

ALESSANDRA DIEHL
DENISE LEITE VIEIRA
JAIR DE JESUS MARI

A CID-11 NÃO RECONHECERÁ POSSIBILIDADES DE PATOLOGIZAÇÃO DA HOMOSSEXUALIDADE

THE ICD-11 WILL NOT RECOGNIZE POSSIBILITIES TO PATHOLOGIZE HOMOSEXUALITY

Resumo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) está em processo de revisão da Classificação Internacional de Doenças e dos Problemas Relacionados à Saúde, atualmente na sua 10ª versão (CID-10). Várias mudanças vêm sendo propostas para as condições relacionadas à sexualidade e à saúde sexual, sendo que uma delas é a total eliminação de todas as categorias do código F66 (transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação) existentes na CID-10. Isso porque se acredita que a atual versão tende a patologizar uma resposta normal do desenvolvimento e gerar mais estigma, discriminação social e possíveis idiosincrasias terapêuticas. Soma-se a isso o fato de que nenhuma dessas categorias apresentou relevância ou utilidade clínica. O objetivo deste artigo é proporcionar atualização sobre essa proposta de revisão para a CID-11 dentro do contexto da compreensão científica atual sobre a orientação sexual humana.

Palavras-chave: Homossexualidade, orientação sexual, classificação internacional das doenças.

Abstract

The World Health Organization (WHO) is in the process of revising the International Classification of Diseases and Related Health Problems, currently in its 10th version (ICD-10). Several changes have been proposed in the conditions related to sexuality and sexual health, including the elimination of all categories of the F66 code (psychological and behavioral disorders associated with sexual development and orientation) present in ICD-10. It is believed that the

current version tends to pathologize a normal developmental response and generate more stigma, social discrimination, and possible therapeutic idiosyncrasies. In addition, none of these categories has shown clinical relevance or usefulness. The purpose of this article is to present an update on the proposed revisions to ICD-11 within the context of current scientific understanding of human sexual orientation.

Keywords: Homosexuality, sexual orientation, international classifications of diseases.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a homossexualidade não era descrita na literatura médica ou psiquiátrica como uma categoria específica até o início dos anos 1870. O movimento psiquiátrico e a incipiente psicanálise colocaram a homossexualidade em um foco especial de interesse, buscando teorias que explicassem a gênese da homossexualidade, assim como terapias de “cura” ou “conversão para a heterossexualidade”¹. Embora Freud não fosse claro ao considerar a homossexualidade como algo patológico ou derivado de doença mental, suas publicações a respeito do tema foram extensas e, muitas vezes, contraditórias, sugerindo sempre a existência de fatores psicodinâmicos na causalidade dessa orientação sexual². Entre as causas, citam-se a maneira como as mães criavam seus filhos, medos relacionados ao sexo oposto e processos de identificação de objeto na infância^{1,3}.

Psicanalistas europeus e psiquiatras comportamentais americanos publicaram artigos e livros a respeito da homossexualidade, principalmente em homens, conferindo muitas vezes um cunho de imoralidade e de ilegalidade a



ALESSANDRA DIEHL¹, DENISE LEITE VIEIRA², JAIR DE JESUS MARI³

¹ Psiquiatra. ² Psicóloga. ³ Psiquiatra. Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

essa questão. Quase todos os autores assumiam o caráter psicopatológico da homossexualidade e procuravam pelas causas desta. A homossexualidade foi, então, considerada por muitos e muitos anos como uma doença ou um desvio; por conseguinte, vários tipos de tratamentos, dos mais bizarros, foram propostos para “curar gays”, ou seja, estimulá-los a retornar para a heterossexualidade. Esses tratamentos incluíam as chamadas terapias elétricas aversivas, com eletrochoque, exposição a fotos de vômitos, utilização de medicações como a apomorfina, a “terapia da *playboy*”, na qual homens *gays* deveriam se masturbar vendo fotos de mulheres nuas, ou, ainda, a implantação de eletrodos no cérebro do homossexual masculino com a finalidade de estimulá-lo enquanto este era seduzido por uma prostituta. Até procedimentos cirúrgicos, com castração unilateral e transplante do tecido testicular de um homem heterossexual, foram tentados, obviamente todos sem sucesso¹.

A mudança de visão sobre a homossexualidade como uma variação normal da expressão da sexualidade humana, do afeto amoroso e da direção do desejo sexual teve início com os famosos estudos do biólogo norte-americano Alfred Kinsey, na década de 1950. O Dr. Kinsey examinou, através de estudos transversais, o comportamento sexual de homens e mulheres norte-americanos⁴. Cabe neste momento enfatizar que o conceito de “normal” em medicina tem uma conotação estatística, ou seja, normal é tudo aquilo que é mais frequente ou mais encontrado em determinada população. Assim sendo, não normal não significa necessariamente doença.

Entre os muitos achados, destaca-se a evidência de que os comportamentos ou práticas homossexuais apareciam com mais frequência do que muitos pudessem imaginar até aquela época. A prevalência de 37% dos homens tendo pelo menos uma experiência homossexual entre a adolescência e o início da vida adulta foi um desses achados surpreendentes e que causaram muito furor na época⁴.

Outro dado do trabalho de Kinsey que foi amplamente divulgado foi a prevalência de 10% das pessoas da população geral serem homossexuais. O comportamento sexual é compreendido dentro de um *spectrum* com muitas variações entre os comportamentos exclusivamente heterossexual (escore 0), incidentalmente homossexual (escore 1), comportamento sexual mais do que incidentalmente homossexual (escore 2), comportamento sexual igualmente homossexual e heterossexual (escore 3), comportamento

sexual mais do que incidentalmente heterossexual (escore 4), comportamento incidentalmente heterossexual (escore 5) e, finalmente, comportamento sexual exclusivamente heterossexual (escore 6), conforme já sugeria a escala de Kinsey^{3,4}.

A literatura psicanalítica passou então a se dedicar a relatos de caso, estudos e pesquisas sobre essa nova perspectiva da orientação sexual, propondo abordagens baseadas em teorias biológicas, transculturais e relações de objeto¹.

Em 1973, a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, APA), após ampla revisão científica, debates extensivos e análise de pesquisas conduzidas pelo National Institutes of Health (NIH), removeu a homossexualidade *per se* como uma doença mental da 2ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II). Consequentemente, o termo homossexualismo deixa de ser utilizado. A homossexualidade passa, então, a ser compreendida como uma variação normal da sexualidade, da expressão do afeto (amoroso), sendo a orientação sexual um fenômeno complexo, com muitas variações ao longo do *spectrum* de heterossexualidade e homossexualidade³.

A visão não patológica da homossexualidade, assim como a do homossexual e a do bissexual masculino e feminino, diminuiu o estigma e abriu uma vasta área de estudos, pesquisas, hipóteses e conhecimento sobre orientação sexual, expressão do desejo sexual e forças psicológicas e sociais que influenciam a vida de pessoas com orientação homossexual e bissexual, incluindo a natureza do preconceito resultante de intolerância à diferença^{5,6}.

Muitos profissionais da saúde têm contribuído desde então para (re)moldar o foco dessa temática de que tanto homossexuais masculinos e femininos quanto bissexuais enfrentam dificuldades na sociedade devido à sua orientação sexual, ao invés de assumir o caráter de uma orientação psicopatológica⁷. Alguns autores inclusive apontam o fato de várias personalidades e profissionais da saúde terem assumido sua própria homossexualidade ou bissexualidade enquanto fatores contribuintes nesse processo para melhorar a aceitação social¹.

Parece claro que as pessoas não escolhem sua orientação sexual, pois esta, de alguma forma, é *built-in*, ou seja, inata⁸. O que “causa” a orientação sexual das pessoas permanece alvo de pesquisas, uma vez que a teoria genética em busca do “gene gay” nunca se confirmou¹. A literatura científica

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

ALESSANDRA DIEHL
DENISE LEITE VIEIRA
JAIR DE JESUS MARI

ARTIGO

recente tem focado também nos efeitos do *viés antigay* e da homofobia internalizada de indivíduos com orientação sexual homoafetiva. Esse campo de pesquisa e documentário cultural assume frequentemente uma perspectiva construtivista social. Estudos biológicos também têm aumentado e contribuído para diferenciar a frequente confusão gerada entre orientação sexual (direção do desejo sexual e amoroso que uma pessoa sente pelas outras) e identidade de gênero³.

A bissexualidade é definida como a atração e o desejo sexual por ambos os sexos. Acredita-se que existam em média, na população geral, cerca de 1,5% de pessoas que se declaram bissexuais, variando conforme o país e o tipo de estudo realizado^{1,6,9}. A orientação bissexual em homens e mulheres vem sendo documentada e debatida por cientistas comportamentais desde meados do século XIX, na tentativa de posicionar a bissexualidade no desenvolvimento da identidade sexual¹⁰.

Alguns especialistas, como o psicanalista Freud, já sinalizavam que os seres humanos são naturalmente bissexuais, quer seja na forma manifesta quer na forma latente. Na década de 1950, o biólogo e pesquisador americano Alfred Kinsey observou muitos homens casados e publicamente autodeclarados heterossexuais que relataram ter tido relações sexuais com outros homens, enfatizando o que já vinha sendo apregoado por ele mesmo sobre o quanto é inadequado dicotomizar o modelo apenas em heterossexuais e homossexuais para descrever a diversidade das experiências sexuais humanas¹⁰. Dos seus textos extraímos as seguintes frases a esse respeito:

O mundo não é dividido em ovinos e caprinos. Nem todas as coisas são pretas nem todas as coisas brancas. Somente a mente humana inventa categorias e tenta forçar os fatos em escaninhos separados. O mundo vivo é um continuum em cada e todos os seus aspectos. O quanto antes nós aprendermos a este respeito do comportamento sexual humano, mais brevemente alcançaremos o som do entendimento da realidade sobre sexo. (Alfred Kinsey, p. 639)⁴

Já na década de 1990, houve um significativo incremento de grupos de *advocacy*, tanto na mídia escrita quanto na televisiva, com maior exploração do tema da bissexualidade em programas de televisão, como o *Sex and the City* e revistas das mais diversas⁶.

O fato é que existe ainda uma imensa controvérsia sobre se a verdadeira bissexualidade realmente existe enquanto

orientação sexual distinta e estável, ou se não estaríamos falando de pessoas que estão num período de transição para a homossexualidade, ou simplesmente “no armário”¹⁰. Algumas pesquisas apontam que 40% dos *gays* se declaravam bissexuais antes de assumirem a homossexualidade¹.

Desejos bissexuais são por vezes transitórios e ainda pouco compreendidos pela ciência. Além disso, homens e mulheres também parecem apresentar diferenças na frequência das atrações bissexuais¹¹. Alguns autores argumentam que esse campo do desejo sexual é ainda um grande quebra-cabeça a ser montado, uma vez que parece existir uma discrepância entre o que se passa na mente das pessoas e aquilo que está acontecendo em seus corpos¹².

A maioria das pesquisas sobre orientação sexual se baseia no autorrelato dos entrevistados e pouco em medidas objetivas ou avaliações psicológicas, como, por exemplo, a mensuração da excitação sexual mediante a exposição de vídeos eróticos. O fato é que há muito ainda a se aprender sobre a bissexualidade, que parece um grande enigma de controvérsias para muitos estudiosos da área¹².

Os estudos recentes focados exclusivamente na bissexualidade têm focado mais na questão da ponte de transmissão ou padrão de transmissão de HIV para a população geral ou para parcerias femininas, assim como em comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS, do que em aspectos psicológicos. Alguns dos dados gerais mais relevantes a comentar é que homens ativamente bissexuais têm significativamente menos chances de realizar teste de HIV quando comparados a homens ativamente homossexuais¹³⁻¹⁵.

Entretanto, em comum com outras minorias, os bissexuais também percebem experiências de discriminação, como um importante determinante de problemas de saúde mental. Entretanto, pesquisas adicionais são necessárias para examinar as relações entre esses determinantes de percepção de bem-estar emocional e desfechos específicos de saúde mental, a fim de melhor orientar as intervenções terapêuticas e/ou estratégias de apoio a indivíduos bissexuais¹⁶.

Assim, orientação sexual não pode ser explicada por um único fator. Embora ainda não tenha sido encontrado um gene específico para a orientação sexual, acredita-se que exista uma base genética que fundamenta as influências biológicas e os componentes bioquímicos, familiares e sociais que se moldam para o desenvolvimento da expressão da orientação sexual no adulto masculino e feminino³.



ALESSANDRA DIEHL¹, DENISE LEITE VIEIRA², JAIR DE JESUS MARI³

¹ Psiquiatra. ² Psicóloga. ³ Psiquiatra. Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP.

CENÁRIO ATUAL

Por um lado, nos dias atuais, vivenciamos o efeito da evolução social, política e cultural do “patológico para a normalidade”, evidenciado e popularizado através de programas e séries de televisão, como o *The L Word*, e na vida real, com vários exemplos: a primeira adoção brasileira por um casal gay, em 2006, na cidade de Catanduva, por Vasco Pedro da Gama e Júnior de Carvalho; a decisão inédita da justiça brasileira que concedeu a guarda provisória do filho da cantora Cássia Eller, falecida em 2001, à sua companheira; o primeiro casamento gay da América Latina, entre os argentinos Alex Freyre e José Maria Di Bello, em 2009; e, mais recentemente, em 2013, o “primeiro beijo gay da televisão brasileira”, que gerou um fenômeno popular a favor dos personagens gays como nunca antes se havia observado na cultura nacional⁵.

No entanto, por outro lado, observamos que ainda existe muita violência, preconceito, vulnerabilidades, estigmas e, sobretudo, muito desrespeito a pessoas com orientação não heteronormativa. A homofobia segue sendo uma tragédia nacional, com índices elevadíssimos de mortes. O Brasil tem a vergonhosa liderança internacional em crimes de homofobia: em 2013, a cada 28 horas, um cidadão(ã) lésbica, gay, bissexual e transgênero (LGBT) foi assassinado no país por crime de ódio^{5,7}.

Recentemente, o famoso psiquiatra norte-americano da Columbia University, Dr. Robert Spitzer, veio a público dizer que devia um sincero pedido de desculpas à comunidade gay por ter proposto terapia reparadora ou de conversão para a heterossexualidade na década de 1970¹⁷. Ao mesmo tempo, podemos observar diversas manifestações sociais e algumas manobras legislativas que se apoiam nas remanescentes categorias pouco definidas da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças e dos Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com relação à orientação sexual para propor tratamentos de “conversão” para a heterossexualidade.

Dentro dessas perspectivas de entendimento da orientação sexual é que o grupo de trabalhos da Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a necessidade de revisar a atual CID com relação a essa categoria.

A PROPOSTA DA CID-11 PARA O CÓDIGO F66

A OMS está em processo de revisão da CID. Para tanto, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância e o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS têm trabalhado desde 2008 conjuntamente na

revisão das categorias do capítulo de transtornos mentais e comportamentais da CID, incluindo o desenvolvimento de propostas de diretrizes para categorização, definições e diagnóstico sobre a sexualidade e condições relacionadas à saúde sexual (F.52 - disfunções sexuais; F.64 - transtornos da identidade sexual; F.65 - transtornos da preferência sexual; e F.66 - transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação).

Para auxiliar nesse processo e a fim de desenvolver recomendações baseadas em evidências para a CID-11, os dois departamentos mencionados designaram um grupo de trabalho internacional e interdisciplinar sobre a classificação dos transtornos sexuais e da saúde sexual que incluiu 11 especialistas que representam todas as regiões da OMS. Alguns desses especialistas também trabalharam na revisão do DSM para a construção do atual DSM-5, lançado em inglês (original) em maio de 2013 e, no Brasil, em 2014. O processo de revisão da CID é colaborativo e também oferece a oportunidade para qualquer pessoa interessada de encaminhar sugestões e/ou comentários para a OMS em relação à revisão da CID, pelo site <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>. As contribuições passarão pela apreciação de especialistas na área.

A CID é utilizada no mundo inteiro, por todos os Estados Membros, para monitorar a incidência e prevalência de doenças e outras condições de saúde, e é o instrumento padrão de diagnósticos para a obtenção de dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade, gerenciamento de saúde e para fins clínicos.

Assim, entre os objetivos da OMS com a utilização da CID estão: identificar populações de risco/vulneráveis; auxiliar na monitorização de epidemias/ameaças à saúde pública/carga de doença; definir as obrigações de Estados Membros da OMS a fim de prestar cuidados de saúde gratuitos ou subsidiados para suas populações; facilitar o acesso a serviços de saúde adequados; facilitar a pesquisa para tratamentos mais eficazes; e, conseqüentemente, embasar as orientações para os cuidados, padrões e boas práticas clínicas.

Os princípios que norteiam essas revisões têm o intuito de auxiliar os Estados Membros da OMS a reduzir a carga de doença em seus países, ter foco em utilidade clínica e facilitar a identificação e alternativas de tratamento. O desenvolvimento do material é realizado de forma multidisciplinar, global e multilíngue, em colaboração com as partes interessadas (usuários, profissionais de saúde), sendo

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

ALESSANDRA DIEHL
DENISE LEITE VIEIRA
JAIR DE JESUS MARI

ARTIGO

que a manutenção da integridade do sistema está relacionada à sua independência em relação à indústria farmacêutica ou qualquer outra influência comercial que possa interferir no processo.

O próximo passo em relação às recomendações feitas pelos especialistas será submeter as propostas a estudos de campo em uma variedade de ambientes de cuidados à saúde, incluindo a atenção primária em diferentes países, como Brasil, Índia, Líbano, México e África do Sul. Além disso, Suécia, Holanda, Reino Unido e outros países com médias salariais altas também planejam implementar os protocolos de estudos de campo da OMS. Uma das principais formas de pesquisa *online* da OMS se dá através da Rede Global de Prática Clínica (RGPC) (ou *Global Clinical Practice Network*, GCPN), uma rede onde os profissionais de saúde do mundo inteiro estão convidados a se cadastrar e participar voluntariamente das pesquisas da OMS. Para fazer parte da RGPC (ou GCPN), basta preencher o cadastro no site <http://www.globalclinicalpractice.net>. O cadastramento pode ser realizado em nove idiomas, inclusive português, e leva aproximadamente 10 minutos para ser concluído. Essa rede já conta com mais de 10 mil profissionais registrados, oriundos de mais de 125 países.

Os objetivos dos estudos de campo são avaliar a aceitação das propostas pelos profissionais de saúde e pelas comunidades afetadas, a confiabilidade e a coerência dos construtos, a utilidade clínica global das categorias, definições e diretrizes diagnósticas propostas, a validade das categorias como preditores das necessidades dos cuidados de saúde e sua utilidade para acessar os serviços de saúde.

A proposta desse grupo de trabalho é a eliminação de todas as categorias do código F66 (transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação) existentes na CID-10, os quais incluem: F66.0 - transtorno da maturação sexual; F66.1 - orientação sexual egodistônica; e F66.2 - transtorno do relacionamento sexual. Isso porque essas categorias não apresentaram relevância ou utilidade clínica. Além disso, há o intuito de eliminar qualquer "brecha" que permita a interpretação de uma resposta também esperada e natural do desenvolvimento como patologia, pois a patologização gera estigma, discriminação social e idiosincrasias terapêuticas.

e as vulnerabilidades individuais e coletivas que a orientação não heteronormativa gera na sociedade em geral são tão importantes quanto compreender a influência e a relevância da cultura, etnia, idade, genética, nível socioeconômico e do meio em que as pessoas residem no desenvolvimento de ajustamentos individuais a diferenças que nem sempre são bem toleradas pela maioria das pessoas^{3,18}.

Vulnerabilidades variadas, estigmas, preconceitos, comprometimentos físicos, psíquicos, cognitivos e emocionais, dificuldades sociais, culturais, educacionais, jurídicas e familiares fazem parte da complexidade vivenciada pela comunidade de lésbicas, gays e bissexuais, assim como de qualquer outro segmento da sociedade. Entretanto, para muitas pessoas, a vergonha e o medo do preconceito as afastam da busca por serviços de saúde³. Cabe aos profissionais de saúde diminuir estigmas e preconceitos e trabalhar a aceitação dentro de uma perspectiva mais afirmativa para indivíduos com orientação homossexual ou bissexual, e não propor conversão ou "cura"¹. Orientação sexual, sob qualquer que forma que se apresente, não é doença; é simplesmente um aspecto da sexualidade humana. Não parece utópico pensar que as sociedades podem exercitar atitudes mais respeitadas e de inclusão, construindo uma nova realidade em defesa da dignidade individual e harmonia social. Para tanto, é importante que haja ampliação do conhecimento capaz de gerar mudanças de atitude e de comportamento diante da diversidade sexual humana⁵.

Agradecimentos

Ao Dr. Geoffrey Reed, Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância, OMS.

Correspondência:

Alessandra Diehl
Rua Dr. Neto de Araújo, 320, sala 310
04111-001 - São Paulo, SP
E-mail: alediehl@terra.com.br

Financiamento: Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância e Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Organização Mundial da Saúde (OMS).

Conflitos de interesse inexistentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão das variações da orientação sexual humana

Referências

1. Cabaj RP, Stein TS. Textbook of homosexuality and mental health. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
2. Freud S. Standard edition of the complete psychological works, X, XIII, XVIII. London: Hogarth Press; 1955.
3. Seidman S, Fischer N, Meeks C. Introducing the new sexuality studies. Original essays and interviews. New York: Routledge; 2007.
4. Pomeroy WB. Dr. Kinsey and the institute for sex research. New York: Haper & Row; 1972.
5. Diehl A, Vieira DL. Sexualidade: do prazer ao sofrer. São Paulo: Editora Roca; 2013.
6. Hyde JS, DeLamater JD. Sexual orientation: gay, straight, or bi? In: Hyde JS, DeLamater JD. Understanding human sexuality. 10th ed. New York: McGraw-Hill Higher Education; 2008. p. 336-63.
7. Salles CAC, Melo JMFC. O amor entre parceiros do mesmo sexo e a grande tragédia da homofobia. In: Barcellos G. Estudos sobre a homossexualidade. Debates Junguianos. São Paulo: Vetor; 2010. p. 65-86.
8. Drescher J. A history of homosexuality and organized psychoanalysis. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2008;36:443-60.
9. Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro (EVSB). São Paulo: Editora Bregantini; 2004.
10. Fox RC. Bisexuality: an examination of theory and research. In: Cabaj RP, Stein TS. Textbook of homosexuality and mental health. Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 147-71.
11. Cerny JA, Janssen E. Patterns of sexual arousal in homosexual, bisexual, and heterosexual men. Arch Sex Behav. 2011;40:687-97.
12. Brooks R. Transforming sexuality: the medical sources of Karl Heinrich Ulrichs (1825-95) and the origins of the theory of bisexuality. J Hist Med Allied Sci. 2012;67:177-216.
13. Jeffries WL 4th. HIV testing among bisexual men in the United States. AIDS Educ Prev. 2010;22:356-70.
14. Phillips AE, Lowndes CM, Boily MC, Garnett GP, Gurav K, Ramesh BM, et al. Men who have sex with men and women in Bangalore, South India, and potential impact on the HIV epidemic. Sex Transm Infect. 2010;86:187-92.
15. Malebranche DJ, Arriola KJ, Jenkins TR, Dauria E, Patel SN. Exploring the "bisexual bridge": a qualitative study of risk behavior and disclosure of same-sex behavior among black bisexual men. Am J Public Health. 2010;100:159-64.
16. Ross LE, Dobinson C, Eady A. Perceived determinants of mental health for bisexual people: a qualitative examination. Am J Public Health. 2010;100:496-502.
17. Carey B. Psychiatry giant sorry for backing gay 'cure' [Internet]. The New York Times. 2012 May 18 [cited 2014 Jun 16]. http://www.nytimes.com/2012/05/19/health/dr-robert-l-spitzer-noted-psychiatrist-apologizes-for-study-on-gay-cure.html?pagewanted=all&_r=1&
18. Hequembourg AL, Brallier SA. An exploration of sexual minority stress across the lines of gender sexual identity. J Homosex. 2009;56:273-98.