

***What Is Reparative Therapy?
Examining the Controversy***

COS'É LA TERAPIA RIPARATIVA? OLTRE LE POLEMICHE

Joseph Nicolosi, Ph.D.

Che cosa è la terapia riparativa? E come mai è così controversa? I suoi detrattori dicono che spinge il paziente a negare il proprio vero io e che è nociva per i suoi legami familiari. Vorrei invece spiegare cos'è davvero la terapia riparativa.

É il paziente che stabilisce gli obiettivi da raggiungere

Prima di tutto, la terapia riparativa non è mai svolta per coercizione, come è il caso per qualsiasi buona terapia. Il paziente chiede aiuto al terapeuta per ridurre qualcosa che gli crea disagio, e il terapeuta accetta di condividere con lui le sue conoscenze e la sua esperienza professionale per aiutarlo a raggiungere i propri obiettivi. Il terapeuta dà vita ad una relazione collaborativa, alla base della quale vi è l'accordo di adoperarsi per una diminuzione delle attrazioni omosessuali indesiderate del paziente e di esplorare il suo potenziale eterosessuale.

La base della terapia riparativa è, come in ogni buona terapia, l'alleanza terapeutica. Tale alleanza fondamentale è così definita: il paziente e il terapeuta decidono di comune accordo di impegnarsi per raggiungere degli obiettivi chiaramente definiti, e **definiti dal paziente**, che è sempre libero di ri-definire tali obiettivi nel corso della terapia. Il paziente inoltre non è solo invitato a definire gli obiettivi della terapia nel suo insieme, ma è incoraggiato ad esplicitare quali sono i singoli obiettivi di ogni sessione; ha cioè il compito di "portare" nella sessione terapeutica il suo "conflitto identificato". In breve, il paziente deve sempre essere al comando.

Ovviamente tale relazione collaborativa non potrebbe prevedere l'uso o l'imposizione di tecniche che abbiano come effetto un cambiamento dell'orientamento sessuale, il che ovviamente sarebbe impossibile. Invece la terapia riparativa si avvale di metodi di intervento di base che faranno sì che le attrazioni omosessuali del paziente diminuiscano e, in alcuni casi, scompaiano. E tuttavia il risultato non può essere garantito. Il paziente deve essere reso consapevole fin dall'inizio del fatto che la diminuzione delle attrazioni per lo stesso sesso e la crescita del suo potenziale eterosessuale saranno realizzabili su un continuo che può variare da un cambiamento completo per alcuni, ad un cambiamento parziale per altri, che comunque vivranno una riduzione delle loro attrazioni per lo stesso sesso, fino ad una assenza di cambiamento per alcune persone. Alcune di queste persone potrebbero decidere di abbracciare uno stile di vita gay; altre, in particolare le persone con una fede religiosa, potrebbero decidere di accettare la persistenza delle loro pulsioni indesiderate, impegnandosi a mantenere la castità.

A volte il paziente non sa lui stesso che cosa vuole, come è a volte il caso per gli adolescenti che vengono portati in terapia dai loro genitori. Con questi ragazzi, qualora essi stessi prendano la decisione di proseguire la terapia, decidiamo di comune accordo di non concentrarci sulla loro omosessualità e l'alleanza terapeutica si basa sugli obiettivi del paziente, che possono riguardare problemi familiari oppure problemi legati al rifiuto da parte dei coetanei.

Il terapeuta affermativo dell'identità gay non fa domande

Il terapeuta riparativo non accetta le attrazioni e le pulsioni omoerotiche del paziente al livello della superficie, ma invita lo stesso a compiere un'indagine priva di giudizio circa le motivazioni più profonde delle stesse. Il terapeuta riparativo chiede il "perché" e invita il paziente a fare lo stesso.

Il terapeuta affermativo dell'identità gay, al contrario, vede l'omosessualità in modo "fenomenologico", vale a dire – accetta le attrazioni omosessuali del paziente al livello della superficie senza chiedersi da dove queste abbiano origine. Si tratta di un'omissione decisamente non professionale.

Il terapeuta che pratica la terapia riparativa scende molto più in profondità. Riconosce, per esempio, che un adolescente potrebbe ritenere di essere omosessuale per un'infinità di ragioni che non hanno per nulla a che fare con la sua identità sessuale. Il suo desiderio omosessuale potrebbe essere radicato in un desiderio di accettazione, approvazione ed affetto da parte di altri maschi o potrebbe riflettere la sua solitudine, noia o curiosità. Potrebbe dedicarsi ad atti omosessuali per avventura, denaro, pressione da parte dei pari, oppure per esprimere ostilità nei confronti dei suoi coetanei maschi. Oppure potrebbe ri-inscenare il trauma dell'abuso sessuale subito da parte di un altro uomo. (Fields, Malabranche e Feist-Price, 2008).

Una percentuale notevole di persone con un orientamento omosessuale ha subito un abuso sessuale da parte di un uomo durante l'infanzia. Uno studio ha riscontrato come il 46% degli omosessuali maschi avesse riportato di avere subito molestie da parte di uomini durante l'infanzia rispetto al 7% degli eterosessuali. Lo stesso studio ha riscontrato come il 22% delle lesbiche avesse subito molestie rispetto all'1% delle donne eterosessuali (Tomeo, et.al., 2001). Nei casi in cui la persona sia stata molestata durante l'infanzia, il comportamento omosessuale può rappresentare una compulsione ripetitiva.

Davvero un adolescente potrebbe convincersi di essere gay per via delle influenze di un adulto persuasivo, un terapeuta affermativo dell'identità gay, un mentore, un insegnante o addirittura il suo stesso molestatore. Tali adulti influenti potrebbero riuscire a fuorviare il ragazzo e fargli credere che l'omosessualità, per lui, sia semplicemente inevitabile.

Il comportamento omosessuale potrebbe altresì essere il risultato di una crisi dello sviluppo che ha creato insicurezze nel ragazzo, suscitando in lui il desiderio di protezione da parte di un uomo più

forte. Le sue ansie e insicurezze nell'approcciare il sesso opposto (eterofobia) potrebbero spingere il ragazzo a cercare un partner dello stesso sesso, percepito come più sicuro.

L'identità gay potrebbe rappresentare una posizione politica o ideologica nei confronti del mondo, come è il caso del lesbismo femminista-radical presente all'interno dei movimenti femministi. (Whisman, 1996). Inoltre dei fattori ambientali quali la reclusione in una prigione oppure altri casi in cui i ragazzi vivono in un centro di cura, dormono insieme e sono isolati dalle ragazze potrebbero promuovere il comportamento omosessuale e la conseguente auto-identificazione come gay. Qualsiasi libro sull'adolescenza riconosce come il comportamento omosessuale possa fare parte delle varie esperienze non inusuali dell'adolescenza.

Le forme di omosessualità a cui si è accennato sopra potrebbero presentarsi durante l'adolescenza ma poi scomparire nell'età adulta. Ciò è confermato da alcuni studi che mostrano come, man mano che i ragazzi crescono, abbiano una probabilità notevolmente inferiore di identificarsi come omosessuali. Uno studio che ha preso in considerazione 34.707 ragazzi del Minnesota ha riscontrato come il 25.9 % dei dodicenni fossero incerti rispetto al loro orientamento sessuale (Remafedi et. al, 1992). Per contrasto, solo il 2 o il 3% degli adulti si identificano come omosessuali. Ciò significa che circa il 90% di questi ragazzi incerti rispetto al proprio orientamento potrebbero essere erroneamente definiti "omosessuali" da un terapeuta affermativo dell'identità gay o da un counselor scolastico.

Per tutte queste ragioni l'adolescente ha il diritto di esplorare le motivazioni per cui ritiene o sente di essere omosessuale.

Perchè il nome "terapia riparativa" ?

Si è cercato di stigmatizzare il termine "terapia riparativa" e di marginalizzare le persone che intraprendono questo tipo di terapia. Tuttavia la visione della stessa omosessualità come "riparativa" offre al paziente con attrazioni omosessuali indesiderate una spiegazione più profonda, oltre che la possibilità di ampliare ed approfondire i propri obiettivi.

Molte persone che si identificano come gay ritengono che il termine "riparativo" sia offensivo. "Non ho bisogno di essere riparato." La nostra risposta è: "Certo che no. Nessuno può "riparare" un'altra persona, evidentemente. Ma se vuoi adoperarti per il cambiamento di te stesso, davvero hai delle opzioni."

A differenza degli omosessuali che si identificano come gay, molti dei nostri pazienti omosessuali non gay trovano conforto nella consapevolezza che l'omosessualità per loro potrebbe rappresentare il tentativo inconscio di "auto-riparare" la loro percezione di inferiorità rispetto al proprio genere e di soddisfare dei bisogni emotivi maschili normali e sani.

Per tali persone, il concetto della "riparazione" accresce l'auto-accettazione e la compassione rispetto alle proprie attrazioni indesiderate, che prima avevano generato in loro tanta confusione,

vergogna e disprezzo per se stessi. Il terapeuta che lavora a partire da tale modello teorico inoltre avrà la gratificazione di gettare un ponte concettuale fra il suo lavoro e la ricca tradizione psicodinamica che parte con Freud ed arriva fino al presente.

Questa ampia letteratura informa in modo migliore il suo lavoro con il paziente, e gli permette di fornire un modello concettuale e terapeutico consolidato al paziente in cerca di risposte.

Il termine “riparativo” offre inoltre una spiegazione rispetto alla natura stessa dell'omosessualità, intesa secondo tale modello come uno sforzo inconscio mirato alla riparazione di se stessi. Attraverso questa prospettiva condivisa, paziente e terapeuta collaborano e scavano a fondo, per comprendere più in profondità l'esperienza del paziente.

I quattro principi della terapia riparativa

I principi sono i seguenti: (1) il terapeuta rivela le sue opinioni; (2) il terapeuta incoraggia il paziente ad indagare su se stesso; (3) la risoluzione del trauma infantile; (4) istruzione riguardo i fattori associati all'omosessualità.

(1) Rivelare – non imporre

Fin dall'inizio della terapia, lo psicoterapeuta che intraprende la terapia riparativa rivela le sue opinioni riguardo l'omosessualità sia dal punto di vista del professionista scientifico quale è, che a partire dalla sua prospettiva personale, filosofica o religiosa. (Anche il terapeuta affermativo dell'identità gay rivelerà al paziente la sua concezione filosofica, secondo la quale l'omosessualità è equivalente all'eterosessualità). Il terapeuta che pratica la terapia riparativa deve dire chiaramente al paziente di ritenere che l'omosessualità sia essenzialmente un adattamento al trauma infantile e che l'atto omosessuale rappresenti un comportamento riparativo che potrebbe implicare serie conseguenze per il suo futuro. Ma allo stesso tempo il terapeuta non deve imporre la sua visione al paziente, piuttosto deve dargli spazio affinché possa esplorare lui stesso la propria identità sessuale e auto-determinarsi in modo autonomo. Il terapeuta “riparativo” (come il terapeuta affermativo dell'identità gay) non deve esercitare pressioni sul paziente, o manipolarlo affinché questo sposi il suo punto di vista. Invece il terapeuta deve sempre accettare e valorizzare il paziente come persona, non importa quale sia il suo orientamento sessuale, il suo comportamento o la sua identificazione personale.

(2) Incoraggiare l'indagine su se stessi

Il terapeuta riparativo non suggerisce alcuna tecnica volta ad eliminare direttamente le attrazioni omosessuali del paziente. Questi tentativi non funzionano. Piuttosto, il terapeuta invita il paziente a compiere un'auto-indagine. Questi viene incoraggiato a farsi delle domande su se stesso e a scrutare in profondità i sentimenti, i bisogni e i desideri che davvero potrebbero essere sottesi alla sua omosessualità indesiderata.

E questo ci porta ad un'altra regola della terapia riparativa: ovvero l'alleanza terapeutica deve prevedere che il paziente si possa sentire sempre libero di essere in disaccordo con il terapeuta. (Nicolosi, 2009).

(3) La risoluzione del trauma infantile

La terapia riparativa parte dal presupposto che l'omosessualità, nella maggior parte dei casi, rappresenti una riparazione del trauma infantile. Il trauma potrebbe essere stato di tipo esplicito, come l'abuso sessuale o emotivo, oppure implicito, nella forma di un messaggio negativo da parte dei genitori riguardo il bambino e il suo genere. L'esplorazione, l'isolamento e la risoluzione di tali ferite emotive infantili spesso porterà ad una riduzione dell'omosessualità del paziente.

(4) Istruzione

Il terapeuta ha la responsabilità di rivelare al paziente informazioni che possono essergli utili. Sta poi al paziente decidere che cosa fare di quelle informazioni.

Il terapeuta che pratica la terapia riparativa è più informato riguardo l'omosessualità rispetto alla maggior parte dei professionisti nel campo della salute mentale. La sua responsabilità educativa si articola in tre aree :

(a) Le cause alla base. Le ricerche mostrano come le attrazioni per lo stesso siano correlate a particolari esperienze negative in ambito familiare e con i coetanei (Bieber e altri,1962; Green, 1996). Quando queste esperienze si uniscono a un temperamento sensibile nel bambino il trauma che ne risulta può avere effetti negativi sia per quanto riguarda la sua auto-individuazione che per quanto concerne lo sviluppo della propria identità di genere. La terapia punta dunque a identificare e risolvere tali esperienze traumatiche del passato. (Bieber e altri,1962; Green, 1968; Tabin,1985; Nicolosi, Byrd e Potts, 2002).

(b) Le motivazioni sottese. Abbondano gli studi per i quali almeno alcuni casi di orientamento omosessuale sono originati da disturbi nella formazione della propria identità di genere. (Coates, 1990; Green, 1993; Horner, 1992; Fast, 1984; Coates e Zucker, 1988; Nicolosi, Byrd e Potts 2002). L'appagamento del bisogno di identificazione con il proprio genere può ridurre, e a volte eliminare, le attrazioni per lo stesso sesso (Nicolosi, Byrd e Potts, 2002).

(c) Conseguenze per la salute. Durante il suo processo di discernimento, il paziente ha il diritto di conoscere quali sono gli aspetti negativi a lungo termine a livello emotivo e medico che sono associati ad uno stile di vita gay, anche per quanto concerne i comuni comportamenti maladattivi correlati a tale stile di vita. (2). I tempi e i modi per parlare di ciò al paziente dovrebbero essere definiti dalla sensibilità del terapeuta e quando è nel migliore interesse del paziente.

Tutte le interazioni terapeutiche che sono state citate in questo articolo sono in accordo con le *NARTH Practice Guidelines for Treatment of Unwanted Same-Sex Attractions and Behaviors*. (ndt: le linee guida per il trattamento dell'omosessualità indesiderata stabilite dal NARTH, la *National*

Association for Research and Therapy of Homosexuality Associazione Nazionale per la Ricerca e la Terapia dell'Omosessualità www.narth.com). Tali linee guida assicurano il rispetto per il paziente ed offrono dei parametri etici di trattamento e di interventi educativi.

Note a piè di pagina

1. "All the Facts about Youth and Homosexuality," NARTH, The National Association for Research and Therapy of Homosexuality, (www.narth.com).
2. *Journal of Human Sexuality*, vol.1, 2009; see also Winn, Robert, The Gay and Lesbian Medical Association, "Ten Things Gay Men Should Discuss with Health Care Providers," 2012, www.glma.org.

Referenze e bibliografia

Bieber, I., Dain, H., Dince, P., Drellich, M., Grand, H., Gundlach, R., Kremer, M., Rifkin, A., Wilbur, C., e Bieber T. (1962). *Homosexuality: A Study of Male Homosexuals*. New York: Basic Books. (**Omosessualità: uno studio psicoanalitico**, Il Pensiero Scientifico Roma 1977)

Greenson, R. (1968). Disidentifying from mother: its special importance for the boy. In *Explorations in Psychoanalysis*, pp. 305-312. New York: International Universities Press.

Coates, S. (1990) Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 18:414-418.

Coates, S. and Zucker, K. (1988). "Gender Identity Disorder in Childhood." In *Clinical Assessment of Children: A Biopsychosocial Approach*, Eds. C.J. Kestenbaum and D.T. Williams. New York: New York University Press.

Fast, Irene (1984). *Gender Identity, A Differentiation Model; Advances in Psychoanalysis Theory, Research, and Practice, vol. 2*. University of Michigan: The Analytic Press.

Fields, S.D., Malebranche, D. and Feist-Price, S. (2008), Childhood sexual abuse in black men who have sex with men: Results from three qualitative studies. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14,385-390.

Green, Richard (1993). *The Sissy Boy Syndrome*. New York: Harper Collins.

Horner, Althea, "The Role of the Female Therapist in the Affirmation of Gender in the Male Patient," *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, vol. 20, n. 4, 1992, pp. 599-610.

Nicolosi, Joseph, (1991). *Reparative Therapy of Male Homosexuality*, Northvale, N.J.: Jason Aronson. (**Omosessualità maschile Un nuovo approccio** SUGARCO Milano 2002)

Nicolosi, Joseph, (1993). *Healing Homosexuality: Case Stories of Reparative Therapy*. N.J.: Jason Aronson. (***Oltre l'Omossessualità Ascolto terapeutico e trasformazione*** SAN PAOLO Milano 2007)

Nicolosi, Joseph (1993). "Treatment of the Non-Gay Homosexual Man," *Journal of Pastoral Counseling*, Vol. XXVIII, p. 76-82.

Nicolosi, Joseph (2009). *Shame and Attachment Loss, The Practical Work of Reparative Therapy*. Downers Grove, Ill.: InterVarsity Press, pp. 23-26. (***Identità di genere*** SUGARCO Milano 2010)

Nicolosi, J., Byrd, D., Potts, R.W. (June, 2002). "A Meta-Analytic Review of Treatment of Homosexuality," *Psychological Reports*.

Nicolosi, Joseph, and Nicolosi, Linda Ames (2002). *A Parent's Guide to Preventing Homosexuality*, Downers Grove, Ill.: Intervarsity Press. (***Omossessualità. Una guida per genitori***. SUGARCO Milano 2003)

Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R. and Harris, L., "Demography of Sexual Orientation in Adolescents," *Pediatrics*, vol. 89, April 1992., pp.714-21.

Rekers, George, "Homosexuality: Developmental Risks, Parental Values and Controversies," In *Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems*, G. Rekers, Ed., N.Y.: Lexington Books, 1995.

Satinover, Jeffrey, B., The "Trojan Couch": How the Mental Health Associations Misrepresent Science." National Association for Research and Therapy of Homosexuality, <http://www.narth.com/docs/TheTrojanCouch> Satinover

Tabin, Johanna (1985) *On the Way to the Self: Ego and Early Oedipal Development*. New York: Columbia University Press.

Tomeo, E. Marie, et.al., "Comparative Data of Childhood and Adolescence Molestation in Heterosexual and Homosexual Persons," *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 30, No.5, 2001.

Whisman, V. (1996) *Queer by Choice: Lesbians, Gay Men and the Politics of Identity*. N.Y., N.Y.: Routledge.

Zucker, Kenneth, and Bradley, Susan (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: Guilford.

Zucker, K. and Green, R., "Psychosexual Disorders in Childhood and Adolescence," *J. of Child Psychiatry*, 33, 107-151, 1996.