



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study.

Maria João Rasteiro da Cunha

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Henrique Pereira

Covilhã, junho de 2015

Agradecimentos

O espaço limitado desta secção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, como devia, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica.

Ao meu orientador Professor Dr. Henrique Pereira pela paciência, disponibilidade, compreensão, profissionalismo e ótima orientação. Foi um privilégio ser sua orientanda.

A todas as pessoas que participaram anonimamente nesta investigação cujo contributo foi importantíssimo, já que sem eles a realização deste estudo não seria possível.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha família que sem ela dificilmente conseguiria chegar até aqui. Por estarem sempre lá para me amparar, para me criticar, para me congratular fazendo-me sentir uma pessoa melhor. Obrigada Mãe, Obrigada Pai, Obrigada Mano. Ao Leonel, obrigada por me teres feito sempre sentir capaz de superar qualquer adversidade estando a meu lado a 100%. Obrigada por serem o pilar da minha vida!

Resumo

Esta dissertação é apresentada no formato de artigo científico, escrito em língua inglesa, submetido a publicação à revista Journal of Interprofessional Care cujo comprovativo da submissão se encontra nos anexos deste estudo. Os objetivos desta investigação são analisar os níveis de competência e práticas afirmativas numa amostra de técnicos de saúde mental que trabalham com clientes lésbicas, gays e bissexuais, comparar as suas diferenças relativamente ao género, país de proveniência, orientação espiritual, política e sexual, idade, educação, estado civil e a formação específica com clientes LGB, e determinar os valores preditivos entre a competência e praticas afirmativas.

Para além deste artigo, esta investigação conta também com um anexo teórico onde são desenvolvidos com mais detalhe todos os constructos abordados e acrescentadas outras temáticas relevantes, relacionadas ao tema geral deste estudo, de maneira a aprofundar e consolidar os fundamentos teóricos que constituem o artigo empírico.

Palavras-chave

Profissionais de saúde mental, Psicólogos, Psicoterapeutas, Clientes LGB, Competência Afirmativa, Prática Afirmativa.

Abstract

This investigation consists in an scientific article, written in the English language, submitted to the Journal of Interprofessional Care for publication, whose submission proof can be found in the attachments of the study. The objectives of this research are to assess the levels of affirmative competency and practices in a sample of mental health professionals, that work with lesbian, gays and bisexual clients, in order to compare differences regarding gender, country of origin, spiritual beliefs, political and sexual orientation, age, education, marital status, and specific education in regards to LGB clients, with the aim of determining the predictive values between affirmative competence and practices.

Besides this article, the investigation also contains a theoretical attachment where all the subjects are developed in further detail and other relevant themes are added, in order to consolidate the theoretical fundaments that compose the empiric article.

Keywords

Mental health professionals; psychologists; psychotherapists; LGB clients; affirmative competence; affirmative practice.

Índice

Capítulo 1: Introdução	1
Capítulo 2: Article: Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study	2
2.1. Abstract	3
2.2. Introduction	3
2.3. Method	6
2.3.1. Participants	6
2.3.2. Measures	7
2.3.3. Procedures	8
2.4. Results	8
2.5. Discussion	12
2.6. References	15
Capítulo 3: Discussão Geral	20
Anexos	22
Anexo 1: Anexo Teórico	23
Anexo 2: Comprovativo de submissão à revista Journal of Interprofessional Care	59

Capítulo 1: Introdução

Esta investigação foi desenvolvida no âmbito de obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. O principal objetivo desta investigação debruça-se em realizar um estudo quantitativo, descritivo e preditivo cujo objetivo principal é explorar a perceção dos profissionais de saúde acerca das suas competências e práticas afirmativas com clientes LGB bem como comparar as suas diferenças relativamente ao género, país de proveniência, orientação espiritual, política e sexual, idade, educação, estado civil e formação específica com clientes LGB, e determinar os valores preditivos entre as variáveis em estudo.

O capítulo 2 deste trabalho é constituído por um artigo científico escrito em língua inglesa que procurou dar respostas metodológicas aos objetivos anteriormente enunciados. A amostra é constituída por 630 participantes provenientes de vários países (Portugal, Espanha, Brasil, Argentina, México e outros) cujas idades variam entre os 19 e os 75 anos. Foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico, a da Escala de Competências Afirmativas com clientes LGB e Escala de Prática Afirmativa com clientes LGB que foram disseminados pela internet preservando os princípios éticos da pesquisa tradicional. Ainda neste capítulo são apresentados os resultados e respetiva discussão.

No capítulo 3 apresenta-se uma discussão geral, onde se revisitam as implicações dos resultados e se integram reflexões acerca da aquisição de competências de investigação metodológica à luz do diploma do psicólogo Europeu.

Finalmente anexa-se a esta investigação um anexo teórico cujo objetivo é descrever e desenvolver com mais detalhe todos os constructos abordados e acrescentar outras temáticas relevantes, relacionadas ao tema geral deste estudo. Assim neste capítulo serão abordados os seguintes temas: (1) Definição dos principais conceitos, como a homossexualidade, a homofobia, hererossexismo, preconceito e estigma sexual; (2) Breve História da Homossexualidade; (3) Etiologia da Homossexualidade; (4) Desenvolvimento da orientação Sexual; (5) Formação Identidade Sexual; (6) Identidade de Género; (7) O Processo de Coming Out; (8) Terapia reparativa ou de Conversão; (9) A Competência Cultural; (10) A Prática Afirmativa; e (11) A importância da formação específica em temáticas LGB.

Visto que existem poucas investigações que abordem o tema da Intervenção Psicológica com clientes LGB e menos ainda que se debrucem sobre a importância da competência e prática afirmativa perante esta população, esta investigação mostra-se muito pertinente e de grande importância social e científica e de grande contributo para a Psicologia. Contudo é importante que os técnicos de saúde mental conjuntamente com as associações de cada país se debrucem mais sobre estes temas e desenvolvam diretrizes eficazes e investigações para colmatar este flagelo de informação acerca da terapia com clientes LGB.

Capítulo 2: Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study.

This chapter is based on the paper: Cunha, M. J., Pereira, H., ... (Submitted). Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study. *Journal of Interprofessional Care*.

2. Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study.

2.1. Abstract

There are not many studies about affirmative competence and practices among mental health professionals working with Lesbian, Gay, and/or Bisexual (LGB) clients. Thus, the objectives of this research are to assess the levels of affirmative competence and practices of professionals in Ibero-American countries. We aim to compare differences regarding gender, country of origin, religious beliefs, political orientation, sexual orientation, age, education, marital status, and possessing specific training related to working with LGB clients, in order to determine the predictive association of the variables under study. The sample consists of 630 therapists from various countries whose ages range from 19 to 75 years old, with a mean age of 41.46 years. The study utilizes the following measures: a socio-demographic questionnaire, the Sexual Orientation Counselor Competency Scale, and the Affirmative Practice Questionnaire. The results of this research show statistically significant differences when comparing marital status, sexual orientation, political orientation, religious beliefs, level of education, and specific training concerning LGB issues. Age, gender, and country of residence show no statistically significant differences. The linear regression model demonstrates that there is a significant predictive value between affirmative competence and practices with LGB clients. Hence, this study indicates that mental health professionals should undergo some type of academic or professional training and/or possess experience in regards to working with LGB clients, in order to enhance their approach when working with this population.

Keywords: Mental health professionals; psychologists; psychotherapists; LGB clients; affirmative competence; affirmative practice.

2.2. Introduction

Sexuality is an extremely complex domain of human personality, which leads psychologists and mental health professional to focus on research and practices regarding human sexuality in general and homosexuality in particular (Vazquez-Rivera et al., 2014).

Homosexuality was considered a disease until 1973 when the American Psychiatric Association (APA) voted unanimously to abolish it from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) II (Moita, 2001). With this change the APA wanted to enhance the fight against irrational social practices, which until then victimized the LGB population, and to construct a more tolerant social environment that would allow LGB people to fully

contribute to society (Bayer, 1987). This marked the beginning of extensive debates about the role that mental health professionals should adopt towards the LGB population, and called into question the provision of therapeutic assistance to homosexuals who voluntarily sought a heterosexual adjustment. Thus, in 1998, the APA declared its opposition to any psychiatric treatment involving "reparative" or "conversion" therapies (Moita, 2001).

This series of events contributed to the emergence of a new approach called Gay Affirmative Therapy. This therapeutic practice serves not only to challenge the causal factors associated with the expression of sexual orientation, but also provides clients with the best practices to guide those who have difficulty relating to their homosexuality and to help LGB clients accept their sexual orientation. This model advocates homosexuality as a part of the structure of human sexuality, equally as valid as heterosexuality. Hence, the suffering of many LGB people is explained as a consequence of the social victimization to which they are subject, which, in turn, results in prejudice and discrimination. As a result, LGB people can be classified as an oppressed minority group (Moita, 2001). Moleiro & Pinto (2009) state that this therapy celebrates and defends the authenticity and integrity of the rights of the LGB population, as well as their significant relationships. These ethical recommendations stress the importance that psychologists, psychotherapists, and mental health professionals should recognize that their own attitudes and knowledge about LGB people's experiences are relevant to the therapeutic process and, therefore, should seek literature, specific training, and supervision in regards to the best practices when working with LGB clients.

Most therapists are probably not suitably trained to work with LGB clients. Thus, competent practice with this population requires subtle curiosity and interest in the client's life. Therapists should also possess an ability to deal with hyper-vigilance when addressing the issues of their LGB clients who may have long histories of being considered as "mad, bad, and dangerous" by society. Thus, it is important that mental health professionals use hyper-vigilance against potential pathological or negative judgments, monitoring patients and their environment for signs of hostility or a lack of safety (Carroll, 2010).

In most western countries, training in psychology or therapy rarely offers adequate education on issues of gender and sexual diversity. Often, these issues are included in a single course on diversity, which provides an insufficient understanding regarding the experience of LGB clients intra-psychically and with respect to levels of social construction (Borges, 2009).

Best practices with LGB clients require thorough work by the therapist to address their prejudices concerning sex and gender, in addition to a relevant knowledge of the lives of sexual minorities, not only in heteronormative, patriarchal, western societies, but also elsewhere in the world. Therapists will be continually challenged, provoked, and educated by their clients on issues that still constitute one of the world's greatest and most sacred 'taboos': sexuality (Pope, Sonne and Holroyd 2000).

Therefore, affirmative practices with LGB clients should adopt an approach based on normal, healthy expressions of human development, sexuality, relationships, and love. In addition, through policies and affirmative practices, mental health professionals must

incentivize open and direct dialogue to support and facilitate the therapeutic process (Whitman & Bidell, 2014). Furthermore, to effectively work with LGB clients, therapists need to be comfortable with their own sexual identities and be ready to examine their beliefs, feelings, and prejudices (Carroll, 2010).

Cultural competence, is defined as a process by which each individual responds "respect[fully] and effectively to all cultures, languages, classes, races, ethnicities, religions, and other diversity factors in a manner that recognizes, affirms, and values the assets of individuals, families, and communities, and protects and preserves the dignity of each individual" (NASW, 2007, p.12). Models of multicultural practice in psychology are based on the model proposed by Sue et al. (1982), which, itself, is based on the principles of knowledge, attitudes, and skills. Knowledge does not only refer to knowledge about the existence of cultural groups, but also to the knowledge of that group's values, beliefs, and norms, as well as the recognition of sociopolitical influences that affect the group, or are created by the group. It also implies an understanding of the client's worldview. Attitudes refer to the therapist's beliefs and ways of thinking about minorities, as well as their own prejudices and how they may affect the therapist-patient relationship. It also includes self-awareness and comfort or discomfort with the client and their cultural differences. Although there are numerous studies on the cultural competency model, very little consensus exists concerning the definition and importance of this model, due to the wide range of skills necessary to work with each culturally diverse population (Johnson, 2013).

The ethics codes of the American Counseling Association (ACA, 2005) and the American Psychological Association (APA, 2002) serve as models for the affirmative responsibility movement. In this case, competence in relation to LGB clients is defined as the perceived ability to work with LGB clients, experience working with this population, and an understanding of the influence of heterosexism on the lives of LGB clients (Bidell, 2005). This definition goes beyond a set of tasks to be performed, and should involve more subtle elements, such as the ability to see relevant meanings in professional interactions with clients, and the ability of therapists to reflect upon their own personal qualities (McLeod, 2003).

Many studies claim that psychologists and psychotherapists need to receive specific clinical training in order to develop effective counseling and therapy skills to work with LGB clients (Alderson, 2004; Bernstein, 2000; Bidell, 2005, 2011; Godfrey, Haddock, Fisher, & Lund, 2006; Grove, 2009; Israel, Walther, Gortcheva, & Perry, 2011; Kocarek & Pelling, 2003; Long & Serovich, 2003; Matthews, Selvidge, & Fisher, 2005; McGeorge & Toomey, 2013; Rutter Road, Ferguson, & Diggs, 2008). Nevertheless, this clear need for training does not appear in the ethical guidelines and skills of most current graduate programs in psychology (Graham, Carney, & Kluck, 2012). In fact, 72% of graduate psychology students report inadequate preparation during their training to meet the needs of LGB clients (Murphy, Rawlings & Howe, 2002). This lack of preparation is also affirmed by the results of a recent study where 60.5% of psychology students report that they received no training on affirmative

practices with LGB clients and, therefore do not feel adequately prepared to work competently with this population (Rock, Carlson, & McGeorge, 2010).

Beliefs about the etiology of homosexuality (learned or an environmental individual choice) or uncontrollable (biological or genetic) are linked to greater rejection or acceptance of homosexuality, respectively (Haider-Markel & Joslyn, 2008; Costa, Pereira & Leal, 2015). Therefore, beliefs, acceptance, and feelings towards homosexuality seem to have a strong connection with the religious beliefs of each individual, since, in certain religions, homosexuality is seen as immoral and unacceptable (Brown & Henriquez, 2008; Gusmano, Schlesinger, Mark, & Thomas, 2002; Israel & Selvidge, 2003). Political orientation also seems to have a strong role when we speak of acceptance and attitudes towards the LGB population (Weishut, 2000; Brewer, 2003; Brown & Henriquez, 2008; Kreitzer, Hamilton, & Tolbert, 2014), with more conservative people tending to be less accepting. These factors demonstrate the importance of exploring how this set of values may or may not influence the therapeutic process.

In the Ibero-American context, studies with therapists and clients show that although, in most cases, there was no explicit intention of changing homosexual orientation, implicitly this intent still exists in some situations (Moita, 2001; 2006). This leads to the necessity of exploring which variables influence the therapeutic process and the therapist-client interaction with LGB people. Gato and Fontaine (2012) conclude that university students of psychosocial areas demonstrate more positive attitudes towards sexual diversity when compared to law or medical students, a result that is corroborated by other studies (Moleiro & Pinto, 2009). However, another study by Costa et al. (2014) shows that, in general, university students possess negative attitudes toward gay and lesbian rights and still retain highly prejudicial and biased attitudes towards this population.

Therefore, the objectives of this research are to assess the levels of affirmative competency and practices in a sample of mental health professionals from Ibero-American countries, in order to compare differences regarding gender, country of origin, spiritual beliefs, political and sexual orientation, age, education, marital status, and specific education in regards to LGB clients, with the aim of determining the predictive values between affirmative competence and practices.

2.3. Method

2.3.1. Participants

The sample consists of 630 participants who identify as mental health professionals (psychologists, psychiatrists, psychotherapists, counselors) from various Ibero-American countries. 145 (23%) are from Portugal, 146 (23.2%) are from Brazil, 120 (19.1%) are from Spain, 59 (6.7%) are from Mexico, 42 (6.7%) are from Argentina and 118 (18.6%) are from

other countries including Chile, Bolivia, Colombia, Paraguay, and Venezuela, among others. Participant's ages range from 22 to 75 years old (mean=41.46 years, SD= 12.01). The majority of professionals 417 (66.2%) are female. Regarding marital status 274 (43.5%) are married, 157 (24.9%) are single, and 72 (11.4%) say they are in an emotionally committed relationship. In addition, 60 (9.5%) are divorced, 57 (9%) are in a civil union, and 7 (1.1%) are widowed. With regard to levels of educational, 266 (42.2%) participants possess post-graduate education (post graduate certification or a Master's), 160 (25.4%) hold a doctorate, 94 (14.9%) have attended university, 87 (13, 8%) have a Bachelor's degree (BSc), and 14 (2.2%) have post-doctoral training, all in the mental healthcare area.

In relation to sexual orientation the vast majority of participants (534, 84.8%) identify as heterosexual, 47 (7.5%) identify as homosexual, and 45 (7.1%) consider themselves to be bisexual. When asked about their religious beliefs, the majority (336, 53.3%) of participants are religious. As for a political orientation, 194 (30.8%) of the participants identify with left-wing parties, 132 (21%) with center/left parties, 42 (6.7%) with centrist parties, 27 (4.3%) with center/right parties, 24 (3.8%) with right-wing parties, 15 (2.4%) with extreme left-wing parties, and only 3 (0.5%) with extreme right-wing parties. 165 (26.2%) participants claim to have no political orientation. Finally, when asked if they have had any training concerning issues of sexual orientation (LGB) throughout their academic career, most of them (385, 61.1%) claim to have never undergone any training in this area. The remaining participants (240, 38.1%) assert that they only received some training at a very specific point in their academic career. 74.29% (468) of all participants say that they have already worked with LGB clients in their practice.

2.3.2. Measures

We designed a socio-demographic questionnaire, in order to characterize the sample under study. Our questionnaire covers information on age, country of residence, gender, marital status, educational level, profession, religious beliefs, political orientation, and specific training on LGB issues, among other factors. To measure the affirmative competence of therapists toward LGB clients, we used the Portuguese and Spanish versions of The Sexual Orientation Counselor Competency Scale (Bidell, 2005), which assesses the attitudes, skills, and knowledge of counselors working with LGB clients. It is a self-rated scale composed of 28 items, each rated on a Likert scale of 7 points, ranging from 1 ("Not true at all") to 7 ("Completely True"). Cronbach's alpha shows very good internal consistency ($\alpha = 0.80$) for the scale. This scale consists of three dimensions. The first, "Skills", includes eleven items focusing on LGB affirmative clinical work. The second dimension is "Consciousness of Behavior", which includes ten items that examine LGB self-prejudice and stigmatization. Finally, the third dimension is "Knowledge", which consists of eight items that assess the knowledge of LGB psychosocial issues. From these three dimensions we derive a global measure of Competence, which results from the sum of all items of the scale. Some examples of scale items are: "At this point I do not have the training or the ability to support an LGB

client", "The lifestyle of a LGB client is unnatural or immoral", and "There are psychosocial issues that have a different impact on the lives of gay men versus lesbians".

In order to measure affirmative practices with LGB clients, i.e. to evaluate the beliefs and behaviors of professionals working with this population, we use the Portuguese and Spanish versions of the "Gay Affirmative Practice Scale", developed by Crisp (2002). This questionnaire consists of 16 items rated on a Likert scale of 5 points, ranging from 1 ("never") to 5 ("Always"). The questionnaire is designed only to be completed by professionals who, at some point in their working lives have worked with LGB clients. As for the internal consistency of this instrument, Cronbach's alpha showed very good internal consistency ($\alpha = 0.83$). The scale consists of two dimensions. The first is behavior in practice with LGB clients, and the second concerns beliefs about practice with LGB clients (that are distinct from attitudes about gay and lesbian individuals). We designed a general measure of practices in order to better focus on the general objective of this research, which, in this case, is to assess the overall affirmative practices with LGB clients. Some examples of items appearing on this scale were: "I try to change the sexual orientation of my LGB clients", "I inform my LGB clients about the resources available in the LGB community", and "I show discomfort about LGB issues with my LGB clients".

2.3.3. Procedures

We used the internet to disseminate all measures, contacting mental health professionals from Ibero-American countries via e-mail. All ethical and deontological issues, including informed consent and confidentiality, were preserved. Data collection took place from October 2014 to February 2015, and was aimed at mental health professionals (psychologists, psychiatrists, psychotherapists, etc.) from various countries, including Portugal, Brazil, Spain, Mexico, Argentina, Bolivia, and Paraguay, in addition to other countries in South America. Each participant was instructed to reply to the questionnaires individually, having been previously informed about the purpose and the objectives of the study. The dissemination of the questionnaires was carried out through two different web addresses, one in Portuguese and the other in Spanish. We used SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) to analyze the data.

2.4. Results

We computed the total levels of affirmative competence and affirmative practices in order to facilitate data analysis. As can be seen in Table 1, the total mean of affirmative competence is approximately 145. Given that the cut-off point for this scale is 112, it can be said that participants present, on average, good levels of affirmative competence toward LGB clients. Regarding practices, results are similar. Since the cut-off point is 48, and participants score above this value (mean = 69.27), this reflects good general levels of affirmative practices. Thus, it can be said that, in general, the mental health professionals surveyed in

the present study demonstrate positive affirmative competence and practices toward LGB clients.

Table 1 - Results for affirmative competence and practices

	Affirmative competence	Affirmative practices
N	630	468
Mean	145.67	69.27
Median	148	71
Mode	157	76
Standard deviation	18.38	8.64
Minimum score	74	32
Maximum score	184	80

When we analyze the results with respect to different age groups (under 40 and over 41 years of age), no statistically significant differences either in the Affirmative Competence Scale ($p = 0.315$) or the Affirmative Practices Scale ($p = 0.442$) are found. This is also the case when comparing men and women, since no statistically significant differences either for the Affirmative Competence Scale ($p = 0.481$) or for Affirmative Practices Scale ($p = 0.258$) are present. Despite the absence of significant differences, men scored slightly above women in both scales.

Statistically significant differences for the Affirmative Competence Scale ($p = 0.005$) and the Affirmative Practices Scale ($p = 0.055$) are found when mental health professions have specific training on LGB issues. Therapists who possess specific training about LGB issues have higher scores on both scales, when compared to those who do not have training concerning LGB issues.

With regard to religious beliefs, the results show that statistically significant differences exist for both the Affirmative Competence Scale ($p < 0.001$) and the Affirmative Practices Scale ($p = 0.049$), indicating that mental health professionals who have no religious beliefs present higher levels of affirmative competence and affirmative practices.

Statistically significant differences in relation to levels of education were also found for the Affirmative Competence Scale ($p = 0.001$). However, this was not the case for the Affirmative Practices Scale ($p = 0.559$), whose results demonstrate no significant differences based upon levels of education. We can also see that therapists who have post-graduate certifications or degrees, demonstrate higher levels of affirmative competence when working with LGB clients. Political orientation was also explored, and statistically significant differences are seen for both scales ($p < 0.001$), with left-wing oriented professionals scoring higher than those who identify politically with the right.

With regard to the sexual orientation of practitioners, we can see that there are statistically significant differences both in regards to the Affirmative Competence Scale ($p < 0.001$) and the Affirmative Practices Scale ($p = 0.003$). Self-identified homosexual and

bisexual participants present higher scores on both scales, when compared to heterosexual participants. No statistically significant differences in both scales are found when comparing participants' countries of origin.

Finally, no statistically significant differences for marital status are found for the Affirmative Competence Scale ($p=0.419$). However, this is not the case for the Affirmative Practices Scale, where results show statistically significant differences ($p=0.024$) that indicate that married therapists show lower levels of affirmative competence and practices when working with LGB clients. Divorced participants score higher on the Affirmative Practices Scale. All of these results are shown in Table 2.

Table 2 - Results for affirmative competence and practices between groups

		Competence			Practices		
		M (SD)	t (df)	p	M (SD)	t (df)	p
Age	<40	146.32 (16.83)	1.005 (510)	0.315	68.93 (8.68)	-0.770 (453)	0.442
	>41	144.69 (19.81)			69.56 (8.64)		
Gender	Female	145.16 (18.10)	-0.705 (519)	0.481	68.92 (9.04)	-1.131 (462)	0.258
	Male	146.35 (18.89)			69.88 (7.81)		
LGB Training	Yes	148.63 (18.92)	2.852 (519)	0.005 *	70.20 (8.47)	1.921 (465)	0.055
	No	143.90 (17.86)			68.63 (8.70)		
Religious beliefs	Yes	142.58 (20.78)	-4.210 (521)	0.000 **	68.55 (9.29)	-1.977 (464)	0.049*
	No	149.26 (14.43)			70.14 (7.74)		
Level of education	University attendance	140.13 (22.22)	4.071 (5;511)	0.001 **	67.80 (10.25)	0.787 (5;457)	0.559
	Bachelor's	143.46 (17.72)			69.97 (8.05)		
	Post-graduate	147.02 (16.50)			69.41 (8.71)		
	Ph.D.	148.46 (16.80)			69.98 (7.39)		
	Post-doctoral	129.30 (35.57)			67.33 (8.32)		
Political orientation	Extreme-left	145.31 (12.10)	4.343 (8;512)	0.000 **	66.08 (9.47)	4.043 (8;456)	0.000**
	Left	151.40 (15.38)			70.96 (7.73)		
	Center/left	145.27 (18.87)			69.27 (7.78)		
	Centrist	141.14 (24.38)			72.19 (7.37)		
	Center/right	145.30 (18.32)			70.84 (8.44)		
	Right	134.90 (21.51)			65.11 (9.52)		
	Extreme-right	123.33 (8.33)			54.67 (14.01)		
	No political affiliation	143.01 (18.82)			68.36 (9.53)		
	Other	141.21 (14.33)			65.89 (8.14)		

Sexual orientation	Heterosexual	144.02 (18.22)	14.989 (2;518)	0.000 **	68.71 (8.74)	5.773 (2;461)	0.003*
	Bisexual	156.56 (12.62)			72.43 (6.01)		
	Homosexual	145.76 (18.34)			72.50 (8.88)		
Country of origin	Portugal	148.51 (15.82)	1.966 (5;513)	0.082	70.45 (7.15)	0.887 (5;457)	0.490
	Brazil	147.20 (18.50)			69.66 (9.60)		
	Spain	146.41 (16.49)			69.00 (8.33)		
	Mexico	142.35 (22.01)			68.74 (8.77)		
	Argentina	144.33 (18.91)			67.17 (7.19)		
	Other	141.89 (19.86)			68.73 (9.78)		
Marital status	Single	146.26 (18.35)	1.008 (6;517)	0.419	67.32 (9.33)	2.452 (6;461)	0.024*
	Married	144.16 (20.15)			69.25 (8.48)		
	Civil Union	148.67 (14.16)			70.26 (8.04)		
	Divorced/separated	146.51 (16.90)			72.59 (6.94)		
	Widowed	146.20 (12.97)			68.67 (12.61)		
	Emotional commitment	146.26 (15.61)			70.21 (8.19)		
	Outro	164.33 (6.66)			72.50 0. 71)		

* ≤ 0.5 ; ** ≤ 0.001

Using the linear regression model, the data show that there is a significant predictive value (<0.001) between affirmative competence and practices with LGB clients (Tables 3 and 4). Thus, it is possible to assert that mental health professionals who have affirmative competence will also have affirmative practices.

Table 3 - Results for the linear regression model (affirmative competence)

Affirmative competence		
Variable	Beta	<i>p</i>
Constant		0.000
Age	-0.037	0.411
Gender	0.022	0.619
Marital status	0.003	0.952
Country of residence	-0.123	0.006*
Sexual orientation	0.180	0.000**
Religious beliefs	0.140	0.002*
Political orientation	-0.101	0.023*
Education	0.086	0.050*
Training in LGB issues	-0.146	0.001*

* ≤ 0.5 ; ** ≤ 0.001

Table 4 - Results for the linear regression model (affirmative practices)

Affirmative practices		
Variable	Beta	<i>p</i>
Constant		0.000
Age	0.063	0.196
Gender	0.054	0.262
Marital status	0.099	0.039*
Country of residence	-0.089	0.067
Sexual orientation	0.130	0.007*
Religious beliefs	0.035	0.470
Political orientation	-0.082	0.094
Education	0.025	0.602
Training in LGB issues	-0.104	0.030*

* ≤ 0.5 ; ** ≤ 0.001

2.5. Discussion

Based on the overall results of this study, we can see that the mental health professionals surveyed do not have strongly preconceived beliefs about the LGB population. There are several important points to note concerning this study. The most apparent quality is the sample size (N = 630), which increases the confidence in the results of the study. In addition, the scales used in this study show good to excellent reliability and validity. Therefore, this study has the potential to significantly influence the field of knowledge in this area.

An overview of the various codes of ethics for mental health professionals in the countries studied found that none of them reference specific interventions in regards to LGB clients. The only reference to this population, although very superficial, is encompassed in a general reference to cultural minorities in the Portuguese Board of Psychologists' code of conduct. It states that psychologists should seek professional and scientific knowledge relevant to intervene ethically and effectively and to tailor their interventions to known factors associated with sexual orientation.

Thus, it is important for mental health professionals to act jointly with each country's mental health association or board to focus more on LGB issues and to develop effective guidelines and investigations to address the lack of information about working with LGB clients. A review of the studies concerning affirmative competence and affirmative practices in therapy with LGB clients demonstrates a high level of disparity among the results of different studies. Since, thus far, no review exists covering the various assessment tools associated with this theme, Bidell and Whitman (2013) developed a review of the development, psychometric properties, limitations, use in research, implications, and recommendations of three scales, which form our basis for measurement. The first scale addressed is the Lesbian, Gay, Bisexual, and Affirmative Counseling Self-Efficacy Inventory (Dillon & Worthington, 2003). The second scale studied is The Sexual Orientation Counselor

Competency Scale (Bidell, 2005). The final scale examined is the LGB Working Alliance Self-Efficacy Scale (Burkard, Pruitt, Medler, & Stark-Booth, 2009).

Interestingly, our results do not indicate statistically significant differences between the two scales under study among the countries examined, although we would expect some cultural influence on participants' beliefs on a sensitive topic such as sexual orientation. Yet, these relatively homogeneous results can be attributed to the consequences of globalization, which creates the image of a more uniform world, not only in respect to politics and economics, but also in regards to culture (Frois, 2004), science and academics.

It is well established in the literature that conservative religious beliefs are strongly associated with more negative, moralistic, and prejudiced views about matters concerning LGB people (Bowers et al, 2010; Hunsberger & Jackson, 2005; Poteat & Mereish, 2012; Whitley, 2009). Our results illustrate the difficulty some therapists have in reconciling their religious beliefs with the posture of affirmative competence and practices with LGB clients. This is also the case for results with respect to political orientation, which concur with other studies that highlight that possessing left-wing political beliefs is associated with better competence and practices with LGB clients (Weishut, 2000; Brewer, 2003; Brown & Henriquez, 2008; Kreitzer, Hamilton, & Tolbert, 2014).

Our results relating to specific training in LGB issues are similar to those of other studies (Bidell, 2012a, 2012b; Israel & Hackett, 2004; Matthews, 2005; Rutter, Road, Ferguson, & Diggs, 2008; Whitman & Bidell, 2014). They emphasize the importance of specific training in LGB topics during the academic/training path of any mental health professional, since those who demonstrate higher affirmative competence and practices have undergone specific training on LGB issues. This is because professionals who have specific training about LGB clients have more knowledge and skills in relation to the subject. In turn, this enables them to be more effective when working directly with this population, especially when their training includes role-playing or case discussions with LGB clients. Thus, this particular training could lead to significant improvements in the capacities of future professionals to provide competent counseling services for the LGB population.

LGB people, in addition to confronting the same societal difficulties heterosexual people face, are also subject to additional discrimination, oppression, stigma, and isolation. It is naturally difficult for any individual who has suffered this type of homophobia to confide in any therapist, as there is no guarantee of openness and empathy. Therefore, the challenges and characteristics of conducting psychological consultations with LGB clients are extremely relevant to any mental health professional, in order to allow clients to access a non-discriminatory professional practice. Thus, intervention with LGB clients implies an affirmative approach that recognizes the existence of social discrimination against sexual minorities and seeks permanent training to creatively and actively deal with the specific issues that LGB clients may present. In the interest of maximizing the chances of success, it is essential that clinicians are able to respond to the high expectations that LGB clients can bring to the therapeutic process (Menezes & Costa, 1992).

Among the various qualities of competence described as fundamental for mental health professionals working with LGB clients, we highlight the following: the capacity to analyze their own values, attitudes, and lifestyle; knowledge of the stressors common to LGB people; knowledge about developmental models of homosexual identity; and expertise on how to appropriately carry out differential diagnoses (Moita, 2001). Previous research highlights the negative impacts that a lack of education on LGB issues can have on mental health professionals' clinical approaches and practices when working with LGB patients. Due to this lack of awareness, in some cases, therapists mistakenly report that there are no differences between their approaches to heterosexual and homosexual clients (Biechele, 1996). In studies where the experimental design allows for the correlation of the assessment of therapists' affirmative practices and their sexual identity, therapists who score more positively are women, gay men, and heterosexual females. Straight male therapists are most likely to reject LGB clients (Sorensen & Roberts, 1997; Liddle, 1997). Similarity in terms of sexual orientation between clients and therapists is sometimes associated with a positive assessment. However, several authors point out that this similarity is neither necessary, nor a guarantee of a positive assessment. The kind of treatment practices therapists implement and the perception that clients have of therapists' interpretation of their sexual orientation are more important than the sexual orientation of the therapist (Liddle, 1997; Stein and Cohen 1986).

There are three potential limitations that are important to discuss. While our intention was to recruit a sample that would allow us to generalize the affirmative competence and practices of the entire population of psychotherapists, the controversial nature of the subject may have influenced those who chose to participate. Therefore, it is not clear if our results reflect the general beliefs of all mental health professionals. Another possible limitation is the fact that the scales used to measure affirmative competence and practices of participants focus on perceptions, which is not the same as measuring their actual competence and practices. Therefore, it is possible that the participants believe that they are competent and have affirmative practices in the treatment of LGB clients; however, in clinical practice this may not be the case. Thus, it is important for future research to determine the real level of competence and clinical practice of mental health professionals when working with LGB clients. One way to overcome this limitation would be to interview LGB clients about the quality of services they received and how they would rate their therapists. The scarcity of published articles on this topic and the lack of focus on affirmative intervention with sexual minorities constitute a limitation as well. In fact, since only about 2% of studies place a significant focus on LGB clients (Alderson, 2004), our research is an important contribution to this field.

Our research forces us to recall some of the relevant ethical principles on the issue of sexual orientation developed by the American Psychological Association (2000) that should be adopted by mental health professionals. These principles address attitudes towards homosexuality and bisexuality, relationships and families, diversity, and education.

Furthermore, these principles indicate that mental health professionals should understand that homosexuality and bisexuality are not indicators of mental illness, and should seek to understand how various forms of social stigma (e.g. prejudice, discrimination, and violence) may endanger the mental health and well-being of LGB clients. In addition, therapists should seek to understand how inaccurate and prejudiced views about homosexuality and bisexuality may affect their client in terms of their treatment and the therapeutic process, and should seek to understand and respect the importance of relationships for LGB people. Finally, mental health professionals should support education and training on issues related to sexual orientation, seeking to increase their knowledge about these issues through continuous training and familiarity with relevant clinical and educational resources in the area of mental health in the LGB community.

There are many studies that suggest that therapists without any special training or without intervention experience in regards to LGB clients should be encouraged to seek further training to increase their effectiveness when working with LGB individuals. This research emphasizes the necessity of training on LGB issues for mental health professionals, supervisors, therapists, administrative staff, and other service providers, even apart from mental health professionals. This type of training can be particularly useful in creating an organizational climate that meets the needs of LGB clients. Since counseling is not something that happens just between two people, but is instead a social institution embedded in the culture of industrialized and modern societies (McLeod, 2003), for the therapeutic process to be effective, it is important that mental health professionals feel confident in their abilities to work with this population in particular. In turn, this leads us to believe that institutions of higher education, which are responsible for developing curricula for mental health students, should provide the theoretical groundwork to understand affirmative competence and practices, in order to allow future professionals to acquire counseling skills, to work on self-consciousness, to explore professional issues, and to receive supervised practice on issues related to LGB clients.

2.6. References

- Alderson, K.G. (2004). A different kind of 'outing': Training counsellors to work with sexual minority clients. *Canadian Journal of Counselling*, 38 (3), 193-210.
- American Counseling Association. (2005). *ACA code of ethics*. Alexandria, VA: Author.
- American Psychological Association (2000). *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay and bisexual clients*. Retrieved on April 2015 from <http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/guidelines.html>
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Author.

- Bayer, R. (1987). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. New Jersey: Princeton University Press.
- Bernstein, A. C. (2000). Straight therapists working with lesbians and gays in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 443-454.
- Bidell, M. (2005). The Sexual Orientation Counselor Competency Scale: Assessing Attitudes, Skills, and Knowledge of Counselors Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Counselor Education & Supervision*, 44, 267-279
- Bidell, M. (2011). Examining School Counseling Students Multicultural and Sexual Orientation Competencies Through a Cross-Specialization Comparison, *Journal of Counseling & Development*, 90, 200-207
- Bidell, M. P. & Whitman, J. S. (2013). A Review of Lesbian, Gay, and Bisexual Affirmative Counseling Assessments. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 4 (2), 112-126.
- Bidell, M. P. (2012a). Addressing disparities: The impact of a lesbian, gay, bisexual, and transgender graduate counselling course. *Counselling and Psychotherapy Research Journal*, 1-8.
- Bidell, M. P. (2012b). Examining school counseling students' sexual orientation and multicultural competencies through a cross-specialization comparison. *Journal of Counseling & Development*, 90, 200-207.
- Biechele, U. (1996). Psychotherapy For Lesbian and Gay Clients: A Regional Survey. *The Association of Lesbian and Gay Psychologists Europe Newsletter*, 5 (2), pp. 14-16.
- Borges, K. (2009). *Terapia Afirmativa: uma introdução à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. São Paulo, Brasil: Edições GLS.
- Bowers, R., Minichiello, V., & Plummer, D. (2010). Religious attitudes, homophobia, and professional counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 4, 70-91.
- Brewer, P. (2003). Values, Political Knowledge, and Public Opinion about Gay Rights: A Framing-Based Account. *Public Opinion Quarterly*, 67(2), 173-201.
- Brown, M. & Henriquez, E. (2008). Socio-demographic predictors of attitudes towards gays and lesbians. *Individual Differences Research*, 6(3), 193-202.
- Carroll, L. (2010). *Counselling Sexual and Gender Minorities*. Columbus: Merrill.
- Costa, P.; Almeida, R.; Anselmo, C.; Ferreira, A.; Pereira, H. & Leal I. (2014) University Students' Attitudes Toward Same-Sex Parenting and Gay and Lesbian Rights in Portugal. *Journal of Homosexuality*, 61, 1667-1686
- Crisp, L. C. (2002). *Beyond Homophobia: Development and Validation of the Gay Affirmative Practice Scale* (Dissertation). University of Texas at Austin, Austin, Texas, USA.
- Fróis, k. P. (2004). Globalização e cultura a identidade no mundo de iguais. *Cadernos de pesquisa interdisciplinar em Ciências Humanas*, 5 (62).
- Gato, J., & Fontaine, M. (2012). Atitudes face à diversidade sexual no contexto psicossocial, jurídico, da saúde e educativo. *Exedra*, (6) 81 -104.

- Gato, J., Carneiro, N. & Fontaine A. M. (2011). Contributo para uma Revisitação Histórica e Crítica do Preconceito contra as Pessoas não Heterossexuais, *Crítica e Sociedade: Revista de Cultura Política*, 1, 139 - 167.
- Godfrey, K., Haddock, S. A., Fisher, A., & Lund, L. (2006). Essential training components of curricula for preparing therapists to work with lesbian, gay, and bisexual clients: A delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4), 491-504.
- Grove, J. (2009). How competent are trainee and newly qualified counsellors to work with Lesbian, Gay, and Bisexual clients and what do they perceive as their most effective learning experiences? *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(2), 78-85.
- Gusmano, M., Schlesinger, M, & Thomas, T. (2002). Policy Feedback and Public Opinion: The Role of Employer Responsibility in Social Policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(5), 731-772. doi:10.1215/03616878-27-5-731
- Haider-Markel, D. P., & Joslyn, M. R. (2008). Beliefs about the origins of homosexuality and support for gay rights. *Public Opinion Quarterly*, 72, 291-310.
- Hansen, N., Pepitone-Arreola-Rockwell, F., & Greene, A. F. (2000). Multicultural competence: Criteria and case examples. *Professional Psychology: Research And Practice*, 31(6), 652- 660.
- Hunsberger, B., & Jackson, L. M. (2005). Religion, meaning, and prejudice. *Journal of Social Issues*, 61, 807-826. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00433.x
- Israel, T. & Selvdge, M. (2003). Contributions of multicultural counseling to counselor competency with lesbian, gay, and bisexual clients. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 31, 84-97.
- Israel, T., & Hackett, G. (2004). Counselor education on lesbian, gay and bisexual issues: Comparing information and attitude exploration. *Counselor Education and Supervision*, 43, 179-191.
- Israel, T., Walther, W., Gortcheva, R. & Perry, J. (2011). Policies and Practices for LGBT Clients: Perspectives of Mental Health Services Administrators. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15, 152-168.
- Johnson, S. D. (2013). *Assessing Self-Efficacy of Cultural Competence with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients: A Comparison of Training Methods with Graduate Social Work Students* (Dissertation). University of Kentucky, Lexington, Kentucky, USA.
- Kocarek, E., & PeHng, J. (2003). Beyond knowledge and awareness: Enhancing counselor skills for work with gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 31, 99-112
- Kreitzer, R.; Hamilton, A. & Tolbert, C. (2014). Does Policy Adoption Change Opinions on Minority Rights? The Effects of Legalizing Same-Sex Marriage. *Political Research Quarterly*, 67, 795-808
- Liddle, B. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counselling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (4), 394-401.

- Liddle, B. (1997). Gay and lesbians client's selection as therapists and utilization of therapy. *Psychotherapy*, 34 (1), 11-18.
- Long, J. K., & Serovich, J. M. (2003). Incorporating sexual orientation into MFT training programs: Infusion and inclusion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 59-67.
- Matthews, C. (2005). Infusing lesbian, gay, and bisexual issues into counselor education. *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development*, 44, 168-184.
- Matthews, C., Selvidge, M., & Fisher, K. (2005). Addictions counselors' attitudes and behaviors toward gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Counseling and Development*, 83, 57- 65.
- McGeorge, T. & Toomey, R. (2013). Establishing the validity of the affirmative training inventory: assessing the relationship between lesbian, gay, and bisexual affirmative training and students' clinical competence, *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), 209-222
- McLeod, J. (2003). *An introduction to counselling* (3^a ed.). Londres, Inglaterra: Open University Press
- Menezes, I. & Costa, M. (1992). Amor entre Iguais: A psicoterapia da diferença. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 8, 79-84
- Moita, G. (2001). *Discursos sobre a Homossexualidade no Contexto Clínico: A Homossexualidade de dois lados do espelho* (Dissertação). Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Moita, G. (2006). A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 53-72.
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e Psicoterapia : Expectativas e Experiências de pessoas LGBT acerca das Competências Muticulturais de Psicoterapeutas. *Ex Aequo*, 20, 159 -172.
- Murphy, J. A., Rawlings, E. I., & Howe, S. R. (2002). A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 183-189.
- National Association of Social Workers. (2007). *Indicators for the achievement of NASW standards for cultural competence in social work practice*. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Pope, K.S., Sonne, J. L. & Holroyd, J (2000). *Sexual Feelings In Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Poteat, V. P., & Mereish, E. H. (2012). Ideology, prejudice, and attitudes toward sexual minority social policies and organizations. *Political Psychology*, 33, 211-224.
- Rock, M., Carlson, T. S., & McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 171-184.

- Rutter, P. A., Estrada, D., Ferguson, L. K., & Diggs, G. A. (2008). Sexual orientation and counselor competency: The impact of training on enhancing awareness, knowledge and skills. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 2*, 109-125.
- Sorensen, L. & Roberts, S. (1997). Lesbian Uses Of and Satisfaction With Mental Health Services: Results From Boston Lesbian Health Project. *Journal of Homosexuality, 33* (1), 35-49.
- Stein, G. L. & Bonick, K. A. (2001). Physician-patient Relationship Among the Lesbian and Gay Community. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 5*(3), 87-93.
- Sue, D.W., Bernier, J.E., Durran, A., Feinber, L., Pedersen, P., Smith, E.J., & Vasquez-Nuttal, E. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *Counseling Psychologist, 10*, 45-52.
- Vázquez-Rivera, M., Martínez-Taboas, A., Toro-Alfonso, J., Francia, M., Nazario-Serrano, J., Lespier, Z.; . . . Santiago, G. (2014). *Estándares para el Trabajo e Intervención en Comunidades Lesbianas, Gay, Bisexuales e Identidades Trans (LGBT)*. San Juan, PR: Asociación de Psicología de Puerto Rico.
- Weishut, D. (2000). Attitudes toward homosexuality: An overview. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 37*(4), 308-319.
- Whitley, B. E., Jr. (2009). Religiosity and attitudes toward lesbians and gay men: A meta-analysis. *International Journal for the Psychology of Religion, 19*, 21-38.
- Whitman, J. S. & Bidell, M. P. (2014). Affirmative Lesbian, Gay, and Bisexual Counselor Education and Religious Beliefs: How Do We Bridge the Gap? *Journal of Counseling & Development, 92*, 162-169.

Capítulo 3: Discussão Geral

A presente dissertação que se apresentou como requisito para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, procurou contribuir de forma inovadora para o preenchimento de uma lacuna relevante na investigação junto dos técnicos de saúde mental que trabalham com clientes LGB.

Com base nos resultados obtidos podemos verificar que os participantes não possuem fortes crenças preconceituosas em relação à população LGB, sendo que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: estado civil, orientação sexual, orientação política, orientação religiosa, nível de ensino e formação específica acerca de temáticas LGB. Quanto aos resultados da regressão linear as variáveis que predizem valores mais elevados na Escala de Competências Afirmativas são: o país de origem, a orientação sexual, política e religiosa, o nível de educação e a formação específica sobre temáticas LGB. Já as variáveis que predizem resultados mais elevados na Escala de Práticas Afirmativas são: o estado civil, a orientação sexual e a formação específica em temáticas LGB. Descodificando estes resultados, e tendo como base a literatura verificamos que os resultados da nossa pesquisa se assemelham a muitas investigações nomeadamente no que toca às variáveis da orientação religiosa onde podemos verificar que aqueles profissionais que se regem por alguma religião possuem competências e praticas menos afirmativas comparativamente aqueles que não possuem qualquer religião. Sendo a religião vinculada a pressupostos bastante conservadores e até preconceituosos é normal que os nossos resultados apontem neste sentido. O mesmo se passa com a orientação política, nomeadamente com os partidos de extrema-direita, cujos valores estão fortemente associados com visões mais negativas, moralistas e preconceituosas sobre assuntos e pessoas LGB o que se assemelha em muito aos valores da igreja católica, por exemplo, e por isso é natural que os profissionais de saúde cuja orientação política se situe à direita possuam certas crenças e até preconceitos difíceis muitas vezes de colocar de lado o que pode ter uma influência direta sob a forma como se comportam perante um cliente LGB.

Tendo as crenças associadas à homossexualidade uma ligação direta com os aspetos socioculturais seria expectável que os vários profissionais de saúde mental apresentassem níveis de competência e práticas afirmativas diferentes. No entanto a globalização que cria a imagem de um mundo com bases não só políticas e económicas, mas também culturais, mais uniformizadas podem justificar estes resultados pouco heterogéneos. Visto que a maioria dos países em questão estão relativamente próximos territorialmente e a sendo que possuem uma herança colonial semelhante, já que todos eles são ex-colónias Portuguesas ou Espanholas, as diferenças culturais não são tão predominantes, o que poderá também explicar os resultados desta investigação.

Para terminar o debate acerca dos resultados desta investigação realça-se a importância da formação específica acerca de temáticas LGB. Já que tal como numa variadíssima extensão de outras investigações, os resultados desta investigação demonstram que aqueles que possuem formação apresentam competências e práticas mais afirmativas comparativamente aqueles que não possuem formação especializada nestas temáticas. Ora é natural que os profissionais que tiveram formação específica acerca da população LGB possuam mais conhecimentos sobre esta temática, o que os pode tornar mais competentes na hora de trabalhar diretamente com esta população uma vez que tiveram treino para esses mesmos efeitos. Deste modo esta formação específica levará ao melhoramento significativo da capacidade dos futuros profissionais prestarem serviços de aconselhamento competentes para esta população.

Esta investigação mostrou-se de relevante importância, não só para o contributo para a psicologia devido à escassez de estudos que abordem a temática LGB, mas também a nível pessoal, já que me permitiu desenvolver competências de investigação, pesquisa, crítica e reflexão nesta fase final de formação em Psicologia de acordo com o Diploma do Psicólogo Europeu.

Para concluir a realização da dissertação em formato de artigo permitiu a demonstração do desenvolvimento de competências de investigação e auto reflexão, nomeadamente a aplicação e metodologia científica, recolha e tratamento de dados, análise crítica, integração e aplicação de informação científica, aprendizagem auto-orientada, utilização avançada de recursos informáticos que culminaram na comunicação escrita da pesquisa realizada.

Realizar a investigação na área das competências e práticas com técnicas de saúde mental foi um desafio aliciante, na medida em que permitiu explorar as suas práticas de intervenção que, como já foi referido está pouco trabalhado no contexto Iberoamericano. Assim sendo reforça-se o carácter pertinente desta investigação assumindo-se a importância deste contributo na mudança socioprofissional e o retirar das boas práticas psicológicas discriminação ou preconceito que impeçam os clientes LGB de terem acesso a cuidados de saúde mental isentos de julgamento.

Anexos

Anexo 1: Anexo Teórico

Definição dos principais conceitos

Antes de mais é importante definir alguns conceitos básicos acerca dos quais esta investigação se debruça. Entende-se por homossexual a pessoa cuja atração física, romântica emocional e/ou espiritual é pelo mesmo sexo: Utiliza-se frequentemente o termo gays para homens atraídos por outros homens e lésbicas para mulheres atraídas por outras mulheres. Existem também os bissexuais que são aqueles que sendo homem ou mulher se sentem atraídos tanto por indivíduos do mesmo sexo como por indivíduos do sexo oposto (APA, 2008).

Existem várias teorizações acerca dos vários tipos de preconceito sob a população LGB, nomeadamente os conceitos de homofobia, heterossexismo, preconceito e estigma sexual. A homofobia é o conceito mais difundido quando falamos de preconceito LGB. Smith (referido por Gato, Carneiro & Fontaine, 2011) foi o primeiro a utilizar este termo para descrever a aversão psicológica à homossexualidade no entanto este conceito foi popularizado por Weinberg (1972, referido por Gato, Carneiro, & Fontaine, 2011) que o descreve como “o pânico de partilhar um mesmo espaço com homossexuais e no caso dos próprios homossexuais, a auto-aversão”. Em suma a homofobia pode ser entendida como um medo irracional de homossexuais. Subjacente a este constructo, surgem outros conceitos como o caso do heterossexismo que se traduz numa reação à violação dos papéis sexuais tradicionais, uma vez que as lésbicas são estereotipadamente vistas como mais masculinas do que as mulheres heterossexuais e os gays como mais femininos do que os homens heterossexuais. Um outro termo associado a este estigma é o de homonegativismo que compreende, tal como o heterossexismo, os aspetos sexistas do preconceito relativamente à população homossexual. Com o intuito de tornar este conceito mais inclusivo Logan (referido por Gato, Carneiro, & Fontaine, 2011) propôs o termo homopreconceito visto que o conceito de homofobia centra-se demasiado na natureza pessoal ou individual do preconceito, não tendo em conta outras dimensões que para ela contribuem, nomeadamente o sexismo (Gato, Carneiro, & Fontaine, 2011).

Quase ao mesmo tempo surge o conceito de heterossexismo conectado diretamente com o sexismo e racismo. Este termo foi definido por Morin (1977, referido por Gato, Carneiro, & Fontaine, 2011) como um “sistema de crenças que valoriza a heterossexualidade como mais «natural» que e/ou superior à homossexualidade”. Aqui a orientação sexual heterossexual é considerada a única psicologicamente normal e moralmente correta. Resumidamente a homofobia é utilizada para descrever atitudes e os comportamentos anti-homossexuais de carácter individual, enquanto que o heterossexismo se refere geralmente à ideologia que perpetua o preconceito individual (Gato, Carneiro, & Fontaine, 2011).

O preconceito sexual refere-se, em termos gerais, a todas as atitudes negativas baseadas na orientação sexual e ao contrário do termo homofobia, não veicula assunções

apriorísticas sobre as origens, dinâmica e motivações subjacentes às atitudes anti-homossexuais. Mais recentemente, Herek (2007, referido por Gato, Carneiro, & Fontaine, 2011) afastou-se da abordagem clássica do preconceito, patente no constructo preconceito sexual, sugerindo alternativamente o termo estigma sexual definindo-o como a situação do indivíduo que não merece aceitação social plena, passando assim “de uma pessoa inteira e comum a uma pessoa manchada e inferior” (Goffman, citado por Gato, Carneiro, & Fontaine, 2011). Existem três tipos de manifestações individuais de estigma: (1) o estigma sexual aberto que diz respeito às expressões comportamentais abertas, como o uso de ofensas verbais ou violência física; (2) o estigma percebido que se relaciona com as expectativas individuais acerca da possibilidade de ser alvo do estigma sexual aberto e (3) o estigma internalizado que corresponde à aceitação pessoal de que o estigma é legítimo e faz parte do sistema de valores e autoconceito da própria pessoa. Em suma o preconceito centra-se no emissor das atitudes e o estigma diz respeito ao alvo das atitudes (Gato, Carneiro, & Fontaine, 2011).

A discriminação sexual é um sinónimo de violência. A violência é um fenómeno social reconhecido como tal desde a segunda metade do século XX. Do ponto de vista de uma perspectiva mais ampla, dada pela sociologia e estudos culturais, a violência corresponde a uma representação subjetiva e cultural dos fenómenos ligados à agressão. Do ponto de vista psicológico é entendida como um comportamento deliberado que causa ou pode causar um prejuízo físico e ou psicológico. E de um ponto de vista mais humanista, a violência é considerado como qualquer ação que ameaça a dignidade, a liberdade e integridade física e mental do ser humano, produzindo sofrimento, dor ou qualquer forma de limitação no seu bem-estar ou o livre exercício dos seus direitos (Mejía, 2004).

A violência de género como referência conceitual nesta pesquisa, traz à tona duas problemáticas, uma dada pela conotação tradicional para alguns teóricos onde o real alcance do conceito se refere a qualquer ato de violência com base na pertença ao sexo feminino que tenha ou possa ter resultado em lesão ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, e em segundo dada à sua conotação mais ampla que leva à discussão da esfera de sexo e género, ou seja, aquela violência exercida no género, mas também de orientação sexual e identidade de género (Mejía, 2004).

A discriminação e o preconceito pela comunidade LGB (lésbica, gay e bissexual) pode já não parecer um problema devido à crescente obtenção de direitos e ao abrupto aumento de visibilidade desta população (Gato & Fontaine, 2012). No entanto a realidade não é de todo assim, é notório ainda o preconceito face a esta população e a outras minorias e agora, em pleno século XXI, arrisco-me a dizer que ainda mais vincado visto que este assunto, apesar de ainda tabu, tem vindo a ter cada vez mais relevância no nosso país, depois da aprovação do casamento homossexual em 2010.

Num estudo levado a cabo por Moita (2006) onde é feita uma análise dos discursos produzidos em grupos de discussão formados quer por clínicos (psiquiatras e psicólogos), quer por gays e lésbicas que passaram por processos de acompanhamento terapêutico (por razões múltiplas e não apenas por questões ligadas à homossexualidade) assemelham-se àqueles que

são referidos em estudos realizados noutros países, entre os quais o Reino Unido (Annesley e Coyle, 1998), a Suíça (Frossard, 2000) e os Estados Unidos da América (Garnets et al., 1981; Graham et al., 1984; Liddle, 1996, 1997). Embora muitas vezes não seja claramente afirmado a homossexualidade surge configurada como um défice tanto entre os terapeutas portugueses tanto como os terapeutas dos países acima inumerados. Ao longo desta investigação é comum lermos definições de homossexualidade como sendo “uma falha no processo de identificação” ou “uma falha narcísica” ou ainda “é uma fase”. Neste estudo fica clara a ideia de que entre os terapeutas portugueses existem ainda muitos preconceitos que podem conduzir a terapias desajustadas e a enviesamentos na avaliação dos clientes. Após a análise dos discursos dos clientes tornou-se clara a presença de heterossexismo dos terapeutas bem como do seu discurso não tanto homofóbico mas sobretudo heterossexista que muitas vezes pode ser confundido com tornando-o mais difícil de combater e erradicar (Moita, 2006).

Breve História da Homossexualidade

A união civil entre pessoas do mesmo sexo pode parecer algo bastante recente, e apenas em 1989 a Dinamarca abraçou a causa sendo o primeiro país a fazê-lo. No entanto a homossexualidade de novo não tem nada, sendo que a sua origem remonta à cerca de 10 mil anos atrás onde as tribos das ilhas de Nova Guiné, Fiji e Salomão, no oceano Pacífico já exercitavam rituais de algumas formas de homossexualidade. Os melanésios acreditavam que o conhecimento sagrado só poderia ser transmitido por meio do coito entre duas pessoas do mesmo sexo. Um dos mais antigos e importantes conjuntos de leis do mundo, elaborado pelo imperador Hammurabi na antiga Mesopotâmia em cerca de 1750 a.C., contém alguns privilégios que deveriam ser dados aos prostitutos e às prostitutas que participavam dos cultos religiosos. Eles eram sagrados e tinham relações com os homens devotos dentro dos templos da Mesopotâmia, Fenícia, Egito, Sicília e Índia, entre outros lugares (Spencer, 1999).

Na Grécia e na Roma Antiga era absolutamente normal um homem mais velho ter relações sexuais com um mais jovem. O filósofo grego Sócrates (469-399), adepto do amor homossexual, pregava que o coito anal era a melhor forma de inspiração e o sexo heterossexual, por sua vez, servia apenas para procriar. Para a educação dos jovens atenienses, esperava-se que os adolescentes aceitassem a amizade e os laços de amor com homens mais velhos, para absorver as suas virtudes e os seus conhecimentos de filosofia. Após os 12 anos, desde que a criança concordasse, transformava-se em um parceiro passivo até por volta dos 18 anos, com a aprovação da sua família. Normalmente, aos 25 tornava-se um homem e aí esperava-se que assumisse o papel ativo (Naphy, 2006).

É importante esclarecer, que a relação homossexual entre um jovem e um homem mais velho era abertamente aceite e tida como natural, porém as relações entre homens da mesma idade não eram aceites; acreditava-se que o homem que assumia postura passiva, não era tido como verdadeiro homem, pois o homem só assumia a postura ativa, ou seja, qualidade de “macho”, sendo que os passivos eram as mulheres, os jovens e os escravos, já

que estes estavam em um plano inferior na sociedade. Já no Império Romano, as coisas eram diferentes onde o amor entre um romano e um jovem livre não era bem aceite, ainda que popular, sendo que este tipo de relação era punido com multa, contudo, o amor de um romano e um escravo não sofria nenhum tipo de restrição. Já no fim do Império Romano, a aceitação de relações homossexuais mudou completamente de sentido, foi com Justiniano, em 533 a.C., passou a punir a homossexualidade com a fogueira e a castração, alegando que a prática homossexual não era um ato aceite por Deus (Spencer, 1999).

Não só nestas duas grandes civilizações se verificavam as relações homossexuais de forma natural, o mesmo também ocorria no Oriente. Na Índia o sexo não era visto somente para procriação, mas para a obtenção de prazer e poder, de tal forma que a relação entre semelhantes era natural, pois nesta relação eles estavam em busca do prazer, sendo que este prazer estava mais ligado ao misticismo, pois com os orgasmos seria possível compreender os enigmas dos seus deuses. Por celebrarem o prazer sexual, os indianos descreviam pormenorizadamente posições sexuais em que se poderia alcançar um maior prazer, prova disto e famoso livro “Kamasutra” que descreve inúmeras posições sexuais. Assim, a homossexualidade/bissexualidade sempre foi tratado de forma natural lugares (Naphy, 2006).

Na China e Japão também se verifica que as relações homossexuais eram tratadas de forma natural. A homossexualidade era influenciada pelos seus imperadores, sendo que cada imperador tinha inúmeros “favoritos”, onde havia uma grande disputa na corte para se tornar um favorito, já que em consequência da relação do imperador este era favorecido com riqueza e prestígio lugares (Spencer, 1999).

Porém, a visão que estes povos tinham em relação à homossexualidade foi alterada com o surgimento do cristianismo, que passou a condenar toda e qualquer forma de atividade sexual estéril, ou seja, que não fosse com o único fim de procriação, sendo a homossexualidade inserida neste meio. Sendo que os cristãos relacionavam a homossexualidade a comportamentos de animais considerados por eles impuros, e com o politeísmo, que é a crença em mais de uma divindade, do qual o cristianismo é contrário (Moita, 2001).

O judaísmo já pregava que as relações sexuais tinham como único fim a máxima exigida por Deus: “Crescei e multiplicai-vos”. Nessa época, o imperador romano Constantino converteu-se ao cristianismo e como consequência, o cristianismo tornou-se obrigatório no maior império do mundo e assim o sexo passou a ser encarado apenas como forma de gerar filhos, e a homossexualidade virou algo antinatural. O primeiro texto de lei que proíbe sem reservas a homossexualidade foi promulgado mais tarde, em 533, pelo imperador cristão Justiniano. Ele vinculou todas as relações homossexuais ao adultério para o qual se previa a pena de morte. Mais tarde, em 538 e 544, outras leis obrigavam os homossexuais a arrepender-se dos seus pecados e fazer penitência. O nascimento e a expansão do islamismo, a partir do século 7, junto com a força cristã, reforçaram a teoria do sexo para procriação. No curto intervalo entre 1347 e 1351, a peste negra assolou a Europa e matou cerca de 25 milhões de pessoas. E como ninguém sabia a causa da doença, a especulação ultrapassava os

limites da saúde pública e alcançava os costumes. O “pecado” em que viviam os homens passou a ser apontado como a causa desta e de diversas outras catástrofes, como fomes e guerras. Deste modo os Judeus, hereges e sodomitas tornaram-se a causa dos males da sociedade e não havia outra solução a não ser a erradicação desses grupos. Leis duras foram estabelecidas em vários outros países europeus. Na Inglaterra, o século 19 começou com o enforcamento de vários cidadãos acusados de sodomia. E apenas em 1861 o país aboliu a pena de morte para os atos de sodomia, substituindo-a por uma pena de dez anos de trabalhos forçados (Moita, 2001).

Porém, alguns autores entendem que a repressão em relação à homossexualidade estava mais ligada a uma questão política do que religiosa já que a punição acerca desta acusação era um método conveniente para afastar pessoas indesejáveis (Naphy, 2006).

A homossexualidade em Portugal no período histórico foi sobretudo dominada pela ideologia cristã da Igreja Católica Apostólica Romana, A partir do século XVI a Inquisição encarregou-se mesmo de investigar, julgar e condenar à fogueira a sodomia. Esta visão moralista da sexualidade manteve-se até finais do século XX, apesar da descriminalização que entretanto ocorreu, época em que a grande maioria dos homossexuais ainda preferia esconder-se aos olhos da sociedade. Atualmente a sociedade portuguesa tem vindo a reduzir progressivamente a discriminação com base na orientação sexual, tanto ao nível social, como político e legal, tendo, sobretudo entre as camadas mais jovens da população, a homossexualidade vindo a ser considerada como mais uma variante aceite da sexualidade humana, da esfera íntima e pessoal de cada um, e em grande parte livre de conotações de índole moral (Moita, 2001).

No entanto Portugal é um dos Países da Europa Ocidental que apresenta menores níveis de concordância (60%) com a afirmação de que a população LGB deveria ser livre para viver a sua vida da forma livre (ESS referido por Gato & Fontaine, 2012). Num estudo levado a cabo pela Comissão Europeia (2008) podemos verificar a discrepância de opiniões da população portuguesa quando comparada com a restante população da União Europeia. A perceção da extensão da discriminação difere em Portugal, dependendo do tipo de discriminação considerado. A discriminação com base na orientação sexual é visto como sendo a forma mais comum. A discriminação com base na orientação sexual, deficiência, idade e género são vistos como mais prevalentes em relação às médias da UE, ao passo que a discriminação com base na religião ou crença é visto como menos disseminada do que é percebido como pelos inquiridos na UE. Quando questionados acerca de se sentirem confortáveis com a possibilidade de terem um líder político homossexual, podemos verificar que mais uma vez o nível médio de conforto em Portugal é inferior ao registado na EU. A maioria dos Portugueses são favoráveis a fornecer medidas específicas para apoiar a igualdade de oportunidades no domínio do emprego. Pelo menos 4 em 5 de inquiridos portugueses são a favor de medidas de igualdade de oportunidades com base na idade e deficiência. Resultados portugueses são mais ou menos em linha com os registados em toda a

UE, embora o Português são relativamente mais favorável de medidas baseadas na religião / crença e orientação sexual.

Etiologia da Homossexualidade

Escrever sobre a população LGB no contexto da psicologia e da psiquiatria portuguesas parece ser ainda um ato pouco comum. No entanto, nos últimos anos vários autores destas disciplinas têm contribuído com trabalhos que atravessam temas como a historiografia, a sexologia, a psicanálise, a psicoterapia, a investigação empírica, o associativismo científico, o ensaio fenomenológico-existencial, a narrativa clínica, entre outras abordagens relacionadas a esta temática (Frazão & Rosário, 2008).

Em Portugal, há que realçar o contributo quase desconhecido de Egas Moniz (1913) para o estudo da homossexualidade. Este autor considerava que a homossexualidade seria causada por um conjunto de fatores hereditários, educacionais e sociais (Pacheco, 2000). O corpo teórico destes estudos, embora não estando isento do viés provocado pelo clima social da época, serviria como base para o desenvolvimento e formulação de um conjunto de teorias biológicas e psicológicas que marcaram o estudo da homossexualidade em Portugal (Frazão & Rosário, 2008).

Nas teorias biológicas sobre a homossexualidade predominam as explicações de carácter genético baseadas nos níveis de hormonas sexuais ao longo do desenvolvimento pré-natal onde é defendida a existência de uma maior incidência de familiares homossexuais nas famílias de gays e lésbicas do que nas famílias de indivíduos heterossexuais (Perrin et al., 2004).

Noutro tipo de estudos onde se efetuaram comparações entre gémeos homozigóticos, dizigóticos, ou irmãos adotivos verificou-se que a taxa de concordância da homossexualidade era maior nos gémeos monozigóticos. Contudo, estes estudos são muitas vezes criticados quer no seu desenho metodológico quer nas conclusões (Pérez-Sancho, 2005). Há autores que defendiam mesmo a existência de um marcador genético (Xq28) para a homossexualidade, situado no cromossoma X dos homossexuais masculinos. Contudo, estes estudos não foram replicados (Pérez-Sancho, 2005; Perrin et al., 2004).

Outro campo de investigação que passa pela neurobiologia em que vários autores defendem que a diferença dos níveis de hormonas sexuais durante o período pré-natal levaria a alterações morfológicas em determinadas estruturas no cérebro de indivíduos homossexuais (Ellis & Ashley, 1987). Contudo uma vez mais estas conclusões também foram muito contestadas e o método de estudo muito criticado (Pérez-Sancho, 2005).

Para além das teorias biológicas existem também explicações psicológicas para a homossexualidade, sendo a primeira desenvolvida por Freud. Na sua obra clássica “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, o autor afirma que os homossexuais masculinos apresentam questões não resolvidas ao nível do complexo de Édipo. Mais tarde Freud afirma que a homossexualidade feminina estaria ligada a uma fixação infantil à mãe e uma fortíssima

deceção em relação ao pai, aliando-se a isto um complexo de virilidade (Freud, 1905/2001). Com o passar dos anos os neo-freudianos continuariam a defender a visão de que a homossexualidade estaria ligada à fixação numa fase precoce do desenvolvimento psicosexual, caracterizada pela atração pelo mesmo sexo e pelo narcisismo. Deste modo os homossexuais são descritos como pessoas emocionalmente imaturas, impulsivas e incapazes de estabelecer relações amorosas genuinamente adultas (Perrin et al., 2004).

Contudo a etologia da homossexualidade não se restringe apenas às teorias freudianas, surgiram também teorias que defendiam que a homossexualidade estaria associada a uma parentalidade inadequada, em que o conflito parental, o divórcio, uma parentalidade pobre, ou a existência de modelos de um papel sexual impróprio poderiam gerar fixações psicosexuais que seriam expressas através das atrações em relação ao mesmo sexo (Morano, 1997).

Num âmbito bastante diferente das conceptualizações psicanalíticas, surgiram outras explicações, tais como a teoria da frustração sexual e as teorias comportamentais. Esta primeira postula que a homossexualidade masculina resultaria de um contexto onde existiria falta de mulheres, ou seria uma consequência de experiências negativas com mulheres (Cameron, 1963). Já as teorias comportamentais defendem que a homossexualidade resulta do facto das pessoas terem contactos sexuais com pessoas do mesmo sexo antes de terem contacto com pessoas do sexo oposto. Essas experiências, sendo gratificantes e sendo proporcionadoras de prazer sexual, constituiriam um reforço do comportamento e, assim, tenderiam a ser repetidas (Gagnon & Simon, 1973).

Outra teoria defendida é a da auto-rotularem. Esta sustenta que um indivíduo ao comportar-se de uma forma atípica para o seu género e, conseqüentemente, ao ser chamado de homossexual pelos outros, passa a autoidentificar-se como homossexual (Ellis, referido por Perrin et al., 2004).

Por fim surge a teoria do exótico que se torna erótico de Bem (1996) que postula que as diferenças biológicas entre as crianças fazem com que estas se envolvam em brincadeiras mais femininas ou mais masculinas. Normalmente, estas brincadeiras seriam consistentes com o sexo da criança, mas isto nem sempre aconteceria desta forma. As crianças cujas brincadeiras não seriam consistentes com o seu sexo tornar-se-iam pré-gays (Savin-Williams, 2005). Olhando para este conjunto de estudos, verificamos que é pouco conclusivo afirmar que existem causas biológicas ou psicológicas para a homossexualidade, já que estão repletas de problemas epistemológicos.

Gato & Fontaine (2012) fazem referência ao depoimento dado pelo presidente do Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos Portugueses ao jornal Público no ano de 2009, onde este distingue homossexualidade primária (adquirida biologicamente) da homossexualidade secundária (adquirida socialmente), declarando que a última podia ser objeto de tratamento psicoterapêutico. É importante referir que a homossexualidade foi retirada do manual de perturbações mentais da Associação Americana de Psiquiatria em 1973 e da lista de doenças da Organização Mundial de Saúde em 1991. Estes autores levaram a

cabo um estudo com 1288 estudantes da área psicossocial, jurídica, da saúde e da educação de 12 instituições de ensino superior de diversas regiões do país. O objetivo desta investigação era averiguar as atitudes face à diversidade sexual, inquirindo os estudantes sobre as suas atitudes e contacto pessoal/científico com esta população. Os resultados indicam que os alunos Ensino Básico, Educação de Infância, Medicina e Direito mostram atitudes mais negativas quando comparados com os alunos de Educação Social, Serviço Social e Psicologia. Verificou-se ainda que os alunos dos cursos de Educação foram os que evidenciaram menor contacto com informação científica sobre diversidade sexual e os de Direito os que reportaram ter menos amigos gays e/ou lésbicas. Por outro lado os alunos de Psicologia demonstraram maior contacto com esta população e os alunos de Sociologia mostram maior contacto com informação científica acerca da temática da diversidade sexual (Gato & Fontaine, 2012).

Desenvolvimento da orientação Sexual

O estudo acerca da orientação sexual humana tem sido desenvolvido com o passar do tempo sob diversas perspetivas (Menezes, Brito & Henriques, 2010). Em geral, as pesquisas partem de dois pressupostos básicos: (1) a heterossexualidade não requer explicação, de modo que basta ser estudada a homossexualidade (2) a orientação sexual caracteriza-se como fenómeno único, de modo que haveria uma resposta única para explicar o desenvolvimento da mesma (Bem, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1975) “A sexualidade forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspeto do ser humano que não pode ser separado de outros aspetos da vida. A sexualidade não é sinónimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso, é a energia que motiva encontrar o amor, contacto e intimidade, e expressa-se na forma de sentir, na forma das pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto a saúde física como a mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico.”

O primeiro foco dos estudos que procuravam uma compreensão do comportamento homossexual concluíam que o comportamento homossexual seria uma anomalia e que por isso requeriam um estudo específico (Menezes, Brito & Henriques, 2010).

Assim Menezes e Brito (2007) discutem as diversas funções da prática sexual e da evolução do prazer, como o estabelecimento de vínculos afetivos, enfatizando a plasticidade sexual humana e a sua importância para o estabelecimento de vínculos entre parceiros. Assim, as autoras propõem a possibilidade da espécie humana não ter evoluído com uma orientação sexual pré-definida.

Para fundamentar a afirmação de que a homossexualidade é contranatura seria necessário identificar os mecanismos de limitação da atração sexual, isto é, os elementos

genéticos e fisiológicos que seriam responsáveis pela identificação de indivíduos do mesmo sexo e pela limitação sexual àquelas situações em que a estimulação sexual é gerada unicamente por esses indivíduos. Assim a orientação sexual pode ser observada a partir de um continuum de sete possíveis classificações: (1) Exclusivamente heterossexual; (2) Predominantemente heterossexual com episódios raros de homossexualidade; (3) Predominantemente heterossexual com múltiplos episódios de homossexualidade; (4) Tanto heterossexual quanto homossexual; (5) Predominantemente homossexual com múltiplos episódios de heterossexualidade; (6) Predominantemente homossexual com episódios raros de heterossexualidade; (7) Exclusivamente homossexual (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948). Além disso, muitos autores indicam que a classificação pode variar de acordo com as dimensões investigadas da orientação sexual tais como a atração sexual, fantasias sexuais, práticas sexuais, identidade etc. (Menezes, 2005).

Pode-se, ainda, defender que dois padrões comportamentais topograficamente similares podem resultar de diferentes histórias de aprendizagem, obtendo assim diferentes funções. Isto é, a observação de comportamentos públicos similares entre dois indivíduos não significa necessariamente que o processo de aprendizagem desses padrões tenha sido o mesmo. A inferência de uma única explicação para um fenómeno, neste caso, a orientação sexual, com base apenas na similaridade do seu produto seria uma supersimplificação, tanto do fenómeno em si quanto dos diferentes processos de evolução e aprendizagem de padrões comportamentais. Desta forma realça-se a importância do estudo da orientação sexual humana como fenómeno complexo, constituído de diferentes padrões e funções. A caracterização da orientação sexual como um fenómeno complexo incide na necessidade da quebra com a tradicional dicotomia inato e aprendido. Assim, a perspectiva interacionista faz-se fundamental para articular os diferentes resultados existentes na literatura, possibilitando a interpretação de que, ao invés de contraditórios, estes seriam complementares (Menezes, Brito & Henriques, 2010).

Desta forma a noção de que o confronto entre a biologia e a cultura seria, na verdade, inconsistente, já que a estrutura biológica do ser humano evoluiu de modo a necessitar da inserção cultural e, paralelamente, a cultura estabelece-se em consonância com suscetibilidades orgânicas específicas (Skinner, 1975). Assim podemos considerar que a orientação sexual não seria um resultado direto nem de fatores biológicos nem de fatores culturais, mas sim que as suas múltiplas formas de manifestação decorreriam de diferentes interações entre esses elementos e, conseqüentemente, de diferentes percursos de desenvolvimento ontogenético (Menezes, Brito & Henriques, 2010).

Formação Identidade Sexual

Ao falarmos de homossexualidade temos de saber distinguir um comportamento homossexual de uma identidade homossexual, porém esta diferenciação pode não ser fácil de fazer a priori já que muitos indivíduos têm uma atividade homossexual mas não se assumem

como gays ou lésbicas (Pereira, 2005). Para melhor entender como é formada a identidade e vivência homossexual, deve-se considerar uma série de fatores que podem interferir na realidade dos indivíduos que a partilham, sendo o preconceito o primeiro a ser considerado, por atuar muitas vezes de forma direta na vida destes indivíduos, resultando na sua discriminação. Na maioria dos casos o preconceito existe pelo não conhecimento da realidade do indivíduo homossexual, pela falta de informação por parte do outro, e até mesmo por parte do próprio indivíduo, associando ao homossexual concepções negativas e irreais.

Na tentativa de abordar a temática da identidade sexual Huston (1983) desenvolveu uma perspectiva multifatorial da identidade sexual que defende a necessidade de considerar várias áreas e dimensões de conteúdo na tipificação sexual tais como conceitos e crenças, identidade ou ato-percepção, preferências, atitudes, valores e comportamento (Pereira, 2005).

Alguns anos mais tarde e postulando a mesma perspectiva, Ashmore (1990) desenvolveu um modelo de Identidade Sexual de acordo com uma abordagem a três níveis: (1) a identidade de género que supõe a integração e a incorporação do seu autoconceito no que diz respeito aos vários aspetos da construção social do género e dos factos biológicos do sexo; (2) pensamentos e crenças acerca dos sexos; e (3) atitudes em relação ao género. Este modelo prevê que estes diferentes componentes do género a nível individual podem estar modelados ou serem causados por variáveis muito diferentes, uma vez que cada indivíduo as interpreta e constrói de modo pessoal (Pereira, 2005).

Para terminar, um dos modelos mais completos acerca da identidade sexual foi desenvolvido por Shively e DeCecco (1977) onde os autores propunham que este constructo deve incluir quatro componentes: (1) o Sexo Biológico tal como é geneticamente determinado; (2) a Identidade do Género ou seja a convicção de cada indivíduo como sendo homem ou mulher; (3) os Papéis Sexuais e Sociais definidos pelo conjunto de características socialmente associadas ao feminino e ao masculino; e (4) a Orientação Sexual ou seja a inclinação afetivo-sexual que um sujeito exerce face a outro de sexo oposto ou do mesmo sexo, tendo em consideração dimensões tão importantes, mas distintas como a fantasia, o desejo e o comportamento (Pereira, 2005).

Identidade de Género

Género refere-se a formas de se identificar e ser identificada como homem ou como mulher já orientação sexual refere-se à atração afetivossexual por alguém de algum/ns género/s. Uma dimensão não depende da outra, não há uma norma de orientação sexual em função do género das pessoas, assim, nem todo homem e mulher é “naturalmente” heterossexual. Deste modo o Género é diferente de Orientação Sexual, podendo estas comunicar entre si, mas um aspeto não necessariamente depende ou decorre do outro (Jesus, 2012).

Assim sendo a noção de género é entendida como as relações estabelecidas a partir da perceção social das diferenças biológicas entre os sexos (Scott, 1995). Esta perceção, por sua vez, está fundada em esquemas classificatórios que opõem masculino/feminino, sendo esta oposição homóloga e relacionada a outras como por exemplo, forte/fraco; grande/pequeno; acima/abaixo; dominante/dominado (Bourdieu, 1999). A sexualidade está longe de ser um “domínio da natureza” e é considerada aqui como um “fato social” e como fundadora da identidade e como domínio a ser explorado cientificamente (Bozon e Giami, 1999).

A sexualidade é preterida por aqueles esquemas de classificação, fundados na oposição e hierarquização entre masculino/feminino, a partir da oposição entre ativo/passivo, o que estabelece uma ligação entre sexualidade e dominação: as imagens, o vocabulário e as significações mobilizadas em cada sociedade para evocar as relações sexuais são, em todos os lugares, utilizados para dizer igualmente a dominação de sexo em geral (Bozon, 1999).

A partir de um estudo com homossexuais franceses foram encontradas diferenças quanto à experiência da homossexualidade segundo diferentes indicadores sociais, entre eles a idade e a posição social. Entre os homossexuais mais velhos predominava uma experiência escondida da sexualidade. Os entrevistados de idade intermédia afirmavam a homossexualidade. E os mais novos não tinham preocupação em esconder ou afirmar a sua sexualidade, praticando-a de forma “banal” (Anjos, 2000).

Os primeiros estudos desenvolvidos neste contexto consideravam o sexo como uma variável individual, de natureza biológica, e, assim, procuravam detetar as diferenças de comportamentos, traços e habilidades entre homens e mulheres (Deaux, 1984). As limitações de tal abordagem levaram à adoção de um novo paradigma, que passou a conceber o género como uma variável de personalidade e, portanto, de natureza psicológica, responsável por diferenças individuais nos atributos que definem um papel masculino ou feminino (Ashmore, 1990).

As pesquisas iniciais desenvolvidas sob esta nova perspectiva foram orientadas por um modelo unifactorial (Terman & Miles, 1936), que definia a masculinidade e a feminilidade como dois extremos opostos de um único contínuo bipolar, fazendo com que a presença de uma das dimensões, no indivíduo, excluísse a presença da outra dimensão. Supunha-se, portanto, que os indivíduos que apresentavam uma alta masculinidade deviam apresentar uma baixa feminilidade e vice-versa.

Tendo como base as várias teorias desenvolvidas acerca de um modelo bifactorial realçamos as duas formulações que parecem primordiais. Nesse sentido, Bem (1981) propôs a teoria do esquema de género para explicar a tipificação sexual. Um esquema é definido como uma estrutura cognitiva constituída por uma rede de associações que organiza e orienta a perceção da realidade de forma seletiva, capacitando o indivíduo a processar informações. No que se refere ao género, a autora afirma que, durante o curso do desenvolvimento, a criança aprende a distinguir os atributos, atitudes e comportamentos que a sociedade vincula ao seu

sexo biológico, formando um esquema de género que contém as associações prescritas como apropriadas ao seu próprio sexo. Tal esquema é o responsável pelo modo através do qual as novas informações sobre o género são processadas, levando o indivíduo a avaliar e adequar as suas preferências e atitudes ao seu auto-esquema. O indivíduo aprende, assim, que o género apresenta uma grande importância funcional, o que faz com que ele seja utilizado como um filtro do meio ambiente, isto é, um princípio organizador a ser empregado no processamento de informações sobre o self e sobre o mundo externo. Os indivíduos esquemáticos quanto ao género desenvolvem, portanto, uma forte tipificação sexual caracterizada pela aquisição de traços, comportamentos e atitudes congruentes com as expectativas socioculturais a respeito da masculinidade e feminilidade. Por outro lado, os indivíduos não esquemáticos tornam-se não tipificados sexualmente, isto é, não sofrem a influência dos estereótipos sexuais prescritos culturalmente. Em suma, para Bem (1974), os atributos de personalidade que definem a masculinidade e a feminilidade encontram-se intimamente relacionados a todos os demais constructos psicológicos associados ao género. Deste modo, a existência de atributos característicos de um determinado papel de género pressupõe a manifestação de atitudes, preferências e comportamentos característicos deste papel, ou seja, a tipificação no autoconceito de género conduz à tipificação sexual de atitudes, preferências e comportamentos (Bem, 1974; 1985).

Adotando uma posição contrária Spence (1993) propôs a teoria multifatorial de género, segundo a qual as várias categorias de atributos, atitudes, preferências e comportamentos que empiricamente distinguem homens e mulheres numa determinada sociedade não podem ser conceitualmente associadas a um único constructo global, como o esquema de género. Tais categorias consistem em fatores relativamente independentes, que se desenvolvem de modo particular e sob múltiplas e complexas influências não necessariamente relacionadas ao género, variando de indivíduo para indivíduo. A autora considera, ainda, que a criança adquire, desde cedo, um senso pessoal de masculinidade ou feminilidade, a partir da percepção do conjunto de características relevantes ao género que ela possui, bem como dos papéis de género que ela ocupa. Entretanto, mesmo aqueles que apresentam um forte senso de identidade de género não exibem todos os atributos, interesses, atitudes, papéis e comportamentos que se adequam às expectativas sociais para o seu próprio sexo, podendo também apresentar algumas das características esperadas para o outro sexo. Nesse sentido, os atributos de personalidade orientados para a realização de metas, que caracterizam a masculinidade, bem como os atributos expressivos, orientados para o contacto interpessoal, que caracterizam a feminilidade, não podem ser vistos como os únicos determinantes da identidade de género ou dos comportamentos intrínsecos aos papéis de género. Essas predisposições internas são apenas um dos aspetos do género e não se equivalem, conceitualmente, a todas as atitudes, atributos e comportamentos associados ao género, apresentando, ao contrário, uma íntima relação apenas com os comportamentos e atributos que podem ser enquadrados em um domínio instrumental ou expressivo (Spence, 1985).

Nos seus estudos ambas as autoras concordam com a posição de que a masculinidade e a feminilidade constituem duas dimensões independentes. Por outro lado, tanto Bem (1974) quanto Spence, Helmreich e Stapp, (1975) consideram a masculinidade e a feminilidade como dimensões do autoconceito que se encontram intimamente associadas, respetivamente, aos papéis de género masculino e feminino prescritos pelas normas socioculturais. Entretanto, apesar das referidas autoras apresentarem algumas similaridades nas suas posições teóricas, pode-se constatar, também, divergências de natureza conceitual e metodológica entre elas. Uma destas divergências refere-se ao conceito de androginia, desenvolvido por Bem (1974) para designar um tipo particular de personalidade, que denota a integração da masculinidade e da feminilidade num mesmo indivíduo. Deste modo, os indivíduos andróginos seriam mais flexíveis e livres no desempenho dos papéis de género, sendo capazes de exibir comportamentos masculinos, femininos ou ambos, de acordo com o que fosse mais apropriado a cada situação. Já os indivíduos tipificados sexualmente quanto a sua personalidade seriam mais rígidos no que se refere ao desempenho desses papéis, tendendo a exibir uma menor quantidade de comportamentos incongruentes com sua tipificação sexual. De modo contrário Spence e Helmreich (1978), embora utilizem o mesmo procedimento para classificar os indivíduos nos diferentes tipos de género, adotam o termo andrógino apenas como um rótulo para a identificação dos indivíduos com resultados altos em masculinidade e feminilidade, não compartilhando da concepção de que a androginia seja um tipo particular de personalidade que leva a comportamentos mais adaptativos.

Um outro ponto de discordância entre essas autoras refere-se ao modo pelo qual os atributos de personalidade que definem a masculinidade e feminilidade se interrelacionam com os demais aspetos do género. Considerando-se, especificamente, as relações entre masculinidade, feminilidade e atitudes sobre a mulher, a teoria do esquema de género de Bem (1985) conduz à predição de que os indivíduos tipificados sexualmente quanto ao seu autoconceito de género são também tipificados nas suas atitudes sobre o género. Ao passo a posição de Spence (1993), segundo a qual os atributos de personalidade que caracterizam a masculinidade e a feminilidade apresentam relação apenas com as dimensões do género que se enquadram em um domínio instrumental ou expressivo, respetivamente, leva à suposição de que tais atributos não se correlacionam com as atitudes sobre a mulher, já que essas atitudes não se enquadram em um domínio instrumental ou expressivo.

Formação da identidade homossexual : O Processo de Coming Out

Um dos temas mais prevalentes na literatura sobre a população LGB é o da formação da identidade homossexual, frequentemente conhecido por processo de coming out. Este fenómeno é um aspeto central no desenvolvimento de uma identidade homossexual que um processo complexo de transformações intra e interpessoais, que começam muitas vezes na

adolescência e que se estendem até à idade adulta, levando ao reconhecimento da orientação sexual de alguém (Davies, 1996).

Este processo tem sido definido várias formas e deu origem a diversas formulações teóricas. Segundo Haneley-Hackenbruck (1989, cit. por Wilson, 1999, p. 560) o coming out é “um processo complexo de transformações interpessoais, frequentemente estendido à vida adulta, que leva a um conjunto de acontecimentos com o reconhecimento da orientação sexual do indivíduo”. Seguindo o mesmo pressuposto, Monteflores e Schultz (1978, cit. por Zera, 1992) definem este conceito como um “processo de desenvolvimento, através do qual os gays e as lésbicas reconhecem as suas preferências sexuais e escolhem integrar esse conhecimento nas suas vidas pessoais e sociais”. Para Pereira (2005) trata-se de um processo de desenvolvimento complexo que envolve a consciência da pessoa e o reconhecimento dos seus sentimentos homoeróticos. Para algumas pessoas, assumir a sua sexualidade implica identificarem-se publicamente como gays, lésbicas ou bissexuais; para outras, implica fazerem-no apenas privadamente.

Por sua vez, Gagnon e Simon (1968) definem o coming out como o momento em que ocorre o reconhecimento da orientação sexual por parte do indivíduo como sendo homossexual e existe a primeira exploração significativa da comunidade homossexual (Dank, 1971).

O coming out é um processo contínuo, podendo ser uma parte relativamente simples da autodescoberta sexual ou uma experiência muito difícil e dolorosa (Clark, 2007 cit. in Evans & Barker, 2010). Este é um processo que engloba fatores positivos e negativos que poderão afetar a saúde e o funcionamento psicológico do indivíduo (Isawasaki & Ristock, 2007 cit. in Henrickson & Neville, 2012). O conhecimento e a aceitação da orientação sexual é o primeiro passo para o coming out, em que a decisão sobre o que fazer com esta informação é o passo seguinte que levará o indivíduo a iniciar todo este processo e as várias etapas que o compõem, sendo este um elemento importante para uma identidade homossexual saudável (Helminiak, 2006; McLean, 2007). Deste modo, várias investigações na área da psicologia destacam a importância deste processo no desenvolvimento da identidade LGB (Davies, 2000; Franke & Leary, 1991 cit. in Sandfort, 2000).

Ao analisarmos estas definições fica claro que o processo de coming out encerra em si uma componente pessoal, mas que é integrada numa dimensão social mais vasta. De grande relevância também, é a ideia de que este processo não é algo que se inicia na idade adulta, mas sim no processo global da formação da identidade iniciado na adolescência (Frazão & Rosário, 2008).

Ao longo do tempo, surgiram vários modelos psicológicos explicativos do coming out e embora partindo de pressupostos semelhantes e de modelos teóricos descritivos do processo de formação da identidade homossexual idênticos, apresentam algumas marcas distintivas interessantes (Frazão & Rosário, 2008). Tendo como exemplo os dois modelos mais clássicos acerca deste processo, Cass (1979) tem uma visão desenvolvimentista na sua essência, propondo um sistema de estádios clássico para descrever o coming out. Segundo esta autora,

existiriam seis estádios: Confusão da Identidade; Comparação da Identidade; Tolerância da Identidade; Aceitação da Identidade; Orgulho da Identidade; e Síntese da Identidade. Por outro lado surge o modelo o modelo de Coleman (1982). que caracteriza o processo de formação da identidade homossexual em cinco estádios: Pré-Coming Out; Coming Out; Exploração; Primeiras Relações; e Integração (Frazão & Rosário, 2008).

Apesar do esforço destes autores em proporcionar modelos mais integrativos, tais modelos têm sido alvo de críticas. Estas passam geralmente pela ideia de que estes modelos são demasiado rígidos, não dando uma visão da diversidade real dos percursos de gays e lésbicas (Frazão & Rosário, 2008).

De forma a colmatar estas lacunas, outros autores têm procurado construir modelos mais integrativos. Deste modo, Ritter e Tendrup (2002) propuseram um modelo síntese das grandes linhas dos modelos de coming out existentes até à atualidade. Assim, segundo estes autores, é possível identificar três grandes fases comuns aos vários modelos de coming out: Sensibilização; Tolerância; e Integração. A fase de Sensibilização caracteriza-se por uma sensação de diferença e marginalização em relação aos pares do mesmo sexo, muitas vezes devido à não identificação com os papéis de género socialmente estipulados. Esta situação é principalmente marcante na adolescência, levando a várias estratégias defensivas, nomeadamente a rejeição da própria orientação sexual e a adoção de posturas homofóbicas, pensar que se trata apenas de uma fase e apontando situações contextuais como causas do comportamento homossexual (Ritter & Tendrup, 2002). Na fase de Tolerância, os indivíduos podem não revelar a sua identidade, mas envolvem-se em processos de camuflagem da identidade homossexual, também conhecida como passing. É comum a manutenção de uma identidade heterossexual perante a família e amigos, ao mesmo tempo que existe um contacto com a comunidade homossexual para preencher necessidades sexuais, emocionais e sociais. Quando este contacto é recompensador, começa a surgir uma vontade de reduzir a dissonância provocada por uma vida dupla. Em consequência, emerge o orgulho na identidade e uma maior procura de relações íntimas. Muitas vezes, surge também uma sobreidentificação com a identidade homossexual e um desafio a indivíduos heterossexuais, nomeadamente com manifestações de afirmação da sua identidade, nomeadamente manifestações afetivas, comportamentais e discursivas (Ritter & Tendrup, 2002). Finalmente, na fase de Integração, a identidade gay é integrada noutros aspetos da identidade, há a consciencialização de que é apenas uma das suas muitas características pessoais, uma parte de si (Ritter & Tendrup, 2002).

Apesar da controvérsia sobre os benefícios do processo de coming out para o indivíduo, é inegável que muitos sujeitos sentem que não conseguem manter a sua identidade sexual em segredo e que necessitam de a partilhar com as pessoas mais significativas (Carneiro, 2009). Além disto, a grande maioria dos estudos clínicos defende que o coming out cria um sentimento de liberdade e honestidade no indivíduo e nas relações interpessoais que ele estabelece, nomeadamente com a família de origem (e.g., Frazão & Rosário, 2008; Pachankis & Goldfried, 2004; Pérez-Sancho, 2005).

Como Hegna (2007) aponta, a narrativa do coming out tem vindo a desempenhar um papel significativo na historiografia de gays e lésbicas, bem como nas suas vidas. Para Nunan (2003), o coming out parece ser um dos processos de aprendizagem social mais importantes na vida de um homossexual, na medida em que uma identidade homossexual positiva começa a delinear-se através de uma espécie de ressocialização, já que, diferente de outros grupos estigmatizados, os homossexuais não possuem, de modo geral, apoio familiar para lidar com o preconceito. De acordo com Seidman, Meeks, & Traschen (1999), é impossível escapar de sentimentos ambivalentes em relação à homossexualidade numa sociedade que faz da heterossexualidade a norma. No entanto, à medida que a homossexualidade se vai tornando mais visível na sociedade enquanto uma variação legítima da sexualidade humana, haveria uma maior facilidade para o que os autores chamam de “normalização” e “rotinização” de uma identidade homossexual; isto é, uma maior aceitação subjetiva e integração social da mesma, ainda que incompleta.

Terapia reparativa ou de Conversão

As transformações sociais, políticas, culturais, e éticas que ocorreram a ao longo do século XX, em concordância com o surgimento de novos saberes sobre sexualidade e género, tiveram como consequência direta a mudança de posicionamento da psicologia e psiquiatria sobre as concepções teóricas da homossexualidade (Kniest, 2005).

No entanto, tais reformulações teóricas não foram aceites hegemonicamente nas áreas em questão. Grupos conservadores de psicólogos e psiquiatras estruturaram várias formas para deslegitimar as teorias que concebem a homossexualidade como uma possibilidade natural e saudável da orientação sexual humana, além de reafirmarem velhas concepções que classificam a mesma como uma patologia. Estes grupos promovem as terapias de conversão da homossexualidade, afirmando que a inclusão do homossexual no meio social não deve proceder pela aceitação e tolerância da sua sexualidade desviante e sim pela transformação e cura da mesma (Montoya, 2006).

Neste sentido, as abordagens terapêuticas que se propuseram a tratar de questões relacionadas à saúde mental e homossexualidade podem ser divididas entre dois modelos divergentes. No primeiro modelo, da normalidade/identidade, a homossexualidade é interpretada como uma expressão natural da sexualidade. De acordo com esta premissa, os homossexuais são vistos como integrantes de um grupo minoritário que sofre discriminação de uma sociedade maioritariamente heterossexual e que por isso, precisam de proteção e apoio. Para esta perspetiva a psicoterapia insere-se como a possibilidade dos sujeitos assimilarem a sua situação, aprendendo a lidar com o meio hostil e repressivo ao mesmo tempo em que possam aceitar e expressar a sua identidade sexual (Montoya, 2006). O segundo modelo é o da enfermidade/conduita, que se sustenta no argumento que a homossexualidade é um transtorno. Por esse motivo, a homossexualidade não é capaz de proporcionar aos sujeitos a construção de uma identidade saudável e equilibrada. Desta forma, os homossexuais não

deveriam ser considerados uma minoria vitimizada pela discriminação social mas sim como doentes que deveriam ser tratados e curados, o que poderia ser feito através de terapias reparativas da orientação sexual (Montoya, 2006).

Segundo Montoya (2006), o termo Terapia Reparativa foi concebido por Joseph Nicolosi (1993), para designar as psicoterapias focadas na conversão da homossexualidade para a heterossexualidade. De acordo com este autor a premissa que rege e fundamenta as terapias reparativas é a ideia que todos os homossexuais sofrem, em algum nível, de um “transtorno de deficit de género” (Nicolosi, 1993).

As teorias que sustentam as terapias reparativas descrevem tanto a homossexualidade masculina, quanto a feminina em termos psicopatológicos. E como vimos anteriormente a etiologia da homossexualidade masculina é descrita como tendo origem na infância, a partir de problemas vinculados as relações parentais, abusos sexuais e experiências traumáticas (Souza, 2010). Neste sentido, Breiner (2004) afirma que a homossexualidade é uma patologia do desenvolvimento que teria origem na resolução incompleta ou defeituosa do Complexo de Édipo. Partindo da premissa que a homossexualidade é um transtorno, vários autores afirmam que os homossexuais que procuram as terapias reparativas apresentam uma intensa insatisfação consigo mesmos e consideram a sua própria conduta como uma violação dos seus desejos, valores e objetivos de vida. Desta forma, procurariam auxílio terapêutico com o único fim de modificar a sua orientação sexual não desejada e desenvolver a sua potencial heterossexualidade inata (Souza, 2010).

Para Nicolosi (1993) a conduta homossexual é interpretada como uma procura inconsciente por autonomia, reconhecimento e autenticidade, na tentativa de reestruturar o equilíbrio da psique, abalado pelos traumas e abusos vividos na infância. Neste contexto, as relações homoeróticas produziriam alívio aos sentimentos de vergonha, insignificância, isolamento, humilhação e alienação experimentados pelos homossexuais na relação conflituosa com o seu “falso eu”.

Aqui, a relação homoerótica cumpriria a função de garantir a supressão dos sentimentos negativos, gerando em contrapartida sentimentos de segurança, autoestima, afeto e admiração, oferecendo ao homossexual uma aparente reparação ao seu deficit de masculinidade. Deste modo a procura pela resolução dos traumas do passado através da conduta homossexual estaria destinada ao fracasso, pois em vez de solucionar o problema, geraria falsas expectativas, além de intensificar o sofrimento e a sensação de insatisfação, devido a seu carácter autodestrutivo (Souza, 2010).

Por outro lado os terapeutas defensores do modelo enfermidade/conduta, acreditam que a dinâmica psicopatológica da homossexualidade geraria sérias consequências para a saúde mental dos sujeitos. A homossexualidade, entendida como “transtorno de deficit de género”, configuraria uma patologia que teria uma tendência para desencadear vários outros tipos de transtornos psiquiátricos estando relacionada a índices elevados de promiscuidade, comportamento sexual de risco, transtornos alimentares, violência, transtornos de

personalidade antissocial, parafilias, compulsão sexual, tentativas de suicídio e desordens de personalidade em geral (Souza, 2010).

De acordo com Whitehead (s.d), as pesquisas demonstram que a população homossexual padeceria de transtornos psiquiátricos num número consideravelmente mais elevado que os heterossexuais. De acordo com tais estudos, o índice de tentativas de suicídio entre homossexuais estaria principalmente relacionado ao frequente número de rupturas de relacionamentos amorosos. Desta forma, o comportamento promíscuo, associado à incapacidade de manter relações monogâmicas duradouras, produziria um estado de depressão e baixa autoestima, levando o homossexual a intenção de suicídio (Souza, 2010).

Nesse contexto, Nicolosi (1993) descreve as terapias reparativas como uma ferramenta capaz de trabalhar as questões do passado, através da compreensão dos conflitos parentais edipianos. Vivenciando o processo terapêutico, o homossexual conseguiria entrar em contacto com as verdadeiras necessidades que controlam seu “comportamento inadequado”, estando então capacitado para produzir novos significados sobre a sua própria condição. Deste modo o desejo homoerótico seria desmistificado através do reconhecimento das necessidades legítimas de atenção, afeto e consideração por outros homens, que não foram supridas na infância. Neste sentido o autor defende que as terapias reparativas auxiliariam o homossexual no processo de “descoberta e interiorização da sua masculinidade inata”, fazendo com que os desejos e fantasias homoeróticos diminuíssem consideravelmente, o que teria como consequência direta o aumento da autoestima e aceitação de si mesmo, a diminuição da ansiedade e depressão e a cura das diversas patologias derivadas dessa condição (Nicolosi, 1993).

A maioria dos profissionais de saúde mental provavelmente não sabem como trabalhar com clientes do forro da diversidade do género e sexual (Davies 2007).

Praticamente todos os modelos do desenvolvimento e teorias privilegiam a heterossexualidade, tanto como norma social como sinal de boa saúde psicológica. Uma pesquisa recente no Reino Unido identificou que 17% dos conselheiros concordavam em ajudar o cliente a suprimir a sua atração por pessoas do mesmo sexo (Bartlett et al 2008).

A homossexualidade foi considerada como uma patologia até 1973, ano em que a American Phychiatric Association votou unanimemente na abolição da homossexualidade do DSM II (Moita, 2001). Com esta alteração o APA desejava enaltecer a luta contra as práticas sociais irracionais que até então vitimavam a população LGB e construir um clima que permitisse aos homossexuais darem a máxima contribuição à sociedade (Bayer, 1987). Este facto abriu assim asas a grandes debates acerca do papel que os técnicos de saúde mental deveriam adotar perante esta população, questionando-se a assistência terapêutica a homossexuais que voluntariamente procuravam um ajustamento heterossexual. Assim, em 1998 a American Phychiatric Association declarou a sua oposição ao tratamento psiquiátrico denominado de terapia “reparativa” ou de “conversão” (Moita, 2001).

A Competência Cultural

A tese de que as dimensões culturais das questões sociais devem ser tidas em conta na conceção e execução da assistência comunitária está a ser vigorosamente defendida nas últimas décadas (Bernal e Saez-Santiago, 2006). A base desta tese é o fato de que, se o comportamento humano é aprendido e inserido num contexto cultural, qualquer intervenção que queira ser eficaz tem de ter em atenção o ambiente cultural em que os indivíduos estão inseridos (Pedersen, 2003). Esta abordagem cultural da diversidade humana permite a elaboração de um contexto dos problemas mais abrangente e bem como dos membros de grupos minoritários, neste caso a população LGB (Martínez, Martínez & Calzado, 2006).

Daí, entende-se que a compreensão de competência cultural irá possibilitar a implementação de estratégias singulares para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e diminuir as disparidades existentes nas sociedades multiculturais (LOPES, et al, 2009).

Purnel, Paulanka (2010), explicam que a consciência cultural consiste em “ (...) aumentar a satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde, e na redução das razões multifatoriais causadoras de desigualdades e complicações baseadas no género, na raça e na etnia que interferem na prestação de cuidados”. Saliento que com a competência cultural, os profissionais devem estar atentos para o bem individual respeitando as escolhas das pessoas, mas também que riscos dessa liberdade de ação poderá trazer para o bem comum. Para a incorporação deste conceito é necessária a compreensão e a consciencialização da amplitude dos aspetos morais e culturais diante da possibilidade de adequação a cada caso. Garantir a manutenção da identidade multicultural e minimizar a imposição cultural, o profissional deve desapropriar-se de preconceitos e estigmas que estejam edificados dentro da sua cultura subjetiva.

A Competência cultural é definida como um processo pelo qual cada indivíduo responde com “respeito e de forma eficaz a todas as culturas, línguas, classes, raças, etnias, religiões, e outros fatores de diversidade de um modo que reconhece, afirma, e valoriza o património dos indivíduos, famílias e comunidades e protege e preserva a dignidade de cada um”(NASW de 2007, p.12).

Competência cultural é uma construção complexa e não apenas pelas variadíssimas dimensões que a configuram, mas também porque é, ao mesmo tempo, um processo e um resultado. Hayes (1991) concebe-a com uma estrutura dinâmica que se move sobre um eixo que representa o progresso contínuo que realizam as pessoas até estas atingirem um grau de ótimo funcionamento em contextos culturais. De acordo com este autor, a aquisição de uma competência cultural eficaz é o resultado de um processo de desenvolvimento de capacidade que não segue um modelo linear. Cada pessoa tem um ritmo e uma trajetória definida enfrentando os seus próprios contratemplos e alcançando melhorias específicas em cada uma das etapas. Além disso, as diferentes áreas que englobam a competência da cultural (género, etnia, orientação sexual, etc.) muitas vezes seguem diferentes padrões de realização (em tempo e intensidade) sobre um determinado assunto. Assim, é comum encontrar pessoas

(instituições, sistema, etc.) que para alcançar uma competência cultural elevada em relação à orientação sexual, por exemplo, permanecem incapazes em outros contextos: étnico, político, religioso, etc. (Martínez, Martínez & Calzado, 2006).

Todos os modelos de prática multicultural em psicologia são baseados no modelo proposto por Sue et al (1982) tendo como base os princípios de conhecimentos, atitudes e habilidades. O conhecimento não se refere apenas ao conhecimento sobre a existência de grupos culturais, mas também o conhecimento sobre os valores do grupo, crenças e normas, bem como o reconhecimento de influências sociopolíticas que tanto afetam o grupo ou são criadas pelo grupo. Ele também inclui uma compreensão da visão do mundo do cliente. Já as atitudes referem-se a crenças e formas de pensar sobre as minorias como também dos seus próprios preconceitos e como eles podem afetar a relação terapeuta-paciente. Engloba ainda a autoconsciência e conforto ou desconforto com o cliente e as suas diferenças culturais. E finalmente as habilidades que se referem, como o próprio nome indica, às habilidades específicas que um técnico de saúde.

Consequentemente, a competência cultural envolve as seguintes dimensões (Campinha-Bacote, 1998) ;(1) consciência das suas próprias atitudes e crenças; (2) conhecimento sobre as diferenças culturais entre os vários grupos em que se manifesta a diversidade humana, (3) capacidade de trabalhar com os diferentes grupos: e (4) a necessidade de interação efetiva com membros de outros grupos em encontros culturais específicos. Alas destas quatro dimensões Campinha-Bacote (2003) considera que é também importante considerar o desejo cultural, isto é, o grau de motivação da pessoa (ou profissional) para se comprometer no processo de aquisição de consciência, conhecimento e habilidades culturalmente adequadas para trabalhar com grupos humanos de diversos contextos culturais. Contudo este comprometimento deve ser genuíno e autêntico, fruto de um desejo do profissional e não apenas assumir a obrigação de ter de envergar neste processo de mudança. Assim a competência cultural pode converter-se no futuro num constructo de maior relevância para alcançar uma sensível prestação de serviços à diversidade (Martínez, Martínez & Calzado, 2006).

No entanto e apesar de haver inúmeros estudos acerca do modelo de competência cultural tem havido pouco consenso sobre a definição e importância deste modelo devido à amplitude de habilidades e conhecimentos que seriam necessários para trabalhar com cada população culturalmente diversificada (Johnson, 2013). Assim com o intuito de identificar as competências mínimas que cada profissional de saúde mental deve ter Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwell e Greene (2000) fizeram uma revisão da literatura e encontraram 51 competências multiculturais relacionados com domínios de investigação e prática. Os autores reduziram este número para 12 competências mínimas organizadas para seguir as áreas da prática de conhecimentos, atitudes e habilidades:

A. As competências de conhecimento incluem:

- Conhecimento acerca de como a teoria psicológica, métodos de pesquisa/investigação e práticas profissionais estão histórica e culturalmente incorporadas e

como estas têm mudado ao longo do tempo à medida que os valores sociais e prioridades políticas também se alteram.

- Conhecimento da história e manifestação da opressão, preconceito, e discriminação e as suas sequelas psicológicas.
 - Conhecimento das influências sociopolíticas nas vidas dos grupos identificados.
 - Conhecimento das categorias de diagnóstico de cada cultura.
 - Conhecimento de que tais problemas como, valores normativos acerca da doença, estilos internacionais, e a cosmovisão dos principais grupos que o profissional de saúde mental virá eventualmente a encontrar.
 - Conhecimento dos procedimentos de avaliação referentes a uma cultura específica.
 - Conhecimento das estruturas familiares, valores, crenças e cosmovisão, e como estas diferem nos grupos identificados, bem como o seu impacto na formação pessoal e na manifestação de doenças físicas e mentais.
- B. A área das atitudes inclui:
- Consciência de como a herança cultural, género, classe, identidade racial e étnica, orientação sexual, incapacidade e idade ajudam a formar os valores pessoais e preconceitos relacionados com os grupos identificados.
- C. Por fim, a área de habilidades inclui:
- Capacidade de avaliar com precisão as hipóteses relacionadas aos clientes de grupos identificados e desenvolver conceituações clínicas precisas, incluindo a consciência das questões quando envolvem dimensões culturais e quando a orientação teórica precisa ser adaptada para um trabalho eficaz com os membros dos grupos identificados.
 - Capacidade de precisão e autoavaliação da competência multicultural, incluindo saber quando as circunstâncias estão a influenciar negativamente as atividades profissionais e de adaptação.
 - Capacidade de modificar os instrumentos de avaliação e qualificar adequadamente conclusões para o uso com grupos identificados.
 - Capacidade de projetar e implementar planos de tratamento eficazes e intervenções para clientes dos grupos identificados, incluindo: Capacidade de avaliar questões como o nível de aculturação dos clientes, stress, e do estágio de desenvolvimento da identidade gay ou lésbica; Capacidade de determinar os efeitos da diferença de linguagem terapeuta-cliente sobre a avaliação e intervenção psicológica; Capacidade de estabelecer rapport e empatia e transmiti-la de maneira culturalmente sensível; Capacidade de iniciar e explorar questões de diferença entre o terapeuta e o cliente, quando for o caso, e incorporar estas considerações num planeamento de um tratamento eficaz (Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwell & Greene, 2000).

Como ocorre em qualquer outra pessoa o profissional de saúde é influenciado pelo seu próprio contexto cultural. Deste modo estes profissionais devem ter a noção que as suas crenças e atitudes podem ter uma influência negativa sobre a maneira de atuar perante indivíduos que pertencem a grupos culturalmente distintos, neste caso com a população LGB (Pedersen, 2000).

Seguindo as recomendações da Associação Americana de Psicologia, para reduzir os estereótipos e os preconceitos dos profissionais de intervenção social (APA, 2003), devemos e podemos usar as seguintes estratégias: (1) melhorar a compreensão das crenças, valores, atitudes, etc.; (2) esforçar-se para mudar percepções negativas acerca de determinado grupo; e (3) perceber as pessoas como indivíduos e não como membros de um grupo; Estes modelos são úteis apenas quando o profissional se esforça para ser mais aberto e trabalha para melhorar a comunicação interpessoal (Martínez, Martínez & Calzado, 2006).

Um dos requisitos mais importantes para entender o comportamento paciente ou residente é conhecer o seu modo de ver o mundo. Por isso, é importante procurar e adquirir um conhecimento cultural sólido e compreender as diferenças dos indivíduos. Este conhecimento leva a uma aprendizagem multicultural. Deste modo a competência cultural deve ser complementada por uma atitude de contínua procura de informação e formulação de perguntas adequadas e significativas (Martínez, Martínez & Calzado, 2006).

Purnell & Paulanka (1998) distinguem quatro níveis de conhecimento cultural: (1) Incompetência Inconsciente, ou síndrome de cegueira cultural que ocorre quando o profissional não está ciente da sua falta de consciência cultural; (2) incompetência consciente, quando a importância da cultura na prestação de serviços para diversas populações é conhecida, mas não tem os conhecimentos necessários; (3) competência consciente que se traduz na aprendizagem intencional sobre a cultura dos profissionais, oferecendo respostas culturalmente sensíveis; e (4) a competência inconsciente que é a capacidade automática de oferecer serviços culturalmente congruente com as características dos utilizadores (Martínez, Martínez & Calzado, 2006).

As habilidades culturais referem-se assim à execução de práticas profissionais culturalmente apropriadas às características dos pacientes com os quais nos deparamos. Assim a consciência e o conhecimento cultural devem ser usados para desenvolver habilidades multiculturais, ou seja, comportamentos e intervenções apropriadas e culturalmente sensíveis (Martínez, Martínez & Calzado, 2006).

Não existirão, naturalmente, regras e diretivas precisas para a criação de um espaço terapêutico que se queira transdisciplinar e culturalmente sensível, mas mais tentativas e desafios contínuos. Assim o profissional de saúde mental dever assumir-se acima de tudo como crítico e auto-reflexivo, capaz de considerar os pacientes homossexuais enquanto sujeitos políticos e morais, sem os forçar a transformá-los (Martínez, Martínez & Calzado, 2006).

Os códigos de ética quer da American Counseling Association (ACA, 2005) quer da Associação Americana de Psicologia (APA, 2002) serviram de modelo para o movimento de

competência afirmativa. Neste caso, competência com clientes LGB é definida como a capacidade percebida para trabalhar com clientes LGB, as experiências de trabalho desta população, e uma compreensão da influência do heterossexismo na vida dos clientes da LGB (Bidell, 2005). Contudo esta definição vai além de um conjunto de tarefas a serem executadas, e deve envolver elementos mais subtis, tais como a capacidade de ver o que significa em interações com os clientes, e as próprias qualidades pessoais do terapeuta (McLeod, 2003).

Entre as várias competências descritas como fundamentais no profissional que trabalha com *LGB* salienta-se: a capacidade de análise dos próprios valores, atitudes e estilo de vida; o conhecimento dos fatores de stress mais comuns aos homossexuais; o conhecimento de modelos de desenvolvimento da identidade homossexual; e os conhecimentos adequados à realização de diagnósticos diferenciais (Moita, 2001). O conhecimento dos profissionais de saúde mental sobre estilos de vida de clientes LGB e sobre a abordagem clínica a este grupo social é um dos fatores com que a investigação mais se tem preocupado. Devido a esta falta de percepção, nalguns casos, os terapeutas referem erroneamente que não existem diferenças entre a abordagem a clientes heterossexuais e a clientes homossexuais (Biechele, 1996).

A semelhança da orientação sexual entre cliente e terapeuta é, por vezes, associada a uma avaliação positiva. No entanto, vários autores referem que esta semelhança não é necessária para uma avaliação positiva, nem garantia da mesma. Mais importante do que a orientação sexual do terapeuta é o tipo de práticas terapêuticas implementadas e a percepção que os clientes têm da interpretação da homossexualidade feita pelos terapeutas. (Liddle, 1997; Stein & Cohen 1986).

A Prática Afirmativa

O despoletar de todos os acontecimentos descritos anteriormente contribuiu para o surgimento de numa nova abordagem denominada de Terapia Afirmativa Gay. Esta prática terapêutica não serve tentar determinar os fatores causais ou tentar mudar a orientação sexual dos pacientes como acontecia com as práticas conhecidas até então. Serve sim para orientar aqueles que apresentam dificuldades relativas à sua homossexualidade e ajuda-los a aceitarem a sua orientação sexual. Este modelo advoga a homossexualidade como uma estruturação da sexualidade humana de valor igual à heterossexualidade e o “ mal-estar e sofrimento de muitos homossexuais é explicado como sendo o resultado da vitimização social a que estão sujeitos, resultante do preconceito e da discriminação, constituindo as pessoas homossexuais um grupo minoritário oprimido” (Moita, 2001, p.178). Moleiro & Pinto (2009) afirmam que esta terapia comemora e defende a autenticidade e integridade dos direitos da população LGB assim como as suas relações. Estas recomendações éticas salientam a importância de os/as psicoterapeutas reconhecerem que as suas próprias atitudes e

conhecimentos acerca das vivências de pessoas LGB são relevantes para o processo terapêutico e que, por isso, devem procurar literatura, formação e supervisão específicas.

O modelo de terapia afirmativa gay constitui, na realidade, não um modelo teórico, mas um conjunto de princípios que deverão orientar a prática terapêutica com clientes homossexuais, particularmente com aqueles que apresentam dificuldades relativas à sua homossexualidade. Em vez de diagnosticar, de tentar determinar os fatores causais e de tentar a mudança da orientação sexual, o objetivo do terapeuta que partilha esta perspectiva é ajudar os clientes a aceitarem a sua orientação sexual. (Moita, 2006).

A maioria dos psicoterapeutas provavelmente não estão treinados para trabalhar com clientes LGB. A prática competente com esta população requer uma curiosidade e interesse subtil na vida do cliente, e uma habilidade por parte do terapeuta em lidar de uma forma sensível com o tema da hipervigilância. Os clientes com diversidade de género e sexual possuem uma longa história de serem considerados pela sociedade como ‘doidos, maus ou perigosos’, isto resulta em que eles utilizem a hipervigilância contra a patologização ou julgamentos negativos, ou seja, eles rastreiam o ambiente para sinais de hostilidade ou de segurança (Carroll, 2010).

Cass (1996) sublinha a natureza construída do processo de formação da identidade homossexual, chamando a atenção para a necessidade de estar alerta a mudanças sociais que possam ocorrer. Da mesma maneira, refere a necessidade de se estar atento a diferenças culturais. Contudo, para Cass, embora o clínico deva ter uma visão ampla e aberta, deverá igualmente ser capaz de aceitar que os clientes desejem frequentemente persistir nas suas crenças essencialistas. Estes modelos desenvolvidos de formação da identidade têm sido adotados por profissionais de saúde mental como um instrumento útil para ajudar os clientes “a descobrirem-se a si próprios (...), sentir-se melhor sendo gays, lésbicas ou bissexuais(...), encontrar o seu verdadeiro *self*” (Cass, 1996, p. 228). O modelo de Cass (1996) fornece aos técnicos de saúde mental um número de linhas orientadoras de aconselhamento a usar com termos apropriados ao estágio de formação de identidade em que se encontram, para o que se torna necessário identificá-lo. Identificar o estágio no qual os clientes se encontram permite que o clínico se focalize em questões particulares desse estágio, em vez de abordar a homossexualidade em geral. Por exemplo, falar de aspetos ideológicos da opressão gay ou lésbica é inapropriado quando alguém tem sentimentos ambíguos relativamente à sua orientação homossexual (estádio 2) ou deseja encontrar outras pessoas homossexuais (estádio 3); aceitar o sentimento dos clientes face ao estágio em que dizem encontrarem-se, não devendo dominar a percepção do clínico; não considerar, por exemplo, que a idade é um fator desvalorizador; entender a diferença entre ter um comportamento homossexual e o sentimento de se ser homossexual ou lésbica. Se a presença de um comportamento homossexual, por um lado, não indica a existência de uma identidade, por outro lado, a ausência desse comportamento não está associada à inexistência de identidade. Embora diferentes pessoas se refiram a si próprias como tendo comportamentos ou identidades gays ou lésbicas poderão encontrar-se em estádios que refletem diferentes necessidades, pelo que

não deverão ser tratadas de igual forma. É necessário reconhecer as diferenças individuais tanto dentro como entre os estádios: conhecer e ter em linha de conta as diferenças relativamente ao sexo e entre diferentes grupos étnicos e religiosos; perceber que é importante a necessidade de contactos do cliente com outras lésbicas e outros gays. Nesse sentido, os clínicos necessitam de trabalhar questões pessoais, sociais e culturais que possam ser obstáculo a que os clientes façam estes contactos com sucesso ou no tempo certo; não considerar um estágio melhor do que outro ou qualquer sujeito como melhor do que outro devido ao facto de os seus sentimentos e comportamentos corresponderem a um estágio particular. Partindo do princípio que as nossas ideias sobre formação de identidade são guiadas por conceitos como maturidade e autorrealização, o clínico deverá tomar precauções em não aplicar este tipo de julgamento a clientes que se encontram em fases iniciais de desenvolvimento da identidade homossexual (Moita, 2001).

Cass recorda ainda o facto de o processo de formação de identidade não ocorrer de forma independente de outros processos e questões. Lidar com a doença, a idade, as mudanças de carreira, o casamento, as questões de diferenças étnicas, as dinâmicas familiares, as perturbações psicológicas e as mudanças para outro país, são exemplos de fatores culturais, pessoais e sociais que podem interagir com o desenvolvimento do entendimento do cliente como bissexual, gay ou lésbica (Moita, 2001).

A boa prática em clientes LGB requer um trabalho aprofundado por parte do terapeuta acerca dos seus preconceitos em torno do sexo e do género e um conhecimento mínimo de como estas diversidades vivem, não só na sociedade ocidental, heteronormativa e patriarcal mas também noutras partes do mundo. Os terapeutas serão continuamente desafiados, provocados e educados pelos seus clientes cujos temas confrontam um dos maiores e mais sagrados 'tabus' do mundo, a sexualidade. (Pope, Sonne e Holroyd 2000).

As práticas afirmativas com clientes LGB devem adotar uma perspetiva baseada em expressões normais e saudáveis do desenvolvimento humano, sexualidade, relacionamento e amor. Além disso, por meio de políticas e práticas afirmativas os técnicos de saúde mental devem criar um incentivo a diálogos abertos, diretos, e de apoio que facilitam a educação e o crescimento da relação ente terapeuta e paciente (Whitman & Bidell, 2014).

Em suma, para um trabalho eficaz com clientes de diversidades sexuais o terapeuta precisa de estar confortável com sua sexualidade e com quem é, e estar pronto a examinar as suas crenças, sentimentos e preconceitos. Todas as pessoas têm preconceitos. O terapeuta que diz não os ter é um terapeuta que deve ser evitado, pois provavelmente tem um baixo nível de autoconsciência e autoconhecimento (Carroll, 2010).

É naturalmente, difícil para qualquer individuo admitir que tem preconceitos e para um psicólogo talvez ainda mais, uma vez que existe o estigma de que devemos ser abertos e empáticos. Os desafios e especificidades da consulta psicológica com homossexuais inquietam qualquer profissional de psicologia, onde a exposição dos próprios sentimentos e concepções face à homossexualidade podem não permitir aceder a uma prática profissional não discriminatória. Assim a intervenção com clientes LGB implica uma abordagem afirmativa,

que reconheça a discriminação social face a esta orientação sexual e vise a capacitação do cliente para lidar criativa e ativamente com os constrangimentos, pessoais, interpessoais e sociais, impostos por esta situação. Torna-se, assim, fundamental que os clínicos sejam capazes de responder às elevadas expectativas que clientes LGBT podem trazer para o processo terapêutico, maximizando as possibilidades de sucesso do mesmo (Menezes & Costa, 1992).

Deste modo, Rock, Carlson e McGeorge (2010) desenvolveram algumas diretrizes que se devem adotar de modo a ser um terapeuta afirmativo:

1. Autorreflexão - refletir sobre a sua própria educação, atitudes e crenças; reconhecer áreas de privilégio; e reconhecer os preconceitos decorrentes de viver numa sociedade heteronormativa.

2. Manter-se Envolvido - viver uma vida positiva; familiarizar-se com as questões; lutar pela justiça social e mudança social.

3. Criar um ambiente favorável - fornecer literatura e recursos positivos acerca da temática LGB; incluir uma linguagem de afirmação sobre todo o material utilizado; usar o nome preferido do cliente; não recorrer a pressupostos heteronormativos.

4. Esteja aberto sobre o seu compromisso de fornecer terapia afirmativa com todos os clientes, independentemente da sua orientação sexual ou identidade de género.

5. Fale sobre sua postura afirmativa com os seus colegas, potenciais clientes, familiares e amigos.

6. Conheça os recursos existentes na sua comunidade local acerca da população LGB.

7. Reconheça que cada pessoa tem uma história única relacionada com a descoberta pessoal e divulgação da sua orientação sexual e / ou identidade de género.

8. Conheça as diferenças entre a orientação sexual e identidade de género.

9. Use a terminologia correta. Quando estiver em dúvidas, pergunte!

10. Ter acesso à formação afirmativa, educação continua e recursos para uma boa prática clínica com a população LGB.

11. Incluir literatura gay e lésbica na sua área/sala de espera.

12. Envolver-se em eventos e atividades da comunidade LGB.

Para terminar é relevante enunciar alguns dos princípios éticos relativos à temática da orientação sexual desenvolvidos pela APA (2000) e que devem ser adotados pelos profissionais de saúde mental. Estes princípios abordam as atitudes relativas à homossexualidade e à bissexualidade, às relações e às famílias, à diversidade e à educação, no entanto não serão inumerados todos, e sim apenas os mais relevantes, devido à sua extensão:

- Os psicólogos compreendem que a homossexualidade e a bissexualidade não são indicadores de doença mental;

- Os psicólogos procuram entender as várias formas como o estigma social (por exemplo: preconceito, discriminação e violência) colocam em risco a saúde mental e o bem-estar das suas clientes lésbicas, gays e bissexuais;

- Os psicólogos procuram entender a forma como perspectivas incorretas e preconceituosas sobre a homossexualidade e a bissexualidade podem afetar o cliente em termos do seu tratamento e processo terapêutico;
- Os psicólogos procuram entender e respeitar a importância das relações das pessoas lésbicas, gays e bissexuais;
- Os psicólogos apoiam a educação e o treino sobre questões relacionadas com a orientação sexual, procurando aumentar o seu conhecimento sobre essas temáticas através da formação contínua e da familiarização com os recursos relevantes na área da saúde mental, educacional e comunitária dirigidos a lésbicas, gays e bissexuais.

Num estudo qualitativo composto por 4 participantes (uma mulher lésbica, um homem gay, uma mulher bissexual e um homem transexual) onde se abordam as práticas psicoterapêuticas com pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgénero (LGBT). Os autores deste estudo Moleiro e Pinto (2009) verificaram que todos os entrevistados descreveram experiências de discriminação com base na sua orientação sexual ou identidade de género nos mais variados contextos chegando por vezes a omitir a sua verdadeira orientação sexual prevenindo assim atos discriminatórios.

De um modo geral, os entrevistados descreveram os/as psicólogos/as como profissionais competentes livres de preconceitos homofóbicos. O mesmo não aconteceu com os profissionais de outras áreas da saúde tais como médicos e enfermeiros que foram descritos como potencialmente homofóbicos e capazes de permitir que os preconceitos se atravessassem na sua prática profissional (Moleiro e Pinto, 2009).

A importância da formação LGB

Na maioria dos países as formações em terapia raramente oferecem uma educação adequada sobre os temas da diversidade do género e sexual. Muitas vezes estes temas são incluídos numa única aula sobre diversidade sexual. Vários autores acreditam que a formação é importante e essencial no entendimento da experiência com clientes LGB, quer ao nível intrapsíquico quer ao nível da construção social. (Borges, 2009).

São inúmeros os estudos que afirmam que os psicólogos e psicoterapeutas precisam de obter uma formação clínica específica para desenvolver habilidades eficazes de aconselhamento e terapia para trabalhar com pessoas LGB (Alderson, 2004; Bernstein, 2000; Bidell, 2005, 2011; Godfrey, Haddock, Fisher, & Lund, 2006; Grove, 2009; Israel, Walther, Gortcheva, & Perry, 2011; Kocarek & Pelling, 2003; Long & Serovich, 2003; Matthews, Selvidge, & Fisher, 2005; McGeorge & Toomey, 2013; Rutter, Estrada, Ferguson, & Diggs, 2008). Mas, apesar de tudo, esta clara necessidade de treino não aparece nas diretrizes éticas e de competências dos programas atuais de pós-graduação em psicologia. (Graham, Carney, & Kluck, 2012). Murphy, Rawlings e Howe (2002) revelaram que 72% dos estudantes de pós-graduação em psicologia relataram uma preparação inadequada durante a sua formação para atender às necessidades de clientes LGB. Esta falta de preparação é perpetuada também num

estudo recente onde 60,5% dos estudantes de psicologia relatam que não receberam qualquer formação de práticas afirmativas com clientes LGB e que deste modo não é possível preparar adequadamente os alunos para um trabalho competente com esta população (Rock, Carlson, & McGeorge, 2010).

Os profissionais que tiveram formação específica acerca da população LGB possuem mais conhecimentos sobre esta temática, o que os pode tornar mais competentes na hora de trabalhar diretamente com esta população uma vez que tiveram treino para esses mesmos efeitos. Deste modo esta formação específica levará ao melhoramento significativo da capacidade dos futuros profissionais prestarem serviços de aconselhamento competentes para esta população, já que aqueles que possuem formação demonstram competências e práticas mais afirmativas (Bidell, 2012a, 2012b; Israel & Hackett, 2004; Matthews, 2005; Rutter, Estrada, Ferguson, & Diggs, 2008; Whitman & Bidell, 2014).

De facto, os/as psicólogos/as que recebem formação específica em questões LGBT tendem a perspetivar os modelos afirmativos como a melhor prática psicoterapêutica em termos éticos, considerando inaceitável a visão da homossexualidade como um défice de desenvolvimento, bem como o tratamento que visa a mudança da orientação sexual ou dos comportamentos homossexuais (Liszc e Yarhouse, 2005). Assim, a formação sobre diversidade dirigida a psicoterapeutas, no que diz respeito às temáticas LGBT, deverá envolver: (1) questões como o conhecimento das vivências próprias de pessoas com orientação sexual e/ou identidade de género não normativas; (2) as crenças e valores pessoais (mais ou menos homofóbicos e/ou heterocêntricos) do/a psicoterapeuta - e que manifestamente influenciam a sua prestação clínica (Jordan e Deluty, 1995; Barret e McWhirter, 2002; Twist et al., 2006; Liszc e Yarhouse, 2005); (3) o uso competente das abordagens afirmativas - de reconhecida utilidade pelos/as próprios/as terapeutas (Israel, Gorcheva, Walther, et al., 2008) ou, ainda, (4) o reconhecimento do papel do clima sentido no contexto onde decorre a psicoterapia nos seus resultados (Israel et al., 2008).

Torna-se, assim, fundamental que os clínicos sejam capazes de responder às elevadas expectativas que clientes LGBT podem trazer para o processo terapêutico, maximizando as possibilidades de sucesso do mesmo. Essa é, no nosso entender, também uma exigência ética profissional, de acordo com as «boas práticas» definidas internacionalmente (APA, 2000). Para que tal aconteça, torna-se central a formação académica e pós-graduada dos clínicos no que diz respeito à diversidade sexual como tem sido sugerido por diversos autores, bem como à multiculturalidade nas suas mais variadas formas (Greene, 2007).

São muitos os estudos que terminam com sugestões de formação onde os terapeutas sem uma formação especial ou sem experiência de intervenção com a população LGB são encorajados a procurar formação contínua, para poderem ser eficazes no seu trabalho. Assim terminamos esta investigação enfatizando o facto de que a formação sobre questões LGB é necessário para administradores, supervisores, terapeutas, pessoal administrativo e outros serviços e pessoal de apoio, mesmo fora de profissionais de saúde mental o que pode ser particularmente útil na criação de um clima organizacional que pode satisfazer as

necessidades dos clientes LGBT. Já que o aconselhamento não é apenas algo que acontece entre duas pessoas mas sim numa instituição social que está incorporado na cultura das sociedades industrializadas e modernas (McLeod, 2003). Mas é claro que para uma terapia funcionar o mais importante é termos profissionais de saúde mentais aptos para trabalhar com esta população em específico. O que nos leva a crer que o ensino é o responsável por desenvolver a compreensão teórica, a aquisição de habilidades de aconselhamento, o trabalho da autoconsciência, a exploração de questões profissionais, a prática supervisionada com os clientes e as habilidades de pesquisa e conscientização de práticas baseadas em pesquisas, que são fundamentais para uma prática e competência afirmativa com os clientes LGB (Barret e McWhirter, 2002; Garnets et al., 1991; Bowers e Bieschke, 2005; Carneiro, 2009).

Referencias Bibliográficas:

- Alderson, K.G. (2004). A different kind of 'outing': Training counsellors to work with sexual minority clients. *Canadian Journal of Counselling*, 38 (3), 193-210.
- American Counseling Association (2003). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practices and Organizational Changes for Psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- American Counseling Association. (2005). *ACA code of ethics*. Alexandria, VA: Author.
- American Psychological Association (2000). Guidelines for Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *American Psychologist*, 55(12), 1440-1451.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association (2008). Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality. Washington, DC: Author.
- Anjos, G. (2000). Identidade sexual e identidade de gênero: subversões e permanências. *Sociologias*, 2 (4), 274-305.
- Annesley, P. & Coyle, A. (1998). Dykes and Psychs: Lesbian Women's Experience of Clinical Psychological Services, Changes. *International Journal of Psychology and Psychotherapy*, 16, 247-258.
- Ashmore, R.D. (1990). Sex, gender and the individual. In L.A. Pervin (Org.), *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press.
- Barret, K. A. & McWhirter, B. T. (2002). Counselor Trainees' Perceptions of Clients Based on Client Sexual Orientation. *Counselor Education & Supervision*, 41, 219-232.
- Bartlett, A., Smith, G. & King, M. (2009) The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect sexual orientation. *BMC Psychiatry* 9 (11), 26-38
- Bayer, R. (1987). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. New Jersey: Princeton University Press.

- Bem, D. J. (2000). Exotic becomes erotic: Interpreting the biological correlates of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 531-548.
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S.L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology*, 34, 121-131.
- Bernstein, A. C. (2000). Straight therapists working with lesbians and gays in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 443-454.
- Bidell, M. (2005). The Sexual Orientation Counselor Competency Scale: Assessing Attitudes, Skills, and Knowledge of Counselors Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Counselor Education & Supervision*, 44, 267-279
- Bidell, M. (2011). Examining School Counseling Students Multicultural and Sexual Orientation Competencies Through a Cross-Specialization Comparison, *Journal of Counseling & Development*, 90, 200-207
- Bidell, M. P. (2012a). Addressing disparities: The impact of a lesbian, gay, bisexual, and transgender graduate counselling course. *Counselling and Psychotherapy Research Journal*, 1-8. doi: 10.1080/14733145.2012.741139
- Bidell, M. P. (2012b). Examining school counseling students' sexual orientation and multicultural competencies through a cross-specialization comparison. *Journal of Counseling & Development*, 90, 200-207. doi:10.1111/j.1556-6676.2012.00025.x
- Biechele, U. (1996). Psychotherapy For Lesbian and Gay Clients: A Regional Survey. *The Association of Lesbian and Gay Psychologists Europe Newsletter*, 5 (2), pp. 14-16.
- Borges, K. (2009). *Terapia Afirmativa: uma introdução à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. São Paulo, Brasil: Edições GLS.
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. Brazil, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bowers, Amy M. V. e Bieschke, Kathleen (2005). Psychologists' Clinical Evaluations and Attitudes: An Examination of the Influence of Gender and Sexual Orientation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(1), 97-103.
- Bozon, M. & Giami, A. (1999). Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir: présentation de l'article de John Gagnon. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, 68-72.
- Bozon, M. (1999). Les significations sociales des actes sexuels. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, 3-23.
- Breiner, S. (2004) *Homosexualidad en la Adolescencia*. Narth.
- Cameron, N. (1963). *Development and psychopathology*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Campinha-Bacote, J. (1998). The process of cultural competence in the delivery of Healthcare Services. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associate Press.
- Campinha-Bacote, J. (2003). Many Faces: Addressing Diversity in Health Care. *Online Journal of Issues in Nursing*.

- Carneiro, Nuno S. (2009). *Homossexualidades: Uma Psicologia Entre Ser, Pertencer e Participar*, Porto, Livpsic.
- Carroll, L. (2010). *Counselling Sexual and Gender Minorities*. Columbus: Merrill.
- Cass, V. (1979). Homosexual identity formation: a theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4, 219-235.
- Cass, V. (1996). Sexual orientation, identity formation: A western phenomenon. In R. Cabaj & T. Stein (Ed.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 227-251). Washington: American Psychiatric Press.
- Coleman, E. (1982). Developmental Stages of the Coming Out Process. In J. C. Gonsiorek (Ed.), *Homosexuality and Psychotherapy. A Practitioner's Handbook of Affirmative Models*. New York: Haworth Press.
- Dank, B. M. (1971). Coming Out In the Gay World. *Psychiatry*, 34, 60-77.
- Davies, D. (1996). Homophobia and Heterosexism. In Dominic Davies & Charles Neal (Eds.), *Pink Therapy: A Guide for Counsellors and Therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Buckingham: Open University Press.
- Davies, D. (2007). Not in front of the Students. *Therapy Today*.
- Deaux, K. (1984). From individual differences to social categories: Analysis of a decade's research on gender. *American Psychologist*, 39, 105-116.
- Ellis, L. & Ashley, M. A. (1987). Neurohormonal functioning and sexual orientation: A theory of homosexuality-heterosexuality. *Psychological Bulletin*, 101(2), 233-258.
- Evans, M. & Barker, M. (2010). How Do You See Me? Coming Out In Counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38 (4), 375-391.
- Frazão, P. & Rosário, R. (2008). O coming out de gays e lésbicas e as relações familiares. *Análise Psicológica*, 1 (26), 25-45.
- Freud, S. (1905/2001). *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*. Lisboa: Livros do Brasil
- Frossard, J. (2000). *Lesbische Frauen in der Psychotherapie* (Tese de Doutoramento). Universidade de Basileia, Suíça.
- Gagnon, J. & Simon, W. (1973) *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Aldine.
- Garnets, L.; Kristin, A.; Cochran, S.; Goodchilds, J. & Peplau, L. A. (1991). Issues in Psychotherapy with Lesbians and Gay Men. *American Psychologist*, 46 (9), 964-972.
- Gato, J., & Fontaine, M. (2012). Atitudes face à diversidade sexual no contexto psicossocial, jurídico, da saúde e educativo. *Exedra*, 6, 81 -104.
- Gato, J., Carneiro, N. & Fontaine A. M. (2011) Contributo para uma Revisitação Histórica e Crítica do Preconceito contra as Pessoas não Heterossexuais, *Crítica e Sociedade: Revista de Cultura Política*, (1), 139 - 167.
- Gender* (Vol. 32). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Godfrey, K., Haddock, S. A., Fisher, A., & Lund, L. (2006). Essential training components of curricula for preparing therapists to work with lesbian, gay, and bisexual clients: A delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4), 491-504.

- Graham, D. L.; Rawlings, E. I.; Halpern, H. S. & Hermes, J. (1984). Therapist's Needs for Training in Counselling Lesbians and Gay Men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(4), 290-297.
- Graham, S. R; Carney, J. S. & Kluck, A. S. (2012). Perceived Competency in Working With LGB Clients: Where Are We Now? *Counselor Education and Supervision*, 51 (1), 2 - 16.
- Greene, Beverly (2007). How difference makes a difference, in J. Christopher Muran (Ed.), *Dialogues on Difference: Studies of diversity in the therapeutic relationship* (47-63), Washington DC, APA.
- Grove, J. (2009). How competent are trainee and newly qualified counsellors to work with Lesbian, Gay, and Bisexual clients and what do they perceive as their most effective learning experiences? *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(2), 78-85.
- Hansen, N., Pepitone-Arreola-Rockwell, F., & Greene, A. F. (2000). Multicultural competence: Criteria and case examples. *Professional Psychology: Research And Practice*, 31(6), 652- 660.
- Hayes, M. (1991). *Report of State Health Officer Washinton*. Washinton.
- Hegna, K. (2007). Coming Out, Coming Into What? Identification And Risks in the Coming Out Story of a Norwegian Late Adolescent Gay Man". *Sexualities*, 10 (5), 582-602.
- Helminiak, D. A. (2006). *Sex And The Sacred: Gay Identity And Spiritual Growth*. New York: The Hawthorne Press.
- Henrickson, M. & Neville, S. (2012). Identity Satisfaction Over the Life Course in Sexual Minorities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 24 (1), 80-95.
- Huston, A. C. (1983). Sex Typing in P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of Child Psychology Socialization, personality, and social development*. New York: Wiley.
- Israel, T., & Hackett, G. (2004). Counselor education on lesbian, gay and bisexual issues: Comparing information and attitude exploration. *Counselor Education and Supervision*, 43, 179-191.
- Israel, T.; Walther, W.; Gortcheva, R. & Perry, J. (2011). Policies and Practices for LGBT Clients: Perspectives of Mental Health Services Administrators. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15, 152-168.
- Israel, Tania, Gortcheva, Raia, Walther, William A., Sulzner, Joselyne M. e Cohen, Jessye (2008). Therapists' Helpful and Unhelpful Situations With LGBT Clients: An Exploratory Study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 361-368.
- Jesus, J. G. (2012). *Orientações sobre Identidade de Género: Conceitos e Termos: Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgênicos, para formadores de opinião* (2ªed.). Retirado de <http://pt.scribd.com/doc/87846526/Orientacoes-sobre-Identidade-de-Genero-Conceitos-e-Termos#scribd>
- Johnson, S. D. (2013). *Assessing Self-Efficacy of Cultural Competence with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients: A Comparison of Training Methods with Graduate Social Work Students* (Dissertation). University of Kentucky, Lexington, Kentucky, USA.

- Jordan, Karen M. e Deluty, Robert H. (1995). Clinical Interventions by psychologists with lesbians and gay men. *Journal of Clinical Psychology*, 51(39), 448-456.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia: W. B. Saunders Company.
- Kniest, G. Rhil. (2005). *A Relação Terapêutica Frente à Homossexualidade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Brazil.
- Kocarek, E., & PeHlmg, J. (2003). Beyond knowledge and awareness: Enhancing counselor skills for work with gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 31, 99-112
- Liddle, B. (1996). Therapist Sexual Orientation, Gender, and Counselling Practices as They Relate to Ratings of Helpfulness by Gay and Lesbian Clients. *Journal of Counselling Psychology*, 43(4), 394-401.
- Liddle, B. (1997). Gay and lesbians client's selection as therapists and utilization of therapy. *Psychotherapy*, 34 (1), 11-18.
- Liszcz, Angela M., Yarhouse, Mark A. (2005). A survey on views of how to assist with coming out as gay, changing same-sex behavior or orientation, and navigating sexual identity confusion. *Ethics & Behavior*, 15(2), 159-179.
- Long, J. K., & Serovich, J. M. (2003). Incorporating sexual orientation into MFT training programs: Infusion and inclusion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 59-67.
- Lopes J. R.; Santos M.C.; Matos M. D. & Ribeiro O. P. (2009). *Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem - contributos para um melhor cuidar*. Loures: Lusociência
- Martínez, M. F.; Martínez, J. & Calzado, V. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Intervención Psicosocial*, 15 (3), 331-350.
- Matthews, C. (2005). Infusing lesbian, gay, and bisexual issues into counselor education. *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development*, 44, 168-184.
- Matthews, C., Selvidge, M., & Fisher, K. (2005). Addictions counselors' attitudes and behaviors toward gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Counseling and Development*, 83, 57- 65.
- McGeorge, T. & Toomey. R. (2013). Establishing the validity of the affirmative training inventory: assessing the relationship between lesbian, gay, and bisexual affirmative training and students' clinical competence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), 209-222
- McLean, K. (2007). Hiding In The Closet? Bisexuals, Coming Out and Disclosure Imperative. *Journal of Sociology*, 43 (2), 151-166.
- McLeod, J. (2003). *An introduction to counselling* (3ª ed.). Londres, Inglaterra: Open University Press
- Mejía, A. (2004) Violencias que afectan a las personas LGBT. *Bogotá Positiva* 30(24), 28-42.

- Menezes, A. B. C. (2005). *Análise da investigação dos determinantes do comportamento homossexual humano* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém, Brazil.
- Menezes, A. B. C., & Brito, R. C. S. (2007). Reflexões sobre a homossexualidade como subproduto da evolução do prazer. *Psicologia em Estudo*, 12, 133-139.
- Menezes, A. B.; Brito, R. S. & Henriques, A. L. (2010) Relação entre Gênero e Orientação Sexual a partir da Perspectiva Evolucionista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 245-252
- Moita, G. (2001). *Discursos sobre a Homossexualidade no Contexto Clínico: A Homossexualidade de dois lados do espelho* (Dissertação). Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Moita, M. G. (2006) A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (76), 53-72.
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2009) Diversidade e Psicoterapia : Expectativas e Experiências de pessoas LGBT acerca das Competências Multiculturais de Psicoterapeutas, *Ex Aequo*, 20, 159 -172.
- Montoya, G. J. (2006). Aproximación Bioética a Las Terapias Reparativas: Tratamiento Para El Cambio de La Orientación Homosexual. *Acta Bioethica*, 12 (2),199-210.
- Morano, C. D. (1997). *El debate psicológico sobre la homosexualidad*. Ed. Desclée de Brouwer.
- Murphy, J. A., Rawlings, E. I., & Howe, S. R. (2002). A survey of clinical psychologists on treating lesbian, gay, and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 183-189.
- Naphy, W.(2006). *Born To Be Gay: História da Homossexualidade*. Lisboa: Edições 70.
- National Association of Social Workers. (2007). *Indicators for the achievement of NASW standards for cultural competence in social work practice*. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- Nicolosi, J. (1993) *Curar La Homosexualidad*. Narth.
- Nunan, A. (2003). *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo*. Brazil, Rio de Janeiro: Caravansaraí. of Therapy. *Psychotherapy*, 34(1), 11-18.
- Pachankis, J. P., & Goldfried, M. R. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 41 (3), p.227-246.
- Pacheco, J. (2000). *O Sexo por Cá*. Lisboa: Livros do Horizonte.
- Pedersen, P. (2000). *A handbook for developing multicultural awareness*. (3ªed.). Alexandria, VA: Author.
- Pedersen, P.D. (2003). Cross-cultural counseling: Developing culture-centered interactions. In G. Bernal, J.E. Trimble, A.K. Burlew, & F.T.L. Leong (Eds.), *Handbook of racial and ethnic minority psychology* (pp. 487-503). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Pereira, H. (2005) *A identidade (Homo)Sexual: A Construção de um Modelo Empírico* (Dissertação de Doutoramento). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Pérez-Sancho, B. (2005). *Homosexualidad: Secreto de Familia. El manejo del secreto en familias con algún miembro homosexual*. Madrid: Egales.
- Perrin, E. C., Cohen, K. M., Gold, M., Ryan, C., Savin- Williams, R. C., & Schorzman, C. M. (2004). Gay and Lesbian Issues in Pediatric Health Care. *Current Problems of Pediatric Adolescent Health Care*, 34, 355-398.
- Pope, K.S., Sonne, J. L. & Holroyd, J (2000). *Sexual Feelings In Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Purnel L.D. & Paulanka B. J. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente*. Loures: Lusodidacta.
- Purnell, L. y Paulanka, B. (1998). *Trancultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Ritter, K. Y., & Tendrup, A. I. (2002). *Handbook of affirmative psychotherapy with lesbians and gay men*. New York: Guilford Press.
- Rock, M., Carlson, T. S., & McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 171-184.
- Rock, M., Carlson, T. S., & McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 171-184.
- Rutter, P. A., Estrada, D., Ferguson, L. K., & Diggs, G. A. (2008). Sexual orientation and counselor competency: The impact of training on enhancing awareness, knowledge and skills. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 2, 109-125.
- Sandfort, T. (2000). Homosexuality, Psychology and Gay and Lesbian Studies. In T. Sandfort, J. Schuyf, J. W. Duyvendak & J. Weeks (Eds.), *Lesbian and Gay Studies: An Introductory, Interdisciplinary Approach* (pp. 14-45). Londres: Sage Publications.
- Savin-Williams, R. C. (2005). *The New Gay Teenager*. Cambridge: Harvard University Press.
- Scott, J. (1995). Género: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20(2), 71-99.
- Seidman, S., Meeks, C. & Traschen, F. (1999). Beyond the Closet? The Changing Social Meaning of Homosexuality in the United States. *Sexualities*, 2 (1), 9-34.
- Shively, M- G. & DeCecco, J. P. (1997). Components of Sexual Identity. *Journal of Homosexuality*, 3(1), 41-48.
- Skinner, B. F. (1975). The shaping of phylogenic behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 24, 117-120.
- Souza, J. O. M. (2010). *Terapias do "armário": Clínica, Ética e Homofobia* (Dissertação) Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, Brasil.

- Spence, J.T, Helmreich, R.L. & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 29-39.
- Spence, J.T. & Helmreich, R.L. (1978). *Masculinity and femininity: Their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin, Texas: University of Texas Press.
- Spence, J.T. (1985). Gender identity and its implications for the concepts of masculinity and femininity. In T.B. Sonderegger (Org.), *Nebraska Symposium on Motivation: Psychology and*
- Spence, J.T. (1993). Gender-related traits and gender ideology: Evidence for a multifactorial theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 624-635.
- Spencer, C. (1999). *Homossexualidade: uma história*. Rio de Janeiro: Record.
- Stein, G. L. & Bonick, K. A. (2001). Physician-patient Relationship Among the Lesbian and Gay Community. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5(3), 87-93.
- Sue, D.W., Bernier, J.E., Durrant, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E.J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *Counseling Psychologist*, 10, 45-52.
- Terman, L. & Miles, C.C. (1936). *Sex and personality*. New York: McGraw Hill.
- Twist, Mark, Murphy, Megan, Green, J. Mary S. e Palmanteer, Devon (2006). Therapists' Support of Gay and Lesbian Human Rights. *Guidance & Counseling*, 21(6), 107-113.
- Whitehead N. E. (s.d) *Homossexualidad y Problemas de Salud Mental*. Narth.
- Whitman, J. S. & Bidell, M. P. (2014). Affirmative Lesbian, Gay, and Bisexual Counselor Education and Religious Beliefs: How Do We Bridge the Gap? *Journal of Counseling & Development*, 92, 162-169. doi: 10.1002/j.1556-6676.2014.00144.x
- Wilson, I. (1999). The Emerging Gay Adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4 (4), 551-565.
- Zera, D. (1992). Coming of age in a heterosexist world: The development of gay and lesbian adolescents. *Adolescence*, 27 (108), 849-855.

Anexo 2: Comprovativo de submissão à revista Journal of Interprofessional Care



Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study.

Journal:	<i>Journal of Interprofessional Care</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Article
Keywords:	Interprofessional evaluation, Collaborative competence, Diversity

SCHOLARONE™
Manuscripts

Affirmative Competence and Practices of Mental Health Professionals with LGB clients: An Ibero-American Study.

ABSTRACT: There are not many studies about affirmative competence and practices among mental health professionals working with Lesbian, Gay, and/or Bisexual (LGB) clients. Thus, the objectives of this research are to assess the levels of affirmative competence and practices of professionals in Ibero-American countries. We aim to compare differences regarding gender, country of origin, religious beliefs, political orientation, sexual orientation, age, education, marital status, and possessing specific training related to working with LGB clients, in order to determine the predictive association of the variables under study. The sample consists of 630 therapists from various countries whose ages range from 19 to 75 years old, with a mean age of 41.46 years. The study utilizes the following measures: a socio-demographic questionnaire, the Sexual Orientation Counselor Competency Scale, and the Affirmative Practice Questionnaire. The results of this research show statistically significant differences when comparing marital status, sexual orientation, political orientation, religious beliefs, level of education, and specific training concerning LGB issues. Age, gender, and country of residence show no statistically significant differences. The linear regression model demonstrates that there is a significant predictive value between affirmative competence and practices with LGB clients. Hence, this study indicates that mental health professionals should undergo some type of academic or professional training and/or possess experience in regards to working with LGB clients, in order to enhance their approach when working with this population.

Keywords: Mental health professionals; psychologists; psychotherapists; LGB clients; affirmative competence; affirmative practice.

1. Introduction

Sexuality is an extremely complex domain of human personality, which leads psychologists and mental health professional to focus on research and practices regarding human sexuality in general and homosexuality in particular (Vazquez-Rivera et al., 2014).

Homosexuality was considered a disease until 1973 when the American Psychiatric Association (APA) voted unanimously to abolish it from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) II (Moita, 2001). With this change the APA wanted to enhance the fight against irrational social practices, which until then victimized the LGB population, and to construct a more tolerant social environment that would allow LGB people to fully contribute to society (Bayer, 1987). This marked the beginning of extensive debates about the role that mental health professionals should adopt towards the LGB population, and called into question the provision of therapeutic assistance to homosexuals who voluntarily sought a heterosexual adjustment. Thus, in 1998, the APA declared its opposition to any psychiatric treatment involving "reparative" or "conversion" therapies (Moita, 2001).

1
2
3 This series of events contributed to the emergence of a new approach called Gay Affirmative
4 Therapy. This therapeutic practice serves not only to challenge the causal factors associated
5 with the expression of sexual orientation, but also provides clients with the best practices to
6 guide those who have difficulty relating to their homosexuality and to help LGB clients accept
7 their sexual orientation. This model advocates homosexuality as a part of the structure of
8 human sexuality, equally as valid as heterosexuality. Hence, the suffering of many LGB people
9 is explained as a consequence of the social victimization to which they are subject, which, in
10 turn, results in prejudice and discrimination. As a result, LGB people can be classified as an
11 oppressed minority group (Moita, 2001). Moleiro & Pinto (2009) state that this therapy
12 celebrates and defends the authenticity and integrity of the rights of the LGB population, as
13 well as their significant relationships. These ethical recommendations stress the importance
14 that psychologists, psychotherapists, and mental health professionals should recognize that
15 their own attitudes and knowledge about LGB people's experiences are relevant to the
16 therapeutic process and, therefore, should seek literature, specific training, and supervision in
17 regards to the best practices when working with LGB clients.
18
19
20
21

22 Most therapists are probably not suitably trained to work with LGB clients. Thus, competent
23 practice with this population requires subtle curiosity and interest in the client's life. Therapists
24 should also possess an ability to deal with hyper-vigilance when addressing the issues of their
25 LGB clients who may have long histories of being considered as "mad, bad, and dangerous" by
26 society. Thus, it is important that mental health professionals use hyper-vigilance against
27 potential pathological or negative judgments, monitoring patients and their environment for
28 signs of hostility or a lack of safety (Carroll, 2010).
29
30
31

32 In most western countries, training in psychology or therapy rarely offers adequate education
33 on issues of gender and sexual diversity. Often, these issues are included in a single course on
34 diversity, which provides an insufficient understanding regarding the experience of LGB clients
35 intra-psychically and with respect to levels of social construction (Borges, 2009).
36
37

38 Best practices with LGB clients require thorough work by the therapist to address their
39 prejudices concerning sex and gender, in addition to a relevant knowledge of the lives of
40 sexual minorities, not only in heteronormative, patriarchal, western societies, but also
41 elsewhere in the world. Therapists will be continually challenged, provoked, and educated by
42 their clients on issues that still constitute one of the world's greatest and most sacred 'taboos':
43 sexuality (Pope, Sonne and Holroyd 2000).
44
45

46 Therefore, affirmative practices with LGB clients should adopt an approach based on normal,
47 healthy expressions of human development, sexuality, relationships, and love. In addition,
48 through policies and affirmative practices, mental health professionals must incentivize open
49 and direct dialogue to support and facilitate the therapeutic process (Whitman & Bidell, 2014).
50 Furthermore, to effectively work with LGB clients, therapists need to be comfortable with their
51 own sexual identities and be ready to examine their beliefs, feelings, and prejudices (Carroll,
52 2010).
53
54

55 Cultural competence, is defined as a process by which each individual responds "respect[fully]
56 and effectively to all cultures, languages, classes, races, ethnicities, religions, and other
57 diversity factors in a manner that recognizes, affirms, and values the assets of individuals,
58
59
60

1
2
3 families, and communities, and protects and preserves the dignity of each individual" (NASW,
4 2007, p.12). Models of multicultural practice in psychology are based on the model proposed
5 by Sue et al. (1982), which, itself, is based on the principles of knowledge, attitudes, and skills.
6 Knowledge does not only refer to knowledge about the existence of cultural groups, but also
7 to the knowledge of that group's values, beliefs, and norms, as well as the recognition of
8 sociopolitical influences that affect the group, or are created by the group. It also implies an
9 understanding of the client's worldview. Attitudes refer to the therapist's beliefs and ways of
10 thinking about minorities, as well as their own prejudices and how they may affect the
11 therapist-patient relationship. It also includes self-awareness and comfort or discomfort with
12 the client and their cultural differences. Although there are numerous studies on the cultural
13 competency model, very little consensus exists concerning the definition and importance of
14 this model, due to the wide range of skills necessary to work with each culturally diverse
15 population (Johnson, 2013).
16
17
18
19

20 The ethics codes of the American Counseling Association (ACA, 2005) and the American
21 Psychological Association (APA, 2002) serve as models for the affirmative responsibility
22 movement. In this case, competence in relation to LGB clients is defined as the perceived
23 ability to work with LGB clients, experience working with this population, and an
24 understanding of the influence of heterosexism on the lives of LGB clients (Bidell, 2005). This
25 definition goes beyond a set of tasks to be performed, and should involve more subtle
26 elements, such as the ability to see relevant meanings in professional interactions with clients,
27 and the ability of therapists to reflect upon their own personal qualities (McLeod, 2003).
28
29

30 Many studies claim that psychologists and psychotherapists need to receive specific clinical
31 training in order to develop effective counseling and therapy skills to work with LGB clients
32 (Alderson, 2004; Bernstein, 2000; Bidell, 2005, 2011; Godfrey, Haddock, Fisher, & Lund, 2006;
33 Grove, 2009; Israel, Walther, Gortcheva, & Perry, 2011; Kocarek & Pelling, 2003; Long &
34 Serovich, 2003; Matthews, Selvidge, & Fisher, 2005; McGeorge & Toomey, 2013; Rutter Road,
35 Ferguson, & Diggs, 2008). Nevertheless, this clear need for training does not appear in the
36 ethical guidelines and skills of most current graduate programs in psychology (Graham, Carney,
37 & Kluck, 2012). In fact, 72% of graduate psychology students report inadequate preparation
38 during their training to meet the needs of LGB clients (Murphy, Rawlings & Howe, 2002). This
39 lack of preparation is also affirmed by the results of a recent study where 60.5% of psychology
40 students report that they received no training on affirmative practices with LGB clients and,
41 therefore do not feel adequately prepared to work competently with this population (Rock,
42 Carlson, & McGeorge, 2010).
43
44
45
46

47 Beliefs about the etiology of homosexuality (learned or an environmental individual choice) or
48 uncontrollable (biological or genetic) are linked to greater rejection or acceptance of
49 homosexuality, respectively (Haider-Markel & Joslyn, 2008; Costa, Pereira & Leal, 2015).
50 Therefore, beliefs, acceptance, and feelings towards homosexuality seem to have a strong
51 connection with the religious beliefs of each individual, since, in certain religions,
52 homosexuality is seen as immoral and unacceptable (Brown & Henriquez, 2008; Gusmano,
53 Schlesinger, Mark, & Thomas, 2002; Israel & Selvidge, 2003). Political orientation also seems to
54 have a strong role when we speak of acceptance and attitudes towards the LGB population
55 (Weishut, 2000; Brewer, 2003; Brown & Henriquez, 2008; Kreitzer, Hamilton, & Tolbert, 2014),
56
57
58
59
60

1
2
3 with more conservative people tending to be less accepting. These factors demonstrate the
4 importance of exploring how this set of values may or may not influence the therapeutic
5 process.
6

7
8 In the Ibero-American context, studies with therapists and clients show that although, in most
9 cases, there was no explicit intention of changing homosexual orientation, implicitly this intent
10 still exists in some situations (Moita, 2001; 2006). This leads to the necessity of exploring which
11 variables influence the therapeutic process and the therapist-client interaction with LGB
12 people. Gato and Fontaine (2012) conclude that university students of psychosocial areas
13 demonstrate more positive attitudes towards sexual diversity when compared to law or
14 medical students, a result that is corroborated by other studies (Moleiro & Pinto, 2009).
15 However, another study by Costa et al. (2014) shows that, in general, university students
16 possess negative attitudes toward gay and lesbian rights and still retain highly prejudicial and
17 biased attitudes towards this population.
18
19

20
21 Therefore, the objectives of this research are to assess the levels of affirmative competency
22 and practices in a sample of mental health professionals from Ibero-American countries, in
23 order to compare differences regarding gender, country of origin, spiritual beliefs, political and
24 sexual orientation, age, education, marital status, and specific education in regards to LGB
25 clients, with the aim of determining the predictive values between affirmative competence
26 and practices.
27

28 **Method**

29 **Participants**

30
31 The sample consists of 630 participants who identify as mental health professionals
32 (psychologists, psychiatrists, psychotherapists, counselors) from various Ibero-American
33 countries. 145 (23%) are from Portugal, 146 (23.2%) are from Brazil, 120 (19.1%) are from
34 Spain, 59 (6.7%) are from Mexico, 42 (6.7%) are from Argentina and 118 (18.6%) are from
35 other countries including Chile, Bolivia, Colombia, Paraguay, and Venezuela, among others.
36 Participant's ages range from 22 to 75 years old (mean=41.46 years, SD= 12.01). The majority
37 of professionals 417 (66.2%) are female. Regarding marital status 274 (43.5%) are married, 157
38 (24.9%) are single, and 72 (11.4%) say they are in an emotionally committed relationship. In
39 addition, 60 (9.5%) are divorced, 57 (9%) are in a civil union, and 7 (1.1%) are widowed. With
40 regard to levels of educational, 266 (42.2%) participants possess post-graduate education (post
41 graduate certification or a Master's), 160 (25.4%) hold a doctorate, 94 (14.9%) have attended
42 university, 87 (13, 8%) have a Bachelor's degree (BSc), and 14 (2.2%) have post-doctoral
43 training, all in the mental healthcare area.
44
45
46
47
48

49
50 In relation to sexual orientation the vast majority of participants (534, 84.8%) identify as
51 heterosexual, 47 (7.5%) identify as homosexual, and 45 (7.1%) consider themselves to be
52 bisexual. When asked about their religious beliefs, the majority (336, 53.3%) of participants are
53 religious. As for a political orientation, 194 (30.8%) of the participants identify with left-wing
54 parties, 132 (21%) with center/left parties, 42 (6.7%) with centrist parties, 27 (4.3%) with
55 center/right parties, 24 (3.8%) with right-wing parties, 15 (2.4%) with extreme left-wing
56 parties, and only 3 (0.5%) with extreme right-wing parties. 165 (26.2%) participants claim to
57
58
59
60

1
2
3 have no political orientation. Finally, when asked if they have had any training concerning
4 issues of sexual orientation (LGB) throughout their academic career, most of them (385,
5 61.1%) claim to have never undergone any training in this area. The remaining participants
6 (240, 38.1%) assert that they only received some training at a very specific point in their
7 academic career. 74.29% (468) of all participants say that they have already worked with LGB
8 clients in their practice.
9

10 11 12 13 Measures

14
15
16 We designed a socio-demographic questionnaire, in order to characterize the sample under
17 study. Our questionnaire covers information on age, country of residence, gender, marital
18 status, educational level, profession, religious beliefs, political orientation, and specific training
19 on LGB issues, among other factors. To measure the affirmative competence of therapists
20 toward LGB clients, we used the Portuguese and Spanish versions of The Sexual Orientation
21 Counselor Competency Scale (Bidell, 2005), which assesses the attitudes, skills, and knowledge
22 of counselors working with LGB clients. It is a self-rated scale composed of 28 items, each
23 rated on a Likert scale of 7 points, ranging from 1 ("Not true at all") to 7 ("Completely True").
24 Cronbach's alpha shows very good internal consistency ($\alpha = 0.80$) for the scale. This scale
25 consists of three dimensions. The first, "Skills", includes eleven items focusing on LGB
26 affirmative clinical work. The second dimension is "Consciousness of Behavior", which includes
27 ten items that examine LGB self-prejudice and stigmatization. Finally, the third dimension is
28 "Knowledge", which consists of eight items that assess the knowledge of LGB psychosocial
29 issues. From these three dimensions we derive a global measure of Competence, which results
30 from the sum of all items of the scale. Some examples of scale items are: "At this point I do not
31 have the training or the ability to support an LGB client", "The lifestyle of a LGB client is
32 unnatural or immoral", and "There are psychosocial issues that have a different impact on the
33 lives of gay men versus lesbians".
34
35
36
37
38

39
40 In order to measure affirmative practices with LGB clients, i.e. to evaluate the beliefs and
41 behaviors of professionals working with this population, we use the Portuguese and Spanish
42 versions of the "Gay Affirmative Practice Scale", developed by Crisp (2002). This questionnaire
43 consists of 16 items rated on a Likert scale of 5 points, ranging from 1 ("never") to 5
44 ("Always"). The questionnaire is designed only to be completed by professionals who, at some
45 point in their working lives have worked with LGB clients. As for the internal consistency of this
46 instrument, Cronbach's alpha showed very good internal consistency ($\alpha = 0.83$). The scale
47 consists of two dimensions. The first is behavior in practice with LGB clients, and the second
48 concerns beliefs about practice with LGB clients (that are distinct from attitudes about gay and
49 lesbian individuals). We designed a general measure of practices in order to better focus on
50 the general objective of this research, which, in this case, is to assess the overall affirmative
51 practices with LGB clients. Some examples of items appearing on this scale were: "I try to
52 change the sexual orientation of my LGB clients", "I inform my LGB clients about the resources
53 available in the LGB community", and "I show discomfort about LGB issues with my LGB
54 clients".
55
56
57
58
59
60

Procedures

We used the internet to disseminate all measures, contacting mental health professionals from Ibero-American countries via e-mail. All ethical and deontological issues, including informed consent and confidentiality, were preserved. Data collection took place from October 2014 to February 2015, and was aimed at mental health professionals (psychologists, psychiatrists, psychotherapists, etc.) from various countries, including Portugal, Brazil, Spain, Mexico, Argentina, Bolivia, and Paraguay, in addition to other countries in South America. Each participant was instructed to reply to the questionnaires individually, having been previously informed about the purpose and the objectives of the study. The dissemination of the questionnaires was carried out through two different web addresses, one in Portuguese and the other in Spanish. We used SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) to analyze the data.

Results

We computed the total levels of affirmative competence and affirmative practices in order to facilitate data analysis. As can be seen in Table 1, the total mean of affirmative competence is approximately 145. Given that the cut-off point for this scale is 112, it can be said that participants present, on average, good levels of affirmative competence toward LGB clients. Regarding practices, results are similar. Since the cut-off point is 48, and participants score above this value (mean = 69.27), this reflects good general levels of affirmative practices. Thus, it can be said that, in general, the mental health professionals surveyed in the present study demonstrate positive affirmative competence and practices toward LGB clients.

Table 1 – Results for affirmative competence and practices

	Affirmative competence	Affirmative practices
N	630	468
Mean	145.67	69.27
Median	148	71
Mode	157	76
Standard deviation	18.38	8.64
Minimum score	74	32
Maximum score	184	80

When we analyze the results with respect to different age groups (under 40 and over 41 years of age), no statistically significant differences either in the Affirmative Competence Scale ($p = 0.315$) or the Affirmative Practices Scale ($p = 0.442$) are found. This is also the case when comparing men and women, since no statistically significant differences either for the Affirmative Competence Scale ($p = 0.481$) or for Affirmative Practices Scale ($p = 0.258$) are

1
2
3 present. Despite the absence of significant differences, men scored slightly above women in
4 both scales.

5
6 Statistically significant differences for the Affirmative Competence Scale ($p = 0.005$) and the
7 Affirmative Practices Scale ($p = 0.055$) are found when mental health professions have specific
8 training on LGB issues. Therapists who possess specific training about LGB issues have higher
9 scores on both scales, when compared to those who do not have training concerning LGB
10 issues.

11
12
13 With regard to religious beliefs, the results show that statistically significant differences exist
14 for both the Affirmative Competence Scale ($p < 0.001$) and the Affirmative Practices Scale ($p =$
15 0.049), indicating that mental health professionals who have no religious beliefs present higher
16 levels of affirmative competence and affirmative practices.

17
18
19 Statistically significant differences in relation to levels of education were also found for the
20 Affirmative Competence Scale ($p = 0.001$). However, this was not the case for the Affirmative
21 Practices Scale ($p = 0.559$), whose results demonstrate no significant differences based upon
22 levels of education. We can also see that therapists who have post-graduate certifications or
23 degrees, demonstrate higher levels of affirmative competence when working with LGB clients.
24 Political orientation was also explored, and statistically significant differences are seen for both
25 scales ($p < 0.001$), with left-wing oriented professionals scoring higher than those who identify
26 politically with the right.

27
28
29 With regard to the sexual orientation of practitioners, we can see that there are statistically
30 significant differences both in regards to the Affirmative Competence Scale ($p < 0.001$) and the
31 Affirmative Practices Scale ($p = 0.003$). Self-identified homosexual and bisexual participants
32 present higher scores on both scales, when compared to heterosexual participants. No
33 statistically significant differences in both scales are found when comparing participants'
34 countries of origin.

35
36
37 Finally, no statistically significant differences for marital status are found for the Affirmative
38 Competence Scale ($p = 0.419$). However, this is not the case for the Affirmative Practices Scale,
39 where results show statistically significant differences ($p = 0.024$) that indicate that married
40 therapists show lower levels of affirmative competence and practices when working with LGB
41 clients. Divorced participants score higher on the Affirmative Practices Scale. All of these
42 results are shown in Table 2.

Table 2 – Results for affirmative competence and practices between groups

		Competence			Practices		
		M (SD)	t (df)	p	M (SD)	t (df)	p
Age	<40	146.32 (16.83)	1.005 (510)	0.315	68.93 (8.68)	-0.770 (453)	0.442
	>41	144.69 (19.81)			69.56 (8.64)		
Gender	Female	145.16 (18.10)	-0.705 (519)	0.481	68.92 (9.04)	-1.131 (462)	0.258
	Male	146.35 (18.89)			69.88 (7.81)		
LGB Training	Yes	148.63 (18.92)	2.852 (519)	0.005*	70.20 (8.47)	1.921 (465)	0.055
	No	143.90 (17.86)			68.63 (8.70)		
Religious beliefs	Yes	142.58 (20.78)	-4.210 (521)	0.000**	68.55 (9.29)	-1.977 (464)	0.049*
	No	149.26 (14.43)			70.14 (7.74)		
Level of education	University attendance	140.13 (22.22)	4.071 (5;511)	0.001**	67.80 (10.25)	0.787 (5;457)	0.559
	Bachelor's	143.46 (17.72)			69.97 (8.05)		
	Post-graduate	147.02 (16.50)			69.41 (8.71)		
	Ph.D.	148.46 (16.80)			69.98 (7.39)		
	Post-doctoral	129.30 (35.57)			67.33 (8.32)		
Political orientation	Extreme-left	145.31 (12.10)	4.343 (8;512)	0.000**	66.08 (9.47)	4.043 (8;456)	0.000**
	Left	151.40 (15.38)			70.96 (7.73)		
	Center/left	145.27 (18.87)			69.27 (7.78)		
	Centrist	141.14 (24.38)			72.19 (7.37)		
	Center/right	145.30 (18.32)			70.84 (8.44)		
	Right	134.90 (21.51)			65.11 (9.52)		
	Extreme-right	123.33 (8.33)			54.67 (14.01)		
	No political affiliation	143.01 (18.82)			68.36 (9.53)		
	Other	141.21 (14.33)			65.89 (8.14)		
Sexual orientation	Heterosexual	144.02 (18.22)	14.989 (2;518)	0.000**	68.71 (8.74)	5.773 (2;461)	0.003*
	Bisexual	156.56 (12.62)			72.43 (6.01)		
	Homosexual	145.76 (18.34)			72.50 (8.88)		
Country of origin	Portugal	148.51 (15.82)	1.966 (5;513)	0.082	70.45 (7.15)	0.887 (5;457)	0.490
	Brazil	147.20 (18.50)			69.66 (9.60)		
	Spain	146.41 (16.49)			69.00 (8.33)		
	Mexico	142.35 (22.01)			68.74 (8.77)		
	Argentina	144.33 (18.91)			67.17 (7.19)		
	Other	141.89 (19.86)			68.73 (9.78)		
	Marital status	Single			146.26 (18.35)		
Married	144.16 (20.15)	69.25 (8.48)					
Civil Union	148.67 (14.16)	70.26 (8.04)					
Divorced/separated	146.51 (16.90)	72.59 (6.94)					
Widowed	146.20 (12.97)	68.67 (12.61)					
Emotional commitment	146.26 (15.61)	70.21 (8.19)					
Outro	164.33 (6.66)	72.50 (0.71)					

*≤0.5; **≤0.001

Using the linear regression model, the data show that there is a significant predictive value (<0.001) between affirmative competence and practices with LGB clients (Tables 3 and 4). Thus, it is possible to assert that mental health professionals who have affirmative competence will also have affirmative practices.

Table 3 – Results for the linear regression model (affirmative competence)

Affirmative competence		
Variable	Beta	p
Constant		0.000
Age	-0.037	0.411
Gender	0.022	0.619
Marital status	0.003	0.952
Country of residence	-0.123	0.006*
Sexual orientation	0.180	0.000**
Religious beliefs	0.140	0.002*
Political orientation	-0.101	0.023*
Education	0.086	0.050*
Training in LGB issues	-0.146	0.001*

*≤0.5; **≤0.001

Table 4 – Results for the linear regression model (affirmative practices)

Affirmative practices		
Variable	Beta	<i>p</i>
Constant		0.000
Age	0.063	0.196
Gender	0.054	0.262
Marital status	0.099	0.039*
Country of residence	-0.089	0.067
Sexual orientation	0.130	0.007*
Religious beliefs	0.035	0.470
Political orientation	-0.082	0.094
Education	0.025	0.602
Training in LGB issues	-0.104	0.030*

* ≤ 0.5 ; ** ≤ 0.001

Discussion

Based on the overall results of this study, we can see that the mental health professionals surveyed do not have strongly preconceived beliefs about the LGB population. There are several important points to note concerning this study. The most apparent quality is the sample size ($N = 630$), which increases the confidence in the results of the study. In addition, the scales used in this study show good to excellent reliability and validity. Therefore, this study has the potential to significantly influence the field of knowledge in this area.

An overview of the various codes of ethics for mental health professionals in the countries studied found that none of them reference specific interventions in regards to LGB clients. The only reference to this population, although very superficial, is encompassed in a general reference to cultural minorities in the Portuguese Board of Psychologists' code of conduct. It states that psychologists should seek professional and scientific knowledge relevant to intervene ethically and effectively and to tailor their interventions to known factors associated with sexual orientation.

Thus, it is important for mental health professionals to act jointly with each country's mental health association or board to focus more on LGB issues and to develop effective guidelines and investigations to address the lack of information about working with LGB clients. A review of the studies concerning affirmative competence and affirmative practices in therapy with LGB clients demonstrates a high level of disparity among the results of different studies. Since, thus far, no review exists covering the various assessment tools associated with this theme, Bidell and Whitman (2013) developed a review of the development, psychometric properties, limitations, use in research, implications, and recommendations of three scales, which form our basis for measurement. The first scale addressed is the Lesbian, Gay, Bisexual, and Affirmative Counseling Self-Efficacy Inventory (Dillon & Worthington, 2003). The second scale studied is The Sexual Orientation Counselor Competency Scale (Bidell, 2005). The final scale

1
2
3 examined is the LGB Working Alliance Self-Efficacy Scale (Burkard, Pruitt, Medler, & Stark-
4 Booth, 2009).

5
6 Interestingly, our results do not indicate statistically significant differences between the two
7 scales under study among the countries examined, although we would expect some cultural
8 influence on participants' beliefs on a sensitive topic such as sexual orientation. Yet, these
9 relatively homogeneous results can be attributed to the consequences of globalization, which
10 creates the image of a more uniform world, not only in respect to politics and economics, but
11 also in regards to culture (Frois, 2004), science and academics.

12
13
14 It is well established in the literature that conservative religious beliefs are strongly associated
15 with more negative, moralistic, and prejudiced views about matters concerning LGB people
16 (Bowers et al, 2010; Hunsberger & Jackson, 2005; Poteat & Mereish, 2012; Whitley, 2009). Our
17 results illustrate the difficulty some therapists have in reconciling their religious beliefs with
18 the posture of affirmative competence and practices with LGB clients. This is also the case for
19 results with respect to political orientation, which concur with other studies that highlight that
20 possessing left-wing political beliefs is associated with better competence and practices with
21 LGB clients (Weishut, 2000; Brewer, 2003; Brown & Henriquez, 2008; Kreitzer, Hamilton, &
22 Tolbert, 2014).

23
24
25
26 Our results relating to specific training in LGB issues are similar to those of other studies
27 (Bidell, 2012a, 2012b; Israel & Hackett, 2004; Matthews, 2005; Rutter, Road, Ferguson, &
28 Diggs, 2008; Whitman & Bidell, 2014). They emphasize the importance of specific training in
29 LGB topics during the academic/training path of any mental health professional, since those
30 who demonstrate higher affirmative competence and practices have undergone specific
31 training on LGB issues. This is because professionals who have specific training about LGB
32 clients have more knowledge and skills in relation to the subject. In turn, this enables them to
33 be more effective when working directly with this population, especially when their training
34 includes role-playing or case discussions with LGB clients. Thus, this particular training could
35 lead to significant improvements in the capacities of future professionals to provide
36 competent counseling services for the LGB population.

37
38
39
40
41 LGB people, in addition to confronting the same societal difficulties heterosexual people face,
42 are also subject to additional discrimination, oppression, stigma, and isolation. It is naturally
43 difficult for any individual who has suffered this type of homophobia to confide in any
44 therapist, as there is no guarantee of openness and empathy. Therefore, the challenges and
45 characteristics of conducting psychological consultations with LGB clients are extremely
46 relevant to any mental health professional, in order to allow clients to access a non-
47 discriminatory professional practice. Thus, intervention with LGB clients implies an affirmative
48 approach that recognizes the existence of social discrimination against sexual minorities and
49 seeks permanent training to creatively and actively deal with the specific issues that LGB
50 clients may present. In the interest of maximizing the chances of success, it is essential that
51 clinicians are able to respond to the high expectations that LGB clients can bring to the
52 therapeutic process (Menezes & Costa, 1992).

53
54
55
56 Among the various qualities of competence described as fundamental for mental health
57 professionals working with LGB clients, we highlight the following: the capacity to analyze their
58
59
60

1
2
3 own values, attitudes, and lifestyle; knowledge of the stressors common to LGB people;
4 knowledge about developmental models of homosexual identity; and expertise on how to
5 appropriately carry out differential diagnoses (Moita, 2001). Previous research highlights the
6 negative impacts that a lack of education on LGB issues can have on mental health
7 professionals' clinical approaches and practices when working with LGB patients. Due to this
8 lack of awareness, in some cases, therapists mistakenly report that there are no differences
9 between their approaches to heterosexual and homosexual clients (Biechele, 1996). In studies
10 where the experimental design allows for the correlation of the assessment of therapists'
11 affirmative practices and their sexual identity, therapists who score more positively are
12 women, gay men, and heterosexual females. Straight male therapists are most likely to reject
13 LGB clients (Sorensen & Roberts, 1997; Liddle, 1997). Similarity in terms of sexual orientation
14 between clients and therapists is sometimes associated with a positive assessment. However,
15 several authors point out that this similarity is neither necessary, nor a guarantee of a positive
16 assessment. The kind of treatment practices therapists implement and the perception that
17 clients have of therapists' interpretation of their sexual orientation are more important than
18 the sexual orientation of the therapist (Liddle, 1997; Stein and Cohen 1986).
19

20
21
22
23
24 There are three potential limitations that are important to discuss. While our intention was to
25 recruit a sample that would allow us to generalize the affirmative competence and practices of
26 the entire population of psychotherapists, the controversial nature of the subject may have
27 influenced those who chose to participate. Therefore, it is not clear if our results reflect the
28 general beliefs of all mental health professionals. Another possible limitation is the fact that
29 the scales used to measure affirmative competence and practices of participants focus on
30 perceptions, which is not the same as measuring their actual competence and practices.
31 Therefore, it is possible that the participants believe that they are competent and have
32 affirmative practices in the treatment of LGB clients; however, in clinical practice this may not
33 be the case. Thus, it is important for future research to determine the real level of competence
34 and clinical practice of mental health professionals when working with LGB clients. One way to
35 overcome this limitation would be to interview LGB clients about the quality of services they
36 received and how they would rate their therapists. The scarcity of published articles on this
37 topic and the lack of focus on affirmative intervention with sexual minorities constitute a
38 limitation as well. In fact, since only about 2% of studies place a significant focus on LGB clients
39 (Alderson, 2004), our research is an important contribution to this field.
40
41
42
43

44
45 Our research forces us to recall some of the relevant ethical principles on the issue of sexual
46 orientation developed by the American Psychological Association (2000) that should be
47 adopted by mental health professionals. These principles address attitudes towards
48 homosexuality and bisexuality, relationships and families, diversity, and education.
49 Furthermore, these principles indicate that mental health professionals should understand
50 that homosexuality and bisexuality are not indicators of mental illness, and should seek to
51 understand how various forms of social stigma (e.g. prejudice, discrimination, and violence)
52 may endanger the mental health and well-being of LGB clients. In addition, therapists should
53 seek to understand how inaccurate and prejudiced views about homosexuality and bisexuality
54 may affect their client in terms of their treatment and the therapeutic process, and should
55 seek to understand and respect the importance of relationships for LGB people. Finally, mental
56 health professionals should support education and training on issues related to sexual
57
58
59
60

1
2
3 orientation, seeking to increase their knowledge about these issues through continuous
4 training and familiarity with relevant clinical and educational resources in the area of mental
5 health in the LGB community.
6

7
8 There are many studies that suggest that therapists without any special training or without
9 intervention experience in regards to LGB clients should be encouraged to seek further training
10 to increase their effectiveness when working with LGB individuals. This research emphasizes
11 the necessity of training on LGB issues for mental health professionals, supervisors, therapists,
12 administrative staff, and other service providers, even apart from mental health professionals.
13 This type of training can be particularly useful in creating an organizational climate that meets
14 the needs of LGB clients. Since counseling is not something that happens just between two
15 people, but is instead a social institution embedded in the culture of industrialized and modern
16 societies (McLeod, 2003), for the therapeutic process to be effective, it is important that
17 mental health professional feel confident in their abilities to work with this population in
18 particular. In turn, this leads us to believe that institutions of higher education, which are
19 responsible for developing curricula for mental health students, should provide the theoretical
20 groundwork to understand affirmative competence and practices, in order to allow future
21 professionals to acquire counseling skills, to work on self-consciousness, to explore
22 professional issues, and to receive supervised practice on issues related to LGB clients.
23
24
25
26
27

28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

References

- Alderson, K.G. (2004). A different kind of 'outing': Training counsellors to work with sexual minority clients. *Canadian Journal of Counselling*, 38 (3), 193_210.
- American Counseling Association. (2005). *ACA code of ethics*. Alexandria, VA: Author.
- American Psychological Association (2000). *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay and bisexual clients*. Retrieved on April 2015 from <http://www.apa.org/pi/lgbcc/publications/guidelines.html>
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060–1073.
- American Psychological Association. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Author.
- Bayer, R. (1987). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. New Jersey: Princeton University Press.
- Bernstein, A. C. (2000). Straight therapists working with lesbians and gays in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 443–454.
- Bidell, M. (2005). The Sexual Orientation Counselor Competency Scale: Assessing Attitudes, Skills, and Knowledge of Counselors Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Counselor EducaUon & Supervision* ,44, 267-279
- Bidell, M. (2011). Examining School Counseling Students Multicultural and Sexual Orientation Competencies Through a Cross-Specialization Comparison, *Journal of Counseling & Development*, 90, 200-207
- Bidell, M. P. & Whitman, J. S. (2013). A Review of Lesbian, Gay, and Bisexual Affirmative Counseling Assessments. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 4 (2), 112-126.
- Bidell, M. P. (2012a). Addressing disparities: The impact of a lesbian, gay, bisexual, and transgender graduate counselling course. *Counselling and Psychotherapy Research Journal*, 1–8.

- 1
2
3 Bidell, M. P. (2012b). Examining school counseling students' sexual orientation and
4 multicultural competencies through a cross-specialization comparison. *Journal of*
5 *Counseling & Development, 90*, 200–207.
- 6 Biechele, U. (1996). Psychoterapy For Lesbian and Gay Clients: A Regional Survey. *The*
7 *Association of Lesbian and Gay Psychologists Europe Newsletter, 5* (2), pp. 14-16.
- 8 Borges, K. (2009). *Terapia Afirmativa: uma introdução à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e*
9 *bissexuais*. São Paulo, Brasil: Edições GLS.
- 10 Bowers, R., Minichiello, V., & Plummer, D. (2010). Religious attitudes, homophobia, and
11 professional counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4*, 70–91.
- 12 Brewer, P. (2003). Values, Political Knowledge, and Public Opinion about Gay Rights: A
13 Framing-Based Account. *Public Opinion Quarterly, 67*(2), 173–201.
- 14 Brown, M. & Henriquez, E. (2008). Socio-demographic predictors of attitudes towards gays and
15 lesbians. *Individual Differences Research, 6*(3), 193-202.
- 16 Carroll, L. (2010). *Counselling Sexual and Gender Minorities*. Columbus: Merrill.
- 17 Costa, P.; Almeida, R.; Anselmo, C.; Ferreira, A.; Pereira, H. & Leal I. (2014) University Students'
18 Attitudes Toward Same-Sex Parenting and Gay and Lesbian Rights in Portugal. *Journal*
19 *of Homosexuality, 61*, 1667–1686
- 20 Crisp, L. C. (2002). *Beyond Homophobia: Development and Validation of the Gay Affirmative*
21 *Practice Scale* (Dissertation). University of Texas at Austin, Austin, Texas, USA.
- 22 Fróis, k. P. (2004). Globalização e cultura a identidade no mundo de iguais. *Cadernos de*
23 *pesquisa interdisciplinar em Ciências Humanas, 5* (62).
- 24 Gato, J., & Fontaine, M. (2012). Atitudes face à diversidade sexual no contexto psicossocial,
25 jurídico, da saúde e educativo. *Exedra, (6)* 81 –104.
- 26 Gato, J., Carneiro, N. & Fontaine A. M. (2011). Contributo para uma Revisitação Histórica e
27 Crítica do Preconceito contra as Pessoas não Heterossexuais, *Crítica e Sociedade:*
28 *Revista de Cultura Política, 1*, 139 – 167.
- 29 Godfrey, K., Haddock, S. A., Fisher, A., & Lund, L. (2006). Essential training components of
30 curricula for preparing therapists to work with lesbian, gay, and bisexual clients: A
31 delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*(4), 491–504.
- 32 Grove, J. (2009). How competent are trainee and newly qualified counsellors to work with
33 Lesbian, Gay, and Bisexual clients and what do they perceive as their most effective
34 learning experiences? *Counselling and Psychotherapy Research, 9*(2), 78-85.
- 35 Gusmano, M., Schlesinger, M, & Thomas, T. (2002). Policy Feedback and Public Opinion: The
36 Role of Employer Responsibility in Social Policy. *Journal of Health Politics, Policy and*
37 *Law, 27*(5), 731–772. doi:10.1215/03616878-27-5-731
- 38 Haider-Markel, D. P., & Joslyn, M. R. (2008). Beliefs about the origins of homosexuality and
39 support for gay rights. *Public Opinion Quarterly, 72*, 291–310.
- 40 Hansen, N., Pepitone-Arreola-Rockwell, F., & Greene, A. F. (2000). Multicultural competence:
41 Criteria and case examples. *Professional Psychology: Research And Practice, 31*(6), 652-
42 660.
- 43 Hunsberger, B., & Jackson, L. M. (2005). Religion, meaning, and prejudice. *Journal of Social*
44 *Issues, 61*, 807–826. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00433.x
- 45 Israel, T. & Selvidge, M. (2003). Contributions of multicultural counsel- Ing to counselor
46 competency with lesbian, gay, and bisexual clients. *Journal of Multicultural Counseling*
47 *and Development, 31*, 84-97.
- 48 Israel, T., & Hackett, G. (2004). Counselor education on lesbian, gay and bisexual issues:
49 Comparing information and attitude exploration. *Counselor Education and Supervision,*
50 *43*, 179–191.
- 51 Israel, T., Walther, W., Gortcheva, R. & Perry, J. (2011). Policies and Practices for LGBT Clients:
52 Perspectives of Mental Health Services Administrators. *Journal of Gay & Lesbian*
53 *Mental Health, 15*, 152–168.
- 54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 Johnson, S. D. (2013). *Assessing Self-Efficacy of Cultural Competence with Lesbian, Gay, and*
4 *Bisexual Clients: A Comparison of Training Methods with Graduate Social Work*
5 *Students* (Dissertation). University of Kentucky, Lexington, Kentucky, USA.
- 6 Kocarek, E., & PeHng, J. (2003). Beyond knowledge and awareness: Enhancing counselor skills
7 for work with gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Multicultural Counseling and*
8 *Development, 31*, 99-112
- 9 Kreitzer, R.; Hamilton, A. & Tolbert, C. (2014). Does Policy Adoption Change Opinions on
10 Minority Rights? The Effects of Legalizing Same-Sex Marriage. *Political Research*
11 *Quarterly, 67*, 795-808
- 12 Liddle, B. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counselling practices as they relate
13 to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology,*
14 *43* (4), 394-401.
- 15 Liddle, B. (1997). Gay and lesbians client's selection as therapists and utilization of therapy.
16 *Psychotherapy, 34* (1), 11-18.
- 17 Long, J. K., & Serovich, J. M. (2003). Incorporating sexual orientation into MFT training
18 programs: Infusion and inclusion. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(1), 59-67.
- 19 Matthews, C. (2005). Infusing lesbian, gay, and bisexual issues into counselor education.
20 *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development, 44*, 168-184.
- 21 Matthews, C., Selvidge, M., & Fisher, K. (2005). Addictions counselors' attitudes and behaviors
22 toward gay, lesbian, and bisexual clients. *Journal of Counseling and Development, 83*,
23 57- 65.
- 24 McGeorge, T. & Toomey. R. (2013). Establishing the validity of the affirmative training
25 inventory: assessing the relationship between lesbian, gay, and bisexual affirmative
26 training and students' clinical competence, *Journal of Marital and Family Therapy,*
27 *39*(2), 209-222
- 28 McLeod, J. (2003). *An introduction to counselling* (3^a ed.). Londres, Inglaterra: Open University
29 Press
- 30 Menezes, I. & Costa, M. (1992). Amor entre Iguais: A psicoterapia da diferença. *Cadernos de*
31 *Consulta Psicológica, 8*, 79-84
- 32 Moita, G. (2001). *Discursos sobre a Homossexualidade no Contexto Clínico: A*
33 *Homossexualidade de dois lados do espelho* (Dissertação). Universidade do Porto:
34 Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- 35 Moita, G. (2006). A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos.
36 *Revista Crítica de Ciências Sociais, 76*, 53-72.
- 37 Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e Psicoterapia: Expectativas e Experiências de
38 pessoas LGBT acerca das Competências Muticulturais de Psicoterapeutas. *Ex Aequo,*
39 *20*, 159 -172.
- 40 Murphy, J. A., Rawlings, E. I., & Howe, S. R. (2002). A survey of clinical psychologists on treating
41 lesbian, gay, and bisexual clients. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*,
42 183-189.
- 43 National Association of Social Workers. (2007). *Indicators for the achievement of NASW*
44 *standards for cultural competence in social work practice*. Washington, DC: National
45 Association of Social Workers.
- 46 Pope, K.S., Sonne, J. L. & Holroyd, J (2000). *Sexual Feelings In Psychotherapy*. Washington:
47 American Psychological Association.
- 48 Poteat, V. P., & Mereish, E. H. (2012). Ideology, prejudice, and attitudes toward sexual minority
49 social policies and organizations. *Political Psychology, 33*, 211-224.
- 50 Rock, M., Carlson, T. S., & McGeorge, C. R. (2010). Does affirmative training matter? Assessing
51 CFT students' beliefs about sexual orientation and their level of affirmative training.
52 *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(2), 171-184.
- 53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 Rutter, P. A., Estrada, D., Ferguson, L. K., & Diggs, G. A. (2008). Sexual orientation and
4 counselor competency: The impact of training on enhancing awareness, knowledge
5 and skills. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 2*, 109–125.
- 6 Sorensen, L. & Roberts, S. (1997). Lesbian Uses Of and Satisfaction With Mental Health
7 Services: Results From Boston Lesbian Health Project. *Journal of Homosexuality, 33* (1),
8 35-49.
- 9 Stein, G. L. & Bonick, K. A. (2001). Physician-patient Relationship Among the Lesbian and Gay
10 Community. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 5*(3), 87-93.
- 11 Sue, D.W., Bernier, J.E., Durran, A., Feinber, L., Pedersen, P., Smith, E.J., & Vasquez-Nuttal, E.
12 (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *Counseling*
13 *Psychologist, 10*, 45-52.
- 14 Vázquez-Rivera, M., Martínez-Taboas, A., Toro-Alfonso, J., Francia, M., Nazario-Serrano, J.,
15 Lespier, Z.; . . . Santiago, G. (2014). *Estándares para el Trabajo e Intervención en*
16 *Comunidades Lesbianas, Gay, Bisexuales e Identidades Trans (LGBT)*. San Juan, PR:
17 Asociación de Psicología de Puerto Rico.
- 18 Weishut, D. (2000). Attitudes toward homosexuality: An overview. *Israel Journal of Psychiatry*
19 *and Related Sciences, 37*(4), 308–319.
- 20 Whitley, B. E., Jr. (2009). Religiosity and attitudes toward lesbians and gay men: A meta-
21 analysis. *International Journal for the Psychology of Religion, 19*, 21–38.
- 22 Whitman, J. S. & Bidell, M. P. (2014). Affirmative Lesbian, Gay, and Bisexual Counselor
23 Education and Religious Beliefs: How Do We Bridge the Gap? *Journal of Counseling &*
24 *Development, 92*, 162-169.
- 25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60