarząd zdecydował o usunięciu homoseksualizmu z listy zaburzeń DSM. Odbyło się także referendum, na którym niewielką ilością głosów (5816 głosów za i 3817 przeciw) przegłosowano, że homoseksualizm nie jest zaburzeniem. W tym samym 1973 r. wprowadzono nową kategorię: *sexual orientation disturbance* (SOD): zaburzenie orientacji seksualnej, ale tylko w przypadku osób, które nie akceptowały swojego homoseksualizmu, która wkrótce także została zlikwidowana.

<sup>3</sup> “This represented a compromise between the view that preferential homosexuality is invariably a mental disorder and the view that it is merely a normal sexual variant.”

Incydentalne zachowania homoseksualne zdarzają się częściej niż bardziej miarodajna tożsamość (samookreślenie, że się jest homoseksualistą). Rozpowszechniony jest mit postulujący 10% osób homoseksualnych w populacji. Dane te pochodzą z raportu Kinsey'a (Kinsey i in., 1948). Kinsey miał rzekomo odkryć, że 37% mężczyzn i 10% kobiet przejawia jakąś formę aktywności homoseksualnej. Reprezentatywność jego badań szybko obalono, ale wyniki wciąż są popularne. W Polsce także podaje się zawyżone dane o 5% osób homoseksualnych (Zima, 2010, s. 7).

Miarodajna średnia z 5 krajów i 16 badań do 2010 roku to 1,97% - tyle osób uważa się za geja, lesbijkę lub osobę biseksualną. Po wyłączeniu danych z USA, gdzie statystyki te są wyższe (3,85%), odsetek spada do 1,65% (Wieczorek, 2017, s. 29 i 43). W Polsce 1,33 % osób deklaruje wyłącznie homoseksualną orientację (Tamże, s. 38)<sup>4</sup> – 3,4% odczuwa pociąg homoseksualny, 4,83% ma za sobą jakieś doświadczenia homoseksualne. W przypadku statystyk częstą praktyką jest odrzucanie starszych grup wiekowych, co znacząco wpływa na wyniki, ponieważ oczekiwana długość życia osób homoseksualnych jest krótsza średnio o 8-20 lat (Hogg i in., 1997, s. 659). Dane *Office for National Statistics* z Wielkiej Brytanii potwierdzają, że 65,7% osób homoseksualnych jest w wieku poniżej 45 lat, podczas gdy w wieku tym jest 48,5% osób heteroseksualnych (Joloza i in. 2011 s. 18). Badania z wyłączeniem starszych grup wiekowych, przeprowadzone przez *U.S. National Center for Health Statistics* (NCHS) w 2005 r. dały liczbę 6,5% osób homo- i biseksualnych. Podobne praktyki prowadzące do zawyżania liczb podejmowano w badaniach kanadyjskich z 2003 r. przez *Canadian Community Health Survey*, na co zwrócili uwagę Cameron i Cameron (2007).

Większość związków homoseksualnych trwa poniżej 2-5 lat, co potwierdzają dane zarówno polskie, jak i zagraniczne (zob. np.: Mizielińska i in., 2014, s. 42; Makuchowska i Pawłęga, 2012, s. 68). W obszernej meta analizie Neila E. Whiteheada podaje się, że niezależnie, czy bierzemy pod uwagę dane z lat 50-tych, czy po roku 2000, średnia trwałość związków homoseksualnych to 3,5 roku (Whitehead, 2016, s. 115). Dane te bardzo znacząco odbiegają od statystyk dla par heteroseksualnych, w których podawana jest średnia ok. 27 lat. W wielu badaniach jako próg kwalifikacji związku homoseksualnego przyjmuje się – i to kolejne pole do różnicowania statystyk – tylko 6 miesięcy (np. Kalichman i in., 1998; Mizielińska i in., 2014). Tak, oczywiście, zdarzają się związki, które trwają powyżej 20 czy 40 lat, ale tu ważne jest zastrzeżenie o częstym braku wierności seksualnej w takich związkach. Mówi się, że są to „otwarte związki”. Prohomoseksualna książka *Wprowadzenie do psychologii LGB* (Iniewicz i in., 2012, s. 207) podaje: „Przytaczane przez Adama<sup>5</sup> wyniki badań świadczą o tym, iż w męskich związkach homoseksualnych przeważają formy relacji otwartych i dotyczy to głównie partnerów z dłuższym stażem. (...) Zgodę co do monogamii jako wartości w ich związkach zadeklarowało 26% badanych”. Opracowano nawet specjalną skalę do badania seksualnych umów (Neilands i in., 2010): z badań nad

---

<sup>4</sup> Na podstawie wyników siedmiu polskich badań.

<sup>5</sup> Chodzi o badania: (Adam, 2006).

skalą wynikło, że 64,1% gejów żyje w związkach z ugodą na otwartość na seks poza związkiem, z zasadami lub bez, a 54,1% złamało seksualną ugodę w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Inne dane mówią np. o 70% gejów w monogamicznych związkach, 20% otwartych, a 10% w relacjach, które wykraczają poza tę kategoryzację (Campbell, 2000). Zespół Rosenberg i in. (2011) wykazał, że 76% mężczyzn homoseksualnych zgłaszało, iż miało przypadkowych partnerów seksualnych w przeciągu ostatnich 12 m-cy, 44% miało stałego partnera i jednocześnie przypadkowych, 26% tylko stałego. W polskich badaniach (Mizielnińska i in., 2014, s. 94) większość związków kobiet była monogamiczna (95%), a wśród mężczyzn było to 68%. Pozostała część miała kontakty seksualne z innymi osobami – za zgodą partnera (19%), bez niej (7%) lub też podawała inną formę, np. trójki. Ciekawe badania holenderskie pokazały, że 86% nowych zakażeń HIV wśród homoseksualnych mężczyzn w Amsterdamie zdarza się w trwałych i stabilnych związkach gejowskich właśnie z powodu partnerów seksualnych poza związkiem (Xiridou i in., 2003). 17-letnie badania Davidovich i in. (2001) potwierdziły, że młodszy gejowie zarażają się HIV w stałych związkach, zaś starsi głównie z powodu przypadkowych relacji seksualnych. Te wszystkie dane pokazują, jak bardzo związki homoseksualne są nieporównywalne z heteroseksualnymi. Przy tym miłość homoseksualna może mieć zupełnie inną definicję.

Mimo to Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne na stronie internetowej *What is the nature of same-sex relationships?* twierdzi, że to stereotyp, iż związki homo- i biseksualne są niestabilne. Następnie podaje się dane empiryczne, mające uzasadnić, że są jednak trwałe: pomiędzy 18% a 28% związków mężczyzn homoseksualnych i 8-21% związków lesbijskich trwa dłużej niż 10 lat, co oczywiście jest niezmiernie krótko. Zauważają to nawet sami autorzy strony i usiłują usprawiedliwić ten stan rzeczy powołując się na wrogość społeczną. Podobne usprawiedliwienie jest podawane w przypadku problemów psychicznych i zdrowotnych.

#### **4. Czynniki zdrowotne i ich interpretacja**

Osoby homoseksualne średnio ok. 2-4 razy częściej niż grupa heteroseksualna doświadczają problemów zdrowia psychicznego i problemów medycznych. Zespół Grella i in. odnotowuje: „Osoby LGB dwa razy częściej sięgają po pomoc fachową, psychologiczną czy psychiatryczną” (Grella i in., 2009, s. 52). Inni badacze podają, że osoby te dwa razy częściej dokonują prób samobójczych, 1,5 razy częściej doświadczają zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz uzależnień (King i in., 2008). Około 78% mężczyzn homoseksualnych chociaż raz w życiu borykało się z jedną z chorób przenoszonych drogą płciową (Handsfield, 1981, s. 989). Wśród mężczyzn homoseksualnych w Szwecji odnotowano 28 razy większe ryzyko zarażenia kiłą, niż w całej grupie mężczyzn (Velicko i in., 2008). Polskie badania po raz kolejny pokazują mniej ryzykowne zachowania (Izdebski, 2005; cyt. za: Izdebski, 2012), gdzie 17% mężczyzn

doświadczyło infekcji lub chorób przenoszonych drogą płciową. Dramatyczne są dane na temat zakażeń HIV. W Polsce mężczyźni homoseksualni stanowią 73% zakażonych mężczyzn (Zarzecki i in., 2011), w USA 70% (U.S. Department..., 2018)<sup>6</sup>. Mężczyźni współżycący z mężczyznami (MSM) mają 123 razy większe ryzyko zakażenia się HIV niż pozostali mężczyźni (Wieczorek, 2017 s. 95)! Spora część zakażonych kontynuuje ryzykowne zachowania seksualne: stwierdzono, że pozytywny wynik nosicielstwa HIV zwiększa ryzyko niezabezpieczonego seksu (Groß i in., 2010, s. 944; Rosenberg i in., 2011). Według danych ONZ (średnia z 37 krajów) 55% mężczyzn z grupy MSM nie używa prezerwatywy podczas stosunków seksualnych (ONZ, 2013, s. 143). MSM mają przede wszystkim analne kontakty seksualne, zarówno aktywne jak i pasywne (odpowiednio 89% i 88%) oraz kontakty oralne. 22% deklaruje również kontakty waginalne – to dane z polskich Punktów Kontrolno-Diagnostycznych (Krajowe Centrum..., 2013 s. 32). Zdecydowanie wyższe wskaźniki niż u osób heteroseksualnych dotyczą także innych uzależnień:

- od alkoholu – 1,5 raza częściej (King i in. 2008),
- od palenia – pali 22,6% osób heteroseksualnych i aż 36,6% osób homo-/biseksualnych (Joloza i in. 2011, Tab. 19, s. 26; w polskich danych: pali 47,7% kobiet homoseksualnych i 38,4% mężczyzn, w porównaniu do 21,9% ogółu polskiego społeczeństwa (Makuchowska i Pawłęga, 2012, s. 86),
- narkotyków – jedne z najbardziej alarmujących danych podają Purcell i in. (2001): 67% gejów zażywało jakieś narkotyki,
- w ciągu ostatnich 12 m-cy przed badaniem zażywało leki uspokajające 27,4% osób LGB oraz 15,7% ogółu polskiego społeczeństwa (Makuchowska i Pawłęga, 2012, s. 93).

Z pewnością powyższe zaburzenia nie dotyczą wszystkich osób LGB, a zwłaszcza nie w takim samym stopniu, ale różnice w stosunku do ogółu społeczeństwa są znaczące. Często tłumaczy się je dyskryminacją, zinternalizowaną homofobią i stresem mniejszościowym – choć dane pokazują, że nie jest to jedyna, a na pewno, nie główna przyczyna (o innych poniżej). Niekiedy w ogóle zaprzecza się różnicom: „Poszukiwanie danych empirycznych dających podstawę do uznania homoseksualności za zaburzenie zdrowia nie dało wyników” (Iniewicz i in., 2012). Badań, które bezpośrednio wiążą zmienne przemocy lub dyskryminacji i wskaźników zdrowia psychicznego bądź fizycznego osób homoseksualnych jest bardzo mało. Żadne z nich nie potwierdziło antypatii społecznej jako głównej przyczyny zaburzeń; prawdopodobnie może to być tylko jedna z wielu przyczyn, ale nie wiodąca. W szczegółowych badaniach Rosario i in. (2002, s. 972) tylko 15% korelacji wspierało hipotezę dyskryminacji jako źródła zaburzeń lękowych i depresyjnych. Zespół J. Bradford i in. (1994) udowodnił, że główną przyczyną sięgania po pomoc fachową były depresja (50%), problemy

---

<sup>6</sup> Nowe zachorowania w 2014 roku.

w związkach lesbijskich (44%) oraz z rodziną (34%), a także lęk 31% (Tamże, s. 235). Inne badania ujawniły, że czynnik niepokoju wyjaśniał tylko 28% wariacji wyników w zakresie poczucia osamotnienia u badanych homoseksualnych mężczyzn (Śliwak i Zarzycka, 2011). O tym, że to nie dyskryminacja odpowiada głównie za problemy osób homoseksualnych, świadczą:

wysokie wskaźniki akceptacji ze strony otoczenia w krajach wysoce tolerancyjnych, brak różnic w obrębie wskaźników zdrowia psychicznego pomiędzy osobami homoseksualnymi z mniejszości etnicznych i spoza nich, sięganie po pomoc fachową z innych przyczyn niż tzw. „akty dyskryminacji” np. kłopoty z partnerem czy rodziną oraz fakt, że przemoc czy to fizyczna, czy psychiczna ze względu na orientację seksualną nie dotyka jednak większości osób z tej grupy. Tak więc tzw. dyskryminacja nie może być jedynym wytłumaczeniem wysokich wskaźników neurotyczności osób o skłonnościach homoseksualnych (Wieczorek, 2017, s. 149-150).

Bardzo częstym pytaniem zadawanym osobom LGB w kontekście przemocy jest: „wiedziano lub [tylko – *przyp. A. M.-Sz.*] podejrzewano, że jesteś osobą homo- lub biseksualną?” (Tamże, s. 144). Oczywiście przemoc zdarza się i jest naganna, i naszą podstawową motywacją powinien być szacunek i chęć pomocy osobom homoseksualnym doświadczającym przemocy.

## 5. Błędy dotyczące genezy homoseksualizmu

W świadomości społecznej istnieje fałszywy pogląd, że homoseksualizm jest wrodzony. Tymczasem szeroko przyjęty konsensus naukowy dotyczący źródeł homoseksualizmu to konsensus bio-psycho społeczny, który zakłada obecność czynników zarówno wrodzonych, w tym dziedzicznych, oraz czynników psychospołecznych (pochodzących z procesu wychowania i oddziaływań społeczno-kulturowych). Jest to tzw. teoria integracyjna lub interakcyjna (zob. np.: Wieczorek, 2017, s. 796-802). Równie często przyjmuje się, że geneza homoseksualizmu nie jest znana. Na słabość dowodów naukowych na wrodzoność homoseksualizmu wskazywali m.in.: dr Dean Hamer, niestrudzony poszukiwacz „genu gejų”: „Badania nad bliźniętami dowiodły, że w przypadku zmiennej homoseksualizmu połowa lub więcej zmienności seksualnej orientacji nie jest dziedziczna. Nasze poszukiwania skupiają się na wypunktowaniu czynników genetycznych, nie zaś zaprzeczeniu czynnikom psychospołecznym” (Toufexis, 1995). Podobnie twierdzi dr Simon LeVay, badacz mózgu. Jego badania również często są cytowane w kontekście dowodów na wrodzoność homoseksualizmu: „W kwestii przyczynowości homoseksualizmu najbardziej popularnym werdyktem jest wieloczynnikowość” (LeVay, 1996, s. 273). Nawet strona Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów Gejų i Lesbijek wspomina: „Obecnie odnowiło się zainteresowanie poszukiwaniem biologicznych źródeł homoseksualizmu.

Jakkolwiek jak dotąd nie znaleziono powtarzalnych naukowych badań wspierających tezę o decydującym wpływie jakiegoś czynnika biologicznego”. Inne często spotykane stanowisko to brak ustalenia przyczyn homoseksualizmu. Na stronie Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego *What causes a person to have a particular sexual orientation?* czytamy:

Nie ma obecnie konsensusu między naukowcami odnośnie dokładnych przyczyn, z powodu których u danej osoby rozwija się heteroseksualizm, biseksualizm lub homoseksualizm. Chociaż wiele badań sprawdzało możliwe wpływy genetyczne, hormonalne, rozwojowe, społeczne lub kulturowe, nie pojawiły się wyniki pozwalające stwierdzić naukowcom, że seksualna orientacja jest wynikiem takiego czy innego czynnika lub czynników. Wielu twierdzi, że przyczyny w sposób złożony pochodzą zarówno z „natury i kultury” [czynników wrodzonych i nabytych – *przyp. A. M.-Sz.*], w większości panuje zgoda co do braku lub małego wpływu osobistego wyboru.

Pomimo to w mediach lub debacie publicznej – także np. na forum ONZ – sugeruje się wyraźnie, że homoseksualizm jest wrodzony (i niezmienny). W 2012 roku w ONZ interweniowała jedna z prohomoseksualnych organizacji (*Liberal International*) alarmując, że 78 krajów na świecie spośród 193 posiada prawo kryminalizujące współżycie homoseksualne. Sprawą tą zajmowała się między innymi 21. sesja *United Nations Human Rights Council* w 2012 roku. W protokole czytamy: „Ludzie byli więzieni, torturowani, a nawet zabijani z powodu orientacji seksualnej i tożsamości płciowej – wrodzonych charakterystyk” (*Liberal International*, 2012, s. 2). W odpowiedzi interweniuje się w poszczególnych krajach, ale jednocześnie wzywa się do „propagowania równości osób LGBTQI przez programy antydyskryminacyjne, wskaźniki antydyskryminacyjne w przestrzeni publicznej, w edukacji, w mediach”. Homofobię interpretuje się niestety bardzo szeroko, także jako samo podejmowanie badań stawiających w jakimkolwiek negatywnym świetle osoby LGBTQ. Wspomnijmy przynajmniej jeden przykład potraktowania badań nad homoadopcją, za które prof. M. Regnerus doznał fali represji (Wieczorek, 2017, s. 522-524).

Tymczasem dane empiryczne wskazują dobitnie, że choć korelaty biologiczne w etiologii homoseksualizmu istnieją, to nie przeważają i nie są to bezpośrednie przyczyny. W badaniach na dużej próbie 6233 bliźniąt Zietsch i in. (2012) wykazali, że geny wpływają na powstanie homoseksualizmu w 44%, zaś środowisko w 55%. Van Wyk i Geist (1984) przeprowadzili statystyczną analizę ścieżek homoseksualizmu, 1 i 3 w kolejności przyczyny homoseksualizmu to wpływ wczesnych doświadczeń seksualnych i rodzinnych. Whitehead (2011, s. 89-90) zestawiał ze sobą 7 dużych badań nad bliźniętami. Okazało się, że wpływ czynników genetycznych jest bardzo słaby lub średni (u mężczyzn znaleziono średnio korelacje na poziomie 22 ( $\pm 20$ )%, u kobiet 33 ( $\pm 16$ )% (z jednym wyjątkiem – 55%). To bardzo słabe powiązania. Dla porównania zgodność wagi czy wzrostu w okresie dojrzewania wśród bliźniąt kształtuje się na poziomie



91-97%. Bem (2000) odkrył, że nonkonformizm płciowy wydaje się być zmienną pośredniczącą 10 razy silniejszą niż bezpośrednie wpływy genetyczne wobec homoseksualizmu. Z kolei badania tajwańskich uczonych F.W. Lung i B.C. Shu (2007) wykazały, że 62% zmienności w próbie badawczej osób homoseksualnych może być wyjaśnione przez czynniki rodzicielskie oraz poziom neurotyzmu. Owszem, zbiorczo w badaniach doszukano się także biologicznych korelatów homoseksualizmu, jak np.: kilka obszarów na chromosomach, żeński wzorec kilku jąder podwzgórza, przedniej części zakrętu obręczy kory, powiększona cieść ciała modzelowatego i spoidło przednie w mózgu (odpowiadają za transmisję międzypółkulową oraz regulację nastrojów), ale dane te nie powinny być interpretowane w sposób niezależny od innych badań. Nie wskazują więc na bezpośrednie przyczyny homoseksualizmu, ale na cechy z nim powiązane.

O wiele więcej materiału empirycznego potwierdza czynniki środowiskowe w etiologii homoseksualizmu – pojawiają się później w życiu danej jednostki i mają bardziej bezpośrednie oddziaływanie. Są one przy tym bardzo różnorodne. Stąd należy przypuszczać, że istnieje wiele typów homoseksualizmu. Te czynniki to:

- GID, czyli zaburzenia tożsamości płciowej albo nonkonformizm płciowy u dzieci, prowadzący do zniewieściałości mężczyzn i męskich zachowań lub zainteresowań u kobiet,
- zaburzenia dynamiki rodzinnej: relacje z ojcem, matką, z rodzeństwem; brak ojca lub matki,
- relacje z rówieśnikami, odmienne zainteresowania, niechęć uczestnictwa we współzawodnictwie grupowym,
- niechęć do sportów, słaba kondycja fizyczna,
- traumatyczne relacje z płcią przeciwną, zwłaszcza w kontekście seksualnym,
- pogarda dla siebie i swojego ciała (bardziej u kobiet),
- wczesne zainteresowanie pornografią, zwłaszcza homoseksualną,
- wykorzystanie seksualne, gwałt,
- wywołujące negatywne reakcje wzorce kulturowe – rodziny, roli płciowej,
- inne nietypowe czynniki, jak opisane w literaturze obserwowanie gwałtu czy ucieczka w homoseksualizm z powodu poczucia winy po aborcji u partnerki.

Obszernie omawia te czynniki Beata Wieczorek (2017, s. 261-320) powołując się każdorazowo na materiał badawczy. Poniżej tylko kilka przykładów badań dla ilustracji.

Thompson i in. (1973, s. 123) piszą: „Siedem najbardziej różnicujących grupę homoseksualną cech, w kolejności od najważniejszych, to: a) granie w baseball, b) udział we współzawodnictwie grupowym, c) czas spędzany w dzieciństwie z ojcem, d) kondycja fizyczna w dzieciństwie, e) poczucie akceptacji przez ojca, f) zabawy z chłopakami przed dojrzałością, g) roszczenia matki, by być w centrum zainteresowania dziecka”. W badaniach Dickson i in. (2006, s. 55) molestowania seksualnego ze strony innych mężczyzn doświadczyło 2% mężczyzn heteroseksualnych, 44% mężczyzn homoseksualnych zadowolonych ze swojej orientacji i 57% wśród mężczyzn homoseksualnych niezadowolonych.

Hughes i in. (2010) badali kobiety, te wyłącznie homoseksualne ponad dwukrotnie częściej niż te wyłącznie heteroseksualne wykazywały doświadczenia molestowania seksualnego w dzieciństwie (39% vs 17%) oraz większe ryzyko wykorzystania seksualnego w życiu dorosłym (odpowiednio 21% i 12%).

W badaniach Bos i in. (2008) dotyczących licealistów odkryto, że skłonności homoseksualne pozytywnie korelują z kłopotami w relacjach z rówieśnikami i ojcami.

W badaniach duńskich na próbie 2 mln osób (Frisch i Hviid, 2006) analizowano korelaty małżeństw homo- i heteroseksualnych. Udowodniono wyraźny wpływ negatywnych doświadczeń z dzieciństwa i młodości na późniejsze preferencje seksualne i związki. Wskazuje się na korelacje homoseksualizmu z: rozwiedzionymi rodzicami, nieobecnymi ojcami, pozycją w rodzinie, wiekiem rodziców, śmiercią rodzica.

Powstaje pytanie: na jakiej podstawie wdraża się linię postępowania, w której przyjmuje się, że homoseksualizm jest wrodzony i niezmienny? Wbrew prawdzie Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w swojej oficjalnej publikacji podaje: „Nie ma żadnych badań doświadczalnych lub przeglądów badań, które wspierałyby teorie przypisujące skłonności homoseksualne do dysfunkcji rodziny lub traumy” (Glassgold i in., 2009, s. 93).

## 6. Problem braku wiarygodnych przypadków terapii homoseksualizmu

Bardzo często oświadczają, że homoseksualizmu się nie leczy, że jest to nieefektywne, a nawet szkodliwe, i że występują jedynie pojedyncze przypadki reorientacji lub w ogóle ich nie ma (por.: Glassgold i in., s. 2-3). Powtarza się te twierdzenia także np. w Polskim Towarzystwie Seksuologicznym (zob. np.: Pietras i in., 2015) oraz w wypowiedziach polskich seksuologów. Na przykład S. Dulko stwierdził: „Homoseksualizm to nie choroba, to jeden z 5 rodzajów orientacji seksualnej” (Kim, 2014, s. 29). Doprowadziło to do sytuacji, w której terapeutów stosujących terapię reparatorną zaczęto nazywać (oficjalna nomenklatura) jako stosujących wysiłki ku zmianie orientacji seksualnej (SOCE – ang. *sexual orientation change efforts*) w odróżnieniu od terapii afirmującej stosowanej przez „licencjonowanych dostarczycieli zdrowia psychicznego” (LMHP – ang. *licensed mental health providers*). Już wcześniej od klientów terapii reparatornej wymagano podpisywania zgody na terapię, gdzie wypunktowywano, że terapia ta może być potencjalnie szkodliwa, a obecnie doszło do tego, że w sześciu stanach USA (New Jersey, Kalifornia, Vermont, Illinois, Oregon, Nowy Jork) zabroniono jej w ogóle. Starania o to trwają także np. w Wielkiej Brytanii. Byli geje muszą zakładać stowarzyszenia w swojej obronie, ponieważ są prześladowani w przestrzeni publicznej (np. strona *Voice of the Voiceless* – znamienna nazwa „głos pozbawianych głosu”), a terapeuci domagają się "równości" w dostępności do terapii reparatornej (*National Task Force for Therapy Equality*). W Wlk. Brytanii zdarzył się przypadek wyrzucenia z towarzystwa branżowego dr Mike'a Davidsona z powodu stosowania tej terapii – choć sam wyszedł

z homoseksualizmu. Beata Wieczorek (2017) przedstawia 3500 indywidualnych przypadków zupełnego lub częściowego wyjścia z homoseksualizmu. Odnotowała też 182 badania, gdzie udokumentowano w sumie 350 przypadków pełnej reorientacji z zupełnego homoseksualizmu na zupełny heteroseksualizm. Przyjrzała się także problemowi szkodliwości i obliczyła 1128 przypadków (Tamże, s. 467) wymienionych w badaniach osób, które relacjonują konkretny pozytywny wpływ terapii, kontra 276, które mówią o jakichkolwiek negatywnych oddziaływaniach. Problem w tym, że te szkodliwe wpływy to głównie błędy sztuki albo doniesienia z bardzo krótkotrwałej terapii, lub wręcz relacje dość mocno naciągane, jak np. oznaczenie straty partnera seksualnego jako szkodliwego efektu terapii. Wieczorek zwraca także uwagę, że badaniom dotyczącym terapii reparatywnej stawia się wysokie wymagania metodologiczne, gdy tymczasem konkurencyjna terapia afirmatywna wcale nie ma udowodnionej skuteczności (Tamże, s. 473), bo nie były prowadzone takie badania, oraz ma słabą podbudowę teoretyczną (Tamże, s. 476). Pomimo to, np. na stronie Wydziału Psychologii Uniwersytetu Kalifornii w Davis (2012) znajdziemy twierdzenie, że brakuje danych, iż „techniki zmiany zachowań efektywnie zmieniają orientację seksualną z homoseksualnej na heteroseksualną” i dalej następują zawile tłumaczenia dotyczące wątpliwych wyjątków. Niestety, dezinformacja i zakazy terapii reparatywnej skutkują blokowaniem dostępu do terapii homoseksualizmu dla osób, które jej autentycznie pragną, w tym terapii homoseksualizmu, który powstał w następstwie udokumentowanego molestowania seksualnego przez osobę homoseksualną (por.: National Task Force for Therapy Equality).

## 7. Podsumowanie

Przegląd danych naukowych zaprzecza rozpowszechnionym tezą, że homoseksualizm jest jakoby wrodzony, niezmienny i zupełnie zdrowy. Związki homoseksualne znacznie różnią się od związków heteroseksualnych – występuje tu znacząco niższa trwałość, a większy promiskuityzm i tzw. związki otwarte. W przestrzeni publicznej rozpowszechnia się więc często kłamstwa, przeinaczenia, założenia a priori. Obiektywne dane empiryczne wyraźnie pokazują, że homoseksualizm sam jest złożonym zaburzeniem, nie jest wrodzony i podlega skutecznej terapii. Termin „zaburzenie” sam z siebie nie deprecjonuje osób homoseksualnych i nie zwalnia z szacunku wobec nich. Pojawiające się w tym kontekście insynuowanie „homofobii” zwolennikom traktowania homoseksualizmu jako zaburzenia nie pozostawia miejsca na niezależną debatę naukową i analizy rzetelnie zgromadzonych danych. Adekwatna diagnoza jest warunkiem skutecznej pomocy, daje też nadzieję na skuteczną profilaktykę i terapię, zarówno na polu medycznym, jak i psychologicznym i to zarówno osobom zadowolonym, jak i niezadowolonym ze swoich skłonności homoseksualnych.

*Ciąg dalszy w drugiej części artykułu poświęconej implikacjom społecznym.*

## Bibliografia

- Adam, B.D., (2006). Relationship innovation in male couples. *Sexualities* 9(1): 5-26.
- Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów Gejów i Lesbijek. [www.aglp.org](http://www.aglp.org) (dostęp 7.09.2018).
- Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne. Sexual Orientation & Homosexuality. What causes a person to have a particular sexual orientation? <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx> (dostęp 10.03.2018).
- Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne. Sexual Orientation & Homosexuality. What is the nature of same-sex relationships? <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.aspx> (dostęp 8.03.2018).
- Bem, D.J. (2000). Exotic becomes erotic: interpreting the biological correlates of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior* 29: 531-547.
- Bos, H.M.W., Sandfort, T.G.M., de Bruyn, E.H., Hakvoort, E.M. (2008). Same-sex attraction, social relationships, psychosocial functioning, and school performance in young adolescents. *Developmental Psychology* 44(1): 59-68.
- Bradford, J., Ryan, C., Rothblum, E.D. (1994). National lesbian health care survey: Implications for mental health care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(2): 228-242.
- Cameron, P., Cameron, K. (2007). Federal Distortion Of Homosexual Footprint, Ignoring Early Gay Death? *Proceedings of Eastern Psychological Assn Convention*, Philadelphia 23.03.2007, (pp. 1-27).
- Campbell, K.M. (2000). Relationship characteristics, social support, masculine Ideologies and psychological functioning of the gay men in couples. A Dissertation Presented to the Faculty of The California School of Professional Psychology Alameda. <http://drkevincampbell.net/DissertationKevinMCampbell.pdf> (dostęp 12.03.2018).
- Cochran, S.D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C, Atalla, E., Marais, A., Meloni, E., Vieirah, E.M., Reedi, G.M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ* <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/14-135541.pdf> (dostęp 12.03.2018).
- Davidovich, U., de Wit, J., Albrecht, N., Geskus, R., Stroebe, W., Coutinho, R. (2001). Increase in the share of steady partners as a source of HIV infection: a 17-year study of seroconversion among gay men. *AIDS* 15(10): 1303-1308.
- Dickson, G.L., Byrd, A.D., Howes, R.H., Drake, H. (2006). An Empirical Study of the Mother-Son Dyad in Relation to the Development of Adult Male Homosexuality. *AMCAP Journal* 30: 48-56.
- Dlaczego homoseksualizm został wykreślony z listy chorób psychicznych? <http://www.homoseksualizm.edu.pl/index.php/co-mowi-nauka/34-psychologia/181-dlaczego-homoseksualizm-zosta-wykremlony-z-listy-chorob-psychicznych> (dostęp 9.09.2018)

- Długolecka, A. (2009). Współczesna diagnostyka orientacji seksualnych. W: Z. Lew-Starowicz (red.). *Seksualność człowieka w ujęciu wieloaspektowym* (ss. 17-34). Warszawa: PRESS & IT.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences (Basel)* 5(4): 565–575.
- Dudek, T. (2015). Metody interpretacji Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności na przykładzie spraw dotyczących dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka. [http://www.hfhr.pl/wp-content/uploads/2017/04/T\\_Dudek.pdf](http://www.hfhr.pl/wp-content/uploads/2017/04/T_Dudek.pdf) (dostęp 9.03.2018).
- Frisch, M., Hviid, A. (2006). Childhood family correlates of heterosexual and homosexual marriages: a national cohort study of two million Danes. *Archives of Sexual Behavior* 35(5): 533-47.
- Fundacja Mamy i Taty (2017). *Analiza postaw wobec artykułu 18 polskiej Konstytucji i legalizacji małżeństw jedнопłciowych*. <http://www.mamaitata.org.pl/wiadomosci/polacy-ponad-podzialami-politycznymi> (dostęp 8.03.2018).
- Glassgold, J.M., Beckstead, L., Drescher, J., Greene B., Miller, R.L., Worthington, R.L. (2009). Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. USA: American Psychological Association.
- Grella, Ch.E., Greenwell, L., Mays, V.M., Cochran, S.D. (2009). Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: Findings from the California Quality of Life Survey. *BMC Psychiatry* 9(1): 52.
- Grov, Ch., Parsons, J.T., Bimbi, D.S. (2010). Sexual Compulsivity and Sexual Risk in Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior* 39(4): 940-949.
- Hallman J. (2010). *W sercu kobiecego homoseksualizmu. Kompleksowy podręcznik terapeutyczny*. Kraków: Wydawnictwo Światło-Życie.
- Handsfield, H.H. (1981). Sexually transmitted diseases in homosexual men. *American Journal of Public Health* 71: 989–990.
- Hogg R.S., Strathdee S.A., Craib, K.J., O'Shaughnessy, M.V., Montaner, J.S., Schechter M.T. (1997). Modeling the Impact of HIV Disease on Mortality in Gay and Bisexual Men. *International Journal of Epidemiology* 26(3): 657-661.
- Hughes, T.L., Szalacha, L.A., Johnson, T.P., Kinnison, K.E., Wilsnack, L.C., Young Cho (2010). Sexual victimization and hazardous drinking among heterosexual and sexual minority women. *Addictive Behaviors* 35: 1152-1156.
- Iniewicz, G., Mijas, M., Grabski, B. (red.) (2012). *Wprowadzenie do psychologii LGB*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na pocz. XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Joloza, T., Evans, J., O'Brien, R., Potter-Collins, A. (2011). *New ONS Integrated Household Survey: Experimental Statistics. Measuring Sexual Identity: An Evaluation Report*. Newport: Office for National Statistics.

- Kalichman, S.C., Rompa, D. (1995). Sexually coerced and noncoerced gay and bisexual men: Factors relevant to risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Journal of Sex Research* 32: 45-50;
- Kim, R. (2014). Nie ma na to leku. *Newsweek* 8: 29-31.
- King, M., Semlyen, J., See Tai S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 8: 1-17.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. (1948/1998). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Krajowe Centrum ds. AIDS (2014). Analiza ankiet z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych z 2013 r. Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS.
- LeVay, S. (1996). *Queer Science*. Cambridge: MIT Press.
- Lew-Starowicz, Z., Lew-Starowicz, M. (1999). *Homoseksualizm*. Warszawa: PZWL.
- LGBT FactSheets*. <http://www.aglp.org/pages/LGBTFactSheets.php> (dostęp 7.09.2018).
- Liberal International (2012). Written statement submitted by Liberal International (World Liberal Union), a non-governmental organization in general consultative status. <https://liberal-international.org/what-we-do/human-rights-priorities/action-united-nations/li-statement-on-the-deterioration-of-the-state-of-lgbti-rights-around-the-world-to-21st-session-of-the-unhrc/> (dostęp 14.03.2018).
- Lung, F.W., Shu, B.C. (2007). Father-son attachment and sexual partner orientation in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry* 48(1): 20-26.
- Makuchowska, M., Pawłęga, M. (red.) (2012). *Sytuacja społeczna osób biseksualnych i homoseksualnych w Polsce. Raport za lata 2010 i 2011*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii i Lambda Warszawa.
- Mizielińska, J., Abramowicz, R., Stasińska, A. (2014). *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- National Task Force for Therapy Equality. <http://www.therapyequality.org/> (dostęp 14.07.2018).
- National Task Force for Therapy Equality (19-01-2018). What happens when therapy is banned? <http://www.therapyequality.org/wp-content/uploads/2018/01/FactSheet.pdf> (dostęp 14.03.2018)
- Neilands, T.B., Chakravarty, D., Darbes, L.A., Beougher, S.C., Hoff, C.C. (2010). Development and Validation of the Sexual Agreement Investment Scale. *The Journal of Sex Research* 47(1): 24–37.
- ONZ (2013). Global Report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf) (dostęp 12.03.2018).
- Phelan, J.E., Whitehead, N., Sutton, P.M. (2009). What Research Shows: NARTH's Response to the APA Claims on Homosexuality. A Report of the Scientific Advisory Committee. *Journal Of Human Sexuality* 1: 1-121.

- Pietras, T., Tritt, R.J., Kowalczyk, R., Loewe, A., Lew-Starowicz, Z., Izdebski Z., Kochanowski, J., Bąk, D., Bojarska, K., Depko, A., Długołęcka, A., Holka-Pokorska, J., Iniewicz, G. (2013). Rekomendacje dla polskich towarzystw naukowych w sprawie postępowania oraz pomocy terapeutycznej osobom homo- i biseksualnym. *Seksuologia po Dyplomie* 4: 18-19.
- Purcell, D.W., Parsons, J.T., Halkitis, P.N., Mizuno, Y., Woods, W.J. (2001). Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *Journal of Substance Abuse* 13: 185-200.
- Rosario, M., Schrimshaw, E.W., Hunter, J., Gwadz, M. (2002). Gay-Related Stress and Emotional Distress Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: A Longitudinal Examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(4): 967-975.
- Rosenberg, E.S., Sullivan, P.S., DiNenno, E.A., Salazar, L.F. Sanchez, T.H. (2011). Number of casual male sexual partners and associated factors among men who have sex with men: results from the National HIV Behavioral Surveillance system. *BMC Public Health* 11:189.
- Spitzer, R.L. (1981). The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues. *Am J Psychiatry* 138(2): 210-215.
- Śliwak, J., Zarzycka, B. (2011). Niepokój jako korelat poczucia osamotnienia u homoseksualnych mężczyzn. *Roczniki Psychologiczne* 14(1): 177-191.
- 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.
- Toufexis, A. (1995). New Evidence of a 'Gay Gene'. *Time* 20: 95.
- Uniwersytet Kalifornii. (2012). Attempts To Change Sexual Orientation. [http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/facts\\_changing.html](http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/facts_changing.html) (dostęp 10.03.2018).
- U.S. Department of Health and Human Services. *HIV BASICS Overview: Data & Trends: U.S. Statistics* <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/statistics> (dostęp 8.03.2018).
- Van Wyk, P.H., Geist, C.S. (1984). Psychosocial development of heterosexual, bisexual and homosexual behavior. *Archives of Sexual Behavior* 13(6): 505-544.
- Velicko, I., Arneborn, M., Blaxhult, A. (2008). Syphilis epidemiology in Sweden: re-emergence since 2000 primarily due to spread among men who have sex with men. *Eurosurveillance* 13(5), <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19063> (dostęp 4.03.2018).
- Voice of the Voiceless. <https://www.voiceofthevoiceless.info> (dostęp 14.07.2018).
- Whitehead, N.E. (2011). Neither Genes nor Choice: Same-Sex Attraction Is Mostly a Unique Reaction to Environmental Factors. *Journal of Human Sexuality* 3: 81-114.
- Whitehead, N. (2016). Are Gay/Lesbian Relationships Really as Short as They Seem? *Journal of Human Sexuality* 7: 99-125.

- Whitehead, N.E., Whitehead, B.K. (2018). My Genes Made Me Do It! [http://www.mygenes.co.nz/download.html#book\\_pdf](http://www.mygenes.co.nz/download.html#book_pdf) (dostęp 12.03.2018).
- Wieczorek, B. (2017). *Homoseksualizm. Przegląd światowych analiz i badań. Przyczyny, terapia, aspekty społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Fronda.
- Xiridou, M., Geskus, R., de Wit, J., Coutinho, R., Kretzschmar, M. (2003). The contribution of steady and casual partnerships to the incidence of HIV infection among homosexual men in Amsterdam. *Epidemiology & Social* 17(7): 1029-1038.
- Zarzecki, M., Noiszewski, Ł., Wiśniewski, R., Drelich, A., Puchalska, K., Radziszewska M. (red.) (2011). *Analiza danych uzyskanych z ankiet przeprowadzonych w PKD w 2010 r.* Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS, IBC Group.
- Zietsch, B.P., Verweij, K.J.H., Heath, A.C., Madden, P.A.F., Martin, N.G., Nelson, E.C., Lynskey, M.T. (2012). Do shared etiological factors contribute to the relationship between sexual orientation and depression? *Psychological Medicine* 42: 521-532.
- Zięba, M. (25-02-2018). Scjentyzm i nieludzki świat. <http://www.rp.pl/Spolczenstwo/302229932-O-Zieba-Scjentyzm-i-nieludzki-swiat.html> (dostęp 13.09.2018).
- Zima, M. (red.) (2010). *Tęczowe rodziny w Polsce. Prawo a rodziny gejowsko-lesbijskie. Raport 2009*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.

## **Homosexual ideology and its mistifications: Part 1 – Confrontation with scientific data**

### **Abstract**

Data presented in the article leads to the conclusion, that the message on the topic of homosexuality in the public space is dominantly one-sided. Detailed scientific research review shows that the modern doctrine of homosexuality as a different sexual orientation is based upon a couple of false or only partly true theses, ignoring a large part of the available empirical data. This doctrine is presented with selective inference, interpretation mistakes, manipulation of the statistics, avoidance of exploring ideologically uncomfortable topics, not checking the opposite hypotheses. It is mainly visible at the field of statistics, symptoms, etiology and therapy. There is lack of evidence, that homosexuality is innate or intrinsic. In etiology, individual reflection of psycho-social factors prevail over the biology based ones. Results of many independent researches prove, that homosexuality underlie effective therapy. So called affirmative therapy has not so far prove that it is able to diminish high rates of bad mental health conditions among homosexual people, and the common explanation by the social position of this group is only partially convincing. Homosexual relationships differ from heterosexual ones by durability, inclusivity, and dynamic. Dramatic data refer to



the level of HIV infections. Part of the article is dedicated to finding the adequate path of help to this group, too.

**Nota o autorze:**

Agnieszka Marianowicz-Szczygieł – magister psychologii, członek Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich. Autorka ponad trzydziestu artykułów popularno-naukowych. Wiceprezes Fundacji Instytut Analiz Płci i Seksualności „Ona i On”. W 2017 roku zainicjowała i współorganizowała konferencję „Homoseksualizm z perspektywy chrześcijańskiej. Wyzwania dla współczesnego kościoła w Polsce”. Współpracuje z IFTCC (The International Federation for Therapeutic and Counselling Choice).