

Temas de trabajo clínico con pacientes LGBTIQ

Mónica Fuentes Carbonetto
Felipe Peña Quintanilla

1. Experiencia emocional correctiva

Tener la oportunidad de recibir del terapeuta una respuesta distinta a las que se ha recibido sistemáticamente durante la vida, es lo que da al espacio terapéutico la oportunidad única de convertirse en una experiencia emocionalmente correctiva¹. Cuando un paciente LGBTIQ, en vez del rechazo que él mismo anticipa a partir de sus experiencias pasadas con otras personas significativas², encuentra en la consulta respeto y afirmación de su identidad, parte del dolor emocional que trae ya ha comenzado a sanar.

Los terapeutas que trabajan con población LGBTIQ no prejuzgan ni buscan normar la experiencia de los otros, preguntan en vez de asumir, usan los nombres y pronombres que identifican al paciente, y manejan un lenguaje adecuado y no patologizante. Al hacerlo, permiten que las personas sientan que pueden hablar libremente acerca de quiénes son, de lo que sienten y de lo que desean³, lo que para muchos es una oportunidad que -hasta ahora- nunca habían tenido en sus vidas.

2. Espacio de autoexploración

La terapia es un espacio donde las personas LGBTIQ pueden explorar quiénes son y cuáles son los caminos que pueden y desean recorrer para afirmar su identidad, lo que a su vez generará cambios que conducirán a una mayor felicidad⁴. Ese camino les pertenece solo a los pacientes, y responderá a una definición personal que no necesariamente podrá (ni debiera) calzar con las definiciones de otros.

En esa búsqueda personal, los profesionales de la salud mental también pueden apoyar a los pacientes en entender los pros y contras de las decisiones que tomen en cuanto a cómo vivir su expresión de género y orientación sexual y afectiva, para hacerlas compatibles con sus metas vitales en los ámbitos relacional, educacional, laboral y espiritual⁵.

3. Cultivo de la autoaceptación

Los mensajes negativos que las personas LGBTIQ han escuchado durante sus vidas respecto a su identidad de género y/o a su orientación sexual se convierten -de una u otra manera- en creencias arraigadas respecto a ellas mismas como enfermas, pecadoras, malas, indignas de amor y objetos de culpa y vergüenza⁶. Así, la homofobia y la transfobia internalizadas se convierten en caldo de cultivo para los síntomas depresivos y post-traumáticos, y para la mala salud sexual, bajo autocuidado, baja socialización con pares, baja aceptación de la propia orientación sexual, bajo nivel de *outness* y baja autoestima^{7 8 9 10}.

Identificar esas creencias y el efecto dañino que tienen en el sentido de la propia valía es una de las metas principales de la terapia con personas LGBTIQ. En un esfuerzo por contar con herramientas que permitan medir la homofobia internalizada, escalas tanto para hombres gays como para mujeres lesbianas se han desarrollado en los últimos 15 años^{11 12}. Estas escalas, aunque aún no validadas para la población chilena, pueden servir de guía para la exploración cualitativa y el trabajo de autoaceptación durante la terapia.

4. Acompañamiento en el proceso de “salir del clóset”

En Estados Unidos el proceso de “salir del clóset” está ocurriendo cada vez más tempranamente, siendo la edad promedio los 13 años. Las investigaciones han demostrado que sentirse bien con respecto a la propia orientación sexual e identidad de género, e integrarlas en la vida personal, fomenta el bienestar emocional y la salud mental. Esta integración a menudo incluye revelar la identidad propia a los demás y participar abiertamente en la comunidad gay, lo que a su vez aumenta la disponibilidad de apoyo social¹³.

“Salir del clóset” ocurre muchas veces a lo largo de la vida de una persona LGBTIQ, toda vez que ésta irá conociendo nuevas personas y perteneciendo a nuevas comunidades. No sólo tiene que ver con avanzar en la aceptación personal, sino también con determinar los lugares y los momentos más adecuados para dar a conocer la identidad de género o la orientación sexual y afectiva, y con estar preparados para enfrentar las reacciones de rechazo y discriminación que se pueden recibir desde el entorno. Se recomienda “salir del clóset” inicialmente en aquellos círculos donde la persona tiene más posibilidades de recibir aceptación y apoyo, para ir avanzando (si así lo decide la persona) hacia los círculos menos seguros y en los cuales el rechazo puede tener consecuencias negativas para la seguridad, para el bienestar y/o para el crecimiento personal. Vecindarios donde se ejerce agresión hacia individuos LGBTIQ, familias en las que los hijos LGBTIQ son castigados o echados a la calle, empresas donde la continuidad o promoción de personas LGBTIQ es coartada¹⁴, son algunos ejemplos.

En el trabajo con las personas trans, el proceso de “salir del clóset” viene usualmente aparejado con la toma de decisiones acerca de cambios en los roles y expresión de género, como también la búsqueda de procedimientos afirmativos de género que tendrán implicaciones no sólo para el paciente sino también para sus familias. Los profesionales de salud mental pueden asistir a los pacientes para que esas

decisiones sean tomadas de manera informada y reflexionada¹⁵.

Para familias con miembros LGBTIQ, la “salida del clóset” de un hijo con frecuencia significa la “entrada al clóset” de ellos como familia, ya que no sólo sienten el miedo al rechazo de los demás sino también a ser cuestionados respecto al rol que jugaron en que esto ocurriera (“algo malo habrán hecho para tener un hijo LGBTIQ”) o a la propia identidad (“tal vez ellos también son LGBTIQ”)^{16 17}. “Salir del clóset” para las familias, entonces, a veces es tanto o más complicado que para la propia persona y muchas de ellas prefieren evitarlo por medio del aislamiento social o la negación de la nueva realidad. Para más información de cómo apoyar a las familias de personas LGBTIQ en los desafíos que enfrentarán, ver recurso disponible *ACOMPÑAMIENTO A FAMILIAS CON MIEMBROS LGBTIQ*.

5. Trabajo de trauma

La exposición temprana, prolongada y recurrente a eventos traumáticos de naturaleza interpersonal que enfrentan muchas personas LGBTIQ, tiene un efecto en el desarrollo neuronal de las personas y sus estilos de afrontamiento¹⁸. Este fenómeno ha sido llamado “trauma del desarrollo” y se caracteriza no sólo por las respuestas de pelea o huida propias del síndrome post traumático, sino también por una tendencia a la disociación, bajo sentido de autoeficacia, dificultad en la regulación de emociones, somatización, entre otros síntomas¹⁹. Asimismo, no es raro que traumas complejos y pervasivos provoquen que los patrones de victimización temprana sean reeditados durante la vida adulta, favoreciendo la polivictimización de la persona^{20 21}.

Si el terapeuta falla en entender el rol que estas experiencias de trauma temprano pueden haber jugado en el proceso de desarrollo neuropsicoemocional de una persona LGBTIQ, probablemente cometerá errores diagnósticos, centrará los esfuerzos terapéuticos en focos equivocados y, seguramente, revictimizará al paciente con una nueva experiencia de negligencia, abuso o maltrato, esta vez en su propia consulta.

6. Estrategias de afrontamiento más sanas

La polivictimización que sufren las personas LGBTIQ dada por el castigo físico y psicológico que reciben durante su vida, el rechazo familiar y social, la violencia interpersonal, el *bullying*, la discriminación, la falta de hogar, el abuso sexual y/o los crímenes de odio²² permite entender por qué esta población muestra estrategias de enfrentamientos basadas en la evitación del dolor emocional, que -a su vez- eleva el riesgo de conductas de daño físico autoinferido (cortarse, quemarse, golpearse, entre otras), intentos suicidas^{23 24} y abuso de alcohol y drogas²⁵.

Por esta razón, parte importante del trabajo de terapia tiene que ver con manejar las conductas de daño hacia uno mismo y desarrollar estrategias de enfrentamiento más sanas, que incorporen el sentido de autocuidado, el manejo de límites interpersonales, y la regulación emocional y conductual²⁶.

7. Promover las redes de apoyo

Los sesgos culturales en los diferentes contextos sociales constituyen la principal fuente de dificultades y estrés para la población LGBTIQ. Por esa razón, ser capaz de encontrar (o crear) y participar en comunidades abiertas y respetuosas puede resultar en un salvavidas para estos pacientes, les permite contar con un contexto que provee de seguridad para la autoexploración y para enfrentar la hostilidad del entorno más conservador²⁷. La participación en una comunidad que apoya, la conexión social y la pertenencia a colectivos que promueven la autoestima y valoración personal se han visto relacionadas a un menor efecto del estrés asociado a victimización del grupo LGBTIQ como minoría^{28 29 30 31 32}.

El desafío es dotar a las personas LGBTIQ de herramientas para la participación social, y trabajar sobre los entornos cercanos -por ejemplo: la familia- para el despliegue de respuestas de apoyo y acompañamiento adecuado hacia sus miembros LGBTIQ.

8. Salud sexual

Los profesionales pueden caer en el error de entregar y utilizar un punto de vista heteronormativo a la hora de comprender el desarrollo y salud sexual de las personas LGBTIQ, tanto en la frecuencia de encuentros sexuales, como en las prácticas incluidas en esos encuentros, los lugares donde ocurren, la forma en que se acuerdan, así como también en las concepciones de fidelidad, monogamia y estabilidad. También se puede cometer el error de asumir que toda la experiencia sexual que involucra una orientación sexual LGB y el desarrollo de una relación íntima se resume -desde el estereotipo- a la sola conducta o acto sexual³³.

El desafío de entregar una mirada de salud sexual culturalmente competente involucra evitar aplicar una mirada heteronormada de la vida sexual, acercarse a la vida sexual de las personas LGBTIQ sin la asunción de estereotipos, contar con el lenguaje adecuado para nombrar y describir las experiencias, y explorar de manera cómoda las fantasías o comportamientos sexuales que los pacientes LGBTIQ plantean como problemáticas clínicas³⁴. Se trata también de conocer los factores y conductas de riesgo sexual específicas de las personas LGBTIQ, y hacer prevención aplicada al mundo real de los pacientes, y -sobre todo- con tener una actitud positiva y sentirse cómodo respecto de la propia sexualidad y a las conductas sexuales de los demás³⁵.

9. Imagen corporal

Actualmente existe un importante cuerpo de evidencia que muestra que la imagen corporal en personas LGBTIQ juega un rol central en el autoconcepto y autoestima, especialmente entre los hombres gay^{36 37 38 39 40}. Este grupo estaría expuesto a un intenso bombardeo de un ideal de belleza musculosa y tonificada^{41 42 43 44 45}, que a su vez genera insatisfacción con el propio cuerpo y aumenta la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, uso de esteroides y práctica de ejercicio compulsivo^{46 47 48 49 50 51 52 53}.

Contar con un cuerpo musculoso y tonificado no sólo se relaciona con cumplir con estándares de belleza ideal para ser más atractivo sexualmente, sino que

además se interpreta como una señal de buena salud física y de ser VIH negativo^{54 55}.

Probablemente por todos los motivos anteriores, entre la población de hombres gay existe además una tendencia a observar y considerar el proceso de envejecimiento de una forma más negativa que entre el resto de la población⁵⁶.

En la población trans evidentemente el cuerpo es fuente de gran disforia, provocando intenso rechazo hacia partes de él, rechazo que por su intensidad puede generar conductas de automutilación y sobrecompensación cercanas a (pero no necesariamente causadas por) el trastorno dismórfico corporal. También se ha visto una alta incidencia de trastornos de la conducta alimentaria, lo que suele estar relacionado con intentos de castigar y/o modificar el propio cuerpo para hacerlo más consistente con la identidad de género (por ejemplo, aumentar de peso puede ayudar al desarrollo de mamas)⁵⁷.

10. Orgullo y conmemoración

Ser LGBTIQ tiene importantes y numerosos elementos positivos, los que no siempre son tan vistosos para el paciente como lo son las situaciones negativas que se han debido enfrentar. Durante el proceso terapéutico, parte del trabajo debiera estar enfocado en ayudar al paciente a distinguir e incorporar estos elementos positivos como parte de la narrativa personal.

Entre los elementos señalados como más positivos por las personas LGBTIQ y sus familias están los siguientes: pertenencia a una comunidad, creación de una familia elegida, desarrollo de fuertes conexiones con otras personas y ser un modelo a seguir positivo, capacidad de sentir empatía y compasión por los demás, vivir de manera auténtica y honesta, tener mayor conciencia y sentido de sí mismo, involucrarse en la justicia social y el activismo, ser más libre respecto de la definición social de los roles de género, poder explorar más libremente la sexualidad y los diversos tipos de

relaciones, y disfrutar de la igualdad en las relaciones de pareja^{58 59}.

Los profesionales de la salud mental que buscan ser culturalmente competentes para trabajar con la población LGBTIQ, debieran evitar imponer un punto de vista binario de la sexualidad, así como también de la identidad de género. A cambio de eso, el desafío es ofrecer un espacio para que los pacientes puedan explorar y sentirse cómodos con su ser auténtico, más allá de las definiciones asignadas a ellos por los otros.

- ¹Teyber, E., & Holmes McClure, F. (2011). *Interpersonal process in therapy: An integrative model*. Belmont, CA: Thomson/Brooks Cole.
- ²Rood, B., Reisner, S., Surace, F., Puckett, J., Maroney, M., & Pantalone, D. (2016). Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health, 1*(1), 151-164. doi:10.1089/trgh.2016.0012.
- ³White, S. M. (2003). *Making the rainbow connection: The development of a psychoeducational presentation for parents of gay men and lesbians* (Order No. 3100730). Recuperado desde: <http://search.proquest.com/docview/305214196?accountid=11243>
- ⁴Greene, G. J., Fisher, K. A., Kuper, L., Andrews, R., & Mustanski, B. (2015). "Is this normal? Is this not normal? There is no set example": Sexual health intervention preferences of LGBT youth in romantic relationships. *Sexuality Research & Social Policy, 12*(1), 1-14.
- ⁵World Professional Association for Transgender Health - WPATH (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People*, 7th Ed. International Journal of Transgenderism, 13(4), 165-232
- ⁶Sherry, A. (2007). Internalized homophobia and adult attachment: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(2), 219-225. doi:10.1037/0033-3204.44.2.219
- ⁷Rosser, S., Bockting, W., Ross, M., Miner, M. and Coleman, E. (2008). The relationship between homosexuality, internalized homo-negativity, and mental health in men who have sex with men. *Journal Of Homosexuality, 55*(2), 185-203
- ⁸Su, D., Irwin, J., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D., Ariss, R., and Coleman, J. (2016) Mental Health Disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health, 1*(1), 12-20. doi:10.1089/trgh.2015.0001.
- ⁹Igartua, K., Gill, K., Montoro, R. (2003) Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian Population. *Canadian Journal of Community Mental Health, 22*(2), 15-30, 10.7870/cjcmh-2003-0011
- ¹⁰Gold, S., Marx, B., & Lexington, J. (2007) Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential avoidance, and psychological symptom severity. *Behavior Research and Therapy, 45*, 549-562.
- ¹¹Szymanski, D. & Chung, Y. (2001) The lesbian internalized homophobia scale: A rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality, 41*, 93-117.
- ¹²Mayfield, W. (2001) The Development of an Internalized Homonegativity Inventory for Gay Men, *Journal Of Homosexuality, 41*(2), 53-76
- ¹³Ryan, C., & Diaz, R. (2011). *Family Acceptance Project: Intervention guidelines and strategies*. San Francisco: Family Acceptance Project.
- ¹⁴Smith, I. Oades, I. & McCarthy, G. (2013). The Australian corporate closet, why it's still so full: a review of incidence rates for sexual orientation discrimination and gender identity discrimination in the workplace. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review, 9*(1), 51-63
- ¹⁵World Professional Association for Transgender Health - WPATH (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People*, 7th Ed. *International Journal of Transgenderism, 13*(4), 165-232
- ¹⁶Goodrich, K. M. (2009). Mom and Dad "come out": The process of identifying as a heterosexual parent with a lesbian, gay or bisexual child. *The Journal of LGBT Issues in Counseling, 3*, 37-61.
- ¹⁷Ryan, C., & Diaz, R. (2011). *Intervention guidelines and strategies*. San Francisco: Family Acceptance Project.
- ¹⁸Roberts, A., Rosario, M., Corliss, H., Koenen, K., & Austin, S. (2012). Elevated risk of posttraumatic stress in sexual minority youths: Mediation by childhood abuse and gender nonconformity. *American Journal of Public Health, 102*(8), 1587-1593. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1039278403?accountid=11243>
- ¹⁹van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408. Recuperado desde: <http://search.proquest.com/docview/217061643?accountid=11243>
- ²⁰Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC psychiatry, 13*(3), 1-12. Recuperado desde: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/3>
- ²¹Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect, 31*, 7-26.
- ²²Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vander Morris, A. K., & Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2433-2441. doi:10.2105/AJPH.2009.168971
- ²³Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(5), 527-537. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/61704798?accountid=11243>
- ²⁴Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research, 47*(1), 12-23.
- ²⁵Hunt, J. (2012). *Why the gay and Transgender Population Experiences Higher Rates of Substance Abuse*. Center of American Progress. Recuperado desde: https://cdn.americanprogress.org/wp-content/uploads/issues/2012/03/pdf/lgbt_substance_abuse.pdf
- ²⁶Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 81*(3), 545-557. doi:10.1037/a0031774
- ²⁷Moody, C., & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior, 42*(5), 739-52.
- ²⁸Detrie, P. M., & Lease, S. H. (2007). The relation of social support, connectedness, and collective self-esteem to the psychological well-being of lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality, 53*(4), 173-199.
- ²⁹Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *Journal of Sex Research, 49*(1), 36-49.
- ³⁰Heath, M., & Mulligan, E. (2008). 'Shiny happy same-sex attracted woman seeking same': How communities contribute to bisexual and lesbian women's well-being. *Health Sociology Review, 17*(3), 290-302.
- ³¹Lambe, J., Cerezo, A., O'Shaughnessy, T. (2017). Minority stress, community involvement, and mental health among bisexual women. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. American Psychological Association.
- ³²Zimmerman, L., Darnell, D. A., Rhew, I. C., Lee, C. M., & Kaysen, D. (2015). Resilience in community: A social ecological development model for young adult sexual minority women. *American Journal of Community psychology, 55*(1-2), 179-190.
- ³³Kort, J. (2008). *Gay affirmative therapy for the straight clinicians*. Norton professional book, Norton & Company, Nueva York.
- ³⁴Ibid.
- ³⁵University of California San Francisco (2016). Personalized Cognitive Counseling: An adaptation for working with trans women. Center of Excellence for Transgender Health (CoE) and Center for AIDS Prevention Studies (CAPS).
- ³⁶Halkitis, P. N., Green, K. A., & Wilton, L. (2004). Masculinity, body image, and sexual behavior in HIV-seropositive gay men: A two-phase formative behavioral investigation using the Internet. *International Journal of Men's Health, 3*, 27-42.

- ³⁷ Kaminski, P. L., Chapman, B. P., Haynes, S. D., & Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors*, 6(3), 179-187.
- ³⁸ Kimmel, S. B., & Mahalik, J. R. (2005). Body image concerns of gay men: The roles of minority stress and conformity to masculine norms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1185-1190.
- ³⁹ Levesque, M. J., & Vichesky, D. R. (2006). Raising the bar on the body beautiful: An analysis of the body image concerns of homosexual men. *Body Image*, 3, 45-55
- ⁴⁰ Yelland, C., & Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, 4(2), 107-116.
- ⁴¹ Chittester, N. I., & Hausenblas, H. A. (2009). Correlates of drive for muscularity: The role of anthropometric measures and psychological factors. *Journal of Health Psychology*, 14, 872-877.
- ⁴² Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37, 243-253.
- ⁴³ Kozak, M., Frankenhauser, H., & Roberts, T. A. (2009). Objects of desire: Objectification as a function of male sexual orientation. *Psychology of Men & Masculinity*, 10, 225-230.
- ⁴⁴ Gettelman, T. E., & Thompson, J. K. (1993). Actual differences and stereotypical perceptions in body image and eating disturbance: A comparison of male and female heterosexual and homosexual samples. *Sex Roles*, 29, 545-562.
- ⁴⁵ Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2002). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, 89-123.
- ⁴⁶ Martins, Y., Tiggemann, M., & Kirkbride, A. (2007). Those speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 634-647.
- ⁴⁷ Morgan, J. F. (2008). *The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise and bigorexia*. East Sussex, England: Routledge
- ⁴⁸ Parent, M. C., & Moradi, B. (2011). His biceps become him: A test of objectification theory's application to drive for muscularity and propensity for steroid use in college men. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 246-256.
- ⁴⁹ Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., de Col, C., Jouvent, R., & Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- ⁵⁰ Wiseman, M. C., & Moradi, B. (2010). Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 154-166.
- ⁵¹ Yelland, C., & Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors*, 4(2), 107-116.
- ⁵² Brennan, D. J., Craig, S. L., & Thompson, D. E. A. (2012). Factors associated with a drive for muscularity among gay and bisexual men. *Culture, Health & Sexuality*, 14, 1-15.
- ⁵³ Sánchez, F. J., Westefeld, J. S., Liu, W. M., & Vilain, E. (2010). Masculine gender role conflict and negative feelings about being gay. *Professional Psychology, Research and Practice*, 41, 104-111.
- ⁵⁴ Levesque, M. J., & Vichesky, D. R. (2006). Raising the bar on the body beautiful: An analysis of the body image concerns of homosexual men. *Body Image*, 3, 45-55
- ⁵⁵ Tiggemann, M., Martins, Y., & Kirkbride, A. (2007). Oh to be lean and muscular: Body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8, 15-24.
- ⁵⁶ Schope, R. D. (2005). Who's afraid of growing old? Gay and lesbian perceptions of aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(4), 23-39.
- ⁵⁷ Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Brewin, N., Richards, C., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2015). Body Image Dissatisfaction and Eating-Related Psychopathology in Trans Individuals: A Matched Control Study. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 287-293.
- ⁵⁸ Riggle, E. D., Whitman, J. S., Olson, A., Rostosky, S. S., & Strong, S. (2008). The positive aspects of being a lesbian or gay man. *Professional psychology: Research and practice*, 39(2), 210.
- ⁵⁹ Goldberg, A. (2010). *Lesbian and Gay Parents and Their Children: Research on the Family Life Cycle*. American Psychological Press, Washington DC.