



Usato con l'autorizzazione di:

**Catholic Medical Association National Headquarters**

1241 Highland Avenue

P.O. Box 920480

Needham, Massachusetts 02492

Tel: (781) 455-0259

Fax: (781) 455-0357

E-mail: [info@cathmed.org](mailto:info@cathmed.org)

# CONTENUTI

## I CONSIDERAZIONI

Introduzione

- 1) Non si nasce così
- 2) Attrazione per lo stesso sesso come sintomo
- 3) L'attrazione per lo stesso sesso si può prevenire
- 4) A rischio, non predestinato
- 5) Terapia
- 6) Obiettivi della terapia

## II RACCOMANDAZIONI

- 1) Assistere spiritualmente le persone che provano attrazione per lo stesso sesso
- 2) Il ruolo del sacerdote
- 3) Le professioni sanitarie cattoliche
- 4) Insegnanti in istituzioni cattoliche
- 5) Famiglie cattoliche
- 6) La comunità cattolica
- 7) Vescovi
- 8) Speranza

## APPENDICI

Introduzione alle appendici

Note

Bibliografia

COURAGE e ENCOURAGE

AUTORI, COLLABORATORI E REDATTORI

## PARTE I

### CONSIDERAZIONI

#### INTRODUZIONE

L'Associazione Medica Cattolica ha lo scopo di sostenere i principi della fede cattolica relativamente alla pratica della medicina e di promuovere l'etica medica cattolica nelle professioni mediche, inclusi coloro che si occupano della salute mentale, i sacerdoti ed il vasto pubblico.

Nell'ultimo decennio nessun argomento ha suscitato maggiore interesse dell'omosessualità e quindi l'AMC offre questa sintesi per fare il punto sulla questione. Questa sintesi si basa in larga parte sulle conclusioni di diversi studi e mette in evidenza la congruenza degli insegnamenti della Chiesa cattolica con queste ricerche. Si auspica che questa sintesi possa costituire uno strumento formativo ed un riferimento per sacerdoti cattolici, medici, psicologi, psichiatri, educatori, genitori ed il vasto pubblico.

L'AMC riconosce gli insegnamenti della Chiesa cattolica come esposti nella versione rivista del catechismo della Chiesa cattolica, in particolare in relazione agli insegnamenti sulla sessualità. "Ogni battezzato è chiamato alla castità" (CCC n. 2348); "Le persone sposate sono chiamate a vivere la castità coniugale; le altre praticano la castità nella continenza:" (CCC n. 2349); "...la Tradizione ha sempre dichiarato che «gli atti di omosessualità sono intrinsecamente disordinati» [...] In nessun caso possono essere approvati" (CCC n. 2357).

Per ognuno è possibile, con la grazia di Dio, vivere una vita casta, incluse le persone che provano l'attrazione per lo stesso sesso, come il Cardinale George, Arcivescovo di Chicago, ha efficacemente affermato nel suo intervento alla National Association of Catholic Diocesan Lesbian & Gay Ministries: "Negare che il potere della grazia di Dio permetta a chi prova attrazione omosessuale di vivere castamente è, a tutti gli effetti, come negare che Cristo è risorto dai morti" (George 1999).

Esistono sicuramente circostanze, come disordini psicologici ed esperienze traumatiche, che a volte possono rendere la castità più difficile e ci sono condizioni che possono diminuire fortemente la responsabilità individuale per le mancanze nei riguardi della castità. Queste circostanze e condizioni tuttavia non annullano il libero arbitrio ed il potere della grazia. Anche se molti uomini e donne che provano attrazione per lo stesso sesso sostengono di sperimentare tale desiderio come “innato” (Chapman 1987[1]) questo non significa assolutamente che vi sia una predeterminazione genetica o che la condizione non sia modificabile. Alcuni si sono arresi all’attrazione per lo stesso sesso perché è stato detto loro che sono nati con questa inclinazione e che era impossibile modificarla. Queste persone possono arrivare a pensare che sia inutile e senza speranza di successo resistere all’attrazione per lo stesso sesso e fanno propria un “identità gay”. Queste stesse persone possono sentirsi oppresse dal fatto che la società ed in particolare la Chiesa cattolica non accetti l’espressione di questi desideri negli atti omosessuali (Schreier 1998[2]).

La ricerca citata in questo rapporto contraddice il mito che l’attrazione per lo stesso sesso sia geneticamente determinata e immodificabile ed offre speranza per la prevenzione ed il trattamento.

### **1) NON SI NASCE COSI'**

Molti ricercatori hanno cercato di trovare una causa biologica all’attrazione per lo stesso sesso. I media hanno diffuso l’idea che sia già stato scoperto un “gene gay”(Burr 1996[3]), ma nonostante i numerosi tentativi nessuno degli studi, peraltro molto pubblicizzati, (Hamer 1993[4]; LeVay 1991[5]) è stato scientificamente replicato. (Gadd 1998) Molti autori hanno esaminato scrupolosamente questi studi ed hanno riscontrato che non solo non provano l’esistenza di una base genetica dell’attrazione per lo stesso sesso ma che non contengono neanche una tale affermazione. (Byne 1963[6]; Crewdson 1995[7]; Goldberg1992; Horgan 1995[8]; McGuire 1995[9]; Porter 1996; Rice 1999[10])

Se l’attrazione verso lo stesso sesso fosse geneticamente determinata ci si aspetterebbe che i gemelli identici avessero identiche inclinazioni sessuali. Ci sono invece numerosi casi di gemelli identici che non hanno lo stesso orientamento sessuale. (Bailey 1991[11]; Eckert 1986; Friedman 1976; Green 1974; Heston 1968;

McConaghy 1980; Rainer 1960; Zuger 1976) L'analisi dei casi rivela frequentemente che vi sono fattori ambientali che possono spiegare lo sviluppo di un diverso orientamento sessuale in gemelli geneticamente identici, avvalorando la teoria che l'attrazione per lo stesso sesso sia il risultato di una molteplicità di fattori ambientali. (Parker 1964[12])

Ci sono, tuttavia, continui tentativi per convincere l'opinione pubblica che l'attrazione per lo stesso sesso sia geneticamente determinata. (Marmor 1975[13]) Questi tentativi possono avere una motivazione politica perché è più probabile che le persone siano portate ad approvare cambiamenti nelle leggi e negli insegnamenti religiosi se ritengono che l'attrazione sessuale sia geneticamente determinata ed immutabile. (Ernulf 1989[14]; Piskur 1992[15]) Altri hanno cercato di provare l'origine genetica dell'attrazione per lo stesso sesso per ottenere diritti basati sull'"immutabilità" quando ricorrono ai tribunali. (Green 1988[16])

I cattolici credono che la sessualità sia stata creata da Dio come segno dell'amore di Cristo, lo sposo, per la sua sposa, la Chiesa, e quindi l'attività sessuale sia lecita solo nel matrimonio. Il magistero cattolico stabilisce che: "La sessualità è ordinata all'amore coniugale dell'uomo e della donna. Nel matrimonio l'intimità corporale degli sposi diventa un segno e un pegno della comunione spirituale." (CCC n. 2360) Un sano sviluppo psico-sessuale porta naturalmente all'attrazione fra persone di sesso diverso. Traumi, errori educativi ed il peccato possono condurre ad un allontanamento da questo modello naturale. Le persone non dovrebbero essere identificate con i propri conflitti emotivi o dello sviluppo, come se questi fossero l'essenza stessa della loro identità. Nel dibattito tra l'essentialismo ed il costruttivismo sociale, chi crede nella legge naturale pensa che gli esseri umani abbiano una natura fondamentale - maschio o femmina - e che le inclinazioni peccaminose (come il desiderio di mettere in pratica atti omosessuali) siano delle costruzioni e quindi possano anche essere decostruite.

È altresì consigliabile evitare di usare, quando possibile, la parole "omosessuale" ed "eterosessuale" in quanto implicano un concetto di fissità di questo stato ed una equivalenza fra lo stato naturale dell'uomo e della donna come creati da Dio e le persone che sperimentano o praticano l'attrazione per lo stesso sesso.

## **2) L'ATTRAZIONE PER LO STESSO SESSO COME SINTOMO**

Le persone provano attrazione per lo stesso sesso per motivi diversi. I modelli di sviluppo presentano somiglianze, ma poi ogni individuo ha una storia personale unica ed irripetibile. Nelle storie di persone che provano attrazione per lo stesso sesso si possono frequentemente trovare uno o più dei seguenti fattori:

- Allontanamento dal padre nella prima infanzia perché il padre era percepito come ostile, distante, violento o alcolizzato. (Apperson 1968[17]; Bene 1965[18]; Bieber 1962[19]; Fisher 1996[20]; Pillard 1988[21]; Sipova 1983[22])
- La madre era iperprotettiva (ragazzi) (Bieber, T. 1971[23]; Bieber 1962[24]; Snortum 1969[25])
- La madre era in una condizione di bisogno affettivo così come pure esigente (per i ragazzi) (Fitzgibbons 1999[26])
- La madre era emotivamente non disponibile (per le ragazze) (Bradley 1997[27]; Eisenbud 1982[28])
- I genitori non sono riusciti a favorire l'identificazione con il proprio sesso (Zucker 1995[29])
- Assenza di giochi virili (per i ragazzi) (Friedman 1980[30]; Hadden 1967a [31])
- Il fallimento nell'identificazione con i pari del proprio sesso (Hockenberry 1987[32]; Whitman 1977[33])
- Non gradimento degli sport di squadra (per i ragazzi) (Thompson 1973[34])
- Debole coordinamento mano/occhio e conseguente "presa in giro" da parte dei compagni (per i ragazzi) (Bailey 1993[35]; Fitzgibbons 1999[36]; Newman 1976[37])
- Abuso sessuale o stupro (Beitchman 1991[38]; Bradley 1997[39]; Engel 1981[40]; Finkelhor 1984; Gundlach 1967[41])

- Fobia sociale o estrema timidezza (Golwyn 1993[42])
- Perdita dei genitori a causa di divorzio o morte (Zucker 1995)
- Allontanamento da un genitore in momenti critici (Zucker 1995)

In alcuni casi l'attrazione per lo sesso si verifica in pazienti con altre diagnosi psicologiche come:

- depressione maggiore (Fergusson 1999[43])
- ideazione suicidaria (Herrell 1999)
- disturbo d'ansia generalizzato
- abuso di sostanze
- disordini della condotta negli adolescenti
- disordine di personalità border-line (Parris 1993[44]; Zubenko 1987[45])
- schizofrenia (Gonsiorek 1982[46])
- narcisismo patologico (Bychowski 1954[47]; Kaplan 1967[48])

In alcuni casi, il comportamento omosessuale appare più avanti nella vita come risposta a traumi quali l'aborto, (Berger 1994[49]; de Beauvoir 1953) o una profonda solitudine (Fitzgibbons 1999).

### **3) L'ATTRAZIONE PER LO STESSO SESSO PUO' ESSERE PREVENUTA**

Se i bisogni emotivi e di sviluppo di ogni bambino sono opportunamente soddisfatti dalla famiglia e dai suoi pari è molto improbabile che si sviluppi un'attrazione per lo stesso sesso. I bambini hanno necessità di affetto, apprezzamento ed accettazione da entrambi i genitori, dai fratelli e dai coetanei. Questi contesti sociali e famigliari però non sono sempre facili ad instaurarsi e le esigenze dei bambini non sono



sempre prontamente identificabili. È possibile che alcuni genitori stiano ancora affrontando le proprie problematiche e non siano capaci di fornire ai loro bambini l'attenzione e il supporto di cui questi hanno bisogno. Altre volte i genitori si impegnano duramente ma la particolare personalità del bambino rende il supporto e la cura più difficile. Alcuni genitori vedono i segni precoci di un disagio, cercano assistenza specializzata e consigli ma ottengono indicazioni non adeguate e, talvolta, erranee.

Il manuale diagnostico e statistico DSM IV (APA 1994[50]) dell'American Psychiatric Association (APA) ha definito il disordine di identità di genere (GID) nei bambini come una forte, persistente identificazione con il sesso opposto, un senso di disagio verso il proprio sesso e una preferenza per ruoli tipici del sesso opposto nei giochi o nelle fantasie. Alcuni ricercatori (Friedman 1988, Phillips, 1992[51]) hanno identificato un'altra sindrome meno pronunciata nei ragazzi: la sensazione cronica di inadeguata mascolinità. Questi ragazzi, anche se non sono impegnati in giochi e fantasie tipiche del sesso opposto, si sentono profondamente inadeguati nella loro mascolinità e hanno reazioni quasi fobiche ai giochi virili, nella prima infanzia, spesso manifestando un non gradimento verso gli sport di squadra. Molti studi hanno mostrato che i bambini con disordine di identità di genere e ragazzi con inadeguata mascolinità giovanile cronica rischiano di sperimentare nell'adolescenza un'attrazione per lo stesso sesso. (Newman 1976; Zucker 1995; Harry 1989[52])

Una precoce identificazione (Hadden 1967[53]) ed un appropriato intervento professionale, se sostenuto dai genitori, può spesso far superare il disordine di identità di genere. (Rekers 1974[54]; Newman 1976) Sfortunatamente a molti genitori, che manifestano ai pediatri le loro preoccupazioni su questo tema, viene risposto di non preoccuparsi. In alcuni casi i sintomi del bambino e le preoccupazioni dei genitori sembrano diminuire con la crescita, in genere tra i 7 e gli 8 anni tuttavia, se non sono adeguatamente affrontati, possono riapparire al momento della pubertà come un'intensa attrazione per lo stesso sesso. Tale attrazione sembra il risultato del non essere riusciti ad identificarsi efficacemente con il proprio sesso.

È importante per coloro che si occupano della cura e dell'educazione del bambino divenire consapevoli dei segni del GID e della inadeguata mascolinità giovanile cronica e poter accedere alle risorse disponibili per trovare un aiuto appropriato per

questi bambini. (Bradley 1998; Brown 1963[55]; Acosta 1975[56]) Una volta persuasi che l'attrazione per lo stesso sesso non è un disturbo geneticamente determinato, si può sperare nella prevenzione ed in un modello terapeutico efficace nel diminuire grandemente, se non completamente, l'attrazione per lo stesso sesso.

#### **4) A RISCHIO, NON PREDESTINATO**

Anche se numerosi studi hanno mostrato che i bambini abusati sessualmente, quelli che mostravano i sintomi del GID o di una inadeguata mascolinità giovanile cronica sono a rischio di attrazione per lo stesso sesso nell'adolescenza o nell'età adulta, è importante notare che una percentuale significativa non evolve alla pratica dell'omosessualità in età adulta. (Green 1985[57]; Bradley 1998)

Per alcuni, le esperienze negative dell'infanzia sono superate da successive interazioni positive. Alcuni prendono la decisione consapevole di fuggire la tentazione. La presenza e l'effettivo potere della grazia di Dio, anche se non sempre quantificabile, costituisce, per una persona a rischio, un fattore da non sottovalutare come aiuto per sfuggire all'attrazione per lo stesso sesso. L'etichettare un adolescente, o peggio un bambino, come irreversibilmente "omosessuale" fa un grave torto allo stesso. Questi adolescenti o bambini, con un intervento appropriato e concreto, possono avere quell'assistenza opportuna per gestire i traumi emotivi precoci.

#### **5) TERAPIA**

Coloro che sostengono l'idea che l'orientamento sessuale sia immutabile frequentemente citano una discussione pubblicata fra il Dr. C.C. Tripp e il Dr. Lawrence Hatterer nella quale il Dr. Tripp affermava che: "...non esiste una singola testimonianza di un cambio di orientamento sessuale che sia stata verificata da esaminatori esterni o testata scientificamente. Kinsey non è stato capace di trovarne uno. Neanche il Dr. Pomeroy e io siamo stati capaci di trovare un paziente simile. Saremmo felici che ce ne fornisse uno il Dr. Hatterer." (Tripp & Hatterer 1971). Però non riportano la risposta del Dr. Hatterer: "Ho 'curato' molti omosessuali, Dr. Tripp. Il Dr. Pomeroy o qualsiasi altro ricercatore possono esaminare il mio lavoro perché è tutto documentato con 10 anni di registrazioni su nastro. Molti di questi pazienti che ho 'curato' (preferisco usare il termine 'cambiato') si sono sposati, hanno messo su famiglia e vivono vite felici. È un mito distruttivo affermare "una volta omosessuali si è

per sempre omosessuali”. Dirò di più, non solo io ma anche altri stimati psichiatri (Dr. Samuel B. Hadden, Dr. Lionel Ovesey, Dr. Charles Socarides, Dr. Harold Lief, Dr. Irving Bieber, ed altri) hanno documentato l'efficacia dei loro trattamenti con gli omosessuali trattabili.” (Tripp & Hatterer 1971)

Molti terapeuti hanno scritto diffusamente sui risultati positivi della terapia per l'attrazione per lo stesso sesso. Tripp ha scelto di ignorare la cospicua quantità di studi e ricerche dei terapeuti che se ne sono occupati. Gli studi sul trattamento per l'attrazione indesiderata per lo stesso sesso mostrano un tasso di successo pari a quello del trattamento per problemi psicologici similari: circa il 30% sperimentano la libertà dai sintomi e un altro 30% riscontra un miglioramento. (Bieber 1962[58]; Clippinger 1974[59]; Fine 1987[60]; Kaye 1967[61]; MacIntosh 1994[62]; Marmor 1965[63]; Nicolosi 1998[64]; Rogers 1976[65]; Satinover 1996[66]; Throckmorton[67]; West [68])

Ugualmente positivi sono i resoconti di singoli terapeuti. (Barnhouse 1977[69]; Bergler 1962[70]; Bieber 1979[71]; Cappon 1960[72]; Caprio 1954[73]; Ellis 1956[74]; Hadden 1958[75]; Hadden 1967b[76]; Hadfield 1958[77]; Hatterer 1970[78]; Kronemeyer 1989[79]) Questo è solo un campione rappresentativo dei terapeuti che hanno riscontrato risultati positivi nel trattamento di persone che provano attrazione per lo stesso sesso.

Ci sono pure numerose testimonianze autobiografiche di uomini e donne che credevano di essere irreversibilmente legati all'attrazione per lo stesso sesso ed ai relativi comportamenti. Molti di questi (Exodus 1990-2000[80]) ora si descrivono come liberi dall'attrazione per lo stesso sesso e le relative fantasie e comportamenti. La maggior parte di queste persone hanno trovato la libertà attraverso la partecipazione a gruppi religiosi di supporto, sebbene alcuni siano anche ricorsi a terapeuti. Sfortunatamente molte persone nonché organizzazioni professionali influenti ignorano questa letteratura scientifica (APA 1997[81]; Herek 1991[82]) e sembra esserci una campagna orchestrata da parte degli “apologeti dell'omosessualità” per negare l'efficacia dei trattamenti per l'attrazione per lo stesso sesso o denunciarne la pericolosità. Barnhouse ha espresso meraviglia di fronte a questi tentativi: “La distorsione della realtà, implicita nel negare da parte degli

apologeti dell'omosessualità che la condizione sia curabile, è così enorme che ci si chiede da che cosa possa esser motivata” (Barnhouse 1977)

Robert Spitzer, M.D., il noto ricercatore psichiatra della Columbia University, che fu direttamente implicato nella decisione del 1973 di rimuovere l'omosessualità dalla lista dei disordini psichici dell'American Psychiatric Association, si è recentemente occupato delle ricerche sulla possibilità di cambiamento. Il Dr. Spitzer ha dichiarato in un'intervista: “Sono convinto che molte persone hanno fatto cambiamenti sostanziali verso l'eterosessualità...Credo che questa sia la notizia... Mi sono avvicinato a questi studi con scetticismo, ora ritengo che questi cambiamenti possano essere mantenuti nel tempo.” (NARTH 2000).

## **6) OBIETTIVI DELLA TERAPIA**

Coloro che sostengono che il cambiamento dell'orientamento sessuale sia impossibile generalmente definiscono il cambiamento come totale e come una libertà permanente da tutti i comportamenti, fantasie ed attrazioni omosessuali in una persona che precedentemente era stata omosessuale nel comportamento e nell'oggetto d'attrazione. (Tripp 1971[83]) Anche quando il cambiamento viene definito in questo modo estremo, l'affermazione è falsa. Esistono numerosi studi che riferiscono casi di cambiamento totale. (Goetze 1997[84])

Coloro che negano la possibilità di un cambiamento totale ammettono la possibilità di un cambiamento nei comportamenti (Coleman 1978[85]; Herron 1982[86]) e che persone che hanno avuto un coinvolgimento sessuale con entrambi i sessi sembrano avere più possibilità di cambiare. (Acosta 1975[87]) Una lettura attenta degli articoli che si oppongono alla terapia per il cambiamento mostra che gli autori che la ritengono non etica (Davison 1982[88]; Gittings 1973[89]) assumono questa posizione perché la considerano come oppressiva per coloro che non vogliono cambiare (Begelman 1975[90]; 1977[91]; Murphy 1992[92]; Sleek 1997[93]; Smith 1988[94]) e vedono le persone che provano attrazione per lo stesso sesso e che desiderano cambiare come delle vittime dell'oppressione sociale o religiosa. (Begelman 1977[95]; Silverstein 1972[96])

Andrebbe notato che, quasi senza eccezione, coloro che ritengono non etica questa terapia rifiutano anche l'astinenza dall'attività sessuale extraconiugale come obiettivo

minimo (Barrett 1996[97]), e fra i terapeuti che ritengono normali gli atti omosessuali molti non trovano niente di sbagliato nell'infedeltà nelle relazioni stabili (Nelson 1982[98]), negli incontri sessuali occasionali, nella promiscuità generalizzata, nell'autoerotismo (Saghir 1973), nel sadomasochismo ed altre parafilie. Alcuni sono anche a favore di un alleggerimento delle restrizioni sull'attività sessuale fra adulti e minori (Mirkin 1999[99]) o negano l'impatto negativo dell'abuso sessuale sui bambini. (Rind 1998; Smith 1988[100])

Alcuni di coloro che considerano non etica la terapia mettono anche in discussione le teorie accreditate sullo sviluppo del bambino. (Davison 1982[101]; Menvielle 1998[102]) Questi tendono a dare la colpa degli innegabili problemi affrontati da adolescenti e adulti omosessuali praticanti, all'oppressione operata dalla società. Le conclusioni di queste ricerche devono essere valutate tenendo conto degli scopi che i ricercatori si propongono nel loro programma. Quando la ricerca è influenzata da un'evidente finalità politica, il suo valore è seriamente compromesso.

È necessario notare che i cattolici non possono avallare terapie che incoraggino i pazienti a rimpiazzare un peccato con un altro. (Schwartz 1984). Alcuni terapeuti, per esempio, non considerano un paziente 'curato' finché non può avere normali rapporti sessuali con l'altro sesso, anche se il paziente non è sposato. (Masters 1979). Altri incoraggiano i pazienti a masturbarsi utilizzando immagini del sesso opposto. (Blitch 1972; Conrad 1976)

Per un cattolico che prova attrazione per lo stesso sesso, lo scopo della terapia dovrebbe essere raggiungere la libertà di vivere castamente in conformità al proprio stato. Alcuni di quelli che hanno combattuto contro l'attrazione per lo stesso sesso si sentono chiamati ad una vita celibataria e non si dovrebbe far pensar loro che non sono liberi dall'attrazione per lo stesso sesso perché non sentono desiderio per il sesso opposto. Altri desiderano sposarsi ed avere dei bambini e ci sono molti buoni motivi per ritenere che saranno capaci, nel tempo, di raggiungere questo obiettivo. Non dovrebbero però esser spinti a sposarsi subito, dal momento che è ampiamente provato che il matrimonio non costituisce una cura rispetto all'attrazione per lo stesso sesso. Con il potere della grazia, i sacramenti, il supporto della comunità e di un terapeuta esperto, una persona motivata può riuscire a raggiungere la libertà interiore promessa da Cristo.

I terapeuti esperti possono aiutare le persone a scoprire e comprendere le cause profonde del trauma emozionale che ha dato origine all'attrazione per lo stesso sesso e quindi lavorare con la terapia per risolvere questo trauma. Gli uomini che provano l'attrazione per lo stesso sesso spesso scoprono che la loro identità maschile è stata influenzata negativamente da sentimenti di rifiuto da parte del padre o dei compagni o da una cattiva immagine fisica di sé, il che ha portato a sentimenti di tristezza, rabbia ed insicurezza. Dal momento in cui questo dolore emozionale è guarito attraverso la terapia, l'identità maschile è rafforzata e l'attrazione verso lo stesso sesso diminuisce.

Le donne che provano attrazione per lo stesso sesso possono giungere a constatare come i conflitti con il padre e/o altri individui importanti di sesso maschile le hanno portate a sentire sfiducia nell'amore maschile, così come la mancanza dell'amore materno le ha portate a ricercare l'amore da parte di una donna. Una ricerca interiore sulle ragioni della rabbia e della tristezza le porterà auspicabilmente al perdono e, quindi, alla libertà. Tutto questo richiede tempo. In questo senso le persone che provano attrazione per lo stesso sesso non si differenziano dai molti altri che sperimentano sofferenza emozionale ed hanno necessità d'imparare a perdonare.

I terapeuti cattolici che lavorano con pazienti cattolici dovrebbero sentirsi liberi di utilizzare il ricco patrimonio della spiritualità cattolica nel processo di guarigione. Quelli che hanno ferite derivanti dal loro padre biologico dovrebbero essere incoraggiati a sviluppare la loro relazione con Dio come figura di padre amorevole. Coloro che sono stati respinti o ridicolizzati dai compagni possono meditare sulla figura di Gesù come fratello, amico e protettore. Coloro che sentono la mancanza della figura materna possono cercare conforto in Maria.

Ci sono buone speranze che, con il tempo, coloro che cercano la libertà la trovino. Tuttavia, mentre possiamo incoraggiare la speranza, dobbiamo ammettere che alcuni non raggiungeranno i loro obiettivi. In pratica ci troviamo nella stessa situazione di un oncologo pediatrico che ci racconta di quando iniziò la sua pratica medica e non vi era quasi nessuna speranza per i bambini affetti dal cancro ed il dovere del medico era quello di aiutare i genitori ad accettare l'inevitabile, anziché esaurire le proprie risorse per cercare una 'cura'; oggi invece il 70% circa dei bambini guarisce ma ogni

morte comunica sempre al medico un orribile senso di sconfitta. Visti i miglioramenti nella prevenzione e nel trattamento dell'attrazione per lo stesso sesso, le persone che ancora lottano con questo problema avranno più che mai bisogno di un sostegno compassionevole e sensibile.

## PARTE II

### RACCOMANDAZIONI

#### **1) ASSISTERE SPIRITUALMENTE LE PERSONE CHE PROVANO ATTRAZIONE PER LO STESSO SESSO**

È molto importante per ogni cattolico che prova attrazione per lo stesso sesso sapere che c'è speranza e che è possibile ricevere aiuto. Sfortunatamente questo aiuto non è sempre disponibile ovunque. Gruppi di supporto, terapeuti e consulenti spirituali, che abbraccino inequivocabilmente gli insegnamenti della Chiesa, costituiscono una componente essenziale dell'aiuto di cui si ha bisogno. Dal momento che il concetto di sessualità nel nostro paese è molto variabile, i pazienti che chiedono aiuto devono accertarsi che i gruppi o i consulenti che incontrano abbiano un atteggiamento inequivocabilmente conforme ai principi della morale cattolica. Una delle organizzazioni cattoliche più conosciute che offre supporto è Courage (vedi Appendice) e la sua organizzazione affiliata EnCourage. Anche se ogni tentativo di indicare come peccaminoso o illecito il comportamento omosessuale potrà essere accusato di "omofobia", la realtà è che Cristo chiama tutti alla castità, conformemente al proprio stato di vita. Il desiderio della Chiesa di aiutare tutti a vivere castamente non costituisce una condanna implicita per tutti quelli che incontrano difficoltà a vivere in castità, ma è piuttosto una risposta compassionevole di una Chiesa che cerca di imitare Cristo, il Buon Pastore.

È fondamentale che ogni cattolico che provi attrazione per lo stesso sesso abbia un facile accesso a gruppi di supporto, terapeuti e consulenti spirituali che abbraccino inequivocabilmente gli insegnamenti della Chiesa e siano pronti ad offrire un aiuto altamente qualificato. In molte aree gli unici gruppi di supporto presenti sono condotti da cristiani evangelici o da persone che rifiutano gli insegnamenti della Chiesa. La

carezza della comunità cattolica nel rispondere ai bisogni di queste persone è una grave mancanza a cui è necessario porre rimedio. In particolare è tragico constatare come Courage, che sotto la guida di p. John Harvey ha sviluppato una rete eccellente e autenticamente cattolica di gruppi di supporto, non sia presente in ogni diocesi ed in tutte le città più importanti.

Sono fonte di preoccupazione e disappunto alcuni casi di singoli od organizzazioni, sostenute o direttamente associate con la Chiesa cattolica, che consigliano a persone che provano attrazione per lo stesso sesso di osservare la fedeltà in una relazione omosessuale piuttosto che la castità secondo il proprio stato. È fondamentale invece che consulenti o gruppi di supporto legati alla Chiesa siano molto chiari riguardo alla natura e all'origine dell'attrazione verso lo stesso sesso. Questa condizione non è determinata geneticamente o biologicamente e non è immutabile. È fuorviante indicare come accettabile avere rapporti sessuali all'interno di una relazione monogamica fra persone dello stesso sesso. Gli insegnamenti della Chiesa cattolica sulla morale sessuale sono estremamente chiari e non ammettono eccezioni. I cattolici hanno il diritto di conoscere la verità e coloro che lavorano con o per le istituzioni cattoliche hanno il dovere di proclamare questa verità.

Alcuni sacerdoti, forse perché credono erroneamente che l'attrazione per lo stesso sesso sia geneticamente determinata e immutabile, hanno incoraggiato persone con tale tendenza ad identificarsi con la comunità gay, dichiarandosi pubblicamente gay o lesbica, ma vivendo castamente le loro vite personali. Ci sono molte ragioni per cui questo modo di procedere è sbagliato: 1) È basato sull'idea errata che l'attrazione per lo stesso sesso sia un aspetto immutabile della persona e scoraggia le persone dal chiedere aiuto; 2) la comunità "gay" promuove un'etica del comportamento sessuale totalmente antitetica agli insegnamenti cattolici sulla sessualità e non nasconde il proprio desiderio di eliminare "erotofobia" ed "eterosessismo". (Non vi è alcuna possibilità di conciliare le posizioni esposte dai portavoce del movimento "gay" e gli insegnamenti della Chiesa cattolica); 3) Questo modo di agire pone persone, che sono facilmente vulnerabili alla tentazione, in situazioni che debbono essere considerate occasione prossima di peccato; 4) Crea la falsa speranza che la Chiesa alla fine cambierà i suoi insegnamenti sulla morale sessuale. I cattolici, naturalmente, devono rivolgersi con amore e speranza portando l'autentico ed integro messaggio di liberazione dal peccato attraverso Gesù Cristo alle persone che provano l'attrazione per lo stesso sesso, a coloro che praticano l'omosessualità e particolarmente a chi è affetto da malattie a trasmissione sessuale.



## 2) IL RUOLO DEL SACERDOTE

È di fondamentale importanza che i sacerdoti, quando si trovano di fronte a persone con attrazione per lo stesso sesso, possano accedere ad informazioni attendibili e concrete, nonché a risorse e strumenti realmente efficaci. Il sacerdote, comunque, deve fare di più che rinviare semplicemente ad altri enti ed istituzioni (vedi Courage ed EnCourage nell'Appendice) dal momento che si trova in una posizione unica per poter fornire una assistenza spirituale specifica a coloro che provano attrazione per lo stesso sesso. Egli deve essere, naturalmente, molto sensibile a quei sentimenti intensi d'insicurezza, colpa, vergogna, rabbia, frustrazione, tristezza ed anche paura presenti in tali persone, ma questo non deve impedirgli di parlare chiaramente riguardo agli insegnamenti della Chiesa (vedi CCC, n.2357 - 2359), la necessità del perdono e della guarigione tramite la confessione, la necessità di evitare le occasioni di peccato e di condurre un'intensa vita di preghiera. Molti terapeuti sono convinti che la fede religiosa possa giocare un ruolo cruciale nel superamento dell'attrazione per lo stesso sesso.

Quando una persona confessa di provare attrazione, fantasie o atti omosessuali il sacerdote dovrebbe essere consapevole che queste sono spesso manifestazioni di traumi infantili e adolescenziali, abusi sessuali subiti da bambini o manifestazioni di bisogni di amore e approvazione da parte del genitore dello stesso sesso non corrisposti durante l'infanzia. Fino a che questi problemi sottostanti non sono affrontati, la persona può sperimentare un riaffacciarsi delle tentazioni ed esser colto dalla disperazione. Coloro che rifiutano gli insegnamenti della Chiesa ed incoraggiano le persone che provano attrazione per lo stesso sesso ad intraprendere cosiddette "relazioni omosessuali stabili, basate sull'amore" non capiscono che queste situazioni di compromesso non risolvono i problemi sottostanti. Il sacerdote invece, incoraggiando la persona a frequentare gruppi di supporto e a seguire terapie specifiche, deve ricordare che attraverso il sacramento della confessione può aiutare le persone che si pentono ad affrontare non solo il peccato ma anche le cause dell'attrazione per lo stesso sesso. L'elenco che segue, per quanto non esaustivo, mostra alcune possibili modalità con cui il sacerdote può aiutare le persone che hanno questi problemi e che si avvicinano al sacramento della riconciliazione:

a) Le persone che provano l'attrazione per lo stesso sesso o confessano peccati in quest'ambito, quasi sempre si portano dietro un intenso bagaglio di sofferenza emotiva, tristezza e risentimento verso coloro che li hanno rifiutati, trascurati o hanno

fatto loro del male, inclusi i loro genitori, i coetanei e chi li ha molestati sessualmente. Aiutarli a perdonare può essere il primo passo verso la guarigione. (Fitzgibbons 1999[103])

b) Le persone che provano attrazione per lo stesso sesso spesso riferiscono una lunga storia di esperienze sessuali precoci e traumi sessuali. (Doll 1992[104]) Le persone che praticano l'omosessualità è più probabile che abbiano avuto rapporti sessuali in giovane età. (Stephan 1973[105]; Bell 1981[106]) Molti non ne hanno mai parlato a nessuno (Johnson 1985)[107] e provano vergogna ed un profondo senso di colpa. In alcuni casi, coloro che sono stati abusati sessualmente si sentono colpevoli perché hanno reagito al loro trauma con comportamenti di natura sessuale. Con la dovuta delicatezza, il sacerdote potrà indagare su queste esperienze precoci, rassicurando queste persone che i loro peccati sono perdonati e aiutandole a ritrovare la libertà perdonando gli altri.

c) Le persone che praticano l'omosessualità possono anche essere affette da dipendenza sessuale. , (Saghir 1973[108]; Beitchman 1991[109]; Goode 1977[110]), hanno una maggior probabilità di aver praticato forme estreme di sessualità o sesso mercenario. (Saghir 1973[111]) Le dipendenze non sono facili da superare e ricorrere frequentemente alla confessione può essere il primo passo verso la libertà. Il confessore dovrebbe ricordare ai penitenti che anche i peggiori peccati di questo tipo possono essere perdonati, incoraggiarli a resistere alla disperazione e a perseverare, allo stesso tempo suggerendo un gruppo di supporto specifico per le dipendenze.

d) Le persone che provano attrazione per lo stesso sesso spesso abusano di alcol, medicinali e droghe illegali. (Fifield 1977[112]; Saghir 1973[113]) Questi abusi possono indebolire la resistenza alla tentazione sessuale. Il sacerdote può invitare a partecipare a un gruppo di supporto per questi problemi.

e) Anche la disperazione e i pensieri suicidari sono ricorrenti nella vita di persone turbate dalla propria attrazione per lo stesso sesso. (Beitchman 1991[114]; Herrell 1999; Fergusson 1999) Il sacerdote può rassicurare il penitente sul fatto che ci sono tutti i motivi per credere che la situazione possa cambiare e che Dio lo ama e vuole che viva una vita realizzata e felice. Ancora una volta, perdonare gli altri può essere di grande aiuto.

f) Le persone che provano attrazione per lo stesso sesso possono soffrire di problemi spirituali come l'invidia (Hurst 1980) o l'autocommiserazione. (Van den Aardweg 1969) È importante che le persone che provano l'attrazione per lo stesso sesso non siano trattate come se la tentazione sessuale fosse il loro unico problema.

g) La stragrande maggioranza degli uomini e delle donne che provano attrazione per lo stesso sesso hanno una relazione carente con il padre (vedi note da 17 a 23). Il sacerdote, come una figura amorevole di padre, attraverso i sacramenti può iniziare il lavoro di riparazione del danno e facilitare una relazione intima con Dio Padre apportatrice di guarigione. Può anche incoraggiare la devozione particolare a san Giuseppe.

Il sacerdote dev'essere consapevole del lavoro in profondità necessario per la guarigione di tali persone che vivono questo difficile conflitto, deve essere una fonte di speranza per i disperati, perdono per chi sbaglia, forza per i deboli, incoraggiamento per i timorosi, qualche volta un padre amorevole per chi è ferito. In breve deve essere Gesù per queste amate creature di Dio che si trovano in una delle più difficili situazioni. Deve essere sensibile nella pastorale ma anche risoluto come pastore, seguendo sempre l'esempio del compassionevole Gesù che guariva e perdonava settanta volte sette, ma sempre ammoniva: "Va e non peccare più".

### **3) LE PROFESSIONI SANITARIE CATTOLICHE**

I pediatri devono saper riconoscere i sintomi del GID (Disordine di Identità di Genere) e della inadeguata mascolinità giovanile cronica. Con una diagnosi ed un intervento precoce c'è speranza che il problema possa essere risolto con successo. (Zucker 1995[115]; Newman 1976[116]) Se la ragione principale per curare i bambini è alleviare la loro frustrazione presente. (Newman 1976[117]; Bradley 1998[118]; Bates 1974[119]), il trattamento del GID e della inadeguata mascolinità giovanile cronica può prevenire l'attrazione per lo stesso sesso e i problemi associati con l'attività omosessuale nell'adolescenza e nella vita adulta.

La maggior parte dei genitori non desidera che i figli siano coinvolti in attività omosessuali, ma i genitori di bambini a rischio spesso nutrono delle riserve circa il trattamento. (Zucker 1995; Newman 1976[120]) Informarli che circa il 75% dei bambini con sintomi di GID e inadeguata mascolinità giovanile cronica finirà, se non si interviene, per provare attrazione per lo stesso sesso (Bradley 1998) e far

conoscere loro i rischi associati con l'attività omosessuale (Garofalo 1998[121]; Osmond 1994[122]; Stall 1988b[123]; Rotello 1997; Signorile 1997[124]) può aiutarli a superare l'opposizione alla terapia. La cooperazione dei genitori è estremamente importante affinché un intervento precoce abbia successo.

I pediatri dovrebbero conoscere le pubblicazioni sui trattamenti. George Rekers ha scritto numerosi libri sull'argomento. (Rekers 1988[125]) Zucker e Bradley forniscono una rassegna esaustiva delle pubblicazioni nel loro libro "Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents" (1995), così come una numerosa casistica ed indicazioni per il trattamento.

I medici che entrano in contatto con pazienti affetti da malattie sessualmente trasmissibili, contratte durante l'attività omosessuale, possono informare i pazienti della disponibilità di terapia psicologica e di gruppi di supporto e che il 30% circa dei pazienti può ottenere un cambiamento dell'orientamento sessuale e, come prevenzione delle patologie, un ulteriore 30% può riuscire a vivere una vita celibataria ed evitare comportamenti ad alto rischio. Dovrebbero anche indagare sull'abuso di droghe e di alcol, e raccomandare un trattamento quando necessario, dal momento che molti studi hanno collegato le malattie sessualmente trasmissibili all'abuso di sostanze stupefacenti ed alcol. (Mulry 1994[126])

Anche prima dell'epidemia di AIDS uno studio su uomini che fanno sesso con altri uomini ha riscontrato che il 63% aveva contratto un'infezione sessualmente trasmissibile attraverso l'attività omosessuale. (Bell 1978[127]) Nonostante le campagne educative sull'AIDS, gli epidemiologi hanno previsto che in un prevedibile futuro il 50% degli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini diverrà positivo all'HIV. (Hoover 1991; Morris 1994; Rotello 1997[128])\*

Queste persone sono anche a rischio d'infezione da sifilide, gonorrea, epatite A, B, C, HPV e numerose altre malattie.

Gli psicologi e gli psichiatri dovrebbero conoscere il lavoro di quei terapeuti che hanno lavorato efficacemente con le persone che provano attrazione per lo stesso

---

\* [NdR Rispetto a queste previsioni oggi rileviamo dati contrastanti in rapporto alla prevalenza del virus HIV nella popolazione degli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM); tra gli altri possiamo citare le conclusioni del CDC di Atlanta (USA) relative al numero di casi di 21 città rilevati nel 2008 che ammontano al 19% dei soggetti MSM che si sono sottoposti al test (CDC Fact Sheet: HIV among Gay and Bisexual Men - May 2012).]

sesto. Dal momento che l'attrazione per lo stesso sesso non ha un'unica causa, persone diverse possono aver bisogno di un trattamento mirato. Un' opzione da prendere in considerazione è quella di una terapia combinata con l'appartenenza a gruppi di supporto e l'assistenza spirituale.

#### **4) GLI INSEGNANTI NELLE ISTITUZIONI CATTOLICHE**

Gli insegnanti nelle istituzioni cattoliche hanno il dovere di difendere gli insegnamenti della Chiesa riguardo alla morale sessuale, contrastare le false informazioni sull'attrazione per lo stesso sesso ed informare gli adolescenti a rischio di omosessualità che per loro è disponibile un aiuto. Dovrebbero continuare ad opporsi alla pressione sociale e culturale di includere l'educazione all'uso del profilattico nei programmi di ascolto di adolescenti che praticano l'omosessualità. Numerosi studi hanno provato che quest'educazione non è efficace a prevenire la trasmissione delle malattie nella popolazione a rischio. (Stall 1988a[129]; Calabrese 1987[130]; Hoover 1991[131])

Gli attivisti per i diritti "gay" insistono affinché gli adolescenti a rischio siano indirizzati a gruppi di supporto che li aiutino a dichiararsi pubblicamente come omosessuali. Non c'è nessuna prova che la partecipazione a tali gruppi possa evitare le conseguenze negative a lungo termine associate con l'attività omosessuale. Questi gruppi non incoraggeranno certo l'adolescente ad astenersi dal peccato e vivere castamente secondo il proprio stato di vita. I sintomi del GID e della scarsa inadeguata mascolinità giovanile cronica nei ragazzi devono essere considerati seriamente. I bambini a rischio necessitano di un aiuto particolare, specialmente quelli che sono stati vittima di un abuso sessuale.

Gli educatori hanno anche il dovere di evitare che i bambini che non si conformano alle caratteristiche tipiche di genere siano presi in giro e ridicolizzati. Devono essere intraprese iniziative di formazione ed offerti percorsi didattici e strategie specifiche agli insegnanti delle scuole cattoliche, dei corsi di catechismo e delle altre istituzioni.

#### **5) FAMIGLIE CATTOLICHE**

Quando i genitori cattolici scoprono che i loro figli provano attrazione per lo stesso sesso o praticano l'omosessualità, sono spesso sconvolti. I genitori, preoccupati per la salute, felicità e salvezza del figlio, in genere provano sollievo quando sono informati che l'attrazione per lo stesso sesso è trattabile e prevenibile; possono

trovare supporto da altri genitori nell'associazione EnCourage. Debbono anche poter condividere questo peso con gli amici più cari ed i familiari.

I genitori dovrebbero esser informati sui sintomi del GID e sulla prevenzione dei problemi di identità di genere, incoraggiati a non sottovalutare tali sintomi ed indirizzare i bambini con problemi di identità di genere a psicologi e psichiatri qualificati e moralmente adeguati.

## **6) LA COMUNITA' CATTOLICA**

Non molto tempo fa una gravidanza al di fuori del matrimonio o un aborto erano argomenti tabù e verso queste donne vi era generalmente un atteggiamento giudicante ed aspro. La legalizzazione dell'aborto ha obbligato la Chiesa a confrontarsi con questo problema e fornire assistenza pastorale alle donne che si trovano a portare avanti una gravidanza "indesiderata" o soffrono del trauma successivo a un aborto. In pochi anni l'approccio delle diocesi, di singole parrocchie e del fedele cattolico è cambiato ed oggi la vera carità cristiana verso queste persone è la norma e non l'eccezione. Allo stesso modo l'atteggiamento verso l'attrazione per lo stesso sesso può cambiare, sempre che ciascuna istituzione cattolica faccia la sua parte.

Chi prova attrazione per lo stesso sesso, chi pratica l'omosessualità e le loro famiglie spesso si sentono esclusi dall'affettuosa sollecitudine della comunità cattolica. Pregare come parte delle intenzioni, durante la messa, per le persone che provano attrazione per lo stesso sesso e le loro famiglie è un modo di manifestare attenzione ed affetto della comunità nei loro riguardi.

Coloro che lavorano per i media cattolici devono essere informati sull'attrazione per lo stesso sesso, gli insegnamenti della Chiesa ed gli strumenti per la prevenzione ed il trattamento. Occorre elaborare e distribuire sugli espositori, già presenti in molte chiese, opuscoli ed altri materiali che spieghino in modo chiaro gli insegnamenti della Chiesa e diano informazioni sulle risorse disponibili per coloro che ne hanno bisogno. Quando chi lavora nei mezzi d'informazione cattolici, un insegnante di istituzioni cattoliche, od un sacerdote, espone scorrettamente gli insegnamenti della Chiesa o dà l'impressione che l'attrazione per lo stesso sesso sia geneticamente determinata ed immutabile, i laici possono fornire informazioni per correggere queste cattive interpretazioni.

## **7) I VESCOVI**

L'Associazione Medica Cattolica riconosce la responsabilità del vescovo nella supervisione dell'ortodossia degli insegnamenti all'interno della sua diocesi. Questo include, certamente, un chiaro indirizzo riguardo alla natura e allo scopo delle relazioni sessuali fra le persone e la peccaminosità di relazioni inappropriate. La AMC desidera cooperare con Vescovi e sacerdoti al fine di costituire gruppi di supporto appropriati e modelli terapeutici per coloro che provano attrazione per lo stesso sesso. Pur considerando molto utili e validi i programmi di Courage ed EnCourage e promuovendoli attivamente, possono certamente esservi ulteriori modalità di assistenza e vi è l'auspicio di poter collaborare con ogni eventuale programma psicologicamente, spiritualmente e moralmente appropriato.

## **8) SPERANZA**

Jeffrey Satinover, MD e Ph.D., ha scritto riguardo alla sua vasta esperienza con pazienti che provano attrazione per lo stesso sesso: "Sono stato straordinariamente fortunato ad avere incontrato molte persone che sono uscite da uno stile di vita gay. Quando vedo le difficoltà personali che hanno affrontato con ferma decisione, l'enorme coraggio che hanno mostrato non solo nell'affrontare queste difficoltà ma anche nel confrontarsi con una cultura che in ogni modo cerca di negare la validità dei loro valori, obbiettivi ed esperienze, provo davvero una grande meraviglia... Queste persone - che erano omosessuali e coloro che stanno ancora lottando in America e all'estero - rappresentano per me un esempio di tutto ciò che c'è di buono e possibile in un mondo che prende sul serio il cuore dell'uomo e la presenza di Dio in quel cuore. Nelle mie disparate esperienze nel mondo della psicoanalisi, psicoterapia e psichiatria non ho mai visto guarigioni altrettanto impressionanti". (Satinover 1996)

Spesso coloro che vogliono liberarsi dall'attrazione per lo stesso sesso si rivolgono, per prima cosa, alla Chiesa. L'AMC vuole avere la certezza che possano trovare l'aiuto e la cura che stanno cercando. Ci sono molte ragioni per ritenere che ogni persona che prova attrazione per lo stesso sesso e cerca aiuto nella Chiesa possa trovare libertà dal comportamento omosessuale e molto più ancora, ma questo può solo accadere se vedranno autentico amore nelle nostre parole e nei nostri atti.

Se ad oggi le professioni sanitarie cattoliche non hanno preso in carico i bisogni di questa categoria di pazienti e hanno mancato di lavorare con impegno per sviluppare

terapie di trattamento e prevenzione o hanno mancato di trattare le persone con questi problemi con il rispetto dovuto ad ogni persona, chiediamo perdono.

L'Associazione Medica Cattolica riconosce che ogni professionista nel campo della salute ha una particolare missione in quest'ambito e spera che questa dichiarazione di intenti possa aiutarli a compiere questo dovere conformemente ai principi della fede cattolica.



## APPENDICI

### INTRODUZIONE ALLE APPENDICI

Le ricerche a cui si fa riferimento in questa relazione sono tratte da un'ampia varietà di fonti. In molti casi avrebbero potuto essere citate numerose altre fonti. Per coloro che desiderano fare uno studio approfondito delle questioni trattate è disponibile una vasta bibliografia (**heartbeatnews1@cox.net**) insieme ad una rassegna della principale letteratura sull'argomento.

Si noti inoltre che molti degli autori citati non accettano gli insegnamenti della Chiesa riguardo la natura intrinsecamente disordinata degli atti omosessuali. Non è stato fatto alcun tentativo di distinguere gli uni dagli altri, dal momento che coloro che sono a favore della prevenzione e del trattamento e coloro che promuovono la terapia volta ad affermare l'identità gay portano entrambi significative evidenze statistiche e casistiche. Le note finali contengono numerosi estratti del materiale citato.

### NOTE

[1] Chapman e Brannock (1987) nella loro ricerca hanno riscontrato che il 63% delle lesbiche affermavano di aver scelto di essere lesbiche, il 28% sentivano di non aver scelta e l'11% non sapevano perché fossero lesbiche.

[2] Schreier scrive a favore di un terapeuta (Wolpe 1969) che ha respinto la richiesta di un paziente per una terapia volta al cambiamento dell'orientamento sessuale da omosessuale a eterosessuale: "Forse invece di un riorientamento dell'attrazione sessuale le persone dovrebbero perseguire un riorientamento religioso verso una delle molte confessioni religiose presenti negli USA che hanno una visione positiva dell'ASS... non tutte le religioni giudicano questa condizione negativamente o la condannano. Chi supporta il cambiamento dell'orientamento sessuale pur rimanendo critico del riorientamento religioso dimostra di non avere altro che un pregiudizio." (p.308)

[3] Burr: in copertina sul "The Weekly Standard", "Supponiamo che esista un "gene gay"... Cosa ne consegue?"

[4] Hamer ha sostenuto di aver trovato un marker per l'omosessualità sul cromosoma X.

[5] LeVay ha sostenuto di aver riscontrato che una parte specifica del cervello di uomini omosessuali, morti di AIDS differisce da quella di uomini e donne eterosessuali.

[6] Byne: "Studi critici dimostrano che le prove a favore di una teoria biologica sono carenti. In un modello alternativo i tratti temperamentali e di personalità interagiscono con l'ambiente familiare e sociale nell'emergere della sessualità dell'individuo." (p.228) "La ricerca sulla ereditarietà delle varianti della personalità suggerisce che alcune dimensioni della personalità possano essere ereditari, inclusi la ricerca della novità, l'evitamento del danno e la dipendenza dalla ricompensa. Applicando questi parametri allo scenario citato si potrebbe prevedere che un ragazzo con una componente elevata di ricerca della novità, ma bassa nell'evitare il danno e nella dipendenza dalla ricompensa, probabilmente non terrebbe conto dell'opposizione della madre al suo praticare il baseball. D'altra parte, un ragazzo con un basso livello di ricerca della novità, ma con un livello elevato di elusione del danno e nella dipendenza dalla ricompensa, più probabilmente avrebbe bisogno della ricompensa rappresentata dall'approvazione materna e avrebbe meno probabilità di cercare e incontrare modelli di comportamento maschile al di fuori della famiglia e probabilmente eviterebbe di giocare a baseball per paura di farsi male. In assenza di incoraggiamento da parte di un padre accettante o di un modello di ruolo maschile alternativo, un ragazzo di questo tipo è probabile che si senta diverso dai suoi compagni e conseguentemente sia esposto a esperienze non-erotiche nell'infanzia che possono contribuire all'emergenza di preferenze omoerotiche. Queste esperienze possono includere quelle descritte da Friedman come comuni fra ragazzi pre-omosessuali, incluse una scarsa autostima maschile, isolamento, essere preso di mira e rifiutato dai compagni e da maschi più grandi, incluso il padre." (p.237)

[7] Crewdson: "...nessun altro laboratorio ha confermato le ricerche di Hamer."

[8] Horgan: "Le ricerche di LeVay devono ancora essere completamente replicate da altri ricercatori. Come è stato per Hamer, uno studio ha contraddetto i suoi risultati."

[9] McGuire: “alcuni vogliono che l’omosessualità sia considerata biologica o genetica perché credono che allora, poiché gli omosessuali “sono nati così”, in qualche modo saranno tollerati. Altri sono a favore delle cause ambientali dal momento che questo giustifica la loro convinzione che le persone abbiano scelto uno “stile di vita omosessuale”. (p.141) “Anche se sapessimo tutto sui geni e sull’influenza ambientale, non potremmo comunque prevedere il fenotipo risultante di ogni singolo individuo.” (p.142)

[10] Rice et al. hanno cercato di replicare senza successo lo studio di Hamer.

[11] Bailey: Uno studio sui fratelli di uomini omosessuali attivi ha riscontrato che “il 52% (29/56) di gemelli monozigoti, il 22% (12/54) di gemelli eterozigoti e l’11% (6/57) di fratelli adottivi erano omosessuali... la percentuale di omosessualità fra fratelli non gemelli, come riferito dai probandi, era del 9.2% (13/142). (p.1089)

[12]Parker: Caso A: “La loro madre, di 39 anni, seppe solo pochi giorni prima del ricovero che stava per avere dei gemelli e poiché aveva già un figlio di 7 anni ci teneva molto al fatto che uno dei due fosse una bambina. Rendendosi conto del suo disappunto quando partorì due bambini di 3 chili, l’ostetrica la consolò dicendo che il primo nato, quello che poi divenne omosessuale, era abbastanza carino da essere una ragazza. Sebbene fossero così simili da non poter essere distinti, la madre si fissò con questa idea e mise un braccialetto al primo gemello per essere sicura che non ci fosse confusione fra i due e da allora lo trattò come se fosse una bambina.” (p.490)

[13] Marmor: “La credenza che l’omosessualità non possa essere oggetto di trattamento è ampiamente diffusa nel pubblico non specialistico e fra gli stessi omosessuali. Questa visione è spesso collegata alla convinzione che l’omosessualità sia costituzionale o predeterminata geneticamente. Questa convinzione della non trattabilità costituisce anche una forma di difesa dell’io per molti omosessuali. Da quando, tuttavia, l’idea della natura adattativa della maggior parte dei comportamenti omosessuali si è andata maggiormente diffondendo, è emerso un più marcato ottimismo terapeutico circa la possibilità di un cambiamento e si possono riscontrare risultati gradualmente sempre più promettenti... È fuor di dubbio che un reale cambiamento nell’orientamento sessuale possa avvenire ed avvenga in una

percentuale fra il 20 e il 50 per cento dei pazienti con un comportamento omosessuale e che ricorrono ad una psicoterapia con questo obbiettivo.” (p.1519)

[14] Ernulf ha riscontrato che chi crede che gli omosessuali siano “nati così” ha un atteggiamento significativamente più positivo verso gli omosessuali rispetto a chi ritiene che gli omosessuali abbiano “scelto di essere in quel modo” e/o “imparato ad essere in quel modo”.

[15] Piskur: “Il risultato principale di questo studio è che la lettura di una rassegna di ricerche che sostengano la determinazione biologica dell’orientamento sessuale può influenzare i parametri di valutazione nei confronti degli omosessuali, se misurati subito dopo la lettura.” (p.1223)

[16] Green: “La corte suprema ha stabilito nel caso Bowers contro Hardwick che in base ad un serio e doveroso processo di analisi non c’è nessun diritto fondamentale alla pratica di un comportamento omosessuale. Pertanto l’iter costituzionale percorribile per proteggere gli omosessuali dalla discriminazione è la disposizione per la pari protezione del quattordicesimo emendamento. Ovvero, per ottenere il più alto livello di protezione un gruppo di persone deve essere dichiarato 'sospetto.' Il gruppo, per essere qualificato in questo modo, dovrebbe dimostrare tra le altre cose, che l’elemento per cui viene stigmatizzato è immutabile.” (p.537)

[17] Apperson: “L’importanza della relazione con il padre - o della sua carenza- è messa di nuovo in evidenza, quando i soggetti omosessuali mostrano una marcata differenza - rispetto ai controlli - nella percezione del padre come maggiormente critico, impaziente e rifiutante e meno come il promotore della socializzazione.” (p.206)

[18] Bene: “Molti meno omosessuali, rispetto ad uomini sposati, pensavano che i loro padri fossero stati allegri, disponibili, affidabili, gentili o comprensivi, mentre molti di più sentivano che i loro padri non avevano avuto tempo per loro, non li amavano e li avevano fatti sentire infelici.” (p.805)

[19] Bieber : “Un profondo disturbo interpersonale nella relazione padre-figlio è inevitabilmente presente negli omosessuali. Nessuno dei padri (di figli omosessuali)...

potè essere considerato come un genitore ragionevolmente 'normale'." (p.114)  
"Siamo giunti alla conclusione che una relazione costruttiva, di sostegno, calorosa con il padre previene la possibilità che il figlio divenga omosessuale: funziona come un agente neutralizzante e protettivo nel caso la madre avesse un atteggiamento seduttivo o di eccessivo legame" (p.311)

[20] Fisher: "Fisher ha analizzato 58 studi e ha riscontrato che i figli omosessuali percepivano il padre come una figura negativa, distante e non amichevole." Una rassegna della letteratura sulle esperienze infantili dei maschi omosessuali ha riscontrato che "Con poche eccezioni, il maschio omosessuale afferma che il padre è stato una figura con un'influenza negativa nella sua vita. Si riferisce a lui con definizioni come freddo, non amichevole e punitivo, brutale, distante, distaccato. Non siamo stati in grado di trovare un solo studio, sufficientemente ben controllato, nel quale i maschi omosessuali si riferiscono al padre positivamente o con affetto." (p.136)

[21] Pillard: "L'alcolismo è presente con maggior frequenza nei padri di uomini omosessuali (14 padri di uomini omosessuali contro 5 padri di uomini eterosessuali.)" (p.54)

[22] Sipova: "È stato riscontrato che padri di omosessuali e transessuali erano più ostili e meno autorevoli dei padri del gruppo di controllo e quindi meno desiderabili come modelli con cui identificarsi." (p.75)

[23] Bieber: "In circa il 75% dei casi, le madri avevano un legame con i figli troppo stretto, eccessivamente vincolante e intimo. Più della metà di queste madri erano descritte come seduttive. Erano possessive, dominatrici, superprotettive e demascolinizzanti." (p.524)

[24] Bieber: "Quando il figlio omosessuale raggiunge il periodo preadolescenziale, ha già sofferto di un certo disordine della personalità. L'eccessiva ansietà materna riguardo alla salute e agli incidenti, la restrizione di attività normali per l'età e le capacità del figlio, l'interferenza con un comportamento assertivo, un atteggiamento demascolinizzante e l'interferenza con la sessualità - insieme al rifiuto, ostilità e mancanza di sostegno da parte del padre - rendono il bambino eccessivamente

pauroso, patologicamente dipendente dalla madre e oppresso da sentimenti di inadeguatezza, impotenza e disprezzo di se. Il bambino è riluttante a partecipare ad attività tipiche dei ragazzi ritenute pericolose - di solito con evidente esagerazione. Il gruppo dei coetanei reagisce chiamandoli con soprannomi umilianti e spesso con attacchi fisici, che la timidezza altrui tende a volte a sollecitare nei bambini... Con la conseguenza che si trova privato di quella importante interazione empatica che i gruppi di coetanei forniscono.” (p.316)

[25] Snortum ha studiato il caso di 46 uomini esclusi dal servizio militare perché omosessuali e ha concluso: “Sembra che un’interazione patologica fra madri dispotiche ed invadenti e padri scostanti e distaccati non appartenga solo alla subcultura delle famiglie sofisticate dell’alta borghesia che ricorrono agli psicoanalisti.” (p.769)

[26] Fitzgibbons: “La seconda causa più comune di SASS [sindrome da attrazione per lo stesso sesso] fra i maschi è la sfiducia nell’amore della donna... I bambini di sesso maschile in famiglie dove non è presente il padre spesso si sentono oltremodo responsabili per le loro madri. Quando entrano nell’adolescenza possono avere la percezione dell’amore femminile come eccessivamente esigente ed estenuante.” (p.89)

[27] Bradley: “Le ragazze con il GID... provano difficoltà ad entrare in contatto con le loro madri, che sono spesso percepite come deboli e incapaci. Pensiamo che questa percezione derivi dall’alto livello di psicopatologia osservato in queste madri, specialmente gravi depressioni e disordine di personalità borderline.” (p.877)

[28] Eisenbud “Famiglie separate e alcolismo nella prima infanzia di donne lesbiche così come inadeguate cure materne non consentono una successiva inclusione affettiva. La morte di una madre amata lascia in un freddo isolamento. Anche se la madre è presente la ragazza lesbica frequentemente sperimenta il suo ritirarsi dopo i 18 mesi.” (p.98-99)

[29] Zucker: “...pensiamo che la tolleranza da parte dei genitori di un comportamento ambiguo (cross-gender) al momento della sua insorgenza ne permetta e favorisca lo sviluppo... Quello che è centrale nelle situazioni in cui i bambini sviluppano un

disordine di identità di genere è la concomitanza di molteplici fattori in un momento delicato dello sviluppo del bambino - in pratica e tipicamente nei primi anni di vita, il periodo della formazione dell'identità di genere e del conforto. Dev'esserci un sufficiente numero di fattori per indurre uno stato di insicurezza interna nel bambino, tale da aver bisogno di una soluzione difensiva per poter gestire l'ansia. Questo generalmente accade in un contesto in cui il bambino percepisce che il sesso opposto fornisce un senso di sicurezza e protezione." (p.259) "...in nessun caso riferito siamo stati in grado di trovare un medico che percepisse i genitori come chiaramente incoraggianti un'identità maschile nei loro figli." (p.277)

[30] Friedman: "Tredici su 17 soggetti omosessuali (76%) hanno manifestato una paura cronica e persistente di lottare con altri ragazzi durante l'età giovanile e adolescenziale. L'intensità di questa paura si avvicinava ad un attacco di panico. Per quanto potevano ricordare, questi ragazzi non rispondevano mai alla sfida di un compagno coetaneo con una contro-sfida, una minaccia o un attacco, l'intensa paura di un combattimento fra maschi era una forza potentemente strutturante nelle loro menti. L'ansia anticipatoria si manifestava in atteggiamenti fobici verso le attività sociali; anche la remota idea che potesse aver luogo un combattimento portava ad evitare una vasta gamma di situazioni sociali, specialmente quelle virili (definite nel nostro studio come sport che implicano un contatto fisico, quali il football americano e il calcio). "Questi soggetti riportavano che la dolorosa perdita di autostima e la solitudine derivavano dalla loro accentuata avversione alle interazioni giovanili "aggressive" fra coetanei. Tutti eccetto uno (12 su 13) erano continuamente desiderosi d'intimità emotiva con altri ragazzi. Non essendo capaci di superare la paura di una potenziale aggressione e così ottenere rispetto e accettazione dai propri pari, questi ragazzi finivano per essere etichettati come "femminucce" dai compagni. Questi 12 soggetti riferivano che avevano il più basso "status" fra i compagni negli anni dell'infanzia e della prima adolescenza. Alternativamente ostracizzati e presi di mira, erano il bersaglio di continue umiliazioni. Tutti questi ragazzi negavano di essere effeminati... (p.432-433) "Nessun giovane pre-omosessuale ha avuto alcun grado di esperienza di combattimento o gioco virile durante gli anni giovanili. Nessuno si è cimentato neppure nella più modesta interazione giovanile tipica dei maschi descritta dal meno aggressivo dei ragazzi eterosessuali" (p.434)

[31] Hadden: "L'attenta osservazione del periodo prescolare evidenzia generalmente come il ragazzo che è divenuto omosessuale non si è mai sentito accettato e non si è mai sentito a proprio agio con i coetanei. Abbastanza spesso a causa dell'interferenza dei genitori non ha avuto occasione di giocare con altri bambini ed ha avuto scarse opportunità di correre, arrampicarsi, rotolarsi, lottare ed avere interazioni dinamiche e rudi con i compagni dall'età dei primi passi al periodo dell'asilo o della scuola." (p.78)

[32] Hockenberry: "Si conclude che i cinque punti chiave più potenti ed essenziali nel discriminare fra i maschi adulti per l'orientamento sessuale sono: giocare con i ragazzi, preferire giochi da ragazzi, vedersi come una persona sportiva, leggere libri di sport e di avventura, essere considerati "femminucce". Si è anche riscontrato che l'assenza di comportamento e tratti maschilini è apparso essere un fattore predittivo maggiore di un successivo orientamento omosessuale che i tradizionali tratti e comportamenti femminili o di commistione fra i sessi." (p.475)

[33] Whitam ha sviluppato e somministrato un questionario articolato in sei punti a 206 omosessuali e 78 eterosessuali riguardante i loro interessi nell'infanzia quanto a travestirsi da donna, giocare con le bambole, la preferenza a fare amicizia con ragazze o donne più grandi, essere considerato una "femminuccia" dai compagni e la natura dei giochi a sfondo sessuale da bambini. Quasi tutti gli omosessuali (97%) hanno riferito di aver avuto uno o più di questi indicatori infantili mentre il 74% dei soggetti eterosessuali hanno riportato la completa assenza di questi indicatori nella loro infanzia. (In Hockenberry, p.476)

[34] Thompson ha messo a confronto 127 maschi omosessuali con 123 di controllo: "I sette elementi più discriminanti erano, gerarchicamente: (a) giocare a baseball... con la maggior parte degli omosessuali che non l'avevano mai fatto o solo qualche volta...; (b) giocare a giochi competitivi di gruppo (gli omosessuali mai o qualche volta...); (c) da bambini stavano insieme al padre (gli omosessuali molto poco...); (d) postura fisica da bambini (gli omosessuali fragili, goffi o scoordinati, gli eterosessuali, atletici); (e) sentirsi accettati dal padre (per gli omosessuali poco o niente); (f) il gioco con i ragazzi prima dell'adolescenza (gli omosessuali qualche volta...); e (g) la madre che vuole essere il centro dell'attenzione del bambino (per gli omosessuali spesso o sempre...)" (p.123)



[35] Bailey: “I maschi omosessuali erano ricordati dalle loro madri come meno mascholini e meno atletici.” (p.44)

[36] Fitzgibbons: “Una debole identità maschile può essere facilmente identificata e, nella mia esperienza clinica, è una delle cause maggiori del SASS negli uomini. Sorprendentemente, vi è una presenza superiore al previsto di un debole coordinamento mano/occhio da cui dipende la difficoltà a praticare bene gli sport. Questa condizione è solitamente accompagnata da un forte rifiuto da parte dei coetanei. Queste “ferite sportive” influenzeranno negativamente l’immagine che il ragazzo ha di se, le sue relazioni con i compagni, la sua identità di genere e l’aspetto fisico.”(p.88)

[37] Newman: “L’esperienza di essere ostracizzati e ridicolizzati può giocare un ruolo più importante di quanto non si credesse come causa, in un momento successivo, di abbandono totale del ruolo maschile.” (p.687)

[38] Beitchman: “Fra gli adolescenti, le sequelae riferite (di un abuso sessuale infantile) includono l’insoddisfazione sessuale, la promiscuità, l’omosessualità ed un accresciuto rischio di essere vittima di abusi.” (p.537)

[39] Bradley: “Nelle ragazze adolescenti con GID da noi osservate si è riscontrata comunemente una storia pregressa di abuso sessuale o timore di un’aggressione sessuale.” (p.878)

[40] Engel: “Alcune pazienti lesbiche [vittime di abuso sessuale] vivono una situazione di confusione, non sapendo se scelgono le donne come scelta libera o se è solo perché sono impaurite, arrabbiate e provano repulsione verso gli uomini a causa della violenza subita.” (p.193)

[41] Gundlach riferisce che 39 su 217 lesbiche contro 15 su 231 non lesbiche avevano subito violenza o tentata violenza in un’età equivalente o inferiore ai 15 anni. (p.62)

[42] Golwyn: “Ne si deduce che la fobia sociale può costituire un fattore non evidente che contribuisce, in certi casi, al comportamento omosessuale.” (p.40)

[43] Fergusson ed altri hanno riscontrato che in un campione di coetanei le persone gay, lesbiche e bisessuali avevano percentuali superiori rispetto agli eterosessuali in relazione alle seguenti problematiche: ideazione suicidaria (67.9%/29.0%), tentativi di suicidio (32.1%/7.1%), disordini psichiatrici nell'età da 14 a 21 — depressione maggiore (71.4%/38.2%), disordine di ansia generalizzato (28.5%/12.5%), disordini nel comportamento problemi nella condotta/comportamentali, (32.1%/11.0%), dipendenza dalla nicotina (64.3%/26.7%), abuso/dipendenza da altre sostanze (60.7%/44.3%), disordini multipli (78.6%/38.2%). (p.879)

[44] Parris in uno studio clinico su casi consecutivi di ricovero ha trovato che il tasso di omosessualità nei pazienti DBP [disordine border-line di personalità] era il 16.7%, in confronto all'1.7% nel gruppo di controllo dei pazienti non DBP. L'omosessuale con DBP ha un tasso globale di storia di abuso infantile del 100% rispetto al 37.3% del gruppo DBP non omosessuale. “È interessante notare che 3 pazienti omosessuali borderline su 10 riferiscono una storia di incesto padre-figlio.” (p.59)

[45] Zubenko: “L'omosessualità è 10 volte più diffusa fra gli uomini e sei volte più diffusa fra le donne con un disturbo borderline di personalità rispetto alla popolazione di controllo o ad un gruppo di persone depresse.”(p.748)

[46] Gonsiorek ha riportato dati di trattamento di omosessuali che sono anche schizofrenici. (p.12)

[47] Bychowski: “...gli omosessuali, il cui ego è rimasto fermo allo stadio del narcisismo infantile, trovano impossibile sostituire relazioni coerenti e soddisfacenti con la realtà agli atti omosessuali che investono di un carattere magico. Queste persone sono in molti aspetti strutturalmente simili agli schizofrenici.” (p.55)

[48] Kaplan: “In un certo senso, l'omosessuale ha molto in comune con il narcisista, che è innamorato di se stesso. L'omosessuale però non è capace di amarsi in quanto è troppo insoddisfatto di se stesso così come è, invece ama il suo io-ideale,

rappresentato dal partner omosessuale che sceglie. Quindi per questa particolare categoria di individui, l'omosessualità diviene un'estensione del narcisismo." (p.358)

[49] Berger: "Si introduce un possibile fattore eziologico che non è stato precedentemente menzionato in letteratura, l'aborto di una gravidanza concepita dal paziente maschio che può aver portato al coming out o a dichiararsi come omosessuale." (p.251)

[50] APA: "Il GID, disordine di identità di genere, può essere distinto dalla semplice non conformità ai comportamenti dei ruoli sessuali stereotipati sulla base dell'estensione e della pervasività di desideri, interessi e attività cross-gender." (p. 536)

[51] Phillips: "I 16 punti discriminanti... hanno portato a una corretta classificazione del 94% degli eterosessuali e del 91,8% degli omosessuali (uomini). Questi risultati indicano che gli omosessuali e gli eterosessuali possono essere classificati con pari accuratezza sulla base del ricordo di avere o non avere avuto esperienze appropriate al proprio sesso (maschile) nell'infanzia." (p.550)

[52] Harry: "Questi dati suggeriscono che una storia di atteggiamento femminile nell'infanzia è quasi sempre un segno precursore del comportamento omosessuale nell'adolescenza." (p.259)

[53] Hadden: "Nella mia esperienza con uomini omosessuali, quasi tutti hanno riferito un vissuto di disadattamento all'avvio del ciclo scolastico. Molti vennero considerati bisognosi di assistenza psichiatrica dai loro genitori molto prima." (p.78)

[54] Rekers: "Quando lo incontrammo la prima volta, il grado di identificazione con il femminile era così profondo... da far pensare ad un fattore neurologico e biochimico irreversibile. Dopo un esame di controllo a 26 mesi, appariva e si comportava come ogni altro ragazzo. Le persone che videro le registrazioni di lui prima e dopo il trattamento ne parlarono come di "due ragazzi diversi".

[55] Brown: "In sintesi, sembrerebbe che un quadro familiare che includa una combinazione di una madre dominante, eccessivamente intima insieme a un padre

distaccato, ostile o debole sia senza dubbio riconducibile allo sviluppo di una omosessualità maschile... È sorprendente che non ci sia un ampio riconoscimento di questo nesso nelle discipline che si occupano dei bambini. Un problema che insorge a questo riguardo è come informare ed educare gli insegnanti e i genitori riguardo all'influenza decisiva della famiglia nel determinare il corso e il risultato finale dello sviluppo psicosessuale del bambino. Sembrerebbe non esserci alcun motivo per aspettare altri 25 o 50 anni per portare questo dato all'attenzione di coloro che si occupano di bambini. Non c'è nessuna giustificazione per i professionisti delle scienze comportamentali che continuano ad evitare la loro responsabilità nel diffondere queste conoscenze e acquisizioni quanto più ampiamente possibile." (p.232)

[56] Acosta: "...una migliore prospettiva nel trattamento dell'omosessualità si basa sulla sua prevenzione tramite un'identificazione precoce ed il trattamento del bambino potenzialmente omosessuale." (p.9)

[57] Green: "Questo studio longitudinale di due gruppi di ragazzi dimostra che l'associazione fra un esteso comportamento cross-gender in gioventù e un comportamento omosessuale in età adulta, suggerito da precedenti studi retrospettivi, può essere convalidato da uno studio prospettico su ragazzi inviati da clinici o dalle famiglie e che manifestavano un comportamento compatibile con una diagnosi infantile di GID. Tuttavia non tutti i ragazzi con estesi comportamenti cross-gender divengono uomini bisessuali o omosessuali. Nessun ragazzo del gruppo di controllo è divenuto bisessuale o omosessuale." (p.340)

[58] Bieber: "I risultati clinici del nostro studio forniscono le ragioni per una prospettiva ottimistica. Molti omosessuali sono diventati esclusivamente eterosessuali in seguito al trattamento psicoanalitico. Anche se questo cambiamento può essere più facilmente conseguito da alcuni piuttosto che dagli altri, a nostro giudizio il passaggio all'eterosessualità rappresenta una possibilità per tutti gli omosessuali fortemente motivati a cambiare." (p.319)

[59] Clippinger: "Di 785 pazienti trattati, 307 - circa il 38% — sono stati curati. Associando le percentuali derivanti da altri due studi si può dire che circa il 40% degli omosessuali sono stati curati ed un ulteriore percentuale dal 10 al 30% ha

ottenuto dei miglioramenti, a seconda dello studio per cui erano disponibili le statistiche.” (p.22)

[60] Fine: “Sia con l’ipnosi..., la psicoanalisi di varie scuole, la psicoterapia di supporto, la terapia comportamentale, e/o semplici procedure educative, una percentuale considerevole di persone apertamente omosessuali divengono eterosessuali... Se i pazienti sono motivati, qualsiasi procedura sia adottata una larga percentuale abbandonerà la loro omosessualità. La cattiva informazione sul fatto che l’omosessualità sia non trattabile dalla psicoterapia crea incalcolabili danni a migliaia di uomini e donne... Tutti gli studi da Schrenk-Notzing in poi hanno riscontrato effetti positivi quasi indipendenti dal tipo di trattamento effettuato.” (p.85-86)

[61] Kaye: “Finalmente abbiamo indicazioni ottimistiche riguardo al trattamento psicanalitico di donne omosessuali. Abbiamo trovato, grosso modo, almeno un 50% di probabilità di un miglioramento significativo in donne con questa sindrome che si sono sottoposte al trattamento ed hanno perseverato.” (p.634)

[62] MacIntosh ha intervistato psicoanalisti che hanno riferito che di 824 pazienti maschi provenienti da 213 analisti - 197 (23.9%) hanno cambiato verso l’eterosessualità, 703 hanno avuto un significativo beneficio terapeutico e delle 391 pazienti donne provenienti da 153 analisti - 79 (20.2%) sono divenute eterosessuali, 318 hanno ottenuto effetti terapeutici significativi. (p.1183)

[63] Marmor: “I medici citati in questo volume presentano una prova convincente che l’omosessualità è una condizione potenzialmente reversibile. Ci sono pochi dubbi che molti dei recenti successi nel trattamento degli omosessuali derivino dal crescente riconoscimento da parte degli psicoanalisti che l’omosessualità sia un disordine adattativo.”(p. 21)

[64] Nicolosi ha condotto un’indagine su 850 persone e 200 terapisti e counselor - cercando specificamente soggetti che riferiscono di aver ottenuto un qualche cambiamento nell’orientamento sessuale. Prima del counseling o della terapia, il 68% degli intervistati si percepiva come esclusivamente o quasi completamente omosessuale con un altro 22% che si definiva più omosessuale che eterosessuale. Dopo il trattamento solo il 13% si percepiva come esclusivamente o quasi

completamente omosessuale, mentre il 33% si descriveva come esclusivamente o quasi completamente eterosessuale. Il 99% degli intervistati riferiva che ora riteneva che il trattamento fosse prezioso ed efficace.

[65] Rogers: "In generale i risultati del trattamento di gruppo di omosessuali sono ottimistici, in quasi tutti i casi i terapeuti riportano un esito favorevole della terapia sia che l'effetto terapeutico desiderato fosse il cambio nell'orientamento sessuale o una riduzione dei fenomeni concomitanti." (p.22)

[66] Satinover ha passato in rassegna la letteratura scientifica e ha riscontrato che in soli otto anni, fra il 1966 e il 1974, il database Medline - che esclude molte riviste di psicoterapia, ha riportato oltre un migliaio di articoli riguardo al trattamento dell'omosessualità. Secondo Satinover, queste testimonianze contraddicono le affermazioni secondo cui il cambiamento è impossibile. Invece sarebbe più accurato riferire che tutte le prove disponibili suggeriscono che l'omosessualità è decisamente modificabile. La maggior parte degli psicoterapeuti ammette che nel trattamento di qualsiasi problema, si può prevedere un tasso di successo del 30%. (p.169)

[67] Throckmorton: "In conclusione, la domanda a cui rispondere è: le terapie di conversione riescono a modificare un'attrazione sessuale indesiderata? Ritengo che la tesi contraria alla terapia di conversione richieda che chi la sostiene dimostri che nessun paziente ha avuto benefici da queste terapie o che eventuali benefici siano stati ottenuti con un costo oggettivamente troppo alto, anche se funzionano. I dati disponibili supportano i riscontri di molti counselor che indicano che molti individui che provano l'ASS sono stati capaci di operare un cambiamento tramite una vasta gamma di terapie di counseling." (p.287)

[68] West riassume così i risultati degli studi : le tecniche comportamentali hanno il maggior numero di tasso di successo (mai sotto il 30%); gli psicoanalisti riportano una buona percentuale di successi (il tasso medio si aggira sul 25% ma il 50% dei bisessuali ha raggiunto la completa eterosessualità.). "Ogni studio condotto sulla conversione dall'omosessualità all'eterosessualità ha riportato una qualche percentuale di successo."

[69] Barnhouse: “Questi fatti e statistiche riguardo alla cura sono ben conosciuti e non difficili da verificare. Ci sono inoltre molte persone che percepivano la loro omosessualità come un carico eccessivo sia per ragioni morali che sociali, i quali, senza l'aiuto della psicoterapia, sono riusciti ad interrompere il sintomo; fra questi un numero significativo sono riusciti ad effettuare la transizione verso un'eterosessualità gratificante. A parte gli studi pubblicati da specialisti nel trattamento dei disordini sessuali, molti psichiatri e psicologi con un'esperienza di pratica più generale (e includo me stesso in questo gruppo) hanno avuto successo nel trattamento di pazienti omosessuali nell'accompagnarli ad una completa e permanente transizione verso l'eterosessualità.”

[70] Bergler: “In quasi trenta anni, ho concluso con successo l'analisi di un centinaio di omosessuali... e ho effettuato circa cinquecento consulti. Sulla base dell'esperienza che ho raccolto, posso affermare serenamente che l'omosessualità ha una prognosi eccellente nel trattamento psichiatrico-psicanalitico della durata di 1-2 anni, con un minimo di tre appuntamenti settimanali, premesso che il paziente voglia realmente cambiare. Un considerevole numero di colleghi ha raggiunto risultati simili.” (p.176)

[71] Bieber: “Abbiamo monitorato per 20 anni alcuni pazienti che sono rimasti esclusivamente eterosessuali. Le stime di cambiamento stabile ora si aggirano dal 30% a un ottimistico 50%.” (p.416).

[72] Cappon ha riportato che fra i pazienti con problemi di bisessualità il 90% è stato curato (es.: nessun ritorno al comportamento omosessuale, nessun affioramento alla coscienza di desideri e fantasie omosessuali) in maschi che hanno completato il trattamento in modo consensuale. I pazienti maschi omosessuali hanno mostrato: l'80% un marcato miglioramento (es.: ricadute occasionali, scoppi di aggressività, aumento in eterosessualità dominante)... il 50% è cambiato.” (p.265-268) Tra le pazienti donne è cambiato il 30%.

[73] Caprio: “Con molte delle mie pazienti, che erano lesbiche, sono rimasto a lungo in contatto dopo la fine del trattamento e mi hanno informato che erano felicemente sposate e che pensavano non sarebbero mai ritornate a uno stile di vita omosessuale” (p.299)

[74] Ellis: "...si ritiene che ci sia motivo per credere che la maggioranza degli omosessuali che si interrogano seriamente sulla loro condizione e vogliono lavorare per migliorarla, possono essere aiutati significativamente a raggiungere un più soddisfacente orientamento eterosessuale tramite una psicoterapia attiva orientata psicoanaliticamente" (p.194)

[75] Hadden: "Dalla mia esperienza ho concluso che gli omosessuali possono essere trattati più efficacemente tramite la terapia di gruppo quando cominciano il trattamento in gruppi composti esclusivamente da omosessuali. In questi gruppi la razionalizzazione secondo cui l'omosessualità sarebbe un modo di vita che desiderano seguire è demolita dai loro compagni omosessuali."(p. 814)

[76] Hadden: "Quando ciascun paziente viene inserito nel gruppo gli facciamo presente che non consideriamo l'omosessualità come una particolare malattia, ma come un sintomo di un più ampio quadro di disagio... Premetto che più di un terzo dei pazienti che persevera nel trattamento riuscirà ad avere un riorientamento della sessualità ma che può essere necessario continuare il percorso per due o più anni." (p.114)

[77] Hadfield riferisce di aver curato 8 omosessuali: "Con il termine di cura non intendo... che l'omosessuale sia semplicemente capace di controllare la sua propensione... Nemmeno... intendo che sia capace di avere rapporti sessuali e avere bambini, magari raggiungendo questo tramite l'aiuto di fantasie omosessuali. Per 'cura' intendo che perda la sua propensione verso il suo stesso sesso e che il suo interesse sessuale sia rivolto verso persone del sesso opposto, cosicché divenga una persona normale sotto tutti gli aspetti." (p.1323)

[78] Hatterer riferisce: 49 pazienti sono cambiati (20 sposati, di questi 10 sono rimasti sposati, 2 hanno divorziato, 18 hanno raggiunto adattamenti eterosessuali); 18 si sono parzialmente recuperati, rimanendo single; 76 sono rimasti omosessuali (28 con attenuazione - 58 senza cambiamento) "Un'ampia fascia di popolazione non conosciuta si è poi integrata nella società eterosessuale, persone che si erano comportate da omosessuali nella tarda adolescenza o nella prima età adulta e che



hanno risolto i propri conflitti ed abbandonato tale comportamento da soli per arrivare a matrimoni riusciti o a modelli di adattamento bisessuali.” (p.14)

[79] Kroneymeyer: “Dai i miei 25 anni di esperienza come psicologo clinico, credo fermamente che l'omosessualità sia una risposta appresa a dolorose esperienze precoci e che possa essere disimparata. Per gli omosessuali che sono infelici nella loro vita e trovano una terapia efficace l'omosessualità è 'curabile'”. (p.7)

[80] Exodus North America Update pubblica una newsletter mensile che contiene testimonianze di uomini e donne che hanno abbandonato l'omosessualità. PO Box 77652, Seattle WA 98177, vedi i rapporti 1990 – 2000.

[81] APA “Fact sheet: Homosexuality and Bisexuality: ...Non esiste nessuna prova scientifica documentata che supporti la validità della terapia riparativa come trattamento per cambiare l'orientamento sessuale di una persona”.

[82] Herek: “Nel gennaio 1990, il Dr. Bryant Welch, Direttore esecutivo per la pratica professionale dell'Associazione Psicologica Americana, ha affermato che “non esiste alcuna prova scientifica che supporti l'efficacia di nessuna delle terapie di conversione che si propongono di cambiare l'orientamento sessuale di una persona e che i risultati delle ricerche suggeriscono che gli sforzi per “riparare” un omosessuale non sono altro che pregiudizi sociali ammantati dalla speculazione psicologica. (p.152)

[83] Tripp: “Secondo la mia opinione, non c'è nessuna evidenza che siano mai stati apportati cambiamenti radicali della vita sessuale di alcuno tramite una terapia e nemmeno che questi siano comunque particolarmente desiderabili. Il miglior orientamento sessuale per una persona è quello che lo aiuta ad esprimersi al meglio, spontaneamente. Eliminare il suo senso di colpa e l'aspettativa infantile che la conformità sia la strada per il paradiso aiuta a dargli la fiducia e l'energia per ottenere un'integrazione sociale molto più graduale ed efficace... Dal momento che l'omosessualità è un orientamento sessuale alternativo e non una malattia, la 'cura' è evidentemente impossibile. Quello che viene proposto per 'cura' è una soppressione dei sintomi superficiali o una forma totale di elusione.” (p.48)

[84] Goetze ha analizzato 17 studi e ha riscontrato che un totale di 44 persone che erano esclusivamente o prevalentemente omosessuali hanno raggiunto un pieno cambiamento dell'orientamento sessuale.

[85] Coleman: "...secondo la mia opinione non è eticamente corretto offrire una possibilità di cura ad omosessuali che richiedano un cambiamento del loro orientamento sessuale. È dimostrato, come riportato da questo studio, che il terapeuta possa aiutare una persona a cambiare il proprio comportamento per un certo tempo. Rimane aperta la questione se sia benefico per il paziente cambiare il proprio comportamento per un altro che non sia costante o che sia incongruente con il suo orientamento sessuale." (p.354)

[86] Herron: "Il cambiamento dell'orientamento sessuale di una persona da omosessuale a eterosessuale può essere ottenuto lavorando su un potenziale già esistente, ma questo non cambierà realmente le preferenze della persona. Anche se può sembrare che la psicoanalisi possa cambiare l'orientamento sessuale, in realtà si tratta di un risultato limitato che avviene occasionalmente ed anche in quei casi ha una durata di tempo discutibile." (p.179)

[87] Acosta: "La maggior parte dei successi terapeutici sembrano avvenire con i bisessuali piuttosto che con gli omosessuali esclusivi. L'uso combinato della psicoterapia e di specifiche tecniche comportamentali sembra offrire una prospettiva di adattamento eterosessuale per un certo tipo di pazienti." (p.9)

[88] Davison: "...anche se si riuscisse a dimostrare che una particolare preferenza sessuale possa essere modificata da un'esperienza di apprendimento negativa, rimane la domanda su quanto questi dati pesino sulla questione etica se si debba intraprendere un simile percorso che porti al cambiamento. La semplice verità è che i dati sull'efficacia sono piuttosto deboli. Anche se si potessero ottenere alcuni cambiamenti, resta ancora aperta la questione più importante, ovvero se sia il caso di operarli. Io penso che non si dovrebbe." (p.96) "I programmi terapeutici per il cambiamento dell'orientamento dovrebbero essere eliminati. Il fatto che ve ne siano di disponibili conferma solo l'esistenza di pregiudizi professionali e sociali contro l'omosessualità, a dispetto dell'apparente crescente retorica circa la sua normalità..." (p.97)

[89] Gittings: “La comunità omosessuale guarda ai tentativi di cambiare gli omosessuali in eterosessuali, o a quelli di plasmare i giovani omosessuali verso l'eterosessualità... considerandoli come un'aggressione al proprio gruppo paragonabile ad un genocidio.”

[90] Begelman: “Gli sforzi dei terapisti comportamentali per riorientare gli omosessuali verso l'eterosessualità rappresentano, per il fatto stesso di esistere, un significativo elemento causale nel rafforzare la dottrina sociale secondo cui l'omosessualità sarebbe un male.” (p.180)

[91] Begelman: “La mia raccomandazione che i terapisti comportamentali abbandonino l'uso delle tecniche di riorientamento sessuale è basata sulle seguenti considerazioni: somministrare questi programmi significa rinforzare il sistema di convinzioni sociali circa l'omosessualità. Il significato di proporre un servizio di riorientamento è un altro elemento in una serie di concause che portano all'oppressione” (p.217)

[92] Murphy: “Non esisterebbero tecniche di riorientamento se non esistesse un'interpretazione in base alla quale si ritiene che l'omosessualità sia una condizione “inferiore”, un'interpretazione che in molti modi continua ad essere supportata in campo medico, rafforzata in maniera fraudolenta, condannata socialmente e giustificata in base alla religione. È in questa interpretazione morale, più che nelle più accreditate teorie mediche attuali, che tutti i programmi di riorientamento trovano la loro origine e giustificazione.” (p.520)

[93] Sleek cita Linda Garnet, presidente del comitato APA “per il progresso della psicologia per il bene pubblico” (Board for Advancement of Psychology in the Public Interest) che ha dichiarato che le terapie di riorientamento “traggono la loro linfa dal pregiudizio della società verso i gay e possono aggravare i problemi di pazienti con una bassa autostima, senso di vergogna e di colpa.”

[94] Smith: “Naturalmente tutti i genitori vorrebbero che i loro figli fossero felici e somigliassero a loro, e se fosse possibile prevenire la condizione omosessuale (per non parlare di quella transessuale) la maggior parte dei genitori vedrebbe con favore

un tale intervento. D'altra parte questo fa sorgere questioni etiche paragonabili ad altre "Soluzioni finali" per indirizzare i problemi delle minoranze" (p.67)

[95] Begelman: "La raccomandazione non è basata su alcun astratto disaccordo con il principio che i pazienti abbiano il diritto di cercare aiuto per ridurre la propria ansia o disagio, ma tiene conto del fatto che la persona omosessuale che cerca una terapia lo fa, la maggior parte delle volte, perché è stata forzata ad adottare una visione convenzionale e pregiudiziale del suo proprio comportamento. Su quali basi etiche, ci si può chiedere, siamo costretti ad abbandonare un paziente per seguire un quadro astratto di teorie." (p.217)

[96] Silverstein: "Ipotizzare che una persona giunga volontariamente a cambiare il proprio orientamento sessuale significa ignorare la potente pressione ambientale, oppressione se vogliamo, che gli ha inculcato per anni l'idea che lui dovrebbe cambiare... Ciò che lo conduce al counseling è il senso di colpa, la vergogna e la solitudine che deriva dal portare questo segreto. Se volete realmente aiutarli a scegliere liberamente, per prima cosa vi consiglio di desensibilizzarli nei confronti del loro senso di colpa e permettere loro di superare la vergogna verso i propri desideri ed azioni così da sentirsi a proprio agio con la propria sessualità. Dopo questo e non prima lasciateli scegliere." (p.4)

[97] Barrett: "Aiutare gay e lesbiche ad allontanarsi da un'autorità esterna religiosa può mettere alla prova la stessa accettazione degli insegnamenti religiosi da parte del counselor." (p.8)

[98] Nelson, un professore di etica cristiana, difende l'infedeltà in ambito omosessuale: "... manca di sensibilità e correttezza il giudicare gay e lesbiche secondo il canone eterosessuale di relazione monogamica... Tali coppie omosessuali (così come è vero per alcune coppie eterosessuali) si sono aperte a relazioni che ammettono la possibilità di intimità sessuale con altri partner secondari." (p.173)

[99] Mirkin: "Questo articolo sostiene che così come per l'omosessualità anche il concetto di molestie ai bambini è una creazione culturale moderna. Anche se gli americani considerano negativamente il sesso intergenerazionale questo è stato

permesso od obbligatorio in molte culture e in vari periodi storici, specialmente i rapporti sessuali con giovani maschi.” (p.4)

[100] Smith: “Il concetto di pedofilia può essere considerato una etichetta culturale piuttosto che una realtà afferente all'ambito medico o psichiatrico; le ricerche antropologiche supportano questa visione.” (p.68)

[101] Davison: “Bieber e altri hanno riscontrato che quella che loro definiscono “una madre che crea un legame eccessivamente stretto e intimo” era molto più presente nella storia di pazienti omosessuali in analisi che fra il gruppo dei soggetti di controllo eterosessuali. Ma cosa c'è di sbagliato in una tale madre, se questa situazione non è riscontrata nel background di persone il cui attuale comportamento è considerato prima di ogni altra cosa patologico? Inoltre, anche se venisse riscontrato un disordine emotivo in un omosessuale si potrebbe affermare che ciò sia dovuto alle dure condizioni in cui è costretto a vivere in una società che sostiene che gli omosessuali siano 'finocchi' e li opprime attivamente.” (p.92)

[102] Menvielle in una lettera che critica un articolo sul GID di Bradley e Zucker (1997): “Le implicazioni etiche sul fatto che il GID infantile sia o meno un disordine psichiatrico ovvero la normale manifestazione di un orientamento omosessuale sono fondamentali perché etichettare bambini pre-omosessuali come affetti da un disordine sarebbe scorretto” (p.243) Bradley e Zucker hanno risposto: “Il Dr. Menvielle è ingenuo nella sua convinzione che questi bambini sarebbero felici se venisse loro semplicemente concesso di 'crescere' perseguendo i loro interessi ed il loro comportamento sessualmente ambiguo, incluso il desiderio di cambiare sesso. Si tratta di bambini infelici che utilizzano questi comportamenti come strategia difensiva verso un loro disagio.” (p.244)

[103] Fitzgibbons: “L'esperienza mi ha insegnato che la guarigione è un processo difficile, ma attraverso lo sforzo congiunto del terapeuta e del paziente, anche profonde ferite emotive possono essere guarite in un certo lasso di tempo.” (p.96)

[104] Doll: Il 42% di un campione di 1.001 omosessuali maschi hanno riferito esperienze infantili inquadabili con una diagnosi di abuso sessuale.

[105] Stephan: “...gli omosessuali riferiscono di aver avuto il primo orgasmo ad un'età inferiore rispetto agli eterosessuali”, il 24% degli omosessuali ha avuto il primo orgasmo durante un contatto omosessuale contro il 2% degli eterosessuali. (p.511)

[106] Bell: L'età media della prima esperienza sessuale per gli omosessuali è di 9.7 anni, per gli eterosessuali di 11.6 anni.

[107] Johnson: “I 40 adolescenti maschi che riportavano storie di abuso sessuale rientravano come fascia di età dai 15 ai 21 anni al momento della prima visita... Nessun adolescente sotto i 15 anni riferiva esperienze di abuso sessuale e solo 6 dei 40 erano sotto i 17 anni... Solo sei dei 40 pazienti avevano parlato dell'abuso prima di questa visita... tutti e sei si identificavano al presente come omosessuali.” (p.374)  
“Anche se quasi la metà dei nostri pazienti adolescenti è sotto i 15 anni di età, tutti coloro che ammisero di aver subito violenza sessuale avevano più di 15 anni. Dal momento che le violenze riferite erano avvenute in età preadolescenziale, possiamo solo supporre che i nostri adolescenti maschi non riferivano gli abusi sessuali più precoci.” Dei 40 che riferivano storie di abuso sessuale il 47.5% si identificava come omosessuale. (p.375)

[108] Saghir e Robins riscontrarono che mentre meno del 6% degli uomini eterosessuali sotto i 19 anni e lo 0% di quelli sopra i 19 anni si masturbava 4 o più volte alla settimana, il 46% degli omosessuali sotto i 19 anni, il 31% di quelli fra 20 e 29 anni e il 26% di quelli sopra i 30 anni lo faceva. (p.49 - 50)

[109] Beitchman: “...i bambini di ambo i sessi e in età scolare che hanno subito abusi, come quelli in età prescolare, sembravano mostrare con maggiore probabilità comportamenti sessuali inappropriati (es.: eccessiva masturbazione, attenzione eccessiva alla sessualità e aggressività sessuale) rispetto ai gruppi di controllo normali e clinici.” (p.544)

[110] Goode: Donne che non si sono mai masturbate: il 28% di quelle che non avevano avuto esperienze omosessuali contro lo 0% di coloro che le avevano avute; che si erano masturbate 6 o più volte nell'ultimo mese: 13% di quelle senza esperienze omosessuali contro il 50% di coloro che le avevano avute.

[111] Lo studio di Saghir e Robins ha riscontrato che il 40% degli uomini omosessuali ha pagato o ricevuto denaro in cambio di sesso, rispetto al 17% del gruppo di controllo (non omosessuali) che aveva pagato per il sesso, mentre nessuno era stato pagato.

[112] Fifield: “ ...un numero allarmante di uomini e donne gay (31.96%) sono intrappolati in uno stile di vita che ruota intorno all'alcool...”

[113] Saghir e Robins hanno riscontrato che il 30% degli omosessuali nel loro campione riportavano eccesso nel bere o dipendenza dall'alcol contro il 20% degli eterosessuali. (p.119)

[114] Beitchman: “Una rassegna di studi sulla sintomatologia diffusa fra gli adolescenti che hanno subito abusi sessuali attesta la presenza di casi di depressione, bassa autostima ed ideazione suicidaria.” (p.544)

[115] Zucker: “ ...In generale ci troviamo d'accordo con coloro (es.: Green 1972; Newman 1976; Stoller, 1978) che ritengono che prima s'inizia il trattamento migliori sono i risultati che si ottengono.” (p.281) “Secondo la nostra esperienza un numero considerevole di bambini con le loro famiglie possono raggiungere un notevole cambiamento. In questi casi il disordine di identità di genere si risolve completamente e niente nel comportamento o nelle fantasie del bambino fa poi supporre che rimangano problemi di questo tipo... Tutto considerato riteniamo, comunque, che in simili casi il medico dovrebbe essere ottimista e non scettico riguardo alla possibilità di aiutare i bambini a diventare più sicuri nella loro identità sessuale.” (p.282)

[116] Newman: “I bambini effeminati, a differenza dagli uomini con disordini di identità di genere in età post-puberale, sembra che rispondano molto bene al trattamento.” (p.684)

[117] Newman: “Lo scherno ed il rifiuto sociale da parte dei compagni diminuiscono e sono sostituiti dall'accettazione. Durante gli iniziali 12-24 mesi di trattamento, questi pazienti cominciano ad apprezzare di essere accettati come ragazzi e questa accettazione ha un effetto continuo di rafforzamento.” (p.684)

[118] Bradley: “La nostra esperienza è che queste sofferenze diminuiscono drasticamente e che l’autostima aumenta quando il genitori riescono ad apprezzare il bambino, a sostenerlo ed incoraggiarne il comportamento conforme al suo sesso.” (p.245)

[119] Bates: “Sembra probabile che sia la combinazione di effeminatezza, paura, esclusione sociale ed immaturità che insieme costituiscono le condizioni sufficienti perché i genitori, la scuola ed altri richiedano un intervento clinico per questa effeminatezza.” (p.14)

[120] Newman: “Le madri di solito temono di perdere la vicinanza del figlio quanto più questi diviene mascolino e quindi sono riluttanti a fargli intraprendere un programma di trattamento.” (p.684)

[121] Garofalo: “. È più probabile che teenager gay e bisex abbiano comportamenti a rischio e che lo facciano prima dei coetanei eterosessuali. I teenager GLB [gay, lesbiche, bisessuali] è più probabile che pensino o tentino il suicidio, abusino di alcool o droghe, abbiano comportamenti sessuali a rischio o ne siano vittima e che abbiano questi comportamenti più precocemente.”

[122] Osmond e altri hanno condotto un noto studio su uomini non sposati di età dai 18 ai 29 anni e hanno riscontrato che, di 328 omosessuali, il 20.1% era positivo all’HIV.

[123] Stall: “ ...la prevalenza dell’uso di droghe particolari all’interno del campione di una comunità gay urbana è piuttosto alto e si rilevano differenze significative circa il numero di droghe utilizzate dagli omosessuali rispetto al gruppo eterosessuale. L’osservazione che un considerevole numero di uomini gay utilizza molti tipi differenti di droghe evidenzia la possibilità che l’abuso di più sostanze sia relativamente comune fra gli uomini gay.” (p.71)

[124] Signorile, citando Steve Troy: “È l’epoca dell’AIDS e penso che l’atteggiamento delle persone sia 'non so quanto vivrò... ' Penso che la maggior parte delle persone che partecipano alle feste del mondo gay sia positiva all’HIV. Il loro atteggiamento è



'vivo alla giornata.' Queste feste sono momenti di sfogo in cui alienarsi completamente dalla realtà. L'aspetto negativo è che sotto l'effetto delle droghe si diventa disinibiti e si fanno cose che normalmente, nel pieno possesso delle proprie facoltà, non si farebbero... Ad essere onesto, non posso dire di esserlo... Non posso dire di non averlo fatto. Quando le persone utilizzano droghe, le possibilità di praticare sesso non sicuro sono più alte, anche di 10 volte." (p. 116)

[125] Rekers: "Grazie a significative sovvenzioni per la ricerca del NIMH (National Institute of Mental Health), ho dimostrato sperimentalmente che un trattamento affettivo per il "disordine di identità sessuale nei bambini" risulta poter prevenire un orientamento omosessuale nei maschi, se applicato in modo estensivo nella popolazione."

[126] Mulry: " ...gli uomini che non bevevano mai prima del sesso era molto improbabile che avessero avuto rapporti anali non protetti mentre il 90% di coloro che avevano avuto almeno un' esperienza di rapporto anale non protetto avevano bevuto almeno alcune volte prima del rapporto sessuale." La ricerca ha riscontrato "una assenza quasi totale di persone che non avendo bevuto avessero poi avuto un rapporto anale non protetto." (p.181)

[127] Bell: Il 62% di 575 uomini omosessuali in uno studio pubblicato nel 1978 aveva contratto malattie sessualmente trasmissibili da contatti omosessuali.

[128] Rotello: "Chi vorrebbe incoraggiare i propri bambini a seguire uno stile di vita che li esporrebbe a un 50% di probabilità di contrarre l'HIV? Chi mai sarà anche solo indifferente davanti a una tale possibilità? Se il motivo alla base della tolleranza sociale verso l'omosessualità risiede nel voler dare ai ragazzi omosessuali un'uguale possibilità di raggiungere la felicità, questo motivo è senza alcuna speranza minato dalla prospettiva di un'epidemia senza fine che nega questa felicità." (p.286)

[129] Stall: "Anche utilizzando strategie trasversali l'efficacia degli interventi educativi per ridurre i rischi di infezione da HIV non è stata dimostrata in modo affidabile... Una maggiore educazione, durante un prolungato periodo di tempo, non può esser ritenuta efficace nell'indurre cambiamenti nel comportamento fra uomini cronicamente ad alto rischio." (p.883)

[130] Calabrese, Harris ed Easley studiando un campione di uomini gay che vivono al di fuori delle grandi comunità gay della costa, hanno riscontrato che ne il partecipare a lezioni sul sesso sicuro, leggere una pubblicazione sul sesso sicuro, avere informazioni da parte del medico sull'AIDS, fare il test per l'HIV, ne la consulenza in un altro centro per il test è associato con la pratica di sesso sicuro.

[131] Hoover: "La probabilità globale di sieroconversione [da HIV - a HIV+ ] prima dei 55 anni è di circa il 50%, con sieroconversioni che continuano ad avvenire anche oltre i 55 anni. Dato che il campione studiato consiste di volontari che ricevono una puntuale educazione contro la trasmissione dell'HIV-1, Il futuro tasso di sieroconversione della popolazione omosessuale in generale può essere ancora più alto di quello qui osservato." (p.1190)

## **BIBLIOGRAFIA**

Acosta, F. (1975) Etiology and treatment of homosexuality: A review. Archives of Sexual Behavior. 4: 9 - 29.

American Psychiatric Association. (1997) Fact Sheet: Homosexuality and Bisexuality. Washington DC: APA. September.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual IV. Washington DC: APA.

Apperson, L., McAdoo, W. (1968) Parental factors in the childhood of homosexuals. Journal of Abnormal Psychology. 73, 3: 201 - 206.

Bailey, J., Miller, J., Willerman, L. (1993) Maternally rated childhood gender nonconformity in homosexuals and heterosexuals. Archives of Sexual Behavior. 22, 5: 461 - 469.

Bailey, J. Pillard, R. (1991) A genetic study of male sexual orientation. Archives of General Psychiatry. 48: 1089 - 1096.

- Barnhouse, R. (1977) *Homosexuality: A Symbolic Confusion*. NY: Seabury Press.
- Barrett, R., Barzan, R. (1996) Spiritual experiences of gay men and lesbians. *Counseling and Values*. 41: 4 - 15.
- Bates, J., Skilbeck, W., Smith, K, Bentley, P. (1974) Gender role abnormalities in boys: An analysis of clinical rates. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2, 1: 1 - 17.
- Begelman, D. (1977) Homosexuality and the ethics of behavioral intervention. *Journal of Homosexuality*. 2, 3: 213 - 218.
- Begelman, D. (1975) Ethical and legal issues of behavior modification. In Hersen, M., Eisler, R., Miller, P., *Progress in Behavior Modification*, NY: Academic.
- Beitchman, J., Zucker, K., Hood, J., DaCosta, G., Akman, D. (1991) A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 15: 537 - 556.
- Bell, A., Weinberg, M., Hammersmith, S. (1981) *Sexual Preference: Its Development in Men and Women*. Bloomington IN: Indiana University Press.
- Bell, A., Weinberg, M. (1978) *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women*. NY: Simon and Schuster.
- Bene, E. (1965) On the genesis of male homosexuality: An attempt at clarifying the role of the parents. *British Journal of Psychiatry*. 111: 803 - 813.
- Berger, J. (1994) The psychotherapeutic treatment of male homosexuality. *American Journal of Psychotherapy*. 48, 2: 251 - 261.
- Bergler, E. (1962) *Homosexuality: Disease or Way of Life*. NY: Collier Books.
- Bieber, I., Bieber, T. (1979) Male homosexuality. *Canadian Journal of Psychiatry*. 24, 5: 409 - 421.
- Bieber, I. (1976) A discussion of "Homosexuality: The ethical challenge." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44, 2: 163 - 166.

Bieber, I. et al. (1962) *Homosexuality: A Psychoanalytic Study of Male Homosexuals*. NY: Basic Books.

Bieber, T. (1971) Group therapy with homosexuals. In Kaplan, H., Sadock, B., *Comprehensive Group Psychotherapy*, Baltimore MD: Williams & Wilkins.

Blitch, J., Haynes, S. (1972) Multiple behavioral techniques in a case of female homosexuality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 3: 319 - 322.

Bradley, S., Zucker, K. (1998) Drs. Bradley and Zucker reply. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 3: 244 - 245.

Bradley, S., Zucker, K. (1997) Gender identity disorder: A review of the past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34, 7: 872 - 880.

Brown, D. (1963). Homosexuality and family dynamics. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 27: 227 - 232.

Burr, C. (1996) Suppose there is a gay gene...What then?: Why conservatives should embrace the gay gene. *The Weekly Standard*. Dec. 16.

Bychowski, G. (1954 ) The structure of homosexual acting out. *Psychoanalytic Quarterly*. 23: 48 - 61.

Byne, W., Parsons, B. (1993) Human sexual orientation: The biologic theories reappraisal. *Archives of General Psychiatry*. 50: 229 - 239.

Calabrese, L., Harris, B., Easley, K. (1987) Analysis of variables impacting on safe sexual behavior among homosexual men in the area of low incidence for AIDS. Paper presented at the Third International Conference for AIDS. Washington DC.

Cappon D. (1965) *Toward and Understanding of Homosexuality*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.

Caprio, F. (1954) *Female Homosexuality: A Psychodynamic Study of Lesbianism*. NY: Citadel.

Catechism of the Catholic Church (CCC).

Chapman, B., Brannock, J. (1987) Proposed model of lesbian identity development: An empirical examination. *Journal of Homosexuality*. 14: 69 - 80.

Clippinger, J. (1974) Homosexuality can be cured. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology Methods and Therapy*. 21, 2: 15 - 28.

Coleman, E. (1978) Toward a new model of treatment of homosexuality: A review. *Journal of Homosexuality*. 3, 4: 345 - 357.

Conrad, S., Wincze, J. (1976) Orgasmic reconditioning: A controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals. *Behavior Therapy*. 7: 155 -166.

Crewdson, J. (1995) Study on 'gay gene' challenged. *Chicago Tribune*. June 25.

Davison, G. (1982) Politics, ethics and therapy for homosexuality. In Paul, W., Weinrich, J., Gonsiorek, J., Hotredt, M., *Homosexuality: Social, Psychological and Biological Issues*, Beverly Hills CA: Sage. 89 - 96.

Doll, L., Joy, D., Batholow, B., Harrison, J., Bolan, G., Douglas, J., Saltzman, L., Moss, P., Delgado, W. (1992) Self-reported childhood and adolescent sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse & Neglect*. 18: 825 - 864.

De Beauvoir, S. (1953) *The Second Sex*. NY: Knopf.

Eckert, E., Bouchard, T., Bohlen, J., Heston, L. (1986) Homosexuality in monozygotic twins reared apart. *British Journal of Psychiatry*. 148: 421 - 425.

Eisenbud, R. (1982) Early and later determinants of lesbian choice. *Psychoanalytic Review*. 69, 1: 85 • E109.

Ellis, A. (1956) The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*. 20, 3: 191 - 195.

Engel, B. (1982) *The Right to Innocence*. Los Angeles: Jeremy Tarcher.

Ernulf, K., Innala, S., Whitam, F. (1989) Biological explanation, psychological explanation, and tolerance of homosexual: A cross-national analysis of beliefs and attitudes. *Psychological Reports*. 65: 1003 - 1010.

Exodus North America (1990-2000) Update. Exodus: Seattle WA.

Fergusson, D., Horwood, L., Beautrais, A. (1999) Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*. 56, 10: 876 -888.

Fifield, L., Latham, J., Phillips, C. (1977) *Alcoholism in the Gay Community: The Price of Alienation, Isolation and Oppression*. Los Angeles CA: Gay Community Service Center.

Fine, R. (1987) Psychoanalytic theory. In Diamant L., *Male and Female Homosexuality: Psychological Approaches*, Washington: Hemisphere Publishing. 81 - 95.

Finkelhor, D. et al. (1986) *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Newbury Park CA: Sage.

Finkelhor, D. (1984) *Child sexual abuse: New theory and research*. NY: The Free Press.

Fisher, S., Greenberg, R. (1996) *Freud Scientifically Reappraisal*. NY: Wiley & Sons.

Fitzgibbons, R. (1999) The origins and therapy of same-sex attraction disorder. In Wolfe, C., *Homosexuality and American Public Life*, Washington DC: Spense. 85 - 97.

Friedman, R. Stern, L. (1980) Juvenile aggressivity and sissiness in homosexual and heterosexual males. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 8, 3: 427 - 440.

Friedman, R., Wollesen, F., Tendler, R. (1976) Psychological development and blood levels of sex steroids in male identical twins of divergent sexual orientation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 163, 4: 282 - 288.

Friedman, R. (1988) *Male Homosexuality: A Contemporary Psychoanalytic Perspective*. New Haven: Yale U. Press.

Gadd, J. (1998) New study fails to find so-called 'gay gene'. *Toronto Globe and Mail*. June 2.

Garofalo, R., Wolf, R., Kessel, S., Palfrey, J., DuRant, R. (1998) The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents: Youth risk behavior survey. *Pediatrics*. 101, 5: 895 - 903.

George, Cardinal. (1999) Address to National Association of Catholic Diocesan Lesbian & Gay Ministries, Chicago, IL *LifeSite Daily News*. October 26.

Gittings, B. (1973) *Gay, Proud, Healthy*. Philadelphia PA: Gay Activists Alliance.

Goetze, R. (1997) *Homosexuality and the Possibility of Change: A Review of 17 Published Studies*. Toronto Canada: New Directions for Life.

Goldberg, S. (1992) What is normal?: If something is heritable, can it be called abnormal? But is homosexuality heritable. *National Review*. February 3: 36 - 38.

Golwyn, D., Sevlie, C. (1993) Adventitious change in homosexual behavior during treatment of social phobia with phenelzine. *Journal of Clinical Psychiatry*. 54, 1: 39 - 40.

Gonsiorek, J. (1982) The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations. In Gonsiorek, J. *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth. 9 - 20.

Goode, E., Haber, L. (1977) Sexual correlates of homosexual experience: An exploratory study of college women. *Journal of Sex Research*. 13, 1: 12 • E21.

Green, R. Newman, L., Stoller, R. (1972) Treatment of boyhood 'transsexualism' • *E Archives of General Psychiatry*. 26: 213 - 217.

Green, R. (1974) *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore: Penguin.

- Green, R. (1985) Gender identity in childhood and later sexual orientation: Follow-up of 78 males. *American Journal of Psychiatry*. 142, 3: 339 - 441.
- Green, R. (1988) The immutability of (homo) sexual orientation: Behavioral science implications for a constitutional analysis. *Journal of Psychiatry and Law*. 16, 4: 537 - 575.
- Gundlach, R., Riess, B. (1967) Birth order and sex of siblings in a sample of lesbians and non-lesbians. *Psychological Reports*. 20:61 - 62.
- Hadden, S. (1967a) Male homosexuality. *Pennsylvania Medicine*. February: 78 • E80.
- Hadden, S. (1967b) A way out for homosexuals. *Harper's Magazine*. March: 107 - 120.
- Hadden, S. (1958) Treatment of homosexuality by individual and group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. March: 810 - 815.
- Hadfield, J. (1958) The cure of homosexuality. *British Medical Journal*. 1: 1323 - 1326.
- Hamer, D., Hu, S., Magnuson, V., Hu, A., Pattatucci, A. (1993) A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*. 261: 321 -327.
- Harry, J. (1989) Parental physical abuse and sexual orientation in males. *Archives of Sexual Behavior*. 18, 3: 251 - 261.
- Hatterer, L. (1970) *Changing Homosexuality in the Male*. NY: McGraw-Hill.
- Herek, G. (1991) Myths about sexual orientation: A lawyer's guide to social science research. *Law & Sexuality*. 1: 133 - 172.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., Tsuang, M. (1999) A co-twin control study in adult Men: Sexual orientation and suicidality. *Archives of General Psychiatry*. 56, 10: 867 - 874.
- Herron, W., Kinter, T., Sollinger, I., Trubowitz, J. (1982) Psychoanalytic psychotherapy for homosexual clients: New concepts. In Gonsiorek, J., *Homosexuality and Psychotherapy*, NY: Haworth.



Heston, L., Shield, J. (1968) Homosexuality in twins. *Archives of General Psychiatry*. 18: 149 - 160.

Hockenberry, S., Billingham, R. (1987) Sexual orientation and boyhood gender conformity: Development of the boyhood gender conformity scales (BGCS). *Archives of Sexual Behavior*. 16, 6: 475 - 492.

Hoover, D., Munoz, A., Carey, V., Chmiel, J., Taylor, J., Margolick, J., Kingsley, L., Vermund, S. (1991) Estimating the 1978 - 1990 and future spread of human immunodeficiency virus type 1 in subgroups of homosexual men. *American Journal of Epidemiology*. 134, 10: 1190 - 1205.

Horgan, J. (1995) Gay genes, revisited: Doubts arise over research on the biology of homosexuality. *Scientific American*. November : 28.

Hurst, E. (1980) *Homosexuality: Laying the Axe to the Roots*. Minneapolis MN: Outpost.

Isay, R., Friedman, R. (1989) Toward a further understanding of Homosexual Men. *Journal of the American Psychoanalytic Association: Scientific Proceedings*. 193 - 206.

Johnson, R., Shrier, D. (1985) Sexual victimization of boys: Experience at an adolescent medicine clinic. *Journal of Adolescent Health Care*. 6: 372 - 376.

Kaplan, E. (1967) Homosexuality: A search for the ego-ideal. *Archives of General Psychology*. 16: 355 - 358.

Kaye, H., Beri, S., Clare, J., Eleston, M., Gershwin, B., Gershwin, P., Kogan, L., Torda, C., Wilber, C. (1967) Homosexuality in Women. *Archives of General Psychiatry*. 17: 626 - 634.

Kronemeyer, R. (1980) *Overcoming Homosexuality*. NY: Macmillan.

LeVay, S. (1991) A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*. 258: 1034 - 1037.

- MacIntosh, H. (1994) Attitudes and experiences of psychoanalysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 42, 4: 1183 - 1207.
- Mallen, C. (1983) Sex role stereotypes, gender identity and parental relationships in male homosexuals and heterosexuals. *Homosexuality and Social Sex Roles*. 7: 55 - 73.
- Marmor, J. (1965) *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*. NY: Basic.
- Marmor, J. (1975) *Homosexuality and Sexual Orientation Disturbances*. In Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B., *Comprehensive Textbook of Psychiatry: II, Second Edition*, Baltimore MD: Williams & Wilkins.
- Master, W., Johnson, V. (1979) *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little Brown, Co.
- McConaghy, (1980) A pair of monozygotic twins discordant for homosexuality: Sex-dimorphic behavior and penile volume responses. *Archives of Sexual Behavior*. 9: 123 - 131.
- McGuire, T. (1995) Is homosexuality genetic? A critical review and some suggestions. *Journal of Homosexuality*. 28, 1/2: 115 - 145.
- Menvielle, E. (1998) Gender identity disorder (Letter to the editor in response to Bradley and Zucker article). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 3: 243 - 244.
- Mirkin, H. (1999) The pattern of sexual politics: Feminism, homosexuality, and pedophilia. *Journal of Homosexuality*. 37, 2: 1 - 24.
- Morris, M., Dean, L. (1994) Effects of sexual behavior change on long-term human immunodeficiency virus prevalence among homosexual men. *American Journal of Epidemiology*. 140, 3: 217 - 232.
- Mulry, G., Kalichman, S., Kelly, J. (1994) Substance use and unsafe sex among gay men: Global versus situational use of substances. *Journal of Sex Educators and Therapy*. 20, 3: 175 - 184.

Murphy, T. (1992) Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *Journal of Sex Research*. 29: 501 - 523.

NARTH (2000) "Dr. Laura" Interviews Psychiatric Association's Robert Spitzer. *NARTH Bulletin*. 8, 1: 26 - 27.

Nelson, J. (1982) Religious and moral issues in working with homosexual clients. In Gonsiorek, J., *Homosexuality and Psychotherapy*, NY: Haworth. 163 - 175.

Newman, L. (1976) Treatment for the parents of feminine boys. *American Journal of Psychiatry*. 133, 6: 683 - 687.

Nicolosi, J., Byrd, A., Potts, R. (1998) *Towards the Ethical and Effective Treatment of Homosexuality*. Encino CA: NARTH.

Osmond, D., Page, K., Wiley, J., Garrett, K., Sheppard, H., Moss, A., Schrage, K., Winkelstein, W. (1994) HIV infection in homosexual and bisexual men 18 to 29 years of age: The San Francisco young men's health study. *American Journal of Public Health*. 84, 12: 1933 - 1937.

Parker, N. (1964) Homosexuality in twins: A report on three discordant pairs. *British Journal of Psychiatry*. 110: 489 - 492.

Parris, J., Zweig-Frank, H., Guzder, J. (1995) Psychological factors associated with homosexuality in males with borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 9, 11: 56 • E61.

Phillips, G., Over, R. (1992) Adult sexual orientation in relation to memories of childhood gender conforming and gender nonconforming behaviors. *Archives of Sexual Behavior*. 21, 6: 543 - 558.

Pillard, R. (1988) Sexual orientation and mental disorder. *Psychiatric Annals*. 18, 1: 52 - 56.

Piskur, J., Degelman, D. (1992) Effect of reading a summary of research about biological bases of homosexual orientation on attitudes toward homosexuals. *Psychological Reports*. 71: 1219 - 1225.

Porter, R. (1996) *Born that Way: A review of Queer Science: The Use and Abuse of Research into Homosexuality by Simon LeVay and A Separate Creation by Chandler Burr*. *New York Times Book Review*. August 11.

Rainer, J. et al. (1960) Homosexuality and heterosexuality in identical twins. *Psychosomatic Medicine*. 22: 251 - 259.

Rekers, G., Lovaas, O., Low, B. (1974) Behavioral treatment of deviant sex role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 7: 134 - 151.

Rekers, G. (1988) The formation of homosexual orientation. In Fagan, P., *Hope for Homosexuality*, Washington DC: Free Congress Foundation.

Rice, G., Anderson, C., Risch, N., Ebers, G. (1999) Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*. April.

Rind, B., Bauserman, R., Tromovitch, P. (1998) A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*. 124, 1: 22 - 53

Rogers, C., Roback, H., McKee, E., Calhoun, D. (1976) Group psychotherapy with homosexuals: A review. *International Journal of Group Psychotherapy*. 31, 3: 3 • E27.

Rotello, G. (1997). *Sexual Ecology: AIDS and the Destiny of Gay Men*. NY: Dutton.

Saghir, M., Robins, E. (1973) *Male and Female Homosexuality: A Comprehensive Investigation*. Baltimore MD: Williams & Wilkins.

Satinover, J. (1996) *Homosexuality and the Politics of Truth*. Grand Rapids MI: Baker.

Schreier, B. (1998) Of shoes, and ships, and sealing wax: The faulty and specious assumptions of sexual reorientation therapies. *Journal of Mental Health Counseling*. 20, 4: 305 - 314.

Schwartz, M., Masters, W. (1984) The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men. *American Journal of Psychiatry*. 141: 173 - 181.

Signorile, M. (1997) *Life Outside: The Signorile Report on Gay Men: Sex, Drugs, Muscles, and the Passages of Life*. NY: Harper Collins.

Silverstein, C. (1972) Behavior Modification and the Gay community. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. NY. October.

Sipova, I., Brzek, A. (1983) Parental and interpersonal relationships of transsexual and masculine and feminine homosexual men. In *Homosexuals and Social Roles*, NY: Haworth. 75 - 85.

Sleek, S. (1997) Concerns about conversion therapy. *APA Monitor*. October, 28: 16.

Smith, J.(1988) Psychopathology, homosexuality, and homophobia. *Journal of Homosexuality*. 15, 1/2: 59 - 74.

Snortum, J., Gillespie, J., Marshall, J., McLaughlin, J., Mosberg, L. (1969) Family dynamics and homosexuality. *Psychological Reports*. 24: 763 - 770.

Stall, R., Coates, T., Hoff, C. (1988a) Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men. *American Psychologist*. 43, 11: 878 - 885.

Stall, R., Wiley, J. (1988b) A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: The San Francisco Men's Health Study. *Drug and Alcohol Dependence*. 22: 63 - 73.

Stephan, W. (1973) Parental relationships and early social experiences of activist male homosexuals and male heterosexuals. *Journal of Abnormal Psychology*. 82, 3: 506 - 513.

Stoller, R. (1978) Boyhood gender aberrations: Treatment issues. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 26: 541 - 558.

Thompson, N. Schwartz, D., McCandles, B., Edwards, D. (1973) Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 41, 1: 120 - 127.

Throckmorton, W. (1996) Efforts to modify sexual orientation: A review of outcome literature and ethical issues. *Journal of Mental Health and Counseling*. 20, 4: 283 - 305.

Tripp, C. Hatterer, L. (1971) Can homosexuals change with Psychotherapy? *Sexual Behavior*. 1, 4: 42 - 49.

van den Aardweg, G. (1967) *Homophilia, Neurosis and the Compulsion to Complain*. Amsterdam: Polak, van Gennep.

West, D. (1977) *Homosexuality Re-examined*. London: Duckworth

Whitam, F. (1977) Childhood indicators of male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*. 6, 2: 89 - 96.

Wolpe, J. (1969) *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamon.

Zubenko, G., George, A., Soloff, P., Schulz, P. (1987) Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*. 144, 6: 748 - 752.

Zucker, K., Bradley, S. (1995) *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. NY: Guilford.

Zuger, B. (1976) Monozygotic twins discordant for homosexuality: Report of a pair and significance of the phenomenon. *Comprehensive Psychiatry*. 17: 661 - 669.

## **COURAGE e ENCOURAGE**

<http://www.couragerc.org>

<http://www.courageitalia.it/>

## **AUTORI, COLLABORATORI E REDATTORI**

Eugene Diamond, M.D.  
Professor of Pediatrics  
Loyola Stritch School of Medicine  
Chicago, IL

Richard Delaney, M.D.  
Family Medicine  
Washington, DC

Sheila Diamond, RN, MSN  
Nursing Consultant  
John Paul II Institute  
Rome, Italy

Richard Fitzgibbons, M.D.  
Psychiatrist  
Comprehensive Counseling Service  
W. Conshohocken, PA

Rev. James Gould  
St. Raymond Parish  
Arlington, VA

Rev. John Harvey  
Director, Courage Ministry  
New York, NY

Ned Masbaum, M.D.  
Forensic Psychiatrist  
Indianapolis, IN

Kevin Murrell, M.D.  
Dept. of Psychiatry  
Univ. of Georgia Medical School  
Augusta, GA

Peter Rudegeair, Ph.D.  
Clinical Psychologist  
W. Conshohocken, PA

Edward Sheridan, M.D.  
Dept. of Psychiatry  
Georgetown Univ. School of Medicine  
Washington, DC