

Il ripostiglio nella mente. Omossessualità e psicoterapia

Alice Calonaci¹

¹Psicologa, Psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia Cognitiva, Grosseto

Riassunto

Il presente lavoro mira a sottolineare il tortuoso e complesso percorso identitario che la persona omosessuale si trova ad affrontare durante la propria vita: dallo stigma sociale all'omofobia interiorizzata, dal coming out interno a quello esterno.

Dopo un excursus storico sul concetto di omossessualità ed un inquadramento generale aggiornato sugli aspetti socio-legali, la ricerca esaminerà i risultati delle più recenti ricerche scientifiche sull'omossessualità e sull'omogenitorialità mettendo in evidenza le caratteristiche della psicoterapia con pazienti omosessuali, con particolare attenzione agli aspetti della fede religiosa, insieme alle peculiarità etiche e deontologiche.

Si porrà uno sguardo anche sugli studi di efficacia delle terapie riparative o di riconversione, data la loro crescente visibilità a livello mondiale.

Lo scopo ultimo del presente lavoro è quello di sensibilizzare psicologi, psicoterapeuti e tutte quelle persone che lavorano a contatto con la questione della (omo) sessualità umana (medici, infermieri, operatori sanitari, educatori): fornire spunti di riflessione sulla pratica clinica e sul rapporto con l'omossessualità, propria e altrui.

Summary

The main target of this task is to highlight the tortuous and complex identity journey that a homosexual person has to face during his/her life: from social stigma to internalized homophobia to inner and outer coming out.

After a historical excursus on the concept of homosexuality and a general grading, updated on the socio-legal aspect, research will examine the results of the most recent scientific studies on homosexuality and on LGB parenting, putting into evidence the features of psychotherapy in homosexual patients with particular attention to the Religious aspects together with ethical and deontological peculiarity.

Particular attention has been paid to the studies of the strength of reparative therapy and reconversion therapy given their world-wide exposure.

The last intent of this task is to raise awareness of psychologists, psychotherapists and all those who work in contact with the issue of (homo) human sexuality (doctors, nurses, health care, educators): to provide starting points on clinical practice and on the relationship of their own or other's homosexuality.

Introduzione

Il presente lavoro mira a sottolineare l'inesorabile e antitetico processo che la persona omosessuale si trova ad affrontare nel corso della propria vita. Prima ancora di mentire agli altri

deve farlo a sé stesso, prima ancora di costruire la propria identità deve negarsi. Anche “gli altri”, con modalità diverse, si muovono nella stessa direzione, categorizzando ed etichettando la sessualità. Ma l’ingranaggio, ben studiato e organizzato, prima o poi si rompe. Da un lato, si deve uscire dal guscio e rivelarsi, per entrare dentro sé stessi. Dall’altro, ci si deve svestire dei propri schemi, per ritrovarsi, guardando “[...] con occhi che vogliono vedere, che credono in quello che vedono” (Galileo Galilei, dal *web*).

L’obiettivo del presente lavoro è quello di dare un inquadramento generale, e certo non esaustivo, a tutti coloro, esperti e non, che desiderano avvicinarsi al complesso tema della (omo) sessualità umana, fornire spunti per comprendere che cosa sia l’identità sessuale e di come questa faccia inevitabilmente parte della nostra esistenza. Di come diventi oneroso, per la nostra mente e per il nostro corpo, nascondere ciò che siamo e che desideriamo.

La ricerca si pone come obiettivo anche quello di presentare i risultati delle più recenti ricerche scientifiche sull’omosessualità e sull’omogenitorialità, ribadendo le linee guida internazionali dell’American Psychological Association (APA), quelle dell’Ordine Nazionale degli Psicologi italiani e di altri enti che si occupano della salute mentale dei cittadini.

Non meno importante sarà delineare le caratteristiche della psicoterapia con pazienti omosessuali, insieme alle peculiarità degli aspetti etici e deontologici. Si farà cenno, inoltre, alla prospettiva delle terapie riparative o di riconversione, data la loro crescente visibilità a livello mondiale.

Lo scopo ultimo del presente lavoro è quello di sensibilizzare psicologi, psicoterapeuti e tutte quelle persone che lavorano a contatto con la questione della (omo) sessualità umana (medici, infermieri, operatori sanitari, educatori): fornire spunti di riflessione sulla pratica clinica e sul rapporto con l’omosessualità, propria e altrui. Infine, a tal proposito, si sottolineerà la necessità e l’urgenza che gli istituti universitari e post universitari prestino maggiore attenzione alla formazione dei propri studenti, che diverranno clinici e/o ricercatori.

L’identità sessuale

È fondamentale, allora, per tutti coloro che si occupano di sessualità ed effettuano ricerche in materia, saper distinguere le varie componenti dell’identità sessuale (dimensione imprescindibile della nostra soggettività) che non è data di per sé, bensì, è l’esito di un processo molto complesso che prevede l’interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, educativi e socioculturali. Per meglio comprendere che cosa sia l’identità sessuale è possibile aiutarci con alcune definizioni: sesso, identità di genere, ruolo di genere, espressione di genere e orientamento sessuale.

Il sesso si riferisce allo stato biologico di una persona che è classificato come maschio, femmina o intersessuale (cioè una combinazione atipica di caratteristiche che di solito distinguono il maschio dalla femmina). Ci sono una serie di indicatori di sesso biologico, tra cui cromosomi sessuali, gonadi, organi riproduttivi interni e genitali esterni (American Psychologist, 2012).

L'identità di genere si riferisce a "il proprio senso di sé come maschio, femmina o transgender" (American Psychologist, 2012).

I fattori biologici ed il contesto ambientale interagiscono tra i 18 mesi ed i 3 anni di vita nello sviluppare il "sesso psicologico" (Graglia, 2009). Quando la propria identità di genere ed il sesso biologico non sono congruenti, l'individuo può identificarsi come transessuale o in un'altra categoria di transgender (American Psychologist, 2012).

Il ruolo di genere è l'insieme di aspettative e ruoli su come gli uomini e le donne si debbano comportare in una data cultura e in un dato periodo storico ed è in base al sesso fenotipico che le figure di accudimento si relazioneranno con il bambino, che riceverà un orientamento comportamentale in senso maschile o femminile (Graglia, 2009).

L'espressione di genere si riferisce al "... modo in cui una persona agisce per comunicare il proprio genere all'interno di una determinata cultura, ad esempio, in termini di abbigliamento, di stili comunicativi e di interessi. L'espressione di genere di una persona può o non può essere coerente con i ruoli di genere socialmente prescritti, e potrebbe o non potrebbe riflettere l'identità di genere di un individuo" (American Psychologist, 2012).

L'orientamento sessuale si riferisce al sesso di coloro verso i quali si è sessualmente e sentimentalmente attratti. Le categorie di orientamento sessuale includono l'attrazione per i membri del proprio sesso (gay o lesbiche), l'attrazione per i membri del sesso opposto (eterosessuali), e l'attrazione per i membri di entrambi i sessi (bisessuali). Mentre queste categorie continuano ad essere ampiamente utilizzate, la ricerca suggerisce che l'orientamento sessuale non può essere sempre inserito in categorie definibili ma su un continuum (American Psychologist, 2012).

Le dimensioni dell'orientamento sessuale sono riconducibili al comportamento sessuale (con chi ho rapporti sessuali); all'attrazione erotica (chi desidero); alle fantasie sessuali (su chi fantastico), alla preferenza affettiva (di chi mi innamoro); all'autodefinizione (che nome mi dò, in quale comunità/gruppo mi riconosco) (Graglia, 2009).

Per comprendere maggiormente il concetto di orientamento sessuale è utile provare a predisporre sulle varie dimensioni appena elencate per osservare se le proprie preferenze vadano tutte nella stessa direzione o siano miste. È possibile farlo pensando anche ad eventuali differenze rispetto al proprio passato, presente e futuro (Graglia, 2009).

Questo potrebbe aiutare a “dis-orientarci”, entrando ancora più a fondo nella complessità dell’argomento.

A tale proposito è molto difficile fare una stima dell’orientamento omosessuale o delle persone LGB (Lesbiche, Gay, Bisessuali) perché le variabili da considerare sono numerose.

Innanzitutto il problema dello stigma sociale influenza la possibilità di svelamento del proprio orientamento sessuale. Inoltre la definizione di omosessuale assume un ruolo centrale: ad esempio di tutti coloro che provano attrazione per persone dello stesso sesso solo una minoranza avrà rapporti omosessuali nel corso della propria vita, e se si considerano coloro che hanno rapporti con persone dello stesso sesso, solo una parte si autodefinirà gay o lesbica (Graglia, 2009).

Infine la difficoltà nel reperire un campione casuale nelle ricerche, e non di convenienza, diventa un forte limite alla generalizzabilità dei risultati (Graglia, 2009).

Origini e sviluppi del concetto di omosessualità

Il diritto canonico e le norme giuridiche da sempre si sono occupate dei comportamenti non etero-orientati, e lo hanno fatto attraverso pene corporali come la bastonatura, il taglio degli arti in caso di recidiva, l’impiccagione, il rogo (Graglia, 2009). Ma è solo nel 1869 che il termine “omosessuale” viene coniato dallo scrittore ungherese Karoly Maria Kertbeny al fine di contrastare l’introduzione di una legge prussiana che puniva gli atti tra persone di sesso maschile (Lingiardi, 2007). Anche la parola “eterosessuale” fu introdotta nel 1868, con l’edizione del “Nuovo dizionario internazionale Merriam-Webster” per indicare una passione sessuale e morbosa rivolta ad una persona del sesso opposto (Lingiardi, 2007). Tale definizione però si modificherà nella Seconda Edizione del 1934, diventando “manifestazione di passione sessuale per una persona del sesso opposto; sessualità normale” (è possibile reperire il materiale sul sito internet <http://www.outhistory.org>).

La sessualità, dunque, viene ufficialmente divisa in due categorie, una normale e l’altra deviata e patologica: tale visione è stata oltremodo influenzata dall’accanimento della psicologia clinica e della psichiatria, che nel tentativo di curare l’omosessualità, ha contribuito allo stigma e alla discriminazione delle persone LGB.

Fino alla metà del ‘900, infatti, per curare gli omosessuali venivano effettuate pratiche terapeutiche raccapriccianti che miravano all’asessualizzazione o alla riconversione all’eterosessualità, attraverso interventi chirurgici di asportazione dei genitali esterni e interni, attraverso terapie ormonali, somministrazione di LSD, elettroshock, terapie aversive (Graglia,

2009) fino ad arrivare, come annota Falco (1991) alla lobotomia (l'ultimo caso sembra risalire al 1951, in USA).

Pertanto l'omosessuale diviene un soggetto psicologico, con una vita passata carica di esperienze "deviate", i cui comportamenti non devono essere solo puniti a livello giuridico, ma curati (Lingiardi, 2007).

La posizione dello stesso Freud risulterà ambivalente, sosterrà infatti l'omosessualità come fissazione nello sviluppo psicosessuale, patologizzandola, ma sottolineerà anche che l'eterosessualità si fonda su una limitazione nella scelta dell'oggetto e che "l'impresa di trasformare un omosessuale pienamente sviluppato in un eterosessuale non offre prospettive di successo migliori dell'impresa opposta" (Appignanesi & Forrester, 2007).

Bisognerà attendere il 1973, anno che, almeno in maniera ufficiale, sancisce la depatologizzazione dell'omosessualità: il consiglio dell'American Psychiatric Association, con un referendum, depenna l'omosessualità dal novero dei disturbi mentali, con 13 voti a favore e due astenuti (Rigliano, Ciliberto & Ferrari, 2012).

Negli anni '70 infatti erano sempre più le evidenze scientifiche a favore dell'omosessualità come costruzione mentale e relazionale affettiva alla stessa stregua dell'eterosessualità (Rigliano & Graglia, 2006; Blackwell, 2008).

In tal senso, numerose ricerche danno il loro contributo: come quella di Kinsey e collaboratori che negli anni '50 ipotizzano che omosessualità ed eterosessualità non siano categorie antitetiche bensì due dimensioni che si esprimono su un continuum a sei gradazioni¹; dagli studi di Masters e Johnson (1980) si evince che omosessualità ed eterosessualità funzionano nella stessa maniera; gli studi comparativi e cross-culturali mettono in evidenza la presenza e la normalità statistica dell'omosessualità in molte culture; i *gender studies* sottolineano come i ruoli di genere sono assegnati in base a caratteristiche fisiche e biologiche o a definizioni stereotipate del maschile e del femminile, in funzione delle differenti prospettive socio-politiche-culturali (Graglia, 2009).

Nel 1972 Weinberg pubblica il fortunato libro "Society and the healthy homosexual" in cui introduce il concetto di omofobia, destinato ad avere una grande influenza nel dibattito degli anni avvenire.

Nel 1975 anche l'American Psychological Association (APA) si appella agli psicologi affinché cerchino di rimuovere lo stigma dell'omosessualità come malattia mentale (American Psychological

¹ 0-eterosessualità esclusiva; 1-eterosessualità prevalente e un'omosessualità incidentale; 2-eterosessualità prevalente con un'omosessualità più che incidentale; 3-eterosessualità e omosessualità in egual misura; 4-omosessualità prevalente con un'eterosessualità più che incidentale; 5-omosessualità prevalente e un'eterosessualità incidentale; 6-omosessualità esclusiva; X-rappresenta gli individui che non rispondono né a stimoli eterosessuali né a quelli omosessuali.

Association, 2008).

Quasi due decenni più tardi, il 17 maggio del 1990, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) elimina l'omosessualità dall'International Classification of Disease (ICD).

Nel 2005 l'American Psychiatric Association (APA) approva un documento per il sostegno al riconoscimento legale del matrimonio civile delle coppie omosessuali.

Il 18 gennaio del 2006 ed il 26 aprile 2007 il Parlamento Europeo effettua una prima ed una seconda risoluzione per combattere l'omofobia in Europa e per assicurare uguali diritti alle persone, alle coppie e alle famiglie LGB.

Nel corso degli anni nascono molte associazioni a favore della popolazione LGB per combattere il razzismo, l'omofobia (concetto che sarà trattato ampiamente in seguito) e per ottenere pari diritti a livello sociale e lavorativo.

Oggi in molti paesi quali Belgio, Canada, Olanda, Spagna, Sudafrica e nello stato Usa del Massachussets sono celebrati matrimoni omosessuali. Sono possibili varie forme di unione civile in gran parte dell'Europa, in Australia, in alcuni paesi latino americani come Argentina, Colombia, Messico e Brasile. In Italia, alcuni comuni hanno istituito un registro delle unioni civili, che ha prettamente un valore simbolico, ma fornisce un riconoscimento alle coppie di fatto.

Per quanto riguarda l'adozione di un bambino da parte di coppie omosessuali, in Europa la pratica è legale in Spagna, Svezia, Belgio, Olanda e Regno Unito. In Germania, Norvegia, Danimarca, Finlandia è consentita la cosiddetta *stepchild-adoption*: in un'unione civile uno dei due partner può adottare i figli avuti dall'altro o adottati dall'altro in un rapporto precedente. In Canada l'adozione è legale dal 2005, in Australia è possibile solo nell'Australian Capital Territory ed in Australia occidentale, ma nel resto del paese la materia è controversa. Dal 2010 in Islanda è possibile sposarsi ed adottare figli, ed ugualmente in Israele (unica eccezione in tutto il Medio Oriente). Negli Stati Uniti la legge varia da stato a stato: California, Massachusetts, New Jersey, Ohio e Washington riconoscono il diritto già da alcuni anni. In Nebraska, Arkansas, Utah e Mississippi la legge lo proibisce (Paci, 2012).

La letteratura scientifica e molte associazioni tra cui l'American Psychological Association (APA), l'American Psychiatric Association (APA), l'American Academy of Pediatric (AAP) e l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatric (AACAP) hanno riconosciuto le famiglie gay e lesbiche al pari delle famiglie etero.

L'American Psychological Association (APA) dichiara: "Le persone gay, lesbiche e bisessuali instaurano relazioni impegnate e costruiscono famiglie equivalenti, negli aspetti principali, a relazioni e famiglie eterosessuali." (American Psychologist, 2012).

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2011) dichiara: "La base su cui devono reggersi tutte le decisioni in tema di custodia dei figli e diritti dei genitori è il migliore interesse del bambino. Storicamente le persone lesbiche, gay e bisessuali hanno affrontato esami più severi degli eterosessuali per quanto riguarda il loro diritto a essere o diventare genitori. Non ci sono prove a sostegno della tesi per cui genitori con orientamento omo o bisessuale siano di per sé diversi o carenti nella capacità di essere genitori, di saper cogliere i problemi dell'infanzia e di sviluppare attaccamenti genitore figlio, a confronto di genitori con orientamento eterosessuale. Da tempo è stato stabilito che l'orientamento omosessuale non è in alcun modo correlato a una patologia, e non ci sono basi su cui presumere che l'orientamento omosessuale di un genitore possa aumentare la probabilità o indurre un orientamento omosessuale nel figlio. Studi sugli esiti educativi di figli cresciuti da genitori omo o bisessuali, messi a confronto con genitori eterosessuali, non depongono per un maggior grado di instabilità nella relazione genitori-figli o disturbi evolutivi nei figli. L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry si oppone ad ogni tipo di discriminazione basata sull'orientamento sessuale per quanto concerne i diritti degli individui come genitori adottivi o affidatari".

Di pari passo con le ricerche scientifiche e con la nascita delle associazioni, per la difesa dei diritti della popolazione LGB, nasce negli Stati Uniti, intorno agli anni '90, il National Association for Research & Therapy of Homosexuality (NARTH).

I fondatori, Charles Socarides, Benjamin Kaufman e Joseph Nicolosi, promuovono le terapie chiamate "riparative" o di "conversione" o di "riorientamento" che vedono l'omosessualità come "il sintomo di un problema emotivo" e conseguenza di "bisogni emotivi insoddisfatti dall'infanzia, specialmente nella relazione con il genitore dello stesso sesso" e poi ancora: "Quando parliamo di legge naturale, e della funzione del corpo umano...quando guardiamo alla funzione del corpo umano, l'omosessualità non è normale, è un sintomo di qualche disordine" (Marchesini, 2004, p. 830-832).

Dunque, il focolaio che aveva una visione dell'omosessualità come disturbo mentale in realtà non si è mai spento, era rimasto ai margini della scienza, delle teorie e della ricerca, per poi riprendere vigore.

Le maggiori critiche alle terapie riparative derivano dal fatto che la loro matrice è riconducibile ad una precisa impostazione politica, religiosa e fondamentalista, dunque basate su premesse ideologico-religiose e non clinico-scientifiche (Rigliano et al., 2012; Graglia, 2009; Lingiardi, 2007).

Omofobia e minority stress

L'omofobia è l'avversione, la svalutazione e il disagio nei confronti delle persone omosessuali e dell'omosessualità stessa.

L'omofobia utilizza slang e linguaggi offensivi per indicare persone LGB, sintomo questo, di un sistema di credenze e stereotipi "che mantiene giustificabile e plausibile la discriminazione sulla base dell'orientamento sessuale" (Lingiardi, 2007, p. 127).

Lehne (1976) definisce l'omofobia come una paura irrazionale o come una intolleranza verso l'omosessualità, inoltre suggerisce che l'omofobia sia un pregiudizio socialmente determinato e non una fobia riconosciuta a livello medico-psicologico.

Tuttavia Shields & Harriman (1984) definiscono l'omofobia come una paura vera e propria, accompagnata da reazioni fisiologiche. In realtà i criteri necessari per effettuare una diagnosi prevedono la consapevolezza che la paura sia eccessiva, irrazionale, inadeguata rispetto alla circostanza ed il conseguente desiderio di liberarsene.

Nel caso dell'omofobia però nessuno dei criteri sembra essere soddisfatto perché l'omofobo ritiene "normale" e giustificato il suo atteggiamento nei confronti di persone LGB, inoltre l'omofobia non compromette il funzionamento sociale del soggetto che non vive con disagio la propria omofobia né sente il bisogno di allontanarla (Lingiardi, 2007).

Da evidenziare che se la fobia spesso è accompagnata dall'evitamento, il soggetto omofobo può alternare evitamento a deliberata aggressività nei confronti di persone LGB.

Secondo Szymanski (2004) inoltre, gli atteggiamenti negativi contro persone LGB non sono necessariamente irrazionali o il riflesso di una paura, ma possono essere delle scelte intenzionali contro la minaccia percepita dal gruppo dominante, o comunque finalizzata ad imporre valori culturali e religiosi.

Secondo Herek (1988) gli atteggiamenti verso la sessualità e l'orientamento sessuale vengono appresi e sono un costrutto sociale. Nel suo studio evidenzia, inoltre, come le variabili demografiche, sociali e psicologiche associate ad un atteggiamento omonegativo sono: l'età avanzata; scarsi contatti e/o conoscenze di persone omosessuali; l'atteggiamento conservatore rispetto ai ruoli di genere e un forte indottrinamento religioso.

Ahmad & Bhugra (2010) sottolineano come gli atteggiamenti intolleranti siano prevalentemente verso omosessuali maschi, forse a causa di una minore visibilità sociale politica e culturale da parte delle donne e a causa di una maggiore militanza del sesso maschile nelle varie aggregazioni a difesa dei diritti gay.

È da sottolineare comunque che in alcune zone dell'Europa, e non solo, gli ultimi dieci anni

sono stati molto importanti nella lotta contro la discriminazione degli omosessuali.

A livello giuridico si è fatto molto per eguagliare i diritti individuali e delle famiglie gay e lesbiche avendo come conseguenza una riduzione dell'atteggiamento di ostilità nei confronti delle persone omosessuali (Ahmad & Bhugra, 2010).

Si è notato però che grande parte nel processo di “de-patologizzazione sociale dell'omosessualità” è stato possibile grazie alla pubblicità e ai mezzi di comunicazione (Ahmad & Bhugra, 2010).

In Gran Bretagna ad esempio, i media hanno svolto un ruolo fondamentale nel plasmare gli atteggiamenti verso l'omosessualità soprattutto attraverso la semplice “visibilità” (si pensi anche ad alcune trasmissioni televisive in Italia): si è notato che la partecipazione e la vincita nel programma “Big Brothers” di alcuni omosessuali ha modificato il modo di pensare alle persone e alle coppie omosessuali (Ahmad & Bhugra, 2010).

Dunque è possibile sostenere che una maggiore visibilità, nuove leggi a favore di coppie gay e lesbiche, le dichiarazioni di molte associazioni medico-psicologiche, i gruppi di attivisti ed i cambiamenti culturali, abbiano portato ad una visione nuova del ruolo di genere, per così dire più interscambiabile, e abbiano contribuito ad un cambiamento della percezione dell'omosessualità nella società.

Nel 1979 Dressler stilò alcune idee comuni che la popolazione aveva nei confronti degli omosessuali (che rappresentavano l'atteggiamento omofobico) come ad esempio: “l'omosessualità è una malattia”; “l'omosessualità è più frequente nelle professioni dedite all'arte e all'assistenza di altre persone”; “gli omosessuali sono travestiti”; “i gay e le lesbiche sono inaffidabili”; “tutti gli omosessuali sono effeminati e le lesbiche maschiline”; “la legalizzazione dell'omosessualità contribuirà ad aumentare la popolazione gay e lesbica” ecc.

Nel 2010, a distanza di 20 anni, Ahmad & Bhugra (2010) propongono un nuovo elenco di assunzioni riguardo all'omosessualità, modificatesi, e originatesi da una società occidentalizzata in cui la percezione è che le persone omosessuali abbiano un forte peso nell'ambito del potere finanziario, dei mass media e non solo: “gli omosessuali hanno una profonda conoscenza e apertura in tema sessuale”; “gli omosessuali, in particolare i maschi, sono sessualmente molto attivi e si godono una sessualità più felice rispetto alla controparte eterosessuale”; “gli omosessuali guadagnano meglio degli eterosessuali ed hanno più reddito disponibile”; “è preferibile per le donne eterosessuali avere un amico gay con cui parlare perché meglio di chiunque altro”; “gli uomini gay sono sempre ben vestiti e curati fin troppo nell'aspetto fisico”; “gli uomini gay sono divertenti e allegri” ecc.

Il rischio prospettato da tali assunzioni è che la parvenza di integrazione sopra citata, favorisca ancora di più ed in maniera pericolosa la credenza che gli omosessuali siano tutti uguali (Bhugra, 2010) alimentando di riflesso una scarsa e superficiale comprensione del mondo e dell'esistenza omosessuale. Inoltre tali atteggiamenti possono incrementare la spinta a contrastare le persone LGB perché potenzialmente potrebbero acquisire posizioni di rilievo nel panorama politico, artistico e socio-culturale (Bhugra, 2010).

A tale proposito, secondo Blumenfeld (1992), è possibile suddividere l'omofobia in quattro categorie: personale, interpersonale, istituzionale e sociale. La prima riguarda i pregiudizi individuali nei confronti di gay e lesbiche; la seconda si riferisce ai comportamenti che una persona mette in atto, conseguentemente ai propri pregiudizi; la terza è quella istituzionale e comprende le politiche discriminatorie di governo, aziende, organizzazioni religiose e professionali; la quarta si esprime attraverso gli stereotipi su gay e lesbiche e la relativa esclusione sociale.

Nel 1998 Raja e Stokes costruiscono una scala per misurare il grado di omofobia che comprende tre dimensioni: devianza (cioè quanto l'intervistato considera l'omosessualità maschile e femminile una patologia), socializzazione (cioè il disagio personale nei confronti di gay e lesbiche), diritti (cioè quali sono le opinioni dell'intervistato circa la discriminazione istituzionale nei confronti di persone omosessuali). Tali categorizzazioni prendono dunque in considerazione non solo l'aspetto psicologico ma anche quello sociale, culturale, legale e politico, ecco perché il termine omofobia, prettamente psicologico, sta lasciando spazio al concetto multidimensionale di omonegatività. L'omonegatività, dunque, secondo Herek (1992) sembra essere figlia di una cultura eterosessista il cui sistema ideologico "denigra e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità, relazione o comunità non eterosessuale" (Lingiardi, 2007, p. 47).

La persona omosessuale è sottoposta, durante la propria esistenza, ad uno stress continuativo, incessante, invadente, pervasivo e tutto ciò è la conseguenza di ambienti ostili, indifferenti, di stigmatizzazioni e di casi di aggressività e violenza (Lingiardi, 2007).

Tale fenomeno va sotto il nome di *minority stress*. A differenza del *minority stress* nelle minoranze razziali in cui non vi sono differenze a livello di salute mentale nel confronto con la popolazione dominante, quello omofobico ha delle peculiarità: negli omosessuali si rileva una quota maggiore di difficoltà psicologiche rispetto alla maggioranza eterosessuale, non attribuibili all'orientamento sessuale ma all'atteggiamento omofobico. Da sottolineare che appartenere ad una minoranza in un gruppo dominante vuol dire essere cresciuti prima nella cultura minoritaria da cui aver ricevuto sostegno, accettazione e senso di orgoglio, e solo successivamente essere magari escluso o discriminato per le proprie "caratteristiche" dal gruppo maggioritario.

Le persone omosessuali sperimentano (nella migliore delle ipotesi) il processo opposto caratterizzato da solitudine e discriminazione che solo in un secondo momento lasciano spazio a supporto e solidarietà.

Si pensi, inoltre, all'enorme difficoltà di tutte quelle persone che fanno parte di due minoranze come ad esempio essere neri e gay o lesbica in un paese di bianchi, per la maggior parte eterosessuali o omofobici, o essere gay o lesbica e disabile.

Secondo Meyer (1995) il *minority stress* consta di tre dimensioni: l'omofobia interiorizzata, cioè l'atteggiamento ambivalente e conflittuale che la persona omosessuale ha nei confronti dei propri desideri, fantasie e orientamento sessuale; lo stigma percepito: se l'ostilità percepita è maggiore il soggetto adotterà strategie atte a evitare di esplicitare il proprio orientamento sessuale, aumentando il livello di vigilanza e la paura di essere "riconosciuto" come gay o lesbica; le esperienze vissute di discriminazione e violenza.

Vari studi indicano che il *minority stress* sembra avere una correlazione significativa con sintomi depressivi, senso di colpa, problemi sessuali, pensieri di morte e tentativi di suicidio, aumentando in maniera esponenziale il rischio di danno psicologico nelle persone omosessuali (Graglia, 2009; Rigliano & Graglia, 2006; Rigliano, Ciliberto & Ferrari, 2012).

L'esistenza omosessuale: l'influenza dell'omofobia interiorizzata sulla formazione dell'identità sessuale e sulla salute mentale

Molto spesso l'orientamento omosessuale è ridotto ad una sola questione, quella sessuale, infatti è possibile ascoltare persone che si meravigliano se qualcuno dice loro che è omosessuale reagendo così: "Io non vado a dire in giro chi mi piace o con chi ho rapporti, perché loro debbono farlo?".

A tal proposito sarebbe opportuno considerare che l'esperienza di vita di una persona LGB è totalmente diversa da quella di una persona eterosessuale, e che esprimere il proprio orientamento sessuale significa sapersi e volersi raccontare, segno del sano funzionamento psicologico e sociale di ogni individuo (Graglia, 2009).

Essere omosessuali vuol dire essere considerati colpevoli, spesso anche dai propri genitori, vuol dire non essere previsti, non essere immaginati, desiderati, nemmeno da sé stessi; essere omosessuali vuol dire nascere in una famiglia che nella migliore delle ipotesi ama il figlio malgrado questo "difetto di fabbricazione" (Rigliano, Ciliberto & Ferrari, 2012, p. 12).

Nascere omosessuali significa colpevolizzarsi per un progetto di vita che i genitori avevano pensato ma che non si realizzerà: il figlio o la figlia non si sposeranno mai (almeno in Italia), non avranno mai bambini almeno secondo le consuetudini (Rigliano et al., 2012).

Essere omosessuali spesso significa avere una doppia vita o perlomeno averci provato, vuol dire condividere quei valori e quei sistemi di giudizio su cui è costruito il disprezzo verso sé stessi, spesso vuol dire non avere confidenti soprattutto durante infanzia e adolescenza, vuol dire sentirsi soli, emarginati e vergognarsi di sé, ma soprattutto vuol dire nascondere parte della propria identità al mondo e a sé stessi, al fine di potersi amalgamare alla massa, ai “normali”, attraverso l’ (auto) inganno (Rigliano et al., 2012).

Si pensi alla ripercussione che tutto questo sentire, tutti questi sforzi hanno e avranno sugli (anti) scopi di vita (ad esempio: “Devo evitare che gli altri scoprano la mia omosessualità”), sulle strutture emotive, sull’autopercezione, sull’autoconsapevolezza di sé e sulla propria identità ² (Rigliano et al. 2012).

Si pensi all’influenza di tutto ciò sulla crescita di un bambino e di un adolescente, alla prese con la costruzione della propria identità.

È necessario sottolineare che in base ai dati riportati nel 2005 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (reperibili sul sito internet <http://www.who.int/en/>), almeno un terzo dei suicidi di adolescenti in Italia è legato alla scoperta della propria omosessualità.

Anche l’American Pediatric Academy cita l’orientamento sessuale come un fattore di rischio per i tentati suicidi (il materiale è consultabile sul sito internet www.aap.org).

Nel 2008, inoltre, il Social Health and Family Affaire Committee della Comunità Europea ha evidenziato come la stigmatizzazione e la discriminazione dell’orientamento sessuale negli adolescenti porti ad un maggior grado di rischio per la salute mentale nella popolazione LGB (Marquet, 2008). Inoltre molte ricerche evidenziano come atti di bullismo in fase adolescenziale siano fortemente correlati con l’omofobia (Lingiardi, 2009).

Dunque come si può evincere da quanto emerso, il processo di formazione dell’identità omosessuale per individui LGB ha caratteristiche del tutto peculiari rispetto a quello delle persone eterosessuali. A supporto di tale questione vari autori hanno costruito modelli teorici per spiegare gli stadi che una persona omosessuale può attraversare nel corso della sua vita prima di giungere all’integrazione della propria identità sessuale.

Le fasi del processo sembrano prevedere differenti gradi di consapevolezza, di esplorazione, fino a giungere all’integrazione dell’identità sessuale (Montano, 2007).

Già prima della pubertà il ragazzo o la ragazza si accorgono del proprio orientamento sessuale e di conseguenza della propria diversità (Montano, 2007). Appare evidente, quindi, una sfasatura

² Identità: “Sentimento individuale della propria continuità storica e personale come unità vivente distinguibile dalle altre” (Lingiardi, 2007, p. 125).

temporale tra la scoperta di essere gay o lesbica e la sua accettazione come parte sana e integrante della propria identità (Montano, 2007).

Il processo di formazione e di affermazione dell'identità omosessuale prevede infatti alcune fasi come confusione, disperazione, scarsa accettazione di sé, bassa autostima, fino ad arrivare ad una progressiva accettazione dell'etichetta di omosessuale per autodefinirsi; si passa poi allo sviluppo di un atteggiamento positivo verso tale identità che porta ad un aumento dei contatti personali e sociali con altri omosessuali; emerge, dunque, un crescente desiderio di svelare agli altri (familiari, amici, colleghi) il proprio orientamento sessuale, fino ad arrivare alla sintesi dell'identità omosessuale e dei comportamenti omosessuali come parte integrante del più generale concetto di sé; infine vi è la possibilità di un inserimento attivo nella comunità omosessuale e l'adozione di atteggiamenti e comportamenti sociali e politici peculiari dell'identità gay e lesbica (Montano, 2007).

Anche il processo di *coming out* interiore ci viene in aiuto per spiegare tale laborioso percorso individuale, che può appunto, sfociare nel *coming out* esterno.

Con il termine anglosassone *coming out* letteralmente "venire fuori" (ormai entrato nell'uso comune anche nella lingua italiana), si intende quel processo che porta una persona a riconoscersi come omosessuale, accettarsi in quanto tale (*coming out* interno) e dichiararsi agli altri nei termini di un'identità strutturata (*coming out* esterno), secondo i propri desideri ed il proprio orientamento sessuale. Non a caso la vera origine del termine deriva dall'espressione inglese *to come out of the closet* che significa "venir fuori/uscire dal ripostiglio", indicando un momento di rottura rispetto ad una condizione di segretezza e di costrizione.

È vero anche che il *coming out*³ può assumere un significato diverso in base all'età, al momento di vita e all'interpretazione che varie associazioni gay e lesbiche possono darne. Spesso comunque si lega al concetto di autostima, di autoaffermazione di sé, delle proprie esperienze, dei propri pensieri ed emozioni, il cui obiettivo è la dichiarazione pubblica della propria identità. Dunque il *coming out* esterno sottolinea non solo l'accettazione della propria identità in quanto omosessuale, ma soprattutto in quanto attore sociale e/o politico.

È necessario sottolineare che il processo fin qui descritto è auspicabile e desiderabile ma non scontato, infatti sempre più clienti gay e lesbiche si rivolgono a psicoterapeuti per un supporto professionale (Montano, 2007).

³ Da non confondere con il termine *outing* che impropriamente, almeno in Italia, viene spesso utilizzato come sinonimo; in realtà l'*outing* si ha quando la dichiarazione pubblica della propria omosessualità è dipesa da altri senza il consenso dell'interessato: in genere violenta e pubblicizzata dai media, spesso a carico di personaggi famosi.

Non sarà difficile comprendere che persone omosessuali, cresciute in una società dove la cultura dominante è eterosessista, eterocentrista, eteronormativa, avranno provato sentimenti negativi verso sé stessi una volta riconosciuta la propria identità sessuale.

Si pensi alla difficoltà nel fronteggiare e gestire efficacemente lo stigma sociale ma anche quello familiare. Attraverso emozioni come il disgusto, la vergogna e il senso di colpa verso la propria e altrui omosessualità, l'individuo si struttura.

Si consideri, pertanto, il peso di tutto ciò nella formazione dell'identità sessuale e di come diventi logorante la convivenza di una parte di sé che deve essere nascosta e dell'altra che vuole svelarsi. Si aggiunga poi, il senso di inferiorità, la scarsa accettazione di sé e l'identificazione con stereotipi denigratori (Lingiardi, 2007).

È così, dunque, che l'atteggiamento omonegativo abita la persona omosessuale, è così che si annida e si radica l'omofobia interiorizzata.

Malyon (1982) sottolinea come la psicologia affermativa consideri l'omofobia come la principale variabile patologica nell'insorgenza di condizioni sintomatologiche nelle persone omosessuali.

Le ricerche ci indicano che omosessuali che si fanno passare per etero e che vivono isolati dalle comunità gay o lesbiche, hanno maggiori possibilità di sviluppare disagio psicologico, rispetto a coloro che hanno dichiarato la propria omosessualità (Montano, 2007).

Nello studio di Bell e Weinberg (1978) furono presi in considerazione più di 1000 gay e lesbiche nell'area della Baia di San Francisco, e si osservò che sia bianchi che neri riportavano "un po' di senso di colpa" per le loro attività sessuali con persone dello stesso sesso e che un quarto di loro ritenevano l'omosessualità un "disturbo emotivo".

I dati empirici suggeriscono che le persone omosessuali nella loro vita subiscono maggiori attacchi rispetto alla controparte etero, che variano dall'offesa verbale all'aggressione fisica. Nell'indagine di D'Augelli & Grossman (2001), sulla vittimizzazione nella popolazione gay e lesbica, emerse che i due terzi dei soggetti che avevano subito molestie fisiche nel corso della loro vita riportavano un maggiore isolamento, peggiori condizioni di salute mentale e più frequenti tentativi di suicidio.

Le variabili correlate in modo significativo con tutti i comportamenti a rischio suicidario sembrano essere: la precoce consapevolezza del proprio orientamento sessuale; la decisione di non rivelarlo a nessuno; la mancanza di una rete di supporto durante il *coming out*; il conflitto intrapsichico rispetto al proprio orientamento sessuale; una forte discrepanza rispetto al ruolo di

genere; l'atteggiamento dei genitori mirato a scoraggiare i comportamenti atipici di genere (Graglia, 2009).

Inoltre, passando in rassegna la letteratura scientifica internazionale si può osservare come vi sia un maggior consumo di alcol e sostanze psicotrope da parte della popolazione LGB⁴ rispetto a quella etero. E anche se le motivazioni del consumo di alcol e droghe sono varie e individuali, la popolazione LGB sembra condividerne alcune, ad esempio utilizzando le sostanze come strategie di coping per gestire le relazioni sociali, la propria emotività, la discriminazione sociale (Graglia, 2009).

Attraverso queste sostanze le emozioni spiacevoli, associate ai propri sentimenti o impulsi sessuali, si riducono affievolendo le percezioni negative di sé.

Inoltre un aspetto fondamentale da sottolineare è che per una parte della popolazione LGB avere un rapporto omosessuale da sobri è inaccettabile e l'alcol, aiutando il processo di disinibizione sessuale, favorisce rapporti non protetti con persone del proprio sesso, diventando pericoloso rispetto alla minaccia dell'HIV e/o di altre malattie sessualmente trasmissibili (Graglia, 2009).

Famiglie omosessuali e omogenitorialità

A fronte dalla panoramica generale sulle tematiche dell'omosessualità, appare opportuno dedicare uno spazio alla questione, tanto dibattuta, delle famiglie omosessuali. L'accostamento dei termini famiglia e omosessualità suscita scalpore e perplessità sia a livello sociale che in alcune parti della comunità scientifica, ma ormai il processo di trasformazione della famiglia e del suo concetto sembra essere irreversibile (Fruggeri & Chiari, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Nel 1994 infatti è lo stesso Parlamento Europeo che invita gli stati membri a riconoscere le coppie e le famiglie omosessuali in termini legali, fiscali, di matrimonio e di adozione.

Una vasta gamma di studi indica che siano più le somiglianze che le differenze nelle relazioni etero e omo e che queste ultime siano sane e funzionali al pari delle altre (American Psychologist, 2012). Sembra che la peculiarità nel rapporto di coppia gay o lesbico si evidenzi nella gestione della quotidianità in cui i ruoli di genere, culturalmente imposti, sono sovrverchiati a favore di un rapporto più equilibrato, paritario e simmetrico (Fruggeri & Chiari, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Le ricerche degli ultimi decenni sulle psicoterapie di coppia gay o lesbiche, hanno sottolineato come le problematiche riportate siano le stesse di una coppia eterosessuale.

⁴ Per un approfondimento della questione sulla popolazione italiana di LGB, si veda la ricerca "MODI DI" del 2005, finanziata dall'Istituto Superiore di Sanità su: stato di salute, uso di sostanze, comportamenti sessuali, fattori di rischio e di protezione, modalità di accesso alle risorse di prevenzione e benessere (i dati della ricerca sono consultabili sul sito internet <http://www.arcigay.it/18528/tutti-i-risultati-della-ricerca-nazionale-modidi/>).

È importante sottolineare, a tale proposito, che nelle terapie con coppie omosessuali si debba adeguatamente considerare se il motivo della richiesta di aiuto riguardi il significato di essere gay o lesbica, in un contesto di ostilità e discriminazione sociale (Fruggeri & Chiari, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006). Pertanto, una delle tappe fondamentali, indipendentemente dall'approccio terapeutico, sarà esplorare e valutare insieme ai pazienti i loro pregiudizi e l'omofobia interiorizzata favorendo un coping attivo, insieme alla capacità di gestire lo stigma sociale (Fruggeri & Chiari, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Il lavoro del terapeuta, così, dovrà considerare lo *stress* esterno alla coppia come l'omofobia e l'eterosessismo, l'eventuale mancanza di sostegno sociale e/o familiare ma anche le credenze interne individuali, che necessariamente si riflettono sulla coppia: come ad esempio pensare che l'amore omosessuale sia qualcosa di sbagliato, di cui vergognarsi e per cui diventi difficile o non valga la pena viverlo, con pesanti ripercussioni sulla sfera emotiva e sessuale (Fruggeri & Chiari, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Rispetto alla genitorialità il discorso è analogo nel senso che se la credenza di una coppia o di una persona omosessuale è che un bambino non possa crescere in modo sano e sicuro con due genitori dello stesso sesso, si avranno ripercussioni nel modo di percepirsi padri o madri, favorendo sentimenti di inadeguatezza rispetto al ruolo genitoriale ed alla progettualità di coppia (Fruggeri & Chiari, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Un'altra problematica che le famiglie omogenitoriali devono affrontare riguarda il senso di impotenza, la tristezza e la colpevolizzazione quando il figlio è oggetto di discriminazione. Esse sentendosi la causa della sofferenza del bambino spesso gestiscono la situazione problematica attraverso l'iperprotezione, che ha come conseguenza l'isolamento sociale, ostacolando la crescita dei figli (Fruggeri & Chiari, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006). Per questo è indicato in tali casi un percorso psicoterapico che miri al sostegno genitoriale.

Anche l'American Psychological Association (APA) ha evidenziato: "Linea Guida 8. Gli psicologi si adoperano per comprendere le esperienze e le sfide affrontate da genitori lesbiche, gay e bisessuali" (American Psychologist, 2012).

Nella linea guida 9, inoltre, si recita: "Gli psicologi riconoscono che le famiglie delle persone LGBT includono componenti non legalmente o biologicamente uniti da vincoli parentali". Sarà fondamentale dunque approfondire gli aspetti psicologici ed i risvolti sociali che tali aspetti assumono per la persona (American Psychologist, 2012).

Riguardo a ciò anche l'American Psychiatric Association (APA), l'American Academy of Pediatrics (AAP) e l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) hanno dato

il loro contributo in questo senso, dichiarando apertamente la propria posizione a sostegno delle famiglie omosessuali (si veda il paragrafo “Origini e sviluppi del concetto di omosessualità”).

Infine, è opportuno sottolineare che le evidenze empiriche indicano l’orientamento sessuale dei genitori come non influente su quello dei figli, infatti la maggior parte delle persone LGB cresce in famiglie eterosessuali e la maggior parte dei bambini cresciuti in famiglie omogenitoriali è eterosessuale (Graglia, 2009).

La prospettiva cognitiva

Secondo l’ottica cognitivista l’omosessualità è una variante normale della sessualità e non rappresenta assolutamente una patologia. L’orientamento sessuale del paziente verrà posto al centro della terapia solo se le sue credenze a riguardo saranno connotate negativamente.

Dunque nel caso di un orientamento sessuale egodistonico l’ottica cognitivista porrà la sua attenzione sulla sofferenza e sul disagio che provoca nel paziente, dedicando tempo e spazio ad indagare quali siano le credenze negative e le convinzioni disfunzionali che compromettono il benessere psicologico della persona, si cercherà di esplorarle ampiamente, modificarle e aggiungerne nuove, in modo da costruire/rinforzare una visione positiva di sé (Liotti & Tombolini, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Durante la fase di assessment sarà compito del terapeuta capire in cosa consiste esattamente il disagio del paziente, qual è il vero problema e la sua intensità. Si dovrà indagare quali siano gli stati mentali ed emotivi, quali gli scopi o gli anti-scopi che regolano la sofferenza della persona.

Sarà premura del terapeuta capire inoltre quali siano i meccanismi di mantenimento dell’egodistonia dell’orientamento sessuale del paziente, sia quelli intrapsichici che quelli interpersonali.

Come ha sottolineato Ross (1985) il disadattamento psicologico tra la popolazione LGB sembra dipendere maggiormente dall’anticipazione del rifiuto sociale che non da una oppressione sociale effettiva, attribuendo dunque alle elaborazioni cognitive dell’individuo un ruolo fondamentale nell’insorgenza e nel mantenimento dell’omofobia interiorizzata. A tale proposito si pensi all’interiorizzazione dei pensieri distorti, alla credenza di non esser degni di dare e ricevere amore e affetto, all’immagine di sé come inadeguato, alle rappresentazioni irrealistiche circa la propria sessualità, alla tolleranza di atteggiamenti discriminatori, di ingiustizie, di abusi (Montano, 2007).

Secondo Kahn (1991) un importante obiettivo terapeutico è l’eliminazione dell’omofobia interiorizzata che deve essere valutata adeguatamente in fase di assessment.⁵

⁵ Nel corso degli anni vari sono stati gli strumenti di misurazione utilizzati, il primo fu denominato Internalized

Facendo chiarezza su tutti quegli aspetti che possono ostacolare l'accettazione della propria omosessualità, il terapeuta sarà in grado di accompagnare il paziente nel percorso verso l'accettazione della propria identità sessuale.

Molto il terapeuta dovrà investire sulla costruzione di una buona alleanza terapeutica e se è vero che il *setting* terapeutico è lo specchio delle relazioni che il paziente ha fuori, capiterà che questi attribuisca al terapeuta giudizi negativi che si aspetta/ha subito da altri, avendo così difficoltà a parlare di sé. Sarà il terapeuta che dovrà capire la situazione e proporre al paziente di considerare ciò che sta accadendo tra loro, esplicitando la propria percezione, aiutando la persona e tirar fuori le proprie aspettative di rifiuto⁶ (Liotti & Tombolini, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Sarà possibile a quel punto aiutare il paziente a capire il motivo per cui si è creato tali convinzioni, pur non avendo dati per supportare la tesi del giudizio negativo del terapeuta sulla propria omosessualità (Liotti & Tombolini, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Durante la terapia sarà inoltre importante esplorare insieme al paziente le origini e la struttura delle sue credenze negative sull'omosessualità, cercando di capire, attraverso la ricostruzione della storia di vita, come siano nate e si siano mantenute nel tempo. Per fare ciò ci si dovrà immergere nel contesto socio-culturale in cui è vissuto il paziente, si dovranno indagare gli insegnamenti familiari che la persona ha ricevuto; i messaggi e le opinioni delle figure di attaccamento e delle principali figure di riferimento sulla (omo) sessualità (Liotti & Tombolini, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Homophobia Questionnaire (IHQ) del 1974. Nel 1983 fu introdotto il Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory (NHAI), nel 1987 fu messo a punto un test (IHP) basato sui criteri del DSM-III per l'omosessualità egodistonica. Ross & Rosser nel 1996 costruirono la Internalized Homophobia Scale (IHS) composta da 26 item. La Lesbian Internalized Homophobia Scale (LIHS) di Szymansky e Chung (2001) è specifica per lesbiche ed è presente anche nella versione italiana a cura di Montano (2000). Le dimensioni valutate sono: sentimenti personali negativi relativi all'essere lesbica; atteggiamenti morali e religiosi anti-lesbici; isolamento dalla comunità lesbica; paura per l'identificazione pubblica come lesbica; atteggiamenti negativi verso altre lesbiche.

Montano et al. (2004) hanno elaborato la Scala italiana per la misura dell'omofobia interiorizzata nei gay (SIOIG) e nelle lesbiche (SIOIL). La SIOIG è composta da 86 item che misurano l'omofobia interiorizzata a livello emotivo, cognitivo e comportamentale. È stata utilizzata una scala Likert a 5 livelli ed il questionario è suddiviso in 8 sottoscale: a) sentimenti personali relativi all'essere gay; b) atteggiamento morale e religioso relativo all'omosessualità; c) identificazione pubblica come gay; d) collegamento con la comunità gay; e) pregiudizi verso i gay; f) desiderio di cambiare l'orientamento sessuale; g) famiglia e genitorialità omosessuale; h) accettazione dell'omosessualità come naturale espressione dell'omosessualità umana. Nel questionario sono stati introdotti anche alcuni item dal CBA (Cognitive Behavioural Assessment) e dal BDI (Beck Depression Inventory) per la misurazione della depressione e dell'eventuale correlazione con l'omofobia interiorizzata. Sono state inserite inoltre 17 domande per la rilevazione delle caratteristiche demografiche, socioculturali e di autodefinizione dell'orientamento sessuale.

⁶ Dalla ricerca italiana "MODI DI" del 2005, finanziata dall'Istituto Superiore di Sanità, è emerso che un paziente su cinque non rivela allo psicologo il proprio orientamento sessuale in quanto teme il possibile giudizio negativo e più in generale la popolazione LGBT difficilmente dichiara il proprio orientamento sessuale nei contesti di salute sociosanitari in quanto teme di ricevere un trattamento peggiore (il materiale è consultabile sul sito <http://www.arcigay.it/18528/tutti-i-risultati-della-ricerca-nazionale-modidi/>).

Attraverso questo laborioso processo di ricostruzione si aiuterà il paziente a capire che le convinzioni negative sulla propria identità sessuale sono state adottate sulla base dell'educazione ricevuta e delle esperienze di vita e che non sono vere o valide di per sé (Liotti & Tombolini, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006).

Il terapeuta insieme al paziente dovrà valutare anche tutte le variabili in gioco nel processo del *coming out* esterno. Per aiutare il paziente in questa fase sarà utile fargli immaginare la situazione: a chi pensa di dirlo, quali reazioni si può aspettare?

Anche il modo in cui affrontare la rivelazione della propria omosessualità è importante: implicitamente, magari lanciando segnali quotidiani aspettando che sia qualcuno a chiederglielo oppure rivelarlo in maniera esplicita o addirittura pubblica (si pensi ad alcuni personaggi dello spettacolo). Sarà poi compito del terapeuta guidarlo nella valutazione della scelta più adeguata rispetto alla propria situazione personale: le conseguenze di un *coming out* potrebbero provocare reazioni negative da parte degli altri significativi, per questo un'attenta analisi delle risorse psicologiche e sociali sarà fondamentale.

Opportuno sarà, poi, indagare le motivazioni per cui una persona vuole rivelare la propria omosessualità, ad esempio per la necessità di sentirsi onesto con i propri cari, oppure perché ha il desiderio di partecipare, insieme al proprio partner, alla quotidianità della propria famiglia di origine, in modo da non doverlo escludere ecc. (Graglia, 2009).

Come sottolineano Liotti e Tombolini (2006, in Rigliano e Graglia, 2006) una tecnica che aiuta ad esplicitare le credenze del paziente riguardo all'identità sessuale è quella di far scrivere una serie di riflessioni sull'identità sessuale. Da ciò emergerà una sorta di lista pro-eterosessualità e contro-omosessualità. Sarà poi compito del terapeuta domandare al paziente su quali basi si reggano tali convinzioni, chiedendo le prove a favore e contro di ogni affermazione, attraverso il supporto di esempi pratici e concreti, che egli ha vissuto o che conosce. Dunque attraverso il dialogo socratico e la scoperta guidata il terapeuta potrà confutare le credenze patologiche scoprendo spesso pensieri automatici negativi e informazioni non corrette.

A tale proposito la mia esperienza con un paziente ben definisce tale situazione: egli credeva che ci fossero delle differenze "strutturali" tra l'amore etero e quello omosessuale: "i rapporti tra gay sono più facili e meno profondi e autentici di quelli etero", "i gay sono più promiscui a livello sessuale"; "io invecchierò da solo, in completa solitudine, a differenza delle persone eterosessuali, perché sono poco capace di farmi dei veri amici". Effettivamente le sue dichiarazioni rispecchiavano gli studi scientifici che descrivevano tutto ciò. Ma il paziente attribuiva la causa di questi atteggiamenti ad un "difetto di fabbricazione" degli omosessuali. Egli non considerava

affatto che i fattori che influenzano l'autenticità dei rapporti o la promiscuità sessuale sono ben altri: il non dichiararsi come coppia gay o lesbica impedisce un riconoscimento sociale che influenza la propria percezione di sé come partner di una coppia (spesso è uno dei problemi delle coppie omosessuali in psicoterapia, soprattutto quando uno dei partner non vuole rivelare la propria omosessualità); il matrimonio, in particolare, ma anche la convivenza creano maggiori ostacoli all'interruzione di un rapporto nelle coppie eterosessuali: si pensi al costo di un divorzio, alla dipendenza economica di uno dei coniugi, alle proprietà in comune, ai figli, al coinvolgimento delle rispettive famiglie di origine (Graglia, 2009).

Anche la maggiore promiscuità sessuale dei gay può spiegarsi, in parte con le motivazioni sopra elencate, e in parte per le peculiarità inerenti al genere e non all'orientamento sessuale: gli uomini hanno statisticamente più partner sessuali rispetto alle donne (Graglia, 2009).

Dunque la minore stabilità delle coppie omosessuali non sembra dipendere da un "amore diverso" o di "serie B", quanto da fattori sociali, culturali e politico-legali.

È possibile affermare dunque che la difficoltà ad accettare il proprio orientamento sessuale sia legata a molte variabili. A tale proposito alcuni studi si sono occupati della relazione tra stile di attaccamento e accettazione del proprio orientamento sessuale. Sembra che uno stile di attaccamento sicuro predisponga ad una maggiore accettazione del proprio orientamento, ad una maggiore inclinazione a rivelarsi e a interagire con la comunità di appartenenza a differenza di un attaccamento insicuro o evitante (Liotti & Tombolini, 2006, in Rigliano & Graglia, 2006; Graglia, 2009).

Dalla ricerca di Mohr & Fassinger (2003) è emersa una maggiore probabilità per le persone LGBT, con uno stile di attaccamento ansioso-ambivalente o evitante, di temere il giudizio degli altri sul proprio orientamento sessuale, al contrario di coloro con uno stile di attaccamento sicuro. È stata evidenziata inoltre una maggiore difficoltà a rivelarlo ad amici o colleghi e a frequentare comunità omosessuali.

Sophie (1987) indica alcune strategie che il terapeuta può mettere in atto durante il trattamento dell'omofobia interiorizzata: 1) la ristrutturazione cognitiva rispetto agli stereotipi sull'omosessualità, anche con l'aiuto della biblioterapia cioè l'uso terapeutico di documenti e libri appropriati; 2) l'approccio all'identità omosessuale come variante naturale della sessualità umana; 3) la consapevolezza della propria identità sessuale, come base per la formazione del senso di appartenenza ad una comunità che offre all'individuo la possibilità di confrontarsi e di non sentirsi isolato e diverso; 4) la dichiarazione della propria omosessualità, come la tappa di un percorso individuale doloroso ma capace di vincere sull'omofobia residua; 5) la frequentazione di altri

omosessuali come ulteriore rinforzo al processo di ristrutturazione cognitiva; 6) la presa di coscienza che l'omosessualità non è qualcosa di strano e censurabile ma semplicemente uno dei modi di vivere la sessualità.

Sarà compito del terapeuta, dunque, validare le emozioni e gli stati mentali del paziente, aiutandolo al tempo stesso a conoscere maggiormente la propria omosessualità e ad “esplorare” sé stesso e l'ambiente che lo circonda.

Montano (2000) propone indicazioni specifiche per il *training* dell'assertività con clienti gay e lesbiche, inoltre ha sviluppato (2008) tramite il protocollo “Mindfulness – Based Stress Reduction” (MBSR) un'applicazione della *mindfulness* finalizzata a ridurre lo stress in soggetti omosessuali e a potenziarne il benessere psicologico. Al termine del corso terapeutico *mindfulness* i soggetti che vi hanno partecipato hanno avuto un miglioramento in termini di salute psicofisica, in differenti aree: riduzione dei sintomi fisici come il mal di testa; una maggiore concentrazione; una maggiore tolleranza alla solitudine, un rinnovato senso di dominio sulla propria vita, sulla propria autonomia e sui propri scopi.

Secondo Montano (2008) i partecipanti al corso hanno sviluppato una migliore capacità di fronteggiamento delle situazioni stressanti ed un'aumentata capacità nella gestione dei conflitti. Inoltre emerge come l'acquisizione di consapevolezza possa attivare risorse interne, favorendo l'accettazione di sé e della propria identità sessuale, accrescendo anche il livello di resilienza e autostima.

L'orientamento sessuale del terapeuta

Affrontando il tema della psicoterapia con pazienti omosessuali appare opportuno dedicare una breve parentesi ad una questione tanto dibattuta, cioè se conti e quanta rilevanza abbia l'orientamento sessuale del terapeuta.

Il tema della *self-disclosure* rimane molto controverso, anche se la sua potenzialità terapeutica è indiscussa e riconosciuta. Si pensi ad esempio a quanto sia necessaria nella risoluzione delle *impasse* o nelle rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica (Firetto, 2011).

La letteratura scientifica sull'argomento è molto ricca: si è osservato che la maggior parte dei clinici utilizzano la *self-disclosure* in terapia, molti studi ne hanno provato l'efficacia, fornendo indicazioni sul *timing*, sulle motivazioni e sulle modalità.

È evidente, inoltre, che l'“autosvelamento” possa essere volontario e programmato ma anche involontario ed inconsapevole, si pensi a tutti quegli “indizi” che il terapeuta rivela di sé: una fede al dito, i quadri o i libri presenti nella stanza del terapeuta, un intervento pubblico a favore o contro

un determinato tema ecc. (Firetto, 2011). È indubbio che la rivelazione del proprio orientamento sessuale possa avere effetti positivi sul processo di terapia attenuando l'omofobia interiorizzata e favorendo l'autoaffermazione del paziente; possono esserci però anche implicazioni cliniche negative.

Quando uno psicoterapeuta utilizza la *self-disclosure* la questione centrale è chiedersi se è al servizio della relazione terapeutica e della terapia o se è una propria esigenza dettata da altre motivazioni; se vi sono problematiche relative alla valutazione della propria o altrui (omo) sessualità e di come queste possano inficiare la buona riuscita della terapia (Firetto, 2011).

Spesso pazienti appartenenti a minoranze discriminate scelgono terapeuti appartenenti alle stesse categorie perché pensano che questi possano comprenderli meglio ed empatizzare maggiormente con i loro vissuti e le loro esperienze.

Se per un paziente omosessuale questo da un lato è sicuramente un vantaggio dall'altro può esservi la credenza erronea che il terapeuta abbia vissuto le stesse esperienze solo perché omosessuale, senza considerare che il problema del paziente non è essere omosessuale ma è nell'idea e nel significato che gli attribuisce. Un altro problema che potrebbe presentarsi in seduta è l'evitare di affrontare alcuni temi perché troppo dolorosi per entrambi.

Insomma, l'orientamento sessuale del terapeuta non è una determinante per la buona riuscita della terapia, né una maggiore garanzia dell'ascolto empatico e attento del terapeuta e non sembra essere associato alle capacità e alle competenze del terapeuta (Firetto, 2011).

Il paradigma affermativo

L'American Psychological Association (APA) definisce "affermative", tutte quelle prospettive psicoterapeutiche che riconoscano la legittimità del desiderio omosessuale e bisessuale e che si oppongono alla possibilità di modificarlo con una terapia (American Psychological Association, 2010; Rigliano, Ciliberto & Ferrari, 2012).

L'approccio affermativo si realizza senza che sia presente un obiettivo a priori, relativo all'identità o all'espressione degli orientamenti sessuali. Gli stessi clienti descrivono elementi quali sicurezza, affermatività, empatia, accettazione non giudicante, come tipici degli approcci affermativi, e determinanti nel processo terapeutico (American Psychological Association, 2010).

È evidente che il terapeuta affermativo debba tenere in considerazione tutte quelle peculiarità e differenze che caratterizzano le persone, le famiglie e le coppie LGB, così come afferma e ribadisce l'APA nelle sue linee guida (American Psychologist, 2012):

“Lineaguida 1. Gli psicologi si adoperano per comprendere gli effetti dello stigma (pregiudizio,

discriminazione e violenza) e le relative varie manifestazioni contestuali nella vita delle persone lesbiche, gay e bisessuali.”

“Lineaguida 4. Gli psicologi sono esortati a riconoscere come i loro atteggiamenti verso le problematiche della persone lesbiche, gay e bisessuali possano essere rilevanti durante l’assessment ed il trattamento e come debbano cercare consultazioni o fare appropriati riferimenti quando è opportuno.”

“Lineaguida 6. Gli psicologi si adoperano per distinguere le problematiche legate all’orientamento sessuale da quelle dell’identità di genere quando lavorano con clienti lesbiche, gay o bisessuali.”

“Lineaguida 7. Gli psicologi si adoperano al fine di acquisire conoscenza rispetto all’importanza delle relazioni lesbiche, gay e bisessuali.”

Il terapeuta affermativo deve prestare particolare attenzione al linguaggio, inteso come strumento attraverso cui veicolano rispetto, regole, atteggiamenti e valori. Il colloquio “affermativo” privilegia domande aperte, mai tendenziose, in cui non si dia per scontato l’orientamento sessuale del paziente, come ad esempio: “E’ sposata?”, “Ha una ragazza?”, “Ha un fidanzato?”. Rivolgersi ad un paziente utilizzando questi termini vuol dire non dargli la possibilità di esprimersi. Significa creare un clima di tensione e di sospetti sull’atteggiamento del terapeuta nei riguardi dell’omosessualità. Infatti anche se le domande sopra elencate possono essere degli automatismi che non rispecchiano assolutamente un atteggiamento omonegativo o eterosessista, il risultato è quello di precludere al nostro interlocutore la possibilità di dirsi e di raccontarsi nella sua totalità (Rigliano et al., 2012). Utilizzare questo tipo di terminologia significa far accadere nel *setting* terapeutico quello che già succede fuori, significa creare lo stesso contesto discriminatorio da cui il paziente vuole ribellarsi o per cui ha chiesto aiuto.

Utilizzare domande come: “Lei ha una relazione sentimentale?”, “Ha avuto un partner?” possono aiutare un paziente omosessuale che ci chiede aiuto a sentirsi a proprio agio nel *setting* terapeutico (Rigliano et al., 2012).

Il terapeuta inoltre dovrà studiare e comprendere le differenze che possono esserci tra coppie omo ed eterosessuali altrimenti potrebbe attribuire significati disfunzionali a differenti modi di vivere la sessualità e l’affettività. Ad esempio in una relazione tra due maschi i bisogni sessuali possono essere più simili, a differenza di una coppia composta da un uomo ed una donna, con una maggiore propensione a discernere la sfera affettiva da quella sessuale. In molte coppie gay infatti il sesso praticato fuori dalla coppia non è giudicato come tradimento, non influenzando quindi la stabilità affettiva della relazione (Graglia, 2009).

Dunque la disponibilità del terapeuta all'apertura ed alla scoperta di differenti valori e modi di vivere la sessualità gli permetteranno di non giudicare ma accogliere le peculiarità ed i significati personali di ciascuno.

Un aspetto fondamentale su cui ogni terapeuta affermativo deve soffermarsi è la differenza tra orientamento sessuale e identità di orientamento sessuale. Il primo infatti è “esplorabile ma non modificabile”, la seconda è “esplorabile ed in costante evoluzione” (Rigliano et al., 2012, p. 212). Un'attenta analisi e valutazione di entrambi gli aspetti sarà necessaria: per comprendere meglio tali concetti si esporranno alcuni esempi tratti dal libro di Rigliano et al. (2012).

Se un terapeuta si aspetta e prevede come unica possibilità per il suo paziente (con orientamento omosessuale) che al termine del percorso psicologico si definirà gay, questa credenza potrebbe confondere entrambi e ostacolare la buona riuscita del percorso terapeutico. Sarà il paziente, infatti, che attraverso un percorso del tutto individuale, conoscerà/costruirà la propria identità di orientamento sessuale, senza per questo doversi definire in base ad un modello precostituito, con una specifica connotazione sociale, valoriale, politica e religiosa (Rigliano et al., 2012).

La parola bisessualità, ad esempio, può indicare l'orientamento sessuale e/o l'identità di orientamento sessuale e/o il comportamento sessuale di una persona: un individuo con orientamento eterosessuale, in una situazione di deprivazione forzata dal contesto, come nelle carceri, può avere comportamenti omosessuali e mantenere un'identità di orientamento eterosessuale. Oppure una persona con comportamenti bisessuali può autodefinirsi tale ma avere un orientamento omosessuale che fa fatica ad accettare (Rigliano et al., 2012).

Ancora, un uomo o una donna con orientamento bisessuale, che hanno una relazione stabile da tempo con una persona dell'altro sesso, possono avere un'identità di orientamento eterosessuale perché si autodefiniscono in base a quel rapporto (Rigliano et al., 2012).

Terapie riparative: cenni teorici e studi di efficacia

È opportuno sottolineare come, sia in Italia che all'estero vi siano autori e professionisti, che non appoggiano il paradigma affermativo, anzi, lo ritengono limitare la libertà dei pazienti ad autodeterminarsi.

Lo scopo dei promotori delle terapie riparative o di riconversione sembra essere quello di offrire una speranza a coloro che lottano contro l'omosessualità indesiderata (il materiale è reperibile sul sito internet <http://www.narth.com>).

Lo sviluppo di tali teorie viene sancito negli Stati Uniti nel 1992, con la nascita del National Association for Research & Therapy of Homosexuality (NARTH), ad opera di Charles Socarides,

Benjamin Kaufman e Joseph Nicolosi.

Sul sito del NARTH è possibile verificare che la *mission* dell'associazione è quella di aiutare tutte le persone con omosessualità egodistonica che desiderano un cambiamento. L'associazione sostiene infatti che dovrebbe essere data la possibilità alle persone omosessuali che rifiutano il loro orientamento sessuale, e quindi l'attrazione fisica e sentimentale per persone dello stesso sesso, di scegliere il proprio percorso e di seguire il cambiamento se lo desiderano, "diventando eterosessuali".

Sempre secondo il NARTH, dare la possibilità di cambiamento, secondo una libera scelta, significa operare in linea con i principi di autodeterminazione e autonomia del cliente, dunque secondo l'etica e la deontologia professionale. Nelle cliniche NARTH viene spiegato ai pazienti, attraverso l'utilizzo di un apposito consenso informato, che la loro posizione teorica è diversa da quella dall'American Psychological Association (APA).

Il paradigma riparativo infatti non accetta che l'omosessualità sia "normale", sostiene invece che ognuno di noi nasca eterosessuale ma che possa avere problemi di omosessualità (Nicolosi, 2010).

Nicolosi⁷ parla di progetto biologico o di *natural design* per sottolineare che: "l'omosessualità non può essere normale, perché l'anatomia di due uomini, i corpi di due uomini o due donne non sono compatibili" (Marchesini, 2004).

Le teorie riparative si ispirano, per buona parte, ai modelli psicanalitici e infatti, il termine "riparativo" si riferisce alla teoria del meccanismo di riparazione di Melanie Klein che consiste nella "separazione degli oggetti buoni da quelli cattivi e nello sforzo di recuperare la bontà dei secondi "riparando" ai danni da essi inferti alla strutturazione dell'Io" (Nicolosi, 2010, p.11).

Dunque l'omosessualità sarebbe un tentativo di ristabilire un legame con il mondo maschile da parte di un uomo che se ne sente escluso. Da notare che Nicolosi e più in generale il paradigma delle terapie riparative mettono in risalto l'omosessualità maschile, soffermandosi poco su quella femminile sostenendo che alle origini del lesbismo vi è "il rifiuto inconscio della propria identità femminile", perché rischiosa o indesiderabile a causa di molestie subite da un uomo oppure a causa di una figura materna "debole o negativa" (Rigliano, Ciliberto & Ferrari, 2012, p. 65).

Nicolosi sostiene che l'approccio riparativo si ispiri anche ad altre teorie, come quella dell'attaccamento di John Bowlby, delle relazioni oggettuali e la *self psychology*, molto popolare negli Stati Uniti (Marchesini, 2004).

Le cause del non corretto sviluppo verso l'eterosessualità sono da ricercarsi, secondo l'autore,

⁷ Come punto di riferimento per il paradigma riparativo si prenderanno in considerazione le teorie e gli scritti di Nicolosi perché principale esponente del NARTH e per il fatto che molti suoi libri sono stati tradotti e pubblicati in Italia.

nei fattori socioambientali: in particolare viene posta enfasi sul ruolo della “famiglia triadica narcisistica” in cui i tratti di narcisismo e il deficit dell’identità di genere sono alla base dei sintomi dell’attrazione per lo stesso sesso (Same-Sex Attraction, SSA).

Secondo Nicolosi l’omosessualità è un difetto di mascolinità, dovuto ad una carente identificazione con il genitore dello stesso sesso: il padre dell’omosessuale viene descritto come ostile, emotivamente distaccato ed è visto come irrilevante per la famiglia; la madre al contrario ripone sul figlio attenzioni eccessive, invadenti, possessive e mirate al controllo (Nicolosi, 2010). Inoltre il temperamento del figlio, potenzialmente omosessuale, è sensibile, timoroso, passivo, introverso e portato per l’arte e l’immaginazione (Nicolosi, 2010).

Nel protocollo delle terapie riparative viene riposta un’attenzione particolare all’emozione di vergogna dell’omosessuale, spiegata non come conseguenza dell’omofobia interiorizzata, bensì come il vano tentativo di ottenere l’amore dei genitori attraverso un attaccamento sicuro ed una identità mascolina. Tutto ciò porterebbe ad una carenza dell’autostima che l’omosessuale tenta di “riparare” attraverso la ricerca di rapporti sentimentali ed erotici con persone del proprio sesso. Dunque, liberare dalla vergogna il paziente, secondo le terapie riparative, porta a liberarlo dall’omosessualità che non è altro che “una soluzione narcisistica ad un problema di vergogna” (Nicolosi, 2010, p. 28).

L’autore, inoltre, sottolinea la differenza tra “omosessuale gay” e “omosessuale non gay”: i primi lottano per la loro identità, per i propri diritti, individualmente, socialmente e politicamente, i secondi invece vorrebbero cambiare la loro omosessualità perché in contrasto con i valori e con la loro vera natura, l’eterosessualità. Nicolosi inoltre aggiunge che gran parte della sofferenza degli omosessuali non è dovuta allo stigma sociale e all’omofobia, bensì al fatto che l’omosessualità è “intrinsecamente disordinata” perché contrasta la natura umana; la critica, dunque, alle associazioni gay emerge in modo palese, in quanto sembrano essere un modo per boicottare e opprimere le persone omosessuali che stanno cercando di cambiare il loro orientamento (Marchesini, 2004).

In Italia le maggiori critiche al paradigma riparativo e alle relative terapie sono espresse in modo dettagliato, preciso e sistematico nel libro “Curare i gay? Oltre l’ideologia riparativa dell’omosessualità” di Rigliano, Ciliberto & Ferrari (2012). Sotto accusa la validità esterna, la validità interna e la validità di costrutto delle ricerche con lo scopo di dimostrare il cambiamento di orientamento sessuale nei pazienti.

È necessario sottolineare come uno studio che voglia verificare l’efficacia del SOCE (*Sexual Orientation Change Efforts* cioè tentativi di cambiamento dell’orientamento sessuale) dovrà avere le caratteristiche in grado di provare un cambiamento a livello di orientamento sessuale e non solo a

livello comportamentale o di narrazione identitaria (Rigliano et al., 2012). Dovrebbe inoltre valutare i potenziali danni (diretti, indiretti), rilevare il benessere affettivo, osservare se esiste nel *follow-up* a breve e lungo termine un disagio psicologico come ansia, depressione, dissociazione ecc. Inoltre eventuali giovamenti nella terapia SOCE dovrebbero essere ponderati in modo scrupoloso per escludere ad esempio che non siano frutto di bisogni di espiazione o ri-unione familiare proprio a causa della partecipazione del soggetto alla terapia, e quindi dovrebbe poter valutare l'influenza della desiderabilità sociale nell'ipotetico cambiamento (Rigliano et al., 2012).

Sembra che negli studi per dimostrare l'efficacia dei SOCE, tali criteri non siano stati rispettati.

Anche la *task force* dell'American Psychological Association è in accordo con il parere della non validità degli studi, e questa posizione è stata presa dopo aver condotto una sistematica revisione degli studi in letteratura sui SOCE.

Nel 2009 l'American Psychological Association pubblica il report in cui dichiara:

“La *task force* dell'American Psychological Association sulle risposte terapeutiche appropriate all'orientamento sessuale [...] ha concluso che è improbabile che gli sforzi di cambiare l'orientamento sessuale abbiano successo e che comportano un certo rischio di danno, contrariamente a quanto affermato dai clinici e dai sostenitori dei SOCE [...]. Pertanto la corretta applicazione di interventi terapeutici affermativi per coloro che richiedono i SOCE comporta da parte del terapeuta l'accettazione, il supporto e la comprensione dei clienti e la facilitazione di un loro coping attivo, supporto sociale e esplorazione e sviluppo dell'identità, senza imporre uno specifico risultato in termini di identità di orientamento sessuale (APA Task Force, 2009, p.V)

Questioni etiche e deontologiche

L'Ordine Nazionale degli Psicologi italiani ha preso una posizione chiara rispetto alla questione delle terapie riparative ed ha dichiarato: “[...] Lo psicologo non deroga mai ai principi del Codice Deontologico, nessuna ragione né di natura culturale né di natura religiosa, di classe o economica può spingere uno psicologo a comportamenti o ad interventi professionali non conformi a tali principi. Questo non certamente per timore delle possibili sanzioni (che pur gli Ordini puntualmente comminano), ma perché i principi del Codice sono intimamente e inestricabilmente connessi con la cultura, il sapere e il saper fare dello psicologo”, [e citando l'articolo 3 del codice deontologico continua]: “Lo psicologo è consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri...” [quindi, riprendendo l'articolo 4 del codice deontologico ribadisce]: “nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di

coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio/economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità. ..." È evidente quindi che lo psicologo non può prestarsi ad alcuna "terapia riparativa" dell'orientamento sessuale di una persona" (Ordine degli Psicologi italiani, 2008).

Pertanto, è buona ed indispensabile norma, durante l'assessment, analizzare la richiesta che ci pone il paziente, valutarla non così come ce la descrive ma ampliare la prospettiva utilizzando gli strumenti e le risorse a nostra disposizione. Aiutando il paziente a guardare il problema da un altro punto di vista, riformulando le premesse e gli assunti della questione, è possibile notare come egli possa migliorare la consapevolezza della propria sofferenza, iniziando ad inquadrare il problema in maniera funzionale. Dunque se la richiesta di una persona omosessuale è quella di voler cambiare il proprio orientamento, lo psicoterapeuta non può e non deve prendere per buona la formulazione/soluzione del problema del paziente. Sarà premura del terapeuta capire innanzitutto quali sono le ragioni per cui il soggetto fa quel tipo di richiesta, cercando di comprendere il modo in cui egli si vede in relazione con il mondo, indagare le credenze, i vissuti e le esperienze che lo hanno portato a fare tale richiesta.

Così come nel caso, ad esempio, di un paziente che soffre per la propria ansia (utile ed indispensabile per la nostra sopravvivenza) e che chiede di eliminarla, il terapeuta certo non gli prospetta una terapia in grado di toglierla.

Da non confondere, dunque, il diritto all'autodeterminazione del paziente con l'illusione della possibilità di cambiare orientamento sessuale: la sua richiesta non è altro che l'essenza della sua sofferenza.

Certo è che quando la propria identità sessuale si trova in conflitto con quella religiosa la questione si fa più spinosa. Diventa necessario rispettarle entrambe, e per un paziente LGB credente il percorso è sicuramente più difficile rispetto ad una persona atea. E lo stesso vale per il terapeuta.

Rigliano, Ciliberto & Ferrari (2012) propongono di considerare la questione su vari livelli: quello di genesi, in quanto l'orientamento sessuale e l'identità di genere sono spontanei, precoci e stabili, l'identità religiosa è legata invece alla condivisione di credenze, valori e significati appresi in un contesto specifico; quello strutturale, in quanto l'orientamento sessuale non è possibile sceglierlo così come il colore dei nostri occhi, è possibile invece convertirsi ad una religione.

La questione centrale è se e come una persona omosessuale e credente debba sacrificare una parte importantissima di sé stesso (fede e religiosità o identità sessuale) per adeguarla e sottometterla all'altra. Il terapeuta non può e non deve imporre proprie credenze e valori per

risolvere il conflitto, ma ascoltare empaticamente il paziente aiutandolo ad autodefinirsi tenendo in considerazione la fede su differenti livelli: rituale-formalistico (condivisione di norme e tradizioni); sociale (partecipazione nella comunità religiosa); valoriale (dove vi saranno alcuni valori considerati più importanti di altri); identitario (cioè come il soggetto percepisce l'influenza delle istanze religiose sull'immagine di sé); interpersonale (l'influenza delle relazioni con figure educatrici significative) (Rigliano et al., 2012).

Il percorso non sarà certo facile ma lo scopo è quello di aiutare il paziente ad ottenere un'autoconsapevolezza che gli permetterà di strutturarsi in modo nuovo, più conciliante e tollerante dei differenti aspetti di sé (Rigliano et al., 2012).

Si esploreranno, dunque, gli aspetti della religione che fanno soffrire maggiormente il paziente, quali sono i dubbi, le domande e le sue convinzioni in merito.

Esplorando ed analizzando tali nuclei sarà possibile una riorganizzazione identitaria più flessibile e compatibile con le differenti esigenze dell'una e dell'altra parte⁸. Naturalmente non sarà mai messa in discussione la scelta di fede del paziente.

Anche l'American Psychological Association (APA) si è occupata di questo fondamentale tema (American Psychologist, 2012):

“Lineaguida 12. Gli psicologi sono invitati a considerare le influenze della religione e della spiritualità nella vita delle persone lesbiche, gay e bisessuali.

Razionale

L'influenza della religione e della spiritualità nella vita delle persone lesbiche, gay, bisessuali può essere complessa, dinamica, e fonte di ambivalenza. Questo perché la loro esperienza, specialmente con la religione organizzata, è varia e diversa. Mentre alcune religioni e sistemi di credenze spirituali sono relativamente neutri rispetto all'orientamento sessuale (es. Buddismo e Induismo), altri storicamente hanno avuto un atteggiamento di condanna (es. Cristianesimo, Ebraismo e Islamismo). Nonostante questo, all'interno di tradizioni religiose che storicamente hanno disapprovato gli orientamenti non eterosessuali, negli ultimi 20/30 anni c'è stata la nascita e crescita di un paradigma teologico che accetta e supporta orientamenti sessuali diversi.

I background religiosi di lesbiche, gay e bisessuali potrebbero avere vari effetti sul loro funzionamento psicologico e sul benessere. Gli individui lesbiche, gay e bisessuali possono differire, oltre che per le loro passate esperienze con la fede, anche in termini dell'importanza che la

⁸ Per un approfondimento sul tema si veda Rigliano et al. (2012); si consulti la posizione dell'American Psychological Association (APA) alla pagina web: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf> oppure la relativa traduzione in italiano alla pagina web: http://www.psicologiagay.com/apa/Psicologiagay.com_APA2009ITA.pdf

religione e la spiritualità hanno nelle loro vite. Per esempio, mentre alcuni vedono le loro tradizioni di fede e le credenze spirituali come parte importante ed integrante della propria identità, altri non attribuiscono la stessa importanza. Inoltre, come nella controparte eterosessuale, anche per le persone lesbiche, gay e bisessuali l'influenza e il significato della fede può variare durante il corso della vita.

Applicazione

Gli psicologi si adoperano per essere consapevoli e rispettosi delle diverse religioni e pratiche spirituali seguite dalle persone LGB. In particolare gli psicologi LGB potrebbero essere vulnerabili, consapevolmente o inconsapevolmente, a *bias* religiosi che potrebbero influenzare negativamente il lavoro con clienti che esprimono una forte identificazione religiosa. Gli psicologi sono incoraggiati a comprendere il ruolo storico e attuale della religione e l'impatto che essa, insieme spiritualità, ha nelle vite dei clienti LGB. In particolare sono esortati a considerare le esperienze religiose di rifiuto ed offensive che clienti LGB possono aver avuto. L'integrazione di questi aspetti dell'identità, a volte disparati ma salienti, è spesso un importante obiettivo di trattamento per gli psicologi che lavorano con clienti LGB, che sono in conflitto a causa della loro identificazione religiosa.

La risoluzione dell'APA sulla questione religiosa chiama gli psicologi ad esaminare le proprie credenze religiose al fine di evitare che esse prendano il sopravvento sulla pratica e gli standard professionali nel lavoro clinico con clienti LGB.

La maggior parte dei clienti che cercano le terapie SOCE hanno credenze religiose che essi vivono come incompatibili con il loro orientamento sessuale. Gli psicologi sono incoraggiati a considerare ogni richiesta in modo molto attento rivedendo la "Risoluzione dell'APA sulle Risposte Affermative Appropriate per l'Orientamento Sessuale Egodistonico e sugli Sforzi per Cambiarlo" e a discutere con i propri clienti della ricerca attuale e dei possibili rischi associati con gli sforzi per cambiare orientamento.

Inoltre gli psicologi sono incoraggiati ad indagare il ruolo che l'influenza culturale e sociale potrebbero avere in questo tipo di richieste. In aggiunta, gli psicologi sono esortati a familiarizzare con le risorse (incluso, ma non limitandosi solo a questo, la letteratura relativa alla fede ed ai gruppi di fede) delle differenti tradizioni di fede in cui le comunità sostengono e accolgono le persone lesbiche, gay e bisessuali."

Alla luce di quanto emerso in questa sede, si ritiene opportuno prestare attenzione ad alcuni articoli del Codice Deontologico degli Psicologi italiani (2009) che ben si confanno con quanto appena indicato, l'articolo 5 specifica:

"Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione professionale e ad

aggiornarsi nella propria disciplina specificatamente nel settore in cui opera. Riconosce i limiti della propria competenza ed usa, pertanto, solo strumenti teorico-pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione. Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti ed i riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate”.

L’articolo 22 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani evidenzia:

“Lo psicologo adotta condotte non lesive per le persone di cui si occupa professionalmente [...]”.

L’articolo 26 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani specifica:

“Lo psicologo si astiene dall’intraprendere o dal proseguire qualsiasi attività professionale ove propri problemi o conflitti personali, interferendo con l’efficacia delle sue prestazioni, le rendano inadeguate o dannose alle persone cui sono rivolte [...]”.

Un'altra questione etica e deontologica che riguarda da vicino la professione di psicologo e psicoterapeuta è affrontata dall’articolo 11:

“Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti⁹”.

A tale proposito, il provvedimento europeo n. 2201/03, a cui devono attenersi tutti gli stati membri, detto “Bruxelles II bis”, introduce il concetto di responsabilità genitoriale, surclassando quello di podestà genitoriale, ponendo al centro della famiglia non più i genitori, bensì i figli, anche minorenni. Dunque ciò vale anche nel caso in cui i genitori di un paziente minorenne richiedessero espressamente informazioni sull’orientamento sessuale del figlio.

Lo psicologo e/o psicoterapeuta insomma non può e non deve rivelare tale informazione ai genitori se non con il consenso espresso dal paziente stesso, pena il diritto alla salute di cui si fa garante la nostra Costituzione, la perdita di fiducia ed il decadimento del rapporto terapeutico. Il professionista può e deve derogare a tale obbligo solo in presenza di concreti rischi per la salute

⁹ In particolare l’articolo 12: “Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all’obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l’opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso” e l’articolo 13: “Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.”

psicofisica del paziente (articolo 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani¹⁰), comunque condividendo, ove possibile, tale decisione con il paziente.

Riflessioni sulla mia esperienza con pazienti LGB

L'esperienza, come terapeuta, con clienti gay e lesbiche è stata la motivazione per scrivere il presente articolo. L'omosessualità porta inesorabilmente a porsi delle domande che toccano questioni antropologiche, filosofiche, etiche, religiose e sociali di grande importanza.

Come cambierebbe la società e insieme ad essa le persone che la costituiscono se il desiderio, i sentimenti ed il comportamento sessuale non fossero costantemente sotto accusa?

Lavorare con clienti omosessuali significa immedesimarsi nei loro stati d'animo e capire lo smarrimento e la sofferenza che hanno provato quando, ancora bambini e adolescenti, non potevano manifestare i loro sentimenti verso "qualcuno", perché "illeciti".

Prendersi cura di un paziente omosessuale significa capire che le scelte di vita considerate un diritto per ogni persona come sposarsi o avere dei figli diventano difficili, se non impossibili. Per non parlare dei gesti quotidiani come baciarsi con il proprio partner in un cinema o ad un ristorante.

Insomma è enormemente complicato per una persona omosessuale (decidere di) "farsi riconoscere" ed "essere riconosciuta dagli altri".

Prendersi cura di un paziente omosessuale significa comprendere la fatica di ogni giorno nell'inventarsi una vita da raccontare agli altri, declinare al femminile, se gay, o al maschile, se lesbica, i discorsi quotidiani con colleghi, familiari o amici.

La discriminazione verso le persone LGB si palesa anche attraverso il linguaggio, riflettendo la capacità di una cultura nello stare al passo con i cambiamenti psicosociali: in Italia ad esempio non vi è un termine per indicare il *coming out* ormai adottato dalla lingua inglese.

Si pensi anche all'espressione letteraria e artistica che fino ad oggi e spesso ancor adesso, si cela raccontando amori eterosessuali e in passato ha subito condanne quando diveniva più esplicita¹¹: pensiamo a canzoni, film, romanzi, libri¹².

L'omosessualità porta anche, inevitabilmente, alla messa in discussione di sé stessi come individui e come genitori o futuri genitori di un figlio o una figlia omosessuali, la questione fondamentale è: "Se potessi scegliere risparmierei sofferenze e discriminazioni a mio/a figlio/a?".

La questione non è irrilevante, soprattutto se si è psicologi e psicoterapeuti: nascere donna in

¹⁰ Si veda l'articolo 13 indicato nella nota precedente.

¹¹ Si pensi alla condanna a Pier Paolo Pasolini, poi assolto, per il libro "Ragazzi di vita".

¹² Si pensi alle molte censure e autocensure per i libri di Carlo Emilio Gadda, Aldo Palazzeschi, Umberto Saba, ma anche a scrittori e scrittrici stranieri come Oscar Wilde, Thomas Mann, Marcel Proust, Virginia Woolf, Alice Walker, Louisa May Alcott ecc.

alcuni paesi oggi, e nel nostro (solo) qualche decennio fa, significava non poter studiare, uscire, votare, avere desideri, passioni e voleva anche dire avere tanti doveri e obblighi imposti da una cultura eterocentrica e maschilista.

Nascere con la pelle nera in una società di bianchi significava, e purtroppo ancora oggi spesso significa, razzismo e sofferenza.

Alcune cose possono essere programmate e scelte, altre (fortunatamente) no: chissà se sarebbero mai nati Cesare (Pavese), Tiziano (Ferro), Aldo (Braibanti)¹³, Virginia (Woolf) Alice (Walker), Marco (.....) Anna (.....) ecc.

Conclusioni

In Italia stiamo assistendo ad un lento cambiamento della visione dell'omosessualità, promosso soprattutto dalle singole persone e/o dalle associazioni che lottano per i diritti delle persone LGB.

Da sottolineare però che molta strada è ancora da percorrere per ridurre gli abusi e le discriminazioni. Probabilmente la modalità più efficace per combattere tali pregiudizi e atteggiamenti potrebbe trovare terreno fertile negli enti e nelle istituzioni che si occupano della salute psicofisica dei bambini, degli adolescenti e degli adulti, attraverso una modalità in cui si esprimano supporto, accoglienza e accettazione.

Purtroppo però sui siti della “Società Italiana di Pediatria Ospedaliera” (<http://sipps.it>) e della “Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale” (www.pediatriaospedaliera.org) non vi sono informazioni riguardo all'identità e/o all'orientamento sessuale. Nei motori di ricerca dei rispettivi siti inserendo le parole: “omosessualità”, “gay”, lesbica”, “orientamento sessuale” non emerge alcun risultato a differenza del sito che l'American Academy of Pediatrics (2008) ha dedicato alla salute di tutti i bambini e gli adolescenti, aiutando anche i loro genitori a darsi delle risposte alle tante domande sulla crescita di un figlio. Nella pagina web gli argomenti sono affrontati in modo diretto attraverso quesiti e risposte, ad esempio: “Che cos'è l'orientamento sessuale?” “Che significa essere gay?” “Sono normale?” “Come dirlo ai genitori”. Vengono indicate le possibili reazioni dei genitori al *coming out* e sono forniti riferimenti di associazioni o persone a cui rivolgersi per una consulenza e/o per avere informazioni più dettagliate in merito.

¹³ Aldo Braibanti, artista e filosofo, fu condannato nel 1967 a dieci anni di carcere per plagio (poi ne scontò due) nei confronti di un ragazzo ventiquattrenne Giovanni Sanfratello, con cui aveva una relazione amorosa omosessuale. A quest'ultimo il destino non riservò un futuro migliore: nel 1964 il padre con l'aiuto dei familiari lo portò nel manicomio di Verona, dove rimase per due anni. Secondo la documentazione ospedaliera subì diciannove elettroshock. Nel 2006 il governo italiano ha concesso il vitalizio ad Aldo Braibanti, in base alla legge Bacchelli, viste le sue precarie condizioni economiche. Un gesto di vicinanza e compassione, forse, per i torti passati subito dallo Stato.

Anche se l'Ordine degli Psicologi Italiani ha preso posizione rispetto alle terapie riparative non vi sono attualmente in Italia enti accreditati che abbiano una pagina web simile a quella dell'American Academy of Pediatrics (AAP), con lo scopo di fare chiarezza e fornire informazioni utili e non distorte. La progettazione e la costruzione di una pagina *web*, da parte di un ente scientifico, potrebbe aiutare tutte quelle persone, tra cui anche bambini ed adolescenti, che navigando su internet si imbattano in informazioni incomplete o errate sull'omosessualità, creando ancora più confusione, timori e pregiudizi.

Infine è doverosa una breve riflessione sui risultati emersi dallo studio "Psicologi e omosessualità"¹⁴ (Lingiardi & Nardelli, 2009) in cui si evidenzia che il 44,1% dei partecipanti psicologi (n. 949) ha l'idea che l'omosessualità sia dovuta ad una mancata identificazione con il proprio ruolo di genere. Inoltre non mancano percentuali degne di nota in cui si patologizza l'omosessualità (indipendentemente dal pensiero politico o religioso dei soggetti) e si identifica la possibilità di un trattamento per la modifica dell'orientamento sessuale. Si evince, dunque, come dalla ricerca emergano dati incompatibili con lo stesso Codice Deontologico.

Pertanto alla luce di quanto esposto sembra doverosa una maggiore attenzione, da parte degli istituti universitari, post universitari e degli psicologi e/o psicoterapeuti stessi, alla formazione e all'aggiornamento continuo sul tema, auspicando e perseguendo con ogni sforzo la lotta all'omofobia, per un mondo fatto di persone e non di pregiudizi.

Bibliografia

- Ahmad, S., & Bhugra, D. (2010). *Homophobia: an updated review of the literatura*. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 447-455.
- American Academy of Child and Adolescent of Psychiatric (2011). Children with Lesbian, Gay and Transgender Parents. *Retrieved from the Web September 17, 2012.* http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/children_with_lesbian_gay_bisexual_and_transgender_parents
- American Academy of Pediatric (2008). Gay, Lesbian, and Bisexual Teens: Facts for Teens and Their Parents. *Retrieved from the Web September 13, 2012.* <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/dating-sex/Pages/Gay-Lesbian-and-Bisexual-Teens-Facts-for-Teens-and-Their-Parents.aspx>
- American Psychological Association (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Author. Retrieved from the Web November 10, 2012. <http://www.apa.org/topics/sexuality/orientation.aspx>
- American Psychological Association (2010). *Appropriate Affermative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts*. Retrieved from the Web September, 24, 2012. <http://www.apa.org/about/policy/sexual-orientation.aspx>

¹⁴ La ricerca è stata promossa dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, con la collaborazione della Cattedra e della Valutazione Clinica e Diagnosi della Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "La Sapienza" di Roma (Prof. Lingiardi).

- American Psychologist (2012). *Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients*, 67(1), 10-42. Retrived from the Web November 5, 2012. <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>
- APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Washington, DC: American Psychological Association. Retrived from the Web September 24, 2012. <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/sexual-orientation.aspx>
- Appignanesi, L., & Forrester, J. (2007). *Sigmund Freud e le sue donne*. La Tartaruga Editore. Retrived from the Web November 5, 2012. <http://books.google.it/books?id=xNPTumT0MxcC&pg=PA73&lpg=PA73&dq=freud+l'impresa+di+trasformare+un&source=bl&ots=n1HN2oyfIX&sig=75VzvljpDKGoCdpkczQRitFW5G4&hl=it&sa=X&ei=aA3cUMa5NoKA4gS6t4HwBQ&sqi=2&ved=0CEAQ6AEwAQ#v=onepage&q=freud%20l'impresa%20di%20trasformare%20un&f=false>
- Bell, A. P., & Weinberg, M. S. (1978). *Homosexuality: A study of diversity among men and women*. Simon and Schuster. New York.
- Bhugra, D. (2010). Homophobia: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4), 456-464. Reprinted from *Sexual and Marital Therapy*, 2(2), 1987, 169-177.
- Blackwell, C. W. (2008). PhD, ARNP-C. College of Nursing, University of Central Florida, Orlando, Florida, USA. Nursing implications in the application of conversion therapies on gay, lesbian, bisexual, and transgender clients. Issue in *Mental Health Nursing*, 29:651-665.
- Blumenfeld, W. (Ed.) (1992). *Homophobia. How we all pay the price*. Boston: Beacon Press Books. Retrived from the Web September 30, 2012. http://www.amazon.com/Homophobia-How-All-Pay-Price/dp/0807079197#reader_0807079197
- Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Modificato 8 luglio 2009. Retrived from the Web November 10, 2012. http://www.psy.it/codice_deontologico.html
- D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(10), 1008-1027.
- Dressler, J. (1979). Study of law student attitudes regarding the rights of gay people to be teachers. *Journal of Homosexuality*, 4(4), 315-329.
- Falco, K. L. (1991). *Psychoterapy with Lesbian Clients, Theory into Practice*. Brunner Marzel, Philadelphia (PA).
- Firetto, A. (2011). L'orientamento sessuale del terapeuta: in or out of the closet? In: Lingiardi, V. (Ed.). Rubrica "Casi Clinici". *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 564-573. Retrived from the Web September 20, 2012. <http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/lingiardi-firetto.htm>
- Fruggeri, L., & Chiari, C. (2006). Dalla "questione omosessuale" al pluralismo familiare. Il punto di vista degli studiosi della famiglia. In: Rigliano, P., & Graglia, M. (Eds.). *Gay e lesbiche in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Galilei, G. *Pensieri e Parole*. Retrived from the Web November 15, 2012. <http://www.pensierieparole.it/aforismi/autori/g/galileo-galilei/pag1>
- Graglia, M. (2009). *Psicoterapia e omosessualità*. Roma: Carocci Faber.
- Herek, G. M. (1988). Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: Correlates and gender differences. *The Journal of Sex Research*, 25(4), 451-477.
- Herek, G. M. (1992). Psychological heterosexism and antigay violence: The social psychology of bigotry and bashing. In: Herek, G.M. & Berrill, K.T. (Eds.) *Hate crimes: Confronting violence against lesbians and gay men* (pp. 149-169). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kahn, M. W. (1991). Factors affecting the coming out process for lesbian. *Journal of Homosexuality*, 21(3), 47-70.

- Lehne, G. K. (1976). Homophobia among men. In: David, D. & Brannon, R. (Eds) *The Forty-nine per cent majority: the male sex role*, (pp. 66-68). Teading, Mass. Addison-Wesley.
- Lingiardi, V. (2007). *Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*. Milano: Gruppo editoriale il Saggiatore S.p.A.
- Lingiardi, V. (2009). *Bullismo e omofobia: alcune istruzioni per l'uso*. Retrived from the Web October 21, 2012. http://www.bullismoomofobico.it/public/orientamento_001.pdf
- Lingiardi, V., & Nardelli, N. (2009). *Psicologi e omosessualità*. Retrived from the Web October 12, 2012. http://www.sessuologiaclinaroma.it/topic/doc/pdf/Psicologi_e_omosessualita.pdf
- Liotti, G., & Tombolini, L. (2006). Terapia cognitiva e prospettiva cognitivo-evoluzionista nel lavoro clinico con gay e lesbiche. In: Rigliano, P., & Graglia, M. (Eds.). *Gay e lesbiche in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malyon, A.K. (1982). Psychoterapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 25, 69-76.
- Marchesini, R. (Ed.). (2004). Omosessualità & normalità: colloquio con Joseph Nicolosi. *Studi Cattolici*, 525, 830-832. Retrived from the Web September 30, 2012. <http://www.narth.com/docs/normalita.html>
- Marquet, B. (Ed.) (2008). Child and teenage suicide in Europe: A serious public-health issue. *Social, Health and Family Affairs Committee*. Retrived from the Web September 24, 2012. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11547.htm>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1980). *Omosessualità: una nuova prospettiva*. Feltrinelli, Milano.
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress e Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. Retrived from the Web dicembre 27, 2012. http://cpmnet.columbia.edu/dept/healthandsociety/events/ms/year4/pdf/sh_Meyer%20IH.pdf
- Mohr, J. J., & Fassinger R.E. (2003). Self-Acceptance and Self Disclosure of Sexual Orientation in Lesbian, Gay, and Bsexual Adults: An Attachment Perspective. In: *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 482-95.
- Montano, A. (2000). *Psicoterapia con clienti omosessuali*. Milano: McGraw-Hill.
- Montano, A. (2007). L'omofobia interiorizzata come problema centrale nel processo di formazione dell'identità omosessuale. In: *Rivista di Sessuologia*, 31(1). Retrived from the Web October 2, 2012. <http://www.cisonline.net/sessuologia/1.2007/Montano.pdf>
- Montano, A. (2008). *Homosexuality, homophobia and mindfulness: Evidence in clinical application*. Paper presented at 6th international Congres of Cognitive Psychotherapy (ICCP), Rome.
- Montano, A., Flebus, G. B., Pizzi, E., Santoni, B., Dettore, D., (2004). *L'influenza dell'omofobia interiorizzata nello sviluppo dei disturbi emotivi nelle donne omosessuali: acquisizioni teoriche ed evidenze empiriche mediante la SIOIL (Scala Italiana per l'omofobia interiorizzata per lesbiche)*. Manoscritto non pubblicato.
- Nicolosi, J. (2010). *Identità di genere. Manuale di orientamento*. Milano: Sugarco Edizioni S.r.l.
- Ordine degli Psicologi italiani (2008). *Omosessualità e "terapia riparativa". Lo psicologo non deroga mai*. Retrived from the Web September 11, 2012. http://www.psy.it/archivio/allegati/2008_01_08.pdf
- Paci, F. (Ed.). (2012). Dov'è possibile l'adozione gay? *La Stampa*. Retrived from the Web November 10, 2012. <http://www.lastampa.it/2012/09/12/cultura/domande-e-risposte/dove-e-possibile-l-adozione-gay-5FEr4NQuKnHgIEBclXi3jM/pagina.html>
- Provvedimento europeo n. 2201 del 2003. Retrived from the Web November 10, 2012. <http://www.fenbi.it/Normative/regolamento2201-2003-Bruxelles.pdf>
- Raja, S., & Stokes, J. (1998). Assessing attitudes toward lesbians and gay men: The modern homophobia scale. *Journal of Gay, Lesbian, and Bisexual Identity*, 3(2), 113-134.
- Rigliano, P., Ciliberto, J., & Ferrari, F. (2012). *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Rigliano, P., & Graglia, M. (2006). *Gay e lesbiche in psicoterapia*. (Eds.). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Ross, M. W. (1985). Actual and anticipated societal reaction to homosexuality and adjustment in two societies. *Journal of Sex Research*, 21, 40-55.
- Ross, M. W., & Rosser, B. R. S. (1996). Measurement and correlated of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 15-21.
- Shields, S. & Harriman, R. (1984). Fear of male homosexuality: cardiac responses of low and high homo negative males. In: De Cecco, J.P. (Ed.) *Homophobia: an overview*, (pp. 53-67). New York: Hamworth Press.
- Sophie, S. (1987). Internalized homophobia and lesbian identità. *Journal of Homosexuality*, 14, 53-65.
- Szymanski, D. M. (2004). Relations among dimension of feminism and internalized heterosexism in lesbian and bisexual womens. *Sex Roles*, 51.
- Szymanski, D. M., & Chung, Y. B. (2001). The Lesbian Internalized Homophobia Scale: A rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 37-52.

Alice Colonaci, Psicologa e Psicoterapeuta

Specializzata presso la scuola di Psicoterapia Cognitiva di Grosseto, training A. Gagnani e C. Perdighe

e-mail: alicecolonaci@virgilio.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it