

## **PSZICHOANALÍZIS MELEGEKKEL ÉS LESZBIKUSOKKAL INTERPERSZONÁLIS MEGKÖZELÍTÉSBN\***

*Richard Rutkin*

Ebben a tanulmányban nem a szexuális preferencia eredetének, a párválasztás pszichodinamikájának vagy a szexuális viselkedés eltéréseinek magyarázatára vállalkozom. A célom a homoszexuális személyekkel folytatott pszichoanalitikus terápia interperszonális szempontú megközelítésének bemutatása, valamint az, hogy megvilágítsam azokat a problémákat és küzdelmeket, amelyekkel a homoszexuális személyek a mindennapi életükben szembesülnek, miközben számukra értelmes életet és kielégítő interperszonális kapcsolatokat igyekeznek kialakítani. Analitikusként a személynek önmagával kapcsolatos, az interperszonális kapcsolatok kontextusában megélt érzéseire fókuszálok, és nem a homoszexualitására, sem úgy mint tünetre, sem úgy mint karakter hibára. Az alábbiakban elsőként egy rövid áttekintést nyújtok a pszichoanalízis néhány korábbi, homoszexualitással kapcsolatos elképzeléséről, majd a saját interperszonális szempontú megközelítésemet ismertetem homoszexuális személyekkel folytatott pszichoanalitikus terápiára vonatkozóan.

Freud, jóllehet a magánéletben látszólag együttérzéssel és érzékenyen viszonyult a homoszexualitás kérdéséhez (Freud, [1921] 1977; [1933] 1999; 1935), azt (gondosan elkülönítve a perverzióktól) inverzióként ([1919] 1998), illetve a pszichoszexuális fejlődés elakadásaként értelmezte (Freud, [1910] 2001; [1925] 1995), ahol az eredendően biszexuális természetű pregenitális eredetű szexuális ösztönkésztetések az Ödipusz-komplexus sikertelen megoldása következtében nem kerülnek elfojtás alá, hanem továbbra is éreztetik hatásukat (Freud, [1915] 1995; [1915] 1997; [1916] 1963; [1922] 1955). Freud úgy gondolta, hogy a homoszexuális férfiak elkerülők, szorongók és kasztrációs komplexussal küzdenek, ezért egy nőies identitással azonosulnak, és nárcisztikus módon azonos nemű partnert választanak, akit a pregenitális libidó fixációjából kifolyólag a saját énjük kiterjesztéseként

---

\* A fordítás az alábbi kiadás alapján készült: Richard Rutkin: Psychoanalysis with Gay and Lesbian People. An Interpersonal Perspective. In: Thomas Domenici, Ronnie C. Lesser (szerk.): *Disorienting Sexuality. Psychoanalytic Reappraisals of Sexual Identities*. Routledge, London, NY, 1995. 177-185.

szeretnek (Freud, [1902] 1993; [1926] 2003). Ez az elképzelés készítette elő a talajt a homoszexualitás későbbi pszichoanalitikus elméleteinek, amelyek – kiterjedt fejlődés ellenére – továbbra is elsősorban az ödipális problémákat és azok hiányos megoldását állították a középpontba (Fenichel, 1930, 1945; Sachs, 1923). A későbbi klasszikus pszichoanalitikus elméletek, amelyek már a preödipális problémakört járók körül (Glover, 1932; Klein, 1932), általában az én és a felettes én visszamaradt vagy patológiás fejlődéséről beszélnek. Végül az újabb koncepciók olyan kérdésekre koncentrálnak, mint a primitív elhárító mechanizmusok (Socarides, 1978), a szeparációs szorongás (Bieber, 1967), a „pszeudoszexuális” motivációk, mint a hatalomvágy vagy a dependenciaszükséglet (McDougall, 1972), a preödipális fejlődési elakadás és az énejlődés zavara (Bergler, 1948). A fenti elméletekben az a közös, hogy mindegyik patológiaként értelmezi a homoszexualitást.

Tekintve, hogy milyen régóta tartja magát a zsidó-keresztény hagyomány, amely szerint a homoszexualitás bűn, mert ellentmond a Biblia azon elvének, hogy a szexualitás elsődleges célja a szaporodás és nem az örömszerzés vagy az intimitás, egyenesen elkerülhetetlennek tűnik, hogy a pszichoanalízis betegségnek bélyegezze a homoszexualitást (Bayer, 1981). A homoszexualitás bűnként való történeti értelmezése tehát egyenesen vezetett el a modern pszichológia nem sokkal kevésbé kíméletlen patológiai megközelítéséhez, amely tulajdonképpen ugyanolyan alattomosan negatív viszonyulást takar azzal a különbséggel, hogy az utóbbit a pszichológusok valamiért humánusabbnak érzik. A homoszexualitás fenti patológiai megközelítése indította arra a pszichoanalitikus elméletalkotókat, hogy elkezdjék kutatni a homoszexuális magatartás okait, ami a gyógyítás szerencsétlen és sokszor ártalmas hangsúlyozásához vezetett, ami ebben az esetben a homoszexualitás heteroszexualitássá való átformálását jelentette. Még azok a pszichoanalitikusok is, akik a homoszexualitást a nem vágyott heteroszexualitás esetében megjelenő, a szexuális örömszerzésre irányuló reparatív szándékként értelmezik, a homoszexualitást valamilyen mögöttes patológia tünetének tekintik, amely feltétlenül kezelést igényel (Bayer, 1981; Kohut, 1971 [2001]; 1984).

A homoszexualitás patológiai szemléletű pszichoanalitikus megközelítése tökéletesen egybevágott az aktuális társadalmi közvéleménnyel, miszerint a homoszexualitás rossz és deviáns dolog, és megerősítette számos heteroszexuális és homoszexuális személy homofób attitűdjét. Az a tudat, hogy a „lélek tudománya”, amely az orvostudományban gyökerezik és többnyire „orvosok” gyakorolják, betegségként és tünetként definiálta a homoszexualitást, hosszan tartó homofób előítéletek hitelül és támaszául szolgált. Ez a negatív attitűd némileg háttérbe szorult az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1973-as határozatát követően, amikor a homoszexualitást törölték a DSM II-ben (Diagnosztici-

kai Statisztikai Kézikönyv) szereplő mentális betegségek közül. Az előítéletek ennek ellenére továbbra is burjánznak nem csupán a társadalomban általában, hanem elsősorban éppen a mentálhigiénés szakemberek körében. Függetlenül attól, hogy az adott diagnózis – akár hivatalos, akár nemhivatalos formában – betegségként határozza meg a homoszexualitást, vagy (legújában) állapotként, illetve alternatív életmód-választásként (DuBay, 1987) definiálja, a klinikai pszichológusokat gyakran arra biztatják, hogy szorgalmazzák a szexuális orientáció megváltoztatására irányuló kezelést, ami mind a páciensben, mind a terapeutában tovább erősíti a homofób érzéseket és hiedelmeket.

Mivel a nem-diagnosztikus szemlélet központi jelentőségű a pszichoanalitikus terápiáról vallott nézeteimben, a céloom nem az, hogy a fejlődési elakadás tényét hangsúlyozó biológiai és társas tényezőket firtassam, hanem hogy változást idézzek elő a páciensek saját szelfjükkel kapcsolatos élményeiben (Levenson, 1972, 1983; Singer, 1970; Wolstein, 1960). Még az olyan fogalmak is, mint a „meleg” vagy „leszbikus”, diagnosztikus jellegű kategóriáknak tekinthetők, mivel sztereotípiák és az adott személlyel szemben támasztott elvárások sorát mozgósítják az emberekben. Emiatt, hacsak nem vagyunk elég elővigyázatosak, hogy elkerüljük a címkézés csapdáját, a fenti kategóriák könnyen általánosításokhoz vezetnek. Márpedig könnyedén általánosítható címkéket használni – bár időnként felettébb kényelmes – minden esetben veszélyes, amennyiben a „különlegesség” és a „mátság” kategóriáit idézik fel, és az analitikus figyelmét a személy egyediségéről a neki tulajdonított általánosított jellemzőkre terelik. A veszély abban rejlik, hogy a nő helyett a „leszbikust”, a férfi helyett a „feketét vagy az afroamerikait”, a zavart huszonhét éves személy helyett pedig a „borderline beteget” kezdjük el látni. Mi, mentálhigiénés szakemberek túlságosan hozzászoktunk már a lealacsonyító címkék használatához az emberek jellemzése során. A szakma történelme folyamán – nem túl szerencsés és sokszor kifejezetten elszemélytelenítő módon, az egyéni különbségeket tökéletesen figyelmen kívül hagyva – mindig csupán a „diagnosztikus kategóriát” láttuk az emberekben, és ahelyett, hogy az adott személyre figyeltünk volna és arra, hogy ki is ő valójában, inkább azokra a jellemzőkre koncentráltunk, amelyeket más, hasonló jellemzőkkel bíró személyekben véltünk felfedezni. Ezért olyan nagy a kísértés az analitikusok számára, hogy a pácienseikből jobb „meleg férfiakat”, illetve jobb „leszbikus nőket” igyekezzenek faragni, ahelyett, hogy arra törekednének, hogy az adott személyt mint önálló személyiséget, a saját egyedi tulajdonságaival, jellemzőivel, problémáival és homoszexualitásával együtt fedezzék fel és értsék meg.

Szakmai álláspontom szerint az emberek nem csupán azért mutathatnak pszichés tüneteket, mert rossz dolgok történtek velük a gyermekkorukban,

hanem mert kialakult bennük egy jellegzetes séma arra, hogy bizonyos, másokkal és következőképpen saját magukkal kapcsolatos korai élményeiket – önmagukat félrevezető módon – elfelejtsék, eltorzítsák vagy félreértelmezzék. Ez a kognitív séma idővel állandósul, és a jelenben is negatív szűrőt képez az önmagukkal és másokkal kapcsolatos élményeik számára. Ezért amikor egy új páciens érkezik hozzám pszichoterápiára, szándékosan a saját érzéseimre, gondolataimra és viselkedésemre összpontosítok, mégpedig azért, hogy a saját egyediségemben tapasztalhattam meg a terápiára jelentkező személyt. Habár nagy figyelmet fordítok a pácienseim belső konfliktusaira és torzításaira is, igyekszem elkerülni a diagnosztikus általánosításokat. Ezáltal lehetőségem nyílik arra, hogy az adott páciens az ő teljes valójában és viszonylag előítéletmentesen, pusztán a folyamatos interakció révén ismerjem meg, miközben a kapcsolatunk fokozatosan fejlődik és változik a terápiának köszönhető kölcsönös átalakulás során. A fenti folyamat célja az, hogy megértsem, hogyan éli meg az adott személy önmagát a világban, az önmagával és másokkal kapcsolatos személyes érzelmi viszonylatában, és hogy segítek neki felismerni és tudatosítani ezeket a bevésődött mintákat.

Interperszonális szemléletű analitikusként a saját szerepemet nem abban látom, hogy megváltoztassam a pácienseimet, hanem hogy kísérőjük legyek azon az úton, amelynek során felfedezik saját viszonyulásukat a világhoz. A pácienseimmel folytatott interakciók során a saját és a pácienseim élményei és érzelmi önmagukkal kapcsolatban fokozatosan összekapcsolódnak, és szükségyszerűen meghatározzák a kapcsolatunk természetét és hangvételét. Emiatt a saját érzéseim és élményeim a homoszexualitással kapcsolatban elkerülhetetlenül befolyásolják a homoszexuális pácienseimmel folytatott interakcióimat és a velük kapcsolatos érzéseimet, és ez képezi az egyik fő interakciós tényezőt, amely viszontáttételhez vezet (Lewes, 1988; McHenry és Johnson, 1993). A viszontáttételt azonban természetesen nemcsak a páciens és az analitikus közötti interakció határozza meg; az mélyen gyökerezik az analitikus előzetesen kialakított vélekedéseiben, érzelmeiben, attitűdjeiben és előítéleteiben, amelyeket természetesen szintén magával visz a terápiába (Kwawer, 1980). Ezért amikor tisztázni akarom a cselekedeteim és szavaim motivációját, mindezeket a háttértényezőket is figyelembe kell vennem és fel kell ismernem. Vajon a reakcióimat a szorongás váltotta ki? Vagy a szexuális vonzalom és izgalom? A tudattalan félelmeim vagy a vallásos elvakultságom? Amíg ezeket a tényezőket nem tudatosítom magamban, addig azok elkerülhetetlenül torzítják a szavaim és a pácienseimmel folytatott kommunikációm hitelességét.

Habár a pszichoanalízis – mint az érzelmi élet feltárásának és fejlesztésének eszköze – különlegességét és erejét annak köszönheti, hogy segít megvilágítani

a páciensek kognitív és viselkedéses sémáit (beleértve azok korlátait is), és ezáltal kiterjedtebb tudatossághoz, valamint egy szabadabb és könnyebb élet lehetőségéhez juttatja el a pácienseit, a módszer magában hordozza annak veszélyét is, hogy az analitikus végül az általa idealizált és preferált életformát erőlteti a páciensére. Más szóval az analitikussal folytatott kommunikáció arra sarkallhatja a pácienset, hogy a dolgokat maga is úgy lássa és tapasztalja meg, ahogy az analitikusa (Levenson, 1983). Ha az analitikus túlságosan görcsösen ragaszkodik a terápia elvárt irányával és kimenetelével kapcsolatos elveihez, ahelyett, hogy a páciens teljes személyiségére koncentrálna, akkor a terápiás fejlődést az általa ideálisnak tartott változás irányába fogja terelni, és azt a saját értékrendje alapján fogja értelmezni és megítélni. Mivel a páciensek általában hajlamosak együttműködni az analitikussal, ez az átformálás gyakran a páciensek beleegyezésével történik (McHenry és Johnson, 1993). Ezáltal az adott páciens élményeinek hiteles (és terápiás hatású) feltárása háttérbe szorul, aminek a páciens fejlődése és gyógyulása látja kárát.

Ezért nagyon fontos, hogy az analitikus megismerje azokat a sajátos körülményeket, amelyek az adott homoszexuális személy életét meghatározzák, akinek életmódját sokszor elütőnek, visszataszítóknak, sőt erkölcsstelennek ítéli meg a környezete, és akit emiatt – mind kívülről, mind belülről eredő – előítéletek sújtanak. A homoszexuális személyek körülményeinek figyelmen kívül hagyása súlyos akadályt képez az élményviláguk megismerése útjában. Mindez pedig felveti annak kérdését, vajon inkább előnyt vagy hátrányt jelent-e, ha egy homoszexuális páciens heteroszexuális analitikushoz jár (McHenry és Johnson, 1993). Habár nem hiszek egy ilyenfajta illeszkedés feltétlen előnyeiben, a terjedelmi korlátok miatt ezt a fontos kérdést itt nem áll módomban bővebben kifejteni. Ezúttal elegendő annyit leszögezнем, hogy a két személy őszinte elköteleződése, és nem az elköteleződést megkönnyíteni szándékozó kényszerű megállapodás fogja biztosítani azt a megfelelő terápiás kapcsolatot és támogatást, amely segít a páciensnek felfedezni saját valódi énjét. A nem, a szexuális orientáció, illetve az analitikus és a páciens egyéb lehetséges csoportthovatartozásai sokkal kisebb jelentőséggel bírnak, mint a megfelelő kommunikáció, a bizalom és az érzelmi egymásra hangolódás. A nemi vagy a szexuális orientációbeli azonosság önmagában korántsem garantálja a terápiás együttműködés sikerét.

Úgy gondolom, hogy a páciensek élményeit és magtartását elsősorban a másokkal folytatott, múlt- vagy jelenbeli interakcióik határozzák meg, és ezért nagyon fontos, hogy ezek képezzék az analitikus munka fókuszát is. Ezáltal az analízis a páciensek másokkal folytatott interakcióinak minden részletre kiterjedő feltárásaként fog működni, miközben a központban mindvégig a páciens és az analitikus egyszeri és megismételhetetlen diádikus kapcsolata áll.

Pszichés zavarok általában akkor lépnek fel, amikor a személy – az én megőrzésének érdekében – elaltatja én-tudatosságát, így igyekszik megővni egyéniségét és méltóságérzetét az interperszonális követelésekkel szemben, ezáltal létfontosságú énrészekről mond le önként, ami végül egy énvédő, ugyanakkor beszűkült világlátást eredményez. És éppen ez a szűk és önbeteljesítő világlátás vezet el ahhoz, amit én áttételnek nevezek. Az intrapszichikus értelmezés szerint ez úgy történik, hogy a páciens a környezetével kapcsolatos múltbeli élményeiből származó érzéseit, elvárásait és reményeit – a terápia folyamatában – az aktuálisan jelenlévő személyre, vagyis a terapeutára helyezi át és vetíti ki. Ezzel szemben a saját interperszonális megközelítésű értelmezésem szerint az áttétel a pillanatnyi interaktív valóság elferdítése, ami véleményem szerint nem projekcióval jön létre, hanem azáltal, hogy a páciens a saját látásmódja és belső valósága alakításán és védelmén keresztül átformálja az analitikus valóságát. Másfelől a páciens áttétele nem csupán az analitikust torzíthatja. Meglátásom szerint az áttétel olyan mindenre kiterjedő, sajátos, jóllehet gátolt és önbeteljesítő viszonyulási mód, amely egyfajta karakterrajzot nyújt a páciens belső valóságáról, az analitikust és mindenki mást is arra ösztönöz, hogy belépjenek ebbe a belső világba, és segítsenek megőrizni annak status quo-ját.

A homoszexuális személyek minden bizonnyal osztoznak bizonyos hatásokban, amelyek mind személyiségüket, mind elhárító/énvédő áttételi mechanizmusukat hasonló módon befolyásolják. Ezek a hatások magukban foglalják a homoszexualitással szembeni óriási társadalmi diszkriminációt, a negatív énképet, melyet ez a diszkrimináció rendszerint tovább fokoz, a többségi társadalmon kívüli önmeghatározás gyakori szükségességét, valamint a megküzdést az olyan általánosításokkal, amelyek pusztán a partner választásán alapulnak. Mindezek ellenére úgy gondolom, hogy még ezeken a jellegzetes mintázatokon belül is egyéni különbségek érvényesülnek, és emiatt tartom fontosnak, hogy az utóbbiak képezzék az analízis központi fókuszát. Még egyszer hangsúlyozni szeretném tehát, hogy a pszichoanalízis középpontjában a személy, valamint az ő személyes problémái és konfliktusai állnak, és nem a terápia elvárt kimenetele, vagy adott tünetek és diagnózisok jelenléte.

Ha nem ismerjük fel és nem veszünk tudomást a homoszexuális személyek fejlődésére ható és megbetegítő társadalmi hatások közös jellegéről, akkor azt a központi jelentőségű társadalmi valóságot hagyjuk figyelmen kívül, amely a személyiség érést és fejlődését alapvetően meghatározza, és naivan elszalasztjuk annak lehetőségét, hogy valóban megértsük az adott személy élethelyzetét. Folyamatosan ki vagyunk téve és körül vagyunk véve a kirekesztő szemléletnek, emiatt – tudatosan vagy tudattalanul – elkerülhetetlenül vallunk homofób nézeteket is. Általában maguk a homoszexuális személyek is ren-

delkeznek homofób érzésekkel és attitűdökkel, ami leggyakrabban a társadalmi azonosulásból eredő internalizált önmegvetés formájában nyilvánul meg. Minderre pedig rendszerint éppen az áttétel során derül fény (McHenry és Johnson, 1993). Ezért az ilyen páciensek önmagukkal és másokkal kapcsolatos legmélyebb érzéseinek és gondolatainak analitikus feltárása hatékonyan csak az áttétel folyamatában, az analitikus és a páciens kölcsönös együttműködésével történhet.

Ahogy az áttételnek azt a korábbi értelmezését, mely szerint a páciens múltbeli élményeit egyszerűen rávetíti a jelenbeli körülményekre, fokozatosan felváltotta az az elképzelés, hogy a páciens az áttétel során az aktuális interperszonális valóságot torzítja el egyéni módon, hasonlóképpen a viszontáttétel fogalma is új értelmet nyert az interperszonális megközelítésben. Míg korábban az analitikusnak a páciens személyére és annak áttételére adott irracionális reakciójának tekintették, addig manapság már a páciens és a terápia egészére adott komplex reakciónak tartják (Levenson, 1983). Annak ellenére tehát, hogy a viszontáttétel korábban pusztán szerencsétlen túlkapásnak, illetve tudattalan gyermeki reakciónak számított, amelyet bizalmasan kellett kezelni, manapság a páciens személyére adott elkerülhetetlen és természetes emberi reakciónak, valamint a páciens személyére vonatkozó létfontosságú információk forrásának tekintik, amit időnként a pácienssel is megosztanak, és bevonják a feltárásába.

Úgy gondolom, hogy – akár heteroszexuális, akár homoszexuális analitikusról legyen szó – a viszontáttétellel kapcsolatos legfőbb kérdés a homoszexuális személyekkel folytatott analitikus munka során valójában az, hogy az analitikus hogyan birkózik meg a saját homofób előítéleteivel. Mert miközben számos elméleti koncepcióban meglehetősen nyíltan mutatkoznak meg a homoszexualitással kapcsolatos negatív attitűdök és vélekedések, addig a gyakorló analitikusok személyiségében működő negatív reakciók – a homofóbia legotrombább eseteit leszámítva – általában sokkal burkoltabb módon jelennek meg, és a legtisztább formában a viszontáttételi analitikus reakcióikban érhetők tetten. Ezek a negatív reakciók lehetnek pszichodinamikus eredetűek, és gyökereshetnek az analitikus saját szexualitásával kapcsolatos szorongásában, vagy származhatnak a homoszexualitás jellegzetes kulturális leértékeléséből fakadó előítéletekből, illetve a homoszexuális életformával kapcsolatos tudatlanságból és tévhitekből is. Ezért az analitikus – feltáratlan negatív érzései és reakciói miatt – esetleg úgy dönthet, hogy tartózkodik azoknak a problémáknak az azonosításától, amelyek szorongást, fájdalmat, büntudatot vagy öngyűlöletet kelthetnek bármelyik félben, és tudattalanul a pácienssel is összejátszhat ennek érdekében. Az összejátszásnak igen gyakori formája például az, amikor az analitikus egyszerűen nem vesz tudomást a páciens homoszexualitásáról, és olyan

analitikus légkört teremt, amelyben az alapvető szexuális kérdések kerülését azzal a kibúvóval racionalizálhatják, miszerint „végső soron mindannyian egyformák vagyunk”; illetve amikor az analitikus nem ismeri fel, hogy a páciens túlzott diszkrécióra való hajlama egyfajta énvédő mechanizmusként fokozatosan fejlődött ki a személy számára elnyomó és veszélyes környezetben. Ezért nélkülözhetetlen, hogy az analitikus felismerje, elismerje, és minél jobban átlássa saját érzéseit, valamint tisztázza szükségleteinek és motivációinak mindenmű torzulását, amikor terápiába kezd egy pácienssel. Ugyanis függetlenül attól, hogy mi okozta a pszichés tüneteket, a feltáratlan viszontáttételből eredő elkerülés vagy torzítás gyakran a status quo fennmaradásához, illetve mérsékelt terápiás változáshoz vezet, ahelyett a kívánatos eredmény helyett, amikor a páciens fokozatosan képessé válik arra, hogy szeresse és tisztelje önmagát, jelentős szeretetkapcsolatokat alakítson ki, aktív és termékeny módon illeszkedjen be a társadalomba, amelyben él, és kreatívan keresse, hogyan fejlesztheti tovább a személyiségét.

Galaczi Zsófia fordítása

## IRODALOM

- BAYER, R. B. (1981): *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. Basic Books, New York.
- BERGLER, E. (1948): Preliminary Phases of the Masculine Beating Fantasy. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7. 514.
- BIEBER, I. (1967): Sexual Deviations. In: Freedman, A., Kaplan, H. (szerk.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore.
- DUBAY W. H. (1987): *Gay Identity: The Self Under Ban*. McFarland & Company, Inc., Jefferson, North Carolina.
- FENICHEL, O. (1930): Zur Psychologie der Transvestitismus. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 16. 21.
- FENICHEL, O. (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton, New York.
- FREUD, S. ([1902] 1993): Egy ötéves kisfiú fóbiájának analízise. A „kis Hans”. In: *Patkányember. Klinikai esettanulmányok I.* Cserépfalvi Kiadó, Budapest.
- FREUD, S. ([1905] 1995): Három értekezés a szexualitás elméletéről. In: *A szexuális élet pszichológiája*. Cserépfalvi Kiadó, Budapest, 31-131.
- FREUD, S. ([1910] 2001): Leonardo da Vinci egy gyermekkori emléke. In: *Művészeti írások*. Cserépfalvi Kiadó, Budapest, 115-199.
- FREUD, S. ([1915] 1997): Ösztönök és ösztönsorsok. In: *Ösztönök és ösztönsorsok. Metapszichológiai írások*. Cserépfalvi Kiadó, Budapest.

- FREUD, S. ([1916], 1963): The Libido Theory and Narcissism. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 16: 412-431.
- FREUD, S. ([1919] 1998): „Gyereket vernek”: Adalék a szexuális perverziók keletkezésének megismeréséhez. In: *A Farkasember. Klinikai esettanulmányok II.* Cserépfalvi Kiadó, Budapest, 189-217.
- FREUD, S. ([1921] 1977): Letter to Jones. In: *Body Politic.* May Press, Toronto.
- FREUD, S. ([1922] 1955): Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia, and Homosexuality. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 18: 221-232.
- FREUD, S. ([1925] 1995): A nemek közötti anatómiai különbségek néhány lelki következménye. In: *A szexuális élet pszichológiája.* Cserépfalvi Kiadó, Budapest, 193-203.
- FREUD, S. ([1926] 2003): Gátlás, tünet, szorongás. In: *Válogatás az életműből.* Európa Kiadó, Budapest, 577-592.
- FREUD, S. ([1933] 1999): A nőiség. In: *Újabb előadások a lélekelemzésről.* Cserépfalvi Kiadó, Budapest, 126-151.
- FREUD, S. (1935): Letter published in *The American Journal of Psychiatry*, 107. 1951: 786.
- GLOVER, E. (1932): The Principles of Psychiatric Classification. *Journal of Mental Science.*
- KLEIN, M. (1932): *The Psychoanalysis of Children.* Delacorte Press, New York.
- KOHUT, H. ([1971] 2001): *A szelf analízise.* Animula, Budapest.
- KOHUT, H. (1984): *How Does Analysis Cure.* University Of Chicago Press, Chicago.
- KWAWER, J. (1980): Transference and Countertransference in Homosexuality: Changing Psychoanalytic Views. *American Journal of Psychotherapy*, 34. 72.
- LEVENSON, E. (1972): *The Fallacy of Understanding.* Basic Books, New York.
- LEVENSON, E. (1983): *The Ambiguity of Change.* Basic Books, New York.
- LEWES, K. (1988): *The Psychoanalytic Theory of Male Homosexuality.* New American Library, New York.
- MCDOUGALL, J. (1972): Primal Scene and Sexual Perversion. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53. 371.
- McHENRY, S. S., JOHNSON, J. W. (1993): Homophobia in the Therapist and Gay or Lesbian Client: Conscious and Unconscious Collusions in Self-Hate. *Psychotherapy*, 30. 141.
- SACHS, H. (1923): Zur Genese der Perversion. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 53. 371.
- SINGER, E. (1970): *Key Concepts in Psychotherapy.* Basic Books, New York.
- SOCARIDES, C. (1978): *Homosexuality.* Jason Aronson Publisher, Inc., New York.
- WOLSTEIN, B. (1960): Transference: Historical Roots and Current Concepts in Psychoanalytic Theory and Practice. *Psychiatry*, 23. 159.