



Terapia riparativa: riparare che cosa?

La documentata e accurata ricerca di Roberto Marchesini sulle terapie riparative (*Studi cattolici* n. 581/82: «Chi ha paura della terapia riparativa?») merita ancora uno sguardo più ampio sul significato e sui metodi delle terapie riparative, ma soprattutto sulla posizione del terapeuta (psicoanalista, psicologo o psichiatra che sia) di fronte ai problemi scientifici, antropologici e morali che una tale terapia e una tale tipologia di utenti propone.

Alcune premesse

- Possiamo davvero imputare all'«omofobia interiorizzata» l'unica ragione di una ego-distonia (o disagio che dir si voglia) rispetto all'orientamento omosessuale? Così in effetti si sostiene da molte parti anche in ambito scientifico, ma per molti omosessuali il loro orientamento è una inattesa scoperta fatta ancor bambini o preadolescenti che determina gli stessi sentimenti di diversità e di estraneità di una malformazione fisica o di un'incapacità sociale qualsiasi (non riuscire a far ginnastica, parlare senza difetti di pronuncia, venire assaliti da invincibili timidezze, avere un tic, ritenersi di aspetto sgradevole e naturalmente venire derisi).

- Va davvero centrato il *focus* della psicoterapia esclusivamente sul tema dell'omosessualità o non piuttosto va preso in considerazione tutto l'assetto della personalità del soggetto che chiede cura, i suoi sentimenti negativi verso di sé, la fobia dell'altro

sexo cercando di ottenere una «auto-bonifica» di tutto il mondo istintivo affettivo perturbato e talvolta denegato?

- Possiamo davvero rinunciare, come fanno tanti psicoterapeuti, a prendere in considerazione la morale, soprattutto la morale sessuale?

- Siamo infine come terapeuti consapevoli o no della nostra personale antropologia, ossia della nostra concezione dell'uomo e delle sue ripercussioni nel rapporto con coloro che richiedono cure?

Né persuasione né «conversione»

La *terapia riparativa*, di cui si discorre nell'articolo citato, per la gestione del disagio nei soggetti con orientamento omosessuale egodistonico effettivamente viene praticata dagli anni '85 circa in America, promossa dallo psichiatra Joseph Nicolosi (*Reparative Therapy of Male Homosexuality. A New Clinical Approach*, Jason Aronson Ed., California 1997), attuale presidente dell'Istituto Narth (*National Association for Research and Therapy of Homosexuality*) in California. L'Istituto presenta interessanti risultati di oltre mille casi di riformulazione maturativa dell'orientamento sessuale (Joseph Nicolosi: conferenza del 5 giugno 2003) in un quinquennio di trattamenti.

Chiamata anche *terapia ricostituiva*, si propone di rimettere in moto lo sviluppo istintivo affettivo dell'utente bloccato durante i primi anni di vita da mal riusciti processi di identificazione con le

figure genitoriali (aver cioè maturato da loro che cosa vuol dire essere uomo o essere donna ed essersi introiettati i rispettivi ruoli complementari). All'analisi genetica e dinamica, compresa la verifica dei movimenti transferali, viene aggiunto un approccio di tipo cognitivo in cui il soggetto prende coscienza del significato profondo del suo bisogno di unirsi sessualmente a persone pari sesso. Contemporaneamente si tenta di esorcizzare, nei soggetti di sesso maschile, i profondi sentimenti di inferiorità tanto verso gli uomini quanto soprattutto verso le donne, accompagnati a volte da vere e proprie repulsioni (quasi a orientamento fobico con le conseguenti strategie di evitamento) sul piano fisico e intolleranza, in alcuni casi, della stessa vista dei genitali femminili. Il soggetto di sesso maschile gradualmente recede dalle classiche disposizioni fallocentriche e fallocratiche mediante una migliore integrazione tra sessualità, affettività e progetto di vita. Abbandona così a poco a poco la famelica ricerca dei partner sovente sostituiti con vertiginosa rapidità. Il terapeuta affronta il mondo del suo paziente anche in termini comportamentistici promuovendo in primo luogo l'amicizia vera e «diserotizzata» con soggetti pari sesso e incentivando un percorso verso l'assertività. Non si praticano, che io sappia, interventi direttivi di persuasione-«conversione».

Con metodologie relativamente simili in Europa lo psichiatra olandese van den Aardweg afferma di ottenere modificazioni maturative sin dal 1985 (Gerard van

den Aardweg, *Omosessualità e speranza*, Edizioni Ares, Milano 1999). Vien data speciale importanza a un cammino verso l'affermatività a partire dai complessi di inferiorità evidenziabili sin dall'infanzia, mentre l'identità di genere viene presa in considerazione mediante lo studio dei modelli genitoriali introiettati. L'intervento cognitivo di van den Aardweg si allarga alla famiglia, particolarmente bisognosa di sostegno e di chiarimenti se il soggetto con tendenze omofile è ancora abitante nella casa di origine. Il peso emotivo dei genitori e della costellazione di altri parenti grava pesantemente sul soggetto in terapia: avviene molto spesso di riscontrare tra quelli che il linguaggio della psicoanalisi chiama «oggetti interni» una forte presenza attiva della figura materna con cui esistono importanti fenomeni di identificazione nel sesso maschile. Come le cure di Nicolosi, anche l'approccio di van den Aardweg appare multiforme e forse ibrido, ma tuttavia capace di offrire risultati di cambiamento: l'autore riporta su 260 casi una riformulazione in termini eterosessuali (egli parte dal presupposto, tutto da verificare, ma suggestivo, che l'omosessuale sia un eterosessuale latente) di 2/3 dei soggetti e una stabilizzazione istintuale meglio organizzata nel terzo restante.

Società omofoba?

In opposizione a tali interventi psicoterapeutici si svolge in America la Gat (*Gay Affirmative Therapy*). Proposta dal movimento di liberazione Gay sin dal 1989 (Marshall Kirk, neuropsichiatra, e Hunter Madsen, pubblicitario: *After the ball*, 1990) e ben analizzata da Marchesini nel saggio al quale ci si riferisce, viene praticata da terapeuti omosessuali e intende favorire i processi di adattamento psicologico alla

condizione omosessuale, se mai vi fosse ancora qualche omosessuale ego-distonico in fase dubitosa o di conflittuale ripensamento. Tutto il disagio, essi sostengono, proviene dalla società omofoba, dalle derisioni, dalle emarginazioni e dalle colpevolizzazioni inflitte dalla famiglia o dalla società. Perché cambiare? L'omosessualità è nient'altro che una variante normale dell'essere umano, come il colore dei capelli, la statura, la costituzione. Vi sono già delle dichiarazioni in tal senso dell'Apa e dell'Oms. L'affermatività profilata consiste nel *coming-out*, nell'uscire gioiosamente allo scoperto dalla condizione di clandestinità in cui sovente vive un soggetto con tendenze omosessuali e di protestare il proprio diritto (*outing*) a essere riconosciuti da tutte le fasce sociali e dalla legge.

Dai risultati riportati dai promotori della Gat i soggetti dalla terapia acquistano sicurezza, autonomia, libertà interiore rispetto alla colpa dettata dall'omofobia interiorizzata. La terapia ottiene dunque risultati di adattamento e di cambiamento.

Dalla disamina di queste due forme opposte di approccio terapeutico alla condizione omosessuale si possono evincere le seguenti conclusioni:

- la condizione omosessuale necessita di un incentivo psicoterapeutico, se richiesto, orientato verso l'affermatività, in quanto ci si trova di fronte a sentimenti di insicurezza, inferiorità, vergogna in un'organizzazione personologica generalmente immatura;
- la condizione omosessuale produce nella maggioranza silenziosa degli omosessuali fenomeni di ego-distonia, che mai si verificano nella situazione eterosessuale;
- una forma di disagio psichico inerente in primo luogo all'identità è innegabile e molti soggetti richiedono legittimamente un aiuto psicoterapeutico;
- ogni psicoterapia mira al *cam-*

biamento, ossia a una riorganizzazione consapevole e autonoma dell'assetto istintivo affettivo solitamente perturbato e difficilmente gestibile. Non si vede alcuna ragione di rinunciare a un percorso maturativo di adattamento e, perché no?, di orientamento verso quell'eterosessualità nascosta, forse rimossa, che conflittualmente e problematicamente sembra albergare in fondo all'animo delle persone con tendenze omofile.

Diritto/dovere della psichiatria

In seguito a tali considerazioni è lecito affermare il diritto/dovere della psichiatria (psicoterapia, psicologia, psicoanalisi) a occuparsi del fenomeno dell'omosessualità. Bisogna ribadire il diritto-dovere a curare chi chiede aiuto e manifesta una sofferenza.

Infine, di quale sofferenza si tratta? Che cosa bisogna curare se, secondo alcuni, nessuno soffre? Che cosa bisogna riparare se nulla si è rotto?

Il disagio del soggetto portatore di un'inclinazione omosessuale non sembra, come detto, esclusivamente generato dal clima omofobo che lo circonda. Né l'ego-distonia riguarda soltanto l'orientamento omosessuale. Il più delle volte la tendenza omosessuale è una dolorosa scoperta, non un'opzione o scelta di genere che dir si voglia (A. Persico, *Omosessualità: tra scelta e sofferenza*, Ed. Alpes, Roma 2007). Tale scoperta viene vissuta inizialmente nella sorpresa, nel nascondimento, nel dubbio sul futuro, nell'introversione con connotati depressivo-rinunciatori. Si accompagna all'inevitabile incertezza sulla propria identità con i correlati sentimenti di inferiorità, di inadeguatezza fisica, di incapacità a reggere il confronto con i coetanei pari sesso. Ne deriva la ricerca di una persona simile a sé per rinforzare la propria identità



di genere. Contemporaneamente risulta problematico e intriso di emozioni negative il *relazionarsi con l'Altro in modo realistico* prendendolo per ciò che l'Altro in effetti è e non per ciò che il soggetto immagina o fantastica che sia rendendolo narcisisticamente parte di sé, a seconda dei casi, *simbionte, alter-ego, complice, partner collusivo, confusivo e illusorio* (come spesso avviene di riscontrare nei partner omosessuali, se si ha la pazienza di esaminare in profondità la coppia) dal quale discostarsi poi con repentini processi di disinvestimento affettivo. Wister e Matteson dopo aver esaminato 160 coppie di omosessuali non ne hanno trovata una della durata superiore ai 5 anni. Per Pollak (1985) le unioni omosessuali non durano oltre due anni. I meccanismi di *scissione tra affettività e sessualità* facilmente evidenziabili conducono a un eccessivo fallocentrismo con la tendenza a erotizzare le situazioni (va annotato che uno degli obiettivi di ogni buona psicoterapia è consentire all'utente di istituire relazioni interpersonali sessuate, ma de-istintualizzate, ossia sottratte all'arco riflesso stimolo-risposta, e inserite invece in un progetto consapevole di vita).

La frequenza del collasso depressivo con un'alta percentuale di tentativi di suicidio (si veda l'articolo di Marchesini nel n. 581/82 di *Studi cattolici*, p. 509), spesso per abbandono del partner, l'ambivalenza maschile verso il sesso femminile, alternante tra atteggiamenti effeminati, travestimenti vistosi e viceversa ostentato virilismo paramilitare, la persistenza di una problematica sessuale post-adolescenziale bisognosa di conferme, di esibizioni e di rassicuranti confronti, i comportamenti di eccitamento euforoide collettivamente incentivati nei quali, accanto alle intenzioni provocatorie, non si capisce se prevalgano meccanismi di negazione piuttosto che di for-

mazioni nel contrario, infine *la strutturazione profondamente diversa dell'orientamento omosessuale negli uomini e nelle donne* nelle quali sembra prevalere una genesi traumatica del fenomeno richiederebbero approfonditi studi oltre che la necessaria presa in carico terapeutico.

Il problema morale

È inevitabile infine che non solo il soggetto utente, ma anche il terapeuta si incontrino con *il problema morale*.

L'atto sessuale, qualsiasi atto sessuale, avviene in una relazione interpersonale con imprevedibili ricadute emotive su entrambi i protagonisti e iscrizione di ciascuno nella storia dell'altro. In quanto relazione tra due persone, vissuta con un atto libero e cosciente, lo si voglia o no, diviene *ipso facto* oggetto di valutazione morale.

Nonostante pareri alquanto difformi in tema di morale sessuale, sovente il terapeuta, per seguire il rigoroso criterio di astenersi dal trasmettere all'utente qualsiasi forma di giudizio morale, potrebbe essere indotto egli stesso a confondere la spiegazione con la giustificazione. La profondità con cui il terapeuta può interpretare la genesi dinamica di un atto non esaurisce la portata e le conseguenze dell'atto stesso sul soggetto, sul partner e sul contesto in cui egli vive. Si vorrebbe cioè suggerire che ogni buon terapeuta dovrebbe conoscere i principi della sua stessa morale personale, della morale comune ed eventualmente anche del sistema morale dei suoi pazienti.

In breve, prudentemente non dovrebbe ammettere che in virtù del suo lavoro terapeutico un ossessivo inibito diventi un criminale felice, un'agorafobica si trasformi in un'allegria adulterina, insomma che un soggetto abbandoni una morale con la convinzione

che è nient'altro che un tabù e diventi un amorale o un immorale soddisfatto. Il terapeuta insomma dovrebbe conoscere i principi della morale senza ovviamente imporli.

A volte la mancanza di qualsiasi commento, riflessione o analisi del problema morale, soprattutto se il terapeuta non governa ancora bene i moti transferali e controtransferali, viene scambiata dall'utente come «autorizzazione» ad agire come meglio crede per il suo piacere secondo una visione della cura ispirata a un particolare *individualismo emancipativo* proposta oggi da molti terapeuti, al di fuori dell'uso responsabile e consapevole della libertà che è un segno di maturità. La morale non è un tabù, ma la garanzia di buone relazioni.

In Italia e in molti Paesi ci si riferisce soprattutto alla *morale cristiana*. Va chiarito una volta per tutte che la Chiesa cattolica non condanna l'orientamento omosessuale e le sue pulsioni, se non come propensione a comportamenti contrari alla legge divina. Semplicemente considera offesa a Dio la consumazione di un rapporto omosessuale, così come l'adulterio, la violenza sessuale, la pedofilia, la poligamia. In particolare, il rapporto omosessuale è ritenuto anche contrario alla legge di natura.

Quali presupposti antropologici?

Ecco allora la connessione con il tema dei *valori*. Una terapia ben fatta dovrebbe consentire all'utente di relazionarsi in modo autentico e consapevole, liberamente voluto, a quei valori che in fine aiutano l'uomo a vivere da uomo, eliminando, si capisce, i falsi valori inseriti in una struttura nevrotica.

Indipendentemente dal suo personale credo, lo psicoterapeuta di fronte al suo paziente si trova a dover verificare continuamente

la propria personale visione dell'uomo. Quale antropologia vive nella sua mente? In che modo egli pensa all'essere umano?

La carenza di punti di riferimento antropologici balza evidente precisamente in relazione alla sessualità. Una semplice riflessione in termini di fenomenologia antropologica sulla sessualità umana ci palesa subito con chiarezza cristallina che il sesso non può essere consegnato al transitorio, all'effimero, al contingente, al banale, all'intercambiabile, al virtuale, alla mera comunicazione extraverbale, al «poco importa chi tu sia e quale sia il tuo sesso, importa che tu adesso mi faccia piacere», sganciato dagli affetti, dal progetto di vita, dalla morale. L'istinto sessuale da un punto di vista antropologico possiede invece innegabili caratteristiche di *unitività* (e non singolarità individuali in un rapporto fruitivo), di *donatività* (e non di possesso), di *reciprocità* (e non di accaparramento), di *pariteticità* (e non di sopraffazione), di *complementarità* (e non di similitudine), di *creatività* oltre che di *procreazione generativa* (e non di consumazione sterile), di *totalità* (e non di parzialità), di *conoscenza personificante* (e non di confusione nell'intercambiabilità), di *intimità* (e non di dissipazione), di *trasmissione affettiva* che parte dal linguaggio del corpo. L'istinto sessuale costituisce il substrato fisiologico dell'identità di genere e dei rapporti interpersonali mentre modella lo stile affettivo e relazionale della personalità.

Se poi per completezza del discorso si volesse fare una digressione sulla fenomenologia antropologica teocentrica, allora si troverebbe che precisamente l'istinto sessuale rende la persona disponibile alla relazione ossia rispecchia nella trascendenza dell'io nell'Altro, l'immagine e l'amore divino. Così almeno nella fede cristiana.

Aver presenti certi presupposti antropologici non può che giovare al paziente che viene tratta-

to con il massimo rispetto e, perché no?, con affetto, come persona umana unica e irripetibile così che la relazione terapeutica guadagna uno spessore esistenziale pieno di responsabilità. Gli stessi valori traspaiono nella moralità e nelle modalità con cui il terapeuta si mette in rapporto con il paziente.

La riflessione antropologica in tema di sessualità umana indica

la necessità di un percorso di bonifica preventiva della psicosexualità e soprattutto delle prime relazioni familiari in cui la prole ha bisogno di identificarsi nella diversità sessuale della coppia genitoriale e nel reciproco amore nella diversità per maturare la propria identità di genere coerente con l'identità del sesso.

L'autocommiserazione inconscia

Il nucleo centrale della teoria che da anni il prof. Gerard van den Aardweg sviluppa in sede scientifica e nelle applicazioni cliniche «è il concetto dell'autocommiserazione inconscia dell'omosessuale. Questa radicata tendenza all'autocommiserazione non è intenzionale, bensì involontaria e dà origine a un comportamento masochista. Il desiderio omosessuale e i sentimenti di inferiorità sessuale a esso correlati, sono radicati nell'autocommiserazione inconscia. Questa teoria fonde tra loro gli studi e le osservazioni comportamentali di Alfred Adler (1930; il complesso d'inferiorità e il desiderio di compensazione come atteggiamenti che aspirano a un riscatto dall'inferiorità), dello psicanalista austroamericano Edmund Bergler (1957; l'omosessualità come masochismo psichico), e dello psichiatra olandese Johan Arndt (1961; il concetto dell'autocommiserazione incontrollata).

«Alcuni atteggiamenti più o meno specifici dei genitori e in generale i rapporti genitori-figli possono predisporre un individuo allo sviluppo di un complesso d'inferiorità sessuale. Tuttavia il fattore che influisce più pesantemente sul comportamento di una persona è la mancanza di adattamento all'interno di un gruppo di individui dello stesso sesso. La psicoanalisi tradizionale riconduce tutte le nevrosi e le malformazioni emozionali a rapporti disturbati tra genitori e figli; malgrado ciò, senza voler negare la grande importanza che ricopre l'interazione genitori-figli, il fattore determinante è generalmente l'immagine che l'adolescente ha di sé in termini di identità sessuale, il confronto con i simili dello stesso sesso.

«La paura del sesso opposto è un atteggiamento frequente, ma non è la causa principale delle inclinazioni omosessuali. Tale paura è piuttosto un sintomo della presenza di sentimenti di inferiorità sessuale; questi infatti possono essere generati da soggetti del sesso opposto, di fronte ai quali l'omosessuale sente di non poter sostenere quei ruoli sessuali che ci si aspetta».

Gerard van de Aardweg, Una strada per il domani - Guida all'(auto)terapia dell'omosessualità, Città Nuova, Roma 2004, pp. 17-18.

Franco Poterzio

