

Linee Guida per il lavoro psicologico con persone omosessuali: questioni etiche e deontologiche.

Premessa

Fino agli inizi del '900 è stato prevalente il paradigma di identificazione dell'omosessualità con una patologia psichiatrica: sulla base di tale modello, le persone omosessuali venivano considerate degli "invertiti". Per lungo tempo, l'atteggiamento socio-culturale eterosessista¹ e la conseguente discriminazione nei confronti delle persone omosessuali hanno contribuito a radicalizzare le convinzioni di medici e psichiatri, alimentandosi vicendevolmente. In seguito ai mutati scenari socio-culturali, ricerche realizzate negli Stati Uniti intorno agli anni '50, '70 e '80 (tra le prime troviamo: Kinsey et al., 1948; Kinsey et al., 1953; Hooker, 1957) hanno contribuito ad apportare un'iniziale modifica a tali convinzioni: l'omosessualità ha cominciato ad essere interpretata come una realtà molto più complessa di quanto prima si fosse immaginato. Tali ricerche, che hanno messo a confronto persone omosessuali e persone eterosessuali, hanno permesso di scartare l'ipotesi che l'omosessualità fosse di per sé un disturbo mentale tanto che nel 1973 l'American Psychiatric Association (APA) inserisce una modifica sostanziale nel Manuale Diagnostico e Statistico delle malattie mentali (DSM): elimina la diagnosi di "omosessualità egosintonica", cioè non vissuta come traumatica e accettata dal soggetto. Nel 1987 abolisce anche la diagnosi di "omosessualità egodistonica", dove l'orientamento omosessuale è indesiderato e vissuto in modo conflittuale. Viene così riconosciuto il legame tra la non accettazione del proprio orientamento sessuale e l'interiorizzazione dell'ostilità sociale. L'eliminazione dell'omosessualità dalla lista dei disturbi mentali, insieme con una crescente accettazione da parte della comunità, ha gradualmente portato, almeno nel mondo occidentale, ad un atteggiamento più illuminato nei confronti delle questioni riguardanti la sessualità e l'orientamento sessuale. Attualmente, un'ampia serie di stili di vita alternativi e di sfumature dell'espressione sessuale è in molti paesi considerata condivisibile².

In parallelo con il progressivo abbandono da parte del Manuale Diagnostico Statunitense di un modello prevalentemente biologico-organicistico in favore dell'adozione di un modello "bio-psico-sociale" integrato, l'omosessualità ha finito per non essere più considerata una caratteristica psicologica connotata da un intrinseco significato patologico. Dal 1973, tuttavia, sono dovuti trascorrere quasi venti anni prima che la decisione dell'APA venisse ufficialmente condivisa anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), adeguatasi solo nel 1990. Più recentemente, sono stati mossi i passi nella direzione di un approccio fenomenologico e sociologico all'omosessualità. Per esempio, il filone degli studi "*sex & gender*"³ radica il nuovo paradigma interpretativo dell'omosessualità nell'ambito della riflessione sul concetto di genere non più riferito alla biologia, quanto piuttosto concepito come costruzione sociale che si origina nell'evoluzione della cultura umana (Lorber, 1994). La circolazione di tali ricerche, in Italia, appare ancora limitata e ancora più circoscritto è il dibattito che hanno stimolato.

Sebbene il tema dell'omosessualità resti ancora largamente ignorato all'interno del mondo accademico, in ambito clinico sono sempre di più gli psicologi e gli psicoterapeuti alle prese con

¹ Herek G.M. (1996) in *Heterosexism and Homophobia* illustra la tesi secondo la quale, nella civiltà occidentale, l'eterosessualità è elemento normativo (eteronormatività) e centrale all'interno della cultura e della società (eterocentrismo), ragion per cui l'omosessualità è frequentemente svalutata e denigrata (eterosessismo).

Herek G. M. (1990), *The Context of Anti-Gay Violence: Notes on Cultural and Psychological Heterosexism*, Journal of Interpersonal Violence, 5 (3), pp. 316-333.

² E' necessario, tuttavia, rilevare che sono ancora numerosi gli Stati che sanzionano l'omosessualità attraverso pene detentive, punizioni corporali o persino sentenze capitali (per approfondimenti vedi Reim Riccardo, Di Nola Laura, Veneziani Antonio (1979) *Pratiche innominabili. Violenza pubblica e privata contro gli omosessuali*; Amnesty International (2003) *Identità negata. La discriminazione sessuale nel mondo*, EGA Editore)

³ Stoller R.J. (1968) in *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity* propone una distinzione tra sesso e genere, intendendo con il termine "genere" l'insieme delle componenti psicologico-culturali maschili e femminili presenti in una persona che possono essere del tutto indipendenti dal sesso biologico. Si consiglia per approfondimenti: Cirrus Rinaldi (2009) *Deviazioni, Devianza, devianze, divergenze*, XL Editore

persone gay⁴ e lesbiche in cerca di un sostegno psicologico. Di conseguenza, in modo sostanzialmente autonomo rispetto a questa vera e propria “rivoluzione culturale” compiutasi negli ultimi trent’anni, gli operatori della salute mentale hanno iniziato a interrogarsi, in ambito internazionale, sugli aspetti fondamentali e maggiormente condivisi della propria etica professionale e sulle conseguenti normative deontologiche.

Sensibilizzare gli psicologi sulle tematiche inerenti il “mondo omosessuale” significa contrastare i processi di pensiero stereotipati nonché prevenire le pratiche discriminatorie. Lo psicologo non può considerare l’omosessualità come una patologia ma deve necessariamente concepirla come una varietà naturale dell’espressione erotica ed affettiva, onde evitare di esporre persone che abbiano un orientamento omosessuale ad un eventuale aumento del disagio emotivo. A tale scopo, il *Gruppo di Lavoro “Identità di Genere: sviluppo e psicopatologia”* - promosso dall’Ordine degli Psicologi della Campania – ha pensato di poter offrire un contributo utile a tutti coloro che operano in ambito psicologico e che entrano in contatto con persone omosessuali, provvedendo all’elaborazione di “*Linee Guida*” che intendono informare e facilitare un continuo e sistematico sviluppo della professione.

Le informazioni in esse contenute potranno altresì essere utilizzate da quanti volessero chiarire dubbi o incertezze che inerenti loro stessi o i loro familiari.

Il lavoro qui esposto prende spunto da un precedente progetto portato avanti dall’Australian Psychological Society (APS) che, nel 2001, ha pubblicato sulla rivista “INPSYCH” le “Guidelines for Psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients”⁵ (recentemente rivisitate dall’APS nell’aprile 2009⁶). Nelle Linee Guida pubblicate dall’APS, da sempre in linea con le posizioni dell’APA, si sottolineava come, sebbene non si dovesse considerare l’omosessualità un disturbo mentale, tuttavia, fosse necessario riconoscerne le delicate e molteplici peculiarità e come, di conseguenza, nascesse l’esigenza di un’adeguata formazione per gli psicologi, sempre più spesso coinvolti in questa realtà.

Le Linee Guida attualmente proposte dal *Gruppo di Lavoro “Identità di Genere: sviluppo e psicopatologia”*, ispirandosi a questa interessante pubblicazione, intendono offrire ai colleghi italiani un valido strumento di confronto con le complesse tematiche inerenti l’orientamento sessuale.

Diversamente dai colleghi australiani, tuttavia, si è preferito non includere la “categoria” delle persone bisessuali. Si ritiene, infatti, che la *bisessualità*⁷ necessiterebbe di una trattazione a sé dal momento che non presenta le stesse peculiarità riguardanti le persone gay e quelle lesbiche. Si è del parere, inoltre, che in un percorso di formazione/informazione possa essere più utile mettere in risalto le possibili differenze esistenti tra le persone, piuttosto che tendere ad una generalizzazione che necessariamente finisce con l’ignorare delicate sfumature che possono celare significati rilevanti.

Le Linee Guida per il lavoro psicologico con persone omosessuali sono state organizzate in 4 sezioni:

- 1. Lo psicologo ed i clienti omosessuali.**
- 2. Le relazioni familiari e sociali.**
- 3. Aspetti etici e deontologici.**

⁴ Il termine GAY, secondo alcuni, potrebbe essere l’acronimo di “good as you” che, in italiano, corrisponde a “buono come te”, “valido come te”. Tale era lo slogan gridato ai poliziotti dagli omosessuali che resistero all’arresto, in un celebre episodio – che segnò l’inizio della ribellione degli omosessuali alla repressione e la nascita dell’orgoglio gay – avvenuto nel giugno del 1969 allo Stonewall Inn, un bar del Greenwich Village di New York. Secondo altri, tuttavia, tale riferimento sembrerebbe essere solo una “legenda metropolitana”.

⁵ Guidelines for Psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients; in “IN PSYCH” February 2001.

⁶ <http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/highlights2009/#s2>

⁷ Citando Lingiardi: *Il termine “Bisessuale” per definizione sconfinante, si sfrangia in varie specificazioni identitarie, dal momento che alcuni si autodefiniscono “bisessuali con identificazione etero” altri “bisessuali con identificazione gay” altri ancora “bisessuali e basta”. Molti bisessuali si lamentano del fatto che il predominio della categoria etero/omo li costringa a confrontarsi proprio con quella cornice binaria che cercano di evitare (Layton, 2000; Young-Bruhel, 2001). In effetti il concetto stesso di bisessualità sfida le categorie reificate e il loro insufficiente valore descrittivo rispetto alle fantasie e ai desideri di un individuo (Lingiardi, 2006, p. 18)*

4. La formazione.

1. Lo psicologo ed i clienti omosessuali.

1.1 La comprensione degli atteggiamenti sociali verso l'omosessualità.

Come premessa, si ritiene opportuno rilevare quanto la condizione delle persone omosessuali appaia diversa da quella vissuta da altre minoranze (razziali, etniche, religiose, ecc.) vittime di diverse forme di stigmatizzazione e sottoposte a situazioni stressanti ed atti discriminatori. L'intrinseca invisibilità delle persone omosessuali o il volontario nascondimento del proprio orientamento sessuale, infatti, le rende ancora più vulnerabili e più difficoltoso il ricorso alle tradizionali strategie difensive adottate da altri gruppi o minoranze per alleviare lo stress, per trovare sostegno sociale nella comunità di appartenenza e per affermare i valori e la cultura specifici della minoranza nella quale si riconoscono⁸.

Gli atteggiamenti sociali verso il sesso e il genere, in ogni individuo, si sviluppano nel corso del processo di socializzazione primaria e secondaria ed appaiono in relazione con la costruzione dell'identità maschile o femminile e del rapporto tra i sessi. Sono, dunque, generalmente appresi acriticamente e interiorizzati molto presto nelle prime fasi della vita e ancor prima che un individuo abbia riconosciuto il proprio orientamento sessuale. All'interno della società italiana, è possibile rintracciare una vasta gamma di atteggiamenti nei confronti delle persone omosessuali che talvolta affrontano un cammino molto difficile e problematico, attraverso il quale sviluppare la propria identità, riconoscere il proprio orientamento sessuale nonché svelarlo agli altri⁹. Crescendo in una società in cui la cultura dominante è in larga parte "eteronormativa", le persone omosessuali finiscono spesso col considerare l'eterosessualità come l'unico modo corretto di essere. Quando le persone omosessuali cominciano a diventare consapevoli del proprio orientamento sessuale possono sperimentare nei propri confronti gli stessi atteggiamenti che hanno interiorizzato, complicando il processo di accettazione di sé. Di conseguenza, una volta riconosciuto il proprio orientamento sessuale, possono avvertire sentimenti di bassa autostima. Soprattutto per coloro che si trovano agli inizi del processo di acquisizione di consapevolezza del proprio orientamento sessuale, e in generale per chi non è capace di gestire efficacemente lo stigma sociale associato all'identità gay o lesbica, la percezione di un ambiente repressivo può portare ad interiorizzare pensieri e sentimenti negativi nei confronti dell'omosessualità.

L'interiorizzazione dell'omofobia da parte delle stesse persone omosessuali può considerarsi come contrappunto alla "omofobia esterna" delle persone eterosessuali. Il termine "omofobia" fu coniato da Weinberg (1972) che lo adoperò per indicare sia la "paura degli eterosessuali di trovarsi a stretto contatto con gli omosessuali", sia il "disgusto per se stessi" (self-loathing) degli omosessuali. L'introduzione di tale concetto, nella sua duplice valenza, ebbe negli anni '70 una funzione pionieristica nelle scienze sociali che si occupavano di omosessualità. Gli atteggiamenti negativi nei confronti delle persone omosessuali, d'altra parte, non sono necessariamente irrazionali o il riflesso di una paura, ma possono anche essere il risultato di scelte intenzionali finalizzate a imporre valori culturali e religiosi. Il termine "omofobia" è stato largamente utilizzato nella letteratura scientifica e occupa un posto specifico e definito all'interno delle scienze sociali. Nell'uso più comune, piuttosto che denotare fobia o paura verso le persone omosessuali, allude ad un atteggiamento negativo o di rifiuto verso l'omosessualità. Le variabili demografiche, sociali e psicologiche, associate ad un atteggiamento "omonegativo" nelle persone con orientamento eterosessuale, sono numerose e comprendono al loro interno un'età avanzata e un basso livello d'istruzione, scarsi contatti con persone omosessuali, un atteggiamento conservatore rispetto ai ruoli

⁸ Per approfondimenti si consiglia di consultare Lingiardi V. (2007) *Citizen Gay: Famiglie, diritti negati, salute mentale*.

⁹ Ripresa da mondo anglosassone, l'espressione "coming out", è generalmente utilizzata per indicare la decisione di dichiarare apertamente la propria omosessualità o la propria identità di genere.

di genere e un forte indottrinamento religioso. Gli effetti delle dinamiche sociali incidono profondamente sulla qualità della vita delle persone omosessuali.

L'espressione specifica di "omofobia interiorizzata" (Internalized Homophobia), quindi, si riferisce alla presenza di atteggiamenti negativi nei confronti della propria omosessualità e di conseguenza ad una percezione di sé tendenzialmente svalutante. Esiste, comunque, una grande variabilità nell'intensità con cui si può vivere l'omofobia interiorizzata in quanto sono numerosi i fattori che ne possono determinare l'origine. Tra questi, si evidenziano variabili sociali (l'area geografica di provenienza, il contesto urbano o rurale di residenza, l'etnia, il livello di istruzione, la classe sociale di appartenenza), variabili familiari (il livello di omofobia dei genitori e di altre figure che occupano un posto di rilievo nel contesto familiare) nonché variabili psicologiche personali (la bassa autostima, la vulnerabilità ai condizionamenti ambientali, le strategie difensive adottate).

Il legame tra l'omofobia interiorizzata e il disagio psicologico sintomatico delle persone omosessuali attiene, quindi, al processo di formazione dell'orientamento sessuale e sembra operare principalmente attraverso la bassa autostima e la percezione dell'assenza di un sostegno sociale¹⁰. Sembra opportuno, pertanto, che il lavoro psicologico con le persone omosessuali consideri l'elaborazione dei vissuti connessi ad un'eventuale presenza, nel contesto sociale, di atteggiamenti negativi nei confronti della omosessualità come dei vissuti legati alla presenza di un'omofobia interiorizzata. Ciò è vero soprattutto per le persone omosessuali più giovani, che potrebbero avere necessità di essere maggiormente sostenute nella fase di sviluppo della loro specifica identità¹¹.

1.2 L'Orientamento Sessuale dello Psicologo

Una variabile importante da tenere in considerazione potrebbe riguardare, inoltre, l'orientamento sessuale dello psicologo. Spesso viene dato per scontato che uno psicologo debba essere sempre ed esclusivamente eterosessuale.

Uno studio effettuato nel 1981 da Atkinson, Brady e Casas, tuttavia, mise in evidenza come i terapeuti che dichiaravano la propria omosessualità venissero giudicati in modo più favorevole dai loro clienti omosessuali.¹² Secondo tali autori, quindi, può essere rilevante la condivisione dello stesso orientamento sessuale da parte dello psicologo e del cliente: in tal senso, lo psicologo

¹⁰ Secondo Shildo (1994), gli atteggiamenti sociali negativi svolgono un ruolo cruciale nel funzionamento psicologico delle persone omosessuali e risultano un'area ineludibile da affrontare nel corso di una psicoterapia con clienti omosessuali.

¹¹

Secondo alcuni autori, l'individuo percorrerebbe per sviluppi e stadi necessari la scoperta e consapevolezza della propria identità. Lo stadio finale di questo processo di presa di consapevolezza sarebbe costituito dall'acquisizione di un'identità omosessuale risultante dall'integrazione o sintesi con la più generale identità personale (Cass, 1979; Coleman, 1981; Martin, 1991; Minton e MacDonald, 1984; Troiden, 1989). Tali modelli possono rappresentare una griglia utile per lo psicologo perché, in un certo qual modo, forniscono possibilità di categorizzare, predire, articolare e "normalizzare le esperienze comuni nello sviluppo e nella gestione di identità stigmatizzate" (McCarn e Fassinger, 1996: 508).

¹²

Isay (1989), ancor più che essere sostenitore dell'approccio affermativo* [*vedi anche note 15 e 16], sostiene l'importanza di poter sempre garantire una "buona terapia", a prescindere dall'orientamento sessuale dello stesso terapeuta che, seppur omosessuale, potrebbe essere egli stesso ostacolato dai propri conflitti e da una omofobia interiorizzata tanto da non riconoscere tali fattori nella vita dei suoi pazienti. Raccomanda, pertanto, alle persone gay/lesbiche di prestare molta attenzione nella scelta del proprio terapeuta per evitare il rischio di incorrere in terapeuti "omofobi" :

[p.111, trad. it 1996] *"Il terapeuta deve essere in grado di fornire una possibilità di rispetto e di affermazione, se vuole creare un'atmosfera in cui il paziente possa con sicurezza proiettare, riconoscere, comprendere e dipanare l'immagine di sé negativa che ha acquisito a partire dalle esperienze e relazioni infantili. Un terapeuta che non accetta l'omosessualità del suo paziente rinforzerà quelle immagini precoci che si riflettono sull'autodenigrazione e negli atteggiamenti paranoici, masochisti o sadici e che interferiscono con la capacità del paziente di vivere esperienze e relazioni in modo più positivo.*

[p. 112, trad. it 1996]: (...) *"Tuttavia, nella psicoterapia dei gay, non sono necessarie né indicate delle modifiche tecniche per quanto riguarda l'alleanza terapeutica e il rispetto."*

[p. 115, trad. it 1996]: (...) *"Oggi i terapeuti più orientati a vedere le cose in questo modo sono di solito omosessuali, sebbene nulla garantisca che un terapeuta gay non possa essere egli stesso ostacolato dai suoi conflitti precoci e dall'interiorizzazione dell'omofobia. [...] possono non arrivare a comprendere la loro omofobia interiorizzata e non riconoscere questo fattore nella vita dei loro pazienti."*

rappresenterebbe un modello positivo e potrebbe essere importante per un cliente, che si è sempre sentito “diverso” dagli altri, potersi riconoscere ed identificare con il professionista a cui si è affidato. Altre ricerche, invece, sembrano mostrare come l'orientamento sessuale dello psicologo, a meno che i problemi portati non abbiano natura prettamente sessuale, non influisca sulla percezione che le persone omosessuali hanno dell'operatore, quale persona più esperta a cui affidarsi con maggiore fiducia (Moran, 1992). Sembra, comunque, essere ampiamente accettato che non risulta essere significativo l'orientamento sessuale dello psicologo quanto piuttosto la sua disponibilità al rispetto della persona che a lui si rivolge per ricevere sostegno e chiarimenti: fondamentale resta il rispetto per l'orientamento sessuale del cliente, considerato “naturale” come quello eterosessuale, e il rispetto per gli stili di vita e la relativa cultura delle persone omosessuali.

Per quel che riguarda l'orientamento sessuale dello psicologo, un aspetto cruciale da tenere in considerazione concerne il confronto con le proprie eventuali inconscie componenti omoerotiche: in tal senso, non è sufficiente unicamente un'elaborazione intellettuale né la consapevolezza che esistono pratiche psicoterapeutiche discriminatorie ma è necessario un lavoro emotivo su se stessi. E' importante che lo psicologo si interroghi su quali siano le emozioni in lui attivate dal confronto con un cliente omosessuale e quali siano i sentimenti e gli stereotipi che possono interferire con la conoscenza del cliente. E' chiaro che, così come accade con i clienti eterosessuali, uno psicologo debba sempre assumere un atteggiamento etico e corretto dal punto di vista deontologico, anche nel caso di clienti omosessuali, nell'indirizzare la persona ad un altro professionista nel caso in cui un proprio particolare coinvolgimento possa compromettere il buon esito di un intervento.

2. Le relazioni familiari e sociali.

La stigmatizzazione sociale di cui è stata sempre oggetto l'omosessualità può rendere difficoltose anche le relazioni intra ed extra familiari delle persone omosessuali: la decisione di dichiarare il proprio orientamento sessuale non è un evento isolato della loro vita, bensì una dichiarazione che esse potranno essere costrette a fare più volte nel continuo mutare delle loro relazioni sociali e per affermare il proprio status.

Nella vita sociale, il problema di scegliere se rivelarsi gay o nascondersi si presenta spesso e rappresenta un fattore stressogeno poiché nell'arco di pochi secondi il soggetto deve valutare le conseguenze positive e negative dello svelamento e farne un bilancio. A tal proposito è necessario ricordare che non optare per lo svelamento non significa solamente fare a meno di rivelare il proprio orientamento sessuale agli altri, ma anche essere in un cronico stato di ipervigilanza per evitare di menzionare il proprio partner, "inventandosi" una nuova grammatica che sostituisce alla prima persona plurale "noi" la prima persona plurale "io". Una persona gay o lesbica non sa mai quali reazioni incontrerà alla dichiarazione o manifestazione del proprio orientamento sessuale: talvolta accogliente, ma altre volte invalidante, punitiva o banalizzante.

Tutto ciò, ovviamente, pone dei problemi riguardo la scelta delle persone a cui confidare il proprio orientamento sessuale, così come nella valutazione del momento più opportuno e delle modalità con cui rivelare.

Nella maggior parte dei casi, la famiglia resta la prima destinataria del bisogno di affermazione di sé per un giovane omosessuale che abbia già compiuto un lavoro su se stesso, tanto da aver compreso ed accettato il proprio orientamento sessuale, nonché valutato come "l'uscire allo scoperto" possa evitare alcune problematiche conseguenti la "clandestinità" (liberazione da sensi di colpa e da conflitti che non consentono di condurre in modo sereno la propria esistenza, ecc.). La prima reazione della famiglia allo svelamento della omosessualità da parte del proprio figlio o della propria figlia costituisce spesso un grave turbamento connotato, generalmente, da rifiuto/negazione. I genitori di una persona omosessuale possono avere difficoltà ad accettare la rivelazione del proprio figlio/a, in quanto sentono che tale condizione è in grado di danneggiare l'equilibrio familiare e mettere in crisi l'immagine che fino a quel momento hanno avuto del proprio figlio/a e gli eventuali progetti di vita che hanno immaginato per lui/lei. In tal senso, la consulenza psicologica deve essere indirizzata a sostenere i genitori nell'elaborazione dei complessi e conflittuali vissuti connessi con il venire meno dell'immagine idealizzata del proprio figlio/a, affinché la famiglia comprenda che continua ad avere di fronte la stessa persona che ha sempre conosciuto ed amato. Perché i genitori di una persona omosessuale possano capire pienamente l'orientamento sessuale del proprio figlio/a ed accettare la nuova condizione, può essere necessario metterli in grado di ricevere dagli psicologi non solo informazioni specialistiche quanto soprattutto un sostegno attraverso una consulenza (psicologica o psicoterapeutica). A tale sostegno vanno affiancati diversi altri supporti specifici da parte di enti e servizi sociali e sanitari, da parte di istituti scolastici e di associazioni che si occupano di sostenere i diritti delle persone omosessuali, nonché l'offerta di un aiuto ai genitori durante il difficile percorso di condivisione dell'orientamento sessuale dei loro figli.¹³

Nello svolgere la propria attività professionale con clienti omosessuali, lo psicologo deve tenere presente che queste persone tendono a considerare il partner e i numerosi amici – che magari condividono lo stesso orientamento sessuale – alla stregua di una vera e propria famiglia.

Accade spesso, infatti, che le persone omosessuali, perdendo il sostegno della famiglia di origine, possano creare con i propri partner ed amici delle vere "famiglie alternative".

¹³ Una di queste è l'Associazione Genitori Di Omosessuali: AGEDO (www.agedo.org).

Di particolare importanza risulta, quindi, che lo psicologo a cui si affidano sappia riconoscere il valore di tali nuove relazioni affettive considerandole come reali legami familiari, sebbene non esistano stretti riferimenti parentali o vincoli biologici. Tale riconoscimento da parte dello psicologo può rivelarsi una fonte preziosa di benessere personale.

Un ultimo aspetto da considerare riguarda la particolare e complessa esperienza di vita delle persone omosessuali portatori di una disabilità fisica e/o sensoriale e/o cognitivo/emozionale. L'eventuale assenza di un sostegno familiare, insieme con la discriminazione associata sia alla disabilità che all'orientamento sessuale, può rappresentare un'ulteriore causa di emarginazione ed indebolire i loro sentimenti di autostima, rendendoli ancora più vulnerabili agli effetti del pregiudizio sociale. In tal senso, è importante che lo psicologo tenga conto di quanto questa duplice condizione possa limitare ulteriormente le scelte di vita dei propri clienti.

3. Aspetti etici e deontologici

Nel panorama “occidentale”, ed in particolare in quello europeo, esistono Codici Deontologici - sia presso l’Ordine dei Medici, sia presso l’Ordine degli Psicologi - sicuramente ricchi di importanti contenuti riguardo la questione specifica che qui si tenta di approfondire. In questa parte, si vuole fare riferimento al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (datato dicembre 2006), rilevando come l’osservanza di alcune sue specifiche sezioni possa evitare il rischio di discriminazione nella pratica professionale con persone omosessuali.

D’altra parte, ad ogni psicologo è fatto obbligo di una piena e consapevole conoscenza ed osservanza di tutto quanto recita il Codice Deontologico (*cf. Art. 1 – Capo I - Principi generali*). La maggior parte delle indicazioni delineate dal suddetto Codice sono applicabili a tutte le persone che necessitino di un intervento psicologico, a prescindere dall’orientamento sessuale della persona che lo richiede.

In considerazione, tuttavia, dei mutati atteggiamenti sociali in ordine all’orientamento sessuale è bene ribadire quanto è previsto dall’Art.5 (*cf. Capo I – Principi generali*) che raccomanda agli psicologi un’opportuna formazione professionale ed un aggiornamento continuo relativamente alle tematiche specifiche ed alle competenze necessarie per garantire ai clienti sempre e solo adeguati interventi, senza ingenerare possibili false aspettative (non sostenute, cioè, da idonea preparazione e competenza del professionista al quale si affidano).

Come già sottolineato nel paragrafo “*L’orientamento sessuale del terapeuta*”, si ricorda che è fatto obbligo ad ogni psicologo di rispettare sempre i limiti delle proprie competenze. Ciò comporta che il professionista interpellato ha la responsabilità di suggerire al proprio cliente l’opportunità di rivolgersi ad un altro professionista competente, qualora non ritenga di avere una preparazione adeguata ad offrire un’efficace risposta, supportiva o terapeutica che sia, alle sue specifiche richieste (*cf. Art. 37 - Capo III – Rapporti con i colleghi*).

Infine, tenuto conto sia delle osservazioni fin qui esposte, sia di quanto previsto dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, vengono di seguito riassunti alcuni concetti fondamentali che ogni psicologo è tenuto ad osservare sempre nell’interesse di ogni persona, gruppo o comunità che richieda un suo intervento ma in particolare nel caso delle persone omosessuali.

- In relazione all’orientamento sessuale dei propri clienti omosessuali, ci si aspetta dallo psicologo il pieno rispetto di tale orientamento così come della dignità e del diritto alla riservatezza di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni.
- Altresì, ci si aspetta dallo psicologo che si relazioni con i clienti omosessuali evitando l’interferenza di stereotipi o di altre forme di pregiudizio (come l’uso di un linguaggio sessista o omofobo) e che si astenga dall’uso di etichette umilianti o dispregiative.
- Ad ogni psicologo, deve essere presente e chiaro il concetto di “non” discriminazione nei confronti di clienti omosessuali, tenendo bene in considerazione come un orientamento sessuale diverso dall’eterosessuale “non” è indicativo di un disturbo psicologico.
- La considerazione che “*omosessualità è una variante normale della sessualità umana*” faciliterà lo psicologo nel rispettare l’obbligo di astenersi fermamente dal mettere in atto tentativi di modificare l’orientamento sessuale di una persona attraverso qualsiasi forma di trattamento psicologico.

- Inoltre, è utile che ogni psicologo abbia presente il significativo distinguo tra “*orientamento sessuale*” e “*comportamento sessuale*”. Rispetto al comportamento sessuale si può presentare la necessità di uno specifico intervento psicologico nel caso in cui si sia in presenza di una persona (*etero o omo*) il cui comportamento sessuale venga agito “contro” membri vulnerabili della società o contro la volontà della persona coinvolta (*è questo il caso di stupri, di pedofilia, ecc.*).
- Ogni psicologo è tenuto a ricordare che le persone omosessuali presentano le stesse diversificate problematiche psicologiche condivise dal resto della società e, pertanto, al pari di tutte le altre, possono ricercare un aiuto psicologico (*presso un servizio pubblico o privato*) per affrontare problematiche e questioni personali che non necessariamente dipendono dal proprio orientamento sessuale.
- Con riferimento particolare all’art.3 del Codice Deontologico (*cf. Capo 1 – Principi generali*), ci si aspetta dallo psicologo un sostegno per i clienti omosessuali a sviluppare giudizi, opinioni e scelte in modo libero ma consapevole.

In conclusione ci si aspetta che dal pieno rispetto di ciascuno degli articoli del Codice Deontologico e dalla massima attenzione riservata ai casi specifici qui esposti, possa derivare l’evitamento del rischio di discriminazione di qualsiasi tipo, tanto più di natura omofobica.

4. La formazione

Ricerche recenti (Graglia, 2000) hanno evidenziato come, nonostante l'attuale diffusione delle conoscenze sulle tematiche connesse con l'omosessualità, la formazione degli psicologi italiani risulta essere in molti casi ancora inadeguata. A ciò consegue, quindi, la necessità di sensibilizzare sulla specifica tematica tutte quelle istituzioni competenti per la formazione, quali università, istituti di ricerca, associazioni ed enti nonché sollecitare una loro attiva partecipazione attraverso un'adeguata ed ampia offerta formativa per laureandi, dottorandi e specializzandi. Allo psicologo spetta la responsabilità della conoscenza delle questioni legate al mondo omosessuale e, quindi, è altresì importante che nel lavoro con persone omosessuali egli conosca ogni genere di risorsa presente nella comunità di appartenenza. Questo è, infatti, un fattore considerato spesso dai clienti omosessuali nella scelta del professionista a cui rivolgersi per un sostegno psicologico. La disponibilità di risorse sociali per le comunità omosessuali varia drammaticamente a seconda del luogo di residenza ed è doveroso per lo psicologo conoscere quale fonte di informazione e supporto può essere reperita a livello locale, regionale e nazionale.¹⁴

La clinica con i pazienti omosessuali contempla una sostanziale distanza fra la teoria e la pratica. Chi lavora con persone omosessuali deve intraprendere una formazione specifica attraverso corsi di formazione, tirocini ad hoc nonché esperienze pratiche di consultazione e supervisione, affrontando nello specifico alcune aree quali:

- a) psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale;
- b) sviluppo dell'identità di genere con particolare attenzione all'orientamento sessuale;
- c) effetti della stigmatizzazione sulle persone omosessuali nonché sui loro partner e sulle loro famiglie;
- d) fattori etnici e culturali che influenzano l'identità;
- e) problemi sul lavoro di natura omofobica.

Nella clinica con clienti omosessuali, nel corso del tempo, si sono affermate ed hanno prevalso diverse "tipologie" di trattamenti psicoterapeutici: dagli approcci correttivi¹⁵, infatti, si è giunti al più recente approccio affermativo¹⁶.

¹⁴ Per maggiori informazioni si consiglia di consultare i seguenti link; www.arcigay.it www.i-ken.org; www.agedo.org; www.famigliearcobaleno.org; www.mariomieli.org ; www.digayproject.org.

¹⁵ L'APA condanna la terapia "riparativa" in quanto sarebbe antiscientifica e pericolosa.

¹⁶ Per terapie di conversione si intendono una varietà di tecniche finalizzate al riorientamento sessuale della persona. Tra queste sono contemplate: la terapia avversivante (Feldman, 1973), il condizionamento (Olivari, 1973), l'ipnoterapia (Gonzaga, 1973), il training autogeno (Piscicelli, 1973), il trattamento psicoanalitico (Eck, 1973), la psicoterapia di gruppo (Ancona, 1973) e infine la terapia medica (Teodori, 1973). Su questa stessa linea è anche Nicolosi (1991) che parla, invece, di terapia riparativa per persone omosessuali. Egli ribadisce che l'omosessualità è un disordine dello sviluppo che si associa spesso a sintomi psichiatrici ed, in quanto tale, è una condizione trattabile. L'APA, tuttavia, condanna la terapia "riparativa" in quanto antiscientifica e pericolosa. Uno dei più recenti approcci alla clinica con clienti omosessuali, infatti, è quello fondato sulla psicoterapia affermativa. Se nell'accezione freudiana l'omosessualità è l'esito di un'interruzione dello sviluppo, per alcuni psicoanalisti, viceversa, può essere il risultato naturale del complesso di Edipo (Chodorow, 1995, Isay, 1989). La psicoterapia affermativa non si configura come sistema di terapia indipendente ma "afferma" l'orientamento omosessuale come disposizione erotica e affettiva, sottolineando l'impatto dello stigma sociale nel produrre il disagio emotivo dei gay e delle lesbiche.

Prescindendo in tale sede dal sottolineare i danni procurati dalle “terapie riparative”¹⁷, sembra utile ricordare che non si tratta tanto di optare per un modello di “terapia affermativa” quanto

piuttosto sia necessario, molto più semplicemente, attuare una terapia libera da pregiudizi, condotta da uno psicologo che sappia tenere in buon conto la condizione di minority stress¹⁸ a cui è sottoposta una persona omosessuale.

Non rientra, tuttavia, nelle finalità di tali *Linee Guida* suggerire una modalità terapeutica ottimale, bensì offrire ai colleghi l’opportunità di riflettere sui rischi che comporta, per il professionista che lavora con persone omosessuali, una non attenta formazione ed una non adeguata disposizione. In alcuni casi, infatti, potrebbe accadere che il professionista stesso consideri l’omosessualità come intrinsecamente patologica oppure attribuisca senza alcuna evidenza il disagio del cliente all’orientamento sessuale. In altri casi potrebbe non riconoscere la sofferenza della persona come determinata dall’omofobia interiorizzata o, ancora, potrebbe anche accadere che attribuisca automaticamente ad un cliente un orientamento eterosessuale, o che ne disconosca la sua identità omosessuale. Nella clinica, vi sono altri possibili rischi in cui può incorrere uno psicologo non adeguatamente formato: potrebbe focalizzarsi, infatti, sull’orientamento omosessuale del cliente laddove non è rilevante, oppure scoraggiare il consolidamento e l’assunzione di un orientamento omosessuale o, ancora, considerare l’omosessualità come sintomo di un disturbo di personalità ed esprimere critiche e giudizi negativi sul tema specifico.

Non meno importante per il percorso formativo dello psicologo è la necessità di includere, come elemento ineludibile, l’osservazione e l’elaborazione delle proprie reazioni ed emozioni di fronte ai clienti omosessuali. Dal punto di vista teorico, tutti gli psicologi dovrebbero essere in grado di rispondere in maniera efficace alla domanda di aiuto di una persona omosessuale. Alla base del

¹⁷ “Tali terapie si fondano su falsi presupposti circa lo sviluppo infantile, strettamente legati allo stigma antiomosessuale. Questi psicologi della riparazione ritengono infatti che la vita di una persona omosessuale sia stata segnata da un trauma o da una genitorialità inadeguata, da cui deriverebbe una carenza di mascolinità nell’uomo gay e di femminilità nella donna lesbica. E così, le terapie riparative mirano a “rimettere le cose al loro posto”, incentivando stereotipati atteggiamenti maschili nei gay e femminili nelle lesbiche. I fautori delle terapie riparative vantano una percentuale di successo che dichiarano intorno al 30% dei soggetti trattati. Quello che viene omesso è la natura di tale successo: una reale conversione dell’orientamento o una repressione del comportamento omosessuale, ottenuta rinforzando difese disadattive come la negazione e la dissociazione?” (Lingiardi, 2007).

In particolare Shidlo e Schroeder (2002) hanno condotto una ricerca, pubblicata su *Professional Psychology*, su un campione di 202 soggetti allo scopo di valutare il funzionamento e gli effetti delle terapie riparative. Lo studio prende anche in esame le motivazioni che hanno condotto alla scelta di intraprendere una terapia riparativa: temi religiosi (senso di colpa e dannazione) e sociali (ansia anticipatoria per lo stigma antiomosessuale o per il rifiuto del gruppo di appartenenza); il desiderio di far parte di una comunità caratterizzata da una missione comune; il desiderio di salvaguardare il proprio matrimonio; un’imposizione esterna (per esempio, da parte della famiglia); la ricerca di aiuto per problemi psicologici quali ansia e depressione.

Del campione studiato, il 74% si sottopone alla terapia su consiglio dell’operatore a cui si è rivolto. Gli autori denominano HBM (Homosexual Behavior Management, gestione del comportamento omosessuale) l’armamentario cognitivo appreso nel corso della terapia riparativa per far fronte ai desideri omoerotici e per incrementare comportamenti e desideri tipici dell’eterosessualità. Ne fanno parte, per esempio: la tecnica della covert sensitization, con cui si insegna al paziente di immaginare qualcosa di dissuasivo al fine di contrastare desideri omosessuali indesiderati (per esempio l’idea di contrarre l’HIV); oppure l’uso di sexual surrogate del sesso opposto (una pratica da espletare per telefono o fisicamente); la lettura della Bibbia e la preghiera. Rispetto alla percezione degli esiti della terapia, la ricerca identifica due gruppi di pazienti: quelli che considerano fallita la terapia (87%) e quelli che la ritengono riuscita (13%). Del gruppo di “successo”, il 9% riferisce che i benefici sono stati ottenuti grazie all’uso delle tecniche HBM, optando per il celibato oppure ingaggiando una continua lotta contro i propri desideri omoerotici; il 4% riferisce invece di aver ricevuto un aiuto nel cambiamento verso l’eterosessualità, percependosi come eterosessuale e negando di provare disagio con residui impulsi e desideri omoerotici (queste stesse persone ricoprono una posizione di tutoraggio nei gruppi ex-gay). Del gruppo “fallimentare”, il 10% è classificato come caratterizzato da un “recupero resiliente dell’identità gay” (cioè soggetti che non riportano danni a lungo termine, ma si sentono in certo qual modo “fortificati” dal fatto che, nonostante abbiano tentato la conversione, sono rimasti omosessuali). Il restante 77% accusa invece effetti collaterali negativi derivati dalla frustrazione di non essere riusciti nella conversione: depressione, ansia, dissociazione, abuso di sostanze, comportamenti compulsivi e autolesivi, inclusi ideazione o tentativi suicidari. (Lingiardi, Nardelli, 2008). Riferimento bibliografico:

Lingiardi V., Nardelli N. (2008), La riparazione che danneggia. Gli effetti delle terapie per “guarire” dall’omosessualità, *Psicologia contemporanea*, 209, pp. 44-49.

¹⁸ Con il termine *minority stress* si indica l’insieme dei disagi psicologici dovuti all’appartenere a una minoranza. Per un approfondimento rispetto al minority stress a cui sono soggette le persone omosessuali, cfr.: Meyer, 2003; Lingiardi, 2007; Lingiardi, Nardelli, 2007.

Lingiardi V., Nardelli N. (2007), Spazio zero. Minority stress e identità omosessuali, in S. Antosa (a cura di), *Omosapiens 2. Spazi e identità queer*, Carocci, Roma, pp. 3-17.

Meyer I. H. (2003), Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence, *Psychological Bulletin*, 129 (5), pp. 674-697.

lavoro psicologico con i clienti omosessuali deve essere presente la convinzione dell'operatore che l'omosessualità sia una condizione normale. Affinché tale atteggiamento possa essere sostenuto con efficacia, lo psicologo deve condividere la prospettiva teorica che l'omosessualità può essere considerata come una fra le diverse espressioni dell'orientamento sessuale. È auspicabile, altresì, che gli psicologi si informino e che si aggiornino costantemente sulle peculiari transizioni e sui compiti evolutivi connessi alla particolare fase del ciclo di vita attraversata anche dalle persone omosessuali. A tal proposito, è importante che lo psicologo che si trovi ad operare, in particolare, con un adolescente omosessuale tenga conto della specifica fase di vita attraversata, generalmente caratterizzata da incertezze e cambiamenti sia sul piano fisico che psichico. Comprendere se la posizione dell'adolescente che mostra di avere interessi sessuali per persone dello stesso sesso dipenda da consuete incertezze del processo di crescita adolescenziale, oppure se effettivamente si stia delineando un orientamento omosessuale, deve essere un punto importante al quale lo psicologo ha bisogno di dare un'adeguata attenzione.

Alla luce di tali riflessioni appare evidente quanto sia importante che lo psicologo, oltre ad essere sufficientemente informato circa le tematiche sessuali, debba essere anche sufficientemente sensibile ed avere una capacità di auto-riflessione che gli consenta di essere in sintonia con la persona.

4.1 Raccomandazioni sull'impiego di Test e strumenti diagnostici

Riguardo all'eventuale utilizzo di strumenti clinico-testologici, lo psicologo deve porre la massima attenzione affinché tali strumenti non diventino fonte di discriminazione nei confronti delle persone omosessuali. A tal proposito, è opportuno evitare il ricorso a strumenti che si basano su una visione discriminante dell'omosessualità in quanto indicativa di patologia. Ciò è particolarmente vero per alcuni reattivi psicologici sviluppati sulla base di paradigmi teorici ormai superati.

È importante, inoltre, che lo psicologo non utilizzi i risultati di test e misure di valutazione psicologica al fine di discriminare le persone omosessuali sulla base del loro orientamento sessuale. In ogni caso, qualora lo psicologo decida di avvalersi di strumenti testologici, è sempre tenuto ad informarsi su quali siano gli strumenti più recenti, validi ed affidabili.

Uno sguardo al futuro

I cambiamenti in corso all'interno della nostra società in virtù dell'immigrazione di massa, della crisi economica internazionale e delle variazioni del mercato del lavoro, in un prossimo futuro, potrebbero portare lo psicologo ad offrire servizi psicologici a persone omosessuali appartenenti ad etnie diverse (come sta avvenendo negli Stati Uniti ed in vari paesi dell'Unione Europea).

Si ritiene opportuno notare che, in tal caso, sarà necessario considerare non solo il background etnico e razziale del cliente ma anche un insieme di altri fattori di non minore rilevanza. Tra i fattori critici su cui sarà necessario riflettere rientrano: gli effetti del razzismo verso le comunità omosessuali, le assunzioni culturali circa i ruoli di genere e le credenze religiose, nonché rispetto al tema della procreatività. Ognuno di questi fattori richiede una particolare sensibilità da parte dello psicologo, perché ognuno di essi può avere un impatto significativo sull'integrazione identitaria e sul funzionamento psicologico e sociale del cliente. Lo psicologo, che prende in carico una persona omosessuale, dovrebbe accogliere e sostenere una visione del paziente come persona unica e complessa che spesso si trova a vivere in un contesto sfavorevole ed evitare interpretazioni semplicistiche o unidimensionali dei problemi psicologici connessi all'orientamento sessuale.

Ciò implica tanto la necessità di considerare molteplici livelli di esplorazione e di intervento, quanto anche quella di valutare le caratteristiche familiari, culturali e comunitarie che di frequente giocano un ruolo significativo nelle problematiche di ogni paziente. La presa in carico dei clienti omosessuali provenienti da paesi stranieri pone non poche difficoltà per lo psicologo italiano o occidentale. Infatti, in molti paesi l'omosessualità è, ancora oggi, perseguitata e punibile con la morte o con la carcerazione a vita.

Un cliente omosessuale, proveniente da un paese straniero nel quale l'orientamento sessuale è sanzionato come reato e tacciato come comportamento amorale, infatti, potrebbe essere più vulnerabile e sensibile allo stigma sociale e, quindi, potrebbe eventualmente manifestare un atteggiamento negativo nei confronti del professionista. In tal caso, lo psicologo deve comprendere le difficoltà che la persona vive e sostenerla affinché raggiunga un'accettazione di sé, superando i vissuti di vergogna radicati nella propria cultura.

Per evitare discriminazioni, nonché per agevolare la realizzazione di una cultura dell'integrazione, è auspicabile che l'intervento psicologico con persone omosessuali provenienti da paesi stranieri preveda da parte del professionista anche una conoscenza della cultura del paese di provenienza del proprio paziente, al fine di comprenderne meglio gli atteggiamenti dovuti alla forma mentis tipica della specifica comunità di appartenenza.

**Prof. Paolo Valerio, Dott.ssa Dalila Barretta, Dott.ssa Martina De Cesare,
Dott.ssa Rosalba Di Biase, Dott.ssa Rosaria Scarambone, Dott.ssa Elisabetta Sepe,
Dott.ssa Roberta Sorrentino, Dott.ssa Valentina Zamparelli.**

Bibliografia:

- American Psychiatric Association (1973). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, third edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (1981). *Guidelines for Psychotherapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*, InPsy, n° 3, p.63-77.
- Amnesty International (2003). *Identità Negata. La discriminazione sessuale nel mondo*, EGA Editore.
- Ancona L. (1973). *La psicoterapia di gruppo della omosessualità*, in *Comportamenti sessuali devianti: Atti del I° Congresso Internazionale di Sessuologia promosso dal Centro Italiano di Sessuologia*. San Remo, Edizioni Minerva Medica, p.215-247.
- Atkinson D. R., Brady S., Casas J. M. (1981). *Sexual preference similarity, attitude similarity, and perceived counselor credibility and attractiveness*, in *Journal of Counseling Psychology*, 28, p.504-509.
- Brown L. S. (1996). *Preventing heterosexism and bias in psychotherapy and counselling*, in Rothblum E. D., Bond L. A., editors. *Preventing heterosexism and homophobia*, p.36-58.
- Cass, V.C. (1979). *Homosexual identity formation: a theoretical model*, in *Journal of Homosexuality*, 4, p.219-235.
- Cass V. C. (1984). *Homosexual identity formation: Testing a theoretical model*, in *The Journal of Sex Research*, 20, p.143-167.
- *Codice Deontologico degli Psicologi italiani* - Testo approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6, lettera c) della Legge n. 56/89, in data 15-16 dicembre 2006 - www.psy.it/codice_deontologico.html.
- Coleman, E. (1981). *Development stages of the coming out process*, in *Journal of Homosexuality*, 7, p.31-43.
- Drescher, J. (1998b). *Psychoanalytic Therapy and The Gay Man*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Eck. M. (1973). *Trattamento psicanalitico dell'omosessualità*, in *Comportamenti sessuali devianti: Atti del I° Congresso Internazionale di Sessuologia promosso dal Centro Italiano di Sessuologia*, San Remo, Edizioni Minerva Medica, p.185-213.
- Feldman M. P. (1973). *Terapia di "avversione" dell'omosessualità tramite l'apprendimento anticipato della reazione di allontanamento*, in *Comportamenti sessuali devianti, Atti del I° Congresso internazionale di sessuologia promosso dal Centro Italiano di Sess, San Remo, Edizioni Minerva Medica, p.129-150.*
- Gonzaga J. C. (1973). *L'ipnoterapia nel trattamento dell'omosessualità maschile e femminile*, in *Comportamenti sessuali devianti, Atti del I° Congresso internazionale di sessuologia promosso dal Centro Italiano di Sessuologia, San Remo, Edizioni Minerva Medica, p.161- 166.*

- Graglia M. (2000). *Le rappresentazioni dell'identità gay e lesbica negli psicoterapeuti*, Rivista di Sessuologia n.26.
- Graglia M, Rigliano P, (a cura di). *Gay e lesbiche in psicoterapia*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 2006.
- Herek, G.M. (1996). *Heterosexism and homophobia*, in R.P. Cabaj & T.S. Stein (Eds.), Textbook of homosexuality and mental health (p.101-113), Washington DC, American Psychiatric Press.
- Herek G. M. (1990), The Context of Anti-Gay Violence: Notes on Cultural and Psychological Heterosexism, *Journal of Interpersonal Violence*, 5 (3), pp. 316-333.
- Hooker E. (1957). *The Adjustment of the Male Overt Homosexual*, Journal of Projective Techniques, 21 (1), pp. 18-31.
- Isay R. A. (1989). *Being homosexual. Gay men and their development*, New York, Avon Books [edizione italiana: Essere omosessuali Omosessualità maschile e sviluppo psichico. Milano: Raffaello Cortina, 1996].
- Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*, Sanders, Philadelphia, trad. It. Il comportamento sessuale dell'uomo, Bompiani, Milano (1950).
- Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*, Sanders, Philadelphia, trad. It. Il comportamento sessuale della donna, Bompiani, Milano (1955).
- Lingiardi V., Luci M. (2006). *L'omosessualità in psicoanalisi*, in "Gay e lesbiche in psicoterapia", a cura di Rigliano P., Graglia, M., Raffaello Cortina, Milano, p.1-70.
- Lingiardi V. (2007). *Citizen Gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*, Il Saggiatore, Milano.
- Lingiardi, V., Capozzi, P. (2004). *Psychoanalytic attitudes toward homosexuality: an empirical research*, in International Journal of Psychoanalysis, 85, p.137-158.
- Lingiardi V., Drescher J. (a cura di) (2003). *Homosexuality and Mental Health Professions: International Perspectives*, The Haworth Medical Press, New York..
- Lorber J. (1994). *L'invenzione dei sessi*, Il Saggiatore, Milano.
- Martin, H.P. (1991). *The coming out process for homosexuals*, in Hospital & Community Psychiatry, 42, p.158-162.
- McCarn, S.R. & Fassinger, R.E. (1996). *Revisioning sexual minority identity formation: A new model of lesbian identity and its implications for counseling and research*, in The Counseling Psychologist, 24, p.508-534.
- Minton, H.L. & MacDonald, G.G. (1984). *Homosexual identity as a developmental process*, in Journal of Homosexuality, 9, p.91-104.
- Moran M. R. (1992). *Effects of sexual orientation similarity and counselor experience level on gay men's and lesbians' perceptions of counsellors*, in Journal of Counseling Psychology, 39(2), p.247-251.
- Nicolosi J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*, Northvale, Jason Aronson.
- Olivari G. (1973). *Il fenomeno dei "riflessi condizionati" nel trattamento dell'omosessualità*, in Comportamenti sessuali devianti, Atti del I° Congresso internazionale di sessuologia promosso dal Centro Italiano di Sessuologia, San Remo, Edizioni Minerva Medica, p.151-160.
- PDM Task Force (a cura di) (2008). *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano.
- Pedote P., Lo Presti G. (2003). *Omofobia, Il pregiudizio anti-omosessuale dalla bibbia ai giorni nostri*, Stampa Alternativa.
- Piscicelli U. (1973). *Ontoanalisi e terapia dell'omosessualità in training autogeno*, in Comportamenti sessuali devianti, Atti del I° Congresso internazionale di sessuologia promosso dal Centro Italiano di Sessuologia, San Remo, Edizioni Minerva Medica, p.167-183.
- Rinaldi C. (2009). *DeviAzioni, devianza, devianze, divergenze*, XL Editore.

- Rochlin M. (1985). *Sexual orientation of the therapist and therapeutic effectiveness with gay clients*, in Gonsiorek J. C. Editor, *A guide to psychotherapy with gay and lesbian clients*, New York, Harrington Park Press, p.21-29.
- Shidloo A. (1994). *Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement*, in Greene B., Herek G. M. (Eds.), *Lesbian and gay psychology: Theory research and clinical applications*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, p.176-205.
- Teodori U. (1973). *Terapia medica complementare dell'omosessualità*, in *Comportamenti sessuali devianti*, Atti del I° Congresso internazionale di sessuologia promosso dal Centro Italiano di Sessuologia, San Remo, Edizioni Minerva Medica, p.249-254.
- Troiden, Richard R. (1989). *The formation of homosexual identities*, in *Journal of Homosexuality*, (Special issue: Gay and lesbian youth), 17, p.43-73.
- Weinberg G. (1972). *Society and the healthy homosexual*, St. Martin's, New York.