

INTRODUZIONE

Il mio primo atto di libero arbitrio
sarà credere nel libero arbitrio.

William James

Questo libro è per gli psicoterapeuti che cercano delle tecniche per assistere un gruppo sistematicamente ignorato, quello degli omosessuali non gay, gruppo che molti miei colleghi ritengono non esistere.

Gli omosessuali non gay sono uomini attratti dal proprio stesso sesso che hanno valori profondi e un senso dell'io che impedisce loro di abbracciare l'identità gay. Negli ultimi vent'anni ho lavorato con più di mille soggetti di questo tipo che cercano di attenuare la propria omosessualità indesiderata e sviluppare il proprio potenziale eterosessuale. Questi uomini ora costituiscono il 95 per cento dei pazienti della nostra clinica.

In conseguenza di una preparazione «*politically correct*» nelle scuole di specializzazione e della instancabile propaganda dei media, la grande maggioranza dei miei colleghi crede erroneamente che il destino sessuale dei propri clienti sia fissato biologicamente. Circa il 50 per cento dei soggetti che abbiamo incontrato si era in precedenza sentito dire da un altro psicologo che non potevano cambiare, che erano «nati gay». Era stato loro spiegato che la sola scelta possibile era «superare la tua omofobia interiorizzata» e «accettare questi sentimenti, perché, che ti piaccia o no, questo è chi sei veramente».

Descrivendo la sua precedente terapia, un teenager ha osservato: «Il mio primo strizzacervelli mi ha detto che ho il DNA gay e l'unica è dare una festa per dichiarare la mia omosessualità!».

Ma noi non accettiamo il fatalismo del concetto di «nato così». Proponiamo invece un modello alternativo: affrontare e risolvere i conflitti che, a nostro modo di vedere, sono alla base dei sintomi dell'attrazione per lo stesso sesso (*Same-Sex Attraction, SSA*).

In un dettagliato modulo di consenso informato, nella nostra clinica spieghiamo ai clienti che la nostra posizione teorica è diversa da quella dell'American Psychological Association. Mettiamo in chiaro che non offriamo una terapia di accettazione dell'identità gay ma che rispettiamo i punti di vista dei nostri clienti, che a volte cambiano radicalmente nel corso della terapia. Alcuni si decidono per un repentino voltafaccia: identificare se stessi come gay e abbandonare la terapia riparativa. Altri possono tergiver-

sare per mesi, entrando e uscendo da uno stile di vita gay mentre partecipato alle nostre sedute. Rispetto questi cambiamenti di cuore e di mente e dico sempre ai miei clienti: «Non accettate nulla di quanto vi dico se non sentite che per voi è proprio così».

Nati così?

La nostra professione si è fatta travolgere dalla tempesta mediatica che promuove la teoria del «sono nato così». Tuttavia non c'è nessuna prova che l'omosessualità sia semplicemente ed esclusivamente innata. D'altra parte, è probabile che fattori biologici *favoriscano* l'omosessualità, come pure fattori genetici (ereditari) che causano la non conformità di genere o influenze ormonali prenatali, soprattutto per gli uomini, che possono portare a un cervello poco mascolinizzato.

Con ogni probabilità, qualsiasi fattore — biologico o di ambiente sociale — che spinga un uomo a sentirsi meno sicuro della propria mascolinità può potenzialmente influenzare la sua identità di genere e il suo orientamento sessuale. *Ma nessuno di questi fattori implica che l'omosessualità sia normale e parte del progetto umano.* Nessuno inoltre prova che l'omosessualità sia inevitabile per una determinata persona o che sia immutabile.

Questo libro è dedicato a quegli uomini che cercano di vivere secondo l'orientamento sessuale che corrisponde al loro progetto biologico. Le nostre teorie sfidano apertamente le affermazioni di chi si identifica come gay e sostiene che, al livello più profondo dell'io, l'omosessualità sia «quello che egli è veramente».

I nostri corpi ci dicono chi siamo

Da un punto di vista filosofico sono un essenzialista, non un costruttivista sociale: credo che l'identità di genere e l'orientamento sessuale siano fondati sulla realtà biologica. Il corpo ci dice chi siamo e non possiamo «costruire», montare o smontare una realtà diversa in cui il genere e l'identità sessuale non sono sincronizzati con la biologia.

La convinzione che l'umanità sia progettata per l'eterosessualità è stata forgiata da forze religiose e culturali vecchie di secoli, che debbono essere rispettate come un aspetto positivo della diversità intellettuale. Questo punto di vista non è una fobia o un timore patologico.

La filosofia della legge naturale dice che questa convinzione deriva dalla *conoscenza collettiva* e intuitiva dell'umanità, una sorta di coscienza naturale e istintiva. Questo spiegherebbe perché molte persone, anche non religiose, hanno la sensazione che l'identità gay sia una falsa costruzione.

Proprio l'uomo che ha fatto depennare l'omosessualità dalla lista dei disturbi mentali — lo psichiatra Robert Spitzer, un ateo dichiarato — ha detto che nell'omosessualità «qualcosa non funziona». Ha aggiunto che se

suo figlio fosse stato alle prese con l'attrazione per lo stesso sesso, gli avrebbe consigliato di provare la terapia di cambiamento.

Traducendo in parole povere la stessa conoscenza intuitiva, uno dei miei clienti ha chiesto: «Com'è possibile che il Creatore mi abbia progettato per il sesso anale?». Ridicolizzava l'idea dell'American Psychological Association (APA) secondo cui l'omosessualità è equivalente all'eterosessualità. «Il sesso anale è dannoso per il corpo», diceva. «Svilisce la dignità di un uomo, è malsano. Non posso essere stato creato per una relazione tra persone dello stesso sesso, la cui *natura* rende impossibile la riproduzione biologica».

Rideva ironicamente. «Davvero sono stato progettato così? Allora sono stato creato da un dio assurdo».

Molti altri ci hanno detto: «Ho provato l'omosessualità, ma ho scoperto che non funziona».

Il fatto è che la grande maggioranza dei soggetti che viene da noi ha visto che l'attrazione verso lo stesso sesso mal si adatta alle loro vite. Il loro impulso al cambiamento viene dalla convinzione profonda che, sotto sotto, sono in realtà uomini eterosessuali, e cercano un terapeuta che veda il loro potenziale interiore. Ma come ha detto George Orwell, «in un'epoca di inganno universale, dire la verità è un atto rivoluzionario».

Non è una passeggiata

Come tutte le forme d'impegno a migliorare se stessi, gli sforzi per cambiare si tradurranno in un compito molto arduo. Il cambiamento non può essere motivato principalmente dal senso di colpa sociale o religioso. Piuttosto, l'uomo deve trovare la propria forza in un impegno profondo e dedicato. Il successo nel trattamento può derivare solo da una motivazione intrinseca, espressa nei termini di una forte aspirazione personale o di un profondo coinvolgimento in una visione del mondo o di una particolare tradizione di fede.

Questo è diverso da una motivazione estrinseca, come una pressione dall'esterno: «Mia moglie vuole che venga in terapia»; «La mia comunità parrocchiale ha detto che ho bisogno d'aiuto»; «I miei genitori dicono che dovrei cambiare» e così via.

Per questi uomini il viaggio parte dalla convinzione interiore che l'omosessualità non sia semplicemente sbagliata ma che, in una dimensione ancora più ampia, non sia semplicemente «autentica». Molti non riescono a spiegarlo bene, ma a modo loro esprimono la convinzione che il sesso gay «non funzioni», non soddisfi i loro bisogni interiori e non rifletta chi sono come esseri dotati di un genere.

Un soggetto definiva la vita gay come «una truffa» e descriveva così la propria delusione: «Non è il sesso che voglio, ma va sempre a finire così: solo sesso. Quello che cerco davvero è essere vicino a qualcuno, abbrac-

ciare ed essere abbracciato, amare e sentirmi amato, sussurrare ed essere ascoltato, rivelare me stesso a un'altra persona. Ma alla fine il sesso gay mi dà sempre un senso di vuoto. Non mi fa sentire onesto, vero».

Un altro ha detto: «Nel sesso gay i pezzi non combaciano. La maggioranza degli psicologi pensa che l'omosessualità sia normale ma io *so* che non è normale».

Rispettare l'autodeterminazione dei soggetti

L'unico dibattito ancora aperto tra gli psicologi, nel momento in cui scrivo, è questo: «Il trattamento dell'omosessualità indesiderata va considerato *ammissibile*?». In risposta a questa domanda, vari autori hanno spiegato in maniera convincente che *non* dev'essere vietato.

La pressione, tra i miei colleghi, per mettere *fuori legge* il trattamento dell'attrazione per lo stesso sesso (*Same-Sex Attraction*, SSA) indesiderata è una palese violazione dell'amore per la diversità professato dal liberalismo contemporaneo. Solo pochi tra i miei colleghi hanno avuto il coraggio di sostenere il valore dell'autentica diversità nelle visioni del mondo. Gli uomini che sto per citare rappresentano queste straordinarie eccezioni. Entrambi sono sostenitori dei diritti dei gay, liberali dichiarati ed ex presidenti dell'American Psychological Association ed entrambi sono stati importanti relatori ai congressi annuali della National Association of Research and Therapy of Homosexuality (NARTH), di cui sono stato presidente.

Al congresso NARTH del 2004 Robert Perloff, ex presidente dell'American Psychological Association, disse:

L'individuo ha il diritto di scegliere se accettare o no un'identità gay. La scelta spetta a lui o a lei, non a un gruppo di pressione guidato dall'ideologia. Scoraggiare gli psicoterapeuti dal prendere in cura quanti vogliono cambiare è contro la ricerca, contro lo studio e contro l'etica della ricerca della verità.

Nicholas Cummings, ex presidente dell'American Psychological Association, che ha personalmente aiutato alcuni omosessuali a riorientarsi verso l'eterosessualità, osservò, al congresso NARTH nel 2005:

Sono determinato nel difendere la libertà di scelta di tutte le persone, particolarmente per quanto riguarda il diritto di scegliere gli obiettivi per la propria psicoterapia individuale. I pazienti devono avere il diritto di esplorare il proprio potenziale eterosessuale.

Robert Spitzer, medico, capo del gruppo che ha depennato l'omosessualità dal manuale diagnostico, ha detto nel 2001:

Contrariamente al luogo comune, alcuni individui fortemente motivati, utilizzando una serie di strumenti di cambiamento, possono mutare sostanzialmente nu-

merosi indicatori di orientamento sessuale e acquisire un buon funzionamento eterosessuale.

E Sigmund Freud, medico, scrisse nel 1918:

Ci rifiutiamo con la massima enfasi di trasformare un paziente... in una nostra proprietà privata, di disporre noi del suo destino, di imporgli i nostri ideali... al servizio di una filosofia particolare. A mio avviso, questa è... violenza [contro il paziente].

I gruppi dominanti nell'ambito della salute mentale

Al congresso annuale dell'American Psychological Association del 2006 c'erano circa cinquanta manifestanti ad attendere i congressisti. Erano uomini e donne ex gay con cartelli che dicevano: «APA, per piacere aiutami!»; «Non condannare la mia scelta!» e «Il rispetto della diversità vale anche per noi!». La maggioranza degli psicologi che ha parlato con i manifestanti si è stupita del fatto che i loro colleghi volessero vietare le terapie riparative o di riorientamento. Se una persona non è contenta di essere gay, perché non dovrebbe venire aiutata ad attenuare la propria omosessualità indesiderata e sviluppare il potenziale eterosessuale?

Perché no, infatti? Posto davanti a questa domanda durante lo stesso convegno, Gerald Koocher, allora presidente dell'APA, ci diede ragione. Sottolineando l'importanza dell'autonomia e dell'autodeterminazione del cliente, il dottor Koocher dichiarò: «L'APA non è in conflitto con gli psicologi che aiutano chi soffre per una tendenza omosessuale indesiderata. Purché non ci sia stata coercizione e si sia ottenuto il consenso informato, la terapia di riorientamento può essere etica».

Appena uscito dall'incontro, tuttavia, Koocher è stato circondato da arrabbiatissimi psicologi attivisti gay e ha subito pubblicato un chiarimento scritto, insistendo sul fatto che l'omosessualità non va presentata al cliente come una malattia mentale.

In un'e-mail allo psicologo David Blakeslee il 15 agosto 2006, Koocher ha fatto questo ragionamento: «In realtà i dati dimostrano che i gay e le lesbiche non sono diversi dagli eterosessuali per quanto riguarda la salute psicologica. Con questo voglio dire che non sono più a rischio di disturbi mentali degli eterosessuali».

Notevole disinformazione

Su questo argomento cruciale il presidente Koocher era in realtà molto disinformato. Tutti i dati ultimamente disponibili convergono verso la conclusione incontrovertibile che i gay e le lesbiche hanno un livello di problemi di salute mentale significativamente più alto rispetto agli eterosessuali.

Archives of General Psychiatry, una rivista scientifica nota, rispettata e certificata, ha pubblicato tre articoli di questo genere (Fergusson et al., 1999; Herrell et al., 1999; Sandfort et al., 2001; e un commento di Bailey, 1999).

J. Michael Bailey ha tirato le conclusioni con un commento che riassume le ricerche disponibili sul tema. (Bailey, va sottolineato, ha svolto i notissimi studi sui gemelli gay, usati dagli attivisti gay per sostenere la teoria dei «nati così».) Bailey ha detto:

Si può sostenere che questi studi contengano i migliori dati pubblicati sull'associazione tra omosessualità e psicopatologia, che convergono sulla stessa triste soluzione: le persone omosessuali sono significativamente più a rischio rispetto ad *alcuni tipi di problemi emotivi*, tra cui la tendenza al suicidio, la depressione grave e il disturbo d'ansia [e] disturbi del comportamento (...). La forza dei nuovi studi è il loro livello di controllo (un aspetto sottolineato con forza).

Eppure, dopo sette anni, il presidente dell'APA, che evidentemente ha cambiato schieramento, continua a credere che *gli omosessuali non sono diversi dalle altre persone per quanto riguarda la salute psicologica*.

Ma cosa succede se il soggetto non cambia?

Naturalmente, la terapia di riorientamento è un processo lungo e difficile, senza garanzia di successo. Sappiamo per certo che il cambiamento è possibile. Ma cosa succede se uno non cambia? Avrà comunque ottenuto qualcosa di valido?

Nella terapia riparativa c'è molto più che il cambiamento di orientamento sessuale. In realtà, spesso la gente si stupisce quando sente che si discute molto poco di sesso. Una buona terapia si rivolge all'integralità della persona e punta a cambiarla a molti livelli.

La terapia riparativa sostiene che l'origine della SSA sia l'insoddisfazione dei bisogni emotivi e di identificazione con il proprio sesso. Normalmente, nella prima seduta dico al soggetto: «La regola numero uno è: mai accettare niente di ciò che dico se non lo sente vero per lei. La sua esperienza, qualunque essa sia, deve sempre prevalere su qualsiasi teoria preconstituita». Se non sente che la teoria è vera per lui, di solito decide di lasciare la terapia dopo una o due sedute. Può decidere di rivolgersi a un terapeuta favorevole ai gay, che appoggerà l'omosessualità come parte intrinseca della identità del soggetto.

Ma se prosegue, il *setting* terapeutico gli dà l'opportunità di esplorare, rivivere e assimilare i traumi del passato. Qui comincia a liberarsi dei vecchi schemi di vergogna e autosabotaggio. Supera l'isolamento emotivo e la solitudine cronica che l'hanno limitato per tanto tempo e sviluppa un rinnovato investimento emotivo in relazioni autentiche.

In particolare, tramite una relazione con un terapeuta in sintonia, il sog-

getto scopre come ci si sente ad aprirsi emotivamente con un altro uomo e a rivelare i sentimenti a lungo rimossi di vergogna legata al genere. Giunge a una profonda accettazione di quello che è nella sua vita in quel momento, che cambi o no. Un'esperienza come questa è sempre terapeutica.

Oltre a una maggiore capacità di sviluppare amicizie maschili autentiche, il soggetto scoprirà un rapporto più sano con le donne, imparerà a impedire le violazioni di confine con donne che possono averlo indotto a compromettere la sua individualità separata e maschile.

Imparerà anche a esaminare se stesso con un adeguato senso critico. Come ha detto un cliente: « In passato pensavo sempre il peggio di me stesso. Ma ora c'è chiarezza nei desideri e nei bisogni, forza nella mia voce e un modo più profondo di comunicare ».

Piuttosto che focalizzarsi sul cambiamento di orientamento sessuale, il lavoro principale del terapeuta è insegnare al paziente a relazionarsi partendo da una posizione di autenticità, apertura e sincerità. È ciò che chiamiamo « atteggiamento assertivo », in cui la persona mette in relazione i propri sentimenti interiori con i propri comportamenti esteriori, parafrasando la psicologa Diana Fosha, che definisce l'individuo sano come la persona che « sente e interagisce » attivamente.

Crediamo che « sentire e interagire » sia l'ingrediente essenziale della guarigione della SSA: insegnare alla persona a vivere e amare il proprio io autentico.

Crediamo che, quando lo fa davvero, la sua SSA indesiderata diminuisca grandemente, e gli dia la libertà di sviluppare il suo potenziale eterosessuale. Un uomo in conflitto si è espresso così: « La mia omosessualità è come un serpente, che cerca sempre di avvolgersi attorno alla mia identità ». Il trattamento non si articola focalizzandosi sul « serpente » ma sull'intera persona attorno alla quale si è avvolto. E un altro giovane mi ha detto: « La natura sinistra dell'omosessualità è che mi costringe a focalizzarmi su di *essa* e non su di *me* ».

Il successo terapeutico non richiede la semplice eliminazione del sintomo omosessuale, ma la crescita e la maturazione dell'uomo integrale.

Ma cosa succede al cliente che non riesce a cambiare? Sarà abbandonato in un « limbo dell'intimità », non eterosessuale, ma incapace di intimità con gli uomini? La verità è che il nostro soggetto non ha mai vissuto l'intimità con gli uomini. È per questo che è venuto in terapia. È venuto da noi anche perché crede che l'intimità con una persona dello stesso sesso sia, in realtà, impossibile: l'eroticismo omosessuale semplicemente non corrisponde al modo in cui è progettato biologicamente ed emotivamente e non riflette quello che egli è come uomo.

Alcuni clienti, naturalmente, cambiano la propria visione del mondo. Jason ha lasciato la terapia riparativa per vivere una relazione gay. È giunto a pensare che l'omosessualità (contrariamente alle sue convinzioni pre-

cedenti) sia autenticamente compatibile con la sua religione. La sua visione del mondo è cambiata talmente che io e lui non eravamo più d'accordo sul significato da attribuire all'omosessualità e abbiamo deciso insieme di porre fine al nostro rapporto professionale. Mi ha detto: «Non ho cambiato orientamento sessuale, ma posso sinceramente dire che non ho più paura degli uomini eterosessuali e che ho imparato a essere padrone di me stesso».

Pochi uomini intraprendono la terapia riparativa se, all'inizio, si identificano come gay e non desiderano cambiare. Con questi soggetti non desiderosi di cambiamento concordiamo una precondizione per il nostro lavoro insieme: non tratteremo la questione dell'identità sessuale, ma lavoreremo su tutti gli altri problemi della loro vita. E così lavoriamo su problemi come l'incapacità di intimità, la mancanza di autostima, la vergogna interiorizzata, i traumi infantili e la ricerca dell'identità.

Un buon terapeuta trasmette sempre la propria totale accettazione del paziente, anche se questi decide eventualmente di identificarsi come gay. Alla pari di Jason, alcuni nostri pazienti decidono di cambiare strada e abbracciare l'omosessualità come propria «vera identità». Altri restano ambivalenti riguardo al cambiamento, mentre entrano ed escono dalla vita gay per diversi mesi. Accettiamo le loro scelte, anche se non le condividiamo, perché li accettiamo come persone.

L'obiettivo complessivo di questo libro è isolare «quello che funziona». Ho tentato di minimizzare la discussione teorica per concentrarmi sulle tecniche pratiche del terapeuta riparativo. Ma questo libro non è un esplicito «come si fa» ma un suggestivo «come si può fare». A prima vista alcune delle tecniche specifiche possono sembrare riduzionistiche, rigide e ignare della complessità, delle sfumature e dell'individualità di ciascun soggetto.

Dato che ognuno presenta una storia e una personalità uniche, possiamo solo offrire principi guida, non formule esatte e affermazioni dogmatiche.

In particolare, i diagrammi presentati nel libro possono apparire semplicistici, anche ingenui. E in un certo senso lo sono. Ma, ammesso questo, offriamo al professionista questi diagrammi come strumento rudimentale per descrivere l'arte clinica della terapia riparativa.

Naturalmente c'è sempre qualcosa di artificiale nel tentativo di ridurre un processo essenzialmente creativo a un insieme schematizzato di interventi clinici. Ma se la psicoterapia è più un'arte che una scienza, allora, come tutte le arti, deve attenersi ad alcune procedure e regole all'interno delle quali l'artista esegue il proprio lavoro creativo. Questi interventi devono essere applicati senza compromettere il primato dell'esperienza del cliente. Il rischio è quello di comprimerlo in uno schema predeterminato. Il bravo psicoterapeuta affronta la sfida di onorare l'unicità dell'esperienza narrata di ciascuna persona, mentre applica in mo-

do flessibile metodi e tecniche scelti in base alla sua attenta sintonia empatica con il soggetto.

Resta il fatto che le persone non cambiano mediante l'applicazione di tecniche. La gente cambia tramite le relazioni, relazioni con persone che hanno a cuore il cliente e che applicano tecniche efficaci.

Rimanere politicamente «al sicuro» in un territorio pericoloso

Uno psicologo cristiano mi ha contattato per parlare della terapia di riorientamento per uomini attratti dal proprio stesso sesso (SSA). Nella speranza di trovare un compromesso politico con l'APA, era ansioso di astenersi da giudizi di valore, difendere la sua posizione professionale e rimanere al sicuro, evitando di prendere posizione sulla condizione omosessuale. La soluzione, pensava, era di sviluppare un semplice programma di modifica del comportamento, che aiutasse i soggetti a cambiare il proprio comportamento indesiderato, ma senza valutare l'eterosessualità come preferibile all'omosessualità.

Sulla scorta dei miei venticinque anni d'esperienza in questo campo, gli ho detto che trovavo il suo approccio ingenuo e fundamentalmente inapplicabile. I nostri uomini non vengono da noi per cambiare il proprio comportamento indesiderato. Vengono da noi per cambiare il proprio senso dell'io, per *essere* più eterosessuali, non per «fare» gli eterosessuali, per sentirsi a proprio agio con gli uomini etero, per imparare a mantenere la propria autonomia maschile con le donne. In breve, per realizzare il proprio potenziale eterosessuale.

Forse un programma di cambiamento del comportamento può essere senza rischi dal punto di vista politico, ma a causa della sua superficialità fallirebbe inevitabilmente. «Perché dovrei rifiutarmi di rivelare la mia posizione psicologica», gli ho detto, «quando gli psicologi pro gay si impegnano per propagandare la propria filosofia? Dicono ai clienti che i sentimenti omosessuali sono “sacri”. Li spingono a rivoluzionare l'atteggiamento della Chiesa e della società. Qualunque convinzione del cliente sul fatto che l'eterosessualità sia la norma viene ridefinita dal terapeuta come una malattia psicologica: omofobia».

«Il fatto è che la neutralità manca ai clinici di entrambi gli schieramenti», ho detto a questo psicologo. «I clinici come lei e me, che credono che l'umanità sia stata progettata per l'eterosessualità, devono farsi sentire e difendere la propria visione del mondo. Gli uomini con SSA indesiderata vogliono alleati, difensori, mentre affermano la propria mascolinità, qualcuno che creda in loro e li appoggi con forza».

Un quadro clinico è essenziale

Inoltre, cosa succede quando un terapeuta non schierato, «neutrale», sente che il suo cliente rivela i comportamenti autodistruttivi che, è statisticamente provato, sono associati all'omosessualità? Come interpreta que-

sti comportamenti? Starsene fuori dall'ambito filosofico con questi soggetti richiederebbe quella «neutralità rogersiana» che neppure Carl Rogers è riuscito a mettere in pratica. E una volta che sono emersi come possono venire ignorati questi fattori, con il loro significato e la loro probabile origine?

Quanti perseverano nella nostra terapia, in realtà, credono che «sia accaduto loro qualcosa». Offriamo un'interpretazione dei traumi di cui ci parlano, un'interpretazione che trova una profonda risonanza in loro. Offriamo anche una via d'uscita, la cui efficacia è stata dimostrata su altri uomini.

Soggetto e terapeuta insieme

In verità, la dimensione più potente dell'alleanza nel lavoro può entrare in gioco solo quando il terapeuta e il soggetto vedono l'SSA allo stesso modo. Quando un terapeuta assume una posizione neutrale (per me gay o etero è comunque ok), questo diluisce il potere del transfert e lascia al soggetto la sensazione di non essere completamente compreso e sostenuto. A sostenere il cliente durante i periodi difficili della terapia è l'incrollabile certezza del terapeuta sul fatto che il cliente possieda un potenziale eterosessuale. Per questi uomini, sapere che una persona per loro importante vede questo potenziale, per quanto nascosto, anche quando loro stessi sono dubbiosi, è un'ispirazione potente.

Rimettere in contatto l'uomo con il suo io dotato di genere

Parlando del loro retroterra familiare, i nostri clienti ci ripetono di continuo che non si sono mai sentiti conosciuti e amati *per quelli che sono realmente*. Questo non vuol dire che le loro famiglie non li amassero, la maggioranza dei genitori amava i figli e desiderava il meglio per loro. Ma con quel particolare figlio c'era una disconnessione, una distonia.

Nella maggioranza dei casi, i miei clienti dicono che non si sono mai sentiti davvero «visti» dai propri genitori. È compito della terapia cancellare la vergogna, riparare la perdita dei legami e riconnettere di nuovo l'uomo con l'individuo dotato di genere che è stato progettato a essere.

* * *

Post scriptum: Nelle storie dei clienti e nelle trascrizioni delle sedute qui riportate, i nomi e i particolari che possono condurre all'identificazione della persona sono stati cambiati a salvaguardia della privacy. Quindi qualunque somiglianza con persone conosciute dal lettore è casuale.

Capitolo 1

SINTESI

I progressi nella terapia riparativa

L'omosessualità non sarà un problema per l'American Psychological Association, ma è un problema per me.
Uno studente di diciannove anni

* * *

Ho attaccato il mio carro alla stella sbagliata.
Un uomo di cinquant'anni

Negli ultimi anni, sono stati compiuti progressi significativi nella comprensione dell'origine e nel trattamento dell'attrazione maschile per il proprio sesso. Questo libro riunisce i progressi registrati dopo i miei precedenti lavori: *Reparative Therapy of Male Homosexuality: A New Clinical Approach* (1991); *Healing Homosexuality: Case Stories of Reparative Therapy* (1993) e *A Parent's Guide to Preventing Homosexuality* (2002), tradotti in italiano rispettivamente come *Omosessualità maschile: un nuovo approccio* (Sugarco Edizioni, 2002), *Oltre l'omosessualità. Ascolto terapeutico e trasformazione* (Edizioni San Paolo, 2002) e *Omosessualità. Una guida per i genitori* (Sugarco Edizioni, 2003).

Nessun modello di sviluppo omosessuale sano

Sono passati più di trent'anni da quando, nel 1973, l'American Psychological Association (APA) ha stabilito che l'omosessualità non è patologica. In tutto questo tempo, nessun teorico ha presentato un modello credibile di sviluppo infantile *non traumatico* tale da ingenerare l'omosessualità. Il miglior tentativo di offrire un modello non patologico con esiti omosessuali è quello dello psicologo Daryl Bem (1996). Ho criticato il suo modello in altre occasioni.

Bem,¹ uno psicologo che è anche attivista gay, spiega nel suo modello «Esotico diventa erotico» che quello che appare *esotico*, cioè misterioso, nell'infanzia diventa *erotico* nell'età adulta. Sono d'accordo con questa idea: una persona erotizza ciò con cui non si identifica. Ma, e questo è notevole, Bem non vede come un problema il fatto che la mascolinità risulti esotica per un ragazzo. È chiaro che lui non crede, come invece crediamo noi, che la normalità sia *ciò che funziona nel modo in cui è stato progettato*.

Quando un uomo trova che la mascolinità sia misteriosa ed esotica e la cerca al di fuori di sé, crediamo che viva con un falso sé e, come ha osservato il celebre psichiatra Robert Spitzer, che «c'è qualcosa che non va».

I fattori socio-familiari rimangono al centro

Anche se riconosciamo che un temperamento atipico per il genere abbia un ruolo nel predisporre all'omosessualità, almeno in alcuni casi, continuiamo a concentrarci sull'influenza dei fattori socioambientali nello sviluppo dell'SSA. Sottolineiamo il ruolo della famiglia triadica-narcisistica (i tratti di narcisismo e deficit dell'identità di genere sono associati all'SSA) e il ruolo eziologico della mancanza di sintonia con i genitori nell'infanzia. L'influenza del padre è particolarmente determinante nel caso di un ragazzo nato con un temperamento sensibile.²

Nei nostri principi terapeutici, continuiamo a sottolineare la potente esperienza di guarigione della relazione con un terapeuta dello stesso sesso e accuratamente sintonizzato e l'importanza duratura (in realtà, per tutta la vita) di amicizie maschili intime.

Il principio essenziale della terapia riparativa rimane lo stesso, descritto da un paziente semplicemente così: « Quando un vero uomo mi vede come un vero uomo, allora divento un vero uomo ».

Riconoscere le carenze di genere e le carenze dell'io

Di recente, la teoria riparativa si è ampliata e ora considera l'attrazione omosessuale qualcosa di più di un tentativo di riparare i deficit di genere. Ora la vediamo come uno sforzo per riparare i deficit profondi dell'io.

Le mie lunghe osservazioni cliniche suggeriscono una tendenza ripetuta nella prima infanzia; *specificamente, un accumulo di sofferenze emotive precoci che ha portato a una ferita affettiva.*

Credo che l'omosessualità non sia solo una difesa contro l'inferiorità di genere ma anche *una difesa contro un trauma al nucleo dell'io.* Oltre alle necessità di identificazione con il proprio sesso, riconosciute in precedenza, ora comprendiamo meglio questa condizione come un tentativo di sanare un trauma di abbandono o annullamento.

Vediamo l'omosessualità come un tipico tentativo di « riparare » un disperato bisogno, compreso dalla vergogna, di individuazione basata sul genere. In questo modo, l'omosessualità può essere vista come una forma patologica di elaborazione del lutto. Prendendo a prestito i concetti dagli studi sulla perdita delle persone care e sul lutto, rivolgiamo una nuova attenzione ai contributi della teoria sull'attaccamento e al ruolo della vergogna.

Un modello interattivo

All'interno dei nostri parametri eziologici ci sono molte combinazioni plausibili di cause per l'omosessualità. Per ciascuna persona questi fattori si intrecciano in una maniera unica. Il nostro modello presta attenzione alle influenze biologiche (un temperamento sensibile) ma dà più importanza al fallimento dei genitori nel sostenere l'identità emergente del ragazzo.

Hanno un ruolo anche le esperienze negative con gli altri bambini dello stesso sesso.

Tutti questi fattori portano a un senso di estraneità dai maschi che è stato identificato anche dallo psicologo attivista gay Bem, per cui il ragazzo con SSA considera gli altri maschi misteriosi, diversi da lui, in una parola esotici. Nel corso degli anni di lavoro con migliaia di uomini che lottavano contro l'SSA indesiderata ho ascoltato ripetutamente le stesse storie d'infanzia su dolorosi inganni relazionali, tradimento e, alla fine, delusione inconsolabile.

I clienti si lamentano ripetutamente di sentirsi deboli, inadeguati e fuori controllo, e dimostrano un atteggiamento difensivo verso la vita e le relazioni.³ È affrontando questi dolori profondi che il terapeuta e il cliente si incontrano al livello più profondo. A questo livello di incontro umano, comincia la guarigione.

Il quadro generale

Grazie, omosessualità! Attraverso l'infelicità che mi hai causato, mi hai costretto a guardare me stesso, ad affrontare tutte quelle cose che ho rimosso, evitato. Sono più vivo perché ho affrontato la mia omosessualità.

Un grande passo avanti nella terapia si registra quando il centro delle preoccupazioni del paziente si sposta da quello che percepiva come il problema originale all'inizio del trattamento, vale a dire la sua SSA indesiderata, verso i problemi più profondi e conseguenti che causano la sua suscettibilità ad atti omosessuali. Comprendendo questa differenza un soggetto ha spiegato così quello che anche molti altri mi hanno detto: «Il mio problema è questo vuoto di fondo nella vita che mi spinge a provare attrazione per i maschi». Un altro, afferrando il contesto più ampio del proprio problema di omosessualità, dopo sei mesi di terapia annunciò: «La buona notizia è che il mio problema non è l'omosessualità. La cattiva è che è tutto il resto!». Con «tutto il resto» quest'uomo voleva indicare il proprio stile relazionale compromesso, la pervasiva difficoltà a rapportarsi alla pari con gli altri uomini e il bisogno di mostrare un falso sé al mondo.

L'idea che sia *l'inautenticità emotiva* a spingere un uomo ad atti omosessuali è dimostrata più chiaramente nell'analisi di ciò che chiamiamo «Lo scenario che precede gli atti omosessuali» (capitolo 13). Questo è il nostro modello degli eventi che giorno per giorno ci dice quando il soggetto sarà più probabilmente tentato di commettere atti sessuali indesiderati. Seguendo da vicino i dettagli della vita dei nostri clienti e i cambiamenti dei loro stati interiori, vediamo che è il conflitto assertività contro vergogna a spingere l'uomo nello stato depressivo che chiamiamo «zona

grigia». Ed è all'interno della «zona grigia» che il desiderio omosessuale risulta più irresistibile.

L'idea che l'omosessualità sia un sintomo di un problema più ampio di autoidentificazione è corroborata dal fatto che quasi tutti i pazienti lamentano di sentirsi «insicuri», «inadeguati», «un ragazzino in un mondo di adulti», «fuori controllo» e con scarsa autorevolezza nelle relazioni. Per anni ho ascoltato persone che esprimevano questa impotenza relazionale: «Lei mi fa star male, loro mi scocciano, lui non mi prende sul serio».

La vergogna come parte integrante dell'SSA

La lotta con la vergogna viene riscontrata da quasi tutti i terapeuti che descrivono gli uomini con SSA con cui lavorano. In realtà, praticamente tutti i terapeuti *gay affermativi*, quelli che incoraggiano attivamente i clienti ad abbracciare un'identità gay, identificano nella vergogna un problema terapeutico fondamentale. Tuttavia, vedono questa vergogna come «omofobia interiorizzata», un conflitto indotto dalla società che secondo loro impedisce all'uomo di accettare il proprio sano e normale omoerotismo. Mentre risulta evidente che la reazione della società verso l'omosessualità produce la vergogna, io credo che la condizione omosessuale sia *cominciata* con la vergogna, specificamente nella vana lotta della persona per un attaccamento sicuro e un'identità mascolina.

Basato su questa premessa, l'approccio terapeutico che seguiamo nella nostra clinica devia l'attenzione del paziente dal lamentarsi per il proprio problema presente per affrontare la questione più importante del ruolo o «posizione» che assume nel proprio mondo relazionale. Siamo giunti a credere che un compromesso con l'integrità personale scateni la vergogna, che a sua volta scatena la necessità di una regolazione dell'autostima (riparazione), che a sua volta spinge l'uomo a cercare un rapporto affettivo ed erotico con il proprio sesso. Così un obiettivo importante della terapia riparativa consiste nell'aiutare il soggetto a liberarsi dalla vergogna per vivere con un atteggiamento assertivo.

Diversamente dai terapeuti che sostengono l'omosessualità, che vedono la vergogna come conseguenza dell'omosessualità socialmente disapprovata (omofobia), noi vediamo l'omosessualità come una soluzione narcisistica ad un problema di vergogna. Facendo riferimento a questa lotta quotidiana con l'omosessualità, che lui chiama «essa», un uomo ha scritto questa pagina di diario:

Il falso conforto di «**essa**»
 È la mia vergogna
 Che dà a «**Essa**» potere su di me.
 «**Essa**» torna sempre alla mia vergogna.
 Ci sono momenti in cui **Essa** non c'è,

Non è presente nella mia vita, e io penso:
 «Oh, questo è bello, pacifico». Ma poi la mia vergogna
 Arriva e con quella, ancora una volta, **Essa**.
 Quando la vergogna travolge la mia vita, allora **Essa** sembra
LA GRANDE PROMESSA DI CONFORTO!
 La mia sfida è vivere la mia vita senza vergogna.
 Allora non avrò bisogno del falso conforto di **Essa**.

Il lavoro terapeutico sul corpo

In un nuovo approccio al trattamento riparativo, abbiamo adottato un insieme di interventi derivato dalla scuola terapeutica nota come *Affect-Focused Therapy* (AFT, terapia focalizzata sugli affetti). Gli autori più importanti all'interno del movimento sono Davanloo (1980); Neborsky (2004); Alpert (2001); Coughlin Della Selva (1996) e Fosha (2000).

La tecnica intensiva dell'AFT è centrata sulla riduzione dei conflitti e dei traumi intrapsichici fondamentali. Determinati conflitti fondamentali si verificano con una regolarità quasi prevedibile nella vita degli uomini SSA, per i quali i principi e le tecniche dell'AFT sono particolarmente utili. Chiamiamo il nostro modello di AFT «lavoro sul corpo» (senza nessun contatto fisico). Abbiamo modificato questo approccio terapeutico, che in altre applicazioni può essere molto aggressivo, rendendolo più «gentile, delicato» per i nostri uomini, che hanno alle spalle una storia di manipolazione e controllo: di conseguenza la nostra modalità non sottolinea tanto lo scontro, quanto un lavoro di collaborazione e supporto.

Il lavoro sul corpo richiede che il soggetto reagisca con i propri veri sentimenti nel presente, invece di reagire alle situazioni presenti come se fossero eventi del passato. Si concentra sull'espressione e la risoluzione dei conflitti emotivi e tiene presente la terapia Gestalt di Fritz Perls. Affrontando quella struttura difensiva che è l'inibizione affettiva del cliente, con l'uso di un metodo accelerato o «esasperato», il lavoro sul corpo consente di abbattere rapidamente le barriere emotive e di conseguenza permette l'introspezione. Queste tecniche funzionano bene nello sbloccare le difese e consentono un immediato accesso ai sentimenti. Sono particolarmente applicabili al cliente con SSA, perché la sua sintomatologia è molto spesso una conseguenza dell'inibizione affettiva, conseguenza della vergogna traumatica.

L'obiettivo del paziente riguardo alla terapia riparativa non è più sfogare le proprie sofferenze passate nel presente, ma sperimentare i sentimenti autentici riguardo al proprio passato mentre è alla presenza del terapeuta. Quando il terapeuta lo incoraggia ad aprirsi, egli rivive quei sentimenti e le loro associazioni in presenza di una persona in sintonia. Allora è in grado di «assorbire» la nuova comprensione di se stesso. Il suo conflitto, già

identificato, viene così ridefinito e trasformato, investendolo di un significato nuovo e coerente.

Il lavoro sul corpo, dunque, permette al cliente di capire l'attrazione per il proprio sesso non solo cognitivamente ma «dall'interno». Tramite questo processo i soggetti acquisiscono quasi sempre la consapevolezza di un profondo senso di indegnità.

Ritrovare le tracce dell'attaccamento

L'attaccamento è il fondamento della nostra identità personale. È mediante l'attaccamento madre-figlio che sviluppiamo il nostro senso dell'io e scopriamo chi siamo. La vergogna provata durante questo processo di creazione di un attaccamento e di individuazione sovverte lo sviluppo dell'identità personale e anche dell'identità di genere. Dato che i nostri pazienti raccontano l'esperienza fondamentale di non sentirsi «visti» dai propri genitori, inevitabilmente si sono sentiti anche non amati, almeno nel senso più profondo e autentico. C'è la percezione profonda che i loro genitori, anche se magari animati dalle migliori intenzioni, abbiano fallito nel vederli, conoscerli e accettarli davvero. Questo trauma è alla base del loro tentativo di individualizzarsi. Sentendosi abbandonati perché non erano davvero conosciuti, hanno sviluppato la risposta maladattiva del falso sé. Benché il falso sé sia adattivo nel proteggere l'io nell'infanzia, diventa maladattivo nell'età adulta. Poiché è una difesa dall'autentico scambio di sentimenti, esclude tutte le future opportunità di legami autentici. Il cliente deve lasciar cadere la difesa del falso sé per ricevere l'affermazione maschile necessaria per la risoluzione della propria SSA.

Vediamo sempre gli effetti duraturi del trauma infantile della vergogna per non essersi sentiti davvero visti. Così incoraggiamo l'uomo con SSA a rivivere il trauma, e in particolare la rabbia e la tristezza associate ad esso, e così venir «visto e conosciuto» dal terapeuta nel processo di elaborazione del lutto (vedi parte III). Nell'elaborazione del lutto il terapeuta fa notare al soggetto le conseguenze negative del mantenere le illusioni e le distorsioni che lo hanno protetto dal riconoscere e rivivere quelle perdite dell'attaccamento fondamentale.

La sfida di allevare un figlio non conforme al genere

Tra gli uomini con SSA osserviamo spesso un temperamento che è sensibile, emotivo, relazionale e più orientato all'estetica rispetto al maschio tipico. Gli omosessuali raccontano per lo più di essersi sentiti «diversi dagli altri ragazzi». Questo contribuisce al senso di disagio, di cui spesso parlano, provato accanto ad altri maschi (inclusi i propri padri).

I padri di un figlio dal temperamento sensibile si trovano ad affrontare una sfida particolare. Questi figli si troveranno in difficoltà nel gestire la fase dell'identificazione di genere durante l'infanzia. I padri spesso ri-

cordano che quel particolare ragazzo, a differenza degli altri figli, sembrava rifiutarli. Sarà vitale, per il padre, «andare a prendere» quel ragazzo e trascinarlo attivamente nella sfera maschile, perché, a differenza dei suoi fratelli più virili, troverà molto facile rifugiarsi nel conforto del femminile.

Riconoscere i fattori biologici

Gli sforzi, tra i miei colleghi, per presentare l'omosessualità come solo ed esclusivamente «biologicamente *predeterminata*» sono falliti, anche secondo le ammissioni dei ricercatori stessi (molti dei quali gay). Tutto il comportamento, naturalmente, ha delle basi biologiche e alcuni bambini potrebbero davvero avere una predisposizione biologica all'omosessualità. Ma «predisposizione» non è sinonimo di «predeterminazione». *Possibilità non è lo stesso che inevitabilità*. Nessuna ricerca ha dimostrato che alcuni bambini siano inevitabilmente destinati a essere omosessuali.

Se il cervello di un maschio non è completamente mascolinizzato, sempre che la ricerca confermi che questa teoria affascinante è un fattore dell'SSA, si può dire che è «normale»? A volte, sbagliando, si dà per scontato che se qualcosa è innato, allora è normale. Eppure molti di noi nascono con caratteristiche innate come la collericità, la tendenza all'obesità, all'alcolismo, la miopia e il disturbo dell'attenzione. Gli individui in queste condizioni, per così dire, sono «nati così», ma non sono stati progettati così; queste sono anomalie e problemi da superare. È facile confondere i concetti di «nato così» e «progettato così». A questo punto, se un cervello maschile non completamente mascolinizzato fosse biologico, dovremo dire che è un *errore dello sviluppo biologico*, come, per esempio, il disturbo dell'attenzione.

Una variante benigna?

Inoltre, quando guardiamo onestamente alla condizione omosessuale, vediamo che non è un'espressione benigna della diversità umana. Anche senza considerare le sue molte conseguenze negative per la società, vediamo che ha a che fare con un'inesorabile sensazione di disperazione e un particolare disimpegno emotivo. I nostri stessi pazienti, non sorprendentemente, rivelano un atteggiamento disperato verso la vita e sfiducia nelle relazioni. Si aspettano che tutte le cose buone, alla fine, li tradiscano. Non è sorprendente: l'omosessualità è per forza, dopotutto, una lotta per l'appartenenza, in un mondo di persone dotate di genere.

Inoltre, non possiamo evitare di riconoscere l'egocentrismo narcisistico che gli uomini con SSA esibiscono tanto spesso, che indebolisce continuamente la spinta umana verso la connessione emotiva. Un soggetto di trentacinque anni ha descritto la propria privata (ma molto tipica) battaglia con l'egocentrismo narcisistico in questo modo: «Per me, avvicinarmi agli al-

tri, connettermi, è uno sforzo cosciente. È sempre un esercizio di volontà, quello di spingermi fuori dall'isolamento e fare entrare gli altri». Questo tipico timore del coinvolgimento emotivo conduce a frustrazione, solitudine, cinismo generale verso la vita e, infine, rassegnazione a uno stile di vita di superficialità relazionale.

Un altro uomo ha parlato della sua depressione, che durava da una vita, e ha detto che era per questo che la scena sociale gay lo aveva attratto da molto tempo. «Mi chiedo cosa ci fosse, nella vita gay, di così irresistibile per me. E penso: *la frivolezza*. Oh, parliamo di cose divertenti. Ma quelle "cose divertenti" mi hanno portato alla disperazione».

Alla fine, dunque, i pazienti scoprono che il duro lavoro della terapia non riguarda tanto l'eliminazione della tentazione omosessuale, quanto l'imparare a sviluppare l'autenticità personale e interpersonale. E si tratta di ripercorrere le strade imboccate nell'infanzia, che li hanno portati verso questo cammino disgraziato.

Quando gli ho chiesto cosa avrebbe detto agli altri uomini che seguivano la terapia riparativa, un cliente mi ha risposto:

Direi loro che non credo negli obiettivi del movimento gay. Segui quello che il tuo cuore e la tua mente ti dicono davvero. Questa vita non potrà mai essere autentica. Se sei sulla via del cambiamento, non fermarti, non arrenderti. C'è molta più gioia in questo che in tutto quello che ho fatto nei miei folli anni di sfogo continuo.