

## ПОПЫТКИ ИЗМЕНИТЬ СЕКСУАЛЬНУЮ ОРИЕНТАЦИЮ: ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ<sup>1</sup>

УАРРЕН ФРОКМОРТОН\*

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

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

Несколько лет назад мы оказались свидетелями противодействия любым попыткам консультирования клиентов при смене ориентации с гомо- на гетеросексуальную. Davison (1976), Martin (1984) и Haldeman (1994) выдвинули тезис, согласно которому психотерапевтическая помощь

---

<sup>1</sup> Эта статья была напечатана в Журнале по консультированию в области психического здоровья Американской ассоциации консультантов в области психического здоровья (the Journal of Mental Health Counseling, October, 1998, vol. 20, p.283-304).

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

в вопросах смены ориентации является делом неэтичными. В 1997г., после двух лет обсуждений и специальных исследований, Американская Психологическая Ассоциация (АРА) приняла резолюцию, в которой выражались опасения, что клиенты могут обращаться за такого рода помощью по причине «социального невежества и предрассудков, существующих в вопросах однополой сексуальной ориентации», «семейного принуждения и/или недостатка информации» (АРА, 1997; Sleek, 1997). В марте 1998г. Американская ассоциация консультантов приняла схожую резолюцию (АСА, 1998).

### Практика под угрозой

Резолюция АСА была выдвинута комитетом по правам человека Ассоциации и была нацелена на то, чтобы поставить АСА в оппозицию любым формам конверсивной терапии. Первоначальный текст предложенной резолюции был следующим: «Да будет впредь установлено, что Американская ассоциация консультантов *противостоит использованию так называемых “конверсивных” или “репаративных” терапий при консультировании клиентов, ориентированных в сексуальных отношениях на свой пол*; противостоит изображению лесбиянок, гомосексуалистов и бисексуалов как психически больных по причине их сексуальной ориентации; и поддерживает распространение точной информации по вопросам сексуальной ориентации, психического здоровья и допустимых терапевтических вмешательств. АСА призвана противодействовать предубеждениям, основанным на невежестве, или необоснованным убеждениям относительно однополой сексуальной ориентации» (АСА, 1998, p.1-2).

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

Трудно оценить масштаб последствий резолюции в том ее виде, в каком она принята. Резолюция очевидно не поощряет попыток обеспечить смену гомосексуальной ориентации на гетеросексуальную, и почти явным образом противостоит этому. Если бы она прошла в своем первоначальном виде, она оказала бы огромное влияние на практику. Консультанты в области психического здоровья были бы принуждены говорить клиентам, желающим изменить паттерны своего сексуального возбуждения, что их цель ошибочна. Консультанты, которые убеждены, что гомо-

сексуальность может быть изменена, находились бы в опасности быть обвиненными в нарушении этического кода. Даже те консультанты, которые не являются членами АСА, были бы под угрозой, поскольку большинство штатов учитывают этический код АСА в законах о лицензировании консультирования.

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

Таким образом, давление на консультантов, использующих конверсивные техники, а также прения по данной теме внутри Ассоциации создают ситуацию, которая требует вернуться к изучению основных вопросов, поднятых резолюцией.

### **Является ли конверсивная терапия эффективной и этичной?**

Резолюция АСА выступает против конверсивной терапии по причине ее, якобы, неэффективности и неэтичности. Исследуя вопрос, насколько эффективной и этичной является помощь клиентам в вопросах смены сексуальной ориентации, я, прежде всего, обращусь к понятию сексуальной ориентации, затем представлю обзор литературы по изменению сексуальной ориентации, и, наконец, попытаюсь проанализировать, насколько этичной является сама резолюция АСА по конверсивной терапии.

В обзоре литературы, посвященной проблеме изменения сексуальной ориентации, использованы некоторые специальные термины. Термин «*восстановительная (репаративная) терапия*» стал популярным благодаря Джозефу Николоси (Joseph Nicolosi, 1991, 1995), который считает, что психологическая поддержка гея или лесбиянки (в выбранном ими стиле жизни) не будет удовлетворительным разрешением вопроса сексуальной идентификации. Таким образом, терапия называется восстановительной, потому что она помогает клиенту *восстановиться* в более подходящей форме сексуальности. «*Конверсивная терапия*» – термин, который отражает направление терапии при смене сексуальных предпочтений. Некоторые консультанты бихевиорального направления говорят об изменении паттернов сексуального возбуждения (Barlow & Durand, 1995). На наш взгляд, будет точнее называть психотерапевтические подходы, которые направлены на изменение паттернов сексуального возбуждения, «*конверсивной терапией*». Конверсия предполагает глубокие изменения, что безусловно имеет место, когда кто-то меняет свою сексуальную ориентацию.

### Несколько слов о сексуальной ориентации

Хальдеман предположил, что, прежде чем рассматривать вопрос изменения сексуальной ориентации, клиницисты и исследователи должны проанализировать «сложную природу сексуальной ориентации и ее развития у индивида» (*Haldeman*, 1994, с.222). Я поддерживаю это замечание и утверждаю, что, прежде чем противостоять сексуальной переориентации, объявляя ее неприемлемой, противники конверсивных терапий должны также уделить самое пристальное внимание указанному вопросу.

Как утверждает Хальдеман, понятие сексуальной ориентации не получило удовлетворительного определения. Первое его упоминание содержится в работе Кинси (*Kinsey, Pomeroy & Martin*, 1948), который предположил, что сексуальная ориентация может быть описана как континуум от полностью гомосексуальной (оценка «6», по Кинси) до полностью гетеросексуальной (оценка «0») (*House & Miller*, 1997). Гонсьерек, Селл и Вайнрих рекомендовали рассматривать однополую и гетеросексуальную ориентации раздельно, а не как изменения по единой шкале (*Gonsoriek, Sell and Weinrich*, 1995, с.47). Они предложили каждую ориентацию рассматривать как протяженность.

Хотя по-своему и интересные, эти шкалы малопригодны для применения в клинических условиях, когда необходимо определить эффект, которым сопровождаются те или иные попытки изменить сексуальную ориентацию. Почему? Нет никаких норм или определенных точек на этих континуумах, по которым клиницисты могли бы установить выраженность заданной сексуальной ориентации. Если исследователи расходятся во мнениях, где именно на континууме располагаются точки, на основе которых можно утверждать, что клиент является «чистым геем» или «чистым натуралом», то как клиницистам узнать, помогли ли они клиентам сменить одну ориентацию на другую?

Гонсьерек и др. указывали, что основным средством установления сексуальной ориентации является самоотчет, а также подчеркивали, что «у этого метода нет каких-либо значимых ограничений» (*Gonsoriek et al*, 1995, p.44). Однако очевидно, что здесь встает проблема субъективности самоопределения. Разные люди могут определять для себя гомосексуальность по-разному. Одни определяют свою сексуальную ориентацию по поведению, другие – на основе своих влечений или фантазий, а третьи – руководствуясь сочетанием этих факторов. Подводя итоги трудностей в определении сексуальной ориентации, Гонсьерек и др. заявили: «По причине столь значительных трудностей измерения, можно сделать вывод, что существуют серьезные сомнения в валидности самого концепта сексуальной ориентации» (с.46).

Гонсьерек и др. также замечают: «Возможно, самое драматичное ограничение современных представлений о сексуальной ориентации – это ее изменения во времени. В сущности, нет ни одного лонгитюдного исследования, где изучается стабильность сексуальной ориентации в течение жизненного цикла взрослого человека» (с.46). *Но если нет исследований по изменениям сексуальной ориентации, то как профессиональные ассоциации могут быть уверены, что ориентация не может измениться?* Таким образом, предстоит еще немало работать над определением понятия сексуальной ориентации, и консультанты без всякой предвзятости имеют основания говорить о его неточности.

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

### **Изменение сексуальной ориентации возможно**

Если и можно на основании анализа литературы прийти к какому-либо выводу, то только к такому, что изменение сексуальной ориентации *действительно возможно*. В своем обзоре литературы по вопросам женской однополой ориентации, Бриджес и Крото (*Bridges and Croteau, 1994*) указывают, что 25-50% лесбиянок, по различным отчетам, хотя бы раз состояли в гетеросексуальном браке. И хотя гетеросексуальный брак не может служить абсолютным критерием сексуальной ориентации, выяснение всех обстоятельств таких браков приводит к некоторому пониманию динамики сексуальной идентичности указанных женщин. Киркпатрик (*Kirkpatrick, 1988*) сообщает, что нередко они вступали в брак, потому что были влюблены в своих мужей. Исследуя перемену в сексуальной ориентации, Шарбонно и Лэндер (*Charbonneau and Lander, 1991*) обнаружили две общих причины этого явления: представители одной группы всегда чувствовали себя лесбиянками и просто однажды стали до конца откровенны, другая же группа рассматривала смену ориентации лишь как «выбор среди различных сексуальных возможностей». Если консультанты *не* должны оказывать помощь клиентам в смене ориентации, то как, по мнению руководящего совета АСА, консультантам удовлетворять нуж-

ды тех женщин, которые хотят быть более уверенными в своем выборе лесби-идентичности?

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

### **Какие исследования выявляют успешность терапии?**

Сторонники гей-аффирмативной модели Мартин и Хальдеман (*Martin, 1984; Haldeman, 1994*) провели обзор исследований, которые, как утверждалось, показывали изменение сексуальной ориентации. Они пришли к выводу, что *не существует эмпирических исследований*, которые бы подтверждали идею о том, что конверсивная терапия может изменить сексуальную ориентацию. Однако они обошли вниманием ряд очень важных отчетов, и игнорировали выводы тех исследователей, которые указывали на возможные изменения.

Я утверждаю, что для того, чтобы выступать против конверсивной терапии, ее оппонентам нужно показать, что *не существует клиентов, получивших какие-либо улучшения от этих процедур*, или что даже если эта терапия и помогает, любые улучшения достигаются объективно слишком высокой ценой. Доступные данные поддерживают наблюдения многих консультантов: множество людей с влечением к своему полу смогли изменить свою сексуальную ориентацию в ходе психологического консультирования.

### **Психоаналитический подход**

Начиная с З.Фрейда, сторонники психоанализа выдвигали многочисленные объяснения тому или иному развитию сексуальной ориентации (*Bieber et al., 1963*). Согласно Биберу, Фрейд предложил «континуум между природной заданностью и опытом» (с.3) в качестве общего объяснения генезиса гей- или лесби-ориентации. Таким образом, в определенных случаях сексуальная ориентация может быть обусловлена, в основном, генетически, а в других главным фактором должно быть признано воспитание. По поводу гомосексуальной ориентации Фрейд писал матери гея: «Мы полагаем, что это является вариацией сексуального функционирования, которое образовалось из-за определенной фиксации в развитии»

(Freud quoted in Bieber et al., 1962, с.275). Согласно Биберу, Фрейд считал, что фиксация в развитии происходит в виду взрослого страха кастрации. Мужчина-гомосексуалист избегает женщин потому, что боится потерять свой мужской орган, либо потому, что стремится избежать бессознательных инцестуальных чувств к матери, которые провоцируют страх кастрации перед лицом отца. Находясь в рамках этой парадигмы, Бибер интерпретировал клинические случаи развития гомосексуальности, акцентируя «скрытый, но непреодолимый страх перед лицами другого пола» (Bieber et al., 1962, с.303).

Хотя сам Фрейд занял негативную позицию в отношении изменения сексуальной ориентации, значительное число его последователей, включая и дочь Анну (Freud, 1951), предпринимали попытки терапии с целью изучения смены ориентации (напр., Bieber et al., 1962; Fairbairn, 1952; Mayerson & Lief, 1965; Ovesey & Woods, 1980; Poe, 1952; van den Aardweg, 1986; Socarides, 1978; Sullivan, 1953; Wallace, 1969).

Бибер и др. (1962) опубликовали данные о психоанализе 106 геев. Из полностью гомосексуальных клиентов 19% закончили психоанализ полностью гетеросексуальными. Половина из тех, кто были признаны бисексуальными, после терапии также перешли в статус гетеросексуальных. Из всей выборки в 106 человек 27% клиентов признали наличие изменения сексуальной ориентации. Если принять во внимание, что одна треть из этих 106 человек не желали менять свою ориентацию, процент изменений даже более впечатляющ. Бибер и др. (1962) также указывают, что шестеро из тех, кто стали гетеросексуальными, не высказывали желания подобного изменения в начале. Хотя мотивация к изменениям здесь очень важна, люди могут изменить паттерны сексуального возбуждения, даже не ставя это в качестве главной цели терапии.

Хаттерер (1970) описал поддерживающий и отчасти активный психодинамический подход к терапии геев-мужчин. Он предложил традиционное «инвайронменталистское» (через влияние окружающей среды) объяснение гомосексуальной ориентации, включая страх по отношению к женщинам и отделенность от мужской идентичности, а также предоставил клиническую информацию о 143 клиентах, оцененных по шкале сексуальной ориентации Кинси, которым была оказана помощь. 49 мужчин (34%) были признаны достигшими гетеросексуальной ориентации, 18 – «частично восстановившимися» и 76 (53%) остались без изменений. По результатам исследования можно также прийти к выводу, что *мотивация клиента и степень идентификации себя в качестве гея* являются ключевыми факторами изменения сексуальной ориентации в процессе терапии. Например, только 4,6% тех, кто был оценен как «полностью



гомосексуальный», отмечали смену ориентации на гетеросексуальную. Большинство из этих мужчин не проявляли мотивации к изменениям. Среди 21 клиента, набравших по шкале Кинси 4 и 5 баллов, изменения составили 57%. Каждый из этих клиентов был, по крайней мере, умеренно мотивирован к тому, чтобы реализовать гетеросексуальный результат.

Сокаридис (*Socarides*, 1979) писал на основе своей практики 1966-1977гг., что 20 из 45 (44%) геев, проходящих психоаналитическую терапию, достигли полноценной гетеросексуальности.

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

В своем обзоре конверсивных терапий Хальдеман (*Haldeman*, 1994) критикует теорию гомосексуального развития, предложенную Николоси, однако он не включил в свой обзор оценку положительных результатов, полученных Николоси и его коллегами, которые недавно предложили систематический подход к смене сексуальной ориентации (*Nicolosi*, 1991, 1995). Николоси детально и по различным направлениям прописаны предписания гомосексуального возбуждения и психоаналитический подход к работе с теми, кто борется с нежелательной гомосексуальной ориентацией. Николоси приводит многочисленные истории клиентов, которые от полностью гомосексуальной идентичности перешли к гетеросексуальной адаптации. Относительно функции гомосексуальной ориентации у мужчин, Николоси заявил, что «для многих мужчин гомосексуальный эротизм служит символическим восстановлением дефицита мужской силы» (с.157). Поскольку у многих геев в детстве были феминизированные интересы и поведение, они обычно испытывали отвержение со стороны своих отцов и сверстников. Это отвержение ведет к тому, что Николоси назвал «защитным отделением» от отца (1991, с.57). Это защитное отделение заставляет будущего гея отвергать мужественность своего отца, но в то же время стремиться к близким отношениям с сильным мужчиной.

Николоси и другие современные клиницисты-психоаналитики показали некоторый успех, помогая людям приобрести гетеросексуальное влечение. Например, Николоси, Берд и Поттс (*Nicolosi, Byrd and Potts*, 1998) сообщают о результатах национального обследования 882 клиентов, проходивших терапию по сексуальной реориентации. До начала терапии 318 человек из выборки оценивали себя как имевших влечение исключительно к своему полу. После терапии 18% из этих 318 оценили



себя как полностью гетеросексуальных. 17% оценили себя как «почти полностью гетеросексуальных», а 12% рассматривали себя больше как гетеросексуальных. Таким образом, 47% подгруппы, оценивавших себя на 6 по шкале Кинси, пришли к оценке менее 2 по Кинси. Из всех 882 клиентов после терапии только 13% остались полностью или почти полностью ориентированными в сексуальных контактах на свой пол.

Чтобы принять во внимание упреки в том, что реориентационные терапии могут вредить личности, в этой работе также исследовались психологическое состояние клиентов и их межличностная сфера до и после терапии. Респонденты исследования отмечали значительные улучшения по таким показателям, как самопринятие, сила личности, самоуважение, эмоциональная стабильность, депрессивность, и духовность (*Nicolosi, Byrd & Potts, 1998*).

Итак, психоаналитический подход показывает уровень изменения сексуальной ориентации в 19-44% клиентов. Уровень частичного изменения, модификации сексуальной ориентации по некоторым отчетам даже выше. Ни один из документов не зафиксировал негативного побочного эффекта этой практики, и все они, безусловно, указывают на положительные результаты для значительного числа участников исследования, даже для тех, кто не сменил ориентации. Клиенты, у которых до этого был какой-то гетеросексуальный опыт, больше мотивированы к изменению и, похоже, чаще отмечают изменение сексуальной ориентации.

### **Бихевиоральный подход**

Есть множество отчетов по бихевиоральным интервенциям, которые повлекли изменение паттернов сексуального возбуждения. Обзор Хальдемана (*Haldeman, 1994*) в основном касался аверсивной (внушающей отвращение, антипатию) терапии, хотя здесь используются и другие бихевиоральные техники, такие как скрытая сенсбилизация, систематическая десенсибилизация, тренинг асертивности и мультимодальные подходы.

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

*Аверсивные терапии*, начиная с работ Макса (Max, 1935), были первыми попытками в рамках бихевиорального подхода изменить сексуальную ориентацию. Например, Фельдман, МакКулох и Орфорд (Feldman, MacCulloch and Orford, 1971) сообщают результаты исследования 1963-65гг., касающегося клиентов, желающих изменить сексуальную ориентацию. Индикаторами изменений были прекращение гомосексуального поведения, только случайные гомосексуальные фантазии или влечение, и сильные гетеросексуальные фантазии и влечение. По этим индикаторам исследователи сообщили, что изменили свои предпочтения 29% тех, кто до этого не имел гетеросексуального опыта, и 78% тех, у кого был этот опыт ранее, что дает порядка 65% по всей группе. Банкрофт, Форпе, Шмидт, Браун и Кастелл, Ларсон (Bancroft, 1974; Thorpe, Schmidt, Brown and Castell, 1964; and Larson, 1970) также отмечали успех процесса реориентации с использованием различных видов аверсивного обусловливания.

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

Были исследованы также неаверсивные классические техники обусловливания с использованием сексуально возбуждающих материалов. Например, МакКрейди сообщал об успешной терапии 27-летнего гея, у которого были случайные гомосексуальные опыты с 16 лет. Однако, «когда он начал терапию, он, по моральным и практическим причинам, был силь-

но мотивирован к развитию гетеросексуального поведения и уменьшению гомосексуального» (McCrady, 1973, с.257). МакКрейди показывал клиенту образ обнаженной девушки, который потом изменялся, путем слияния, на обнаженный мужской образ. Во время терапии клиент сообщал о возникновении гетеросексуальных фантазий. После пятой сессии клиент начал говорить о себе: «Когда я был гомосексуалистом...» (с.260). Барлоу и Аграс (Barlow and Agras, 1973) сообщали о похожих техниках, однако в их процедуре изображения обнаженных мужчин менялись на женские. Эти исследователи сообщают о физиологических измерениях возбуждения, которое по окончании возросло в гетеросексуальном направлении у всех трех субъектов их исследования.

Систематическую десенсибилизацию в бихевиоральной терапии начали применять для того, чтобы помочь изменить сексуальную ориентацию (Bergin, 1969; Huff, 1970; Kraft, 1967; James, 1978; Philips, Fischer, Groves & Singh, 1976; Ramsey & van Velzen, 1968). Например, Филипс и др. (1976) пишут о мужчине-гее 31 года, который обратился за помощью в сексуальной реориентации. Клиент испытывал тревогу относительно гетеросексуальных физических контактов. По завершении терапии он смог сам установить гетеросексуальный контакт и в течение 18 месяцев посттерапевтического наблюдения сообщал о полном отсутствии гомосексуальной активности.

Многие консультанты бихевиорального направления отстаивают право использования различных техник для достижения сексуальной реориентации (Barlow, 1973; Barlow & Durand, 1995; Bergin, 1969; Blitch & Haynes, 1972; Freeman & Mayer, 1975; Gray, 1970; Greenspoon & Lamal, 1987; Hanson & Adesso, 1972; Marquis, 1970; Rehm & Rosensky, 1974; Stevenson & Wolpe, 1960; Tarlow, 1989; Wilson & Davidson, 1974). Так, например, Стивенсон и Вольпе (1960) описывают использование техники переобучения и тренинга ассертивности в успешном реориентировании двух геев. В первом случае речь идет о 22-летнем гее, чей сексуальный опыт с представителями своего пола начался в 14 лет. Клиент стал считать себя полностью гомосексуальным и рассматривал консультирование как последнюю возможность изменить это положение. Консультант высказал предположение, что молодой человек «преждевременно причисляет себя к группе окончательных гомосексуалистов», и что гомосексуальная активность молодого человека «в основном была продиктована желанием дружить с другими мужчинами» (с.738). После 10 сессий поддержки посредством репетиции поведения клиент решил на брак. Этот молодой человек отмечал закрепление гетеросексуальности в течение 3 лет посттерапевтического наблюдения.

Подводя краткий итог, следует отметить значительное развитие бихевиоральных подходов от преимущественно аверсивных к сложным мультимодальным. Мультимодальные техники направлены на то, чтобы погасить влечение к своему полу, а затем поддержать и усилить гетеросексуальное реагирование. Как отмечает Крафт (*Kraft*, 1970), техники десенсибилизации предпочтительнее аверсивных, поскольку они направлены на установление гетеросексуальной активности, тогда как аверсивные техники только элиминируют гомосексуальное влечение. Гринспун и Лэмэл (*Greenspoon & Lamal*, 1987) предположили, что эффект офисных программ обусловливания может быть сведен на нет при отсутствии поддержки гетеросексуального функционирования. Они ставят акцент на развитии социальных навыков, необходимых в гетеросексуальных ситуациях, которые вырабатываются с помощью ролевых игр, домашних заданий и поддерживающего консультирования.

### **Когнитивный подход**

В 1959г. Эллис (*Ellis*, 1959) дал описание терапевтической работы с геєм, который был «одним из первых клиентов, которого консультировали с помощью нового терапевтического подхода, разработанного терапевтом после многих лет работы в рамках ортодоксального психоанализа и психоаналитически ориентированной терапии» (*там же*, с.339). Эллис затем описал свою рациональную терапию, позднее получившую название *рационально-эмотивной поведенческой терапии* (РЭПТ).

У клиента никогда не было гетеросексуального опыта, и он очень боялся быть отвергнутым. Эллис не пытался избавить клиента от гомосексуальных чувств; он подчеркивал, что, скорее, цель терапии заключалась в том, чтобы помочь клиенту «преодолеть иррациональные блоки против гетеросексуальности» (с.339). По сообщению Эллиса, на двенадцатой неделе рациональной терапии клиент «изменился от стопроцентного фиксированного гомосексуала до буквально стопроцентного гетеросексуала» (*Ellis*, 1959, с.342).

Эллис не дал точной цифры уровня изменений, но он писал о своем новом подходе в 1965г.: «Через мою частную практику в Нью-Йорке за последние 10 лет прошло множество гомосексуальных клиентов, и я убедился, что рациональный терапевтический подход гораздо эффективнее... чем был мой прежний психоаналитический подход к терапии» (*Ellis*, 1965, с.109).

Эллис не верит больше в то, что ориентация на собственный пол является знаком неотъемлемого эмоционального нарушения, в 1992г. он писал, что люди свободны «попробовать на некоторое время определен-

ный сексуальный образ жизни, например, гомосексуальный, а затем решить отказаться от него ради другого образа, например, гетеросексуального» (Ellis, 1992, с.34). Самый последний по времени показатель убежденности Эллиса в том, что возможности выбора клиента не должны ограничиваться, было его участие в *Committee of Concerned Psychologists* (CCP, 1995). Когда АРА в 1995г. впервые рассматривала резолюцию, не поощряющую использование конверсивной терапии, и группа психологов выразила протест против этого предложения, Эллис был одним из 40 участников группы, подписавших письмо, которое настаивало на том, чтобы отвергнуть предложение, и клеймило его как «беззаконное, неэтичное, ненаучное и тоталитарное» (CCP, 1995, с.4).

### **Групповая терапия**

Роджерс, Робак, МакКи и Калхун (Rogers, Roback, McKee & Calhoun, 1976) исследовали вопрос, каковы терапевтические результаты сексуальной реориентации в рамках групповой терапии. Они провели обзор соответствующей литературы и пришли к выводу, что «гомосексуалисты могут успешно излечиваться в групповой терапии, вне зависимости от того, является ли главной целью терапии изменение сексуального паттерна приспособления, или редукция сопутствующих проблем» (Rogers et al., 1976, с.24).

Бирк (Birk, 1980) сообщает, наверное, о самом высоком уровне успешности среди всех терапевтов. Комбинируя *групповую поведенческую и индивидуальную* психотерапию, Бирк констатирует, что 100% полностью гомосексуальных клиентов, желавших изменить паттерны сексуального возбуждения, смогли достичь гетеросексуальной адаптации. Из 14 клиентов, которые изменились, по окончании терапии удачно женились 10 (71%). Вопреки предположению Хальдемана, который писал, что люди из группы Бирка могли иметь «предшествующие гетерозотические тенденции» (Haldeman, 1994, с.223), одним из критериев для включения в анализируемую группу было то, что эти клиенты полностью гомосексуальны и никогда не вступали в гетеросексуальные связи (Birk, 1980). Бирк указывал на мотивацию перед терапией как на главный ключ к пониманию результатов. Только 4 из 15 клиентов (27%), не выражавших какой-либо заинтересованности в изменении сексуальной ориентации, сообщали о сдвиге в сексуальной адаптации.

### **Религиозно ориентированный подход**

Принадлежность к религиозной традиции часто мотивирует людей с гомосексуальной ориентацией искать сдвига в паттернах сексуального возбуждения (Wolpe, 1973), и некоторые из них достигают желаемого из-

менения. Pattison & Pattison (1980) представили описание случаев 11 белых мужчин, которые сообщали, что изменили ориентацию через участие в церковном сообществе. Члены группы идентифицировали себя в качестве геев в среднем с 11 лет. Девять из них до изменения имели оценку 6 по методике Кинси, остальные – 4 и 5. В последующем пятеро членов группы оценивали себя на 0, трое – на 1 и двое на 2.

Многие отчеты об изменении сексуальной ориентации представляют собой свидетельства, подготовленные службами для экс-геев. Например, Пресвитерианская Церковь в США поддерживает группу OnebyOne «службу, которая готовит конгрегации Пресвитерианской Церкви в США для миссии помощи тем, кто находится в конфликте с собственной сексуальностью» (OnebyOne, nd, с.1). В своем буклете «*Touched by His Grace*» семеро бывших геев и четыре бывших лесбиянки описывают свой опыт приобретения гетеросексуальной адаптации и духовной свободы (OnebyOne, nd). *Exodus International* и *Transformation Ministries* также являются известными службами поддержки для экс-геев.

Как указывает Хальдеман (1994), есть, конечно, некоторые экс-геи, которые стали экс-экс-геями. Однако нельзя преуменьшать значения тех историй и исследовательских отчетов, которыми делятся те, кто считает себя бывшими гомосексуалистами. Очевидно, что есть люди, которые изменили свою сексуальную ориентацию, следуя своим религиозным взглядам (Davies & Rentzel, 1994; Saia, 1988).

Хотя вопрос, каковы оптимальные методы по достижению сексуальной реориентации, продолжает оставаться дискуссионным, вышеприведенные отчеты показывают, что изменение сексуальной ориентации – вполне реальная перспектива для ряда клиентов. Предлагаемые различные техники, консультативные подходы, терапевты, похоже, согласны в том, что главными задачами консультирования в этой области являются следующие:

- 1) повышение асертивности;
- 2) работа с приобретенным страхом взаимоотношений с лицами противоположного пола;
- 3) развитие гетеросексуальных социальных навыков.

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

Колебание уровня изменений от исследования к исследованию может быть связано, скорее, с относительной недостаточностью систематических исследований в этой области, а не с предполагаемой неспособностью людей изменить сексуальную ориентацию. Будущие исследования и клиническое изучение этого вопроса могут помочь специалистам в об-

ласти психического здоровья осуществлять более целенаправленные усилия в пользу тех, кто хочет достичь изменений.

Мы пропускаем часть, посвященную обсуждению этичности конверсивной терапии, поскольку полемика касается, в основном, Кода этики Американской Психологической Ассоциации. Автор указывает на то, что неэтично стеснять свободу клиента, если он хочет измениться, и тем более неэтично пытаться навязать ему свои убеждения, что особенно важно в случае работы гей-аффирмативных терапевтов с религиозными клиентами<sup>2</sup>.

\* \* \*

Этот обзор преследовал цель показать, что терапевтическая помощь в изменении паттернов сексуального возбуждения была успешна во многих случаях, и должна быть доступна клиентам, желающим получить такую помощь. Я убежден, что имеющаяся по этому вопросу литература не оставляет никаких сомнений в том, что некоторая степень изменения возможна для некоторых клиентов, желающих достичь этого изменения.

Публикации по вопросам терапевтической помощи в сексуальной реориентации неожиданно почти полностью прекратилась в начале 70-х годов, но клиенты, желающие меняться в этом направлении, не перестали обращаться за консультированием. *Я лично имею опыт с клиентами, которые хотели получить помощь в изменении паттерна сексуального возбуждения, и на основании их отчетов я верю, что такое изменение возможно.*

Как указано выше, концепция сексуальной ориентации обладает ограниченной пользой для клиники. Поскольку определение сексуальной ориентации является спорным, я беру на себя смелость утверждать, что клиенту не следует говорить, что ориентация не может быть изменена или модифицирована. Белл и Вайнберг (*Bell and Weinberg, 1978*), в их большом исследовании гомосексуализма в округе Сан Франциско, определяли как гомосексуалиста любого, чьи оценки по Кинси были не менее 4. В цитированной выше литературе уровень смены ориентации для лиц с оценкой 4-5 по Кинси составляли 57-78% (*Feldman, MacCulloch & Orford, 1971; Hatterer, 1980; Mayerson & Lief, 1965*). Таким образом, большинство определенных Беллом и Вайнбергом клиентов были способны изменить сексуальную ориентацию. От того, как узко определять сексуальную ориентацию, если ее вообще можно определить, зависит, допустимо ли говорить, что сексуальная ориентация была изменена.

---

<sup>2</sup> Примечание переводчика.



Что же делать специалистам в области психического здоровья, сталкивающимися с клиентами, которые обращаются за помощью в сексуальной реориентации? Я предлагаю им руководствоваться следующими принципами:

1. Ни гей-аффирмативная, ни конверсивная терапии не должны рассматриваться в качестве предпочтительных. В общем случае, гей-аффирмативная терапия или переадресация к терапевту этого профиля должны предлагаться тем клиентам, которые ищут большего удовлетворения в своей гомосексуальной ориентации. Конверсивная терапия или направление к специалисту этого профиля должны предлагаться тем клиентам, которые решили изменить или преодолеть гомосексуальные паттерны сексуального возбуждения. Должна быть проведена оценка для того, что-бы выявить силу и стойкость желания клиента.

2. Тем клиентам, которые находятся в стрессовом состоянии в связи со своей сексуальной ориентацией, и еще не определились относительно реориентации, специалисты не должны говорить, какой подход является лучшим. Им следует проинформировать клиентов о том, что многие специалисты считают, что ориентация не может быть изменена, в то время как другие считают наоборот. Клиенты должны быть информированы о том, что некоторые специалисты в области психического здоровья, а также некоторые исследователи оспаривают концепцию неизменной сексуальной ориентации. Консультанты обязаны объяснить, что не все клиенты, участвующие в гей-аффирмативной терапии, достигают удовлетворительного гомосексуального приспособления, равно как и не все клиенты, стремящиеся к сексуальной реориентации, добиваются успеха. Когда клиент не может решить, какому терапевтическому курсу последовать, консультант может ему предложить выбрать тот вариант терапии, который соответствует его ценностям, личным и/или религиозным убеждениям (Nikolosi et al., 1998).

3. Поскольку религиозную принадлежность клиента по этическим причинам консультанты обязаны уважать, они должны проявлять большую осторожность в советах клиентам, неудовлетворенным гомосексуальной ориентацией по причине религиозных убеждений. Чтобы помочь таким клиентам, консультанты должны провести экспертизу по методам сексуальной реориентации или подготовить подходящие адреса помощи.

И, наконец, консультанты в области психического здоровья обязаны уважать достоинство и желания всех клиентов. АСА и другие ассоциации по психическому здоровью не должны стремиться ограничить выбор людей с гомосексуальной ориентацией, желающих измениться.

## **ЛИТЕРАТУРА**

- American Counseling Association. (1995). ACA code of ethics and standards of practice. Alexandria, VA: Author.
- American Counseling Association. (1998, March). On appropriate counseling responses to sexual orientation. // Adopted by the American Counseling Association Governing Council, March 27, 1998.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, // Fourth edition. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1997, August). Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. // Adopted by the American Psychological Association Council of Representatives, August 14, 1997.
- Bancroft J.* (1974). Deviant sexual behavior. – Oxford: Clarendon Press.
- Barlow D.* (1973). Increasing heterosexual responsiveness in the treatment of sexual deviation: A review of the clinical and experimental evidence. // *Behavior Therapy*, 4, 655-671.
- Barlow D. & Agras W.S.* (1973). Fading to increase heterosexual responsiveness in homosexuals. // *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 355-366.
- Barlow D., & Durand V.M.* (1995). Abnormal psychology: An integrative approach. – New York: Brooks/Cole Publishing Company.
- Barret R. & Barzan R.* (1996). Spiritual experiences of gay men and lesbians. // *Counseling and Values*, 41, 4-15.
- Bell A.P. & Weinberg M.S.* (1978). Homosexualities: A study of diversity among men and women. – New York: Simon & Schuster.
- Bergin A.E.* (1969). A self-regulation technique for impulse control disorders. // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6, 113-118.
- Bieber I., Dain H.J., Dince P.R., Drellich M.G., Grand H.G., Gundlach R.H., Kremer M.W., Rifkin A.H., Wilbur C.B. & Bieber T.B.* (1962). Homosexuality. – New York: Basic Books, Inc.
- Birk L.* (1980). The myth of classical homosexuality: Views of a behavioral psychotherapist. In J. Marmor (Ed.), // *Homosexual Behavior* (p.376-390). New York: Basic Books.
- Blitch J. & Haynes S.* (1972). Multiple behavioral techniques in a case of female homosexuality. // *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 319-322.
- Bridges K.L. & Croteau J.M.* (1994). Once-married lesbians: Facilitating changing life patterns. // *Journal of Counseling and Development*, 73, 134-140.
- Callahan E.J.* (1976). Covert sensitization for homosexuality. In J.Krumboltz, Carl Thoresen (Ed.) // *Counseling methods* (p.234-245). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cautela J.R.* (1967). Covert sensitization. // *Psychological Reports*, 20, 459-468.

- Charbonneau C. & Lander P.S.* (1991). Redefining sexuality: Women becoming lesbian in midlife. In B.Sang, J. Warshaw & A.J. Smith (Eds.) // *Lesbians at midlife: The creative transition* (p.35-43). San Francisco, CA: Spinsters Book Company.
- Colson C.* (1972). Olfactory aversion therapy for homosexual behavior. // *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*. 3, 185-187.
- Committee of Concerned Psychologists. (1995). Letter to the American Psychological Association Council of Representatives. // Quoted in *North Bulletin*, 3(2), 4-5.
- Davies B. & Rentzel L.* (1994). Coming out of homosexuality. // Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Davison G.C.* (1976). Homosexuality: The ethical challenge. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 157-162.
- Ellis A.* (1959). A homosexual treated with rational psychotherapy. // *Journal of Clinical Psychology*, 15, 338-343.
- Ellis A.* (1965). Homosexuality: Its causes and cure. – New York: Lyle Stuart, Inc.
- Ellis A.* (1992, September/October). Are gays and lesbians emotionally disturbed? // *The Humanist*, p.33-35.
- Evans D.R.* (1968). Masturbatory fantasy and sexual deviation. // *Behavior Research and Therapy*, 6, 17-19.
- Fairbairn W.R.D.* (1952). Psychoanalytic studies of the personality. – London: Routledge & Kegan Paul.
- Feldman M.P. & MacCulloch M.J.* (1965). The application of anticipatory avoidance learning to the treatment of homosexuality: I, Theory, techniques and preliminary results. // *Behavior Research and Therapy*, 3, 165-183.
- Feldman M.P. & MacCulloch M.J.* (1971). Homosexual behaviour: Therapy and assessment. – New York: Pergamon Press.
- Feldman M.P., MacCulloch M.J. & Orford J.F.* (1971). Conclusions and speculations. In M.P.Feldman & M.J.MacCulloch: Homosexual behaviour: Therapy and assessment (p.156-188) – New York: Pergamon Press.
- Freeman W. & Meyer R.G.* (1975). A behavioral alteration of sexual preferences in the human male. // *Behavior Therapy*, 6, 206-212.
- Freud A.* (1951). Clinical observations on the treatment of manifest male homosexuality. // *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 237-238.
- Garnets L., Hancock K., Cochran S., Goodchilds, J. & Peplau L.* (1991). Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. // *American Psychologist*, 46, 964-972.
- Gerst R.* (1998, May). Letter to the editor. // *Counseling Today*, 4.
- Gold S. & Neufeld I.L.* (1965). A learning approach to the treatment of homosexuality. // *Behavior Research and Therapy*, 2, 201-204.
- Gonsorick J.C., Sell R.L. & Weinrich J.D.* (1995). Definition and measurement of sexual orientation. // *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25(Supplement), 40-51.
- Gray J.* (1970). Case conference: Behavior therapy in a patient with homosexual fantasies and heterosexual anxiety. // *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 1, 225-232.

- Greenspoon J. & Lamal P.* (1987). A behavioristic approach. In L. Diamant (Ed.) Male and female homosexuality: psychological approaches. (p.109-127). – New York: Hemisphere Publishing Corp.
- Haldeman D.* (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), 221-227.
- Hanson R. & Adesso V.* (1972). A multiple behavioral approach to male homosexual behavior: A case study. // *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 323-325.
- Hatterer L.* (1970). Changing homosexuality in the male. – New York: McGraw-Hill Book Co.
- House R.M. & Miller J.L.* (1997). Counseling gay, lesbian and bisexual clients. In D. Capuzzi & D. Gross, (Eds). Introduction to the counseling profession (2nd ed.) (p.397-432). – Boston, MA: Allen & Bacon.
- Huff F.* (1970). The desensitization of a homosexual. // *Behavioral Research Therapy*, 8, 99-102.
- James S.* (1978). Treatment of homosexuality II. Superiority of desensitization/arousal as compared with anticipatory avoidance conditioning: Results of a controlled trial. // *Behavior Therapy*, 9, 28-36.
- Kendrick S. & McCullough J.* (1972). Sequential phases of covert reinforcement and covert sensitization in the treatment of homosexuality. // *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 229-231.
- Kinsey A., Pomeroy W.B. & Martin C.* (1948). Sexual behavior in the human male. – Philadelphia: Saunders Co.
- Kirkpatrick M.* (1988). Clinical implications of lesbian mother studies. In E. Coleman (Ed.). Integrated identity for gay men and lesbians: Psychotherapeutic approaches for emotional well-being (p.201-211). – New York: Harrington Park Press.
- Kirkpatrick M. & Morgan C.* (1980). Psychodynamic psychotherapy of female homosexuality. In J. Marmor (Ed.). Homosexual behavior (p.357-375). – New York: Basic Books, Inc.
- Kraft T.* (1970). Systematic desensitization in the treatment of homosexuality. // *Behavior Research and Therapy*, 8, 319.
- Larson D.* (1970). An adaptation of the Feldman and MacCulloch approach to treatment of homosexuality by the application of anticipatory avoidance learning. // *Behavioral Research & Therapy*, 8, 209-210.
- Lee C.* (1998, May). Promoting a healthy dialogue. // *Counseling Today*, 5.
- McConaghy N.* (1976). Is a homosexual orientation irreversible? // *British journal of Psychiatry*, 129, 556-563.
- McConaghy N., Armstrong M.S. & Blaszczyński A.* (1981). Controlled comparison of aversive therapy and covert sensitization in compulsive homosexuality. // *Behavior Research and Therapy*, 19, 425-434.
- McCrary R.* (1973). A forward-fading technique for increasing heterosexual responsiveness in male homosexuals. // *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 4, 257-261.

- MacIntosh H.* (1992). Attitudes and experiences of psychoanalysts in analyzing homosexual patients. // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 1183-1206.
- Mandel K.* (1970). Preliminary report of a new aversion therapy for male homosexuals. // *Behavioral Research & Therapy*, 8, 93-95.
- Marquis J.* (1970). Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. // *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 1, 263- 271.
- Martin A.D.* (1984). The emperor's new clothes: Modern attempts to change sexual orientation. In E.S. Hetrick & T.S. Stein, (Eds.). *Psychotherapy with homosexuals*. (p.24-57). – Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Mayerson P. & Lief H.I.* (1965). Psychotherapy of homosexuals: A follow-up study of nineteen cases. In Marmor, J. (Ed.). *Sexual inversion*. (p.302-344) – New York: Basic Books, Inc.
- Max L.W.* (1935) Breaking up a homosexual fixation by the conditioned reaction technique: A case study. // *Psychological Bulletin*, 32, 734.
- Nicolosi J.* (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*. – Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Nicolosi J.* (1993). *Healing homosexuality*. – Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Nicolosi J., Byrd A.D. & Potts R.W.* (1998). Towards the ethical and effective treatment of homosexuality. Unpublished manuscript.
- One by One.* (nd). *Touched by His grace*. – Rochester, NY: Author.
- Ovesey L & Woods S.* (1980). Pseudohomosexuality and homosexuality in men. In J. Marmor (Ed.), *Homosexual behavior* (p.325-341). – New York: Basic Books, Inc.
- Pattison E.M. & Pattison M.L.* (1980). «Ex-gays»: Religiously mediated change in homosexuals. // *American Journal of Psychiatry*, 137, 1553-1562.
- Phillips D., Fischer S.C., Groves G.A. & Singh R.* (1976). Alternative behavioral approaches to the treatment of homosexuality. // *Archives of Sexual Behavior*, 5, 223-228.
- Poe J.S.* (1952). Successful treatment of a 45-year-old passive homosexual based upon an adaptational view of homosexual behavior. // *Psychoanalytic Review*, 39, 23-36.
- Ramsey R.W. & Van Velzen V.* (1968). Behavior therapy for sexual perversions. // *Behavior Research and Therapy*, 6, 233.
- Rehm L. & Rozensky R.* (1974). Multiple behavior therapy techniques with a homosexual client: A case study. // *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*., 5, 53-57.
- Rogers C., Roback H., McKee E. & Calhoun D.* (1976). Group psychotherapy with homosexuals: A review. // *International Journal of Group Psychotherapy*, 26, 3-27.
- Rubinstein G.* (1995). The decision to remove homosexuality from the DSM: Twenty years later. // *American Journal of Psychotherapy*, 49, 416-427.
- Saia M.R.* (1988). *Counseling the homosexual*. – Minneapolis, MN: Bethany House Publishers.

- Segal B. & Sims J.* (1972). Covert sensitization with a homosexual: A controlled replication. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 259-263.
- Sleek S.* (1997, October). Resolution raises concerns about conversion therapy. – *Monitor*, 16.
- Smith J.* (1980). Ego-dystonic homosexuality. // *Comprehensive Psychiatry*, 21, 119-127.
- Socarides C.* (1979). The psychoanalytic theory of homosexuality: With special reference to therapy. In I.Rosen (Ed.). *Sexual deviation* (2nd ed.) (p.243-277). – New York: Oxford University Press.
- Solyom L. & Miller S.* (1965). A differential conditioning procedure as the initial phase of the behavior therapy of homosexuality. // *Behavior Research and Therapy*, 3, 147-160.
- Stevenson I. & Wolpe J.* (1960). Recovery from sexual deviations through overcoming non-sexual neurotic responses. // *American Journal of Psychiatry*, 116, 737-742.
- Sullivan H.* (1953). *Conceptions of modern psychiatry* (2nd ed.). – New York: W.W. Norton & Co., Inc.
- Tarlow G.* (1989). *Clinical handbook of behavior therapy: Adult psychological disorders*. – MA: Brookline Books, Inc.
- Thorpe J.G., Schmidt P.T., Brown P.T. & Castell D.* (1964). Aversion relief therapy: A new method for general application. // *Behavior Research and Therapy*, 2, 71-82.
- Van den Aardweg G.* (1986). *On the origins and treatment of homosexuality: A psychoanalytic reinterpretation*. – Westport, CT: Praeger.
- Wallace L.* (1969). Psychotherapy of the male homosexual. // *Psychoanalytic Review*, 56, 346-364.
- Wilson G. & Davison G.C.* (1974). Behavior therapy and homosexuality: A critical perspective. // *Behavior Therapy*, 5, 16-29.
- Wolpe J.* (1973). *The practice of behavior therapy* (2nd ed.). – New York: Pergamon Press, Inc.

Перевод с англ. **В.С.Стрелова**<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> **Стрелов Владимир Сергеевич** – аспирант кафедры социальной педагогики РГСУ.