

Попытки изменить сексуальную ориентацию: этические вопросы

Попытки изменить сексуальную ориентацию: этические вопросы

Уаррен Фрокмортон, доктор философии

Опубликовано в: Московский психотерапевтический журнал. 1, 2006 - с. 175-195

Эта статья была напечатана в Журнале по консультированию в области психического здоровья Американской ассоциации консультантов в области психического здоровья (the Journal of Mental Health Counseling, October, 1998, volume 20, pp. 283-304).

Фрокмортон Уаррен - доктор философии, экс-президент Американской ассоциации консультантов в области психического здоровья. Сейчас является директором колледжского консультирования в Гров Сити Колледж, Пенсильвания.

В статье рассматривается эффективность и уместность терапевтического вмешательства в случаях смены сексуальной ориентации. Обсуждается сама концепция сексуальной ориентации и ее функциональная значимость для клиники. Описываются попытки изменить модель сексуального возбуждения в рамках различных психотерапевтических традиций, а также в религиозной перспективе. Автор подчеркивает, что попытки помощи гомосексуально ориентированным людям, которые хотели бы изменить свойственные им паттерны сексуального возбуждения, могут проводиться с соблюдением этики, и должны быть доступны клиентам, обращающимся за такой помощью.

С 1972 года в науках о психическом здоровье наблюдалось колебание в оценке статуса гомосексуальности применительно к психическому здоровью. В последние три десятилетия гомосексуальность была признана нарушением, возможным нарушением, если говорить о классификации эго-дистонической гомосексуальности по DSM-III, а совсем недавно она стала рассматриваться как нейтральная по отношению к психическому здоровью индивида (Rubinstein, 1995).

Совсем недавно мы стали свидетелями противостояния всяким попыткам консультирования клиентов по смене ориентации с гомо на гетеросексуальную. Davison (1976), Martin (1984) и Haldeman (1994) выдвинули тезис о том, что психотерапевтические попытки смены ориентации являются неэтичными.

В 1997 г., после двух лет обсуждений и исследований, Американская Психологическая Ассоциация (АРА) приняла резолюцию, в которой выражались опасения, будто клиенты могут обращаться за конверсивной терапией по причине «социального невежества и предрассудков по поводу однополой сексуальной ориентации», «семейного принуждения и/или недостатка информации» (АРА, 1997; Sleek, 1997). В марте 1998 г. Американская ассоциация консультантов приняла схожую резолюцию на ежегодной встрече в Индианаполисе (АСА, 1998).

Недавние угрозы практике

Резолюция АСА была выдвинута комитетом по правам человека ассоциации, а предложение принять резолюцию было высказано представителем Ассоциации по вопросам геев, лесбиянок и бисексуалов в консультировании. Резолюция была названа «О соответствующих консультативных реакциях по сексуальной ориентации» и была нацелена на то, чтобы

поставить АСА в оппозицию любым формам конверсивной терапии. Первоначальный текст предложенной резолюции был следующим: «Да будет впредь установлено, что Американская ассоциация консультантов противостоит использованию так называемых «конверсивных или репаративных» терапий при консультировании клиентов, имеющих ориентацию на свой пол; противостоит изображению лесбиянок, гомосексуалистов и бисексуалов из молодежи как психически больных из-за их сексуальной ориентации; и поддерживает распространение точной информации о сексуальной ориентации, психическом здоровье, и об уместных вмешательствах для противодействия и нейтрализации предубеждений, основанных на невежестве или необоснованных убеждениях относительно однополой сексуальной ориентации» (АСА, 1998, р. 1-2).

Во время прений по поводу резолюции руководящий совет ассоциации удалил верхнюю фразу, относящуюся к оппозиции конверсивным терапиям (АСА, 1998). Тем не менее, оппозиция остается, если конверсивная терапия изображает «лесбиянок, гомо и бисексуалов из молодежи как психически больных», или если консультант распространяет неточную информацию или имеет «необоснованные убеждения» о сексуальной ориентации (АСА, 1998, р. 1-2).

Трудно оценить масштаб последствий резолюции в том виде, в каком она принята. Похоже, резолюция не поощряет попыток обеспечить смену гомосексуальной ориентации на гетеросексуальную, и почти явным образом противостоит этому. Если бы она прошла в оригинальном виде, резолюция оказала бы огромное влияние на практику. Консультанты в области психического здоровья были бы принуждены говорить клиентам, желающим изменить паттерны своего сексуального возбуждения, что их цель ошибочна. Консультанты, которые убеждены, что гомосексуальность может быть изменена, находились бы в опасности быть обвиненными в нарушении этического кода. Даже те консультанты, которые не являются членами АСА, были бы в опасности, поскольку большинство штатов учитывают этический код АСА в законах о лицензировании консультирования.

Поскольку большинство штатов автоматически принимают изменения этого кода, положение консультантов, которые, согласно этому коду, поступают неэтично, будет в опасности из-за того, что лицензирующие органы могут отозвать лицензию.

Эта резолюция АСА, вместе с резолюцией, поддерживающей однополые браки, породила немедленные противоречия (Lee, 1998). Собрание западного региона Ассоциации проголосовало за то, чтобы управляющий совет отменил предложенные резолюции, а Собрание южного региона высказалась за пересмотр вопроса (Gerst, 1998).

Из-за влияния на консультантов, использующих конверсивные техники, и прений по теме, требуется исследование основных вопросов, поднятых резолюцией.

Является ли конверсивная терапия этической и эффективной?

Резолюция АСА выступает против конверсивной терапии из-за ее якобы неэффективности и неэтичности. В этой статье исследуется, насколько эффективной и этической является помощь клиентам по смене сексуальной ориентации. Прежде всего, я обращусь к понятию сексуальной ориентации, затем представлю обзор литературы по изменению сексуальной ориентации. И, наконец, я закончу анализом на предмет этичности самой резолюции АСА по конверсивной терапии.

В обзоре литературы по изменению сексуальной ориентации использованы некоторые специальные термины. Восстановительная (репаративная) терапия – этот термин стал популярным благодаря Джозефу Николоси (Joseph Nicolosi, 1991,1995), психологу, который

убежден, что психологическая поддержка гея или лесбиянки (в выбранном ими стиле жизни) не будет удовлетворительным разрешением вопроса сексуальной идентификации. Таким образом, терапия называется восстановительной, потому что она помогает восстановиться клиенту до более подходящей формы сексуальности.

Конверсивная терапия - термин, который отражает направление терапии по смене сексуальных предпочтений. Некоторые консультанты бихевиорального направления говорят об изменении паттернов сексуального возбуждения (Barlow & Durand, 1995). Однако для достижения лучшего эффекта мы будем определять психотерапевтические подходы, которые направлены на изменение паттернов сексуального возбуждения и возбуждения, термином «конверсивная терапия». Конверсия предполагает глубокие изменения, что безусловно имеет место, когда кто-то меняет свою сексуальную ориентацию.

Несколько слов о сексуальной ориентации

Хальдеман предположил, что, прежде чем рассматривать вопрос изменения сексуальной ориентации, клиницисты и исследователи должны рассмотреть «сложную природу сексуальной ориентации и ее развития у индивида» (Haldeman, 1994, с. 222). Я поддерживаю это замечание и утверждаю, что, прежде чем пытаться устранить сексуальную переориентацию как неприемлемую, противники конверсивных терапий должны также решить указанный вопрос.

Как утверждает Хальдеман, сексуальная ориентация является плохо определенным понятием. Обычно сексуальную ориентацию начинают определять с работы Кинси (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948). Кинси предположил, что сексуальная ориентация может быть описана как континуум от полностью гомосексуального (оценка «6» по Кинси) до полностью гетеросексуального (оценка «0») (House & Miller, 1997). Гонсьерек, Селл и Вайнрих рекомендовали рассматривать однополую и гетеросексуальную ориентации отдельно, а не как изменения по единой шкале (Gonsoriek, Sell and Weinrich, 1995, с. 47). Они предложили каждую ориентацию рассматривать как протяженность.

Хотя и интересные, эти шкалы будут малопригодны в клинических целях для того, чтобы определить воздействие попыток изменения сексуальной ориентации. Почему? Нет никаких норм или точек на этих континуумах, по которым клиницисты могли бы установить заданную сексуальную ориентацию. Если исследователи расходятся во мнениях, где на континууме можно сказать, что клиент является «чистым геем» или «натуралом», как клиницистам узнать, помогают ли они клиентам сменить одну ориентацию на другую?

Гонсьерек и др. указывали, что основным средством установления сексуальной ориентации является самоотчет. Его группой было также указано, что «у этого метода нет каких-либо значимых ограничений» (Gonsoriek, et al, 1995, р. 44). Однако очевидно, что здесь встает проблема субъективного характера самоопределения. Разные люди будут определять для себя гомосексуальность по-разному. Некоторые определяют свою сексуальную ориентацию по поведению, некоторые по влечениям или фантазиям, а некоторые - по сочетанию этих факторов. Подводя итоги трудностей в определении сексуальной ориентации, Гонсьерек и др. заявили: «По причине столь значительных трудностей измерения, можно прийти к выводу, что существуют серьезные сомнения в валидности самого концепта сексуальной ориентации (с. 46).

Понимая потенциал для определения изменения в ориентации, Гонсьерек и др. замечают: «Возможно, самое драматичное ограничение современных представлений - это изменения во времени. В сущности нет лонгитюдных исследований по стабильности сексуальной ориентации в течение жизненного цикла взрослого человека» (с. 46). Но если нет исследований по

изменениям, то как профессиональные ассоциации могут быть уверены, что ориентация не может измениться? Таким образом, еще предстоит работать над определением понятия сексуальной ориентации. И консультанты безо всякой предвзятости должны говорить об этой неточности.

В отсутствие какого-либо точного метода определения сексуальной ориентации не должно быть никакого ограничения в оказании помощи тем, кто за ней обращается. Даже если кто-то заранее убежден, что ориентация не поддается изменению, как можно знать, когда установилась сексуальная ориентация индивида? В отсутствии более точного способа определения сексуальной ориентации, наверное, мы должны уделить значительное внимание на самоопределение клиентов. Тем, кто хочет измениться, нельзя с уверенностью говорить, что это невозможно, поскольку мы не можем сказать с уверенностью, что иного пути для них нет (и их ориентация жестко закреплена).

Изменение сексуальной ориентации действительно возможно

Если и можно на основании литературы вопроса прийти к какому-либо выводу, то только к тому, что изменение сексуальной ориентации действительно возможно. К примеру, в своем обзоре литературы по лесбиянкам, хотя бы раз вступившим в брак, Бриджес и Крото (Bridges and Croteau, 1994) выяснили, что 25-50% лесбиянок по различным отчетам состояли в гетеросексуальном браке. И хотя гетеросексуальный брак не может служить абсолютным критерием в сексуальной ориентации, выяснение причин таких браков предполагают некоторый инсайт по вопросу сексуальной идентичности женщин с течением времени. Киркпатрик (Kirkpatrick, 1988) сообщает, что часто эти женщины вступали в брак, потому что были влюблены в своих мужей. Исследуя причины перемен в сексуальной ориентации, Шарбонно и Лэндер (Charbonneau and Lander, 1991) нашли два общих объяснения. Представители одной группы чувствовали себя всегда лесбиянками и просто стали откровенны до конца. А другая группа рассматривала смену ориентации как «выбор среди различных сексуальных возможностей». Если консультанты не должны оказывать помощь клиентам в смене ориентации, то как, по мнению руководящего совета АСА, консультантам удовлетворять нужды тех женщин, которые хотят быть более уверенными в своем выборе лесби идентичности?

С точки зрения практики, я не могу быть уверен в том, что я успешно провел терапию по смене ориентации клиента, поскольку я не знаю, как в точности определить сексуальную ориентацию, и является ли это понятие вообще клинически валидным. Как бы то ни было, я консультировал клиентов, которые в начале процесса испытывали в основном влечение к лицам одного с ними пола, а сейчас утверждают, что сейчас в основном их привлекает противоположный пол. Боюсь, что резолюции, подобные принятым АСА и АРА, будут препятствовать получению таких результатов, которые весьма позитивно расцениваются испытывающими их клиентами.

Какие исследования выявляют успешность терапии?

Сторонники гей-аффирмативной модели, Мартин и Хальдеман (Martin, 1984, Haldeman, 1994) провели обзор исследований, которые, как утверждалось, показывали изменение сексуальной ориентации. Они пришли к выводу, что не существует эмпирических исследований, которые бы поддерживали идею о том, что конверсивная терапия может изменить сексуальную ориентацию. Однако они обошли вниманием некоторые важные отчеты, и не удостоили вниманием выводы многих исследований, которые показывали изменения.

Короче говоря, следует ответить на вопрос: Действительно ли конверсивная терапия помогает

изменить нежелательное сексуальное возбуждение? Я заявляю, что для того, чтобы выступить против конверсивной терапии, ее оппонентам нужно показать, что нет клиентов, которые бы получили улучшения от этих процедур или, что, даже если эта терапия и помогает, любые улучшения достигаются объективно слишком дорогой ценой. Доступные данные поддерживают наблюдения многих консультантов: множество людей с влечением к своему полу смогли измениться с помощью различных подходов к консультированию.

Психоаналитический подход

Начиная с Фрейда, сторонники психоанализа выдвигали многочисленные объяснения развитию сексуальной ориентации (Bieber, et al, 1963). Согласно Биберу, Фрейд предложил «континуум между природной заданностью и опытом» (с.3) как общее объяснение для генезиса гей или лесби ориентации. Таким образом, в определенных случаях сексуальная ориентация может быть обусловлена в основном генетически, а в других главным фактором должно быть признано воспитание. По поводу гомосексуальной ориентации Фрейд писал матери сына-гея: «Мы полагаем, что это является вариацией сексуального функционирования, которое произошло из-за определенной фиксации в развитии» (Freud quoted in Bieber, et al, 1962, p. 275). По Биберу, Фрейд считал, что фиксация в развитии происходит от возросшего страха кастрации. Мужчина гомосексуалист избегает женщин потому, что боится потерять свой мужской орган, либо потому, чтобы избежать бессознательных инцестуальных чувств к матери, которые провоцируют страх кастрации от отца. Находящийся в рамках этой парадигмы, Бибер интерпретировал свое исследование и клинические случаи развития гомосексуальности, указывая на «скрытый, но непреодолимый страх лиц другого пола» (Bieber, et al, 1962, p. 303).

Хотя Фрейд занял негативную позицию в отношении изменения сексуальной ориентации, значительное число психоаналитически ориентированных терапевтов, его последователей, включая его дочь Анну (Freud, 1951), предпринимали попытки терапии для того, чтобы изучить смену ориентации (напр., Bieber et al, 1962; Fairbairn, 1952; Mayerson & Lief, 1965; Ovesey & Woods, 1980; Poe, 1952; van den Aardweg, 1986; Socarides, 1978; Sullivan, 1953; Wallace, 1969).

К примеру, Бибер и др. (1962) пишут о психоанализе 106 геев. Из полностью гомосексуальных клиентов 19% закончили психоанализ полностью гетеросексуальными. Половина из тех, кто были признаны бисексуальными, после терапии была признана гетеросексуальными. Из всей выборки 106 человек, 27% клиентов признали наличие изменений к полной гетеросексуальности. Если принять во внимание, что одна треть людей не желали изменить свою ориентацию, процент изменений даже более впечатляющ.

Бибер и др. (1962) выяснили также, что 78% участников, ставших гетеросексуальными, желали реализовать обретенное качество. Однако шестеро из тех, кто стал гетеросексуальным, не высказывали желания измениться до самого процесса. Хотя мотивация к изменениям очень важна для этих попыток, люди могут изменить паттерны сексуального возбуждения, даже не ставя это в качестве главной цели терапии.

Хаттерер (1970) описал поддерживающий, в чем-то активный, психодинамический подход к терапии геев мужчин. Он предложил традиционное инвайронменталистское объяснение гомосексуальной ориентации, включая страх женщин и отделенность от мужской идентичности. Он предоставил клиническую информацию по 143 клиентам, оцененным по шкале сексуальной ориентации Кинси, которым впоследствии была оказана помощь. Из всей группы 49 (34%) были признаны достигшими гетеросексуальной ориентации, 18 - «частично восстановившимися» и 53% остались без изменений. По результатам можно прийти к выводу, что мотивация клиента и степень идентификации себя геем являются ключевыми факторами.

К примеру, только 4,6% тех, кто был оценен «полностью гомосексуальным», отмечали смену на гетеросексуальность. Большинство из этих мужчин не проявляли мотивации к изменениям. Среди 21 клиента, оцененных по Кинси на 4 и 5, изменения составили 57%. Каждый из этих клиентов был по крайней мере умеренно мотивирован к тому, чтобы реализовать гетеросексуальный результат.

Сохаридис (Socarides, 1979) писал, что в его практике 1966–1977 г. 20 из 45 (44%) геев, проходящих психоаналитическую терапию, достигли полноценной гетеросексуальности.

МакИнтош (MacIntosh, 1994) сообщает об опросе 285 психоаналитиков, которые обследовали 1215 клиентов, подвергшихся психоанализу (824 мужчины и 391 женщина). Респонденты исследования отмечали, что 23% их гей и лесби клиентов сменили ориентацию на гетеросексуальную. Также, аналитики сообщили, что 84% клиентов отмечают значительные позитивные результаты от терапии.

Недавно Николоси предложил систематический подход к смене сексуальной ориентации (Nicolosi 1991, 1995). В своем обзоре конверсивных терапий Хайделман (Haldeman, 1994) критикует теорию гомосексуального развития, предложенную Николоси, однако он не включил в свой обзор оценку положительных результатов, полученных Николоси и его коллегами.

В сочинениях Николоси детально и по различным направлениям прописаны предпосылки гомосексуального возбуждения и психоаналитический подход к работе с теми, кто борется с нежелательной гомосексуальной ориентацией. Николоси приводит многочисленные истории клиентов, которые от полностью гомосексуальной идентичности перешли к гетеросексуальной адаптации. Относительно функции гомосексуальной ориентации у мужчин, Николоси заявил, что «для многих мужчин гомосексуальный эротизм служит символическим восстановлением дефицита мужской силы» (с. 157). Поскольку у многих геев в детстве были феминизированные интересы и поведение, они обычно испытывали отвержение со стороны своих отцов и сверстников. Это отвержение ведет к тому, что Николоси назвал «защитным отделением» от отца (1991, с. 57). Это защитное отделение заставляет будущего гея отвергать мужественность своего отца, но в то же время стремиться к близким отношениям с сильным мужчиной.

Николоси и другие современные клиницисты-психоаналитики показали некоторый успех, помогая людям приобрести гетеросексуальное влечение. К примеру, Николоси, Берд и Поттс (Nicolosi, Byrd and Potts, 1998) сообщают о результатах национального обследования 882 клиентов, проходивших терапию по сексуальной реориентации. До начала терапии 318 человек из выборки оценивали себя как имевших влечение исключительно только к своему полу. После терапии, 18% из этих 318 оценили себя как полностью гетеросексуальных. 17% оценили себя как «почти полностью гетеросексуальных», а 12% рассматривали себя больше гетеросексуальными, чем геями или лесбиянками. Таким образом, 47% подгруппы, оценивавших себя на 6 по шкале Кинси, пришли к оценке менее 2 по Кинси. Из всех 882, после терапии только 13% остались полностью или почти полностью геями или лесбиянками.

Принимая во внимание упреки, якобы реориентационные терапии вредят личности, в исследовании также выяснялось психологическое и межличностное состояние клиентов до и после терапии. Респонденты исследования отмечали значительные улучшения в таких областях, как самопринятие, сила личности, самоуважение, эмоциональная стабильность, депрессия, и духовность (Nicolosi, Byrd, & Potts, 1998).

Итак, психоаналитический подход показывает уровень изменений в 19 до 44% клиентов. Уровень некоторого изменения, модификации сексуальной ориентации по некоторым отчетам

даже выше. Ни один из документов не зафиксировал негативного побочного эффекта этих попыток, и, безусловно, эти документы показывают положительные результаты для значительного числа участников, даже и для тех, кто не сменил ориентации. Клиенты, у которых до этого был какой-то гетеросексуальный опыт, больше мотивированы к изменению и, похоже, чаще отмечают изменение сексуальной ориентации.

Подходы бихевиоральной терапии

Есть множество отчетов по бихевиоральному вмешательству, которое повлекло изменение в сексуальном возбуждении. Хальдеман (Haldeman, 1994) в основном производил обзор по аверсивной терапии, хотя используются и различные другие бихевиоральные техники, такие как скрытая сенсбилизация, систематическая десенсибилизация, тренинг ассертивности и мультимодальные подходы.

Для того, чтобы объяснить сексуальное влечение и поведение, консультирующие бихевиористы в основном указывают на принципы обучения. Гей или лесби возбуждение установится с большей вероятностью тогда, когда такое поведение получает физическое или социальное подкрепление, а гетеросексуальное поведение сопровождается негативными событиями, как, например, наказанием или унижением. Цепочка событий, подкрепляющих одну модель сексуальной ориентации и являющаяся аверсивной для другой, скорее всего, приведет к поведению, основанному на ориентации, получившей подкрепление (Greenspoon & Lamal, 1987).

Аверсивные терапии, начиная с Макса (Max, 1935), являлись ранними бихевиоральными попытками изменить сексуальную ориентацию. К примеру, Фельдман, МакКулох и Орфорд (Feldman, MacCulloch and Orford, 1971) сообщают последующие результаты исследования 1963-65 гг. по клиентам, желающим изменить сексуальную ориентацию. Индикаторами изменений были прекращение гомосексуального поведения, только случайные гомосексуальные фантазии или влечение, и сильные гетеросексуальные фантазии и влечение. По этим индикаторам исследователи сообщили, что изменили свои предпочтения 29% тех, кто до этого не имел гетеросексуального опыта, из тех, у кого был до этого гетеросексуальный опыт, изменились 78%, что дает порядка 65% по всей группе. Банкрофт, Форпе, Шмидт, Браун и Кастелл, Ларсон (Bancroft, 1974, Thorpe, Schmidt, Brown and Castell, 1964 and Larson, 1970) также отмечали успех процесса переориентирования с использованием различных видов аверсивного обусловливания.

Каллахан, Кедрик и МакКулох, Мандель, Сегал и Симс (Callahan, 1976, Kedrick and McCullough, 1972, Mandel, 1970 and Segal and Sims, 1972) описывают положительные результаты терапии с использованием скрытой сенсбилизации. Например, Кэллахан (Callahan, 1976) описывает использование скрытой сенсбилизации и тренинга ассертивности применительно к 25-летнему мужчине, который пережил сексуальное насилие уже в возрасте 6 лет со стороны своего дяди. У клиента было несколько опытов с партнерами своего пола в средней школе. Он указал на трех девочек в старших классах, но к ним у него не было особого влечения. Каллахан сказал своему клиенту, что гомосексуальному возбуждению научаются, и «потому оно может быть либо изменено, либо воспринято как естественное и нормальное для человека» (с. 235). Клиент воспринял это объяснение как поддержку своему решению заменить гомосексуальное возбуждение на гетеросексуальное. Затем клиент прошел релаксационный тренинг, проработал сцены возбуждения. Скрытая сенсбилизация является техникой, при которой в пару с негативным образом воображения ставятся сексуальные гей фантазии (Callahan, 1976). После интенсивной фазы такой терапии клиент «отмечал спонтанное сексуальное возбуждение при виде незнакомых женщин» (Callahan, 1976, p. 242). После четырех с половиной лет постконсультационной поддержки клиент женился и сообщал, что у него

хорошо закрепились отсутствие сексуального возбуждения от субъектов своего пола.

Были исследованы неаверсивные классические техники обусловливания с использованием сексуально возбуждающих материалов. Например, МакКрейди сообщил о успешной терапии 27-летнего гея, у которого были случайные гомосексуальные опыты с 16 лет. Однако, «когда он начал терапию, по моральным и практическим причинам он был сильно мотивирован к увеличению гетеросексуального поведения и уменьшению гомосексуального (McCrary, 1973, p. 257). МакКрейди показывал клиенту образ обнаженной девушки, который потом переменялся путем слияния на обнаженный мужской образ. Во время терапии клиент сообщал об установлении гетеросексуальных фантазий. После пятой сессии клиент начал говорить о себе: «Когда я был гомосексуалистом...» (с. 260). Барлоу и Аграс (Barlow and Agras, 1973) сообщали о похожих техниках, однако в их процедуре изображения обнаженных мужчин менялись на женские. Эти исследователи сообщают о физиологических измерениях измененного возбуждения, которое возросло в гетеросексуальном направлении по окончании у всех трех субъектов их исследования.

Систематическую десенсибилизацию начали применять для того, чтобы помочь изменить сексуальную ориентацию (Bergin, 1969; Huff, 1970; Kraft, 1967; James, 1978; Philips, Fischer, Groves & Singh, 1976; Ramsey & van Velzen, 1968). Например, Филипс и др. (1976) пишут о мужчине-гее 31 года, который обратился за сексуальной переориентацией. Авторы замечают, что «гей мир терял свою привлекательность» для клиента (с. 226). Клиент испытывал тревогу относительно гетеросексуальных физических контактов, и прошел через представление 2 иерархий десенсибилизации. После этого он смог сам начать гетеросексуальный контакт и за 18 месяцев посттерапевтического наблюдения сообщал о полном отсутствии гомосексуальной активности.

Многие поведенческие консультанты отстаивают право использования различных бихевиоральных техник для достижения сексуальной переориентации (Barlow, 1973; Barlow & Durand, 1995; Bergin, 1969; Blitch & Haynes, 1972; Freeman & Mayer, 1975; Gray, 1970; Greenspoon & Lamal, 1987; Hanson & Adesso, 1972; Marquis, 1970; Rehm & Rosensky, 1974; Stevenson & Wolpe, 1960; Tarlow, 1989; Wilson & Davidson, 1974). К примеру, Стивенсон и Вольпе (1960) описывают использование переобучения и тренинга ассертивности в успешном переориентировании двух геев. В первом случае авторы описывают 22-летнего гея, чей сексуальный опыт с представителями своего пола начался в 14 лет. Клиент начал считать себя полностью гомосексуальным и рассматривал консультирование как последнюю возможность изменить это заключение. Консультант высказал предположение юноше, что тот «преждевременно причисляет себя к группе полных постоянных гомосексуалистов» и что гомосексуальная активность молодого человека « в основном была продиктована желанием дружить с другими мужчинами» (с. 738). После 10 сессий поддержки через репетицию поведения клиент решился на брак. Этот молодой человек отмечал закрепление гетеросексуальности в течение 3 лет посттерапевтического наблюдения.

Подводя краткий итог, следует отметить, что бихевиоральные подходы значительно продвинулись вперед от по преимуществу аверсивных подходов к использованию сложных мультимодальных подходов. В целом, случаи, описанные в литературе по поведенческому консультированию, поддерживают эффективность попыток изменения сексуальной ориентации. Мультимодальные техники пытаются погасить влечение к своему полу и затем предложить разнообразие техник поведенческого и поддерживающего консультирования для того, чтобы усилить гетеросексуальное реагирование. Как отмечает Крафт (Kraft, 1970), техники десенсибилизации предпочтительнее аверсивных, поскольку они направлены на установление гетеросексуальной активности, тогда как аверсивные техники только элиминируют гомосексуальное влечение. Greenspoon & Lamal (1987) предположили, что

эффект офисных программ обусловливания может быть сведен на нет при отсутствии усиления гетеросексуального функционирования. Они делают акцент на том, что развитие социальных навыков необходимо в гетеросексуальных ситуациях – через ролевые игры, домашние задания и поддерживающее консультирование.

Подходы когнитивной терапии

В 1959 г. Эллис описал терапию гея, который был «одним из первых клиентов, которого консультировали с помощью нового терапевтического подхода, разработанного терапевтом после многих лет работы в рамках ортодоксального психоанализа и психоаналитически ориентированной психотерапии (с. 339). Эллис затем описал свою рациональную терапию, позднее получившую название рационально-эмотивной поведенческой терапии (РЭПТ). У клиента никогда не было гетеросексуального опыта, и он очень боялся быть отвергнутым. Эллис не пытался избавить клиента от гомосексуальных чувств; он пишет, что, скорее, цель терапии заключалась в том, чтобы помочь клиенту «преодолеть иррациональные блоки против гетеросексуальности» (с. 339). Эллис сообщает, что на двенадцатой неделе рациональной терапии клиент «изменился от стопроцентного фиксированного гомосексуала до буквально стопроцентного гетеросексуала (Ellis, 1959, p. 342).

Хотя он не дал точного уровня изменений, он утверждал о своем новом подходе в 1965 г.: «я консультировал в своей частной практике в Нью-Йорке множество гомосексуальных клиентов за последние 10 лет, и убедился, что рациональный терапевтический подход гораздо эффективнее... чем был мой прежний психоаналитический подход к терапии (Ellis, 1965, p.109).

Хотя Эллис и не верит больше в то, что ориентация на собственный пол является знаком присущего эмоционального нарушения, в 1992 г. он писал, что люди свободны (могут) «попробовать на некоторое время определенный сексуальный образ жизни, например, гомосексуальный, а затем решить практически оставить его (отказаться от него) ради другого образа, например, гетеросексуального» (Ellis, 1992, p. 34). Самый свежий показатель убежденности Эллиса, что возможности выбора клиента не должны ограничиваться, было его членство в Комитете озабоченных психологов (Committee of Concerned Psychologists) (CCP, 1995). Когда АРА впервые рассматривала резолюцию, не поощряющую использование конверсивных терапий в 1995, и ad hoc группа психологов выразила протест против этого предложения, Эллис был одним из 40 психологов, подписавших письмо, которое убеждало отвергнуть предложение и клеймило его как «беззаконное, неэтичное, ненаучное и тоталитарное» (CCP, 1995, p. 4).

Подходы групповой терапии

Роджер, Робак, МакКи и Калхун (Rogers, Roback, McKee & Calhoun, 1976) провели обзор литературы по групповой психотерапии на предмет различных терапевтических результатов. Они определили, что «Гомосексуалисты могут успешно излечиваться в групповой терапии, вне зависимости от того, является ли главной целью терапии изменение сексуального паттерна приспособления, или редукция сопутствующих проблем» (Rogers et al., 1976, p. 24).

Бирк (Birk, 1980) сообщает, наверное, о самом высоком уровне успешности среди всех терапевтов. Комбинируя групповую поведенческую и индивидуальную психотерапии, Бирк сообщает, что 100% полностью гомосексуальных геев в начале терапии с желанием изменить сексуальное возбуждение смогли достичь гетеросексуальной адаптации. Другой критерий для этой подгруппы клиентов в том, что они оставались в группе на протяжении двух с половиной лет, либо достигли своих целей раньше указанного срока. Бирк сообщает, что из 14 клиентов,

которые изменились, после терапии удачно женились 10 (71%). Вопреки предположение Хальдемана, что люди из группы Бирка могли иметь «предшествующие гетерозотические тенденции» (Haldeman, 1994, p. 223), одним из критериев для включения в этот анализ было то, что эти клиенты были полностью геями и не вступали в гетеросексуальные связи (Birk, 1980). Бирк указывал на мотивацию перед терапией как на главный ключ для понимания результатов. Из клиентов, не выражавших какой-либо заинтересованности в изменении сексуальной ориентации перед терапией, 4 из 15 (27%) сообщали о сдвиге в сексуальной адаптации.

Религиозно ориентированный подход

Принадлежность к религии часто мотивирует клиентов геев и лесбиянок искать сдвига в сексуальном возбуждении (Wolpe, 1973). Некоторые клиенты изменились благодаря вмешательствам, основанным на религии. Pattison & Pattison (1980) представили описание случаев 11 белых мужчин, которые сообщали, что изменили ориентацию через участие в церковном сообществе. Члены группы идентифицировали себя геями в среднем с 11 лет. Девять до изменения имели оценку 6 по методике Кинси, оставшиеся члены – 4 и 5. После религиозного участия пятеро оценили себя на 0, трое – на 1 и двое на 2.

Многие отчеты об изменениях являются свидетельствами, подготовленными группами служения для экс-геев. К примеру, Пресвитерианская Церковь в США поддерживает OnebyOne, «Служение, которое учит и готовит сонгрегации Пресвитерианской Церкви в США для миссии тем, кто находится в конфликте с собственной сексуальностью» (OnebyOne, nd, p. 1). В своем буклете *Touched by His Grace* семеро бывших геев и четыре бывших лесбиянки описывают свой опыт приобретения гетеросексуальной адаптации и духовной свободы (OnebyOne, nd). Exodus International и Transformation Ministries также являются известными служениями поддержки для экс-геев.

Как указывает Хальдеман (1994), правда, что некоторые экс-геи стали экс-экс-геями. Однако нельзя преуменьшать значения историй и исследовательских отчетов тех, кто считает себя бывшим гомосексуалистом. Ясно, что есть люди, которые изменили свою сексуальную ориентацию как аспект следования своим религиозным взглядам (Davies & Rentzel, 1994; Saia, 1988).

Хотя вопрос, каковы оптимальные методы по достижению сексуальной реориентации, продолжает оставаться дискуссионным, вышеприведенные отчеты показывают, что изменение сексуальной ориентации возможно для некоторых клиентов. Предлагая разные техники, консультативные подходы, похоже, согласны в том, что необходимыми задачами для консультирования являются:

1. повышение асертивности,
2. работа с приобретенным в процессе обучения страхом взаимоотношений с лицами противоположного пола,
3. развитие гетеросексуальных социальных навыков.

Каждый подход также подчеркивает роль мотивации и социальной поддержки для закрепления изменений.

Непостоянные уровни изменения могут быть связаны, скорее, с относительной недостаточностью систематических исследований в этой области, а не с предполагаемой неспособностью людей изменить сексуальную ориентацию. Будущие исследования и

клиническое изучение может помочь специалистам в области психического здоровья осуществлять более целенаправленные усилия для тех, кто хочет достичь изменений.

Мы пропускаем часть, посвященную обсуждению этичности конверсивной терапии, поскольку полемика касается в основном Кода этики Американской Психологической Ассоциации. Автор подробно показывает, что использование конверсивной терапии не противоречит этому коду, и указывает на то, что неэтично стеснять свободу клиента, если он хочет измениться, и тем более неэтично пытаться навязать ему свои убеждения (что особенно характерно в случае работы гей-аффирмативных терапевтов с религиозными клиентами). (прим. Пер.).

Этот обзор преследовал цель показать, что терапевтические усилия помочь клиентам изменить паттерны сексуального возбуждения были успешны, и должны быть доступны для клиентов, желающих такой помощи. Я убежден, что доступная литература не оставляет никаких сомнений, что некоторая степень изменения возможна для некоторых клиентов, желающих того достичь.

Литература по терапевтической помощи по нежелаемому возбуждению от лиц своего пола неожиданно почти полностью прекратилась в начале 70х, но клиенты, желающие измениться, не перестали обращаться за консультированием. Я лично имею опыт с клиентами, которые хотели получить помощь в изменении паттерна сексуального возбуждения, и на основании их отчетов я верю, что такое изменение возможно.

Как указано выше, концепция сексуальной ориентации обладает ограниченной полезностью для клиники. Поскольку определение сексуальной ориентации является чем-то спорным, я смею утверждать, что не подобает говорить клиенту, что ориентация не может быть сменена или модифицирована. Белл и Вайнберг (Bell and Weinberg, 1978) в их большом исследовании гомосексуализма в районе Сан Франциско, определяли как гомосексуалиста любого, чьи оценки по Кинси были 4 и выше. В цитированной выше литературе уровень смены ориентации для лиц с оценкой 4-5 были в районе 57-78% (Feldman, MacCulloch, & Orford, 1971; Hatterer, 1980; Mayerson & Lief, 1965). Таким образом, определенные по методике исследования Белла и Вайнберга, впечатляющее большинство клиентов были способны изменить сексуальную ориентацию. От того, как узко определять сексуальную ориентацию, если ее можно вообще определить, зависит, можно ли говорить что сексуальная ориентация была изменена.

Что же делать специалистам в области психического здоровья, сталкивающимися с клиентами, обращающимися за сексуальной переориентацией? Я предлагаю руководствоваться следующими принципами.

1. Ни гей-аффирмативная, ни конверсивная терапии не должны рассматриваться в качестве предпочтительных. В общем случае, гей-аффирмативная терапия или переадресация к терапевту этого профиля должны предлагаться тем клиентам, которые хотят быть более удовлетворены своей гомосексуальной ориентацией. Конверсивная терапия или направление к специалисту должны предлагаться тем клиентам, которые решили изменить или преодолеть гомосексуальные паттерны сексуального возбуждения. Должна быть проведена оценка для того, чтобы прояснить силу и упорство желаний клиента.

2. Для тех клиентов, которые находятся в стрессовом состоянии по поводу своей ориентации и не решились относительно переориентации, специалисты не должны говорить, какой подход является лучшим. Они должны проинформировать клиентов о том, что многие специалисты считают, что ориентация не может быть изменена, в то время как другие считают наоборот.

Клиенты должны быть информированы о том, что некоторые специалисты в области психического здоровья и исследователи оспаривают концепцию неизменяемой сексуальной ориентации. Консультанты должны объяснить, что не все клиенты, участвующие в гей-аффирмативной терапии, находят удовлетворение в гей-приспособлении, равно как и не все клиенты, которые ищут сексуальной переориентации, оказываются успешными. Когда клиенты не могут решить, какому терапевтическому курсу последовать, консультанты могут предложить клиенту выбрать терапию, соответствующую их ценностям, личным убеждениям и/или религиозным убеждениям (Nikolosi et al., 1998).

3. Поскольку религия является одним из атрибутов клиента, которые консультанты по этическим причинам обязаны уважать, консультанты должны подходить с большой осторожностью в советах клиентам, неудовлетворенным гомосексуальной ориентацией из-за религиозных убеждений. Чтобы помочь таким клиентам, консультанты должны провести экспертизу по методам сексуальной переориентации, или подготовить подходящие адреса помощи.

И, наконец, консультанты в области психического здоровья обязаны уважать достоинство и желания всех клиентов. АСА и другие ассоциации по психическому здоровью не должны пытаться ограничить выбор геев и лесбиянок, желающих измениться.

References

1. American Counseling Association. (1995). ACA code of ethics and standards of practice. Alexandria, VA: Author.
2. American Counseling Association. (1998, March). On appropriate counseling responses to sexual orientation. Adopted by the American Counseling Association Governing Council, March 27, 1998.
3. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition. Washington, DC: Author.
4. American Psychological Association. (1997, August). Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. Adopted by the American Psychological Association Council of Representatives, August 14, 1997.
5. Bancroft, J. (1974). Deviant sexual behavior. Oxford: Clarendon Press.
6. Barlow, D. (1973). Increasing heterosexual responsiveness in the treatment of sexual deviation: A review of the clinical and experimental evidence. *Behavior Therapy*, 4, 655-671.
7. Barlow, D. & Agras, W.S. (1973). Fading to increase heterosexual responsiveness in homosexuals. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 355-366.
8. Barlow, D., & Durand, V.M. (1995). *Abnormal psychology: An integrative approach*. New York: Brooks/Cole Publishing Company.
9. Barret, R. & Barzan, R. (1996). Spiritual experiences of gay men and lesbians. *Counseling and Values*, 41, 4-15.
10. Bell, A.P., & Weinberg, M.S. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. New York: Simon & Schuster.
11. Bergin, A.E. (1969). A self-regulation technique for impulse control disorders. *Psychotherapy*:

Theory, Research and Practice, 6, 113-118.

12. Bieber, I., Dain, H.J., Dince, P.R., Drellich, M.G., Grand, H.G., Gundlach, R.H., Kremer, M.W., Rifkin, A.H., Wilbur, C.B., & Bieber, T.B. (1962). *Homosexuality*. New York: Basic Books, Inc.
13. Birk, L. (1980). The myth of classical homosexuality: Views of a behavioral psychotherapist. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual Behavior* (pp. 376-390). New York: Basic Books.
14. Blich, J., & Haynes, S. (1972). Multiple behavioral techniques in a case of female homosexuality. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 319-322.
15. Bridges, K.L. & Croteau, J.M. (1994). Once-married lesbians: Facilitating changing life patterns. *Journal of Counseling and Development*, 73, 134-140.
16. Callahan, E. J. (1976). Covert sensitization for homosexuality. In J. Krumboltz, Carl Thoresen (Ed.), *Counseling methods* (pp. 234-245). New York: Holt, Rinehart and Winston.
17. Cautela, J.R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459-468.
18. Charbonneau, C. & Lander, P.S. (1991). Redefining sexuality: Women becoming lesbian in midlife. In B.Sang, J. Warshaw & A.J. Smith (Eds.), *Lesbians at midlife: The creative transition* (pp. 35-43). San Fransisco, CA: Spinsters Book Company.
19. Colson, C. (1972). Olfactory aversion therapy for homosexual behavior. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*. 3, 185-187.
20. Committee of Concerned Psychologists. (1995). Letter to the American Psychological Association Council of Representatives. Quoted in *Narth Bulletin*, 3(2), 4-5.
21. Davies, B., & Rentzel, L. (1994). *Coming out of homosexuality*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
22. Davison, G.C. (1976). Homosexuality: The ethical challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 157-162.
23. Ellis, A. (1959). A homosexual treated with rational psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 15, 338-343.
24. Ellis, A. (1965). *Homosexuality: Its causes and cure*. New York: Lyle Stuart, Inc.
25. Ellis, A. (1992, September/October). Are gays and lesbians emotionally disturbed? *The Humanist*, pp. 33-35.
26. Evans, D.R. (1968). Masturbatory fantasy and sexual deviation. *Behavior Research and Therapy*, 6, 17-19.
27. Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
28. Feldman, M.P., & MacCulloch, M.J. (1965). The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality: I, Theory, techniques and preliminary results. *Behavior Research and Therapy*, 3, 165-183.
29. Feldman, M.P., & MacCulloch, M.J. (1971). *Homosexual behaviour: Therapy and assessment*.

New York: Pergamon Press.

30. Feldman, M.P., MacCulloch, M.J. & Orford, J.F. (1971). Conclusions and speculations. In M.P. Feldman & M.J. MacCulloch, *Homosexual behaviour: Therapy and assessment* (pp. 156-188), New York: Pergamon Press.
31. Freeman, W., & Meyer, R.G. (1975). A behavioral alteration of sexual preferences in the human male. *Behavior Therapy*, 6, 206-212.
32. Freud, A. (1951). Clinical observations on the treatment of manifest male homosexuality. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 237-238.
33. Garnets, L., Hancock, K., Cochran, S., Goodchilds, J., & Peplau, L. (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. *American Psychologist*, 46, 964-972.
34. Gerst, R. (1998, May). Letter to the editor. *Counseling Today*, 4.
35. Gold, S. & Neufeld, I.L. (1965). A learning approach to the treatment of homosexuality. *Behavior Research and Therapy*, 2, 201-204.
36. Gonsorick, J.C., Sell, R.L. & Weinrich, J.D. (1995). Definition and measurement of sexual orientation. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25(Supplement), 40-51.
37. Gray, J. (1970). Case conference: Behavior therapy in a patient with homosexual fantasies and heterosexual anxiety. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 1, 225-232.
38. Greenspoon, J. & Lamal, P. (1987). A behavioristic approach. In L. Diamant (Ed.), *Male and female homosexuality: psychological approaches*. (pp. 109-127). New York: Hemisphere Publishing Corp.
39. Haldeman, D. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), 221-227.
40. Hanson, R., & Adesso, V. (1972). A multiple behavioral approach to male homosexual behavior: A case study. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 323-325.
41. Hatterer, L. (1970). *Changing homosexuality in the male*. New York: McGraw-Hill Book Co.
42. House, R.M. & Miller, J.L. (1997). Counseling gay, lesbian and bisexual clients. In D. Capuzzi & D. Gross, (Eds). *Introduction to the counseling profession* (2nd ed.) (pp. 397-432). Boston, MA: Allen & Bacon
43. Huff, F. (1970). The desensitization of a homosexual. *Behavioral Research Therapy*, 8, 99-102.
44. James, S. (1978). Treatment of homosexuality II. Superiority of desensitization/arousal as compared with anticipatory avoidance conditioning: Results of a controlled trial. *Behavior Therapy*, 9, 28-36.
45. Kendrick, S., & McCullough, J. (1972). Sequential phases of covert reinforcement and covert sensitization in the treatment of homosexuality. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 229-231.
46. Kinsey, A., Pomeroy, W.B., & Martin, C. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders Co.

47. Kirkpatrick, M. (1988). Clinical implications of lesbian mother studies. In E. Coleman (Ed.), *Integrated identity for gay men and lesbians: Psychotherapeutic approaches for emotional well-being* (pp. 201-211). New York: Harrington Park Press.
48. Kirkpatrick, M., & Morgan, C. (1980). Psychodynamic psychotherapy of female homosexuality. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior* (pp. 357-375). New York: Basic Books, Inc.
49. Kraft, T. (1970). Systematic desensitization in the treatment of homosexuality. *Behavior Research and Therapy*, 8, 319.
50. Larson, D. (1970). An adaptation of the Feldman and MacCulloch approach to treatment of homosexuality by the application of anticipatory avoidance learning. *Behavioral Research & Therapy*, 8, 209-210.
51. Lee, C. (1998, May). Promoting a healthy dialogue. *Counseling Today*, 5.
52. McConaghy, N. (1976). Is a homosexual orientation irreversible? *British journal of Psychiatry*, 129, 556-563.
53. McConaghy, N., Armstrong, M.S., & Blaszczynski, A. (1981). Controlled comparison of aversive therapy and covert sensitization in compulsive homosexuality. *Behavior Research and Therapy*, 19, 425-434.
54. McCrady, R. (1973). A forward-fading technique for increasing heterosexual responsiveness in male homosexuals. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 4, 257-261.
55. MacIntosh, H. (1992). Attitudes and experiences of psychoanalysts in analyzing homosexual patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 1183-1206.
56. Mandel, K. (1970). Preliminary report of a new aversion therapy for male homosexuals. *Behavioral Research & Therapy*, 8, 93-95.
57. Marquis, J. (1970). Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 1, 263- 271.
58. Martin, A.D. (1984). The emperor's new clothes: Modern attempts to change sexual orientation. In E.S. Hetrick & T.S. Stein, (Eds.). *Psychotherapy with homosexuals*. (pp. 24-57). Washington,DC: American Psychiatric Association.
59. Mayerson, P. & Lief, H.I. (1965). Psychotherapy of homosexuals: A follow-up study of nineteen cases. In Marmor, J. (Ed.). *Sexual inversion*. (pp. 302-344), New York: Basic Books, Inc.
60. Max, L.W. (1935) Breaking up a homosexual fixation by the conditioned reaction technique: A case study. *Psychological Bulletin*, 32, 734.
61. Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
62. Nicolosi, J. (1993). *Healing homosexuality*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
63. Nicolosi, J., Byrd, A.D., & Potts, R.W. (1998). *Towards the ethical and effective treatment of homosexuality*. Unpublished manuscript.
64. One by One. (nd). *Touched by His grace*. Rochester, NY: Author.

65. Ovesey, L. & Woods, S. (1980). Pseudohomosexuality and homosexuality in men. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior* (pp.325-341). New York: Basic Books, Inc.
66. Pattison, E.M., & Pattison, M.L. (1980). "Ex-gays": Religiously mediated change in homosexuals. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1553-1562.
67. Phillips, D., Fischer, S.C., Groves, G.A., & Singh, R. (1976). Alternative behavioral approaches to the treatment of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 223-228.
68. Poe, J.S. (1952). Successful treatment of a 45-year-old passive homosexual based upon an adaptational view of homosexual behavior. *Psychoanalytic Review*, 39, 23-36.
69. Ramsey, R.W. & Van Velzen, V. (1968). Behavior therapy for sexual perversions. *Behavior Research and Therapy*, 6, 233.
70. Rehm, L., & Rozensky, R. (1974). Multiple behavior therapy techniques with a homosexual client: A case study. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry.*, 5, 53-57.
71. Rogers, C., Roback, H., McKee, E., & Calhoun, D. (1976). Group psychotherapy with homosexuals: A review. *International Journal of Group Psychotherapy*, 26, 3-27.
72. Rubinstein, G. (1995). The decision to remove homosexuality from the DSM: Twenty years later. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 416-427.
73. Saia, M.R. (1988). *Counseling the homosexual*. Minneapolis, MN: Bethany House Publishers.
74. Segal, B. & Sims, J. (1972). Covert sensitization with a homosexual: A controlled replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 259-263.
75. Sleek, S. (1997, October). Resolution raises concerns about conversion therapy. *Monitor*, 16.
76. Smith, J. (1980). Ego-dystonic homosexuality. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 119-127.
77. Socarides, C. (1979). The psychoanalytic theory of homosexuality: With special reference to therapy. In I. Rosen (Ed.), *Sexual deviation* (2nd ed.) (pp. 243-277). New York: Oxford University Press.
78. Solyom, L. & Miller, S. (1965). A differential conditioning procedure as the initial phase of the behavior therapy of homosexuality. *Behavior Research and Therapy*, 3, 147-160.
79. Stevenson, I., & Wolpe, J. (1960). Recovery from sexual deviations through overcoming non-sexual neurotic responses. *American Journal of Psychiatry*, 116, 737-742.
80. Sullivan, H. (1953). *Conceptions of modern psychiatry* (2nd ed.). New York: W.W. Norton & Co., Inc.
81. Tarlow, G. (1989). *Clinical handbook of behavior therapy: Adult psychological disorders*. MA: Brookline Books, Inc.
82. Thorpe, J.G., Schmidt, P.T., Brown, P.T., & Castell, D. (1964). Aversion relief therapy: A new method for general application. *Behavior Research and Therapy*, 2, 71-82.
83. van den Aardweg, G. (1986). *On the origins and treatment of homosexuality: A psychoanalytic reinterpretation*. Westport, CT: Praeger.

84. Wallace, L. (1969). Psychotherapy of the male homosexual. *Psychoanalytic Review*, 56, 346-364.
85. Wilson, G. & Davison, G.C. (1974). Behavior therapy and homosexuality: A critical perspective. *Behavior Therapy*, 5, 16-29.
86. Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press, Inc.