

ANDREA CRAPANZANO

Quando la Psicoanalisi perde la bussola: Riflessioni sulle Teorie di Riorientamento Sessuale

Abstract. In questo articolo, l'autore si propone di descrivere il cambiamento di rotta nel pensiero psicoanalitico verso l'omosessualità nel periodo successivo alla morte di Freud. Dopo una breve spiegazione del clima culturale e politico che ha portato a patologizzare l'omosessualità, vengono presentati i principali contributi psicoanalitici alle cosiddette "terapie di riorientamento sessuale". Viene infine dato spazio alle critiche mosse verso tali terapie. In conclusione, viene presentata una panoramica generale delle principali teorie psicoanalitiche contemporanee riguardanti l'omosessualità.

Keywords: Psicoanalisi, Omosessualità, Terapie di Riorientamento Sessuale, Critiche, Teorie Contemporanee

Abstract. In this article, the author intends to describe the change of direction in psychoanalytic thinking towards homosexuality in the period following Freud's death. After a brief explanation of the cultural and political climate that led to pathologizing homosexuality, the main psychoanalytic contributions to the so-called "sexual reorientation therapies" are presented. Finally, space is given to the criticisms leveled at such therapies. In conclusion, a general overview of the main contemporary psychoanalytic theories concerning homosexuality is presented.

Keywords: Psychoanalysis, Homosexuality, Sexual Reorientation Therapies, Criticism, Contemporary Theories

L'Omosessualità in Psicoanalisi dopo la morte di Freud

Freud non produsse mai un'opera riguardante esclusivamente l'omosessualità e considerò le proprie teorie riguardanti tale tema incomplete (Freud S., 1923). Egli discusse l'argomento in vari periodi della propria vita relazionandolo ad altre tematiche e inquadrandolo all'interno di presentazioni di casi clinici specifici. Per tali ragioni, analizzando le opere freudiane, è possibile trovare la presenza di diverse e talvolta contraddittorie formulazioni teoriche sull'argomento che dipingono talvolta una visione più normalizzante ed altre una visione più patologizzante dell'omosessualità. L'ambiguità e ambivalenza della posizione dell'autore su questo tema può essere giustificata dal fatto che Freud era "un uomo del suo tempo" influenzato dal clima sociale, religioso, culturale e politico nel quale si trovava oltre che dalla continua evoluzione del suo pensiero nel corso degli anni rispetto a questo come ad altri temi (Nicolosi, J., 2015).

Dopo la sua morte, avvenuta nel 1939, i suoi seguaci si focalizzarono quasi esclusivamente sull'elaborazione di teorie miranti a patologizzare l'omosessualità, con lo scopo di sviluppare trattamenti ad orientamento psicoanalitico miranti a cambiare l'orientamento sessuale di una persona dall'omosessualità originaria all'eterosessualità (Drescher, J., 2000).

Tale mutamento di atmosfera, visibile a partire dagli inizi degli anni '30, riguardò soprattutto il crescente interesse da parte di molti psicoanalisti per i pazienti più disturbati, con la logica conseguenza che orientamenti sessuali "diversi dalla normale eterosessualità" vennero correlati ad organizzazioni psichiche più primitive e patologiche come la paranoia, la perversione, la psicosi e la schizofrenia pseudoneurotica. Il termine non fu utilizzato allora, ma la maggior parte dei lavori pubblicati sull'omosessualità presupponeva che si trattasse di una condizione borderline (Kenneth L., 2008).

È sempre dopo la scomparsa di Freud che rapidamente la parola *inversione*, accezione preferita dallo stesso Freud per definire le diverse variazioni sessuali, scomparve dalla letteratura sull'argomento, e l'omosessualità divenne solo un'altra delle *perversioni*, un termine che ora si carica di connotazioni peggiorative. Come affermò Roughton (2002), dopo la sua scomparsa: "Il messaggio radicale di Freud sulla liberazione sessuale cominciò a svanire sullo sfondo del moralismo americano, della diagnosi medica e del gusto per la cura" (pp. 745).

Diversi autori hanno osservato l'emergere di questa tendenza nel mondo accademico (Lewes 1988; Abelow 1993). Infatti, le decadi tra gli anni '40 e gli anni '70 sono state contrassegnate dalla comparsa di opere che riportavano descrizioni dettagliate di casi clinici illustranti varie storie di vita di pazienti omosessuali al fine di trarre conclusioni sulle origini patologiche della loro

omosessualità e giustificare la necessità di sviluppare trattamenti per la loro patologia.

Come Kenneth Lewes (2008) ha dichiarato analizzando il clima psicoanalitico americano di quel periodo: “In America, la psicoanalisi ha abbandonato il suo ruolo di critica delle forme e dei valori sociali e ne è diventata la propagandista e l’esecutore. Questo cambiamento è più evidente nell’atteggiamento normativo sul ‘problema dell’omosessualità’” (pp. 301). Questa revisione reificò le persone omosessuali in un tipo, “l’omosessuale”, che era essenzialmente determinato dai suoi interessi sessuali. “L’omosessuale” veniva descritto o come una persona invalida per la quale provare pietà o come un sociopatico moralmente riprovevole, indifferente e ostile alle leggi e alle regole morali (Bergler E., 1956). Il materiale clinico pubblicato in quel periodo si soffermava ripetutamente sul carattere sgradevole e sulla manipolazione dei pazienti omosessuali negando la possibilità che vi fossero anche omosessuali ad alto funzionamento mentale e capaci di essere produttivi in società. Ancora Lewes (2008) sostenne che: “Nei quarant’anni di cui stiamo discutendo, nessun analista americano ha osato porsi in disaccordo con una tale rappresentazione o anche solo criticare il tono e lo spirito sottostante questo scenario odioso ed offensivo di scrivere sull’argomento. Gli omosessuali non potevano dissentire da simili opinioni su loro stessi, perché nessuna persona apertamente omosessuale poteva essere accettata all’interno di importanti istituti psicoanalitici per fini formativi. Questo atteggiamento omofobico fu virtualmente unanime e durò fino agli anni ‘80” (pp. 302).

La misura in cui la morte di Freud rappresentò un fattore determinante in tale cambiamento di visione è *speculativa*. Alcuni autori hanno enfatizzato fattori quali la perdita della sua mente moderatrice e della sua autorità, altri hanno enfatizzato la ribellione contro quell’autorità stessa (Abelove, 1993). In definitiva, molti fattori hanno probabilmente spinto l’*establishment* psicoanalitico americano verso una maggiore enfasi su temi quali patologia e trattamento, ad esempio l’emergere di una profonda disapprovazione morale della libertà sessuale e del modello medico di malattia e cura predominante in quel periodo. Altri hanno anche suggerito che il conservatorismo teorico degli anni ‘50 e ‘60, l’autoritarismo degli istituti psicoanalitici ed il sorgere di teorie innovative erano il risultato della necessità di “costruire un’oasi di stabilità” sulla scia del caos sociale della Seconda Guerra Mondiale e i suoi orrori (Friedman and Downey, 1998).

Teorie Psicoanalitiche sull’Omosessualità tra gli anni ’40 e ’70

Nel corso del quarantennio compreso fra il 1940 ed il 1970, alcuni psicoanalisti, come Rado e Bergler, si prodigarono in un’opera di revisione riguardo

al tema della comprensione dell'omosessualità. Essi la categorizzarono alla stregua di una *perversione* paragonandola perciò ad una *patologia sessuale*, focalizzando così il loro lavoro sullo sviluppo di metodi "curativi" per trasformare i pazienti omosessuali in eterosessuali (Drescher J., 2000).

Rado (1940), uno psicanalista di nazionalità ungherese trasferitosi negli Stati Uniti d'America negli anni Trenta, rigettò il concetto di "bisessualità universale e costituzionale" proposto da Freud. Rado considerava l'omosessualità come una difesa patologica che necessitava di cura e conversione fino a sfociare in eterosessualità. Secondo l'autore, l'eterosessualità rappresentava l'unica norma biologica e l'omosessualità rappresenterebbe un "evitamento fobico" dell'altro sesso, la cui causa principale era da ricercarsi in genitori inadeguati (Rado S., 1949). La teorizzazione di Rado contribuì al lavoro di Bieber e Socarides, due dei maggiori contributori allo sviluppo di "cure" psicoanalitiche dell'omosessualità che verranno discusse nel paragrafo successivo. Rado interpretò i comportamenti umani secondo i principi di adattamento darwiniani e definì le risposte psicologiche di un individuo come adattive o disadattive. Un'attività sessuale "non-creatrice", non mirata alla riproduzione e alla sopravvivenza della specie rappresenta un comportamento disadattivo. Poiché l'omosessualità si basa su una deviazione dal naturale design basato sulla suddivisione di maschile-femminile, due uomini che cercano intimità sessuale tra loro rappresentano un tentativo errato e disadattato di imitare incontri eterosessuali (Rado S., 1969).

Bergler, uno psicanalista americano di origine austriaca, descrisse gli omosessuali come "persone sostanzialmente sgradevoli". Aggiunse che di fronte ad una persona più forte, le persone omosessuali diventano "piagnucolose e servili; ma quando sono al potere, diventano spietate e senza scrupoli nel calpestare una persona più debole" (Bergler E., 1956, pp. 301). Secondo Bergler, l'omosessualità non rappresenta solo un disturbo individuale, ma è anche un serio problema sociale. Egli scrisse: "Fino ad ora, l'omosessualità è stata combattuta con argomentazioni morali ben intenzionate e ragionevoli e restrizioni legali ugualmente necessarie. Nessuno dei due metodi si è rivelato essere efficace. Gli argomenti morali sono sprecati per gli omosessuali... Le minacce di imprigionamento sono ugualmente inutili. La tipica megalomania dell'omosessuale gli permette di pensare a se stesso come un'eccezione" (pp. 302). Bergler descrisse due diversi tipi di omosessualità: una *omosessualità perversa*, conseguenza di problemi legati alla fase orale, e una *omosessualità spuria*, conseguenza di un irrisolto complesso edipico. L'omosessualità perversa è caratterizzata dall'accettazione consapevole da parte dell'individuo della gratificazione sessuale derivata da una relazione con un oggetto dello stesso sesso. Secondo Bergler, le persone omosessuali fingono consapevolmente di imitare la relazione tra marito e moglie. Dal punto di vista dello

sviluppo, secondo l'autore, la persona omosessuale sarebbe regredita al più antico livello di sviluppo psichico, la "fase orale". L'omosessualità, secondo tale visione, non sarebbe altro che una delle tante soluzioni anormali che il bambino adotterebbe durante lo svezzamento. Invece di adottare la soluzione normale di tale stadio dello sviluppo, ossia consolarsi del fatto di non avere un seno con l'orgoglio di avere un pene, il bambino che diventerà omosessuale, spinto dalla rabbia, rifiuterebbe l'intero sesso femminile da cui è stato deluso e rincorrerebbe il pene come rappresentante, in forma difensiva, del seno deludente della madre (Bergler, E., 1948).

Gli Approcci Direttivo-Suggestivi per la cura dell'Omossessualità

È su questo sfondo politico, morale, sociale ed intellettuale, che si svilupparono molte delle terapie riparative psicoanaliticamente orientate.

Nel suo articolo "*Trattamento Psicoanalitico dell'Omossessualità – Alcune considerazioni Tecniche*" (2002), Stephen A. Mitchell descrisse gli approcci teorici sottostanti le principali terapie di conversione sessuale orientate psico-analiticamente. Mitchell definì questi approcci volti a "curare l'omosessualità" come *Approcci Direttivo-Suggestivi*. Il motivo principale per cui l'autore etichettò tali interventi come direttivo-suggestivi fu perché egli notò come questi approcci richiedessero costantemente all'analista di discostarsi dalla tradizionale posizione analitica di *neutralità non direttiva* assumendo una posizione aperta contro il comportamento omosessuale, scoraggiassero attivamente il comportamento omosessuale ed incoraggiassero il comportamento eterosessuale. I tre psicoanalisti che rappresentano al meglio l'approccio direttivo-suggestivo sono: Ovesey, Socarides, e Bieber.

Omossessualità vista come un'elusione fobica dell'eterosessualità

Lionel Ovesey (1969), psicoanalista americano, concettualizzò l'omosessualità come una forma di fobia nei confronti delle donne. Egli seguì la visione di Rado secondo cui l'omosessualità è un'elusione fobica dell'eterosessualità e dei genitali femminili. Ovesey raccomandò di trattare questa paura incapacitante del sesso opposto come qualsiasi altra fobia.

Nel trattare l'omosessualità maschile, l'autore propose una dipartita attiva dall'approccio analitico classico basato su un atteggiamento non direttivo fondato sulla neutralità. Di conseguenza, egli sostenne che il trattamento debba essere diretto a indurre il paziente ad entrare nella situazione fobica. Come

l'autore stesso scrisse: "C'è solo un modo in cui l'omosessuale può superare la sua fobia e imparare ad avere rapporti eterosessuali, e 'questo modo' è a letto con una donna ... L'esecuzione del rapporto eterosessuale è l'obiettivo, mentre l'interpretazione delle relative questioni dinamiche riguardanti il potere, la dipendenza e i pericoli della vagina costituiscono un mezzo per raggiungere questo fine" (Ovesey L., 1969, pp. 106-107).

Ovesey suggerì al terapeuta di stabilire fin dall'inizio i principi su cui si basa il trattamento: l'omosessualità è patologica (e non un fenomeno biologico naturale); l'atto omosessuale è un sintomo sovradeterminato con specifici significati inconsci; l'omosessualità è una malattia curabile e, attraverso il trattamento, la normale direzione eterosessuale della pulsione sessuale può essere ristabilita.

Ovesey affermò anche che nel caso in cui il paziente non dovesse entrare in terapia percependo come un problema la propria omosessualità, il terapeuta dovrebbe sfidare questa situazione ridefinendo la stessa come un problema. Lo stesso Ovesey affermò che tutti gli analisti incapaci di accettare l'omosessualità come una malattia curabile dovrebbero astenersi dal lavorare con pazienti omosessuali.

I punti principali utili a descrivere l'approccio di Ovesey possono essere riassunti come segue: il terapeuta deve fare pressione sui propri pazienti al fine di farli incontrare con donne; il terapeuta non deve proibire o approvare regressioni in comportamenti omosessuali perché una simile interdizione potrebbe essere vissuta come insopportabile per il paziente con una conseguente prematura interruzione del trattamento; l'attività omosessuale è interpretata come una forma di resistenza svantaggiosa per il progresso del trattamento; quando il paziente stabilisce finalmente una relazione con una donna, se né il paziente né la donna in questione richiedono di avere rapporti sessuali, il terapeuta dovrebbe suggerire al paziente di cominciare ad averne; l'obiettivo della terapia non è rappresentato semplicemente dal raggiungimento della piena potenza sessuale con le donne, ma prevede un matrimonio di successo (Ovesey L., 1969).

L'omosessualità vista come unione simbiotica con la madre

Charles Socarides (1968), psichiatra e psicoanalista americano, scrisse una dozzina di opere sull'omosessualità che si estesero per un periodo di venticinque anni e per tale ragione divenne il principale esperto e portavoce della psicoanalisi sul tema. Sostenne di aver visto 63 pazienti omosessuali in trattamento psicoanalitico e di aver offerto consultazioni per 350 pazienti (Kenneth L., 1995).

Socarides considerava l'omosessualità una malattia molto grave. Si oppose strenuamente alla rimozione dell'omosessualità dai disturbi mentali elencati nel DSM nel 1973¹, e continuò a sostenere la sua posizione fino alla sua morte avvenuta nel 2005.

Anche se le sue opinioni originavano da osservazioni basate su pazienti con psicosi e grave patologia caratteriale, Socarides attribuì le caratteristiche osservate in tali pazienti a tutti gli individui omosessuali (Mitchell S.A., 2002).

Nel suo articolo "*L'Omossessuale Dichiarato*" (1968), Socarides sosteneva che: "L'omosessualità è...piena di aggressività, distruzione e auto-inganno. È una vita mascherata... Invece di unione, cooperazione, conforto, stimolazione, arricchimento, sana sfida e realizzazione, ci sono solo distruzione, sconfitta reciproca, sfruttamento del partner e di se stessi, incorporazione sadico-orale, aggressioni, tentativi di alleviare l'ansia e una pseudo-risoluzione degli impulsi aggressivi e libidici che dominano e tormentano l'individuo" (pp. 8).

Socarides propose (1968) una visione dell'omosessualità derivata da un'estensione del modello di sviluppo di Margaret Mahler. Infatti, egli interpretò l'omosessualità intendendola come una fissazione preedipica che implica un'intensa unione simbiotica con la madre. Secondo l'autore, le persone omosessuali durante lo sviluppo non sarebbero state in grado di passare con successo attraverso le fasi di simbiosi e separazione-individuazione e di conseguenza presenterebbero gravi deficit dell'Io. L'incapacità di passare incolumi attraverso questa fase lascerebbe il futuro omosessuale fissato sulla madre in uno stadio di indifferenziazione di sé e oggetto. Di conseguenza, secondo questa spiegazione, l'omosessuale manterrebbe un'identificazione primaria con la madre e un'identità di genere difettosa.

Questa tipologia di identificazione viene descritta come altamente ambivalente, poiché la "*madre demonizzata*" (Socarides C.W., 1974) viene sperimentata simultaneamente come una forza che spinge verso una separazione prematura (e conseguente perdita dell'oggetto d'amore) e come una forza che lavora contro una completa separazione. Tale ambivalenza implica un aumento dell'ansia e della frustrazione nel soggetto omosessuale, un parziale ritiro della libido dall'oggetto e un aumento dell'aggressività nei confronti della madre. Sotto la pressione di questa forte ambivalenza, l'Io subisce una grave spaccatura tentando da una parte di amare oggetti narcisistici e dall'altra di sfogare la rabbia e il sadismo suscitati dalla madre sui propri partner sessuali (Socarides C.W., 1968). In questi termini, gli atti omosessuali sono allo stesso tempo tentativi inconsci di annullare la separazione tornando al legame simbiotico madre-figlio ed anche tentativi di difendersi dalla paura

¹ Nel 1973, l'Associazione Psichiatrica Americana (APA) rimosse la diagnosi di *Omossessualità* dalla Seconda Edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM II, 1968).

di “inghiottimento” e dalla perdita dei confini con la madre (Socarides C.W., 1973). Secondo tale teoria, gli omosessuali non avrebbero mai accesso allo stadio edipico che richiede una differenziazione precedentemente stabilita di sé e oggetto, ma al contrario manterrebbero un’organizzazione psichica che è essenzialmente di carattere borderline (Lewes K., 1995).

Socarides sostenne altresì che se da una parte la profondità e la gravità dei conflitti sottostanti le persone omosessuali rendono la psicoanalisi il trattamento preferenziale per l’omosessualità, dall’altra i deficit dell’Io, conseguenti alla gravità della loro patologia, richiedono varie alterazioni nella tecnica psicoanalitica. Alcune di queste alterazioni nella suddetta tecnica comportano i seguenti accorgimenti: interventi rieducativo-supportivi e modifiche nella gestione del transfert, resistenza e regressione. I punti principali del suo modello di trattamento possono essere riassunti come segue: gli analisti dovrebbero comunicare le loro opinioni riguardanti l’omosessualità al paziente come parte integrante del processo rieducativo; gli analisti dovrebbero minare fin dalle prime fasi del trattamento la “razionalizzazione” del paziente che coinvolge varie difese della sua omosessualità come una variazione di una sessualità normale; l’analista deve rendere il paziente consapevole dell’enorme auto-distruttività e ostilità inerente, per definizione, a qualsiasi incontro omosessuale. Egli ha inoltre suggerito che un atteggiamento apertamente proibitivo nei confronti delle attività omosessuali è possibile e che dovrebbe esserci un incoraggiamento attivo di un transfert positivo ed identificazione con l’analista basati su una denigrazione dei genitori (denigrazione della madre per la sua sadica intrusività e del padre per la sua passività e inefficacia). Socarides vede questa identificazione con l’analista come cruciale nella transizione dall’omosessualità all’eterosessualità, poiché fornisce al paziente ciò che gli è mancato in fase di sviluppo: un buon padre che lo aiuti a rompere il legame castrante e simbiotico con la madre. Come lui stesso affermò: “Il passaggio del paziente da relazioni omosessuali a relazioni eterosessuali spesso coincide con un forte transfert positivo. Nel transfert positivo il paziente è in grado di identificarsi con un ‘padre-buono’ e quindi ottenere nel transfert ciò che ha cercato senza successo di ottenere nei rapporti omosessuali, vale a dire, ottenere il pene del ‘padre-buono’ e liberarsi dalla sua schiavitù dalla madre” (Socarides C.W., 1973, pp. 227).

L’omosessualità vista come frutto di dinamiche familiari disfunzionali

Nel 1962, Irving Bieber pubblicò un’influente monografia intitolata “*Omosessualità: Uno studio psicoanalitico di Uomini Omosessuali*” (Bieber et al.,

1962), in cui esaminò il lavoro di nove psicoterapeuti che ebbero in analisi pazienti omosessuali per un periodo di dieci anni. Come affermò Kenneth Lewes (1995): “Sebbene questo studio fosse imperfetto e deviante in molti modi importanti dalla teoria psicoanalitica tradizionale, esso venne considerato, poco dopo la sua pubblicazione, come un modo per rivendicare la teoria psicoanalitica dell’omosessualità maschile” (pp. 205).

Egli affermò di aver trattato 850 pazienti omosessuali. Per tale ragione la sua ricerca divenne il punto di riferimento standard per la visione psicoanalitica dell’omosessualità come patologia. In tale ricerca vengono presentati i dettagli del background familiare di 106 pazienti omosessuali in trattamento analitico rapportato con gruppo di controllo di 100 pazienti uomini eterosessuali, anch’essi in analisi, al fine di supportare teorie eziologiche dell’omosessualità. Dati voluminosi sono stati raccolti attraverso un questionario di 450 item. Tale questionario, sviluppato dai ricercatori stessi, è stato sottoposto ai terapisti curanti e non ai pazienti. Questi item riguardavano le costellazioni familiari dei pazienti così come da loro riportate nel corso della terapia. In particolare, il questionario in oggetto mirava a comprendere i sentimenti che i pazienti provavano verso i loro familiari ed il cambiamento di tali sentimenti nel corso dell’infanzia, latenza, ed adolescenza. Questo studio fu una delle principali fonti dell’idea che l’omosessualità maschile si presenti nelle famiglie in cui vi sono “madri troppo vicine e seducenti e padri troppo freddi e lontani”. Tutti i partecipanti allo studio erano pazienti analitici, molti dei quali diagnosticati con problemi gravi, tra cui schizofrenia e disordini del carattere. Il 90% di loro descriveva se stesso come insoddisfatto del proprio orientamento sessuale e dichiarava di voler la propria omosessualità “guarita”. Come scrisse Lewes: “Quindi, partendo dal presupposto che tutti gli omosessuali erano psicologicamente disturbati ed utilizzando un campione preselezionato come psicologicamente disturbato, [Bieber] trovò che in effetti tutti gli omosessuali erano psicologicamente disturbati” (1995, pp. 198).

Lo studio di Bieber basò il proprio assunto sull’ipotesi di Rado che l’eterosessualità è la norma biologica e che, a meno che non vi siano interferenze durante lo sviluppo, tutti gli individui sono eterosessuali. Nel suo studio, egli definì l’omosessualità come un “adattamento biosociale e psicosessuale patologico, conseguente a paure diffuse rispetto all’espressione di impulsi eterosessuali” (1962, pp. 202). Secondo l’autore, le principali cause familiari dell’omosessualità negli uomini possono essere ricercate nei seguenti fattori: genitori con relazioni coniugali scadenti, mogli dominanti che riducono il ruolo dei loro mariti, madri con relazioni intime strettamente vincolanti, controllanti ed inibitorie con i loro figli, famiglie in cui il figlio è il preferito della madre, le madri sono seducenti nei confronti dei figli, le madri preferiscono il figlio al marito e si alleano con il figlio contro il marito, il figlio è il

confidente della madre la quale incoraggia la reciproca separazione tra padre e figlio. In sintesi, le madri incoraggerebbero lo sviluppo dell'omosessualità nei loro figli interferendo con il loro sviluppo eterosessuale, con la relazione padre-figlio, con le relazioni figlio-gruppo dei pari e con il crescente senso di indipendenza del figlio. I padri, d'altra parte, sono descritti come distaccati, ostili o con atteggiamenti di rifiuto nei confronti del figlio. I figli descrivono la loro relazione con questi padri come caratterizzata da sentimenti di odio e paura. Il presupposto da cui Bieber partiva era che il miglior rapporto inter-parentale è quello in cui il padre domina, ma senza minimizzare la madre (1962). Bieber, infatti, sosteneva che sebbene la base dell'omosessualità risieda nella costellazione familiare generale, un padre solidale e presente preclude la possibilità di un figlio omosessuale.

Nel 1965, Bieber presentò un approccio per trattare l'omosessualità direttamente connesso alla ricerca che aveva pubblicato tre anni prima (1962). Secondo l'autore, i risultati del trattamento dovrebbero essere determinati esclusivamente in termini comportamentali: cioè se il paziente diventa, al termine della terapia, esclusivamente eterosessuale, bisessuale o rimane esclusivamente omosessuale. Bieber considerò la possibilità che un potenziale paziente omosessuale possa diventare apprensivo nel caso in cui l'analista suggerisca una ferma proibizione dell'attività omosessuale. Per questo motivo, egli suggerì che "spiegazione", "educazione" e predizione del futuro corso del trattamento fossero strumenti più efficaci del "divieto". Egli aveva l'abitudine di informare il paziente, all'inizio del trattamento, del fatto che l'eterosessualità è desiderabile per molte ragioni che l'analista illustrerà al paziente nel corso del trattamento. Credeva che il trattamento dovesse concentrarsi sull'analisi dei problemi e delle paure dei pazienti e che l'eterosessualità latente, presente in tutte le persone omosessuali, emergesse una volta che tali paure e problemi fossero risolti.

Critiche agli Approcci Dirittivo-Suggestivi

Nello stesso articolo citato sopra, "*Il trattamento psicoanalitico dell'omosessualità – Alcune considerazioni tecniche*" (2002), Stephen A. Mitchell delineò alcune limitazioni relative all'approccio direttivo-suggestivo.

Prima di tutto, questo approccio presuppone che l'omosessualità sia invariabilmente patologica e che un cambiamento verso l'eterosessualità sia connesso al concetto di salute e felicità del paziente. Queste ipotesi sono scientificamente non provate. Diversi studi hanno, infatti, dimostrato che la ricerca sottostante a questi trattamenti non sia scientificamente adeguata a stabilire che tali terapie possano essere efficaci o sicure, e che esistano anzi prove di quanto esse siano potenzialmente dannose (APA, 2009). Dibattiti di

natura prevalentemente politica e religiosa hanno oscurato dati scientifici che evidenziano con chiarezza come tali terapie producano stress, depressione, problemi di autostima, ideazione suicidaria e stigma nei pazienti ad essa sottoposti. Questo stesso gruppo di ricerche ha inoltre evidenziato che tali interventi “riparativi” sono solitamente fallimentari poiché i cambiamenti nell’orientamento sessuale ottenuti al termine della terapia sono solo temporanei e per lo più consistenti nella decisione dei pazienti di evitare di avere rapporti sessuali con persone dello stesso sesso (Beckstead & Morrow, 2004; Shidlo & Schroeder, 2002).

In secondo luogo, uno dei principali svantaggi di questo approccio è che, prendendo una posizione così forte e direttiva, l’analista abbandona completamente il principio di “neutralità” ed elimina il naturale emergere di tematiche da approfondire attraverso l’indagine e l’investigazione analitica. Infatti, affermare che l’omosessualità sia patologica e che l’eterosessualità sia l’unico obiettivo desiderabile, e usare vari tipi di pressione per indurre il paziente a cambiare il suo comportamento sessuale, elimina la possibilità di scoprire che cosa il paziente farebbe da solo durante il percorso psicoanalitico.

Inoltre, non viene considerato ciò che Freud affermò sin dall’inizio del suo studio dell’argomento omosessualità, ossia che: “Dal punto di vista della psicoanalisi, l’esclusivo interesse sessuale sentito dagli uomini per le donne rappresenta anch’esso un problema che deve essere chiarito e non è un fatto evidente di per sé che può essere spiegato esclusivamente sulla base di un’attrazione di natura chimica” (Freud S., 1905, nota pp. 146). Il compito dell’analista dovrebbe essere quello di investigare le radici inconscie di ogni comportamento dei loro pazienti senza giudizio né stigma.

Infine, un ulteriore fattore che limita il potenziale contributo della psicoanalisi alla più ampia questione della relazione tra orientamento sessuale e intimità è la tendenza degli scrittori che sostengono questo approccio terapeutico a focalizzarsi sui comportamenti manifesti e non sulla qualità dell’esperienza interna e delle relazioni oggettuali. Non viene, infatti, prestata particolare attenzione alla natura degli incontri omosessuali e alla qualità delle relazioni omosessuali. Traguardi quali giungere ad una eterosessualità esclusiva o ad un “matrimonio stabile” vengono utilizzati come criteri per valutare se l’analisi di pazienti omosessuali si sia conclusa con successo o meno, senza porre un ulteriore sguardo sulla qualità della relazione eterosessuale da essi raggiunta ed alla possibile natura conformista di tale decisione.

In maniera simile, nel suo articolo “*Psicodinamica, Omosessualità e la Questione della Patologia*” (2002), Stephen A. Mitchell mise in discussione il presupposto alla base delle principali teorie psicoanalitiche riguardanti le origini e la natura dell’omosessualità, secondo cui cercare di comprendere gli aspetti psicodinamici e l’eziologia di base dell’omosessualità significa automatica-

mente implicare la natura patologica alla base di tale identità sessuale. Come ha affermato Mitchell, nella letteratura psicoanalitica su questo argomento: “O una dimensione psicodinamica viene accettata ed una base patologica viene assunta automaticamente, o una base patologica viene negata ed ogni eventuale contributo psicodinamico viene smentito automaticamente” (pp. 3). Mitchell sottolinea come tale assunzione viola due principi psicoanalitici fondamentali: il concetto di “sovradeterminazione” e il concetto di “errore genetico”.

Il concetto di sovradeterminazione fu introdotto da Freud (1901) nello sviluppo della teoria psicoanalitica sull'interpretazione delle diverse immagini contenute nei sogni. Secondo Freud, ogni elemento presente nel contenuto di un sogno non ha un solo significato o una sola origine psicodinamica, ma tende ad essere una costruzione complessa derivata da diverse idee, desideri e ricordi. Secondo Freud, ogni elemento contenuto in un sogno è “sovradeterminato” dal materiale presente nei pensieri onirici e non è derivato da un singolo elemento, ma può essere ricondotto a molti elementi diversi. Ciò significa che ogni elemento onirico può essere il “rappresentante” di significati diversi. Secondo tale teoria, non solo il materiale presente nei sogni, ma tutti i comportamenti umani sono sovradeterminati o esprimono diversi significati. Questo principio, tuttavia, tende a essere perso quando applicato all'identità omosessuale. Infatti, si assume che, qualora il comportamento omosessuale venga interpretato come una difesa attiva contro paure di castrazione o come un'espressione di desideri simbiotici, questa interpretazione viene presa come spiegazione dell'intero comportamento. Ciò che non viene considerato è la possibilità che vi siano altri significati e motivazioni sottostanti questo comportamento, ad esempio sentimenti e desideri di intimità che si esprimono ad altri livelli. Inoltre, non viene considerato come questo comportamento potrebbe avere significati non connessi automaticamente a conflitti psicodinamici sottostanti.

Inoltre, la connessione tra approccio psicodinamico e psicopatologia potrebbe portare a commettere il cosiddetto “*errore genetico*”. Hartmann (1960) definì tale errore come derivante dall'equazione di un comportamento con le sue origini, o l'ipotesi che un comportamento originato da un conflitto sia inevitabilmente legato per sempre a difficoltà con quel determinato conflitto. Per quanto riguarda l'omosessualità, si presume che se il comportamento omosessuale ha origine nell'espressione di, o come difesa contro, una pulsione preedipica, allora il comportamento sarà legato per sempre alle sue origini conflittuali. Ciò che non viene preso in considerazione è la possibilità che l'orientamento omosessuale possa essere determinato in origine da specifici fattori psicodinamici, inclusi conflitto e angoscia, ma che con lo sviluppo successivo dell'individuo, i conflitti e le angosce originarie potrebbero non

rappresentare più i motivi salienti di tale orientamento. Infatti, tale orientamento può diventare secondariamente un comportamento autonomo e privo di conflitti (Mitchell S.A., 2002).

Conclusioni

Negli ultimi anni, diversi autori hanno trattato il tema “omosessualità” da un punto di vista psicoanalitico al fine di meglio comprenderne lo sviluppo, le dinamiche intrapsichiche, e le ripercussioni di fattori sociali e politici senza connotarla come un’espressione di patologia. Infatti, la letteratura psicoanalitica sull’argomento omosessualità ha completamente cambiato i toni in molte parti del mondo e l’associazione tra omosessualità e malattia mentale è andata sfumando.

Anche grazie all’opposizione dell’Associazione Psicoanalitica Internazionale “a qualsiasi discriminazione di qualsiasi tipo”², oggi è possibile trovare in letteratura un gran numero di pubblicazioni da parte di autori che hanno contribuito profondamente a slegare l’associazione tra psicoanalisi, modello medico, e patologia. Questi psicoanalisti contemporanei propongono un modello di pensiero in cui riflettere in maniera psicoanalitica sulle dinamiche interne ed inconscie che si celano dietro il comportamento omosessuale non significa automaticamente assumere che vi sia qualcosa di patologico nell’espressione di tali comportamenti, ma significa semplicemente meglio comprenderne alcune dinamiche così come per ogni altro comportamento umano. Infatti, mentre alcuni autori hanno studiato l’argomento da un punto di vista psicoanalitico focalizzandosi su una revisione critica delle ricerche compiute in questo campo (Hooker), altri si sono concentrati sull’approfondimento di alcuni aspetti evolutivi dei soggetti omosessuali quali le dinamiche familiari e le peculiarità del Complesso di Edipo in bambini che diventeranno omosessuali (Lewes, Isay, Goldsmith, 1995), altri ancora hanno approfondito le discussioni esistenti su alcune tematiche specifiche quali il concetto di genere e mascolinità-femminilità (Chodorow, Corbett, Butler J.) e l’esperienza soggettiva ed interiore legata al crescere gay in una società prevalentemente eterosessuale (Phillips).

² L’Associazione Psicoanalitica Internazionale (API) dichiara che: “Sulla base del suo impegno per i valori etici e umanistici, l’API si oppone a qualsiasi discriminazione di qualsiasi tipo. Ciò include, ma non si limita a, qualsiasi discriminazione sulla base dell’età, razza, genere, origine etnica, credo religioso o orientamento sessuale. La selezione dei candidati per il training psicoanalitico deve essere fatta solo sulla base di qualità direttamente interessate alla capacità di apprendere e di funzionare come psicoanalista. Inoltre, è previsto che questo stesso standard venga utilizzato nell’appuntamento e nella promozione dei membri delle facoltà educative, inclusi gli esperti di formazione e supervisione” (Verbale, Consiglio esecutivo dell’API, gennaio 2002, pp. 195).

Bibliografia

- Abelove, H. (1993). Freud, male homosexuality, and the Americans. In *The Lesbian and Gay Studies Reader*, ed. H. Abelove, M. Barale, & D. Halperin. New York: Routledge, pp. 381–393
- Beckstead, A. L., & Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, 32, 651- 690
- Bergler, E. (1948). The myth of a new national disease; homosexuality and the Kinsey report. *The Psychiatric quarterly*. 22. 66-88
- Bergler, E. *Homosexuality: Disease or Way of Life*; Hill & Wang: New York, NY, USA, 1956
- Bieber, I., et al. (1962), *Homosexuality: A Psychoanalytic Study*. New York: Basic Books
- Bieber, I. (1965), *Clinical aspects of male homosexuality*. In: *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*, ed. J. Marmor. New York: Basic Books
- Drescher, J. (2000). Il “caso” omosessualità”. *KOS*, 174 (marzo 2000), pp.60-65. Trad. it. di Elena Fossati dell'originale “Psychoanalysis and homosexuality at the postmodern millennium”. Retrieved from: <http://www.psychomedia.it/pm/lifecycle/gender/drescher2.htm>
- Freud, S. (1953). *The Interpretation of Dreams*. In J. Strachey (Ed., Trans.), S.E., (Vol. IV). London, England: Hogarth Press. (Original work published in 1901)
- Freud, S. (1953). *Three essays on the theory of sexuality*. In J. Strachey (Ed. and Trans.), S.E., (Vol. 7, pp.125-245). London: Hogarth Press. (Original work published 1905)
- Freud, S. (2014). *Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality*. In J. Strachey (Ed., Trans.), S.E., (Vol. 8, pp. 221–232). (Original work published in 1923)
- Friedman & Downey, J. (1998). *Psychoanalysis and the model of homosexuality as psychopathology: A historical overview*. *American Journal of Psychoanalysis* 58:249–270
- Hartmann, H. (1960), *Psychoanalysis and Moral Values*. New York: International Universities Press
- Lewes, K. (1988). *The Psychoanalytic Theory of Male Homosexuality*. New York: Simon & Schuster

- Lewes, K. (1995) *Psychoanalysis and Male Homosexuality*. Northvale, NJ: Aronson
- Lewes, K. (1998). A special oedipal mechanism in the development of male homosexuality. *Psychoanalytic Psychology*, 15(3), 341-359. 10.1037/0736-9735.15.3.341
- Lewes K., et al. (2008). Homosexuality and Psychoanalysis I: Historical Perspectives, *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 12:4, 299-323
- Mitchell, S.A. (2002) Psychodynamics, Homosexuality, and the Question of Pathology, *Studies in Gender and Sexuality*, 3:1, 3-21
- Mitchell, S.A. (2002) The Psychoanalytic Treatment of Homosexuality Some Technical Considerations, *Studies in Gender and Sexuality*, 3:1, 23-59
- Nicolosi, J. (2015), What Freud Really Said about Homosexuality and Why. *Journal of Human Sexuality*, VOL. 7, 24-42
- Ovesey, L. (1969), Homosexuality and Pseudohomosexuality. Science House
- Rado, S. (1940). A critical examination of the concept of bisexuality. *Psychosomatic Medicine*, 2(4), 459-467
- Rado, S. A critical examination of the concept of bisexuality. *Psychosom. Med.* 1940, 2, 459-467
- Rado, S. (1949). *Psychosexual development in health and disease*. Editors Hoch P, Zubin J. New York: Grune & Stratton
- Rado, S. (1969). *Adaptational Psychodynamics: Motivation and Control*; Science House: New York, NY, USA
- Roughton, R.E. (2002). Rethinking homosexuality: what it teaches us about psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 50 3 (2002): 733-63
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249-259
- Socarides, C. (1968), *The Overt Homosexual*. New York: Grune & Stratton.
- Socarides, C. W. (1968), A provisional theory of etiology in male homosexuality. A case of proedipical origin. *Int J Psa* 49:27-37
- Socarides, C. W. (1973), Homosexuality: Findings derived from 15 years of clinical research. *Amer. J. Psychiat.*, 130:1212-1213
- Socarides, C. W. (1973), Sexual perversion and the fear of engulfment. *Int J Psa Psy* 2: 432-438
- Socarides, C.W. (1974). *The Demonified Mother: A Study of Voyeurism and Sexual Sadism*. *Int. R. Psycho-Anal.*, 1:187-195