

EŞCİNSELLİKTE TERAPÖTİK UYGULAMALAR VE DEĞİŞİM

İnsan Cinselliği Dergisi Komisyonu



AY!K
KİTAP

EŞCİNSELLİKTE TERAPÖTİK UYGULAMALAR VE DEĞİŞİM

İnsan Cinselliği Dergisi Komisyonu

AY!K
KİTAP



Aydına Yayıncılık Ltd. Şti.

Ayvansaray Mah. Hoca Çakır Cad. No: 26/1 Fatih / İstanbul

Yayınevi Sertifika No: 50129

EŞCİNSELLİKTE TERAPÖTİK UYGULAMALAR VE DEĞİŞİM

İnsan Cinselliği Dergisi Komisyonu

Çeviri: Ebru Sofi

ISBN: 978-605-71741-2-3??????

Birinci Baskı: Temmuz 2022, İstanbul

Tüm hakları saklıdır.

Kitapta bulunan bütün isimler, paylaşımların gizliliğini korumak üzere değiştirilmiştir. Bu kitap bilgi amaçlıdır. Profesyonel tıbbi yardım amacı taşımamaktadır. Kitabın yazarı ve yayıncısı bu kitaptaki bilgilerin kullanımından ötürü ortaya çıkabilecek doğrudan veya dolaylı herhangi bir sorumluluğu kabul etmemektedir.

Copyright©2022, Ayık Kitap

Baskı: Step Matbaacılık

Matbaa Sertifika No: 45522

İçindekiler



Yayıncı Ön Sözü.....	5
Terapide Cinsel Çekim Akışkanlığı Keşfi Uygulama Rehberi.....	7
Travma ve Bağımlılığı Çözme: Bütüncül Protokol™	89

Yayıncı Ön Sözü



Joseph Nicolosi, Benjamin Kaufman ve Charles Socarides tarafından kurulan Ulusal Eşcinsellik Terapi ve Araştırma Derneği'nin geleneğini sürdüren Terapötik Seçim ve Bilimsel Bütünlük İttifakı'nın resmi yayını olan İnsan Cinselliği Dergisi, özelde cinsel yönelim ve cinsel kimlik odağında genelde insan cinselliği alanında bilim dünyasına ve topluma yönelik bilgi paylaşımına adanmış bilimsel bir dergidir. Derginin birincil hedefi bu alanda düşünsel çığır açan araştırmaları paylaşmaktır.

İnsan Cinselliği Dergisi, istenmeyen eşcinsel çekim yaşayan ve/veya kendi biyolojik cinsiyeti, cinsel kimliği ve değerleri arasında çatışma yaşayan bireylere yönelik çalışmalara özellikle önem göstermektedir. Eşcinsellik konusunda söylenmeyenlerin, dile getirilmeyenlerin, baskılananların, tecrit edilenlerin ve alternatiflerin sesi olmayı amaçlayan dergi, politik ve ideolojik baskılara karşın eşcinsel çekiminden memnun olmayanlara ve konunun ilgisine esasında başka bir ihtimalin mümkün olduğunu gösteren araştırmalara ve terapötik rehberliğe bilimin ışığında öncülük ediyor.

İnsan Cinselliği Dergisi hak sahibi David Pruden onayıyla yayınlanan bu seride, derginin önde gelen kuramsal ve uygulamalı çalışmalarını siz kıymetli okuyucunun istifadesine sunmaktan memnuniyet duyuyoruz.

Ayık Kitap

Terapide Cinsel Çekim Akışkanlığı Keşfi Uygulama Rehberi*

*Terapötik Seçim İttifakı ve Bilimsel Bütünlük Çalışma
Kolu Uygulama Esasları*

*Terapide Cinsel Çekim Akışkanlığı Keşfi (SAFE-T)**
Salt Lake City, Utah*



Terapötik Seçim ve Bilimsel Bütünlük İttifakı'nın (ATCSI) Uygulama Rehberinin ilk baskısını sunmasından bu yana geçen on yılda eşcinsel cinselliği alanında birçok önemli gelişme meydana gelmiştir (ATCSI, 2010). Bu gelişmeler, yönergelerin, bireylerin istenmeyen eşcinsel çekim alanlarının ve davranışlarının akışkanlığını keşfetmelerine yardımcı olan terapistlerin karşılaştığı mesleki ve yasal gerçekleri ele alacak şekilde güncellenmesini gerektirmiştir. Revize edilmiş yönergeler, terapide cinsel çekim

* Orijinal yönergeler 25 Ekim 2008 tarihinde Terapötik Seçim ve Bilimsel Bütünlük İttifakı (ATCST) Yönetim Kurulu tarafından kabul edilmiştir. Güncellenen bu versiyon ATCST Kurulu tarafından 22 Haziran 2018 tarihinde kabul edilmiş ve önceki rehber dokümanının yerini almıştır.

** Bu gözden geçirilmiş yönergeler İttifak Uygulama Rehberi Çalışma Kolu (PGTF) tarafından geliştirilmiştir. PGTF başkanı Christopher H. Rosik, Ph.D. (Link Care Center & Fresno Pacific University). PGTF üyeleri arasında Shirley Cox, DSW (Brigham Young University); Carolyn Pela, Ph.D., LMFT (Arizona Christian University & Fuller Theological Seminary); Paul Popper, Ph.D. (Bağımsız uygulama, San Francisco, CA); Phil Sutton, Ph.D. (Bağımsız uygulama, South Bend, IN); ve Neil Whitehead, Ph.D. (araştırmacı bilim insanları, Lower Hutt, Yeni Zelanda). Bu yönergelerin geliştirilmesine katkıda bulunan diğer kişiler Julie Hamilton, PhD, LMFT (Bağımsız uygulama, West Palm Beach, FL); Geoff Heath, J.D. (ABD İçişleri Bakanlığı, Washington , D.C. (Emekli)); Joseph Nicolosi, Jr. (The Breakthrough Clinic, Westlake Village, CA); David Pruden, MA (Utah State University); ve Robert Vazzo, LMFT (independent practice, Culver City , CA ve Las Vegas, NV). Bu rehberi kopyalama istekleri Terapötik Seçim İttifakı ve Bilimsel Bütünlük Birliği'ne iletilmelidir: 307 West 200 South, Suite 3001, Salt Lake City, UT 84101 veya 1-888-364-4744 nolu telefondan ya da <http://therapeuticchoice.com> adlı siteden iletişim kurulabilir.

akışkanlığı keşfinin (SAFE-T)* şu an tercih edilen dilini, bu bireylerle çağdaş profesyonel klinik müdahalenin en doğru tanımı olarak kapsamına dahil etmektedir.

Bu nedenle terapistler, çalışmalarında bu yeni dili bireysel klinisyenler tarafından kullanılan çeşitli ana akım yaklaşımlar için bir şemsiye terim olarak benimsemeye teşvik edilmektedir (Rosik, 2017a). İstenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlarının akışkanlık derecesini keşfetmek isteyen bireylerle klinik müdahale tartışmalar yaratmaya devam etmektedir. Şu anda akademi ve ruh sağlığı derneklerine hakim olan merkez-sol sosyo-politik ortamda (Al-Gharbi, 2018; Cummings, O'Donahue ve Cummings, 2009; Duarte, Crawford, Stem, Haidt, Jussim ve Tetlock, 2015; Honeycutt ve Freberg, 2017; Inbar ve Lammers, 2012; Jussim, Crawford, Anglin ve Stevens, 2015; Redding, 2001, 2013; Wright ve Cummings, 2005), psikoterapi yoluyla gelişmiş heteroseksüel işlevselliği takip eden ve/veya bildiren bireylerin değişim deneyimlerini marjinalleştirebilir veya geçersiz kılabilir.

Cinsel çekim akışkanlığının klinik keşfini marjinalleştirme eğiliminde olan bir gelişme, cinsel yönelime terapötik yaklaşımlarla ilgili kararların, durum tablosunun ve uygulama rehberlerinin profesyonel psikoloji birlikleri tarafından üretilmesidir (örneğin, American Psychological Association, 2009, 2012; Gamboni, Gutierrez ve Morgan- Sowada, 2018). Bu belgelerde klinisyenlerin aşına olması gereken çok yararlı bilgiler olsa da farklı profesyonel bakış açılarının eksikliği sebebiyle sınırlıdır (Ferguson, 2015; Yarhouse, 2009). Özellikle, çoğu zaman üyelerinin genellikle, istenmeyen eşcinsel çekim ve ilgili duygu, fantezi ve davranışlarının psikoterapi destekli akışkanlığa bağlı olabileceği seviyeyi incelemek için yardım isteyen birçok danışanın hedeflerini, değerlerini veya dünya görüşlerini paylaşmayan partizan komiteler tarafından üretildikleri görülmektedir.

Bu belge, danışanların istenmeyen eşcinsel davranışlarının ve çekimlerinin akıcılığını keşfetme hakkını onaylayan klinisyenlere

* SAFE-T, yerleşik psikoterapötik yöntemler kullanan istenmeyen eşcinsel çekim bildiren danışanlar arasında cinsel çekim akışkanlığının danışan merkezli keşfi olarak tanımlanabilir.

eğitim ve tedavi rehberliği sağlamayı amaçlamaktadır. Bu yönergelerin spesifik hedefleri iki yönlüdür: (a) olumlu sonuçları en üst düzeye çıkaran ve istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları ile ilgili SAFE-T'yi takip eden danışanlar arasında zarar görme potansiyelini azaltan profesyonel uygulamaları teşvik etmek ve (b) SAFE-T ve bunu isteyenlerin klişelerini veya yanlış tanımlamalarını düzelten bilgiler sağlamak.

Danışanların SAFE-T'yi isteme hakkının ruh sağlığı dernekleri içinde sorgulanmaya devam ettiği (American Psychological Association, 2009, 2012; Gamboni ve diğerleri, 2018; Kaplan ve diğerleri, 2009; Yarhouse & Throckmorton, 2002) ve giderek artan bir şekilde yasamanın ve diğer **kanuni yasakların** odak noktası olduğu (Dubrowski, 2015; Rosik, 2017b) göz önüne alındığında, ATCSI Yönetim Kurulu, daha önceki uygulama esaslarına (AT-CSI, 2010) ilişkin bir güncelleme yapılması gerektiğini belirledi. **Orijinal** çalışma kolu üyeleri ile iletişime geçilerek, onların da bu revizyona katılmaya davet edilmesi sağlandı. Katılabilenler, belirli uzmanlık alanları nedeniyle bu yeniden yapılandırılmış çalışma koluna katılmaya davet edilen diğerleriyle bir araya geldi. Orijinal yönergelerin gözden geçirilmiş bir taslak belgesi oluşturuldu ve daha sonra ATSCI yönetim kuruluna ve derneğin profesyonel üyeliğine seçilmiş üyelerine incelenmek üzere gönderildi. Daha sonra geri bildirim dikkate alındı ve yararlı görüldüğü durumlarda revize edilmiş SAFE-T uygulama yönergelerinin son versiyonuna dahil edildi.

Yönerge terimi, klinisyenler için belirli profesyonel davranışları, girişimleri veya tutumları öne süren veya tavsiye eden beyanları ifade eder. Standartların zorunlu olması ve bir yaptırım mekanizmasının eşlik edebilmesi açısından yönergeler standartlardan farklıdır. Buna karşılık, yönergeler amaç konusunda istek uyandırır. Mesleğin sürekli sistematik gelişimini kolaylaştırmayı ve klinisyenler tarafından yüksek düzeyde mesleki uygulama sağlanmasına yardımcı olmayı amaçlamazlar. Bu nedenle, uygulama yönergeleri zorunlu, kapsamlı veya her mesleki ve klinik durum için geçerli değildir. Bu yönergeler, psikoterapinin kabul görmüş ilkelerinin yerini almak yerine onları desteklemek için var ol-

dukları yönünde yorumlanmalıdır. Bu yönergeler klinik bakımın bir standardı olarak hizmet etmeyi de amaçlamaz. Bunun yerine, sadece SAFE-T'ye katılmak isteyen eşcinsel çekimi olan danışanlarla psikoterapi uygulamasındaki gelişme seviyesini göstermeyi amaçlamaktadırlar. Bu yönergeler üç bölüme ayrılmıştır: (a) SAFE-T alan danışanlara karşı tutumlar, (b) tedavi konuları ve (c) eğitim.

SAFE-T Alan Danışanlara Yönelik Tutumlar

Yönerge 1. Klinisyenler, eşcinsel çekimin etiyojisini anlamadaki karmaşıklığı ve sınırlamaları tanımaya teşvik edilir.

Davranış bilimleri alanındaki standart görüş, insan davranışlarının nedenlerinin çok faktörlü olduğudur (Jannini, Blanchard, Camperio - Ciani & Bancroft, 2010; Rutter, 2006). Benzer şekilde, eşcinsellik etiyojisinin çok faktörlü olduğuna dair genel bir fikir birliği vardır (örn., Gallagher, McFalls ve Vreeland, 1993; Kleinplatz ve Diamond, 2014; Otis ve Skinner, 2004; Rosario ve Schrimshaw, 2014; Sanders ve diğerleri, 2014) ve bazı insanların eşcinsel çekim alanlarını ve davranışlarını istenmeyen olarak görmelerine sebep olan nedenlerdir (krş. Yönerge 3). Tarihsel olarak müdahaleye yönelik çok çeşitli yaklaşımlar izlenmiş ve çok farklı bireysel etiyoji kuramları ortaya çıkmıştır. Bu, birçok yaklaşımın psikolojik danışmanlar, terapistler ve danışanlar için yeterince tatminkâr sonuçlar vermesi ve bu nedenle kökenin tek ve yeterli açıklaması olarak benimsenme eğiliminde olması nedeniyle ortaya çıkmıştır. Yetişkin eşcinsel yöneliminin en güçlü çocukluk korelasyonu, boylamsal çalışmalarda vakaların %50'sinde veya daha fazlasında sonraki eşcinsellikle ilişkilendirilen klinik Cinsiyet Disforisidir (örn., Zucker ve Bradley, 1995). Bununla birlikte, eşcinsel çekim yaşayanlar arasında tam anlamıyla Cinsiyet Disforisi görülme sıklığının düşük olması, belirtsiz cinsel kimlik kaygıları daha yaygın olsa da bu açıklamanın yalnızca vakaların azınlıkta geçerli olduğu anlamına gelir.

Sosyolojik araştırmalar, eşcinsel ve lezbiyen kimlikli bireylerin çoğunluğu için eşcinsel çekim oluşmasında herhangi bir çevre-

sel, ailevi veya sosyal faktörün baskın olduğunu göstermemiştir. Bell, Weinberg ve Hammersmith'in (1981) kapsamlı çalışmaları, o güne kadar bilinen tüm faktörleri göz önünde bulundurdu ve her birinin nedenselliğın sadece küçük bir kısmından sayısal olarak sorumlu olabileceğı sonucuna vardı. Bu durum Van Wyk ve Geist'in (1984) çalışmaları ile doğrulanmıştır. Bununla beraber, birlikte ele alınan sosyolojik faktörler istatistiksel olarak anlamlydı (Whitehead, 2011a) ve bu çoğunlukla ergenlikten yetişkinliğe kadar eşcinsel çekimlerin varsayılan istikrarının sonucu değildi. Kasıtlı seçim de oldukça küçük bir faktör gibi görünmektedir (Whitehead, 2013).

Biyolojik araştırmalar tek bir baskın neden göstermez; aslında, birçok bireysel korelasyon istatistiksel anlam kazanmış olsa da çoğı etki sayısal olarak küçüktür (Abbott, 2010; Bogaert, 2007; James, 2006; Martin ve Nguyen, 2004; Meyer- Bahlburg, Dolezal, Baker ve New, 2008; Lalumiere, Blanchard ve Zucker, 2000; Rahman, Kumari ve Wilson, 2003; Sanders ve diğerleri, 2014; Whitehead, 2014). İkizlerde cinsel yönelimin uyum derecesi, araştırmacılar tarafından bilinsin veya bilinmesin, birçok etkinin sonucudur ve ikiz çalışmaları, çoklu bireysel tepkilerin beklenmeyen bir dereceye kadar baskın olduğunu ileri sürmüştür (Bailey, Dunne ve Martin, 2000; Bearman ve Bruckner, 2002; Her-shberger, 1997; Langstrom, Rahman, Carlstrom, Lichtenstein, 2010; Santtila, Sandnabba, Harlaar, Varjonen, Alanko ve von der Pahlen, 2008; Whitehead, 2011b). Biyolojik nedenler için genel bir bağlam, beynin kısmen çevresel olaylara tepki olarak kendini sürekli olarak yeniden programladığı sinirsel süreçlerin plastisitesine yapılan güçlü akademik vurgudur (Pascual-Leone, Amedi, Fregni ve Merabet, 2005). Bu, istenilen herhangi bir davranış değışikliğını kolaylaştırmak olarak sunulmasa da akışkanlık ve değışimin imkansızlığına karşı meşru bir argüman olarak sunulabilir.

Bu nedenle, klinisyenlerin danışan geçmişlerini ciddiye almalarına ve bireysel vakalarda açıkça uygulanabilir olsalar bile tüm danışanlara belirli etiyolojik teorileri uygulamamalarına dair özel bir ihtiyaç ve sorumluluk vardır (krş. Yönerge 6). Öte yandan,

bir danışan psikolojik nedenlerden dolayı klinisyenin bariz nedenler olarak gördüğü olayları veya süreçleri reddedebilir; böyle bir durum varsa danışanla yüzleşmek meşru olabilir. Bu nedenle, danışanların geçmişlerini çok ciddiye almak ile terapötik objektifliği korumak arasında bir denge kurulmalıdır. Ayrıca, danışanların önemli bulduğu etkileri harmanlayarak emsal danışmanlığına ve kişinin anlayışını genişletmeye özel bir ihtiyaç vardır. Ağırlıklı olarak baskın bir faktörün bulunması muhtemel olmasa da eşcinsel çekim ve davranışın son noktasına katkıda bulunabilecek pek çok geniş tema zaten bilinmektedir. Bunlar arasında cinsel istismar (Jones, 2006; Mustanski, Kuper ve Greene, 2014), çocukluk cinsel deneyiminden koşullanma (Beard ve diğerleri, 2013; Hoffman, 2012; O’Keefe ve diğerleri, 2014; Pfaus, 2012), ebeveynlerle ilişkiler (Francis, 2008; Frisch ve Hviid, 2005; Udry ve Chantala, 2005), aynı cinsiyetteki akranlarla ilişkiler (Bern, 1996), siyasi dayanışma (Rosenbluth, 1997; Whisman, 1996) ve atipik cinsiyet özellikleri (ruhsal veya fiziksel/biyolojik) (Zucker ve Bradley, 1995) sayılabilir ancak bunlarla sınırlı değildir.

Bu nedenle, şu anda tarafsız olan önde gelen ruh sağlığı kuruluşlarının konuyla ilgili olarak önerdiği, danışandaki eşcinsel çekim etiyojisini anlamak için sağduyu gereklidir (APA, 2008a; Rosario ve Schrimshaw, 2014). Bununla birlikte, muhtemelen bir hafta ve dolaylı genetik yatkınlık ile birlikte, ideal biyolojik ve/veya psikososyal ortamlardan daha az gelişimsel bir adaptasyon olarak eşcinsel çekim ve davranış görmede bu çeşitli etkilerin geniş ama birleşik bir anlayışı bulunabilir.* Ayrıca, bu adaptasyon, değerleri açısından bazı bireyler için sıkıntılı olabilir ve/veya katılımcıları ruhsal bozukluk ve fiziksel hastalık riski altına sokan davranışsal uygulamalarla sonuçlanabilir (krş. Yönerge 3, 8 ve 12). Bu konunun karmaşıklığı göz önüne alındığında, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışı bildiren danışanlarla çalışan klinisyenler, olağan gizlilik gerekliliklerine tabi olarak, araştırma için veri sağlama konusunda daha fazla endişelenmeli ve bu ve-

* Böyle bir genetik yatkınlığın bir örneği, genç yaşta hamile kalma olasılığı olan bir kız olduğunda ortaya çıkar. Bu zayıf ve dolaylı bir etkidir, çünkü diğer birçok kültürel ve durumsal faktör erken cinsel ilişkiye girip girmediğini belirlemede rol oynar ve bu etkiler genellikle baskındır.

rilere katkıda bulunmada kararlı olmalıdır. Bu, eşcinsel çekim ve davranışların etiyolojisi konusunda ufkumuzu genişletmeye yardımcı olacaktır.

Yönerge 2. Klinisyenler, eşcinsellik hakkındaki değerlerinin, tutumlarının ve bilgilerinin, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlarla başvuran danışanlara yönelik değerlendirmelerini ve müdahalelerini nasıl etkilediğini anlamaya çalışırlar.

Bireyler psikoterapiye girdiklerinde ve eşcinsel çekimleri veya diğer konular hakkında çelişkili duyguları, düşünceleri veya değerleri ifade ettiklerinde, klinisyenler onlara kendi değerleri ve önyargıları ile yaklaşır. Bu değerler, klinisyenlerin bu danışanların mevcut sorunlarını keşfetmelerine yardımcı olma çabalarında kullandıkları teorilerin, tekniklerin ve tutumların seçimini bildirir (Blow, Davis ve Sprenkle, 2012; Jones, 1994; Meehl, 1993; Midgley, 1992; O'Donohue, 1989; Redding, 2001).

Profesyonel ruh sağlığı dernekleri, klinisyenlerin kendi inanç sistemlerinin, değerlerinin, ihtiyaçlarının ve sınırlılıklarının ve bu faktörlerin kendi işlerini nasıl etkilediğinin farkında olmaya çağırarak etik kılavuzlarındaki bu ilkeyi **tarihsel olarak** kabul etmişlerdir (örneğin, American Association for Marriage and Family Therapy, 2015; American Psychological Association, Etik İlkeler, 2017).

Bu bağlamda, meslektaşlar klinisyenleri makul kararlar almaya ve "... potansiyel önyargılarının, yetkinliklerinin, sınırlarının ve uzmanlıklarının sınırlamalarının haksız uygulamalara yol açmamasını veya bunlara göz yummamasını sağlamak için önlemler almaya teşvik etmiştir" (örneğin, American Psychological Association, 2017, Etik İlkeler, İlke D, s. 4). Ayrıca ruh sağlığı dernekleri cinsellik ve dindarlığın kişiliğin önemli yönleri olduğunu da kabul etmişlerdir (American Psychological Association, 2008b). Klinisyenlerin, bu boyutların özellikle dikkat çekici olduğu danışanlarla çalışırken, din ve cinsel yönelimle ilgili olanlar da dahil olmak üzere kültürel ve bireysel farklılıkların farkında olmaları ve bunlara saygı duymaları teşvik edilir (American Psychological Association, 2017, Etik İlkeler, E İlkesi, krş. Yönerge 3). Bu özel-

likle önemlidir, çünkü anketler terapi için gelenlerin ortalama-
dan çok daha dindar olma eğiliminde olduğunu göstermektedir
(Santero, Whitehead ve Ballesteros, 2018).

Klinisyenler, danışanlarla yaptıkları toplantıların, danışanların
yaşadığı eşcinsel çekime karşı çelişkili tutumları netleştirme ihti-
yacının, toplumumuzda eşcinselliğin doğası ve konumuna ilişkin
ahlak, yasa ve psikolojik tanımlara göre kültürde tartışılan çatış-
maların bir mikrokozmosunu temsil ettiğinin bilincinde olmaya
teşvik edilir. Klinisyenler, tarihsel olarak, eşcinsel çekim ve dav-
ranışların ilahiyatçılar ve meslekten olmayanlar tarafından ahlaki
bir sorun (yani günah), yasa koyucular tarafından yasal bir
sorun (yani bir suç), ancak daha sonra psikolojik bir olgu (yani
psşik bir rahatsızlık) olarak düşünüldüğünün farkında olmalıdır
(Katz, 1976). Eşcinsel çekim ve davranışlar, daha az bir ölçüde
fakat hâlâ, kültürümüzde yargılanması gereken ahlak yoksun-
luğu olarak görülmüş (Gallup, 2018), kovuşturulması gereken
cezai eylemlerden sayılmış (Posner ve Silbaugh, 1996; Rubens-
tein, 1996), çoğunlukla damgalanmış ve ayrımcılığa uğramıştır
(Eskridge ve Hunter, 1997; Herek, 2010; Rubenstien, 1996); 1974
yılına kadar tedavi edilmesi gereken başlı başına bir bozukluk
olarak görülmüş veya deneyimlenmiştir (American Psychiatric
Association, 1972).

Son birkaç on yıl, eşcinselliğin ahlaki değerlemesinde, yasal sta-
tüsünde ve psikolojik tanımında hızlı değişiklikleri beraberinde
getirmiştir (Twenge, Sherman ve Wells, 2016). Bu ikinci husus,
eşcinselliğin 1973 yılında Amerikan Psikiyatri Derneği (APA,
1973) tarafından DSM’de patolojik durum kategorisinden çıkarıl-
ması ile kendini göstermiştir. Şu anda değişim odaklı müdaha-
lenin meşruiyeti, etkinliği ve etiği de söz konusudur. Bu durum,
ruh sağlığı derneklerinin eşcinsel yönelim ve/veya çekimlerin
asla değiştirilemeyeceğini iddia etmelerine yol açmıştır (örn.
American Psychological Association, 2008a). Bu özellikle eşcin-
sel-olumlayıcı pozisyon bağlamında, eşcinsel çekimleri konusun-
da kararsız olan danışanlar için en uygun tedavinin öngörülen ve
reçete edilen sonucu, cinsel arzuları ile özdeşleşmeyi geliştirmek
ve kabul etmek olmuştur.

SAFE-T pratiğini sürdüren klinisyenler, cinsel çekim akışkanlığı açısından değişimin mümkün ve yüksek motivasyonlu danışanlar için erişilebilir olduğuna ve tedavinin amacının onların eşcinsel çekiminin azaltılması, heteroseksüel çekimlerinin ve özdeşimlerinin geliştirilmesi ve artırılması ya da kısacası, perhize dayalı bir yaşamla istikrarlı bir özdeşim elde etmek olduğuna inanmaktadır (ATCSI, 2009; Byrd & Nicolosi, 2002; Santero ve diğerleri, 2018). Diğer klinisyenler bu pozisyonların her ikisiyle de bir bağlantısı olduğunu düşünebilirler. Sunduğu problemi eşcinsel çekimiyle ilgili bir kararsızlık içeren bir danışana danışmanlık yaptıklarında, danışanın değişim hedeflerini ve eşcinselliğe yönelik olumlu duruşlarını, herhangi birine özel bir değer atfetmeden, eşit derecede mümkün ve etik görürler. (Throckmorton & Yarhouse, 2006).

Klinisyenler değerlendirme, bilgilendirilmiş onam ve hedef belirleme görevine yaklaşırken, ek bir engelin göz önünde bulundurulması gerekir: cinsel yönelimin karmaşıklığını ve gelişimini tanımlamak. Birçok sosyal bilimci, cinsel yönelimin çoğu insan için biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karmaşık etkileşimi yoluyla şekillendiğini varsayan etkileşimci bir bakış açısını paylaşmaktadır (krş. Yönerge 1). Cinsel yönelimin temel bileşenlerinin veya boyutlarının (ör. çekimler, davranışlar, fanteziler, özdeşleşme veya bu unsurların bazı kombinasyonları) en iyi nasıl ölçüleceği ve onları neyin oluşturduğu konusunda fikir birliği yoktur (Beaulieu-Prevost ve Fortin, 2014; Kinnish, Strassberg ve Turner, 2005; Moradi, Mohr, Worthington ve Fassinger, 2009; Sell, 1997; Throckmorton ve Yarhouse, 2006).

Bu, güvenilirliğin ölçülmesi ve yaygınlık oranlarının tahmin edilmesinde daha fazla soruna yol açmaktadır (Byne, 1995; Laumann, Gagnon, Michael ve Michaels, 1994; Stein, 1999). Buna ek olarak, eşcinselliğin artık bir bozukluk olarak sınıflandırılmadığı Aralık 1973'ten sonra, istenmeyen eşcinsel çekimleri değiştirme olasılığı üzerine yapılan araştırmalar profesyonel literatürden önemli ölçüde azalmıştır (Jones ve Yarhouse, 2007).

Yukarıdakileri göz önünde bulundurmakla birlikte, klinisyenler, danışanın sorunlarının araştırılmasına başladığında karşılaş-

labilecek potansiyel önyargıları düşünmeye teşvik edilmektedir (Rosik & Popper, 2014). Öncelikli olarak eşcinsel-olumlayıcı bir duruş benimseyen klinisyenler, araştırma literatürünün eşcinsel çekime sahip bireyler ile nüfusun geri kalanı arasındaki patolojide bir farklılık olmadığını vurgulayan bölümüne odaklanma eğilimindedirler çünkü algılanan ayrımcılığın doğrudan etkileri genellikle sağlık farklılıklarındaki varyansın %10'undan daha azını oluşturmalarına rağmen (Pascoe & Richman, 2009), iki popülasyonu birbirinden ayıran çoğu semptomatolojiyi eşcinsellik ve dış azınlık stresörleri hakkındaki içselleştirilmiş olumsuz mesajlara atfetmektedirler (Gonsiorek, 1991; Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003). Özellikle erkekler için çocukluk çağı cinsel istismarının daha yüksek görülmesi gibi sosyal ve gelişimsel faktörlerin olası etiyolojik önemini göz ardı edebilirler (Eskin, Kaynak-Demir ve Demir, 2008; Fields, Malebrance ve Feist- Price, 2008; Friedman ve diğerleri, 2011; James, 2005; Stoddard, Dibble ve Fineman, 2009; Tomeo, Templer, Anderson ve Kotler, 2001; Wilson ve Widom, 2010; Xu ve Zheng, 2015). LGB toplulukları içinde ayrımcılık olması potansiyelini de göz ardı edebilirler (Matsick ve Rubin, 2018). Cinsel yönelim (veya değişim) konusunda literatürde tatmin edici bir ölçüt olmadığı görülsede (Jones ve Yarhouse, 2007; Moradi ve diğerleri, 2009), değişim müdahalesinin olası etkinliğini gösteren araştırma literatüründeki metodolojik sınırlılıkları daha çok vurgulayabilirler (Gonsiorek, 1991, American Psychological Association, 2009). Çağdaş standartlara göre etkileyici olmasa da yine de “**en gelişkin**” olan bu çalışmaların kalitesinin saygın profesyonel dergilerde yayımlanmayı hak edecek kadar yeterli olduğu gerçeğini göz ardı ederek, metodolojik sınırlılıklara dayanan değişim müdahalelerini desteklemek için kullanılabilir psikodinamik ve diğer teorilere yönelik araştırmaları (American Psychological Association, 2009; Bell ve diğerleri, 1981) reddetmeleri muhtemeldir. Dahası, akışkanlık ve değişim olasılığını destekleyen ilk araştırmalar, eşcinsellik üzerine yapılan o dönemin literatüründeki, hâlâ iyi bir üne sahip olan (Jones ve Yarhouse, 2007) ve değişime yönelik tedavi hakkındaki modern tartışmalarda (krş. American Psychological Association, 2009) büyük olasılıkla tercih edilen sosyopolitik bakış açısını

destekledikleri için, eleştirel olmayan bir şekilde kaynak gösterilen diğer çalışmalarla karşılaştırılabilir.

Ayrıca, güçlü eşcinsel kabul pozisyonlarına sahip klinisyenler, SAFE-T sürecinde zarar görme örneklerini (örn. istenmeyen eşcinsel çekimi tamamen ortadan kaldırmamanın hayal kırıklığı) açıklayan klinik literatürü vurgulamaya meyilli olabilir ve bu tedaviyi yürütmenin açıkça etik dışı ve zararlı olduğu bir pozisyon alabilir (Drescher ve diğerleri, 2016; Gonsiorek, 2004; Mahler ve Mundle, 2015; Murphy, 1992; Tozer ve McClanahan, 1999; Worthington, 2004). Bu görüşü, danışanlar istenmeyen eşcinsel çekimlerini ve/veya davranışlarını açıkça değiştirmek istediklerinde bile koruyabilirler (Gonsiorek, 2004). Bu klinisyenler, böyle bir arzunun sadece baskıcı ve önyargılı bir toplumun yansıması olabileceğini varsayarak, danışanların kendileri için gerçekçi terapötik hedefler belirleyemeyeceği veya heteroseksüel potansiyellerini geliştirmek için gerçekten gönüllü bir karar veremeyeceği görüşünü benimseyebilirler (Tozer ve McClanahan, 1999). İstenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlarında akışkanlık olasılığını araştırmak isteyen birçok danışanın, dini inançları ile hemcins bireylere yönelik cinsel çekimleri arasında önemli bir çatışma yaşadığı (Beckstead & Morrow, 2004; Haldeman, 1994, 2004; Yarhouse & Tan, 2004) ve bu danışanların bazılarının dini bağlılıklarını kimliklerinin en istikrarlı yönü olarak algıladıkları gerçeğini göz ardı edebilirler (Johnson, 1995; Koenig, 1993). Hatta bazı klinisyenler, birinin heteroseksüel potansiyelini geliştirmesine yardımcı olmayı, anoreksik bir kişinin kilo vermesine (Green 2003) yardım etmeye veya danışanlarla seks yapmasına (Drescher ve diğerleri, 2016) benzer bir durum olarak kabul etmişlerdir. Bu sonucu, bilimsel olarak hızla savunulamaz hale gelen bir sonuç olarak, kanıtlanmamış biyolojik araştırmalara dayanmak suretiyle cinsel yönelimin değişmezliğini destekleme eğiliminde olabilirler (Byrd, 2010; Diamond ve Rosky, 2016; Garnets ve Peplau, 2001; Hu, Xu ve Tornello, 2016; James, 2005; Manley, Diamond ve van Anders, 2015; Stein, 1999; Yarhouse ve Throckmorton, 2002).

İstenmeyen eşcinsel çekimler ve davranışlar için SAFE-T'ye katılan bazı klinisyenler, tercih ettikleri (genellikle psikodinamik) teoriye göre değişim sürecini aşırı basitleştirerek veya aşırı yücelterek, muhtemel akışkanlığın olasılığına ve kapsamına aşırı anlam yükleyebilir (Rosik ve Popper, 2014; krş. Yönerge 6). Belirli bir danışanın hemcins veya heteroseksüel ilgi/uyarılma/davranış örüntülerinden oluşan geçmişinin benzersizliğini yeterince dikkate almayabilir ve danışanların yanlış anlaşıldıklarını ve yanlış temsil edildiklerini hissetmelerine neden olmak gibi bu aşırı basitleştirmeden kaynaklanabilecek olası zararı hafife alabilir (Rosik ve Popper, 2014). (Beckstead, 2001; Drescher ve diğerleri, 2016; Haldeman, 2002; Shildo ve Schroeder, 2002; Shildo, Schroeder ve Drescher, 2001). Yaşamları boyunca çok büyük sosyal yaptırımlarla karşı karşıya kalsalar bile, sadece istenmeyen eşcinsel çekime sahip danışanların azınlığının heteroseksüel kapasite ve işlevselliğe yönelik tam bir değişim sağladığı gerçeğini görmezden gelmeye eğilimli olabilirler (Green, 2003; Santero ve diğerleri, 2018).

SAFE-T klinisyenleri ayrıca, muhtemelen danışanın semptomatolojisine katkıda bulunduğu için sosyal baskıların ve eşcinselliğe karşı içselleştirilmiş toplumsal tutumların etkisi üzerine yapılan araştırmaları (Di Placido, 1998; Maylon, 1982; Mays ve Cochran, 2001; Meyer ve Dean, 1998; Newcomb ve Mustanski, 2010; Shildo, 1994; Szymanski, Kashubeck-West ve Meyer, 2008) olduğu kadar, düşük içselleştirilmiş homofobi bildiren lezbiyenler olarak tanımlanan eşcinsel kimlikli erkek ve kadınların daha az semptomatoloji ile ortaya çıkacağını öne süren araştırmaları da (Meyer ve Dean, 1998; Szymanski ve diğerleri, 2008) minimize edebilirler. SAFE-T'ye katılan bazı klinisyenler, danışanların istenmeyen eşcinsel çekimlerinden uzaklaşmaları için yaşadıkları dış baskıların danışanlara ait değer sistemleriyle eşdeğer olduğunu ve sorunların daha derinlemesine araştırılmadan onurlandırılmaları gerektiğini otomatik olarak varsayabilir (Green, 2003; krş. Yönerge 9). Bu klinisyenlerden bazıları, "klinik bir sorun" olarak değerlendirmenin daha yararlı olacağı durumlarda, patolojik bir durumdan potansiyel bir rahatlama olarak danışanlara yönelik istenmeyen eşcinsel çekimlerde akışkanlık ve değişiklik

önerebilir (Engelhardt, 1996; krş. Yönerge 6), özellikle eşcinsel kimliğini bütünleştirmeye eğilimli olan ve patolojinin yardımcı olmadığına (Liddle, 1996) veya çeşitli şekillerde zararlı olduğuna odaklanan (Shildo ve Schroeder, 2002) veya tekrarlayan, travmatik eşcinsel-karşıtı deneyimlerle **savunmasız** hale getirilen danışanlar için (Haldeman, 2002).

Hem eşcinsel-olumlayıcı hem de değişim-odaklı klinisyenler, özellikle de toplumumuzdaki eşcinselliğin ahlaki, yasal ve psikolojik konumunu çevreleyen kültürel tartışmaya aktif olarak katılıyorlarsa, danışanları yönlendirme ihtiyacını reddetmeye karşı **savunmasız** olabilirler. Bu, özellikle hedef belirleme sürecinde, psikolojik danışmanın değer pozisyonunun danışanın hedefleriyle açık bir çatışma içinde olduğu ortaya çıktığında bir risk olabilir (Haldeman, 2004; Liszez ve Yarhouse, 2005). Bir psikolojik danışmanın dini temelli kimlik sonuçlarıyla özdeşleşmemesi (Throckmorton ve Welton, 2005) veya eşcinsellik kültürünün önemli bir bölümünün daha az cinsel açıdan tek eşli normlarıyla özdeşleşmemesi (Levine, Herbenick, Martinez, Fu ve Dodge, 2018; Bepko ve Johnson, 2000; Bonello ve Cross, 2010; Laumann ve diğerleri, 1994; Martell ve Prince, 2005; Mercer, Hart, Johnson ve Cassell, 2009; Prestage ve diğerleri, 2008; Shernoff, 1999, 2006; Spitalnick ve McNair, 2005) nedeniyle yönlendirme ihtiyacı ortaya çıkabilir. Ya da danışanları, ihtiyaç duyulan fakat değerlerini kabul etmedikleri bir destek topluluğuna yönlendirmeyi sakıncalı bulabilirler (Yarhouse ve Brooke, 2005).

Eşcinsel olumlayıcı veya SAFE-T klinisyenlerinden daha esnek bir pozisyon benimseyen klinisyenlerin terapötik etkileşimleri, bilgilendirilmiş onam, hedef belirleme ve değerlendirmenin ilk aşamasında ortaya çıkabilecek yukarıdaki potansiyel önyargılardan etkilenme olasılığı daha düşüktür (Throckmorton ve Yarhouse, 2006). Ancak bu terapistler, bir danışanı düşünsel **ambivalanstan (ikilem)** çıkmaya teşvik etmek için çok fazla bekleme eğiliminde olabilirler, böylece bir danışanın yeni davranışlar, tutumlar ve adaptasyonları denemesine yardımcı olma fırsatlarını kaybedebilirler (Rosik ve Popper, 2014). Bu, bir klinisyenin terapi destekli akışkanlık olasılığına yönelik kendi **ambivalansından**

veya eşcinsel ya da muhafazakâr dini alt kültürlerin cinsel değer sistemiyle tam olarak özdeşleşmemesinden kaynaklanıyor olabilir (Bepko ve Johnson, 2000; Rosik, 2003a).

SAFE-T sunmayan klinisyenler, bu terapiyi sunan ve etkili çalışma ittifakının ancak psikolojik danışman ve danışanın ikisi de istenmeyen eşcinsel çekimleri benzer değer pozisyonlarından gördüklerinde devreye girebileceğini düşünen klinisyenlerin deneyimlerini tam olarak takdir etmeyebilirler (Blow ve diğerleri, 2012). Bu perspektiften bakıldığında hem değişim arayan hem de eşcinsel-olumlayıcı görüşe sahip danışanların terapötik ihtiyaçlarını ele alma konusunda daha esnek olan tutumları, ittifakın gücünü azaltabilir ve danışanın eksik anlaşılmış ve yetersiz desteklenmiş hissetmesine neden olabilir (Nicolosi, Byrd ve Potts, 2000; Rosik, 2003a, 2003b). Ergenlerle çalışırken, yukarıdaki hususlara ek olarak, eşcinsel-olumlayıcı ve SAFE-T klinisyenlerinin, bu gelişim aşamasında cinsel kimlik deneyiminin daha akışkan olduğunun ve ergenlerin çözüme yönelik baskıyı yararsız olarak deneyimleyebileceğinin farkında olmak şartıyla ekstra dikkatli olmaları gerekebilir (Cates, 2007; Mcconaghy, 1993; Remafedi, Resnick, Blum ve Harris, 1992; Savin'Williams, 2005; bkz. Yönerge 11).

Ruh sağlığı profesyonelleri, psikoterapide benzersiz eşcinsel çekim ve davranışları hakkında çelişkili duyguları, düşünceleri veya değerleri ifade etmesine en iyi nasıl yardımcı olunacağı konusunda ihtilaf içindedir (Rosik ve Popper, 2014). Ruh sağlığı mesleklerinde muhafazakâr ve geleneksel görüşler şu anda yeterince temsil edilmediğinden (Duarte ve diğerleri, 2015; Redding, 2001), bir psikolojik danışmanın potansiyel akışkanlığı keşfetmek isteyen danışanlara vereceği yanıtın olumsuz olması ciddi bir risk taşımaktadır. Bu nedenle, klinisyenlerin, bir danışanın heteroseksüel potansiyel geliştirme kararını doğrulayanlar da dahil olmak üzere, dini ve cinsel kimlik çatışmaları yaşayan danışanlar için bir dizi terapötik seçenekler konusunda bilgi sahibi olmalarında fayda vardır (Beckstead ve Morrow, 2004; Haldeman, 2004; Rosik, 2003a; Throckmorton ve Yarhouse, 2006).

Klinisyenlerin bu seçenekleri **düşünsel** ve etik bir uygulamanın parçası olarak görmeleri önerilir.

Yönerge 3. Klinisyenler, danışanların dini inançlarına verdikleri değere saygı duymaları ve SAFE-T'yi takip etme motivasyonları hakkında aşağılayıcı varsayımlarda bulunmaktan kaçınmaları için teşvik edilir.

Araştırmalar, klinisyenlere istenmeyen eşcinsel çekimle başvuran bireylerin çoğunluğunun kısmen derin dini değerlerle motive olduğunu göstermektedir (Jones ve Yarhouse, 2007; Nicolosi ve diğerleri, 2000; Santero ve diğerleri, 2018; Spitzer, 2003). Bununla birlikte, çalışmalar tutarlı bir şekilde, ruh sağlığı profesyonellerinin katılım ve inancın çeşitli boyutlarında genel nüfustan daha az dindar olduklarını bildirmektedir (Bergin ve Jensen, 1990; Delaney, Miller ve Bisoño, 2007; Neeleman ve King, 1993; Shafranske ve Cummings, 2013). Genel olarak, dini inanç ve değerlere aşına olunmaması (özel olarak danışanın), inancı istenmeyen eşcinsel davranışları ve çekimleri için SAFE-T katılımını motive eden danışanlarla yapılan müdahalelerin seyrini ve sonucunu olumsuz etkileyebilir (Ruff ve Elliott, 2016). Psikoloji içinde çeşitliliğin bir boyutu olarak dine saygı, bu riske dikkat edilmesi gerektiğinin altını çizmektedir (Benoit, 2005; Rosik & Popper, 2014; Yarhouse & Burkett, 2002; Yarhouse & VanOrman, 1999).

Klinisyenler, özellikle ahlaki epistemoloji açısından, dünya görüşü benzerliğinin, heteroseksüel potansiyelini geliştirmede yardım isteyen danışanlara karşı takındıkları tutumlarında oynadığı rolü inceleyerek fayda sağlayabilirler. Örneğin, kültürler arasında altı ahlaki kaygı alanı belirlenmiştir: 1) başkalarının acı çekmesine yönelik kaygılar; 2) haksız muamele, eşitsizlik ve adalete ilişkin kaygılar; 3) özgürlüğün kısıtlanmasına ilişkin kaygılar; 4) grup üyeliği yükümlülüklerine ilişkin kaygılar (örneğin, dini kimlik); 5) gelenek ve otoriteye ilişkin sosyal uyum ve saygı ile ilgili kaygılar; ve 6) fiziksel ve manevi **arınma** ile kutsallığa ilişkin kaygılar (Graham ve diğerleri, 2013; Graham, Haidt ve Nosek, 2009; Haidt, 2012; Haidt ve Graham, 2007, 2009; McAdams, Albaugh, Fauber, Daniels, Logan ve Olson, 2008). İlk üç ahlaki alan,

bireyi doğrudan korumak ve bireysel haklara saygıyı öğretmek amacıyla ahlaki değerin merkezi olarak bireye odaklanmaktadır. Diğer üç alan, bireyleri toplumun yararına rol ve görevlere karşı sorumluluk almaya davet eden grupların ve kurumların değerini vurgulamaktadır.

Haidt ve meslektaşlarının araştırması, muhafazakâr kişilerin ahlaki düşüncelerinde bu alanların altısını da kullanma eğiliminde olduklarını, liberal/ilerici kişilerin ise ahlaki sezgileri bakımından ilk iki kaygıya çok daha fazla güvenme eğiliminde olduklarını göstermiştir. Bu farklılıklar, liberal düşünen insanların muhafazakâr bireylerin ahlaki kaygılarını daha fazla yanlış anlamalarına neden olabilir (Graham, Nozek ve Haidt, 2012). Ayrıca, muhafazakâr bireylerin grup sadakati, otorite ve geleneğe saygı ve **safılık**/kutsallık ile ilgili ahlaki kaygıları, liberal kişiler (ruh sağlığı profesyonelleri dahil) tarafından reddedilme eğilimindedir ve zarar verme, hak ve adalete olan vurgularıyla çeliştiği algılandığında ahlaka aykırı olarak kabul edilir. Bu tür farklılıkların saygın bir şekilde edinilen farkındalığı, dini veya ahlaki olarak motive olunan nedenlerden kaynaklanan istenmeyen eşcinsel çekimleri ve davranışları nedeniyle SAFE-T alan danışanlar için olumlu bir terapötik ortamı teşvik edebilir.

Dini inancı psikoloji alanındaki genel uygulamada marjinalleştirmenin bir diğer yolu da psikoloji ve dini ikiye bölmek, dini açıdan SAFE-T'yi temelde bilime dayalı klinik uygulamada yeri olmayan bir din arayışı olarak görmektir (Silverstein, 2003; American Psychological Association, 2009). Bu bakış açısı, felsefi ve antropolojik araştırmadaki alanlar arasındaki muazzam örtüşme göz önüne alındığında, örneğin insan doğası teorileri gibi, desteklenmeyen katı bir sınır oluşturur (Auger, 2004; Bain, Kashima ve Haslam, 2006; Jones, 1994; O'Donahue, 1989). Ayrıca, psikolojinin ampirik yöntemlerinin kendi "doğuştan" değerlerini içermesi ve aynı zamanda araştırmacıların değer varsayımlarından etkilenmesi bir dereceye kadar felsefi toyluğu veya mesleki kibri temsil edebilir (Fife ve Whiting, 2007; Slife, 2006, 2008; Slife ve Reber, 2009, 2012; Slife, Starks ve Primosch, 2014). Bu yöntemler teolojik veya felsefi olarak nötr değildir ve özellikle SAFE-T

takibi gibi değer yüklü konuları araştırırken, bir tür yorumlama yanlılığı hatasına düşmeden araştırmanın ilerlemesini mümkün kılamazlar. Chambers, Schlenker ve Collisson (2013) tarafından belirtildiği gibi, “Sosyal bilimcilerin bir dizi varsayım ve değer altında faaliyet göstermeleri ve önemli alternatifleri tanımamaları durumunda, bilimsel sonuçlarının ve sosyal politika önerilerinin kusurlu olması muhtemeldir” (s. 148). Tersine, yerleşik dini ve teolojik gelenekler, nesnel ve ampirik bir geçerlilik derecesinden yoksun değildir, dahası güçle yozlaşmadıklarında, binlerce olmasa da yüzlerce yıl boyunca insan davranışını anlamak ve yönlendirmek için pratik geçerlilik ve fayda sergilemişlerdir (örneğin, Stark, 2005).

Din ve psikoloji arasındaki diyalogu destekleyen mesleki bir tutum, belirli dini temelli terapötik hedefleri ruh sağlığı uygulaması alanının dışına yerleştirmek adına onları birbirine karşı konumlandıran bir tutuma tercih edilmelidir (Gregory, Pomerantz, Pettibone ve Segrist, 2008). Bu nedenle klinisyenler, değişim odaklı müdahale peşinde olan dindar olarak tanımlanmış danışanlarla klinik uygulamalarını engellemek ve yasaklamak yerine sosyal bilimden gelen içgörülerini kullanarak bilgilendirme ve rehberlik etme konusunda teşvik edilmektedir.

Yönerge 4. Klinisyenler, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları değiştirmek isteyenler de dahil olmak üzere tüm danışanlarının onuruna ve kendi kaderini tayin etme haklarına saygı göstermeye çalışırlar.

Profesyonel klinisyenler, bireysel özerklik ve kendi kaderini tayin etme hakkının genel etik ilkesine atıfta bulunmaktadır (örn., İlke E: İnsan Haklarına ve Onuruna Saygı; American Psychological Association, 2017). Klinisyenler, bu genel etik ilkenin bir istisnası olarak, istenmeyen eşcinsel çekimleri, eşcinsel davranışları veya cinsel kimlikleri için SAFE-T’yi takip eden bireyleri denetlemekten kaçınmaya teşvik edilir. Benzer şekilde, profesyoneller danışanları kendi kaderini tayin veya sıkıntılarının kaynağına özerk bir şekilde cevap verebilme yeteneğine sahip olarak görmeye çalışırlar (Byrd, 2004). Klinisyenler etik ve insancıl bir şekilde

hareket eder ve bir danışanın istenmeyen eşcinsel çekimler ve davranışlar için SAFE-T'yi seçme konusundaki irade ve özerklik hakkına saygı duyduklarında danışanlara değerli bir hizmet sunar (Benoit, 2005).

Kendi kaderini tayin ve özerkliğe odaklanmak, değişim odaklı müdahalelerin sağlanmasını ele alırken bu etik düşünceyi diğerlerinin üzerinde tutmaz (APA, 2009; Drescher ve diğerleri, 2016). Bununla birlikte, bu etik mesele, literatürde SAFE-T ile ilgili olarak sıklıkla vurgulanmaktadır çünkü bu, söz konusu bakıma yönelik mesleki ve yasal kısıtlamaların tehdidi tarafından doğrudan etkilenen etik kılavuzdur. Ampirik etkinlik eksikliği temelinde, bu doğru olsa bile, SAFE-T'yi sürdürmek isteyen danışanın iradesinin kısıtlanması, dürüst bir şekilde ifade etmek gerekirse, şu anda uygulanmakta olan diğer birçok deneysel ve desteklenmeyen tedavi yöntemi üzerinde profesyonel bir yasak başlatmalıdır (Barnett ve Shale, 2013; Pignotti ve Thyer, 2009). Bu noktada önemli bir vaka, APA'nın, SOCE'den çok daha net bir şekilde belirlenmiş zararlara ve çok daha az ampirik temele sahip olmasına rağmen, sözde "cinsel oryantasyon değiştirme çabalarına" kıyasla çok daha hoşgörülü ve tarafsız bir şekilde ele aldığı "sahte anı terapisi" (RMT). (Rosik 2017c). Ayrıca, danışan özerkliğinin sınırlandırılması, istenmeyen eşcinsel çekim akışkanlığını keşfetmede zarar verme potansiyeli açısından da garanti edilmiş gibi görünmemektedir. Bir bütün olarak bu tür keşiflere yönelik kesin bir zarar ilişkilendirilmemiştir (APA, 2009; Santero ve diğerleri, 2018) ve akla gelebilecek zararlar muhtemelen burada sunulanlar gibi uygun uygulama esasları ile çözülebilir.

Danışanlar terapiye, terapi hedeflerini yönlendiren değerlerle gelirler. İster dini ister kişisel olsun, bu değerler bireyleri istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlar için değişim müdahaleleri aramaya yönlendirebilir. Profesyoneller tedavi ortamlarında istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlar için SAFE-T'yi sürdüren bireylerin yanı sıra bu tür hedefleri istemeyen bireylerin özerkliğine ve kendi kaderini tayin hakkına saygı duyarlar. Klinisyenler, danışanları kişisel değerlerine aykırı hedefler ve müdahaleler

seçmeye ikna etmekten kaçınırlar (American Psychological Association, 2008a; Haldeman, 2004).

Profesyoneller, bireylerin eşcinsel çekimlerine yanıt olarak kendi seçimlerini yapabilme ve özerkliği ve özgün iradeyi teşvik etme ilkesini şu şekilde desteklemektedir: a) bir danışanın istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlar için SAFE-T'yi isteme seçimini veya arzusunu kabul etmek, b) bu çekim ve davranışların danışan için neden rahatsız edici olduğunu araştırmak (Jones ve Yarhouse, 2007), c) eşcinsel çekime yanıt olarak seçimleri çevreleyen kültürel ve politik baskıları ele almak, d) mevcut olan profesyonel terapi ve kaynak yelpazesini tartışmak (Jones ve Yarhouse, 2007), e) değişim müdahaleleri ile ilgili sonuç araştırması hakkında anlaşılır bilgi sağlamak (ATCSI, 2009) ve f) tedavi için bilgilendirilmiş onam almak (Rosik, 2003a; Yarhouse, 1998a; krş. Yönerge 5).

Eşcinsel olumlayıcı müdahaleleri tercih eden kullanıcılar tarafından daha geniş kültürle değer çatışmaları yaşanabilir. Bununla birlikte, lisanslı klinisyenlerin sosyo-politik olarak liberal ve laik dünya görüşü, klinik ortamdaki değer çatışmalarının SAFE-T'nin terapötik bir seçenek olmasını isteyen danışanlar arasında ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır. Klinisyenin istemci özerkliğine ve öz-belirlenimine, kendi kaderini tayin hakkına saygı gösterme taahhüdü, özellikle istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları bildiren bireylerle çalışırken test edilebilir. Klinisyenler, danışan SAFE-T'ye katılma fırsatını reddetmeye çalıştıklarında, danışanı müdahale seçenekleri arasında seçim yapamaz olarak gördüklerinde veya tüm terapötik seçimler hakkında bilgi saklamaya çalıştıklarında, danışanın özerklik ve iradesini ihlal etme riskini alırlar. Danışanın haklarına yönelik bu tür ihlaller danışana zarar verebilir (Byrd, 2004).

Tedavi İle İlgili Konular

Yönerge 5. Tedavinin başlangıcında, klinisyenler danışanlara SAFE-T süreçleri ve sonuçları hakkında bilgilendirilmiş onam için yeterli doğru bilgi sağlamaya çalışırlar.

Tüm ruh sağlığı mesleklerinden klinisyenler, tedavinin başlangıcında danışanlara bilgilendirilmiş **onam** vermektedir (örn., American Psychological Association, 2017, Ethical Standards 3:10 & 10.01; American Association for Marriage and Family Therapy, 2015, Ethical Standard 1.2; National Association of Social Workers, 2017). Etik olarak, danışanlara istenmeyen eşcinsel duygular ve davranışlar için (veya herhangi bir psikolojik, davranışsal veya ilişkisel kaygıyla) hizmet verenler, hem SAFE-T süreci hem de mümkün olabilecek değişiklik türleri ve olasılığı hakkında doğru bilgiler sunar.

Yeterli bilgilendirilmiş onam, terapötik “Fayda ve Bilerek Zarar Vermeme”nin önemli bir parçasıdır, bu nedenle klinisyenler “... birlikte çalıştıkları ve zarar vermemeye özen gösterdikleri kişilere fayda sağlamaya çalışırlar... [ve] profesyonel olarak etkileşimde bulundukları kişilerin **sağlığını** ve haklarını korumaya çalışırlar...” (APA, 2017, Genel İlke A, s. 3). Bilgilendirilmiş onam aynı zamanda klinisyenlerin “yalnızca kendi yetkinlik sınırları içindeki alanlarda ve popülasyonlara hizmet sunduğu klinik “yetkinliği” teşvik eder ve vurgular. Klinisyenler, kendi yetkinliğini geliştirdikleri klinik “eğitim, staj, **süpervizyon deneyimi**, konsültasyon, çalışma veya mesleki deneyimleri” hakkında danışanlarını bilgilendirir (APA, 2017, Etik Standart 2.01, s. 5).

Danışanlarıyla SAFE-T vasıtası ile ilgilenen klinisyenler, terapistin eşcinsel çekim ve davranışlara ilişkin profesyonel birliğine ait perspektifin ve bunlara hitap edecek terapinin, terapistin ve danışanın perspektifinden farklı veya ona karşı olabileceğini gereği gibi kabul edebilirler. Uygun görülürse, klinisyenler bu farklılıkların özelliklerini danışanla tartışmak ve onam süreçlerinin bir parçası olarak onlarla ilgili bir açıklama eklemek isteyebilir. 1973’ten bu yana eşcinselliğe artık resmi olarak patolojik tanı

konmamaktadır (American Psychiatric Association, 1973; APA, 1975).

Çoğu mesleki dernek eşcinselliği artık tanı konulabilir veya tedavi edilebilir bir durum olarak görmese de (American Psychiatric Association, 2013), heteroseksüel olmamaya ilişkin teorik ve ampirik bağlantılarla ilgili birlikte ortaya çıkan koşullar, tanı ve terapötik bakımın geçerli odakları olmaya devam etmektedir. Eşcinsel kimlikli akademisyenlerin bile iddia ettiği gibi, “Kişinin cinsel yönelimiyle ilgili ‘sürekli ve belirgin sıkıntıya’ katkıda bulunan gelişimsel sorunlar geçerli araştırma alanlarıdır” (Morin ve Rothblum, 1991, s. 3). Bu durum, istenmeyen eşcinsel çekimler ve davranışlar için SAFE-T bağlamında incelendiğinde de geçerlidir. Profesyonel olarak ve medyada açık veya örtük olan mevcut tutumların aksine, “patoloji, kültürel eğilimler veya mevcut siyasi söylemlere bağlı olmaksızın, eşcinseller için ruh sağlığı sorunları klinik olarak önemli olmaya devam etmektedir ve yetkinliğe sahip klinisyenler tarafından ele alınmalıdır” (Monachello, 2006, s. 56). Klinisyenler, eşcinsel çekimleri ve davranışları konusunda sıkıntılı olan danışanlara yardım ettiklerinde, “tüm insanların onuruna ve değerine... kendi kaderini tayin haklarına” saygı göstermek suretiyle etik olarak sorumlu olurlar (American Psychological Association, 2017, Genel İlkeler, E İlkesi, s. 4).

Klinisyenler danışanların istenmeyen eşcinsel davranış ve çekimi çözmelerine yardımcı olurken, erkek ve kadın eşcinselliği olgularının ve ilgili “cinsel yönelim” kavramının (yani, kişinin cinsel ve/veya duygusal olarak etkilendiği ve sevgi ve/veya cinsel uyarılma yaşadığı kişilerin cinsiyetleri) evrensel olarak tanımlanmış, sabit, **kesintili**, tek boyutlu yapılar olmadığı konusunda dikkatlidirler (Beaulieu-Prevost ve Fortin, 2014; Weinrich ve Klein, 2002; Worthington ve Reynolds, 2009). Bir kişinin algılanan veya kişisel olarak ilan edilen cinsel yönelimi, gerçek cinsel davranışlar, düşünceler veya fantezilerle tutarlı olabilir veya olmayabilir (Korchmaros, Powell ve Stevens, 2013; Schneider, Brown ve Glassgold, 2002).

Dahası, danışanların istenmeyen eşcinsel deneyimlere verdikleri yanıtlar, kendilerinin (veya **bağlı** bir aile üyesinin) hemcins

cinsel çekim geliştirebileceğine dair obsesif kaygıdan, bu tür çekimleri hissetmeye ancak hiç harekete geçmemiş olmaya, onları tek, ara sıra, alışılmış ve hatta bağımlılık yapıcı bir şekilde tatmin etmeye kadar değişebilir.

Klinisyenler, danışanlarını olası tedavi sonuçları hakkında bilgilendirmenin ve karşılıklı olarak üzerinde anlaşmaya varılan bir müdahale planı geliştirmenin bir parçası olarak danışanlarının istenmeyen eşcinsel duygu, düşünce ve davranışlara ilişkin gerçek deneyimlerinin niteliğini değerlendirecektir. Bu tür bir değerlendirme, danışanın istenmeyen eşcinsel çekimlerine veya davranışlarına katkıda bulunan ve/veya bunun sonucu olabilecek birçok tıbbi, psikolojik, davranışsal ve ilişkisel zorluğun olası varlığını inceleyecektir (krş. Yönerge 8). Bazı araştırma bulguları, ortalama danışanın bu alanlarda bir dereceye kadar üç zorluk yaşayacağını göstermektedir (Santero ve diğerleri, 2018). Diğer terapötik ortamlardan farklı olarak, kadınlar için daha çok madde kullanımı ile ilgili sorunlara ve erkekler için daha çok duygudurum ile ilgili sorunlara eğilim vardır. (Whitehead, 2010) Kanıtlar, özsaygı, sosyal işlevsellik, depresyon, kendine zarar verme, intihar eğilimi, madde bağımlılığının SAFE-T sırasında olumlu yönde ilerleyeceği ve çoğunun bunu belirgin bir şekilde yapacağı yönündedir. SAFE-T ile tedavi gören danışanlar arasındaki din-darlık, terapi sona erdikten birkaç yıl sonra bile çok yüksek seviyelerde kalmaktadır (Santero ve diğerleri, 2018).

Klinisyenler ayrıca, danışanlarının haklarına, onuruna ve kendi kaderini tayin ihtiyacına saygı göstermek için danışanlarının manevi ve dini katılımının ve motivasyonunun doğasını değerlendireceklerdir (krş. Yönerge 3 ve 4). Anlaşmalı tıbbi, zihinsel ve/veya pastoral sağlık giderleri için uygun başvurular, bilgilendirilmiş onam ve hedef belirleme sürecinin uygun bir bileşeni olabilir (krş. Yönerge 8 ve 12). Terapist, destek gruplarının mevcut olup olmadığını veya arzu edilip edilmediğini değerlendirmelidir. Danışan katılımı için diğer öneriler arasında erotik olmayan eşcinsel arkadaşlık ve manevi destek yer alabilir. SAFE-T'ye katılan danışanlar, bu faaliyetlerde neredeyse hiçbir olumsuz etkiye sa-

hip olmadan son derece olumlu faydalar elde etmişlerdir (Santero ve diğerleri, 2018).

Değişim olasılıkları tartışılırken, herhangi bir yoğun müdahale sürecinde olduğu gibi, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlarda önemli akışkanlık ve değişim sağlamanın yeterli motivasyon, sıkı çalışma ve sabır gerektirdiğini ve “başarı” garantisi olmadığını açıklamak önemlidir (Haldeman, 1991, 1994, 2001). Santero ve meslektaşları (2018) tarafından bildirilen SAFE-T’de geçen ortalama saat sayısı 80’dir. Ancak başarılı değişikliklerin olasılıklarını tartışırken, son 135 yıldır klinik ve bilimsel literatürde başarılı müdahalenin bildirildiğini belirtmek cesaret vericidir. 19. yüzyılın sonundan 21. yüzyılın başına kadar uzanan 150’den fazla raporda, cinsel çekim, düşünce, fantezi ve/veya aynı cinsiyetten karşı cinsiyete davranışlarda başarılı değişiklikler belgelenmiştir (ATCSI, 2009; Byrd ve Nicolosi, 2002; Phelan, 2014; Santero ve diğerleri, 2018). **Uzun yıllar boyunca araştırma ve deneyimle desteklenmeye devam eden temel kurallardan biri, SAFE-T konusunda uzman bir klinisyenle psikolojik bakım uygulayan bireyler arasında, üçte birinde değişiklik olmaması, üçte birinde değişiklik olması ve üçte birinde derin bir değişim yaşanmasıdır. Ancak, yalnızca hemcinsten etkilenenlerin üçte ikisi ilk kez karşı cinse karşı bir çekim yaşamıştır** (Santero ve diğerleri, 2018).

Değişim raporları, tek danışanlı vaka çalışmalarından yüzlerce danışanlı grup çalışmalarına kadar boyut olarak farklılık gösterir. SAFE-T amaçları için kullanılan çeşitli terapötik paradigmalar arasında psikanaliz (Bieber, Dain, Dince, Drellich ve Grand, 1962; MacIntosh, 1994) ve yaşantısal veya diğer psikodinamik yaklaşımlar (Berger, 1994; Nicolosi, 2009; Pela, Sutton ve Nicolosi, 2018; Santero ve diğerleri, 2018); hipnoz; davranışçı ve bilişsel terapiler (Bancroft, 1974; Birk, Huddleston, Miller ve Cobler, 1971; Throckmorton, 1998); cinsel terapiler (Masters ve Johnson, 1979; Pomeroy, 1972; Schwartz ve Masters, 1984); grup terapileri; din-aracılığı ile yapılan müdahaleler (Jones ve Yarhouse, 2007, 2011); farmakoloji; terapilerin kombinasyonları (Karten ve Wade, 2010; Pela ve diğerleri, 2018; Santero ve diğerleri) yer

almaktadır. Bir dizi meta-analiz ayrıca, amaçlanan akışkanlığın ve duygu ve davranışlardaki değişimin, hemcinsle karşı istenmeyen çekimleri olan kişiler için gerçekçi bir hedef olduğunu göstermektedir (Clippinger, 1974; James, 1978; Jones ve Yarhouse, 2000; Byrd ve Nicolosi, 2002). Bu liste kapsamlı değildir (her bir paradigma için kapsamlı bir rapor listesi için bkz. ATCSI (2009)). Buna ek olarak, SAFE-T klinisyenleri sıklıkla yasadışı davranışları veya güvenli olmayan cinsel uygulamaları önlemek veya ele almak için **yönelim-nötr** müdahaleler sağlar.

Danışanları tam olarak bilgilendirmenin ve bilgilendirilmiş onam almanın bir parçası olarak, SAFE-T klinisyenlerinin, danışanlarla yaptıkları görüşmelerde ve onam formlarında, terapötik çalışmalarının, hangi etiketin eklendiğine bakılmaksızın, kaçınma terapisi, “şok” terapisi, herhangi bir fiziksel veya duygusal yıldırma biçimi, terapist tarafından dayatılan hedefler veya diğer benzer uygulamaları veya yöntemleri içermediğini vurgulamaları teşvik edilir. Terapi konusunda önerilen kanuni yasakların savunucuları, bu tür uygulamaları yaygın olarak göstermeye çalışmış ve bir şekilde, istenmeyen eşcinsel çekim duygularını veya istenmeyen davranışları ele alabilecek herhangi bir profesyonel terapiye mutlaka veya kaçınılmaz olarak dahil olduklarını öne sürmüşlerdir. Bu tür portreler gerçek değildir. Hiçbir SAFE-T klinisyeni böyle bir uygulamaya girmez ve klinisyenler bu konuda danışanın zihninde hiçbir soru veya şüphe bırakmamalıdır (bkz. Yönerge 7).

SAFE-T’ye katılan klinisyenler ayrıca, “dönüşüm terapisi” olarak adlandırılan cinsel oryantasyon değişikliği çabalarını (SOCE) veya oryantasyon değişikliğine odaklandığı iddia edilen diğer tedavileri uygulamadıkları konusunda danışanlara bilgi vermeleri teşvik edilir. SAFE-T klinisyenleri danışanın cinsel yönelimini veya cinsel kimliğini değiştirmeye çalışmaz; bununla birlikte, danışanların akışkan olma ve kimliklerinin, çekimlerinin, davranışlarının veya kişiliklerinin herhangi bir yönünü değiştirme haklarını savunurlar. Terapi süreci boyunca, SAFE-T’de yer alan terapistler danışanlara kabul, destek ve anlayış gösterir ve danış-

şanların başa çıkma, sosyal destek ve kimlik keşfi ve gelişimini kolaylaştırır.

İstenmeyen eşcinsel çekim veya davranış da dahil olmak üzere mevcut herhangi bir endişeye yönelik terapiye ilişkin hiçbir yaklaşımın, danışanların tüm terapötik hedeflerine ulaşmalarını sağladığı gösterilmemiş olsa da bugüne kadar klinik ve bilimsel literatür akışkanlık ve farklılık gösteren derecelerde değişim potansiyelini göstermiştir. Çok sayıda fakat hepsi diyemeyeceğimiz oranda, danışanlar terapistleri tarafından gözlemlenmemiş veya istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlarının istenen yönde akışkanlığını ve sunulan endişelerine ilişkin değişiklikleri yaşadıklarını bildirmişlerdir (ATCSI, 2009).

Rapor veren ve/veya hemcinsten karşı cinse çekim, biliş, fantezi ve davranışa önemli bir geçiş yaptığı değerlendirilen danışanların, SAFE-T öncesine göre daha az yoğun olsa da hemcinsteki duygu veya düşünceleri yeniden deneyimlemesi nadir değildir. Tabii ki, istisnalar olabilir. Danışanlar terapiye başlarken umdukları her şeyi başaramamış olsalar bile, birçoğu elde ettiklerinden memnun olduklarını bildirmekte (Nicolosi ve diğerleri, 2000, 2008; Santero ve diğerleri, 2018; Spitzer, 2003) ve terapideki deneyimlerini “zararlı” olarak tanımlayan bazı danışanlar aynı zamanda onları “yardımcı” olarak nitelendirebilir (Shildo ve Schroeder, 2002). Ayrıca, genel olarak terapide olduğu gibi (Lambert & Ogles, 2004), belgelenmiş müdahale başarısıyla, kompulsif veya bağımlılık yapıcı cinsel ve/veya istenmeyen eşcinsel çekimleri ile birlikte ortaya çıkan diğer bozuklukların tedavisi sırasında veya sonrasında bazı tekrarlamalar beklenebilir (krş. Yönerge 7 ve 12). Bununla birlikte, faydalandıklarını düşünen hastaların yüzdesi psikoterapinin diğer alanlarındaki sonuçlarla çok benzerdir (Santero ve diğerleri, 2018) ve istatistiksel etki boyutları da benzerdir. Benzer şekilde, iddia edilen zararın düşük derecesi de karşılaştırılabilir. Bununla birlikte, terapistler danışanların SAFE-T arayışları ile ilgili başkalarının düşmanca tutumlarına dayanma kabiliyetini dikkatli bir şekilde değerlendirmeli ve bu tür ortamlara sınırlı bir şekilde maruz kalmayı önermeleri gerekebilir. SAFE-T danışanlarının hedeflerine karşı çıkan aktivistler,

onları diğer terapi alanlarında nadiren görülen bir dereceye kadar agresif bir şekilde sorgulayabilir.

Başarılı SAFE-T sonuçlarını belgeleyen klinik ve bilimsel literatürün eleştirileri veya bunun tersi ya da eksikliği, gerçekten randomize edilmiş sonuç çalışmalarının olmadığına doğru bir şekilde işaret etmektedir. Literatürün bir diğer eleştirisi ise “cinsel yönelim”, “homoseksüellik”, “heteroseksüellik” ve “değişim” gibi terimlerin anlamının net bir şekilde tanımlanmamış olmasıdır.” Daha önce de belirtildiği gibi, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin 1973’te homoseksüelliği artık ruhsal bir bozukluk olarak tanımlamama kararından bu yana, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlara yönelik geliştirme ve müdahaleler üzerine daha az araştırma raporu olmuştur. Bununla birlikte, Spitzer’in (2003) belirttiği gibi, kontrolleri ve gerçekten rastgele olan bir çalışma muhtemelen lojistik açıdan imkansızdır.

Bu tür bir eleştiri, bir yüzyıllı aşkın bir süredir, klinik ve bilimsel kanıtların, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışların akışkanlığının terapötik bir ortamda kolaylaştırılabileceğini ve bunu yaparken böyle bir keşif arayan danışanların her zaman zarar görmediğini ısrarla gösterdiği anlamına gelmez. İstenmeyen eşcinsel çekimi ele almak için çeşitli teorik paradigmaları ve psikoterapötik yaklaşımları temsil eden profesyonellerden SAFE-T’yi arayan önemli sayıda kişi, bu çekimin sıklığını ve gücünü azaltma, hemcins davranışları azaltma veya ortadan kaldırma ve heteroseksüel cinsel çekim deneyimlerini geliştirme hedeflerini başarıyla takip etmiştir (Nicolosi ve diğerleri, 2000; Phelan, 2014; Santero ve diğerleri, 2018). Frekanstaki azalma, genel olarak büyüklük sırası ile ilgili olabilir (yani, **orijinal** seviyelerden yaklaşık 10 kat daha az), ancak birçoğu çok daha fazla azalma sağlar (Santero ve diğerleri, 2018).

Lambert & Ogles (2004), “bireylerin depresyon, yetersizlik, kaygı ve iç çatışmalarla başa çıkmasına yardımcı olmanın yanı sıra, yaşamları için uygulanabilir ilişkiler ve anlamlı yönler oluşturmalarına yardımcı olmanın, güven, sıcaklık, anlayış, kabul, nezaket ve **insan bilgeliği** ile karakterize edilen terapötik bir ilişkide büyük ölçüde kolaylaştırılabileceğini” gözlemlemiştir (s.180-181). Tüm

mevcut endişeler için terapide olduğu gibi, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları çözmek isteyen kişilere danışmanlık yapmaya başlarken tatmin edici bilgilendirilmiş onam vermek sadece etik olmakla kalmaz, aynı zamanda daha etkili olur ve terapötik ilişkilerin gelişimini de kolaylaştırması beklenebilir.

Yönerge 6. Klinisyenlerin, tedavi yasaklarının varlığı konusunda kendi eyaletlerindeki veya yerel yargı alanlarındaki yasal çevrenin farkında olmaları ve bu koşullar altında uygun olan yetkili yasal danışmanlık aramaları teşvik edilir.

2012’den bu yana çeşitli eyalet ve belediye yönetimleri, en azından bazı danışanların bir psikoterapi ortamında akışkanlık ve istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışların değiştirilmesini yasaklamayı amaçlayan yasalar veya yönetmelikler çıkarmıştır (Dubrowski, 2015; List of jurisdictions banning conversion therapy for minors” (Reşit olmayanlar için dönüşüm terapisini yasaklayan yetki alanlarının listesi), 2018; Rosik, 2017b; Sandle, 2014). Bu tür yasaklar için sözde motivasyon niteliğindeki korkunç ve yaygın zararlar iddialarına rağmen, bu veya diğer yargı alanlarındaki herhangi bir düzenleyici otorite tarafından lisanslı terapistlere karşı resmi bir işlem yapılmamıştır (Drescher ve diğerleri, 2016). Bu, bu yasaların veya düzenlemelerin birincil amacının, danışanın istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışların potansiyel akışkanlığını keşfetmesine yardımcı olacak klinisyenlerin gözünü korkutmak olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, bu yargı bölgelerindeki klinisyenler, bu yasakların, eski terapistlerine ibret olsun diye isteksiz danışanlar arayan aktivistlere potansiyel bir silah verdiğinin farkında olmalıdır. Bu nedenle, uygulamada mükemmellik SAFE-T’ye katılan tüm terapistlerin hedefi olsa da terapi yasakları olan yargı bölgelerinde bulunanların, yürürlüğe konan veya yayımlanan kısıtlamaların etkisini ve etkilerini değerlendirmek için yetkili yerel hukuk danışmanından yardım almaları gerekebilir.

SAFE-T kavramı ve yaklaşımı, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışların akışkanlığına imkân tanıyan terapilerin doğru bir tanımını sunar. SAFE-T uygulaması, tanım gereği, daha büyük

bir heteroseksüel uyumu önleyebilecek sorunları tanımlama ve çözmede yardım talep eden danışanlara yardımcı olmak için yalnızca çağdaş ana akım terapötik yöntemleri kullanan bir uygulamadır (krş. Yönerge 7). İstenmeyen EÇ'li (eşcinsel çekim) danışanlar genellikle hemcins çekimlerinin kökenleri hakkında kendi anlayışlarını yansıtır; hemcins çekimleri ve davranışları hakkındaki ilk tartışmalarda danışanların ahlaki, dini ve psikolojik dilinden yararlanmak en iyisidir. SAFE-T'nin danışan merkezli olması gerekir ve klinisyenler, danışanlara terapistin veya terapistin mesleki birliğinin etiyolojik ve ahlaki perspektifini benimsemeleri yönünde baskı yapmamaya özen göstermelidir (Benoit, 2005; Rosik ve Popper, 2014).

Örneğin, çocukluk travması veya ilişkisel bozulma geçmişlerinin heteroseksüel olmamalarına katkıda bulunmuş olabileceğine inanan danışanlar, deneyimleriyle tutarlı araştırma kanıtları olduğundan emin olabilirler (Beard ve diğerleri, 2013; Bickham ve diğerleri, 2007; O'Keefe ve diğerleri, 2014; Roberts, Glymour ve Koenen, 2013; Wells, McGee ve Beautrais, 2011; Wilson ve Widom, 2009). Ayrıca, cinsel çekim ve davranışların akışkanlığının atipik olmaktan ziyade, özellikle kadınlar ve ayrıca erkekler için yaygın olduğu da söylenebilir (Diamond, 2008a, 2016; Dickson, Paul ve Herbison, 2003; Dickson, van Roode, Cameron, Paul, 2010; Far, Diamond ve Boker, 2014; Hu, Xu ve Tomello, 2016; Katz - Wise ve Hyde, 2015; Katz - Wise, Reisner, Hughto ve Keo - Meier, 2016; Moch ve Eiback, 2012; Ott, Corliss, Wypij, Rosario ve Austin, 2011; Ott ve diğerleri, 2013; Savin'Williams ve Ream, 2007). Dahası, bu tür akışkanlığın terapötik süreçte yaygın olarak ele alınan ilişkisel ve çevresel bağlamlardan etkilendiğine dair kanıtlar vardır (Manley, Diamond ve van Anders, 2015; Santero ve diğerleri, 2018). APA ve diğer meslek örgütlerinin, eşcinsel çekimi kesin olarak belirleyen tek bir faktör veya faktörlerin bilinmediğini kabul etmeleri küçük bir ironi değildir (APA, 2008a) ve aynı zamanda tüm bu faktörlerin sadece normal ve pozitif olduğundan emin olma tavrını devam ettirmektedirler (APA, 2009; Mustanski, Kuper ve Greene, 2014).

SAFE-T ile ilgilenen klinisyenler, danışanın cinsiyet sunumu (presentation) ve rol davranışının yüzeysel dış değişiklikleri için terapist tarafından başlatılan önerilerin daha derin duygusal, ilişkisel ve/veya kimlik sorunlarını ele alma olasılığının düşük olduğunu kabul eder (Santero ve diğerleri, 2018). SAFE-T, daha derin sorunların ele alınmasının belirli bir danışanın istenmeyen eşcinsel çekimini etkileyebileceğini (veya etkilemeyeceğini) kabul eden bir süreçtir. Örneğin, altta yatan bağlanma yaralarının yeterli şekilde çözülmesi, danışanın cinsiyet sunumunun bu tür **düzenlemelerine** olan ilgisini artırabilir.

SAFE-T uygulamasının bir diğer önemli yönü, klinisyenin terapi deneyimleri hakkında düzenli olarak danışandan geri bildirim almasıdır. Bu inceleme, oturumda yapılabilir ve danışan algıları, memnuniyet veya memnuniyetsizlik olsun ya da olmasın, ilerleme notlarında belgelenmelidir. Danışan memnuniyeti ve ilerlemesine yönelik daha nesnel ölçümlerin ara sıra kullanılması da önerilmektedir (örneğin, OQ-45 anketi; Lambert ve diğerleri, 2004). Terapi sürecindeki ve hedeflerindeki ayarlamalar ve hatta istenirse farklı bir terapistle sevk de dahil olmak üzere, algılanan memnuniyetsizlik noktalarının ele alınması ve belgelenmesi gereklidir.

Terapiye katılan heteroseksüel olmayan kimliklere sahip danışanlar, cinsel yönelimleriyle ilgili olmayan nedenlerden dolayı bunu yapmış olabilir ve SAFE-T'ye ilgi duymayabilirler. Bu nedenle terapistler, SAFE-T veya eşcinsel çekim ve davranışların akışkanlığı konusunda, danışanın açık bir şekilde başlattığı istek ve tam olarak bilgilendirilmiş bir onam süreci olmadan bir tartışma başlatmazlar. Terapistler ayrıca, danışanları hem yazılı onam formları hem de oturum içi tartışmalar yoluyla istenmeyen eşcinsel çekimlerine ve davranışlarına yönelik klinik yaklaşımları konusunda eğitmeye teşvik edilir. Benzer bir eğitim süreci, SAFE-T'nin olası fayda ve risklerinin yanı sıra tedavili ve tedavisiz potansiyel sonuçların aralığını ele almak için kullanılabilir (Rosik ve Popper, 2014).

SAFE-T klinisyenleri, açık veya örtük olarak, cinsel yönelimde bir değişiklik veya hatta istenmeyen eşcinsel çekim ve davranış-

larda değişim sözü vermez veya garanti etmez. Terapistler, danışanların cinsel çekim akışkanlık seviyesini ve yönelimini arzu ettikleri seviyede deneyimlemedikleri takdirde suçlanmadıklarından emin olmak için tedbirli olmalıdır. Bu, özellikle gerçekçi olmayan bir değişim için örtük veya açık beklentilerin olabileceği dini ortamlarda önemlidir. Meichenbaum ve Lilienfeld (2018), terapistlerin güvenilirliklerini zedeleyebileceğini gösteren 19 psikoterapi “aldatması” belirtisi sunmaktadır. Abartının göstergeleri arasında tedavi etkinliği iddialarının abartılması, yetkililere veya “gurulara” aşırı atıflarda bulunulması ve tedavinin “tüm insanlara uygun” olduğu iddiaları yer alabilir. Bu nedenlerden dolayı, akışkanlık ve değişimin oluşumu ile ilgili kapsamlı ve bilimsel olarak temellendirilmiş bir tartışma ve terapi sürecinin düzenli olarak gözden geçirilmesi çok önemlidir.

Terapötik uygulamada, SAFE-T klinisyenlerinin, tedavinin bir odağı olarak özellikle eşcinsel çekimlerini veya cinsel oryantasyonu hedeflememesi teşvik edilir. Aslında, SAFE-T’yi sürdüren erkek danışanların büyük çoğunluğu akışkanlık ve değişim arayışlarından en çok hemcins akranlarla erotik olmayan ilişkiler geliştirerek, duygusal ihtiyaçları ve sorunları, meditasyon ve manevi çalışmaları anlayarak ve uygun sınırları korumayı öğrenerek yararlandıklarını bildirmişlerdir (Santero ve diğerleri, 2018).

Yönerge 7. Klinisyenler, istenmeyen eşcinsel çekimi olan danışanlara hizmet verirken zarar riskini en aza indiren psikoterapötik müdahalelerde kabul edilmiş psikolojik yaklaşımları kullanmaya teşvik edilir.

Her psikolojik danışman, danışanlara mevcut problemleriyle (iyilikseverlik) başa çıkmada ve potansiyel zararlardan kaçınmak veya en aza indirmek (kötü etki yapmamak) için makul ölçüde yardım sunması beklenebilecek psikoterapötik yaklaşımlar kullanır. İstenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları ele almak için danışanlarla yaptıkları çalışmalarda SAFE-T’yi kullanan profesyonel klinisyenler, ruh sağlığı mesleklerinde halihazırda uygulanan teorik yaklaşım ve tekniklerden bir veya daha fazlasında eğitilmektedir. Klinisyenler, danışanların depresyon, anksiyete,

utanç, aile kökeninden kaynaklanan çözülmemiş sıkıntı, cinsel ve duygusal istismar, ilişki zorlukları, girişkenlik eksikliği ve kompulsif ve bağımlılık alışkanlıkları dahil olmak üzere ortak sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için kabul edilmiş psikolojik yaklaşımları kullanırlar. Klinisyenler ayrıca, danışanlarının ihtiyaçları ve kendi mesleki gelişimleri tarafından belirlenen gözetim ve ilave eğitim **ararlar** (krş. Yönerge 13).

Eleştirilenler tarafından, SAFE-T'nin istenmeyen eşcinsel çekim için olası bir sonucunun homoseksüelliğe veya eşcinsel ve lezbiyen kişilere karşı olumsuz bir tutum geliştirmek olduğu ileri sürülmüştür (örneğin, Drescher ve diğerleri, 2016; Haldeman, 1991, 1994). Bildirilen zararın potansiyel zararı veya eleştirisi ile ilgili bu uyarı, herhangi bir terapötik süreç bağlamında anlaşılmalıdır. Bu tür bir müdahale genellikle bir danışanın yakın veya uzak geçmişten kalan depresyon, anksiyete ve diğer duyguların daha fazla farkına varmasına yol açar. Kısa vadede, danışanlara cinsel veya diğer (örneğin, madde kullanımı) **ayıklık** uygulamaları için yardım edildiğinden, depresyon, anksiyete vb. “duygularında” bir artış yaşayabilirler.

Hoş olmayan duygulardaki artış “zarar”ın bir göstergesi değil, daha önce duygu durumu değiştiren davranışlar (örn., cinsel tatmin), ilişkiler (örn., bağımlılık), maddeler (örn., alkol veya uyuşturucu) veya diğer araç gereçler (örn., pornografi) tarafından uyuşturulan duygularla başa çıkma fırsatı olabilir. Altta yatan duygusal sorunlar veya kompulsif davranış kalıpları etkili bir şekilde çözülmeden önce herhangi bir terapiyi sonlandıran danışanlar, şüphesiz terapiye başladıklarından daha kötü hissedeceklerdir. Ayrıca, eşcinsel arzuları olan kişilerin cinsel dürtüleri olduğu veya diğer psikolojik veya ilişkisel zorluklar yaşadığı ölçüde, madde bağımlılığı ve diğer alışkanlıkları tedavi ederken bulunan yüksek bir **tekrarlama** oranı gerçekçi olmayabilir.

Genel olarak, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlar için SAFE-T'nin bir dizi danışan için yararlı olduğu gösterilmiş olup sürekli olarak zararlı olduğu görülmemiştir (Santero ve diğerleri, 2018). Bu tür müdahaleye açıkça karşı çıkan ve bazen zararlı olduğu veya olabileceği konusunda uyarıda bulunan yazarlar,

durumun her zaman böyle olmadığını kabul ederler (Haldeman, 2001; Schroeder ve Shildo, 2002; Shildo ve Schroeder, 2002). Eşcinsel düşüncelerini, duygularını, fantezilerini ve/veya davranışlarını umdukları kadar değiştiremedikleri için hayal kırıklığına uğrasalar bile, danışanlar elde ettikleri değişikliklerden memnuniyet duyduklarını ve psikolojik danışma sürecinin en azından bir ölçüde yararlı olduğunu bildirmişlerdir (örneğin, Nicolosi ve diğerleri, 2000; Santero ve diğerleri, 2018; Shildo ve Schroeder, 2002; Spitzer, 2003). Bir danışanın memnuniyetsizliği herhangi bir tedavinin olası ve talihsiz bir sonucu olsa da bu memnuniyetsizlik doğası gereği “zararlı” değildir; zamanında ve doğru bilgilendirilmiş onamın sorumlu uygulaması ile en aza indirilebilir (krş. Yönerge 5). Bu tür uygulamalar, terapi sırasında istenmeyen eşcinsel çekim, düşünce ve davranışlarda akışkanlık ve değişimin bir süreklilik üzerinde meydana geldiği bir tartışmayı içerecektir. Bazı danışanlar derin akışkanlık ve değişim yaşıyor gibi görünmekte, bazıları orta düzeyde, bazıları ise çok az veya hiç yaşamamaktadır (ATCSI, 2012).

Kuramsal yönelim veya tedavi yöntemine bakılmaksızın, danışanların küçük bir yüzdesi için bazı psikolojik veya kişiler arası bozulma veya diğer olumsuz sonuçlar kaçınılmaz görünmektedir. Lambert’in (2013) yazdığı gibi, psikoterapinin “birçok danışan için” oldukça etkili olduğu kanıtlanmış olsa da “psikoterapi bunların (yetişkinler ve çocuklar) bir kısmına zarar verebilir ve verir” (s. 192). Özellikle “tedaviye katılırken kötüleşme” olasılığı daha yüksek olan danışanlar (s. 192) genellikle tedaviye ciddi bir “başlangıç rahatsızlık seviyesi” ile başlar, örneğin sınırda kişilik bozukluğu (Lambert ve Ogles, 2004, s. 177). “Kororbid problemleri olan **danışanların** (ayrıca) başarılı olma olasılığı daha düşüktür. “Birincil tanıya bağlı olarak, kişilik bozuklukları, depresyon, madde bağımlılığı ve psikiyatrik tanılar için kororbiditenin tedavi sonuçlarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Bohard ve Wade, 2013, s. 227). Buna ek olarak, klinisyenleri empatiden yoksun olabilen, sorunlarının ciddiyetini küçümseyen veya önemli ölçüde olumsuz karşıt aktarım yaşayan danışanlar da bozulma riski altında olabilir (Mohr, 1995).

Son olarak, mevcut araştırmalar ve meslek etiği ışığında, istenmeyen eşcinsel çekimleri ve davranışları için bazı eski müdahaleler önerilmemektedir. Bunlar arasında şok terapisi ve diğer caydırıcı teknikler, sözde tekrarlayıcı terapiler ve dini duaların zorlayıcı biçimleri (şeytan çıkarma dahil) yer alır. Genel olarak, bugüne kadar yapılan araştırmalar, SAFE-T'ye istenmeyen eşcinsel çekim veya davranışlarını ele almak için katılan danışanların SAFE-T olarak her zaman zarar görmediğini göstermiştir (APA, 2009; Pela ve diğerleri, 2018; Santero ve diğerleri, 2018). SAFE-T'ye katılmaya atfedilen herhangi bir olumsuz sonucun, bu tür bir araştırmayı yararlı bulanlar tarafından iddia edilen faydalardan daha ağır bastığı gösterilmemiştir. Ne yazık ki hem Amerika Birleşik Devletleri'nde hem de Avrupada APA gibi çoğu ruh sağlığı derneği, akışkanlığı takip eden ve profesyonel terapi yoluyla istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlarında değişiklik yapan danışanların zarar görme potansiyeline sahip olduğu konusunda halkı adil olmayan bir şekilde uyarmaktadır. Bu durum, ruh sağlığı derneklerinin geğmiş ve yakın zamanda yaptıkları araştırmaların kendi uyarılarını desteklemediğini kabul etmelerine rağmen geręekleřmektedir (APA, 2009; Sutton, 2014).

Yönerge 8. Klinisyenlerin, genellikle eşcinsel çekimlerine eşlik eden psikolojik ve davranışsal durumlar hakkında bilgi sahibi olmaları ve danışanların bu sorunları yönetmelerine yardımcı olmak için ilgili tedavi hizmetleri sunmaları teşvik edilir.

İstenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlara sahip danışanların psikolojik bakımında, klinisyenlerin her birini ayrıntılı bir öykü ve muayene ile tam olarak değerlendirmeleri ve ilişkili psikopatolojik durumların potansiyel varlığına özellikle dikkat etmeleri şiddetle tavsiye edilir. Genellikle kısıtlı örneklemler, kontrollerin eksikliği ve/veya belirsiz nedensel yollarla sınırlı olsa da, eşcinsel partnerler bildiren yetişkinler arasında ruh sağlığı komorbiditesi çalışmaları sürekli olarak lezbiyenlerin, gey erkeklerin ve biseksüel bireylerin heteroseksüel bireylerle karşılaştırıldığında bazı ruhsal bozukluklar açısından yüksek risk altında olabileceğini göstermektedir (Cochran ve Mays, 2009; King ve diğerleri, 2008; Semlyen, King, Varney ve Hagger-Johnson, 2016). Cochran,

Sullivan ve Mays (2003), gey-biseksüel erkeklerin heteroseksüel erkeklere göre daha yüksek depresyon, panik atak ve psikolojik sorun prevalansı gösterdiğini; lezbiyen-biseksüel kadınların aynı çalışmada heteroseksüel kadınlara göre daha fazla yaygın anksiyete bozukluğu prevalansı gösterdiğini göstermektedir. Diğer karşılaştırmalar Whitehead (2010)'de bulunabilir. İlişki uzunluğunun nicel tahminleri (Whitehead, 2015/16), ortalama 4.7 (± 2) yıllık bir süreye işaret etmektedir, bu da sıklıkla kısa heteroseksüel ilişkilerle ilişkili olan depresyona yol açmaktadır (Davila ve diğerleri, 2009). Ayrıca, bazı çalışmalar biseksüellerin genellikle gey ve lezbiyenlerden daha kötü sağlık sonuçlarına sahip olduğunu öne sürmüştür (Ross, Salway, Tarasoff, MacKay, Hawkins ve Fehr, 2018), ancak bu yaygın kabule son zamanlarda karşı çıkmıştır (Savin-Williams ve Cohen, 2018). Bu yüksek psikopatoloji riski, istensin ya da istenmesin, eşcinsel çekim yaşayan kişilerle çalışırken klinisyenin zihninde ön planda olmalıdır.

Sağlık alanındaki önemli bir konu, riskin değerlendirilmesi ve daha sonraki yönetimidir. Ruh sağlığı açısından, bu her zaman kendine zarar verme ve intihar için bir risk değerlendirmesini içerir. Araştırmalar, intihar riski ile eşcinsel çekim ve davranışlar arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Arnarsson, Sveinbjornsdottir, Thorsteinsson ve Bjarnason, 2015; Eskin ve diğerleri, 2005; Hottes, Bogaert, Rhodes, Brennan ve Gesink, 2016; King ve diğerleri, 2008; Ploderl ve Fartacek, 2005; Ploderl ve Tremblay, 2015; Remafedi, French, Story, Resnick ve Blum, 1998). Gilman, Cochran, Mays, Hughes, Ostrow ve Kessler (2001), *National Comorbidity Survey (Ulusal Komorbidite Anketi)*'nden elde edilen verileri kullanarak, eşcinsel partnerler bildiren kişilerin heteroseksüel akranlarına kıyasla psikiyatrik ve intihar belirtileri yaşama olasılığının sürekli olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu bulgu, gençler (Rimes, Shivakumar, Ussher, Baker, Rahman ve West, 2018; Russell ve Joyner, 2001) ve yetişkinler (Remafedi ve diğerleri, 1998) üzerinde yapılan çalışmalarda tutarlı olmuş ve eşcinselliğe karşı nispeten hoşgörülü bir tutuma sahip olan Hollanda ve İsveç'te de dikkat çekmiştir. Eşcinsel çekim ve davranışlara sahip Hollandalı erkekler ve eşcinsel evlilik yapan İsveçliler, heteroseksüel emsallerinden çok

daha yüksek intihar riski altındadır (Bjorkenstam, Andersson, Dalman, Cochran ve Kosidou, 2016; de Graaf, Sandfort ve ten Have, 2006; Sandfort, de Graaf, Bijl ve Schnabel, 2001).

Cinsel bağımlılık genelde eşcinsel davranışlarla birlikte ortaya çıkar (Bothe ve diğerleri, 2018; Dodge, Reece, Herbenick, Fisher, Satinsky, & Stupiansky, 2008; Guigliamo, 2006; Kelly, Bimbi, Nannin, Izienicki, & Parsons, 2009; Parsons, Kelly, Bimbi, DiMaria, Wainberg, & Morgenstern, 2008; Quadland & Shattls, 1987) ve şu şekilde tanımlanmıştır: “Cinselliği kendi kendini doğrulayan bir fiziksel zevk kaynağı olarak sevmenin aksine, bağımlı kişi, acıdan kurtulmak, iyileşmek veya stresten uzaklaşmak için sekse güvenmeyi öğrenmiştir” (Carnes, 1992, s. 34). Bu genellikle çocukluk ve ergenlik dönemine dayanır ve cinsel bağımlılık ile başvuranların %60’ı yetişkinliğe ulaşmadan önce cinsel istismara uğramıştır (Griffin-Shelley, 1997). Eşcinsel çekim ve davranış bildiren bireylerin, özellikle kadınlar arasında daha yüksek cinsel istismar prevalansına sahip oldukları görülmektedir (örneğin, Bebbington ve diğerleri, 2009; Doll, Joy, Bartholow ve Harrison, 1992; Eskin ve diğerleri, 2005; Friedman ve diğerleri, 2011; Mustanski, Kuper ve Greene, 2014; Paul, Catania, Pollack ve Stall, 2001; Tomeo ve diğerleri, 2001; Wilson ve Widom, 2010; Xu ve Zheng, 2015). Bu nedenle klinisyenlerin her danışandan tam ve ayrıntılı bir geçmiş alması zorunludur. Eşcinsel çekimi olan danışanlar yaygın olarak diğer bağımlılık davranışlarını da bildirdiğinden, kapsamlı bir geçmiş, patolojik kumar (Granta ve Potenzab, 2006) ile reçeteli, reçetesiz ve yasadışı ilaçlar da dahil olmak üzere madde kullanımı (Branstrom ve Pachankis, 2018; Goldbach, Fisher ve Dunlap, 2015; Ploderl ve Tremblay, 2015; Roth ve diğerleri, 2018; Ueno, 2010) ve cinsel bağımlılık gibi diğer yaygın bağımlılık davranışlarının değerlendirilmesini de içermelidir.

Klinisyenler aktif psikopatolojiyi tarayan tam bir değerlendirmeyi tamamladıklarında, yetkin olmadıkları bir klinik alanda uygulama yapmamaya da dikkat etmelidirler (APA, 2017, Etik Standart 2). Aktif psikopatoloji tespit edilirse, klinik olarak gerekli olduğunda multidisipliner konsültasyon veya uygun bir merkeze sevk yoluyla ele alınmalıdır (krş. Yönerge 12).

Yönerge 9. Klinisyenler, istenmeyen eşcinsel çekime sahip danışanların karşılaştığı zorlayıcı baskıları (örneğin, kültür, dini topluluk) anlamaya çalışırlar.

İstenmeyen eşcinsel çekimle gelen danışanları çevreleyen toplumsal baskılar hafife alınamaz. Klinik müdahale, bu danışanların geldiği çoklu bağlamların ve eşcinselliğe karşı her ortamda bulunan normatif tutumların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesinden yararlanacaktır. Bu danışanların kültürel bağlamı, etnik miraslarını içerir ve etnik geçmişe göre eşcinsel bakış açılarındaki farklılıklar dikkate alınmalıdır. Örneğin, Afrikalı-Amerikalı veya İspanyol kökenli danışanlar genellikle eşcinsellik hakkında geleneksel ve daha eşit olumsuz görüşlere sahip topluluklarda yaşarlar (Greene, 1998; Herek ve Gonzalez- Rivera, 2006; Martinez ve Sullivan, 1998; Schulte ve Battle, 2004; Vincent, Peterson ve Parrott, 2009).

Bir diğer kritik boyut ise bu danışanların dini arka planıdır çünkü istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlara müdahale etmek isteyen birçok kişi genellikle muhafazakâr inanç topluluklarından gelmektedir (Haldeman, 2002, 2004; Nicolosi ve diğerleri, 2000; Rosik, 2003a; Schulte ve Battle, 2004; Santero ve diğerleri, 2018; Spitzer, 2003). Bu bireylerin çoğu, daha önce eşcinsel davranışı ahlaksız olarak gören dini geçmişlerinden bir değer çerçevesi benimsemiş olacaklardır. Bazı dini muhafazakâr danışanlar, mücadeleleri için merhametten yoksun olabilen ya da öyle görünen bazı dini otoritelerden eşcinsellikle ilgili teolojik temelli kınayıcı yorumlar dinleyerek büyümüş, hatta çekimlerini kasten seçtiklerini ve/veya tamamen telafi edilemez olduklarını iddia ettiklerini duymuş olabilirler.

Dikkatle değerlendirilmeye değer üçüncü bir çevre, danışanların aile bağlamıdır (Yarhouse, 1998b). Ebeveynlerin ve heteroseksüel partnerlerin danışanların eşcinsel çekimlerine karşı tutumu, belki de değişim arayanların zihniyeti üzerinde etkili olabilecek en acil faktördür. Danışanlar, aile üyelerinden eşcinsel-olumlamadan sevgiye, onaylanmamaktan açıkça reddedilmeye ve mesafe koyulmaya kadar çeşitli mesajlar alabilirler (Freedman, 2008; Pachankis, Sullivan ve Mora, 2018; Ryan, Huebner, Diaz

ve Sanchez, 2009). Danışanların istenmeyen eşcinsel çekimlerini aile üyelerine ne ölçüde açıkladıkları, danışanların sevdiklerinin nasıl tepki verebileceği konusundaki netliğini de etkileyecektir. Etnik ve dini kimliğin etkileri kesinlikle aile kaygıları ile örtüşebilir ve istenmeyen eşcinsel çekimlerini tanıma, keşfetme ve terapi arama konusundaki isteksizlik duygusunu yoğunlaştırabilir. Danışanların bu bağlamlara yakınlığı da göz önünde bulundurulmalıdır, çünkü onaylanmayan bir geçmişe sahip danışanlar, bir zamanlar eşcinsel bir kimlik yaşadığını bildiren ancak şimdi onunla özdeşleşmek istemeyen danışanlar kadar değişimi takip etme kararları hakkında yansıtıcı olmayabilirler.

Bu bağlamların erken değerlendirilmesi, danışanların SAFE-T'ye girmeye hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesinde önemlidir. Eşcinselliği onaylamayan etnik, dini ve aile geçmişine sahip ne kadar fazla danışan gelirse, danışanların müdahale ararken makul bir şekilde kendi kendine karar vermesini sağlamak için klinisyenlere o kadar fazla yük biner. Bu kayda değer önlem, bazılarının yaptığı gibi (Davison, 2001; Drescher ve diğerleri, 2016; Murphy, 1992), bu geçmişlere sahip danışanların istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlarını değiştirmek amacıyla asla özerk olarak SAFE-T'ye giremeyeceğini iddia etmez. Aslında, Santero ve meslektaşları (2018) toplumsal baskıların oldukça küçük etki ettiğini bulmuşlardır. Bununla birlikte, bireyler, eşcinsel olarak onaylanmadıkları bağlamlarda doğaları gereği cinsel ifade için ahlaki değerler ve davranış kodlarıyla özdeşleşmek amacıyla rasyonel ve serbest seçimler yapsalar da (Yarhouse ve Burkett, 2002), bunun her zaman böyle olduğu varsayılmaz. Bu nedenle danışanlarla, belirli kültürel ve ailevi durumlarında egemen olan eşcinsel çekim ve davranışlara yönelik tutum ve inançları keşfetmek, çekimlerinin akışkanlık ve değişime ne derece maruz kalabileceğini keşfetme kararlarını gerçekten ne ölçüde sahiplendiklerini değerlendirmek açısından önemlidir.

Yönerge 10: Klinisyenlerin EÇ yaşayan kadınların benzersiz deneyimlerini kabul etmeleri ve bağdaştırmaları teşvik edilir.

Kadınların eşcinsel çekim deneyimleri hakkında en son yazılanların çoğu, kendi kendine seçilmiş, açıkça tanımlanmış lezbiyen ve biseksüel kadınlarla yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlardır (Diamond, 2003, 2017). Bu sınırlılıklara rağmen, özellikle EÇ'li kadın ve erkeklerin deneyimlerinin aksine, araştırmadan çıkarılabilecek bazı sonuçlar vardır. Erkekler ve kadınlar cinsel gelişimleri üzerinde farklı nörobiyolojik, kültürel ve politik etkiler yaşarlar (Savin-Williams & Diamond, 2000; Diamond, 2003a, 2017). Bu farklılıklar, EÇ'in gelişimi ve cinsel çekim akışkanlığının araştırılması ve deneyimindeki farklılıklar açısından erkekler ve kadınlar arasında zıtlıkla sonuçlanmaktadır (Diamond, 2003a).

Kadınların romantik çekimleri, erkeklerden daha tutarlı duygusal ve ilişkisel yakınlıkla başlar (Diamond, 2003a; Diamond, 2003b; Diamond, 2008a; Savin-Williams ve Diamond, 2000). Erkekler duygusal yakınlık sonucunda cinsel çekim artışı yaşayabilirken, kadınların eşcinsel çekim deneyimleri neredeyse her zaman duygusal bağlanmadan cinsel çekime geçmekte ve bazen cinsel davranış tarafından takip edilmektedir (Diamond, 2000). Kadınlar diğer kadınlar için daha erken bir çekim ve hayranlık farkındalığına sahip olsalar da bu durum başka bir kadınla cinsel ilişkiye girdikten sonra "ortaya çıkma" eğilimindedir (Diamond, 2008a). Ayrıca, erkeklerin aksine, kadınların ilk eşcinsel çekim deneyimleri neredeyse hiçbir yabancıyla birlikte olmazken, erkekler ilk eşcinsel cinsel deneyimlerinin %25'inin bir yabancıyla olduğunu bildirmektedir (Diamond, 2000). EÇ erkek ve kadınlar arasındaki farklılıklara ilişkin bu bulgular genel olarak erkek ve kadın cinselliği arasındaki farklılıklara paralellik göstermektedir.

Kadınların cinsel çekim akışkanlık potansiyeli daha geniştir (Diamond, 2016; Katz- Wise & Hyde, 2015; Savin-Williams & Diamond, 2000). EÇ yaşayan kadınların çoğu da HÇ (heteroseksüel çekim) yaşamaktadır (Diamond, 2017). Diamond (2003b) lezbiyen kimlikli kadınların 2/3'ünün son 5 yıl içinde erkek partnerleri olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca, çalışmasındaki lezbiyen

kimlikli kadınların %27'sinin lezbiyen **kimliğinden koptuğunu** bildirmiştir. Lezbiyen kimliğini reddeden bazı kadınlar heteroseksüel yaşamayı seçerken, diğerleri erotik bir çekim kimliğini tamamen reddetmeyi seçmiştir (Savin-Williams ve Diamond, 2000). Bu tür bir kimliksizleşmenin, özellikle muhafazakâr din-dar kadınlar için utanç veya yetersiz psikososyal gelişimin bir göstergesi olduğu varsayılmamalıdır (Hallman, Yarhouse ve Suarez, 2018; bkz. Yönerge 3). Cinsel çekim kimlikleri, cinselliğin karmaşıklığını sınırlayıp çarpıtır ve gelişimsel olgunluk sırasında reddedilen zorunlu bir kimlikle sonuçlanabilir. Daha olgun kadınlar, kendilerini ve cinselliklerini, erotik çekimlere dayanan temel, değişmez bir kimliğin mevcut kültürel anlatısından daha karmaşık olarak görürler.

EÇ'leri ile ilgili sıkıntı yaşayan kadınların geçmiş klinik açıklamaları, kadınların cinselliğinin gelişimine dair klasik psikanalitik bir anlayışa dayanmaktadır. Bu görüş, kadınlarda EÇ'in gelişimini çözülmemiş penis kıskançlığı açısından veya bir dereceye kadar maternal bağlanma sorunları olarak çerçevelemektedir (Siegel, 2015). Bununla birlikte, kadınlarda EÇ'in etiyojisine ilişkin bu sınırlı sonuçların, eşcinsel çekim gelişiminin kadından kadına büyük ölçüde değiştiğini tespit eden son araştırmalara yansıtıldığı gibi yetersiz olduğu kanıtlanmıştır (Diamond, 2017). Sonuç olarak, istenmeyen EÇ'i olan kadınların sıkıntısını ele alan SAFE-T klinisyenleri, klinik müdahalenin daha bireyselleştirilmiş ve bilinçli bir danışan merkezli yaklaşım gerektireceğini kabul etmeye teşvik edilmektedir.

Yönerge 11. Klinisyenler, eşcinsel çekim deneyimleyen gençler için var olan özel zorlukları ve riskleri tanımaya teşvik edilir.

Araştırmalar, hemcinsel veya karşı cinse ilk ilginin nüfusun %50'si için 10 yaşına kadar ortaya çıktığını göstermektedir (Hammer, Hu, Magnuson, Hu ve Patterson, 1993; Whitam ve Mathy, 1986), ancak alışılmadık derecede geniş bir aralık vardır ve bazıları Batı'daki son derece cinselleştirilmiş kültürel iklime rağmen ergenliklerinin sonlarına kadar hâlâ aoseksüeldir. Ergenler beyin gelişimi de dahil olmak üzere gelişmekte olan nörolojiye (Sisk ve

Zehr, 2005) sahiptir ve geç ergenlik yıllarında fiziksel zirvelerinde veya oraya yakın olmalarına rağmen olgun bir muhakemeden yoksundurlar. Bu dönem, onlar için hangi gelişim olasılıklarının var olabileceğini bulmak ve çok çeşitli deneyimler elde ederek bir kimlik geliştirmekle meşgul oldukları dönemdir. Cinselliğe başlangıç genellikle bu süre zarfında olur (Floyd & Bakeman, 2006).

Ergenler için riskin basit, olgun ve doğru tahmini genellikle gerçək olarak algılanmaz. Tanıdık riskleri hafife alma ve uzaktan risk olasılığını abartma eğilimindedirler. HIV riski olgun insanlar tarafından açıkça hafife alınmaktadır ancak riskleri yetişkinlerden çok daha az olmamasına rağmen, ergenlerin risk tahminleri hâlâ daha az gerçektir (Lock ve Steiner, 1999). Ne yazık ki, gençler bu konudaki verileri dinleme konusunda isteksiz olabilirler. Yukarıdakiler ışığında sorumluluk sahibi klinisyenler, özellikle risk tahminleri gerçekçi olmadığında, gençlere daha olgun danışanlara kıyasla daha yönlendirici rehberlik sunacaktır. Bu, olgun bir danışandan daha fazla mentorluk veya danışmanlık yapabilecek kişilere yönlendirme içerebilir.

İstatistiksel araştırmalar, çoğunlukla yetişkinlikte takip edilmeyen ve bu nedenle kesin olmaktan uzak olan türlere dair kayda değer cinsel denemelerin olduğunu göstermektedir (Laumann ve diğerleri, 1994). Çeşitli türlerin değişimi yetişkinler olarak bile gerçekleşmeye devam etmektedir (Diamond, 2016; Diamond, Dickenson & Blair, 2017; Katz-Wise & Hyde, 2015; Katz - Wise ve diğerleri, 2016; Kinnish ve diğerleri, 2005). Klinisyenler, ergenlerin belirli bir cinsel yönelime sahip olduklarına erken karar verebileceklerinin farkında olmalı ve bu nedenle acele sonuçlara karşı uyarılmalıdır. Genç kadınların çok önemli bir kısmı için “etiketlenmemiş” cinsel yönelim kategorisi onların en rahat oldukları durumdur (Diamond, 2008b). Tersine, onlara, güçlü bir motivasyonla, akışkanlık ve değişim yaşamının bir yetişkine göre daha kolay olabileceği söylenebilir.

Her yıl, gençlerin yaklaşık %42’si isteyerek veya istemeyerek İnternet pornografisine maruz kalmaktadır. Bu nedenle, birkaç yıl boyunca bu maruz kalma neredeyse evrenseldir (Wolak, Ybarra, Mitchell ve Finkelhor, 2007), bu sebeple etkileri izlenmelidir.

Oldukça gerçekçi olmayan idealler bu gençler tarafından özüm-senebilir. Alternatif olarak, eşcinsel pornografisinin kompulsif veya bağımlılık yaratan kullanımı, genç bir kişinin sadece cinsel hazza zorlandığında veya bağımlı olduğunda gey olduğunu var-saymasına yol açabilir.

Anketler, bazı ergenlerin cinsellikleri hakkında bir sonuca var-dıklarını, sonuçların ne olduğunu algıladıkları konusunda son derece endişeli olduklarını ve kimseye açıklamadan hemen önce en yüksek intihar riski altında olduklarını göstermektedir (Paul, Catania, Pollock, Moskowitz ve diğerleri, 2002; Wang, Ploderl, Hausermann ve Weiss, 2015). Terapistler, özellikle sosyal deste-ğinin olmaması muhtemel olan bu tür danışanların kırılganlı-ğının farkında olmalıdır. Eşcinsel çekimi olan gençler arasında intihar riski, her yıl kendini eşcinsel olarak tanımlama gecikme-si nedeniyle %20 azalmaktadır (Remafedi, Farrow ve Deisher, 1991). Nedensel bağlantılar net olmasa da kendini tanımlama-nın ertelenmesini teşvik etmek ihtiyatlıdır (Rimes ve diğerleri, 2018). Klinisyenler ayrıca, danışanın durumun farkında olmayan aile ve arkadaşlarına, bu mücadelesinin açıklanmasının danışa-nın çıkarlarına uygun olup olmadığını dikkatlice düşünmelidir (Rosario, Schrimshaw ve Hunter, 2009; Ryan ve diğerleri, 2009; Wang ve diğerleri, 2015; krş. Yönerge 9). Eşcinselliklerini anlayış göstermeyen ailelerine açıklayan birçok kişi evsizler arasına ka-tılmakta ve uyuşturucu kullanımı, fuhuş ve şiddet açısından daha fazla risk altında kalmaktadır (Tyler, Whitbeck, Hoyt, & Cauce, 2004). Bu yaştaki akranların tepkileri acımasız olabilir (gaddarlık ergenlik yıllarında zirveye çıkma eğilimindedir) çünkü muhte-melen genç veya yaşlı gruplara göre daha az empatiye sahiptir-ler. Akranların, basmakalıp cinsiyet rollerine uyum sağlamaları yönünde birbirlerine karşı hâlâ yoğun baskıları söz konusudur.

Erkek danışan (ancak kadın danışan kadar değil) muhtemelen reddetme ve ayrımcılığı başkaları tarafından yapılan müdahale-nin temel unsurları olarak bildirecektir (Friedman ve diğerleri, 2011; Hershberger ve D'Augelli, 1995). Babalar, özellikle erkek-ler arasında, bildirilen reddedilmenin birincil ve güçlü bir odağı olabilir (Pachankis ve diğerleri, 2018). Terapistler, bu deneyimle-

nen reddin gerçekte olduğundan daha fazla algılanabileceğinin farkında olmalıdır, ancak yine de danışanlar için gerçek etkileri vardır (Burgess, Lee, Tran ve van Ryn, 2007). Literatür, duygusal ve **kaçınmacı** başa çıkma tarzlarının algılanan reddedilmeyi, belki de bazı durumlarda nesnel koşullardan daha fazla açıklayabileceğini öne sürmektedir (Burgess ve diğerleri, 2007; Gold, Feinstein, Skidmore ve Marx, 2011; Sandfort, Bakker, Schellevis ve Vanwesenbeeck, 2009). Bu nedenle, bir bireyin başa çıkma tarzının terapistler tarafından incelenmesi gerekebilir. Standart DSM koşullarının birlikte ortaya çıkması, bu tür danışanlar için diğerlerinden çok daha yüksektir ve değerlendirilmelidir (Fergusson, Horwood ve Beautrais, 1999). Kontrol edilmesi gereken durumlar arasında madde bağımlılığı (Branstrom & Pachankis, 2018; Ploderl & Tremblay, 2015; Ross ve diğerleri, 2018; Sandfort ve diğerleri, 2001; Trocki, Drabble, & Midanik, 2009; Ueno, 2010), antisosyal davranış (Fergusson ve diğerleri, 1999), depresyon (Cochran ve diğerleri, 2003; Gonzales & Henning - Smith, 2017; Ploderl & Tremblay, 2015; Ross ve diğerleri, 2018), **dürtüsellik** (Puckett, Newcomb, Garofalo, & Mustanski, 2017), kompulsiflik (Dodge ve diğerleri, 2008) ve sınırdaki kişilik bozukluğu (Marantz & Coates, 1991; Sandfort ve diğerleri, 2001) sayılabilir.

Eğitim

Yönerge 12. Klinisyenler, danışanlarını, çekim akışkanlığı ve değişim arayışlarında destekleyebilecek ilgili tıbbi, ruhsal sağlık, manevi ve dini odaklı kaynakları tanımak için makul çabayı gösterirler.

İstenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlar genellikle resmi olarak teşhis edilebilir veya başka şekilde belirgin tıbbi, psikolojik, davranışsal ve ilişkisel zorluklarla birlikte ortaya çıkar (krş. Yönerge 8). Bu nedenle, klinisyenler sağlık hizmetlerine ilişkin tıbbi, psikolojik, davranışsal ve ilişkisel yaklaşımları tanımak için makul çabayı göstermektedir. Klinisyenler sağlık psikolojisi ve ilgili davranış sağlığı konuları hakkındaki bilgilerini güncel tutmaktadır. Birlikte ortaya çıkan etkilerin bakımı uygulama kapsamı

dışında olduğunda danışanları uzmanlara yönlendirirler. Bunlar arasında genel sağlık alışkanlıkları (örneğin, diyet, egzersiz, rahatlama, uyku vb.), ilgili psikotropik ilaçlar ve psikoterapi ile etkileşimli etkinlikleri (Forand, DeRubeis ve Amsterda, 2013; Preston ve Johnson, 2018), tıbbi yönergelere uyumu artırmanın yolları ve kısmen ve yatarak hastanedeki tedavinin zamanlaması (Creer, Holroyd, Glasgow ve Smith, 2004; Thase ve Jindal, 2004) yer almaktadır.

Bazen, danışanların ortaya çıkan tıbbi veya psikiyatrik zorluklarını ele almak, istenmeyen eşcinsel çekimlerini veya davranışlarını ele alma niyetlerine hizmet etmekten daha büyük bir önceliğe sahip olabilir. Psikolojik bakım, danışanların diğer tıbbi yönergelere uymalarını sağlamak için önemli bir destek haline gelebilir. Diğer zamanlarda, tıbbi veya psikiyatrik güçlükleri tedavi etmek, danışanların psikolojik ve manevi müdahalelerde daha etkili olmalarını sağlayabilir. İlave yardımcı müdahaleler psikoeğitime sevk etmeyi içerebilir (örneğin, bireysel veya grup madde bağımlılığı) (Forand ve diğerleri, 2013; Lambert ve Ogles, 2004).

Ebeveynlerin cinsiyet karmaşası, uyumsuzluğu ve sıkıntısı olan çocuklarla ilgili endişelere cevap vermelerine yardımcı olurken, cinsiyet disforisi veya istenmeyen eşcinsel çekimleri de dahil olmak üzere, özellikle ebeveyn eğitimi ve aile terapisi için uygulama veya yönlendirme belirtilebilir (Lundy ve Rekers, 1995; Rekers, 1988, 1995; Zucker ve Bradley, 1995). Bu nedenle, klinisyenler birincil, ardışık, alternatif, kombine veya ek tıbbi veya ruhsal sağlık desteğini tam zamanında almak için diğer sağlık profesyonellerine sevk yapmaya hazırdır.

Buna ek olarak, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları ele almak isteyen danışanlara hizmet veren klinisyenler de kendilerini danışanlarına doğrudan sunmaya veya onları pastoral bakıma yönlendirmeye hazırlarlar. Bu tür danışanlar genellikle istedikleri değişiklikler için motivasyon ve destek sunan dini veya manevi inançlara, uygulamalara ve sosyal etkileşimlere sahiptir (krş. **Uygulama Yönergeleri** 3 ve 4). Bu nedenle, klinisyenler, danışanlarının amaçlanan değişiklikleri gerçekleştirmek için uygun manevi ve dini odaklı kaynakları kullanmalarını desteklemek için

danışanlarının dini inançlarını, ahlaki değerlerini ve manevi uygulamalarını değerlendirmek amacıyla makul çabalar gösterirler (Collins, 2006; Richards ve Bergin, 2000; Wilson, 1988’).

Klinisyenler, genel olarak dinin psikolojik ve kişiler arası sağlığa yararlı olabileceğini, daha “içsel” dini olma yollarının daha sağlıklı görüldüğünü ve daha dindar olan danışanların “benzer inanç ve değerlere sahip klinisyenleri tercih etme ve güvenme” eğiliminde olduklarını makul biçimde kabul ederler (Gregory ve diğerleri, 2008; Richards ve Bergin, 2005, s. 307). Ayrıca, dua (Wright, 1986), meditasyon (Benson, 2015; Benson ve Stark, 1997; Proctor ve Benson, 2011), affetme (Enright, 2012; Enright ve Fitzgibbons, 2014) ve manevi ilkelere dayanan on iki adım grubu (Burlingame, Strauss ve Anthony, 2013; Friends in Recovery, 2009; Hemfelt, Minirth, Fowler ve Meier, 1991; Marich, 2012) gibi maneviyat veya dinden ilham alan yardımcılarının kullanımının klinik müdahalenin bir parçası veya bir ilavesi olarak terapi açısından etkili olduğu gösterilmiştir (Richards ve Bergin, 2004, 2005).

Psikoterapiye ek olarak veya terapi dışında manevi yardımlar, dini faaliyetler ve pastoral danışmanlıktan yararlanmış istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışına sahip danışanların çalışmaları genellikle olumlu sonuçlar bildirmektedir (Jones ve Yarhouse, 2007, 2009, 2011). Danışanlar istedikleri gibi değişmediğinde bile, müdahale başarısızlığı, zarar veya din aracılığı ile yürütülen değişim çabalarından memnuniyetsizlik raporları elde etmek için tasarlanmış araştırmalar, yine de sürecin yararlı olduğunu söyleyen birkaç katılımcı ile karşılaşmıştır (Shildo ve Schroeder, 2002). Müdahale başarısı veya katılımlarından memnuniyet raporları elde etmek için tasarlanan araştırmalar önemli ölçüde daha olumlu raporlar vermiştir (Nicolosi ve diğerleri, 2000, 2008;

* Wilson’ın (1988) kitabı, Gary R. Collins tarafından düzenlenen *Resources for Christian Counseling* serisindeki 28 ciltten biridir. Dizinin yazarları, Hristiyan psikoterapistlerin ve profesyonel danışmanların, benlik saygısı, depresyon, anksiyete, öfke, evlilik ve aile sorunları, çocukların özel ihtiyaçları, aile şiddeti ve istismarı, yeme bozuklukları, madde kullanımı ve bağımlılığı ve ACOA sorunları da dahil olmak üzere çeşitli konularla ilgilenen Hristiyan danışanlara nasıl hizmet edebileceğini ele almaktadır. Bu serinin dikkat çekici, son kitabı serinin editörü tarafından yazılmıştır (Collin, 1988).

Santero ve diğerleri, 2018; Spitzer, 2003). Araştırma tasarımı ne kadar özenli olursa, elde edilen sonuçlar ruhsal/dini/pastoral danışmanlık yaklaşımlarının bazı bireyler için istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları azaltabildiğini veya ortadan kaldırabildiğini o kadar net göstermiştir (Jones & Yarhouse, 2007, 2011; Yarhouse, Burkett, & Kreeft, 2002). Danışanlar çok çeşitli yöntemler deneme eğilimindedir ve hemen hemen hepsini yararlı bulmaktadır (Santero ve diğerleri, 2018).

Yönerge 13. Klinisyenlerin SAFE-T talep eden danışanlara uygun literatür hakkındaki bilgi ve anlayışlarını artırmaları ve bu alandaki klinik çalışmalarını geliştirmek için sürekli eğitim, öğretim, denetim ve konsültasyon istemeleri teşvik edilir.

Eşcinsellik literatürünün, hemen hemen her gün birkaç yeni referansın birikmesinden, birçoğundan biraz daha aktif olduğu düşünülse de ilk bakışta diğerleri gibi bir akademik alandır. Ancak bu aldatıcıdır. Eşcinsel çekim izole edilmiş bir klinik **durum** değildir. Bununla birlikte çok çeşitli koşullar ortaya çıkar ve klinisyenlerin bu koşullar hakkında makul bir bilgiye sahip olmaları veya en azından bunları kolayca tanıyabilmeleri ve danışanları gerektiği gibi yönlendirebilmeleri gerekir (krş. Yönerge 8). Bu durum klinisyenlerin literatüre katkı sağlama ve kendini güncel tutma sorumluluğunu büyük ölçüde artırmaktadır.

Araştırmalar genel olarak, eşcinsel çekim ve davranış bildiren kişilerin (çoğunlukla erkek temsilciler) genel popülasyondan çok daha fazla patoloji prevalansına sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulguların tutarlılığı, metodolojik sınırlılıkları bir dereceye kadar dengelemektedir. Prevalans eşitsizlikleri pek çok alanda ve şekilde raporlanabilir veya ortaya çıkabilir: Depresyon (Ross ve diğerleri, 2018), korunmasız sekste intihar riski alma (van Kesteren, Hospers ve Kok, 2007), şiddet (Coxell, King, Mezey ve Gordon, 1999; Friedman ve diğerleri, 2011; Owen ve Burke, 2004), antisosyal davranış (Fergusson ve diğerleri, 1999), madde bağımlılığı (Branstrom ve Pachankis, 2018; Pakula, B., Shoveller, J., Ratner, PA ve Carpino, R., 2016; Rhodes, McCoy, Wilkin ve Wolfson), yaralanma (Batejan, Jarvi ve Swenson, 2015), ruminasyon (Tim-

mins, Rimes ve Rahman, 2017; Wang ve Borders, 2017), intihar (de Graaf ve diğerleri, 2006; Hottes ve diğerleri, 2016; King ve diğerleri, 2008; Peter ve diğerleri, 2017; Ploderl & Tremblay, 2915; Rimes ve diğerleri, 2018), daha fazla cinsel partner (Laumann ve diğerleri, 1994; Mark, Garcia, & Fisher, 2015; Mercer ve diğerleri, 2009; Parsons, Starks, Gamarel, & Grov, 2012; Pawlicki & Larson, 2011; Rhodes ve diğerleri, 2009), parafililer (fisting) (Crosby & Mettey, 2004), seks karşılığında para alma (Schrimshaw, Rosario, Meyer - Bahlburg, Scharf - Matlick, Langstrom, & Hanson, 2006), cinsel bağımlılık ve hiperseksüalite (Bothe ve diğerleri, 2018; Dodge ve diğerleri, 2004; Parsons ve diğerleri, 2008; Satinsky ve diğerleri, 2007), kişilik bozuklukları (Zubenko, George, Soloff, & Schulz, 1987) ve psikopatoloji (Gonzales & HenningSmith, 2017; Sandfort ve diğerleri, 2001). Bu kadar yoğun ve değişken bir patolojinin birlikte bulunduğu toplumda karşılaştırılabilir büyüklükte bir grup bulmak zordur.

Genel bir kural olarak, bu özelliklerin birçoğunun yaygınlık oranları genel popülasyonda bildirilenlerin yaklaşık üç katı, bazen de çok daha fazladır. Herhangi bir tıbbi veri tabanında yapılan bir kontrol, eşcinsellikle birlikte ortaya çıkan durumlarla ilgili makalelerin, yalnızca eşcinsellikle sınırlı olanlardan çok daha sık olduğunu göstermektedir. İlki, ikincisinden yaklaşık on kat fazla olabilir. Bu, eşcinsellik hakkında tek başına okumanın yeterli olmadığı, ancak çok daha fazla sayıda ortak makalenin de okunması gerektiği anlamına gelir. Böylece, diğer alanları önemli ölçüde anlamaya katkıda bulunur. Buna ek olarak, HIV'e yapılan referanslar geniştir ve bu durumun birlikte ortaya çıkması oldukça olasıdır. HIV enfeksiyonu kontrol altında olsa bile, AIDS hastalarında çeşitli kanserlerin yaygınlığı genel popülasyondan yaklaşık 20 kat daha fazladır (Galceran ve diğerleri, 2007). Bir klinisyen, bu tür tıbbi ihtiyaçları olan danışanlarla pekâlâ karşılaşabilir ve ele alınması gereken terapötik sorunları keşfedebilir.

İstenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlar için SAFE-T, günümüzde diğer **kaygılardan** daha nadir deneyimlendiği için tartışmalıdır. Sonuç olarak, klinisyen için beklenmedik yasal sonuçların (Hermann & Herlihy, 2006; Rosik, 2017b; krş. Yönerge 6)

tedavinin daha büyük bir potansiyel karmaşıklığının ve bu nedenle alanda güncel kalmak ve araştırmanın ve iyi uygulamanın en son etkilerinin farkında olmak için ortalamadan daha büyük bir ihtiyacın potansiyel olarak **artan riski** vardır. Açıkçası, danışanın ilgili tıbbi durumlardan birine veya toplumun eşcinselliğe karşı tutumunu güçlü bir şekilde reddetmesi gibi ortak politik tutumlardan birine sahip olmasının sonuçlarını anlamak gerekebilir.

Bu ihtiyaç daha büyüktür, çünkü SAFE-T'nin sağlandığı terapötik yöntemler çok sayıdadır ve en iyi yaklaşım konusunda fikir birliği yoktur. Bu da yine, diğer müdahale stratejileri ve teorik yaklaşımların yanı sıra yararlı iç görüleri ve daha önce başarılı olmuş teknikleri benimseme istekliliğinin farkında olmak için alışılmadık bir ihtiyaç anlamına gelir (krş. Yönerge 7). Bununla birlikte, danışanlardaki deneyim çeşitlilikleri önemli ölçüde farklılık gösterir (örn. Otis ve Skinner, 2004; Santero ve diğerleri, 2018). Bu, klinisyende daha fazla çok yönlülük olmasını ve klinik ve araştırma literatürünün normalden daha fazla okunmasını gerektirir.

Eşcinselliğe ilişkin literatürün çoğu, konunun politik ve savunuculuk yönleriyle bağlantılı olduğu için alakasız olma riski altındadır. İlgili literatürün geri kalanı genetik, fizyoloji, sosyoloji, kentsel antropoloji ve elbette psikoterapi de dahil olmak üzere birçok yaygın alanı içermektedir. Bu nedenle klinisyenler, alışılmadık çeşitlilikte olan bu alanlardaki ilgili materyali bulmak için çaba göstermelidir. Bu materyal aynı zamanda medya için de genelde alışılmadık bir şekilde dikkat çekicidir ve danışanların bu materyali okuması ve yorum yapması normalden daha olasıdır. Bu bireylerin klinisyenleri hazırlıklı olmalıdır. Klinisyenlerin, ilgili materyal ilk yayımlandığında (örneğin, PubMed) onları uyarmak için internette bir hizmet kullanmaları muhtemelen faydalı olacaktır.

Seminerler, konferanslar vb. gibi odaklı etkinlikler normalden daha önemlidir, çünkü istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları için SAFE-T yaklaşımları, diğer durumlar için sağlanan psikolojik danışmanlık kadar yaygın olarak bilinmemekte ve uygu-

lanmamaktadır, bu da meslektaş konsültasyonu ihtiyacını artırmaktadır. Yukarıdakilerin hepsinde, klinisyenlerin devam eden eğitimlerine eşlik eden olağan ihtiyaçlarıyla birlikte genel olarak psikolojik disiplinlerde güncel kalmaya çalıştıkları varsayılmaktadır.

Uygulamalar ve Sonuç

Bu yönergeler birden fazla amaç doğrultusunda geliştirilmiştir ve ideal olarak birçok uygulamaya sahip olacaktır. İlk olarak, yönergeler klinisyenlerin ihtiyaçlarını ele almayı amaçlamaktadır. Deneyimli klinisyenlerden, özellikle şu anda pratik yapan veya danışanların istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışları ele almasına yardımcı olmak için SAFE-T kullanmayı düşünen meslektaşlarına rehberlik ederler. Bu nedenle, bu yönergeler, uygulandığında, zarar riskini sınırlaması ve bir miktar akışkanlık ve değişim ölçüsü arayan danışanlar için olumlu sonuçların olasılığını genişletmesi gereken uygulamada mükemmelliği teşvik eder. Yönergeler, profesyonel literatürün ulusal ruh sağlığı dernekleri tarafından eksik bildirilebilecek veya yanlış temsil edilebilecek yönlerine bir giriş noktası sağlayarak klinisyenlerin eğitilmesine hizmet edecektir.

İkincisi, bu yönergeler şu anda istenmeyen eşcinsel çekim alanları ve davranışları için SAFE-T'yi alan veya almayı düşünen kullanıcıları bilgilendirir. Yönergeler, bu danışanların aldıkları klinik hizmetlerin yeterince profesyonel ve etik bir şekilde sağlanıp sağlanmadığını belirlemeye yardımcı olmak için kullanabilecekleri geniş bir değerlendirme çerçevesi sunmaktadır. SAFE-T kullanıcıları, bu yönergeleri klinisyenleriyle tartışmayı değerli bulabilir. Bilgilendirilmiş onam sürecinin bir parçası olarak bunları tedavinin başlarında tartışmak, alacakları psikolojik bakım için planlanan kısa vadeli ve uzun vadeli hedefleri kolaylaştırabilir.

Bu yönergeler aracılığıyla sunulan sosyal bilimsel ve tıbbi bilgiler, eşcinsel veya lezbiyen bir kimliğin benimsenmesini destekleyen terapötik yaklaşımlara kıyasla SAFE-T'nin faydalarını ve risklerini tartışmaları için danışanlara da fayda sağlayabilir. Bu şekilde,

bu yönergeler, danışanların istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlarına cevap vermek için hangi klinik yaklaşımı (eğer varsa) seçebilecekleri konusunda tam olarak bilgilendirildikleri özerk bir karar verme sürecine katkıda bulunabilir (Rosik ve Popper, 2014). Periyodik olarak ve bir tedavi sürecinin sonunda, klinisyenler bu yönergeleri danışanlar tarafından elde edilen terapötik ilerlemeyi değerlendirmek ve kalan hedefleri gözden geçirmek ve yeniden müzakere etmek için de kullanabilirler. Mevcut herhangi bir sorun için psikolojik bakıma yönelik tüm yaklaşımlar için geçerli olduğu gibi, akışkanlığı araştıran danışanlar ve klinisyenleri tarafından paylaşılan amaç ve hedeflerin ilk ve devam eden netliği, terapötik ittifakın daha işbirlikçi ve etkili olmasını sağlar.

Son olarak, bu yönergeler ruh sağlığı derneklerine ve lisansüstü eğitim programlarına SAFE-T ve ilgili uygulamalar hakkında dengeli ve bilinçli bir tartışmayı kolaylaştırmada yardımcı olabilir. Bu yönergeler, akışkanlığı ve değişimi kolaylaştırabilecek SAFE-T'ye kayıtsız bir şekilde odaklanmalarıyla, istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışlara sahip olanlar için psikolojik bakımla ilgili mevcut profesyonel literatürü tamamlamaktadır. Bu nedenle yönergeler, bu dernekler ve üniversiteler içindeki daha fazla bireyi, bu tür müdahalelerin istenmeyen eşcinsel çekim ve davranışa karşı terapötik tepkiler dizisindeki yeri hakkında değerli diyalog, eğitim ve araştırmalara katılmaya teşvik edebilir. Ayrıca ilgili klinisyenlere ve öğrencilere SAFE-T uygulayan sorumlu klinisyenlerin mesleki uygulamaları hakkında eğitim alma fırsatı sağlayabilir.

Ruh sağlığı dernekleri, çeşitliliğe saygı duyan terapötik bir ortamda danışan özerkliğinin ve kendi kaderini tayin etmenin önemini vurgulamıştır. Çeşitliliğe duyulan bu saygı, klinisyenleri cinsel kimliğe olduğu kadar dini inanca ve geleneksel değerlere de ağırlık vermeye zorlamalıdır (Benoit, 2005). Psikolojik pratiğin çağdaş ortamında, danışanların istenmeyen eşcinsel çekimlerine ve davranışlarına nasıl yaklaşacakları konusundaki seçimleri ele alırken bunun özellikle vurgulanması gerekir. Bu uygulama yönergeleriyle tutarlı bir şekilde yürütüldüğünde, SAFE-T ve bu yönergeler danışanlara sunulmayı hak eder.

Kaynakça

- Abbott, D. A. (2010). Behavioral genetics and homosexuality. *Journal of Human Sexuality*, 2, 67-104. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_996981251933490a96b5c7098b4719ad.pdf
- Al-Gharbi, M. (2018, March 29). Data on how ideological (under) representation compares to (under) representation along the lines of race, gender, or sexuality. *Heterodox Academy*. Retrieved from <https://heterodoxacademy.org/ideologica1-underrepresentation-compared-to-race-gender-sexuality/>
- Alliance for Therapeutic Choice and Scientific Integrity (ATCSI), Scientific Advisory Committee (2009). What research shows: NARTH's response to the APA claims on homosexuality. *Journal of Human Sexuality*, 1, 1-121. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_04d4fd5f-b7e044289cc8e47dbaff3632.pdf
- Alliance for Therapeutic Choice and Scientific Integrity (ATSCI), Task Force on Practice Guidelines for the Treatment of Unwanted Same-Sex Attractions and Behavior (2010). Practice guidelines for the treatment of unwanted same-sex attractions and behavior. *Journal of Human Sexuality*, 2, 5-65. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_996981251933490a96b5c7098b4719ad.pdf
- Alliance for Therapeutic Choice and Scientific Integrity (ATSCI) (2012). *Alliance Statement on Sexual Orientation Change*. Approved by the Board of Directors on January 25, 2012. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_ld6108cfa05d4a73921e0d0292c0bc9l.pdf
- American Association for Marriage and Family Therapy (2015). *Code of Ethics*. Washington, DC: Author. Retrieved from http://www.aamft.org/iMIS15/AAMFT/Content/Legal_Ethics/Code_of_Ethics.aspx
- American Psychiatric Association (1972). *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-II)* (2nd Ed.). Baltimore, MD: Author.
- American Psychiatric Association (1973). *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-II)* (2th ed., 6th printing). Baltimore, MD: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM V)*. Arlington, CA: Author.
- American Psychological Association (1975). Minutes of the Council of Representatives. *American Psychologist*, 30, 633.
- American Psychological Association (2008a). *Answers to Your Questions for a Better Understanding of Sexual Orientation and Homosexuality*. Washington, DC: Author. Retrieved from www.apa.org/topics/orientation.pdf

- American Psychological Association (2008b). Resolution on religious, religion-related and/or religion-derived prejudice. *American Psychologist*, 63, 431-434.
- American Psychological Association (2009). *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Washington, D.C.: Author. Retrieved from <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>
- American Psychological Association (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024659>
- American Psychological Association (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Amarsson, A., Sveinbjomsdottir, S., Thorsteinsson, E. B., & Bjarnason T. (2015). Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: A population-based study in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 497-505. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494815585402>
- Auger, R. W. (2004). What we don't know CAN hurt us: Mental health clinicians' implicit assumptions about human nature. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 13-24.
- 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, 524-536.
- Bain, P. G., Kashima, Y., & Haslam, N. (2006). Conceptual beliefs about human values and their implications: Human nature beliefs predict value importance, value trade-offs, and responses to value laden rhetoric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 351-367.
- Bancroft, J. (1974). *Deviant sexual behaviour: Modification and assessment*. Oxford, Eng.: Clarendon.
- Barnett, J.E., & Shale, A. J. (2013, April). Alternate techniques. *Monitor on Psychology*, 44, 48-56. Retrieved from http://www.apamonitor.org/apamonitor/201304?pg=50#p_g50
- Barringer, M. N., & Gay, D. A. (2017). Happily religious: The surprising sources of happiness among lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *Sociological Inquiry*, 87, 75-96. <https://dx.doi.org/10.1111/soin.12154>
- Batejan, K. L., Jarvi, S. M., & Swenson, L. P. (2015). Sexual orientation and non suicidal self-injury: A meta-analytic review. *Archives of Suicide Research*, 10, 131-150. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2014.957540>
- Beard, K. W., O'Keefe, S. L., Swindell, S., Stroebel, S. S., Griffee, K., Young, D. H., & Linz, T. D. (2013). Brother brother incest: Data from an anon-

- ymous computerized survey. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 217-253. <http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2013.807483>
- Bearman, P. S., & Bruckner, H. (2002). Opposite-sex twins and adolescent same sex attraction. *American Journal of Sociology*, 107, 1179-1205.
- Beaulieu-Prevost, D., & Fortin, M. (2014). The measurement of sexual orientation: Historical background and current practices. *Sexologies*, 24, e15- e19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2014.05.006>
- Bebbington, P. E., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T. S., Jenkins, R., Meltzer, H., & Dennis, M. (2009). Suicide attempts, gender, and sexual abuse: Data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1135-1140. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030310>
- Beckstead, A. L. (2001). Cures versus choices: Agendas in sexual reorientation therapy. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 5, 87-115. http://dx.doi.org/10.1300/J236v05n03_07
- Beckstead, A. L., & Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Consulting Psychologist*, 32, 651-690. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000004267555>
- Bell, A. P., Weinberg, M. S., & Hammersmith, S. K. (1981). *Sexual Preference: Its Development in Men and Women*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Bern, D. J. (1996). Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*, 103, 320-325. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.103.2.320>
- Benoit, M. (2005). Conflict between religious commitment and same-sex attraction: Possibilities for a virtuous response. *Ethics & Behavior*, 15, 309-325. <http://dx.doi.org/10.1207/sl5327019eb15043>
- Benson, H. (2015). *Mind Body Effect: How to Counteract the Harmful Effects of Stress*. NY: Simon & Schuster.
- Benson, H. & Stark, M. (1997). *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief* NY: Fireside (Scribner).
- Bepko, C., & Johnson, T. (2000). Gay and lesbian couples in therapy: Perspectives for the contemporary family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 409-419.
- Berger, J. (1994). The psychotherapeutic treatment of male homosexuality. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 251-261.
- Bergin, A. E., & Jensen, J.P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27, 3-7. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.3>

- Bickham, P. J., O'Keefe, S. L., Baker, E., Berhie, G., Kommor, M. J., & Harper Dorton, K. V. (2007). Correlates of early overt and covert sexual behaviors in heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 724-740. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9220-1>
- Bieber, I., Dain, H., Dince, P., Drellich, M., & Grand, H. (1962). *Homosexuality: A psychoanalytic study*. New York: Basic Books.
- Birk, L., Huddleston, W., Miller, E., & Cobler, B. (1971). Avoidance conditioning for homosexuality. *Archives of General Psychiatry*, 25, 314-323.
- Bjorkenstam, C., Andersson, G., Balman, C., Cochran, S., & Kosidou, K. (2016). Suicide in married couples in Sweden: Is the risk greater in same-sex couples? *European Journal of Epidemiology*, 31, 685-690. <https://dx.doi.org/10.1007/s10654-016-0154-6>
- Blow, A. J., Davis, S. D., & Sprenkle, D. H. (2012). Therapist-worldview matching: Not as important as matching to clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 13-17. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00311.x>
- Bogaert, A. F. (2007). Extreme right handedness, older brothers and sexual orientation in men. *Neuropsychology*, 21, 141-148. <http://dx.doi.org/10.1037/0894-4105.21.1.141>
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219-257). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bonello, K., & Cross, M. C. (2010). Gay monogamy: I love you but I can't have sex with only you. *Journal of Homosexuality*, 57, 117- 139. <http://dx.doi.org/10.1080/00918360903445962>
- Bothe, B., Bartok, R., Toth-Kiraly, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Demet-rovics, Z., & Orosz, G. (2018). Hypersexuality, gender, and sexual orientation: A large scale psychometric survey study. *Archives of Sexual Behavior*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-018-1201-z>
- Branstrom, R., & Pachankis, J.E. (2018). Sexual orientation disparities in the co occurrence of substance use and psychological distress: A national population-based study (2008- 2015). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 403-412. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1491-4>
- Burlingame, G., Strauss, B. & Anthony, J. (2013). Chapter 16: Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In Michael J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th edition), pp. 640-689. Hoboken, NJ: Wiley.

- Burgess, D., Lee, R., Tran, A., & van Ryn, M. (2007). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, 3, 1-14. <https://dx.doi.org/10.1080/15574090802226626>
- Byne, W. (1995). Science and belief: Psychobiological research on sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 28, 303-344.
- Byne, W., & Parsons, B. (1993). Human sexual orientation: The biologic theories reappraised. *Archives of General Psychiatry*, 50, 228-239.
- Byrd, A. D. (2004, December). Former APA President Supports NARTH's Mission Statement, Assails APA's Intolerance of Differing Views. *NARTH Bulletin*, 13(3).
- Byrd, A. D. (2010). Homosexuality: Innate and immutable? What science can and cannot say. *Liberty University Law Review*, 4(3), 479-501. Retrieved from http://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1078&context=lu_lawreview
- Byrd, A. D., & Nicolosi, J. (2002). A meta analytic review of treatment of homosexuality. *Psychological Reports*, 90, 1139-1152.
- Carnes, P. (1992). *Don't Call It Love*. New York: Bantam Doubleday Dell Pub. Group.
- Cates, J. A. (2007). Identity in crisis: Spirituality and homosexuality in adolescence. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 24, 369-383. <http://dx.doi.org/10.1007/s10560-007-0089-6>
- Chambers, J. R., Schlenker, B. R., & Collisson, B. (2013). Ideology and prejudice: The role of value conflicts. *Psychological Science*, 24, 140-149. <http://dx.doi.org/10.1177/0956797612447820>
- Clippinger, J. A. (1974). Homosexuality can be cured. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavioral Technology, Methods, and Therapy*, 20, 15-28.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2009). Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 647-658. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016501>
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V.M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53-61. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.53>
- Collins, G. R. (1991). *Case Studies in Christian Counseling*. Resources for Christian Counseling, Gary R. Collins (ed.). Nashville, TN: W Pub Group.

- Collins, G. R. (2006). *Christian Counseling: A Comprehensive Guide* (3rd edition). Nashville, TN: Thomas Nelson.
- Coxell, A., King, M., Mezey, G., & Gordon, D. (1999, March 27). Lifetime prevalence, characteristics, and associated problems of non-consensual sex in men: Cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 318, 846-850.
- Creer, T. L., Holroyd, K. A., Glasgow, R. E., & Smith, T. W. (2004). Health psychology. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 697-742). New York: Wiley.
- Crosby, R., & Mettey, A. (2004). A descriptive analysis of HIV risk behavior among men having sex with men attending a large sex resort. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 37, 1496-1499.
- Cummings, N., O'Donohue, W., & Cummings, J. (2009). *Psychology's War on Religion*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker, & Theisen, Inc.
- Davila, J., Stroud, C. B., Starr, L. R., Miller, M. R., Yoneda, A., & Hershenberg, R. (2009). Romantic and sexual activities, parent-adolescent stress, and depressive symptoms among early adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 32, 909-924. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.10.004>
- Davison, G. C. (2001). Conceptual and ethical issues in therapy for the psychological problems of gay men, lesbians, and bisexuals. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 695-704.
- de Graaf, R., Sandfort, T. G. M., & ten Have, M. (2006). Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 253-262. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9020-z>
- Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisono, A.M. (2007). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 538-546. <http://dx.doi.org/10.1037/2326.4500.1.S.95>
- Diamond, L. M. (2003a). What does sexual orientation orient? *Psychological Review*, 100(1), 173-192. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.110.1.173>
- Diamond, L. M. (2003b). Was it a phase? Young women's relinquishment of lesbian/bisexual identities over a 5-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 352-364. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.352>
- Diamond, L. M. (2008a). *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*. Cambridge, MA: Harvard Press.

- Diamond, L. M. (2008b). Female bisexuality from adolescence to adulthood: Results from a 10-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 44, 5-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.5>
- Diamond, L. M. (2016). Sexual fluidity in males and females. *Current Sexual Health Reports*, 8, 249-256. <http://dx.doi.org/10.1007/s1930-016-0092-z>
- Diamond, L. M. (2017). Wanting women: Sex, gender, and the specificity of sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 1181-1185. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-017-0967-8>
- Diamond, L. M., Dickenson, J. A., & Blair, K. L. (2017). Stability of sexual attractions across different timescales: The roles of bisexuality and gender. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 193-204. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0860-x>
- Diamond, L. M., & Rosky, C. (2016). Scrutinizing immutability: Research on sexual orientation and its role in U.S. legal advocacy for the rights of sexual minorities. *Journal of Sex Research*, 53, 363-391. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2016.1139665>
- Dickson, N., Paul, C., & Herbison, P. (2003). Same-sex attraction in a birth cohort: Prevalence and persistence in early adulthood. *Social Science & Medicine*, 56, 1607-1615. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00161-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00161-2)
- Dickson, N., van Roode, T., Cameron, C., & Paul C. (2010). Stability and change in same-sex attraction, experience, and identity by sex and age in a New Zealand birth cohort. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 753-763. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0063-x>
- DiPlacido, J. (1998). Minority stress among lesbians, gay men and bisexuals. In G.H. Hereck (Ed.), *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men and Bisexuals* (138-159). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dodge, B., Reece, M., Cole, S. L., & Sandfort, T. G. M. (2004). Serial compulsivity among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 41, 343-350. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490409552241>
- Dodge, B., Reece, M., Herbenick, D., Fisher, C., Satinsky, S., & Stupiansky, N. (2008, Aug. 1). Relations between sexually transmitted infection diagnosis and sexual compulsivity in a community-based sample of men who have sex with men (MSM). *Sexually Transmitted Infections*, 84, 324-327. <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2007.028696>
- Doll, L. S., Joy, D., Bartholow, B. N., & Harrison, J. S. (1992). Self-reported childhood and adolescent sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse and Neglect*, 16, 855-864. [https://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90087-8](https://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(92)90087-8)

- Drescher, J., Swartz, A., Casoy, F., McIntosh, C. A., Hurley, B., Ashley, K., Tompkins, A. (2016). The growing regulation of conversion therapy. *Journal of Medical Regulation*, 102, 7-12.
- Duarte, J. L., Crawford, J. T., Stern, S., Haidt, J., Jussim, L., & Tetlock, P. E. (2015). Political diversity will improve psychological science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1017/S0140525X14000430>
- Dubrowski, P.R. (2015). The *Ferguson v.JONAH* verdict and a path towards national cessation of gay-to-straight “conversion therapy.” *Northwestern University Law Review*, 110, 77-117.
- Engelhardt, H. T., Jr. (1996). *The Foundations of Bioethics* (2 nd ed.) New York: Oxford University Press.
- Enright, R. D. (2012). *The Forgiving Life: A Pathway to Overcoming Resentment and Creating a Legacy of Love* (APA Lifetools). Washington, DC: American Psychological Association, 2012. <http://www.international-forgiveness.com>
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping Clients Forgive*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2014). *Forgiveness Therapy: An Empirical Guide for Resolving Anger and Restoring Hope*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Eskin, M., Kaynak-Demir, H., & Demir, S. (2005). Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 185-195. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-1796-8>
- Eskridge, W., Jr., & Hunter, N., eds. (1997). *Sexuality, Gender and the Law*. Westbury, NY: Foundation Press.
- Farr, R. H., Diamond, L. M., & Boker, S. M. (2014). Female same-sex sexuality from a dynamical systems perspective: Sexual desire, motivation, and behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1477-1490. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0378-z>
- Ferguson, C. J. (2015). “Everybody knows psychology is not a real science.” *American Psychologist*, 70, 527-542. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039405>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56, 876-880. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.876>
- Fields, S. D., Malebranche, D., & Feist Price, S. (2008). Childhood sexual abuse in black men who have sex with men: Results from three qualitative studies. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 385-390. <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.14.4.385>

- Floyd, F. J., & Bakeman, R. (2006). Coming-out across the life course: Implications of age and historical context. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 287-296. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9022x>
- Fife, S. T., & Whiting, J.B. (2007). Values in family therapy practice and research: An invitation for reflection. *Contemporary Family Therapy*, 29, 71-86. <http://dx.doi.org/10.1007/s10591-007-9027-1>
- Forand, N., DeRubeis, R., & Amsterdam, J. (2013). Combining medication and psychotherapy in the treatment of major metal disorders. In Michael J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th edition), pp. 735-774. Hoboken, NJ: Wiley.
- Francis, A. M. (2008). Family and sexual orientation: The family-demographic correlates of homosexuality in men and women. *Journal of Sex Research*, 45, 371-377. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490802398357>
- Freedman, L. (2008). Accepting the unacceptable: Religious parents and adult gay and lesbian children. *Families in Society*, 89, 237-244.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101, 1481-1494. <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009>
- Friends in Recovery (2009). *The Twelve Steps-A Spiritual Journey: A Working Guide for Healing Damaged Emotions Based on Biblical Teachings*. Twin Cities, MD: Friends in Recovery. Retrieved from <http://friendsinrecovery.org/>
- Frish, M., & Hviid, A. (2006). Childhood family correlates of heterosexual and homosexual marriages: A national cohort study of two million Danes. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 533-547. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9062-2>
- Galceran, J., Marcos-Gragera, R., Soler, M., Romaguera, A., Ameijide, A., Izquierdo, A., et al. (2007). Cancer incidence in AIDS patients in Catalonia, Spain. *European Journal of Cancer*, 43, 1085-91.
- Gallagher, B. J., Mcfalls, J. A., & Vreeland, C. N. (1993). Preliminary results from a national survey of psychiatrists concerning the etiology of male homosexuality. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 30, 1-3.
- Gallup, Inc. (2018). *Gay and Lesbian Rights*. Retrieved from <http://news.gallup.com/poll/1651/gay-lesbian-rights.aspx>
- Gamboni, C., Gutierrez, D., & Morgan Sowada, H. (2018). Prohibiting versus discouraging: Exploring mental health organizations varied stances on sexual orientation change efforts (SOCE). *The American Journal of*

- Family Therapy*, 46, 96-105. <https://doi.org/10.1080/01926187.2018.1437572>
- Garnets, L. D., & Peplau, L. A. (2001). A new paradigm for women's sexual orientation: Implications for therapy. *Women and Therapy*, 24, 111-121. https://dx.doi.org/10.1300/JOL5v24n01_14
- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91, 933-939. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.6.933>
- Gold, S. D., Feinstein, B. A., Skidmore, W. C., & Marx, B. P. (2011). Childhood physical abuse, internalized homophobia, and experiential avoidance among lesbians and gay men. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 50-60. <https://dx.doi.org/10.1037/a0020487>
- Goldbach, J., Fisher, B. W., & Dunlap, S. (2015). Traumatic experiences and drug use by LGB adolescents: A critical review of minority stress. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15, 90-113. <http://dx.doi.org/10.1080/1533256X.2014.996227>
- Golwyn, D. H., & Sevlie, C. P. (1993). Adventitious change in homosexual behavior during treatment of social phobia with phenelzine [Letter to the editor]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 39-40.
- Gonsiorek, J. C. (1991). The empirical basis for the demise of the illness model of homosexuality. In J. C. Gonsiorek & J. D. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for public policy* (pp. 115- 136). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gonsiorek, J. C. (2004). Reflections from the conversion therapy battlefield. *The Counseling Psychologist*, 32, 750-759. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000004267621>
- Gonzales, G., & Henning-Smith, C. (2017). Health disparities by sexual orientation: Results and implications from the behavioral risk factor surveillance system. *Journal of Community Health*, 42, 1163-1172. <http://dx.doi.org/10.1007/s10900-017-0366-z>
- Graham, J., Haidt, J., Koleva, S., Motyl, M., Iyer, R., Wojcik, S., & Ditto, P. H. (2013). Moral foundations theory: The pragmatic validity of moral pluralism. *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, 55-130. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00002-4>
- Graham, J., Haidt, J., & Nosek, B. A. (2009). Liberals and conservatives rely on different sets of moral foundations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 1029-1046. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015141>
- Graham, J., Nosek, B., & Haidt, J. (2012). The moral stereotypes of liberals and conservatives: Exaggeration of differences across the political spe-

- ctrum. *PLoS ONE* 7(12): e50092. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0050092>
- Granta, J.E., & Potenza, M. N. (2006). Sexual orientation of men with pathological gambling: Prevalence and psychiatric comorbidity in a treatment seeking sample. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 515-518. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2006.02.005>
- Green, R. J. (2003). When therapists do not want their clients to be homosexual: A response to Rosik's article. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 29, 31-40. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb00380.x>
- Greene, B. (1998). Family, ethnic identity, and sexual orientation: African American lesbians and gay men. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities in Families: Psychological Perspectives* (pp. 40-52). New York: Oxford University Press.
- Gregory, C., Pomerantz, A. M., Pettibone, J. C., & Segrist, D. J. (2008). The effect of psychologists' disclosure of personal religious background on prospective clients. *Mental Health, Religion, & Culture*, 11, 369-373. <http://dx.doi.org/10.1080/13674670701438739>
- Griffin-Shelley, E. (1997). *Sex and Love: Addiction, Treatment, & Recovery*. Westport, CT: Praeger.
- Guigliamo, J. (2006). Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13, 361-375. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160601011273>
- Haidt, J. (2012). *The Righteous Mind: Why Good People Are Divided by Politics and Religion*. New York: Pantheon Books.
- Haidt, J., & Graham, J. (2007). When morality opposes justice: Conservatives have moral intuitions that liberals may not recognize. *Social Justice Research*, 20, 98-116. <http://dx.doi.org/10.1007/s12111-007-0034-z>
- Haidt, J., & Graham, J. (2009). Planet of the Durkheimians, where community, authority, and sacredness are foundations of morality. In J. Jost, A. C. Kay, & H. Thorisdottir (Eds.), *Social and Psychological Bases of Ideology and System Justification* (pp. 371-401). New York: Oxford University Press.
- Haidt, J., & Hersch, M. A. (2001). Sexual morality: The cultures and emotions of conservatives and liberals. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 191-221.
- Haldeman, D. C. (1991). Sexual orientation conversion therapy for gay men and lesbians: A scientific examination. In J. C. Gonsiorek & J. D. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research Implications for Public Policy* (pp. 149-160). Newbury Park, CA: Sage.

- Haldeman, D. C. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 221-227. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.221>
- Haldeman, D. C. (2001). Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. In A. Shildo, M. Schroeder, & J. Drescher (Eds.), *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives* (pp. 117- 130). Binghamton, NY: Haworth.
- Haldeman, D. C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 260-264. <http://dx.doi.org/10.1037//0735-7028.33.3.260>
- Haldemann, 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. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000004267560>
- Hallman, J. M., Yarhouse, M. A., & Suarez, E. C. (2018). Shame and psychosocial development in religiously affiliated sexual minority women. *Journal of Psychology and Theology*, 46, 3-21. <https://dx.doi.org/10.1177/0091647117748450>
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. L. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261, 321-327.
- Hatzenbeuhler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135, 707-730. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016441>
- Hemfelt, R., Minirth, F., Fowler, R. & Meier, P. (1991). *The Path to Serenity: The Book of Spiritual Growth and Personal Change Through Twelve-Step Recovery*. Nashville, TN: Nelson.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social science perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 32-43. <http://dx.doi.org/10.1037/2376-6972.1.S.18>
- Herek, G. M., & Gonzalez-Rivera, M. (2006). Attitudes toward homosexuality among U.S. residents of Mexican descent. *Journal of Sex Research*, 43, 122-135. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490609552307>
- Herek, G. M. (2010). Sexual orientation differences as deficits: Science and stigma in the history of American psychology. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 693-699. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691610388770>
- Hermann, M. A., & Herlihy, B. R. (2006). Legal and ethical implications of refusing to counsel homosexual clients. *Journal of Counseling & De-*

- velopment, 84, 414-418. <https://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00425.x>
- Hershberger, S. L. (1997). A twin registry study of male and female sexual orientation. *The Journal of Sex Research, 34*, 212-222. <https://dx.doi.org/10.1080/00224499709551886>
- Hershberger, S. L., & D'Augelli, A. R. (1995). The impact of victimization in the mental health and suicidality of lesbian gay and bisexual youths. *Developmental Psychology, 31*, 65-74. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.65>
- Hickson, F. C. I., Davies, P. M., Hunt, A. J., Weatherburn, P., McManus, T. J., & Coxon, A. P. M. (1994). Gay men as victims of nonconsensual sex. *Archives of Sexual Behavior, 23*, 281-294. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01541564>
- Hoffmann, H. (2012). Considering the role of conditioning in sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 63-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-9915-9>
- Honeycutt, N., & Freberg, L. (2017). The liberal and conservative experience across academic disciplines: An extension of Inbar and Lammers. *Social Psychological and Personality Science, 8*, 115-123. <https://dx.doi.org/10.1177/1948550616667617>
- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: A systemic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health, 106*, e1-e12. <https://dx.doi.org/10.2195/AJPH.2016.303088>
- Hu, Y., Xu, Y., & Tornello, S. L. (2016). Stability of self-reported same-sex and both-sex attraction from adolescence to young adulthood. *Archives of Sexual Behavior, 45*, 651-659. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-015-0541-1>
- Inbar, J., & Lammers, J. (2012). Political diversity in social and personality psychology. *Perspectives on Psychological Science, 7*, 496-503. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691612448792>
- James, E. C. (1978). *Treatment of Homosexuality: A Reanalysis and Synthesis of Outcome Studies*. Unpublished doctoral dissertation, Brigham Young University, Provo, UT.
- James, W. H. (2006). Two hypotheses on the causes of male homosexuality and paedophilia. *Journal of Biosocial Science, 38*, 745-761. <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932005027173>
- Jannini, E. A., Blanchard, R., Camperio Ciani, A., & Bancroft, J. (2010). Male homosexuality: Nature or culture? *Journal of Sexual Medicine, 7*, 3245-3253. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02024.x>

- Jawad, S., Sidebothams, C., Sequira, R., & Jamil, N. (2009). Case report [Letter to the editor]. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 21, 354.
- Johnson, T. R. (1995). The significance of religion for aging well. *American Behavioral Scientist*, 39, 186-208.
- Jones, S. L. (1994). A constructive relationship for religion with the science and profession of psychology. *American Psychologist*, 49, 184-199. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.49.3.184>
- Jones, S. L., & Yarhouse, M.A. (2000). *Homosexuality: The Use of Scientific Research in the Church's Moral Debate*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Jones, S. L., & Yarhouse, M.A. (2007). *Ex Gays?: A Longitudinal Study of Religiously Mediated Change in Sexual Orientation*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press Academic.
- Jones, S. L. and Yarhouse, M.A. (2009). Ex Gays? An Extended Longitudinal Study of Attempted Religiously Mediated Change in Sexual Orientation. In Symposium on *Sexual Orientation and Faith Tradition*, American Psychological Association (APA) Convention, Toronto, Ontario, Canada. Retrieved from <https://www.cedarville.edu/~media/Files/PDF/Student-Life-Programs/CriticalConcern/Ex-Gays/jones-and-yarhouse-2009.pdf>
- Jones, S. L., & Yarhouse, M. A. (2011). A longitudinal study of attempted religiously mediated sexual orientation change. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37, 404-427. <https://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2011.607052>
- Jussim, L., Crawford, J. T., Anglin, S. M., & Stevens, S. T. (2015). Ideological bias in social psychological research. In J. P. Forgas, K. Fiedler, and W. D. Crano (Eds.), *Social Psychology and Politics* (pp. 91- 109). New York: Routledge.
- Kaplan, D. M., Kocet, M. M., Cottone, R.R., Glossoff, H. L., Miranti, J. G., Moll, E. C., et al. (2009). New mandates and imperatives in the revised ACA Code of Ethics. *Journal of Counseling & Development*, 87, 241-252. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00573.x>
- Karten, E., & Wade, J. C. (2010). Sexual orientation change efforts in men: A client perspective. *The Journal of Men's Studies*, 18, 84- 102. <http://dx.doi.org/10.3149/jms.1801.84>
- Katz, J. (1976). *Gay American History, Lesbians and Gay Men in the U S.A.* New York: Crowell.
- Katz-Wise, S. L. (2015). Sexual fluidity in young adult women and men: Associations with sexual orientation and sexual identity development.

- Psychology & Sexuality*, 6, 189-208. <http://dx.doi.org/10.1080/19419899.2013.876445>
- Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2015). Sexual fluidity and related attitudes and beliefs among young adults with a same gender orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1459-1470. <https://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0420-1>
- Katz-Wise, S. L., Reisner, S. L., Hughto, J. W., & Keo-Meier, C. L. (2016). Differences in sexual orientation diversity and sexual fluidity in attractions among gender minority adults in Massachusetts. *Journal of Sex Research*, 53, 74-84. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2014.1003028>
- Kelly, B. C., Bimbi, D. S., Nanin, J. E., Izienicki, H., & Parsons, J. T. (2009). Sexual compulsivity and sexual behaviors among gay and bisexual men and lesbian and bisexual women. *Journal of Sex Research*, 46, 301-308. <http://dx.doi.org/10.1080/00224490802666225>
- Kendler, H. H. (1999). The role of value in the world of psychology. *American Psychologist*, 54, 828- 835. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.828>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et al. (2008, August). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, Special Section pp. 1-17. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/70>
- 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, 175-183. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-1795-9>
- Kleinplatz, P. J., & Diamond, L. M. (2014). Sexual diversity. In Tolman, D. L., & Diamond, L. M. (Eds.), *APA Handbook of Sexuality and Psychology: Vol. 1. Person-Based Approaches* (pp. 245- 267). Washington, D.C.: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14193.009>
- Koenig, H. G. (1993). Religion and aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, 3, 195-203. <https://doi.org/10.1017/S0959259800003415>
- Korchmaros, J. D., Powell, C., & Stevens, S. (2013). Chasing sexual orientation: A comparison of commonly used singleindicator measures of sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 60, 596- 614. <https://dx.doi.org/10.1080/00918369.2013.760324>
- Lalumiere, M. L., Blanchard, R., & Zucker, K. L. (2000). Sexual orientation and handedness in men and women: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 575-592. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.57>

- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Michael J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th edition), pp. 169-218. Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., et al. (2004). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2*. American Professional Credentialing Services, LLC: Brigham Young University.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (51h ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Langstrom, N., Rahman, Q., Carlstrom, E., & Lichtenstein, P. (2010) Genetic and environmental effects on same-sex sexual behavior: A population study of twins in Sweden. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 75-80. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9386-1>
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Levine, E. C., Herbenick, D., Martinez, O., Fu, T. C., & Dodge, B. (2018). Open relationships, nonconsensual nonmonogamy, and monogamy among U.S. adults: Findings from the 2012 National Survey of Sexual Health and Behavior. *Archives of Sexual Behavior*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1007/s10508-018-1178-7>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.394>
- Liszez, A. M., & Yarhouse, M. A. (2005). Same-sex attraction: A survey regarding client-directed treatment goals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 111-115. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.42.1.111>
- List of jurisdictions banning conversion therapy for minors. (n.d.). In Wikipedia. Retrieved April 27, 2018, from https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_U.S.jurisdictions_banning_conversion_therapy_for_minors
- Lock, J., & Steiner, H. (1999). Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: Results from a community-based survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 297-304. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199903000-00017>
- Lundy, M. S., & Rekers, G. A. (1995). Homosexuality in adolescence: Interventions and ethical considerations. In G. A. Rekers (Ed.), *Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems* (341-377). New York: Lexington.

- Macintosh, H. (1994). Attitudes and experiences of psychoanalysis in analyzing homosexual patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 1183-1207.
- Mahler, L., & Mundle, G. (2015). A need for orientation: The WMA statement on natural variations of human sexuality. *International Review of Psychiatry*, 27, 460-462. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1086321>
- Manley, M. H., Diamond, L. M., & van Anders, S. M. (2015). Polyamory, monoamory, and sexual fluidity: A longitudinal study of identity and sexual trajectories. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 168- 180. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000098>
- Marantz, S. A., & Coates, S. (1991). Mothers of boys with gender identity disorder: A comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 310-315. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199103000-00022>
- Marich, J. (2012). *Trauma and the Twelve Steps: A Complete Guide for Enhancing Recovery*. Warren, OH: Comersburg Media.
- Mark, K. P., Garcia, J. R., & Fisher, H. E. (2015). Perceived emotional and sexual satisfaction across sexual relationship contexts: Gender and sexual orientation differences and similarities. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 24, 120-130. <https://dx.doi.org/10.3138/cjhs.242>.
- AB Martell, C.R., & Prince, S. E. (2005). Treating infidelity in same-sex couples. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1429-1438. <https://dx.doi.org/10.1002/jclp.20192>
- Martin, J. T., & Nguyen, D. H. (2004). Anthropometric analysis of homosexuals and heterosexuals: Implications for early hormone exposure. *Hormones and Behavior*, 45, 31-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2003.07.003>
- Martinez, D. G., & Sullivan, S. C. (1998). African American gay men and lesbians: Examining the complexity of gay identity development. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1, 243-264. <http://dx.doi.org/10.1080/10911359.1998.10530795>
- Masters, W., & Johnson, V. (1979). *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little, Brown.
- Matsick, J. L. & Rubin, J. D. (2018). Bisexual prejudice among lesbian and gay people: Examining the roles of gender and perceived sexual orientation. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5, 143-155. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000283>
- Maylon, A. K. (1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. In J.C. Gonsiorek (Ed.), *Homosexuality and Ps-*

- ychotherapy: A Practitioner's Handbook of Affirmative Models* (pp. 59-69). New York: Haworth.
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbians, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health, 91*, 1869- 1876. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.11.1869>
- McAdams, D. P., Albaugh, M., Farber, E., Daniels, J., Logan, R. L., & Olson, B. (2008). Family metaphors and moral intuitions: How conservatives and liberals narrate their lives. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*, 978-990. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012650>
- McConaghy, N. (1993). *Sexual Behavior: Problems and Management*. New York: Plenum.
- Meehl, P. E. (1993). Philosophy of science: Help or hindrance. *Psychological Reports, 72*, 702-34. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1993.72.3.707>
- Meichenbaum, D., & Lilienfeld, S. O. (2018). How to spot hype in the field of psychotherapy: A 19-item checklist. *Professional Psychology: Research and Practice, 49*, 22-30. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000172>
- Mercer, C. H., Hart, G. J., Johnson, A. M., & Cassell, J. A. (2009). Behaviorally bisexual men as a bridge population for HIV and sexually transmitted infections? Evidence from a national probability survey. *International Journal of STD and AIDS, 20*, 87- 94. <http://dx.doi.org/10.1258./ijsa.2008.008215>
- Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. M. Herek (Ed.), *Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men and Bisexuals* (pp. 160-186). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129*, 674-697. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F., Dolezal, C., Baker, S. W., & New, M. I. (2008). Sexual orientation in women with classical or non-classical congenital adrenal hyperplasia as a function of degree of prenatal androgen excess. *Archives of Sexual Behavior, 37*, 85-99. http://dx.doi.org/10.1007/sl_0508-007-9265-1
- Midgley, M. (1992). *Science and Salvation: A Modern Myth and Its Meaning*. London: Rutledge.
- Miller, R. B. (2001). Scientific vs. clinicalbased knowledge in psychology: A concealed moral conflict. *American Journal of Psychotherapy, 55*, 344-356.

- Mock, S. E., & Eibach, R. P. (2012). Stability and change in sexual orientation identity over a 10 year period in adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 641- 648. <http://dx.doi.org/10.1007/sl 0508-011-9761-1>
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1-27. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468- 2850.1995.tb00022.x>
- Monachello, R. J. (2006). *The father and son relationship in homosexual identity development: A phenomenological study*. Unpublished doctoral dissertation. St. Mary's University, San Antonio, TX.
- Moradi, B., Mohr, J. J., Worthington, R. L., & Fassinger, R. E. (2009). Counseling psychology research on sexual (orientation) minority issues: Conceptual and methodological challenges and opportunities. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 5-22. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014572>
- Morin, G., & Rothblum, G. (1991). Removing the stigma: Fifteen years of progress. *American Psychologist*, 46, 947-949. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.46.9.947>
- Murphy, T. F. (1992). Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *Journal of Sex Research*, 29, 501-523. <http://dx.doi.org/stable/3812700>
- Mustanski, B., Kuper, L., & Green, G. J. (2014). Development of sexual orientation. In Tolman, D. L., & Diamond, L. M. (Eds.), *APA Handbook of Sexuality and Psychology: Vol. 1. Person-based Approaches* (pp. 597-628). Washington, D.C.: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14193-019>
- National Association of Social Workers (2017). *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*. Washington, DC: Author. Retrieved from https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=rns_ArtLqzeI%3d&portalid=0
- Neeleman, J., & King, M. B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: A survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 420-424. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03484.x>
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2011). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 1019-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>
- Nicolosi, J. (2009). *Shame and Attachment Loss: The Practical Work of Reparative Therapy*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion

- on therapy clients. *Psychological Reports*, 86, 1071-1088. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3c.1071>
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2008). Clients' perceptions of how reorientation therapy and self-help can promote change in sexual orientation. *Psychological Reports*, 102, 3-28. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.102.1.3-28>
- O'Donahue, W. T. (1989). The (even) bolder model: The clinical psychologist as metaphysician-scientist-practitioner. *American Psychologist*, 44, 1460-1468. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.12.1460>
- O'Donahue, W. T., & Caselles, C. E. (2005). Homophobia: Conceptual, definitional, and value issues. In R. H. Wright, & N. A. Cummings (Eds.), *Destructive Trends in Mental Health: The Well-Intentioned Path to Harm* (65- 83). New York: Routledge.
- O' Keefe, S. L., Beard, K. W., Swindell, S., Stroebel, S. S., Griffee, K., & Young, D. H. (2014). Sister-brother incest: Data from anonymous computer assisted self interviews. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 21, 1-38. <http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2013.877410>
- Otis, M. D., & Skinner, W. F. (2004). An exploratory study of differences in views of factors affecting sexual orientation for a sample of lesbians and gay men. *Psychological Reports*, 94, 1173-1179. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.94.3c.1173-1179>
- Ott, M. Q., Corliss, H. L., Wypij, D., Rosario, M., & Austin, S. B. (2011). Stability and change in self-reported sexual orientation identity in young people: Application of mobility metrics. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 519-532. <https://dx.doi.org/10.1007/s10508-010-9691-3>
- Ott, M. Q., Wypij, D., Corliss, H. L., Rosario, M., Reisner, S. L., Gordon, A. R., et al. (2013). Repeated changes in reported sexual orientation identity linked to substance use behaviors in youth. *Journal of Adolescent Health*, 52, 465-472. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.08.004>
- Owen, S., & Burke, T. W. (2004). An exploration of the prevalence of domestic violence in same-sex relationships. *Psychological Reports*, 95, 129-132. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.95.1>
- Pachankis, J. E., Sullivan, T. J., & Moor, N. F. (2018). A 7-year longitudinal study of sexual minority young men's parental relationships and mental health. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000427>
- Pakula, B., Shoveller, J., Ratner, P. A., & Carpiano, R. (2016). Prevalence and co occurrence of heavy drinking and anxiety and mood disorders among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Canadians. *American Journal of Public Health*, 106, 1042-1048. <http://dx.doi.org/10.2195/AJPH.2016.30.3083>

- Parsons, J. T., Kelly, B. C., Bimbi, D. S., DiMaria, L., Wainberg, M. L., & Morgenstern, J. (2008). Explanations for the origins of sexual compulsivity among gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 817-826. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9218-8>
- Parsons, J. T., Starks, T. J., Gamarel, K. E., & Grov, C. (2012). Nonmonogamy and sexual relationship quality among same-sex male couples. *Journal of Family Psychology*, 26, 669-677. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029561>
- Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531- 554. <https://dx.doi.org/10.1037/a0016059>
- Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F., & Merabet, L. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 28, 377-401. <https://dx.doi.org/doi:10.1146/annurev.neuro.27.070203.144216>
- Paul, J. P., Catania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., Mills, T., et al. (2002). Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and antecedents. *American Journal of Public Health*, 92, 1338-1345. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1338>
- Paul, J. P., Catania, J., Pollack, L., & Stall, R. (2001). Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Child Abuse and Neglect*, 25, 557- 584. [https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00226-5](https://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00226-5)
- Pawlicki, P., & Larson, P. (2011). The dynamics and conceptualizations of non exclusive relationships in gay male couple. *Sexual and Relationship Therapy*, 26, 48-60. <http://dx.doi.org/10.1090/14681994.2010.516247>
- Pela, C., Sutton, P., & Nicolosi, J. (2018). *Status Report on the Forthcoming Longitudinal SAFE-T Outcome Research*. Retrieved from <https://www.therapeuticchoice.com/sexual-fulfillment-and-well-being>
- Peter, T., Edkins, T., Watson, R., Adjei, J., Homma, Y., & Saewyc, E. (2017). Trends in suicidality among sexual minority and heterosexual students in a Canadian population-based cohort study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4, 115-123. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000211>
- Pfaus, J. G., Kippin, T. E., Coria-Avilla, G. A., Gelez, H., Afonso, V. M., Ismail, N., & Parada, M. (2012). Who, what, where, when (and maybe even why)? How the experience of sexual reward connects sexual desire, preference, and performance. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 31- 62. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-912-9935-5>
- Phelan, J.E. (2014). *Successful Outcomes of Sexual Orientation Change Efforts: An Annotated Bibliography*. Practical Applications Publications: Charleston, SC.

- Pignotti, M., & Thyer, B. A. (2009). Use of novel unsupported and empirically supported therapies by licensed clinical social workers: An exploratory study. *Social Work Research*, 33, 5-17. <http://dx.doi.org/10.1093/swr/33.1.5>
- Ploderl, M., & Fartacek, R. (2005). Suicidality and associated risk factors among lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 661- 670. <https://dx.doi.org/10.1521/suli.2005.35.6.661>
- Ploderl, M. & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities: A systemic review. *International Review of Psychiatry*, 27, 367-385. <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Pomeroy, W. B. (1972). *Dr. Kinsey and the Institute for Sex Research*. New York: Harper & Row.
- Posner, R. A. (1992). *Sex and Reason*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Posner, R. A., & Silbaugh, K. B. (1996). *A Guide to Sex Laws in the United States*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Prestage, G., Jin, F. J., Zablotska, I., Grulich, A., Imrie, J., Kaldor, J., et al. (2008). Trends in agreements between regular partners among gay men in Sydney, Melbourne and Brisbane, Australia. *AIDS Behavior*, 12, 513-520. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-007-9351-3>
- Preston, J., & Johnson, J. (2018). *Clinical Psychopharmacology Made Ridiculously Simple* (8th Edition). Miami, FL: MedMaster.
- Proctor, W., & Benson, H. (2011). *Christian Mind Body Healing Strategies*. Vero Beach, FL: Inkslingers, Press.
- Puckett, J. A., Newcomb, M. E., Garofalo, R., & Mustanski, B. (2017). Examining the conditions under which internalized homophobia is associated with substance use and condomless sex in young MSM: The moderating role of impulsivity. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 567-577. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-017-9878-0>
- Quadland, M. C., & Shattls, W. D. (1987). AIDS, sexuality, and sexual control. *Journal of Homosexuality*, 14, 277-298. <http://dx.doi.org/10.1300/J082v14n0120>
- Rahman, Q., Kumari, V., & Wilson, G. D. (2003). Sexual orientation-related differences in prepulse inhibition of the human startle response. *Behavioral Neuroscience*, 117, 1096-1102. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7044.117.5.1096>
- Redding, R. E. (2001). Sociopolitical diversity in psychology. *American Psychologist*, 56, 205-215. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.205>

- Redding, R. E. (2103). Politicized science. *Society*, 50, 4439-4446. <http://dx.doi.org/ssrn.com/abstract=2344433>
- Rekers, G. A. (1988). *Counseling Families*. Resources for Christian Counseling, Gary R. Collins (Ed.). Nashville, TN: WPub Group.
- Rekers, G. A. (1995). Assessment and treatment methods of gender identity disorder and transvestism. In G. A. Rekers (Ed.), *Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems* (pp. 272- 289). New York: Lexington Books.
- Remafedi, G., Farrow, J., & Deisher, R. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*, 87, 869- 875. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90544-V](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90544-V)
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: Results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88, 57-60. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(96\)81162-1](https://doi.org/10.1016/1054-139X(96)81162-1)
- Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R., & Harris, L. (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics*, 89, 714- 722.
- Rhodes, S. D., McCoy, T. P., Wilkin, A. M., & Wolfson, M. (2009). Behavioral risk disparities in a random sample of selfidentifying gay and non-gay male university students. *Journal of Homosexuality*, 56, 1083-1100. <http://dx.doi.org/10.1080/00918360903275500>
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2000). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2004). *Casebook for a Spiritual Strategy in Counseling and Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S. & Bergin, A. E. (2005). *Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy* (2 nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rimes, K. A., Shivakumar, S., Ussher, G., Baker, D., Rahman, Q., & West, E. (2018). Psychosocial factors associated with suicide attempts, ideation, and future risk in lesbian, gay, and bisexual youth: The youth chances study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000527>
- Roberts, A. L., Glymour, M. M., & Koenen, K. C. (2013). Does maltreatment in childhood affect sexual orientation in adulthood? *Archives of Sexual Behavior*, 42, 161-171. <http://dx.doi.org/10.1007/sl0508-012-0021-9>
- Rosario, M., & Schrimshaw, E.W. (2014). Theories and etiologies of sexual orientation. In Tolman, D. L., & Diamond, L. M. (Eds.), *APA Handbook of Sexuality and Psychology: Vol. I. Person-Based Approaches* (pp. 555-

- 596). Washington, D.C.: American Psychological Association. <https://dx.doi.org/10.1037/14193-018>
- Rosario, M., Schrimshaw, E.W., & Hunter, J. (2009). Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: Critical role of disclosure reactions. *Psychology of Addictive Behavior*, 23, 175-184. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014284>
- Rosenbluth, S. (1997). Is sexual orientation a matter of choice? *Psychology of Women Quarterly*, 21, 595-610. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00133.x>
- Rosik, C. H. (2003a). Motivational, ethical, and epistemological foundations in the treatment of unwanted homoerotic attraction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 13-28. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb00379.X>
- Rosik, C. H. (2003b). When therapists do not acknowledge their moral values: Green's response as a case study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 39-45. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb00381.x>
- Rosik, C. H. (2007a). Ideological concerns in the operationalization of homophobia, Part I: An analysis of Herek's ATLG-R scale. *Journal of Theology and Psychology*, 35, 132-144. <http://dx.doi.org/10.1177/009164710703500204>
- Rosik, C. H. (2007b). Ideological concerns in the operationalization of homophobia, Part II: The need for interpretive sensitivity with conservatively religious persons. *Journal of Psychology and Theology*, 35, 145-152. <http://dx.doi.org/10.1177/009164710703500205>
- Rosik, C. H. (2017a). Sexual Attraction Fluidity Exploration in Therapy (SAFE T): Creating a clearer impression of professional therapies that allow for change. *Journal of Human Sexuality*, 8, 4-10. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ecl6e9_1940a968273d47f5be4b-df9614d2dd0c.pdf
- Rosik, C. H. (2017b). Sexual orientation change efforts, professional psychology, and the law: A brief history and analysis of a therapeutic prohibition. *BYU Journal of Public Law*, 32, 47-84. <https://digitalcommons.law.byu.edu/jpl/v0132/iss1/3>
- Rosik, C. H. (2017c). A tale of two task forces: Evidence of a growing diversity problem within psychology? *Journal of Human Sexuality*, 8, 11-26.
- Rosik, C. H., & Popper, P. (2014). Clinical approaches to conflicts between religious values and same-sex attractions: Contrasting gay-affirmative, sexual identity, and change-oriented models of therapy. *Counseling & Values*, 59, 222-237. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-007X.2014.00053.x>
- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins B. W., & Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual pe-

- ople compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 55, 435-456. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- Roth, E. A., Cui, Z., Wang, L., Armstrong, H. L., Rich, A. J., Lachowsky, N. J., Sereda, P., et al. (2018). Substance uses patterns of gay and bisexual men in the Momentum Health Survey, *American Journal of Men's Health*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1177/1557988318786872>
- Rubenstein, W. (Ed.) (1996). *Cases and Materials on Sexual Orientation and the Law*. (2nd ed.) St. Paul, MN: West.
- Ruff, J. L., & Elliott, C. H. (2016). An exploration of psychologists' possible bias in response to evangelical Christian patients: Preliminary findings. *Spirituality in Clinical Practice*, 3, 115-126. <http://dx.doi.org/10.1037/scp0000102>
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91, 1276-1281. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1276>
- Rutter, M. (2006). *Genes and Behavior*. Malden, Maryland: Blackwell.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123, 346-352. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Sanders, A. R., Martin, E. R., Beecham, G. W., Guo, S., Dawood, K., Rieger, G., Badner, J. A., et al. (2014). Genome wide scan demonstrates significant linkage for male sexual orientation. *Psychological Medicine*, 17, 1-10. <https://dx.doi.org/10.1017/S0033291714002451>
- Sandfort, T. G., Bakker, F., Schellevis, F., & Vanwesenbeeck, I. (2009). Coping styles as mediator of sexual orientation-related health differences. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 253-263. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9233-9>
- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91. <https://dx.doi.org/10.1080/00224490902846487>
- Sandley, C. (2014). Repairing the therapist? Banning reparative therapy for LGB minors. *Health Matrix*, 24, 247- 278. Retrieved from <https://scholarlycommons.law.case.edu/healthmatrix/vol24/iss1/10>
- Santero, P., Whitehead, N., & Ballesteros, D. (2018). Effects of therapy on religious men who have unwanted same-sex attraction. *Linacre Quarterly*, 85, 1-17. <https://dx.doi.org/10.1177/0024363918788559>

- Santtila, P., Sandnabba, N. K., Harlaar, N., Varjonen, M., Alanko, K., & von der Pahlen, B. (2008). Potential for homosexual response is prevalent and genetic. *Biological Psychology*, 77, 102-105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.08.006>
- Satinsky, S., Fisher, C., Stupiansky, N., Dodge, B., Alexander, A., Herbenick, et al. (2007). Sexual compulsivity among men in a decentralized MSM community of the Midwestern United States. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 553-560. <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2010.0117>
- Savin-Williams, R. (2005). *The New Gay Teenager*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Savin-Williams, R. C., & Cohen, K. M. (2018). Prevalence, mental health, and heterogeneity of bisexual men. *Current Sexual Health Reports*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1007/sl1930-018-0164-3>
- Savin-Williams, R. C. & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity development among sexual minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 29(6), 607-627. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1002058505138>
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 385-349. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9088-5>
- Schneider, M. S., Brown, L. S., & Glassgold, J. M. (2002). Implementing the resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation: A guide for the perplexed. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 265- 276. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.265>
- Schrimshaw, E., Rosario, M., Meyer Bahlburg, H., Scharf-Matlick, A., Langstrom, N., & Hanson, R. K. (2006). Test-retest reliability of self-reported sexual behavior, sexual orientation and psychosexual milestones among gay, lesbian and bisexual youths: High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 225-234. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.09.002>
- Schroeder, M., & Shildo, A. (2002). Ethical issues in sexual orientation conversion therapies. In A. Shildo, M. Schroeder, & J. Drescher (Eds.), *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives* (pp. 131- 166). New York: Haworth.
- Schulte, L. J., & Battle, J. (2004). The relative importance of ethnicity and religion in predicting attitudes toward gays and lesbians. *Journal of Homosexuality*, 47, 127-141. http://dx.doi.org/10.1300/J082v47n02_08
- Schwartz, M. F., & Masters, W. H. (1984). The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men. *American Journal of Psychiatry*, 141, 173-181.

- Sell, R. L. (1997). Defining and measuring sexual orientation: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 643-658. <http://dx.doi.org/10.1176 / ajp.141.2.173>
- Semlyen, J., King, M., Varney, J., & Hagger-Johnson, G. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: Combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry*, 16: 67. <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0767-z>
- Shafranske, E. P., & Cummings, J. P. (2013). Religious and spiritual beliefs, affiliations, and practices of psychologists. In K. I. Pargament (Ed.), A. Mahoney, & E. Shafranske (Assoc. Eds.), *APA Handbooks in Psychology: APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality: Vol. 2. An Applied Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 23-42). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sherhoff, M. (1999). Monogamy and gay men. *Family Networker*, 23, 63-71.
- Sherhoff, M. (2006). Negotiated nonmonogamy and male couples. *Family Process*, 45, 407-418. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00179.x>
- Shildo, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. In R. J. Green & G. M. Herek (Eds.), *Lesbian and Gay Psychology: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 176-205). Thousand Oaks, CA; Sage.
- Shildo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249-259. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.249>
- Shildo, A., Schroeder, M., & Drescher, J. (Eds.) (2001). *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives*. New York: Haworth.
- Siegel, E. V. (2015). *Female Homosexual Attraction: Choice without Volition*. NY: Routledge.
- Silverstein, C. (2003). The religious conversion of homosexuals: Subject selection is the *voir dire* of psychological research. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 7, 31-53. https://dx.doi.org/10.1300/J236v07n03_03
- Sisk, C. L., & Zehr, J. L. (2005). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Frontiers of Neuroendocrinology*, 26, 163-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfme.2005.10.003>
- Slife, B. D. (2006). Are psychology's main methods biased against the worldview of many religious people? *Journal of Psychology and Theology*, 34, 217-231. <http://dx.doi.org/10.1177/009164710603400304>
- Slife, B. D. (2008). A primer of the values implicit in counseling research methods. *Counseling and Values*, 53, 7-21. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-007X.2009.tb00110.x>

- Slife, B. D., & Reber, J. S. (2009). Is there a pervasive implicit bias against theism in psychology? *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 29, 63-79. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016985>
- Slife, B. D., & Reber, J. S. (2012). Conceptualizing religious practices in psychological research: Problems and prospects. *Pastoral Psychology*, 61, 735-746. <http://dx.doi.org/10.1007/s11089-011-0397-9>
- Slife, B. D., Starks, S., Primosch, M. (2014). Questioning the presumption of naturalism in the social sciences: A case study. *Pastoral Psychology*, 63, 339-353. <http://dx.doi.org/10.1007/s11089-013-0534-8>
- Sowe, B. J., Taylor, A. J., & Brown, J. (2017). Religious anti-gay prejudice as a predictor of mental health, abuse, and substance use. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87, 690-703. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000297>
- Spitalnick, J., & McNair, L. D. (2005). Couples therapy with gay and lesbian clients: An analysis of important clinical issues. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 43-56. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230590475260>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025647527010>
- Stark, R. (2005). *The Victory of Reason: How Christianity Led to Freedom, Capitalism, and Western Success*. New York: Random House.
- Stein, E. (1999). *The Mismeasure of Desire: The Science, Theory and Ethics of Sexual Orientation*. London: Oxford University Press.
- Stoddard, J. P., Dibble, S. L., & Fineman, N. (2009). Sexual and physical abuse: A comparison between lesbians and their heterosexual sisters. *Journal of Homosexuality*, 56, 407-420. <http://dx.doi.org/10.1080/00918360902821395>
- Sutton, P. (2014). *What the Research Does and Does Not Say: Is Therapeutic Support for Unwanted Same-Sex Attractions Harmful*. Belfast, No. Ireland: Core Issues Trust (<https://www.core-issues.org/>). Retrieved from https://www.coreissues.org/UserFiles/File/Downloadable_publications/What_the_research_does_and_does_not_say_.pdf
- Szymanski, D., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008). Internalized heterosexism: measurement, psychosocial correlates, and research directions. *Counseling Psychologist*, 36, 525-574. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000007309489>
- Thase, M. E., & Jindal, R. D. (2004). Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed, pp. 743-766). New York: Wiley.

- Throckmorton, W. (1998). Attempts to modify sexual orientation: A review of outcome literature and ethical issues. *Journal of Mental Health Counseling*, 20, 283-304.
- 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*, 24, 332-342.
- Throckmorton, W., & Yarhouse, M.A., (2006). *Sexual Identity Therapy: Practice Guidelines for Managing Sexual Identity Conflicts*. Grove City College & Regent University. Retrieved from <https://sitframework.com/wpcontent/uploads/2009/07/sexualidentitytherapyframeworkfinal.pdf>
- Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman, Q. (2017). Minority stressors, rumination, and psychological distress in monozygotic twins discordant for sexual minority status. *Psychological Medicine*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171700321X>
- Tomeo, M. E., Templar, D. L., Anderson, S., & Kotler, D. (2001). Comparative data of childhood and adolescent molestation in heterosexual and homosexual persons. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 535-541. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010243318426>
- Tozer, E. E. & McClanahan, M. K. (1999). Treating the purple menace: Ethical considerations of conversion therapy and affirmative alternatives. *The Counseling Psychologist*, 27, 722-742. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000099275006>
- Trocki, K. F., Drabble, L. A., & Midanik, L. T. (2009). Tobacco, marijuana, and sensation seeking: Comparisons across gay, lesbian, bisexual, and heterosexual groups. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 620-631. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017334>
- Twenge, J., Sherman, R., & Wells, B. (2016). Changes in American adults' reported same-sex sexual experiences and attitudes, 1973-2014. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1713-1730. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-016-0769-4>
- Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., & Cauce, A. M. (2004). Risk factors for sexual victimization among male and female homeless and runaway youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 503-520. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260504262961>
- Udry, J. R., & Chantala, K. (2005). Risk factors differ according to same-sex and opposite-sex interest. *Journal of Biosocial Science*, 37, 481-497. <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932004006765>
- Ueno, K. (2010). Mental health differences between young adults with and without same-sex contact: A simultaneous examination of underlying mechanisms. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 391-407. <http://dx.doi.org/jhsb.sagepub.com>

- van Kesteren, N. M., Hospers, H.J., & Kok, G. (2007). Sexual risk behavior among HIV-positive men who have sex with men: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 65, 5-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.003>
- Van Wyk, P. H., & Geist, C. S. (1984). Psychosocial development of heterosexual, bisexual and homosexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 505-544. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01542088>
- Vincent, W., Peterson, J. L., & Parrott, D. J. (2009). Differences in African American and white women's attitudes toward lesbians and gay men. *Sex Roles*, 61, 599-606. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-009-9679-4>
- Walker, J. J., & Longmire-Avital, B. (2013). The impact of religious faith and internalized homonegativity on resiliency for black lesbian, gay, and bisexual emerging adults. *Developmental Psychology*, 49, 1723-1731. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031059>
- Wang, J., Ploderl, M., Hausermann, M., & Weiss, M. G. (2015). Understanding suicide attempts among gay men from their self-perceived causes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 499-506. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000319>
- Wang, S. B., & Borders, A. (2017). Rumination mediates the association between sexual minority stressors and disordered eating, particularly for men. *Eating and Weight Disorders*, 22, 699-706. <http://10.1007/s40519-016-0350-0>
- Weimich, J. D., & Klein, F. (2002). Bi-gay, bi-straight, and bi-bi: Three bisexual subgroups identified using cluster analysis of the Klein Sexual Orientation Grid. *Journal of Bisexuality*, 2, 109-140. https://dx.doi.org/10.1300/J159v02n04_07
- Wells, J. E., McGee, M. A., & Beautrais, A. L. (2011). Multiple aspects of sexual orientation: Prevalence and sociodemographic correlates in a New Zealand national survey. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 155-169. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-010-9636-x>
- Whisman, V. (1996) *Queer by Choice: Lesbians, Gay Men and the Politics of Identity*. New York: Routledge.
- Whitam, F. L., & Mathy, R. M. (1986). *Male Homosexuality in Four Societies. Brazil, Guatemala, the Philippines, and the United States*. New York: Praeger.
- Whitehead, N. E. (2010). Homosexuality and co-morbidities: Research and therapeutic implications. *Journal of Human Sexuality*, 2, 124-175. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_996981251933490a96b5c7098b4719ad.pdf
- Whitehead, N. E. (2011a). Sociological studies show social factors produce adult SSA. *Journal of Human Sexuality*, 3, 115-136. Retrieved from <https://>

- docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_ccbdl fbeba4040799e4c448d13267d4d.pdf
- Whitehead, N. (2011b). Neither genes nor choice: Same-sex attraction is mostly a unique reaction to environmental factors. *Journal of Human Sexuality*, 3, 81-114. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_ccbdl fbeba4040799e4c448d13267d4d.pdf
- Whitehead, N. E. (2013). Is first same sex attraction a developmental milestone? *Journal of Human Sexuality*, 5, 37-62. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_2bccb50857a04b82a1253d61f4376245.pdf
- Whitehead, N. E. (2014). Prenatal hormones are only a minor contributor to male brain structure in humans. *Journal of Human Sexuality*, 6, 105-127. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_c 09726fb-6df1403dae082c92f3d3d4ef.pdf
- Whitehead, N. (2015/16). Are gay/lesbian relationships really as short as they seem? *Journal of Human Sexuality*, 7, 99-125. Retrieved from https://docs.wixstatic.com/ugd/ec16e9_a6b8b3d539314364a79172adeb71871c.pdf
- Wilson, E. D. (1988). *Counseling and Homosexuality*. Resources for Christian Counseling, Gary R. Collins (ed). Nashville, TN: W Pub Group.
- Wilson, H. W., & Widom, C. S. (2010). Does physical abuse, sexual abuse, or neglect in childhood increase the likelihood of same-sex sexual relationships and cohabitation? A prospective 30-year follow up. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 63-74. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9449-3>
- Wolok, J., Ybarra, M. L., Mitchell, K., & Finkelhor, D. (2007). Current research knowledge about adolescent victimization via the Internet. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 18, 325-341.
- Worthington, R. L. (2004). Sexual identity, sexual orientation, religious identity and change: Is it possible to depolarize the debate? *Counseling Psychologist*, 32, 741-749. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000004267566>
- Worthington, R. L., & Reynolds, A. L. (2009). Within-group differences in sexual orientation and identity. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 44-55. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013498>
- Wright, H. N. (1986). *Self-Talk, Imagery and Prayer in Counseling*. Resources for Christian Counseling, Gary R. Collins (ed). Nashville, TN: W Pub Group.
- Wright, R.H., & Cummings, N. A. (Eds.) (2005). *Destructive Trends in Mental Health: The Well-Intentioned Path to Harm*. New York: Routledge.
- Xu, Y., & Zheng, Y. (2015). Prevalence of childhood sexual abuse among lesbian, gay, and bisexual people: A meta analysis. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 315-331. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2015.1006746>

- Yarhouse, M.A. (1998a). When clients seek treatment for same-sex attraction: Ethical issues in the "right to choose" debate. *Psychotherapy*, 35, 234-259. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087753>
- Yarhouse, M.A. (1998b). When families present with concerns about an adolescent's experience of same-sex attraction. *American Journal of Family Therapy*, 26, 321-330. <http://dx.doi.org/10.1080/01926189808251110>
- Yarhouse, M. A. (2009). The battle regarding sexuality. In N. Cummings, W. O'Donohue, & J. Cummings (Eds., pp. 63-93), *Psychology's War on Religion*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker, & Theisen, Inc.
- Yarhouse, M. A., & Brooke, H. L. (2005). *Running a Sexual Identity Therapy Group*. Poster presented at the annual convention of the American Psychological Association, Washington, DC: Author.
- 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. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.235>
- Yarhouse, M. A., Burkett, L. A., & Kreeft, E. M. (2002). Paraprofessional Christian ministries for sexual behavior and same sex identity conflicts. *Journal of Psychology and Theology*, 30, 209-227. <http://dx.doi.org/10.1177/009164710203000304>
- 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. (2001). Ethical issues in attempts to ban reorientation therapies. In P.A. Bigaler (Chair), *Clinical Issues and Ethical Concerns Regarding Attempts to Change Sexual Orientation: An Update*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans, LA.
- Yarhouse, M. A., & Throckmorton, W. (2002). Ethical issues in attempts to ban reorientation therapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 66-75. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.66>
- Yarhouse, M.A., & VanOrman, B. T. (1999). When psychologists work with religious clients: Applications of the general principles of ethical conduct. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 557-562. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.30.6.557>
- Zubenko, G. S., George, A. W., Soloff, P. H., & Schulz, P. (1987). Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 748-752. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.144.6.748>
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: Guilford.

Travma ve Bağımlılığı Çözme: Bütüncül Protokol™



Joseph Nicolosi Jr., Ph.D*

The Breakthrough Clinic Westlake Village, California

Travma ve bağımlılıklar, her ikisi de değişen bilincin duygusal olarak düzensiz trans durumlarını tetiklemeleri bakımından benzerdir (Miller, 2012; Shapiro ve Forrest, 1997). Travma bu trans halini olumsuz, acı verici duygulanım ile, bağımlılık ise olumlu, keyifli duygulanımlarla başlatır. Irak savaş gazileri ve tecavüz mağdurları, travmalarını hatırlatan şeylerle karşılaştıklarında bunu çok iyi bilirler. Bağımlılar genellikle ilk deneyimlerinin “telaşını” o kadar net bir şekilde hatırlayabilirler ki, neredeyse şu anda gerçekleşiyormuş gibi hissederler. Bu sadece uyuşturucu kullanımı için geçerli değildir. Bu fenomen kumar bağımlılığı ve cinsel bağımlılıklar gibi davranışsal bağımlılıklarda da görülebilir. Bu trans durumlarının çözümü genellikle danışanın temel etkilerini ve karşılanmamış ilişkisel ihtiyaçlarını yeniden entegre ederek elde edilebilir. Bütüncül Protokol™ bunu başarmayı amaçlamaktadır. Bu makalenin odağında, protokol uygulaması eşcinsel çekimi olan erkeklerin tedavisi kapsamında özel olarak

* J. J. Nicolosi Jr., lisanslı bir klinik psikolog ve The Breakthrough Clinic and Reintegrative Therapy™'nin kurucusudur (Reintegrative therapy, copyright 2017, Joseph Nicolosi, Jr., Ph.D.) EMDR International Association aracılığıyla EMDRIA Onaylı Danışman oldu ve Dr. Robert Miller tarafından Feeling-State Addiction Protocol sertifikasını aldı. Duygu-durum teorisi ve pratiğini geliştirdiği için Dr. Robert Miller'a özel bir teşekkür sunmak isteriz. Bu makaleye ilişkin yazışmalar Joseph Nicolosi, Jr.'a gönderilmelidir, The Breakthrough Clinic, 128 Auburn Ct. # 209, Westlake Village, CA 91362 E-posta: thebreakthroughclinic@gmail.com

incelenecek ve travma çözümümü yöntemi olarak öz-şefkatin kullanılmasına ilişkin ve travma çözüm yöntemi olarak EMDR'yi kullanmak isteyen eğitimli psikoterapistlere yönelik yönergeler yer alacaktır.

Giriş

Bütüncül Protokol™, erkekler ve kadınlar için travma ve bağımlılığın basit ve çok yönlü bir klinik tedavisidir. Aşağıdaki örnekte, Bütüncül Protokolün™ keşfetmek istedikleri eşcinsel çekime sahip erkeklere nasıl uygulanacağını ve EMDR terapisini kullanmaya yetkili terapistler için isteğe bağlı EMDR yönergelerini özellikle göstereceğim. EMDR tedavisi konusunda eğitim almamış terapistler, bilinçli öz şefkat versiyonunu kullanabilir. Önemli miktarda deneysel kanıt, özellikle hoş olmayan olaylara olumsuz tepkilerin azaltılması (Leary, Tate, Adams, Allen ve Hancock, 2007), çocuklukta karşılaşılan kötü muamele ile sonraki duygusal düzenleme zorlukları ve sorunlu madde kullanımı arasındaki ilişki (Vettese, Dyer, Li ve Wekerle, 2011) gibi çeşitli klinik semptomların tedavisinde bilinçli öz şefkatin psikolojik faydalarını desteklemektedir. Ayrıca yüksek psikolojik iyi oluş ile de bağlantılıdır (Neff, Kirkpatric ve Rude, 2007).

Artan sayıda ampirik araştırma, çeşitli klinik bozuklukları çözmek için EMDR tedavisinin güvenliğini ve etkinliğini de desteklemektedir. Yirmi dört randomize kontrollü çalışma, duygusal travma ve klinik uygulamayla ilgili diğer olumsuz yaşam deneyimlerinin tedavisinde EMDR tedavisinin olumlu etkilerini desteklemektedir (Shapiro, 2014) ve Amerikan Psikiyatri Birliği birçok hasta için EMDR tedavisini önermiştir (APA, 2004). EMDR tedavisi yaygın olarak diğer terapötik yöntemlerle tamamlayıcı bir yaklaşım olarak görülmektedir (Shapiro, 2002). EMDR terapisine göre, danışanın hayatındaki ezici, düzensiz deneyimler, danışanın sinir sisteminin travmatik olayla ilgili bilgileri uyarlanabilir bir şekilde işleme, kodlama ve saklama yeteneğini bozmakta ve danışanın travma kaynaklı akıldışı uyumsuz olumsuz bilişlerine, bağımlılıklara eğilime ve diğer TSSB semptomlarına yol açmaktadır (Shapiro ve Forrest, 1997). Bilateral stimülasyo-

nun (en yaygın olarak bilateral göz hareketleri yoluyla uygulanır) sistematik olarak uygulanmasının, danışanın bu travmatik olayları uyumsal olarak yeniden işlemesine katkıda bulunduğuna ve sonuç olarak danışanın olumsuz bilişleri, bağımlılığa olan eğilimi ve diğer TSSB (PTSD) semptomlarının sıklıkla çözüldüğüne inanılmaktadır (Shapiro & Forrest).

EMDR terapisi ile danışanın duygu ve bilişlerindeki değişiklikler yaygındır ve bunda terapistin ideolojik etkisi yoktur. Örneğin, danışanın yükseklik korkusunun mantıksız olduğuna inanan bir terapistin, danışanla hangi yüksekliklerin danışan için tehlike oluşturduğuna dair kendi inancını tartışmasına veya ona herhangi bir şekilde baskı yapmasına gerek yoktur. Yerinde bir EMDR tedavisinde, yükseklik korkusunun uygun olup olmadığı konusunda danışanla tartışmak yerine, danışanın anılarının travmaya bağlı bileşenlerinin yarattığı ve yeniden işleme sonrası oluşan korkuların ekolojik olarak sağlam olduğu düşünüldüğünde danışanın kendi çıkarımlarına ulaşmasına izin vermek suretiyle bu konu baypas edilebilir. Bunun örnekleri, EMDR terapisinin kurucusu Francine Shapiro tarafından fark edilmiştir ve kendisi “eğer duruma uygun olsaydı EMDR’nin bir kişinin olumsuz duygularını duyarsızlaştırmayacağını” belirtmiştir (Shapiro ve Forrest, 1997, s. 25). Bir uçuruma çok yakın olma korkusu gibi uyarlanabilir etkiler mevcut kalırken, uygunsuz, uyumsuz etkiler (örneğin, sadece “uçurum” kelimesine maruz kalmanın neden olduğu korku hissi) kendiliğinden çözülmüştür.

Danışan ve terapist cinsellik gibi önemli bir konuyu tartışırken bu yeniden işleme yöntemi büyük önem taşımaktadır. Din, toplumsal baskı, benlik imajı ve sağlık endişelerinin hepsi devreye girmektedir.

Sözde “Dönüşüm Terapisi”nden Farklı Olarak Bütüncül Terapi™

LGBT siyasi aktivistleri cinselliği değiştiren bir terapiyi duyduklarında, bunun genellikle “dönüşüm terapisi” olarak adlandırıldığını varsayarlar; “bir bireyin cinsel oryantasyonunu değiştir-

meye çalışan” çabaları tanımlamak için kullanılan geniş, kötü tanımlanmış bir terimdir (bkz. S.B. 1172, 2011-2012). Bütüncül Terapi™’nin kendisi ve bu protokol, birkaç temel nedenden dolayı kategorik olarak “dönüşüm terapisi” veya “cinsel oryantasyon değiştirme çabalarından” (SOCE) ayrıdır.

İlk olarak, Reintegrative Therapy™’nin amacı travma ve bağımlılıkları tedavi etmektir. Cinsellikteki değişiklikler bir yan üründür, yani amaç değildir. Sonuç olarak, Reintegrative Therapy™ ve Reintegrative Therapy Association (501(C) 3 kâr amacı gütmeyen bir kuruluş) eşcinselliğin ruhsal bir bozukluk olarak kabul edilip edilmemesi gerektiği konusunda bir tutum sergilememektedir. İkincisi, Reintegrative Therapy™ yöntemleri, danışanın veya terapistin cinsiyeti veya cinsel yönelimi ile ilgili hiçbir ayırım veya değişiklik yapılmadan kullanılır. Bir danışana heteroseksüel çekimi olan bir danışanla aynı protokolü sağlamak, dini ve politik olarak itham edilen cinsellik konusuyla ilgili karmaşık etik ve dini “kara mayınlarını” aşmaya yardımcı olur. Danışan cinselliği hakkında kendi kararlarını vermekte özgürdür. Protokolün işe yaraması için terapistin ideolojik dogma ile hareket etmesine gerek yoktur.

Üçüncüsü, Reintegrative Therapy™, travma ve bağımlılığı tedavi etmeye çalışan dünya çapındaki diğer klinikler tarafından kullanılan aynı yaklaşımları (cinsel yönelimi değiştirmeye çalışan “dönüşüm terapilerinin” aksine) yalnızca kanıta dayalı tedavi yaklaşımlarını (bilinçli öz şefkat ve EMDR gibi) kullanır.

“Dönüşüm Terapisi”nin Tuzaklarından Kaçınmak

Çeşitli cinsel kimliklerden ve dini geçmişlerden ruh sağlığı profesyonelleri ve akademisyenlerden oluşan bir organizasyon The Reconciliation and Growth Project (bkz Reconciliation And Growth.org/guidelines), inanç temelli değerler ve cinsel ve cinsiyet çeşitliliği konusunda farklı bakış açılarına sahip insanlar arasında “diyalogu” teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bunların arasında, APA’nın Cinsel Oryantasyona Uygun Terapötik Yanıtlar Çalışma Kolu üyesi olan Ph.D. Lee Beckstead de bulunuyor. Kuruluş, cinsellik, cinsiyet ve inanca hitap ederken doğası gereği

etik olmayan ve potansiyel olarak zararlı olduğunu düşündükleri dört özel müdahaleyi vurgulamaktadır:

1. Belirli bir cinsel yönelim (oryantasyon) veya cinsel kimliğin sonucuna ilişkin beklentilerin teşvik edilmesi
2. Doğrudan veya dolaylı baskı kullanmak
3. Müdahaleleri önyargıya, asılsız teorilere veya yanlılığa dayandırmak
4. Cinsel yönelim, cinsiyet ve inanç kimliği ve ifade olanaklarının keşfinin sınırlandırılması

Bütüncül Terapi™, danışanın cinsel yönelimine bakılmaksızın erkekler ve kadınlar için travma ve bağımlılığı tedavi etmek için tasarlanmış nötr bir cinsel yönelim yaklaşımı olmasına rağmen, eşcinsel çekime sahip erkek danışanlar, eşcinsel çekimlerinde azalmalar ve bazı danışanlar için, kullanımının bir yan ürünü olarak heteroseksüel çekimlerinde artışlar olduğunu bildirmiştir, bu nedenle bu özel makale protokolün bu popülasyondaki bir erkeğe uygulandığında kullanımını gösterecektir. Bütüncül Protokol™, doğru şekilde uygulandığında hem danışanın hem de terapistin “dönüşüm terapisinde” ortaya çıkabilecek dört etik sorunun her birini aşmasına izin verir.

Danışan ve terapistin danışanın ilgi alanlarını değiştirmeye çalışmasına gerek yoktur; protokol danışanın ilgi alanlarını tarafsız bir merak duruşundan keşfetmeyi ve daha sonra altında yatan travma anılarını standart travma tedavileriyle çözmeye çalışmayı içerir. Bir tedavi protokolünün kullanılması, danışanın ve terapistin cinsellikle ilgili herhangi bir ideolojiye veya nedensel modele bağlı kalması veya konuyla ilgili belirli bir ahlaki, politik veya dini duruş sergilemesi gerekmediği anlamına gelir. Protokol odaklı yaklaşım, terapistlerin danışanın tedavisindeki ideolojik etkisini azaltır ve hatta ortadan kaldırabilir.

Bütüncül Protokol™’ün dört aşamalı yaklaşımı geçmiş ve değerlendirme, hazırlık, değerlendirme ve **yeniden entegrasyondan** oluşur. Her aşamada yer alan adımları açıkladıktan sonra, bu

makaleyi protokolün yaklaşımıyla ilgili bazı teorik tartışmalarla sonuçlandırıyor olacağım.

Aşama 1: Geçmiş ve Değerlendirme

1. Danışanın semptomlarının geçmişini, sıklığını ve bağlamını öğrenin (davranışsal bağımlılıklar için, bağımlılık davranışı budur).
2. Danışanı, potansiyel olarak yüksek düzeyde olumsuz duyguları yönetmek için başa çıkma becerilerine ve bütüncül kapasiteye sahip olup olmadığını belirleyen güvenlik faktörleri açısından değerlendirin. Danışan travma veya bağımlılık çalışması için çok kırılgan ise, kişi bu protokol gibi daha doğrudan ve zorlu psikoterapötik çalışmaya hazırlanana kadar, sakinleştirici ve stabilizasyon becerilerinde destekleyici psikoterapi ve yönergeler uygun olacaktır.

Aşama 2: Hazırlık

3. Bütüncül Protokolü™ ve karmaşık duyguların bazen travmalarımızın ve bağımlılıklarımızın nasıl altında yatabileceği bir etken olduğunu ve öz şefkatin bunların çözümlerine nasıl yardımcı olabileceğini açıklayın. EMDR terapisi uygun olabilirse, rahatsız edici anıları işlemek için EMDR terapisi hakkında bilgi sağlanabilir.

Aşama 3: Değerlendirme

4. Hedef davranışın, onunla ilişkili duygusal yoğunluğa sahip olan belirgin ögesini tanımlayın. Cinsel davranışlar için bu, danışanın en güçlü cinsel fantezisinin zirve anı olacaktır (Şekil 1).



Şek. 1 Aktive edici olayın incelenmesi.

Terapist şu soruyu sorar: “Bana üzerinde çalışmak istediğiniz cinsel fantezi veya deneyimden bahsedin. Bana vermek istediğiniz kadarını ayrıntılı olarak anlatın.”

Danışan şöyle cevap verebilir: “Bu ideal erkek, beni överken bana oral seks yapıyor.” Ya da “Yeni tanıştığım iki erkekle seks yapıyorum. Tek arzuları benim her ihtiyacımı karşılamak.”

5. Cinsel deneyimin en güçlü anıyla ilişkili belirli duyguları tanımlayın ve danışanın bu duyguyu elinden geldiğince yoğun bir şekilde yaşamasına izin verin. Bundan aldığı duyguyu (yani güçlülü, bağlı, değerli, aranan) dikkatlice tanımlaması için zaman ayrılmalıdır. Danışanın, terapistinin kendisini kabul ettiğini bilmesi çok önemlidir, böylece bu anda cinsel trans durumuna girebilir. Terapistin danışanın bu kısmını gerçekten kabul etmesi çok önemlidir. Danışan belirsizse veya cinsel fantezisini veya onunla ilişkili duygularını tartışmıyorsa, bu muhtemelen önemli bir danışan utancının göstergesidir. Danışanın bu protokolü verimli bir şekilde kullanabilmesi için, cinsel düşünce ve duyguları hakkında bilinçli bir açıklık, kabul ve merak duruşunu sürdürmede terapistin katılabilmelidir. Bu nedenle, terapistin protokolün bu aşamasında hem danışanı modellemesi hem de cinsel fantezisi ve onunla ilişkilendirdiği duygular hakkında anlayış ve yargılayıcı olmayan merak geliştirme konusunda onu desteklemesi için gerekirse birkaç seans ekstra zaman harcaması gerekebilir. Cinsel

istismar mağdurları, cinsel fantezileri bir istismar hafızası ile ilgiliyse, genellikle bununla ilgili zorluk yaşarlar, bu nedenle güvenilir bir bakımverenin cinsel istismarcı hale gelmesinden sonra ne kadar karmaşık ve çelişkili duyguların ortaya çıktığı konusunda psiko-eğitim vermek genellikle yararlı olabilir.

6. Danışan cinsel fantezisinin doruk noktasını görselleştirdikten ve ilişkili duygularını yoğun bir şekilde deneyimlemesine imkân sağladıktan sonra, danışandan üçüncü kişide kendisinin dışında bir duruş sergilediğini hayal etmesini ve kendi gözlerinin içine derinlemesine ve doğrudan bakmasını ve ne gördüğünü fark etmesini isteyin (Şekil 2).



Terapist: “Üçüncü şahıs olarak kendinizin dışına çıkın ve doğrudan kendi gözlerinizin içine bakın. Acele etmeyin ve onda ne gördüğünüzü fark edin” [danışanın gözleri üçüncü şahısmış gibi konuşmak].

Terapist bu noktada yavaş hareket etmeye, gerekirse açık uçlu sorular sormaya dikkat etmelidir. Danışanın, kendisi için faydalı olan bir hızda kendi sonuçlarına varmasına izin verilmesi çok önemlidir. Bu, onun cevaplarını analiz etme veya yorumlama zamanı değildir.

Danışan kendisinin dışında olmayı ve kendi gözlerinin içine istikrarlı bir şekilde bakmayı hayal ederken, ne görmesi gerektiği konusunda terapistin tek işi ahlaki yargısı veya baskısı olmadan, nelerin etkilendiğini keşfetmek için “ne olursa olsun, olmasına izin vermektir” (Shapiro, 2002, s. 38)

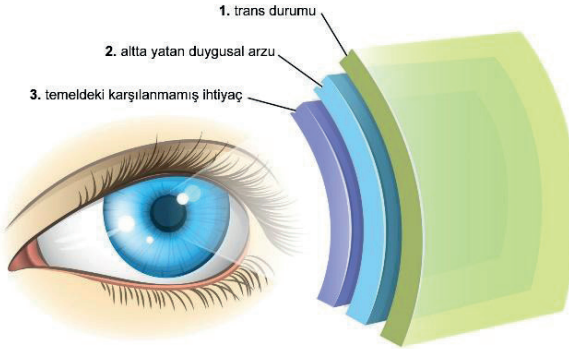
Terapistin, danışanın bu bakışı sürdürmesine yardımcı olmak için danışanın dikkatini yavaşça ve tekrar tekrar danışanın gözlerinin içine derinlemesine bakmanın görselleştirilmesine çekmesi gerekebilir. Terapist, danışanı kendi gözlerinin içine derinlemesine bakmaya nazıkçe yönlendirmede kararlı olmalıdır. Açıklık, merak ve nezaket duruşuyla terapist şunları sorabilir:

Gözlerinde ne görüyorsun? Sence ne istiyor?

Sence bundan ne elde etmeyi umuyor?

Az önce bahsettiğin duygunun ardında ne hissediyorsun?

Danışanın duygusal motivasyonlarına ilişkin farkındalığı muhtemelen kendini belirli bir düzende sunar: (1) cinsel fantezi transı, (2) duygusal arzunun altında yatan (arzu) ve (3) bireyin önceki duygusal travması ve ihmal deneyimlerinin bir sonucu olan karşılanmamış ihtiyaçlar (Şekil 3).



Şek. 3 Tersine dönme bakışı ile trans halinin ötesine geçmek.

7. Danışan karşılanmamış ihtiyacı görüp deneyimleyebildikten sonra, üçüncü şahıs perspektifinden daha eski bir anıya geri dönmesini isteyin (Şekil 4).

Terapist: *Daha önce ne zaman böyle hissetmişti? Hayatında ilk etapta onun böyle hissetmesine sebep olan ne oldu?*

Danışan muhtemelen karşılanmamış duygusal ihtiyacıyla ilgili önemli bir anıyı ilişkilendirecektir:

“Oyun parkında yalnızım ve herkes beni görmezden geliyor. Ya da annemin bana bağırıldığını ve ondan korktuğumu hatırlıyorum.”



Çocukluk anılarıyla spontan ilişkiler, terapistten hiçbir teşvik almadan, özellikle de bu protokolü terapistleriyle birkaç kez kullanmış olan danışanlarda ortaya çıkar.

Anılar tanımlanırsa, terapistin bir seçim noktası vardır: Artık görüntüleri, olumsuz bilişleri, olumlu bilişleri vb. tanımlayarak doğrudan EMDR terapi aşaması üçe (değerlendirme) geçebilir ve daha sonra **hafıza yeniden işleme** için 4-7. aşamalara devam edebilir. EMDR eğitilmiş terapistler için, bu protokolün aşağıdaki adımlarına gerek yoktur, çünkü terapist bu noktadan EMDR terapisinin standart protokolü ile devam edebilir. EMDR tedavisi

uygun değilse, sonraki adımlarla (aşağıda) devam edin ve EMDR standart protokolüne geçmek yerine travmaları işlemek için bilinçli öz şefkat kullanın.

Aşama 4: Reintegrasyon

8. Danışan daha önceki travma belleğini tanımladıktan sonra, bilinçli öz şefkat kullanarak onu çözmeye başlayın. Bu noktada terapist, hâlâ üçüncü şahıs gözlemci durumunda olan danışandan, kendi içindeki genç benliğine karşı şefkat duygularına erişmesini ister (Şekil 5):



Şek. 5 Öz-Şefkati hissetmek ve ifade etmek

“Genç halinin gözlerinin derinliklerine bak. Ondaki ihtiyacı görebiliyor musun?”

Derin bir nefes alıp kalbini ona doğru açarsan, doğrudan gözlerinin içine bak. Karşılanmamış ihtiyaçlarını gördüğünde içinde ne hissediyorsun?”

Danışan kendi bakım ve şefkat duygularına eriştikçe, terapist daha sonra onu genç haline karşı duyduğu şefkati ifade etmeye teşvik eder:

“İçindeki o his ona karşı kendini ifade edebilseydi, ne yapardın ya da söyledin?”

Şefkat duygularına erişmekte zorluk çeken bazı hastalar için, bu zorluk genellikle terapist tarafından giderilebilir ve danışana o anda kendi çocuğuna nasıl davranacağını sorar:

“Gözlerinin içine bak. Gerçekten sevdiğin bir oğlun olsaydı ve o çocuk bu durumda olsaydı, ona karşı nasıl hissederdin? O anda gerçekten çocuğuna karşı kalbini açsaydın nasıl hissederdin?”

Danışan başlangıçta çocuğun acısından bunalıldığını ve çocuğa ihtiyacı olan şeyi veremeyeceğini bildirebilir. Bu itiraz tipik olarak, başkalarına sunacak çok az değeri olduğuna inanan düşük öz değere sahip danışanlar tarafından dile getirilir. Bu barikat terapistin kısa eğitimi ve teşviki ile kolayca ele alınır. Danışana, çocuklar kolaylıkla incinebilse de aynı zamanda yardımsever bir bakımverenden az miktarda şefkat ile yine kolaylıkla güven alabileceği öğretilmelidir. Terapist şöyle devam edebilir:

“Ona (danışanın genç haline) sahip olduğun şefkati sunup sunamayacağına bak. Şu anda onun tüm sorunlarını çözmek zorunda değilsin ve ilginin onun için ne kadar ileri gideceğine şaşıracaksın.”

Danışan bu ilgi ve şefkat duygusuna ve hayalindeki çocuğa karşı açık olmaya erişebildiğinde, terapist şimdi bunu daha genç haline karşı ifade etmesini isteyebilir:

“Eğer kalbindeki o his o an kendini ifade etmekte gerçekten özgür hissetseydi, genç haline karşı ne söylerdin veya yapardın?”

Danışanlar genellikle genç benliklerine bakmak, onların elinden tutmak, onlara rehberlik etmek ve onları dinlemek için hareket ederler. Genç benliği (karşılanmamış temel ihtiyaçlara tutunan), gözlemleyen, ilgilenen yetişkin benliği ile ilgilenildiği, yakınlaştırıldığı ve “yeniden bütünleştirildiği” için terapist, danışana şu soruyu sorarak bu süreci kolaylaştırabilir:

“O anda, genç halinin gözlerinin içine derinlemesine bak. O anda kendisi hakkında ne biliyor? O anda senin hakkında ne biliyor?”

Hafızalarında genç benliklerine karşı şefkatlerini hissedebilen ve ifade edebilen danışanlar genellikle şöyle bir şey söyleyerek cevap verirler:

“Kabul edilebilir olduğunu biliyor. Ve her zaman onun yanında olacağımı biliyor.”

Öz şefkatin geliştirilmesi bazen sık sık amaçlı çaba gerektirebilir. Bu, eski farkındalık geleneğinin bize öğrettiği bir şeydir.

9. Danışandan 3. aşamada tanımlanan temel cinsel fanteziye veya anıya geri dönmesini isteyin.

Terapist: *“Bu esas sahneye şu anki duygusal tepkin nedir? Başladığımızda bilmediğin ne biliyorsun? Cinsel fantezi ile üzerinde çalıştığımız anı arasındaki bağlantı nedir sence?”*

Bu noktada danışan büyük olasılıkla fantezideki diğer kişinin gerçekçi olmayan idealleştirme duygusunu ve cinsel arzuya sahip olduğu için kendisinden duyduğu utancı kaybetmiş ve cinsel duygu ve davranışlarının arkasındaki gerçek motivasyonlar hakkında fikir sahibi olmuştur. Kendisini ve diğer kişiyi eşit olarak deneyimlemesi muhtemeldir ve esas cinsel fanteziyi/anıyı duygusal anlamda düzensiz olarak deneyimleme olasılığı daha düşüktür (Şekil 6).



Şek. 6 Aktive edici olayı tekrar ele almak ve yeniden değerlendirmek.

Tartışma

Öz şefkat hissetmekte ve ifade etmekte zorlanan danışanlar, muhtemelen küçükken bakımverenlerinden çok fazla şefkat görmemiş ve bu da karşılanmamış temel ihtiyaçlarına katkıda bulunmuş ve dolayısıyla da bu, genç benliklerine karşı öz eleştiri yapmalarına yol açmıştır. Bu sürecin bir sonucu olarak danışandaki cinsellik değişimi, karşılanmamış temel ihtiyacı çözmenin bir yan ürünü olarak ortaya çıkar (Şekil 3 ‘ün üçüncü ve en derin katmanı) ve tedavinin amacı değildir. Bu, cinselliği değiştirmeye çalışan genel “dönüşüm terapisi” formlarından farklıdır (Şekil 3’ün en yüzeysel katmanı). Cinsellik değişimi “dönüşüm terapisinin” hedefidir, yan ürünü değildir. Bu protokolda, danışanın cinsel fantezisini değiştirmek için hiçbir çaba sarf edilmez. Değişim sadece en derin katmanda (katman 3 kaynaklı karşılanmamış ihtiyaç) gerçekleşir, bu da genellikle katman 1’in (cinsel trans durumu) katman 3 dinamiklerinin çözünürlüğünün bir yan ürünü olarak ortadan kaybolmasına neden olur. Bu çok çeşitli uygulamalara sahiptir; klinisyenler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Başka Türü Adlandırılan Yıkıcı Dürtü Kontrol ve Davranış Bozukluğu semptomlarının ve protokolün tutarlı kullanımı ile çeşitli parafili bozukluklarının tedavisinde kayda değer bir başarı bildirmiştir.

Eşcinsel çekim bildiren erkeklerle çalışma deneyimimizde, 3. aşamanın sonunda, danışan neredeyse her zaman, tipik olarak diğer saldırgan ve reddedici erkeklerin ellerinde, danışanın erkeksi çabalarının zarar görmesimne ve acılı bir travma tarafından “dağlanmasına” neden olan derin bir utanç ve bağlanma kaybı anını kendiliğinden hatırlayacaktır.

Örneğin, bu protokolün 3. aşamasında “bağlandıklarını” hissettikleri cinsel fantezileri bildiren danışanlar, bakışlarını kendi gözleriyle tersine çevirdikten sonra muhtemelen kendiliğinden “reddedilme” anılarıyla ilişkilendireceklerdir. Benzer şekilde, aşama 3’te cinsel açıdan “güçlü” hissetme fantezilerini bildiren danışanlar, bakışlarını tersine çevirdiklerinde tipik olarak “güçsüz” ve “sıkışmış” hissetme deneyimlerini bildireceklerdir. Bu olgu, davranışsal spektrum boyunca tutarlıdır; “kazanma” hissi-

ne sahip bir kumarbaz, genellikle kendiliğinden “kaybetme” anılarıyla ilişkilendirilir. Aşırı yeme davranışlarını anlamak isteyen aşırı yiyenler genellikle kendiliğinden duygusal yoksunluk ve “boşluk” anlarına geri dönerler. Eşcinsel çekimi olan erkeklere uygulandığında, bu klinik gözlem birçok klinisyenin danışanın sunum materyalini telafi edici bir olgu (duygu düzenleme bozukluğunu ve kimlik duygusunu geri kazanma girişimi) olarak görmesine ve bu nedenle danışanın gelişim yıllarında travma ve ihmal deneyimlerinin yarattığı duygusal olarak düzensiz semptomların etkilerini iyileştirmesine yol açmıştır.

Eşcinsel çekiciliği aynı olan erkek danışanlarla ilgili olarak, eşcinsel olumlayıcı teorisyenler geleneksel olarak bu olgunun, çocuğun babası ve akranları tarafından eşcinsel olarak doğduğu için reddedildiği, yani danışanın eşcinselliğinin doğumdan itibaren mevcut olduğu ve çocuğun bunun sonucunda bilinçli veya bilinçsiz olarak diğer erkekler tarafından reddedildiği teorisi ile açıklanabileceğini öne sürmüşlerdir. Buna karşılık, onarım terapisti, babanın ve hemcins akranların travmatik reddinin başlangıçta çocuğun erkeksi çabalarını engellediğini ve bu travmatik utanç ve bağlanma kaybı nedeniyle, danışanın bilinçsizce bu karşılanmamış bağlanma ihtiyaçlarını hemcinsten çekimler şeklinde karşılamak için onarıcı girişimler geliştirdiğini varsaymıştır. Eşcinsel olumlayıcı teorisyenler ve onarım terapi teorisyenleri bu nedenle ters neden-sonuç açıklamaları yapmaktadır.

Neyse ki, bu protokol danışanın ve terapistin bu neden-sonuç sorusuna yan adım atmasına izin verir. Danışanın eşcinselliğinin kaynağı ne olursa olsun, artık bu protokolü kullanarak erken travmasına erişebilir ve çözebilir. Öz şefkatle altta yatan travmayı çözmek danışan için faydalıdır, bu egzersizi cinsellik konusuna birçok bakış açısından yaklaşan klinisyenler için değerli bir terapötik müdahale haline getirir. *

Protokol odaklı yaklaşım, terapistlerin tedavideki ideolojik etkisini azaltır ve hatta zaman zaman ortadan kaldırır. Bu protokol, uygun şekilde uygulandığında, terapistin danışanı davranışının

* Bu protokolde terapistlere yardımcı olacak daha fazla kaynak da dahil olmak üzere daha fazla bilgi için www.reintegrativetherapy.com adresini ziyaret edin.

nedenselliğinin belirli bir kavramsallaştırmasına yönlendirmesini önler. Trans benzeri duygunun tersine çevrilmesi, altta yatan travma anılarının “otomatik olarak seçilmesine” ve danışanın farkındalığının yüzeye çıkmasına neden olacaktır. Deneyimlerime göre, çeşitli kültürel ve dini geçmişlerine bakılmaksızın, eşcinsel çekime sahip danışanların, diğer erkeklerden gelen acı verici utanç ve bağlanma kaybı anılarıyla kendiliğinden ilişkili olma olasılığının yüksek olduğu belirtilmelidir. Bu protokolü Reintegrative Therapy™ klinisyenleri ile tekrar tekrar kullanan bu danışanlar, altta yatan karşılanmamış duygusal ihtiyaçlarının farkına vardıklarında cinselliklerinin kompulsif ve riskli unsurlarının ilk azalan unsurlar olduğunu ve bunları öz şefkat ve/veya EMDR ile çözdüklerini yaygın olarak fark ederler.

Sözde “istemsiz tikslenme”den kaçınmak için (sözel olmayan veya başka türlü kabul edilmemiş baskı unsurları söz konusu olabilir), danışanlar terapistlerinden herhangi bir yargılama veya zorlama hissi duyduklarını fark ederlerse terapistlerini derhal bilgilendirmeleri teşvik edilir. Yetkin bir terapist, bunu çözmek için danışan ile iş birliği içinde çalışabilir ve bu protokole devam etmeden önce bunu yapmalıdır. Danışanın açık, tedavi edici bir ittifak deneyimi, üretken terapötik çalışmaların temelini yanı sıra, danışanların kendi terapi hedeflerini belirleme ve istedikleri zaman bu hedefleri değiştirme hakkına sahip oldukları anlayışıdır.

Danışanların, duygusal merhamet ve utanç durumlarının birbirine taban tabana zıt olduğunun farkına varmalarını tutarlı bir şekilde bildirdiklerini belirtmek önemlidir. Şefkat verme ve alma kapasiteleri arttıkça, günlük yaşamlarında daha az utanç fark ederler.

Son olarak, aşama 3 sırasında kendi gözlerinde olumsuz etki görerek bunalmış hisseden danışanlar, kendi gözlerini uzaktan görerek fayda sağlayabilirler. Gözleri uzaktan görüntülemek, çalışma sırasında danışanı bunaltmadan ve düzensiz bir şekilde olumsuz etkinin daha nazik bir şekilde kabul edilmesini ve çözülmesini sağlar.

Uyarılar ve Uyumsuz Tedavi

Bu protokol için iki uyarı ve olası kontrendikasyonlar not edilmelidir. Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan bireyler, bu protokolden yararlanmak için ek hazırlıklara ihtiyaç duyabilirler, çünkü protokol, OKB'nin getirdiği ritüel zihinsel aktiviteleri geciktirmeden duygusal olarak yüklenmiş bir konuda sürekli dikkat çekmeyi gerektirmektedir ve bu durum OKB mağdurlarının zorluk çektiği bir durumdur (Hershfield, J., & Carboy, T., 2013). Tedavi edilmemiş OKB'nin bu protokolün 2. aşamasında tedavi edilmesi gerekebilir ve OKB semptomlarının bireyin protokolü başarıyla kullanabileceği bir dereceye kadar ne kadar hızlı azaltılabileceğine bağlı olarak birkaç ay veya daha uzun sürebilir. Eşcinsel çekimi olan erkeklerin OKB'ye sahip olma olasılığı çok daha yüksek olabilir (Sandfort, de Graaf, Bijl ve Schnabel, 2001). Bu konunun sonuçları bu makalenin tartışma kapsamının dışında olsa da danışanların bu tedavi protokolünün 2. aşamasında The Mindfulness Workbook for OCD (Hershfield, J. ve Carboy, T. 2013) gibi kanıta dayalı OKB tedavisinden büyük ölçüde yararlandıklarını kabul etmek önemlidir. Dikkatli öz şefkat egzersizleri, danışanı 4. aşamadaki öz şefkat çalışmasına hazırlamaya yardımcı olur.

Eşcinsel kimliği tanımlamış danışanlar, bu protokolün kullanımının, özellikle tekrar tekrar kullanıldığında, eşcinsel çekimlerinde azalmalara ve belki de bir yan ürün olarak karşı cins çekimlerinde artışlara yol açabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Eşcinsel olarak tanımlanan, ancak çekimlerini tarafsız bir şekilde keşfetmek ve keşfedebilecekleri travmaları çözmek isteyen birçok danışan, cinselliklerindeki bu potansiyel değişimi olumsuz bir yan etki olarak görmemektedir. Genellikle cinselliklerinin bu sonuç ne olursa olsun kendiliğinden değişmesine rıza gösterse de terapistin bu protokolün tekrarlanan kullanımından önce danışanı bu olasılık hakkında bilgilendirmesi adil ve sorumlu bir davranıştır.

Kaynakça

- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines, 14.
- Hershfield, J., & Carboy, T. (2013). *The Mindfulness Workbook for OCD: A Guide to Overcoming Obsessions and Compulsions Using Mindfulness and Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Miller, R. (2012). Treatment of behavioral addictions utilizing the feeling-state addiction protocol: A multiple baseline study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(4), 159-169. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.6.4.159>
- Rosik, C. H., & Popper, P. (2014). Clinical approaches to conflicts between religious values and same-sex attractions: Contrasting gay-affirmative, sexual identity, and change-oriented models of therapy. *Counseling & Values*, 59, 222-237.
- <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-007X.2014.00053.x>
- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85-91.
- <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.1.85>
- 55.B. 1172, 2011-2012, Reg. Sess. (Cal, 2012). Retrieved from <https://leginfo.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?billid=2011201205B1172>
- Shapiro, F. & Forrest, M. (1997). *EMDR The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma*. New York: Basic Books.
- Shapiro, F. (Ed.) (2002). *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism*. Wash., D.C.: American Psychological Association Press
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71-77. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/13-098>

Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does selfcompassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 480-491. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-011-9340-7>