

Terapia identității sexuale:

Recomendări practice pentru soluționarea conflictelor de identitate sexuală

Dr. Warren Throckmorton

Grove City College

Dr. Mark A. Yarhouse, Psiholog

Regent University

Prefață

Conflictele care implică identitatea sexuală și cea religioasă sunt printre cele mai dificile conflicte cu care se confruntă oamenii din ziua de astăzi, ele prezentând importante aspecte clinice, etice și conceptuale pentru specialiștii în sănătate mintală. Normele din această lucrare sunt destinate celor care lucrează cu clienți ce au parte de asemenea conflicte și care doresc un sprijin terapeutic în scopul soluționării lor. Aceste recomandări oferă un suport conceptual și empiric pentru intervențiile clinice care urmăresc acele rezultate asupra identității sexuale, care să respecte valorile personale, credințele religioase și sentimentele sexuale ale clientului. Vom prezenta patru etape ale terapiei privind identitatea sexuală, care includ evaluarea, consimțământul informat avansat, psihoterapia și sinteza identității sexuale. Normele prezentate sunt în favoarea soluționării conflictelor de identitate într-o manieră care păstrează autonomia clientului și dedicarea profesională pentru diversitate.

Terapia identității sexuale:

Recomandări practice pentru soluționarea conflictelor de identitate sexuală

Deși unii homosexuali, lesbiene și bisexuali au parte de puține conflicte (uneori chiar deloc) în ceea ce privește identitatea lor religioasă, alții resimt un anumit disconfort legat de conflictul dintre credința religioasă și atracția sexuală față de persoane de același sex (Beckstead & Morrow, 2004; Haldeman, 2004; Yarhouse & Tan, 2004). Persoanele care se confruntă cu astfel de conflicte au parte deseori de o serie de probleme ca rezultat al incapacității de a rezolva ceea ce ei consideră a fi diferențe ireconciliabile între credința lor religioasă și sentimentele sexuale (Schuck & Liddle, 2001; Throckmorton, 2002; Yarhouse, 2005). Persoanele care apelează la specialiști pentru ajutor constată deseori că și specialiștii înșiși au probleme privind cea mai bună cale de a-i ajuta.

Recent, s-a lansat un apel către specialiști pentru realizarea și identificarea unei serii de opțiuni terapeutice pentru clienții care se confruntă cu conflicte legate de identitatea religioasă și cea sexuală. De exemplu, Haldeman (2004), discutând despre aceste conflicte potențiale, a afirmat că „este nevoie de o gamă mai amplă de modele de tratament, bazate pe cercetări mai extensive” (pag. 714). La fel, Beckstead și Morrow (2004) au arătat că trebuie concepute metode de lucru care să nu-i polarizeze pe clienți și comunitatea specialiștilor în tabere pro și anti-homosexualitate.

Haldeman (2004) și Beckstead și Morrow (2004) sugerează că psihologia trebuie să depolarizeze dezbaterile asupra religiei și orientării homosexuale. Clienții care aderă la o anumită credință nu pot primi nici un ajutor de la acei specialiști în psihologie care le ignoră credința, la fel cum cei care au realizat un anumit consens între credința lor și orientarea lor homosexuală uneori nu pot primi ajutor de la un specialist care le marginalizează identitatea homosexuală (Haldeman, 2002; 2004). Datele arată că terapeuții care nu respectă rezultatele asupra identității - rezultate bazate pe credință - sunt în general considerați de către clienți ca fiind nu foarte de ajutor (Throckmorton & Welton, 2005), în timp ce terapeuții care le sugerează clienților o terapie de conversie sunt, la fel, considerați ca fiind de puțin ajutor (Liddle, 1996).

Unii cercetători și specialiști și-au exprimat rezerve în ceea ce privește intervenția terapeutică altfel decât în sensul concilierii atracțiilor homosexuale (acceptării lor) (Gonsiorek, 2004; Worthington, 2004; Tozer & McClannahan, 1999). Îngrijorarea că unii clienți ar putea fi afectați de aceste terapii i-au făcut pe unii să propună interzicerea terapiilor de conversie, menite a schimba sexualitatea unui client, chiar dacă clientul chiar dorește să scape de atracții homosexuale (Gonsiorek, 2004). Unii clienți au raportat rezultate negative în urma unor activități derulate ca terapie de reorientare către heterosexuality (Shidlo & Schroeder, 2004). Totuși, alții au raportat îmbunătățiri în urma eforturilor de a soluționa conflictele legate de identitatea sexuală și cea religioasă, în favoarea identității religioase (Spitzer, 2003; Throckmorton & Welton, 2005).

Este nevoie de metode sau mijloace de ajutorare a clienților și terapeuților aflați în fața unor asemenea conflicte. În consecință, prezentăm anumite norme pentru acei terapeuți care oferă terapie pentru identitatea sexuală, și consiliere pentru clienții care au parte de un anumit

disconfort legat de credința lor religioasă. Credem că aceste recomandări răspund preocupărilor cercetătorilor și psihoterapeuților dintr-o varietate de perspective.

Înainte de a prezenta aceste recomandări, vom lămuri mai întâi ceea ce *nu* sunt ele. Ele nu sunt protocoale pentru terapia pentru reorientare, mascate. Deși unii cercetători (de ex., Spitzer, 2003) a încercat să analizeze schimbările orientării sexuale, s-au formulat numeroase critici la adresa auto-evaluării clientului ca mijloc de evaluare a acestei schimbări. În prezent, nu există nici un mijloc de evaluare a schimbării orientării sexuale care să se bucure de o acceptare generală. Este necesar acest consens asupra evaluării și măsurării precise a orientării sexuale, în scopul testării empirice a terapiilor menite să schimbe orientarea sexuală. În prezent, un asemenea consens nu există (Kinnish, Strassberg și Turner, 2005).

Metodele actuale de evaluare ne permit să-i întrebăm pe clienți despre percepția lor asupra identității sexuale, în timpul psihoterapiei. Mai mult, dispunem de instrumente care evaluează starea generală a clientului, alături de sănătatea lui mintală și de mulțumirea față de felul în care decurge terapia. Unii clienți consideră că a avut loc o schimbare a orientării lor sexuale, în timp ce alții consideră că schimbarea este mică sau lipsește complet. Aceste modificări de percepție pot fi examinate, dar nu considerăm aceste schimbări ca fiind un determinant al succesului sau eșecului terapiei identității sexuale. În schimb, satisfacția clientului și îmbunătățirea condiției psihice sunt evaluate mai eficient. În orice caz, considerăm că sunt necesare niște norme generale pentru terapia cu clienții care se confruntă cu conflicte generate de identitatea sexuală, indiferent care este credința lor în privința orientării sexuale și dacă aceasta se poate schimba.

Relevant pentru aceste recomandări, anumite organizații de profil au emis diferite declarații de apreciere a diversității sexuale și a diversității religioase. De pildă, Asociația Americană de Psihologie a emis recomandări pentru psihoterapia cu clienții homosexuali (APA, 2000). Primele două recomandări afirmă:

Recomandarea 1. Psihologii înțeleg că homosexualitatea și bisexualitatea nu sunt un semn al unei boli psihice.

Recomandarea 2. Psihologii sunt încurajați să recunoască felul în care atitudinea și cunoștințele lor față de problemele homosexualității pot fi relevante pentru evaluare și tratament, și să solicite ajutor sau să redirecționeze clientul atunci când este cazul.

În plus, o divizie a Asociației Americane de Consiliere a adoptat un set de competențe pentru consilieri cu privire la rolul religiei în consiliere. În parte, acest set afirmă:

Competența 7 – Consilierul poate evalua relevanța domeniilor religioase și/sau spirituale în problemele terapeutice ale clientului.

Competența 8 – Consilierul este sensibil și receptiv la temele religioase și/sau spirituale din cadrul procesului de consiliere, conform preferinței exprimate de client.

Competența 9 – Consilierul folosește credințele religioase și/sau spirituale ale clientului pentru atingerea scopurilor terapeutice ale clientului, conform preferinței exprimate de acesta. (Asociația pentru Probleme Spirituale, Etice, Religioase și de Valori în Consiliere).

Astfel, atât orientarea sexuală cât și credința religioasă sunt recunoscute de organizațiile de profil ca domenii importante sau experiență personală. Mai mult, aceste domenii trebuie respectate și incluse în terapie, după caz. Totuși, principiile propuse de aceste asociații nu se abordează situațiile în care sentimentele sexuale și credința religioasă vin în conflict. Recomandările pentru terapia legată de identitatea sexuală abordează anume aceste aspecte, atunci când clienții consideră că orientarea lor sexuală și valorile religioase/spirituale sunt în conflict.

Sexualitatea și credința sunt aspecte importante ale personalității. Cu toate acestea, pentru clienți diferiți aceste aspecte au valori diferite. Credem că terapeutul nu trebuie să încerce să-l convingă pe client cum anume să aprecieze aceste dimensiuni, ci să-l ajute să-și determine propriile aprecieri.

Recomandările din această lucrare nu stigmatizează homo-erotismul și nici valorile religioase. Emergența unei identități homosexuale pentru persoanele care au parte de conflicte religioase reprezintă o posibilitate avute în vedere în cadrul acestor recomandări. În plus, recomandările recunosc, asemenea multor comentatori homosexuali și lesbiene, că unii oameni care au o atracție erotică față de același sex se confruntă cu un conflict care nu poate fi rezolvat prin asumarea și dezvoltarea unei identități homosexuale (Haldeman, 2002). Astfel, unele persoane religioase vor stabili că identitatea lor religioasă este cea care constituie principiul călăuzitor, chiar dacă aceasta înseamnă să aleagă să trăiască cu anumite sentimente sexuale pe care le detestă. Invers, unele persoane religioase vor decide că valorile lor religioase pot suferi anumite modificări pentru a face loc atracțiilor homosexuale în cadrul identității lor generale. În prezenta, dorim să oferim recomandări terapeutice care respectă aceste opțiuni.

Cadrul general al acestor recomandări îi poate ajuta pe practicieni în helping people arrive at a healthy și personally acceptable resolution of sexual identity și religious conflicts. Deși sunt conforme cu normele profesionale privind serviciile psihologice pentru clienții homosexuali și religioși, aceste recomandări oferă direcții specifice pentru lucrul cu clienții care se confruntă cu atracții homosexuale dar nu se consideră homosexuali. Scriind despre terapia pentru conversie, Haldeman (2002) oferă o bună descriere a rolului specialiștilor în psihologie atunci când au de-a face cu un conflict de valori. El arată că „rolul psihologiei este acela de a informa profesia și publicul, nu de a emite directive împotriva dreptului individului la auto-determinare.” (263).

Auto-determinarea clientului este în mod particular importantă atunci când acesta resimte un conflict de valori care implică sexualitatea și credința religioasă. Psihologia nu poate oferi un suport empiric pentru alegerea unui anumit set de valori religioase în dauna altora. Astfel, potrivit lui Haldeman (2002),

trebuie să respectăm alegerile tuturor acelor care doresc să-și trăiască viața conform cu identitatea lor proprie; și, dacă aceia care doresc să rezolve conflictul dintre orientarea lor sexuală și spiritualitate apelând la terapia pentru conversie, atunci ei nu trebuie să fie descurajați. Este opțiunea lor, în consultare cu terapeutii și/sau îndrumătorii lor spirituali, de a atinge anumite ținte prin tratament, după cum consideră de cuviință, fără interferențe din partea specialistului. Aceste ținte pot duce până la încercarea de a schimba chiar orientarea sexuală, aspirația către celibat sau controlul unor impulsuri și sentimente homoerotice în contextul unei căsnicii heterosexuale (denumit anterior *managementul identității sexuale*). (pag. 263).

Deși aceste recomandări, după cum am arătat, nu reprezintă protocoale de tratament pentru terapia pentru reorientare, ele pot furniza direcții pentru specialiștii care lucrează cu clienții care adoptă o varietate de obiective legate de conflictul de identitate sexuală și religioasă.

Pe scurt, aceste recomandări nu prefigurează anumite rezultate pentru clienții cu atracții homosexuale, care au un conflict de natură religioasă. Recomandările sprijină căutările clientului care pot duce la diferite tipuri de schimbare, într-unul sau mai multe aspecte fundamentale ale identității lui. Recomandările urmăresc reducerea presiunii sociale din orice direcție, permițându-le astfel clienților să-și stabilească un parcurs terapeutic potrivit cu valorile și credința lor. Credem că suportul terapeutic poate fi o componentă valoroasă în identificarea unei soluții pentru conflictele care implică sentimentele sexuale și credința religioasă.

Recomandări practice pentru terapia identității sexuale

Obiectivul tratamentului

Scopul acestor recomandări este acela de a realiza un consens profesional în jurul răspunsurilor de specialitate corespunzătoare care trebuie oferite acelor persoane care doresc asistență pentru conflictele legate de identitatea sexuală. Obiectivul general al intervențiilor din acest domeniu trebuie să fie sinteza unei identități sexuale care promovează binele personal și integrarea celorlalte aspecte ale identității personale (cultural, etnic, relațional, spiritual, viziune asupra lumii, etc.). De asemenea, terapeutii trebuie să evalueze orice aspect și problemă a sănătății psihice care ar putea influența rezolvarea cu succes a identității sexuale. Acele aspecte care depășesc competențele terapeutului trebuie să implice solicitarea unui ajutor extern.

Imaginea clinică

Interesul și intervenția clinică sunt justificate atunci când stresul sau aspectele legate de orientarea sexuală devin un conflict central în viața de zi cu zi a persoanei sau interferează cu formarea identității personale. Manualul Statistic și de Diagnostic al Asociației Americane de Psihiatrie (1994) descrie o situație similară imaginii clinice prezentate de noi. Secțiunea „Tulburări sexuale nespecificate în altă parte” (302.9) include această descriere: „Tulburări persistente și marcate legate de orientarea sexuală”, la fel cum face și V62.89 care abordează conflictele religioase și cele de identitate.

Această nemulțumire poate apărea din adolescență, poate continua de-a lungul maturității și pare să aibă origini multiple. Această nemulțumire poate proveni din niște atracții sexuale confuze sau nedorite, din atracții erotice față de cineva de același sex (în timp ce persoana este atrasă emoțional de sexul opus) sau dintr-un conflict între credința religioasă și sentimentele, comportamentul sau identitatea sexuală.¹

¹ În această lucrare, ne vom concentra mai mult pe conflictele dintre identitatea religioasă și atracția față de același sex. Cu toate acestea, pot exista ocazii când persoana dorește să reducă atracțiile față de sexul opus pentru a-și construi o identitate homosexuală. Toate situațiile trebuie evaluate iar răspunsul trebuie să țină seamă de considerentele religioase/spirituale ale clientului, de identitatea lui sexuală dorită și de identitatea și competența profesională a terapeutului.

Aspecte teoretice legate de descrierea orientării sexuale

Pentru a înțelege și descrie orientarea sexuală, au fost propuse două perspective generale: esențialismul și construcționismul social. Esențialismul este probabil cea mai răspândită viziune în opinia publicului și în științele biologice (Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994; Broido, 2002). Potrivit acestei viziuni, categoriile de orientare sexuală (de ex., homosexual, bisexual, heterosexual) descriu o esență interioară sau sinele unei persoane. De pildă, se vorbește despre orientarea sexuală a unui individ ca și despre rasa lui, despre sex sau despre utilizarea mâinii stângi. Orientarea sexuală a individului este o expresie a identității lui, un element distinct al personalității. Conform acestei perspective, orientarea sexuală este un atribut care definește ceva diferit la cei dintr-o categorie, în contrast cu cei dintr-o altă categorie.

Pe de altă parte, construcționismul social pune accent pe diversitatea categoriilor sociale - homosexual și heterosexual – așa cum au existat ele în istorie și în diferite societăți. Această viziune afirmă că indivizii își construiesc o imagine de sine în contextul categoriilor disponibile lor într-o anumită societate. Oamenii au tendința să se vadă pe sine ca heterosexuali, homosexuali sau bisexuali pentru că acestea sunt categoriile care există. Gândirea esențialistă îl poate determina pe individ să respingă acele atracții, comportamente și fanteziile care nu corespund categoriilor date. O paradigmă construcționistă vorbește despre potențiale traiectorii multiple ale identităților sexuale, conform cu variațiile individuale din cultură, socializare, sex și biologie.

În timp ce este bine să ținem seamă de aceste paradigme în cadrul acestor recomandări, nu ne așezăm pe nici o poziție în ceea ce privește cauzele primare sau factorii asociați cu felul sau motivul pentru care atracțiile sexuale urmează direcțiile existente pentru toți oamenii. Cercetarea asupra acestui subiect este încă în desfășurare și poate furniza baza pentru unele ipoteze legate de cauzalitate. Cu toate acestea, indiferent de care ar fi cauzele atracțiilor sexuale, aceste recomandări implică și capacitatea oamenilor de a reflecta asupra experiențelor lor în domeniul sexual, astfel încât să integreze aceste experiențe într-o identitate sexuală conformă cu viziunea lor de viață și cu sistemul de credințe.

Aspecte epidemiologice

Asemenea multor aspecte legate de orientarea sexuală, prevalența diferitelor practici și orientări sexuale a devenit subiect de interes popular și profesional. Totuși, determinarea prevalenței pentru orientările sexuale s-a dovedit a fi o sarcină dificilă. Evaluarea acestor informații este influențată de interese politice, epidemiologice și de sănătate publică (Laumann et al, 1994). Scopul nostru este de a oferi informații pentru discuțiile cu clienții despre identitatea sexuală.

Stabilirea unei cifre pentru prevalența orientării homosexuale este complicată de mai mulți factori, inclusiv de reținerea unor persoane de a-și dezvălui atracțiile homosexuale, și de dificultatea de a măsura orientarea sexuală. Atitudinile negative față de homosexualitate pot influența dorința unora dintre respondenți de a declara sentimente de atracție homosexuală. Deși cei care își declară o identitate homosexuală nu sunt la fel de reținuți, recunoașterea atracțiilor homosexuale de către cei care nu se identifică drept homosexuali ar putea fi subevaluată.

Dificultățile de măsurare a orientării sexuale sunt bine documentate (Gonsiorek et al; 1995; Laumann et al, 1994). Acestea includ lipsa unui instrument de măsură fizic și direct, apelarea la auto-evaluare și incapacitatea cercetătorilor de a ajunge la un consens legat de acele elemente sexuale care alcătuiesc orientarea sexuală. Kinnish, et al (2005) arată că „componentele sau dimensiunile centrale ale orientării sexuale reprezintă și ele o problemă nerezolvată” (pag. 180). Cu alte cuvinte, orientarea sexuală ar trebui definită numai după atracții, după comportament, fantezii și identificare, sau după o combinație de factori?

Ținând cont de problemele de măsurare și teoretice menționate mai sus, este dificil de formulat prevalența orientărilor sexuale. Conform lui Laumann et al (1994), aproximativ 2,4 la sută dintre bărbați și 1,3 la sută dintre femei se auto-identifică drept homosexuali/lesbiene, au un partener de același sex și au dorințe homo-sexuale. Aceste constatări îi reprezintă pe cei care prezintă o constanță din punct de vedere al identității, dorințelor și comportamentelor sexuale. Totuși, procentul de oameni care prezintă o anumită expresie de interes homo-sexual este mai ridicat. De pildă, 3,8 la sută dintre femei și 7,1 la sută dintre bărbați au raportat o experiență homosexuală începând de la pubertate. Conform lui Laumann et al (1994), 42 la sută dintre bărbații care au raportat un comportament homosexual au menționat că acesta a avut loc înainte de împlinirea vârstei de 18 ani și niciodată după aceea. Treisprezece la sută dintre femei și 22% dintre bărbați au raportat cel puțin un partener de același sex după vârsta de 18 ani, dar nu și dorințe sau identități homosexuale la momentul studiului. Astfel, stabilitatea aspectelor orientării sexuale poate fi pusă în discuție cel puțin pentru unii oameni. Pentru clienții cu o identitate sexuală incertă, aceste informații pot furniza un context pentru analiză și opțiuni privind integrarea identității lor sexuale.

Orientarea sexuală și identitatea sexuală

În lucrarea de față apar ambii termeni. Folosim ‚orientare sexuală’ pentru a descrie un model de atracții sexuale și emoționale resimțite de un individ. Chiar și în cadrul unei categorii de orientare sexuală, cercetările și teoriile actuale fac distincția între excitația erotică și atașamentul romantic (Diamond, 2003). Folosim ‚identitate sexuală’ atunci când vorbim de identificarea unei persoane cu categoriile sociale ale homosexualilor, heterosexualilor, bisexualilor, etc. Cercetătorii de orientare biologică văd deseori orientarea sexuală într-o manieră esențialistă, văzând în aceasta o descriere a cine este acea persoană din punct de vedere sexual. Teoreticienii esențialiști înțeleg prin identitate sexuală felul în care se descriu oamenii în raport cu lumea (Stein, 2001).

În cadrul acestor recomandări, considerăm că dificultățile de măsurare a orientării sexuale ca și concept fac imposibilă evaluarea orientării sexuale cu o certitudine clinică. Dat fiind că auto-evaluarea este principalul mijloc de evaluare, sunt invariabil implicate aspecte de identitate. Chiar dacă s-ar realiza un mijloc pentru determinarea fizică a orientării sexuale curente, tot nu s-ar rezolva problema flexibilității și schimbării orientării. Pentru unii clienți, problema identificării este complicată și de faptul că uneori atașamentul romantic, tendințele de comportament și atracția erotică nu coincid în timp (Diamond, 2003; Garnets, 2002). Astfel, în terapia identității sexuale, accentul se pune pe identitatea sexuală ca sistem care încorporează evaluarea personală a orientării sexuale, preferințele emoționale și tendințele de implicare în anumite activități sexuale.

Vedere generală asupra considerațiilor clinice

Lucrul cu adolescenții

Adolescenții trebuie abordați într-o manieră conservativă, date fiind confuzia și schimbările de identitate sexuală, care pot fi mai prevalente în anii adolescenței decât la maturitate, când indivizii încep să-și sintetizeze identitatea (Savin-Williams, 2005). Adolescenții trebuie urmăriți, susținuți pe cale psihoterapeutică, educați cu privire la opțiunile de identitate și încurajați să participe și la alte aspecte ale dezvoltării lor sociale, intelectuale, vocaționale și interpersonale. Întrucât la adolescenți pot avea loc schimbări de identitate sexuală și religioasă din motive ce țin de familie, colegi sau modele adulte, e posibil ca schimbările să nu persiste sau să nu reflecte o identitate sexuală permanentă. Este nevoie de o monitorizare clinică.

Părinții pot veni cu adolescenți care nu pot furniza un consimțământ legal. Aici, rolul terapeutului este unul consultativ. Terapeuții îi pot ajuta pe părinți și pe adolescenții mai tineri să consulte studiile care arată că confuzia legată de identitatea sexuală este frecventă și că nu există nici o grabă pentru declararea unei identități sexuale la o vârstă prematură (Remafedi, 1992; McConaghy, 1993; Savin-Williams, 2005). Clinicienii trebuie să arate că o atitudine corectă din partea părinților este aceea de a-i oferi copilului informații și sprijin și de a se abține de la a-l acuza că și-a exprimat deschis nemulțumirea în fața părinților și a terapeutului.

Fazele terapiei identității sexuale

Există cel puțin patru faze ale intervenției în cazul unei persoane care se confruntă cu probleme de identitate sexuală: evaluarea, consimțământul informat avansat, psihoterapia și integrarea socială pentru sintetizarea unei identități sexuale emergente.

Faza unu: Evaluarea

În scopuri terapeutice, se acceptă auto-evaluarea individului. De asemenea, nu toți indivizii resimt la fel presiunea socio-culturală în direcția sintetizării unei anumite identități sexuale. Mulți oameni resimt o anumită presiune din partea prietenilor, a familiei și a organizațiilor religioase, în sensul eliminării atracțiilor și comportamentului homosexual. Alții resimt o presiune în direcția abandonării atitudinii conservatoare și adoptării unei identități homosexuale. Acestea reprezintă considerații importante pentru evaluare, dat fiind că specialiștii în psihologie îi pot ajuta pe clienți invitându-i la o discuție deschisă despre diferitele motivații care o determină pe o persoană să solicite ajutor de specialitate.

Astfel, evaluarea motivației pentru apelarea la terapia identității sexuale trebuie să se facă la prima întâlnire. De ce dorește această persoană ajutor? Ce anume solicită, în termeni de identitate sexuală și conflicte de identitate religioasă? O întrebare cu răspunsuri multiple îi poate da specialistului acces la aceste informații: Ce anume legat de experiențele tale te fac să vii să vezi un specialist? Sunt multe experiențe care îl pot face pe un om să apeleze la astfel de servicii și nu trebuie să fie o surpriză pentru specialist dacă va auzi multe motivații diferite – unele vor reflecta motivații interioare (de ex., considerentele persoanei față de identitatea sau comportamentul homosexual) în timp ce alții pot menționa motivații exterioare (de ex., ultimatumul dat de soț/soție).

Deseori clienții vor menționa conflicte religioase și aspecte ale orientării sexuale. Beckstead și Morrow (2004) descriu un model de clienți care au nevoie să realizeze o congruență între

credița religioasă și sentimentele sexuale. Unii clienți pot percepe apartenența religioasă ca pe cel mai stabil aspect al identității lor (Johnson, 1995; Koenig, 1993). Sentimentele sexuale care vin în conflict cu idealurile religioase pot produce un sentiment de diferit și nemulțumire. Este vitală evaluarea consecințelor atracțiilor homosexuale și a unei posibile identități homosexuale asupra aspectelor identității etnice, culturale și ocupaționale, precum și asupra legăturilor familiale. Terapeuții trebuie să fie deschiși la posibilitatea ca atracțiile homosexuale să genereze riscuri asupra altor aspecte importante ale identității. De asemenea, este important ca terapeuții să adopte o poziție neutră față de poziția clientului.

Faza doi: Consimțământul informat avansat

Conținutul psiho-educației din această fază depinde destul de mult de ceea ce arată procesul de evaluare legat de explorările din trecut ale clientului și de încercările de soluționare a conflictului de identitate sexuală. Deseori clienții apelează la terapie nefiind siguri de direcția în care vor să se îndrepte, și fără a fi încercat până atunci să înțeleagă informațiile și experiențele pentru a-și putea rezolva situația. Unii clienți pot fi înclinați spre o anumită direcție, în timp ce alții deja au stabilit în ce direcție vor să se îndrepte. Terapeuții trebuie să evalueze această dimensiune a experiențelor clientului și să furnizeze răspunsurile corespunzătoare. În orice caz, terapeuții trebuie să le ofere clienților informații exacte, pentru a fundamenta acceptul clientului pentru intervenții ulterioare.

Consimțământul informat reprezintă o componentă importantă a oferirii serviciilor psihologice pentru clienți. Apărut în urma dezvoltării unui model de furnizare de servicii orientat către client și ținând cont de autonomia și auto-determinarea clientului, consimțământul informat a devenit o parte esențială în stabilirea țințelor terapiei (Corey, Corey & Callahan, 1998; Keith-Spiegel & Koocher, 2000).

Datorită controverselor legate de identitatea sexuală, este important să se aloce timpul necesar pentru a le explica clienților aspectele relevante înainte ca aceștia să-și dea acceptul pentru începerea terapiei. Această procedură se numește consimțământ informat avansat pentru terapie (Yarhouse, 1998). Consimțământul informat avansat constituie o condiție fundamentală pentru toate intervențiile ulterioare și trebuie să includă următoarele:

1. Ipoteze privind cauzele tulburării/insatisfacției (inclusiv o etiologie a atracției homosexuale, explicarea conflictului de identitate și experiențe subiective privind insatisfacția);
2. Intervențiile de specialitate disponibile, inclusiv procentele de succes, definiții și metodologii folosite pentru a raporta și defini „succesul”;
3. Alternative la terapie, incluzând procentele de succes raportate și lipsa relativă a suportului empiric pentru succesele declarate;
4. Posibile beneficii și riscuri asociate cu tratamentul, la momentul prezent;
5. Rezultatele posibile cu sau fără tratament (și explicații alternative pentru rezultatele posibile) (Yarhouse, 1998, p. 252).

Nu este în intenția lucrării de față a detalia toate informațiile care ar putea fi necesare în această fază. Pe lângă Yarhouse (1998), clinicienii trebuie să consulte resursele curente care oferă numeroase perspective și studii privind factorii biologici și orientarea sexuală (Bailey,

Dunne & Martin, 2000; Bem, 1996, 2000; Byne et al, 2001; Jones & Kwee, 2005; Jones & Yarhouse, 2000; Mustanski, et al, 2005; Rice, Anderson, Risch & Ebers, 1999; Stein, 2001; Wilson & Rahman, 2005), factorii de mediu și orientarea sexuală (Bem, 2000; Balsam, Rothblum & Beauchaine, 2005; Dube, 2000; Kalichman, Gore-Felton, Benotsch, Cage & Rompa, 2004; Stanley, Bartholomew & Oram, 2005), rezultatele intervențiilor menite a modifica sexualitatea (Beckstead & Morrow, 2004; Nicolosi, Byrd & Potts, 2000; Schidlo & Schroeder, 2002; Spitzer, 2003; Throckmorton, 1998, 2002; Throckmorton & Welton, 2005), diferitele abordări față de sinteza identității sexuale (Haldeman, 2004; Nicolosi, 1991; Yarhouse, 2005; Yarhouse & Brooke, în presă; Yarhouse & Burkett, 2003; Yarhouse & Tan, 2004), preocupările etice legate de intervențiile asupra identității sexuale (Gonsiorek, 2004; Miville & Ferguson, 2004; Yarhouse & Throckmorton, 2002), definiția și măsurarea orientării sexuale (Broido, 2000; Diamond, 2003; Garnets, 2002; Kinnish, Strassberg & Turner, 2005; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994; Stein, 2001) și aspectele religioase și de valoare ale sintezei identității sexuale (Lease, Horne, & Noffsinger-Frazier, 2005; Schaeffer, Hyde, Kroencke, McCormick & Nottebaum, 2000; Schaeffer, Nottebaum, Smith, Dech & Krawczyk, 1999; Schuck & Liddle, 2001; Yarhouse & Burkett, 2002; Yarhouse, Burkett, & Kreeft, 2001)

Ceea ce este cel mai important în timpul consimțământului informat este ajutarea fiecărui client să ia o decizie cu adevărat în cunoștință de cauză în ceea ce privește țintele pe care și le pot fixa prin tratament și tipurile de servicii care sunt disponibile. Acest lucru devine cu atât mai important cu cât clienții întreabă frecvent despre schimbarea atracțiilor și a comportamentului homosexual. Clinicienii pot constata că, în cazul unor clienți, acest pas necesită mai mult de una sau două ședințe. Consimțământul informat este de asemenea un proces continuu care depinde de progresele făcute de client de-a lungul tratamentului. Dacă, în timpul terapiei, un client nu pare să progreseze, este important (ca la orice alt program de tratament) să se revizuiască țintele propuse pentru a se vedea dacă ele sunt cele mai bune pentru nevoile lor prezente.

Faza trei: Psihoterapia

Procedurile consimțământului informat prezentate mai sus au ajutat, în diferite combinații, numeroase persoane să dobândească un sentiment mai mare de congruență. După experiența autorilor, unii clienți sunt mulțumiți să continue cu terapia odată ce și-au clarificat anumite aspecte în timpul fazei de consimțământ informat. Ei încep să întrevadă mijloace prin care pot trăi o viață conformă cu valorile și credința lor. Pentru alții clienți, este posibil să apară un alt curs care să ducă la obiective psihoterapeutice specifice. Terapeuții trebuie să fie întotdeauna pregătiți să revină la o fază anterioară, dacă este nevoie.

Deseori, clienții nu aleg o anumită direcție imediat după ce terapeutul le furnizează informații detaliate în privința opțiunilor. Este indicată psihoterapia de susținere în cazul acelor clienți care se îndoiesc de opțiunile și interesele lor. Terapeuții nu trebuie să încerce să-i convingă pe clienți de o anumită direcție de urmat.

Redirecționarea

Necesitatea redirecționării clientului către un alt specialist poate apărea din motive ce țin de capacitatea terapeutului și de conflictele de valori. Terapeuții nu foarte experimentați în domeniul terapiei identității sexuale vor constata că informațiile și abilitățile profesionale le sunt puse la grea încercare de nevoile unor clienți.

Acei terapeuți care nu pot răspunde opțiunilor unor clienți sau care au tendința de a-i descuraja pe clienți să urmărească o direcție integrativă trebuie să apeleze la consultări și chiar la redirecționarea clienților, după caz. Mai mult, dacă valorile sau identitatea profesională a unui terapeut (de ex., pro-homosexualitate, creștin ultra-tradiționalist) vine în conflict cu direcția preferată de client, atunci se recomandă recomandarea acestuia unui specialist mai corespunzător (Haldeman, 2004).

Odată ce clientul alege o anumită poziție determinată de valorile lui, între client și terapeut se poate forma o relație terapeutică (Fischer, Jome & Atkinson, 1998). Ahn, Kim & Ng (2005) arată că „împărtășirea unei viziuni comune asupra lucrurilor, cel puțin asupra cauzelor problemei, este un lucru important pentru stabilirea unei bune relații de lucru și pentru ajutarea clienților să se simtă înțeleși de consilier” (pag. 11). Astfel, acolo unde e cazul, redirecționarea poate îmbunătăți șansele pentru o relație terapeutică de succes.

Relația terapeutică

Stabilirea unei relații de încredere cu clientul este primul pas către reușita ca specialist pe probleme de psihologie. De obicei, aceasta se realizează printr-o explorare nepartinică, împreună cu clientul, a problemei de identitate sexuală în timpul primelor două faze. Ideal este ca activitatea specialistului să implice întreaga complexitate a persoanei, nu doar o definiție îngustă a identității sexuale. Scopul terapiei este de a ajuta persoana să exploreze și să-și trăiască viața mai confortabil în cadrul unei identități sexuale conforme cu valorile și credința sa. Atunci când este atins acest țel, specialistul trebuie să-l informeze pe client că nu întotdeauna psihoterapia elimină rapid sau permanent toate aspectele conflictului de identitate sexuală.

Modalități de psihoterapie

Pe lângă psihoterapia individuală, clienții pot apela la terapia de grup pentru identitatea sexuală. De regulă, aceasta se desfășoară prin ședințe de durate diferite (de ex., 90 de minute), împreună cu alte persoane care dezbat probleme de identitate sexuală. Avantajele terapiei de grup includ oportunitatea de a-i asculta și pe alții care au experiențe similare, existența unui loc sigur pentru exersarea relațiilor sociale și pentru a primi un feedback de la ceilalți într-o manieră inter-personală, o comunitate de sprijin care poate oferi analiză independentă și altele (Yarhouse & Brooke, 2005).

Terapeutul trebuie să arate clar că este dreptul clientului de a alege dintre mai multe opțiuni. Clientul poate încerca în timp mai multe abordări alternative. Ideal, psihoterapia este un efort al colaborării. Terapeutul trebuie să fie sigur că clientul înțelege conceptele eligibilității și disponibilității, întrucât ei trebuie să coopereze în definirea problemelor clientului și în evaluarea progreselor.

În cadrul relației terapeutice cu clienții, terapeuții trebuie să respecte granițele profesionale. Trebuie să urmărească normele etice ale profesiei lor pe tot parcursul terapiei. Unele abordări ale terapiei identității sexuale par să amestece granițele terapeutice, lucru total neindicat. De exemplu, terapeuții nu trebuie să se implice în relații bilaterale cu clienții și nici să nu le ofere confort fizic. Ei pot superviza sau monitoriza implicarea clientului în contacte fizice cu alții, la alegerea clientului (cu un prieten sau un membru al familiei) în timpul sesiunii, dar numai dacă clientul și-a dat acordul. În cadrul terapiei de grup nu trebuie încurajată apropierea fizică

dintre clienți. Terapeuții nu trebuie să le recomande clienților locuri retrase, grupuri de sprijin sau intervenții care implică o încălcare a granițelor ca o condiție a participării.

Faza patru: Sinteza identității sexuale

Pentru mulți clienți, primele trei faze vor fi suficiente pentru a putea formula o opțiune în privința sintezei identității sexuale. Unii clienți nu vor continua psihoterapia, dar vor lăsa deschisă opțiunea apelării intermitente la sprijin terapeutic. Oricum, alți clienți vor continua terapia pentru a finaliza procesul de sinteză. Întrucât sintetizarea unei identități sexuale poate implica profunde consecințe personale și sociale, decizia de a proceda astfel trebuie să fie precedată de înțelegerea viitoarelor consecințe familiale, profesionale, inter-personale, educaționale, emoționale, economice și/sau juridice. Așa cum am arătat mai sus, specialiștii au responsabilitatea de a discuta aceste consecințe previzibile.

În timpul acestei faze, deseori clienții explorează elementele practice ale unei identități sexuale sintetizate. Aceasta poate implica extinderea relațiilor sociale pentru a include schemele sociale ale identității sexuale dorite. De asemenea, aceasta poate implica limitarea contactului cu rețelele și cu schemele sociale specifice identității sexuale nedorite. Comportamentul sexual este deseori evitat până se ajunge la un nivel semnificativ de conform și disponibilitate pentru o asemenea activitate. Acesta este un subiect care trebuie discutat de către client și terapeut, dar clientul este cel care decide. În general, sunt preferate acele scheme sociale cu aspecte care sprijină integrarea identității sexuale. Intervențiile terapeutice din partea unei varietăți de orientări terapeutice pot fi folosite pentru a-l ajuta pe client să accepte evenimente private (sentimente, gânduri, dorințe), să-și dezvolte conștiința de sine, să tindă către un comportament pozitiv și să evite un comportament negativ. Unii terapeuți se identifică cu o anumită școală terapeutică (de ex., cognitiv-comportamentalistă sau inter-personală) și vor folosi tehnici compatibile cu această perspectivă. Alți terapeuți, mai eclecticici, vor folosi o serie de intervenții care vor aborda într-o manieră colaborativă nevoile clientului.

Unii clienții au o serie de experiențe cu identitatea sexuală finală și decid că nu acea direcție este cea care li se potrivește. Asemenea experiențe pot fi foarte valoroase. Ele îl pot ajuta atât pe client, cât și pe specialist, să decidă cum trebuie continuat. Terapeuții trebuie să fie permanent pregătiți să revină la faze anterioare ale terapiei, atunci când este nevoie.

Terapeuții au responsabilitatea de a evalua continuu dorințele și direcția clientului. Mai mult, ei trebuie să monitorizeze impactul pe care îl au intervențiile la nivelul identității sexuale asupra stării emoționale și psihice a clientului, și să fie pregătiți să ofere servicii clinice primare sau redirecționări, după caz. Principiile consimțământului informat avansat se aplică permanent pe durata procesului terapeutic.

Concluzie

Dilemele legate de identitatea sexuală și religioasă sunt printre cele mai dificile dileme cu care se confruntă oamenii din ziua de azi. Ele pot duce la depresie, angoasă, pierderea vitalității și a fericirii, iar aceste conflicte pot necesita frecvent un sprijin din partea specialiștilor în psihologie. Aceste recomandări promovează soluționarea conflictelor de identitate cu respectarea autonomiei clientului și cu menținerea deschiderii profesionale către diversitate. Recomandările sugerează un cadru de lucru care promovează explorările din partea clientului și sintetizarea unei identități personale și sexuale de valoare.

Bibliografie

Ahn, A.J., Kim, B.S.K., Ng, G.F. (2005). Effects of client expectations for counseling success, client-counselor worldview match, and client adherence to Asian and European-American cultural values on the counseling process with Asian-Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 67-76.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Edition. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2000). Division 44/Committee on Lesbian, Gay and Bisexual Concerns Joint Task Force on Professional Practice. Guidelines for Lesbian, Gay and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 55, pag. 1409-1421.

American Psychological Association. (1998). Appropriate therapeutic responses to sexual orientation in the proceedings of the American Psychological Association, Incorporated, for the legislative year 1997. *American Psychologist*, 53, 882-939.

Association for Spiritual, Religious, Ethical & Values Issues in Counseling (nd). Available at www.aservic.org. Retrieved March 10, 2006.

Bailey, J. M., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (2000). Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 27-35.

Balsam, K.F.; Rothblum, E.D., & Beauchaine, T.P. (2005). Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 477-487.

Beckstead, A.L., & Morrow, S.L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, 32, 651-690.

Bem, D. J. (1996). Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*, 103, 320-335.

Bem, D. J. (2000). Exotic Becomes erotic: Interpreting the biological correlates of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 531-548.

Broido, E.M. (2000). Constructing identity: The nature and meaning of lesbian, gay and bisexual identities. In *the Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay and Bisexual Clients*, Eds. Perez, R.M., DeBord, K.A. & Bieschke, K.J. p. 13-33. Washington, DC: American Psychological Association.

Byne, W., Tobet, S., Mattiace, L. A., Lasco, M. S., Kemether, E., Edgar, M. A., Morgello, S., Buschbaum, M. S., & Jones, L. B. (2001) The interstitial nuclei of the human anterior hypothalamus: An investigation of variation with sex, sexual orientation, and HIV status. *Hormones and Behavior*, 40, 86-92.

Corey, G., Corey, M. S., & Callahan, P. (1993). *Issues and ethics in the helping professions*. (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Diamond, L.M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual orientation. *Psychological Review*, 110, 173-192.

Dube, E.M. (2000). The role of sexual behavior in the identification process of gay and bisexual males. *Journal of Sex Research*, 27, 123-132.

Fischer, A. R., Jome, L. M., & Atkinson, D.R. (1998). Back to the future of multicultural psychotherapy with a common factors approach. *Counseling Psychologist*, 26, 602-606.

Garnets, L.D. (2002). Sexual orientations in perspective. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 115-29.

Gonsiorek, J. C., Sell, R. L., & Weinrich, J. D. (1995) Definition and measurement of sexual orientation. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25(Supplement), 40-51.

Gonsiorek, J.C. (2004). Reflections from the conversion therapy battlefield. *The Counseling Psychologist*, 32, 750-759.

Haldeman, D. C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 260-264.

Haldeman, D. C. (2004). When sexual and religious orientation collide: Considerations in working with conflicted same-sex attracted male clients. *The Counseling Psychologist*, 32, 691-715.

Johnson, T.R. (1995). The significance of religion for aging well. *American Behavioral Scientist*, 39, 186-208.

Jones, S. L., & Kwee, A. W. (2005). Scientific research, homosexuality, and the Church's moral debate: An update. *Journal of Psychology and Christianity*.

Jones, S.L., & Yarhouse, M.A. (2000). *Homosexuality: The use of scientific research in the Church's moral debate*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.

Kalichman, S.C., Gore-Felton, C., Benotsch, E., Cage, M., & Rompa, D. (2004). Trauma symptoms, sexual behaviors, and substance abuse: Correlates of childhood sexual abuse and HIV risks among men who have sex with men. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 1-15.

Kinnish, K.K., Strassberg, D.S., & Turner, C.W. (2005). Sex differences in the flexibility of sexual orientation: A multidimensional retrospective assessment. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 173-183.

Koenig, H.G. (1993). Religion and aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, 3, 195-203.

Koocher, G.P., & Keith-Speigel, P. (1998). *Ethics in psychotherapy* (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.

Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press, Chapter 8, 283-320.

- Lease, S.H., Horne, S.G., & Noffsinger-Frazier, N. (2005). Affirming faith experiences and psychological health for Caucasian lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 378–388.
- Liddle, B.J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 394-401.
- Masters, W., & Johnson, V. (1979). *Homosexuality in perspective*. Boston: Little, Brown, & Co.
- McConaghy, N. (1993). *Sexual behavior: Problems and management*. New York: Plenum.
- Miville, M.L., & Ferguson, A.D. (2004). Impossible “choices”: Identity and values at a crossroads. *The Counseling Psychologist, 32*, 760-770.
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Nicolosi, J., Byrd, A. D. & Potts, R. W. (2000). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports, 86*, 1071-1088.
- Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R., & Harris, L. (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics, 89*, 714-722.
- Rice, G., Anderson, C., Risch, N., & Ebers, G. (1999). Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science, 284*, 665-667.
- Savin-Williams, R. (2005). *The new gay teenager*. Cambridge: Harvard University Press.
- Schaffer, K. W., Nottebaum, L., Smith, P., Dech, K. & Krawczyk, J. (1999). Religiously-motivated sexual orientation change: A follow-up study. *Journal of Psychology and Theology, 27*, 329-337.
- Schaeffer, K. W., Hyde, R. A., Kroencke, T., McCormick, B. & Nottebaum, L. (2000). Religiously-motivated sexual orientation change. *Journal of Psychology and Christianity, 19*, 61-70.
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers’ report. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 249-259.
- Schuck, K.D., & Liddle, B.J. (2001). Religious conflicts experienced by lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 5*(2), 63–82.
- Spitzer, R.L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 403-417.
- Stanley, J.L., Bartholomew, K., & Oram, D. (2005). Gay and bisexual men's age-discrepant childhood sexual experiences. *Journal of Sex Research, 41*, 381-389

Stein, E. (2001). *The Mismeasure of Desire: The Science, Theory, and Ethics of Sexual Orientation (Ideologies of Desire)*. London: Oxford University Press.

Throckmorton, W. (1998). Efforts to modify sexual orientation: A review of the outcome literature and ethical issues. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 283-304.

Throckmorton, W. (2002). Initial empirical and clinical findings concerning the change process for ex-gays. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 242-248.

Throckmorton, W. & Welton, G. (2005). Counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by consumers of sexual reorientation therapy. *Journal of Psychology and Christianity, 20*, 53-65.

Tozer, E. E. & McClanahan, M. K. (1999). Treating the purple menace: Ethical considerations of conversion therapy and affirmative alternatives. *Counseling Psychologist, 27*, 722-742.

Wilson, G. & Rahman, Q. (2005). *Born gay: The psychobiology of sex orientation*. London: Peter Owen.

Worthington, R.L. (2004). Sexual identity, sexual orientation, religious identity and change: Is it possible to depolarize the debate? *Counseling Psychologist, 32*, 741-749.

Yarhouse, M. A. (2005). *The sexual identity clinic: Modules for informed consent, assessment, treatment planning and intervention*. Virginia Beach, VA. Unpublished workbook.

Yarhouse, M. A. (1998). When clients seek treatment for same-sex attraction: Ethical issues in the "right to choose" debate. *Psychotherapy, 35*, 248-259.

Yarhouse, M. A., & Brooke, H. L. (2005, August). Running a sexual identity therapy group. Poster presented at the annual convention of the American Psychological Association, Washington, DC, August 20, 2005.

Yarhouse, M.A. & Burkett, L.A. (2002). An inclusive response to LGB and conservative religious persons: The case of same-sex attraction and behavior. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 235-241.

Yarhouse, M.A. & Burkett, L.A. (2003). *Sexual identity: A guide to living in the time between the times*. Lanham, MD: University Press of America.

Yarhouse, M. A., Burkett, L. A., & Kreeft, E. M. (2001). Competing models for shepherding those in the church who contend with same-sex attraction. *Journal of Psychology and Christianity, 20*, 53-65.

Yarhouse, M. A., & Tan, E. S. N. (2004). *Sexual identity synthesis: Attributions, meaning-making and the search for congruence*. Lanham, MD: University Press of America.

Yarhouse, M.A., & Throckmorton, W. (2002). Ethical issues in attempts to ban reorientation therapies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 39*, 66-75.