

GLBT e psicologia: l'intervento psicoterapeutico sul disagio legato all'identità di genere e l'orientamento sessuale.



di Luca Cometto.

Con grande piacere intervisto oggi il collega Guido Mazzucco: psicologo e psicoterapeuta operativo sui territori di Torino e Genova, fondatore di Sipsis, Società Italiana di Psicoterapia per lo Studio delle Identità Sessuali.

Guido, innanzitutto un po' di chiarezza: il termine GLBT è ora molto diffuso, e la recente discussione alla Camera della legge sull'omofobia ha riportato all'attenzione pubblica le rivendicazioni di gay, lesbiche, bisessuali e transgender. Pur essendo definizioni entrate nel linguaggio comune, la maggior parte delle persone non conosce il loro significato, e lo stesso credo valga per molti colleghi. Vuoi aiutarci a fare qualche distinzione?

L'acronimo GLBT o LGBT è quello comunemente utilizzato per

riferirsi all'insieme delle persone Gay, Lesbiche, Bisessuali, Transessuali e Transgender.

Nello specifico, quando si parla di gay, lesbiche, bisessuali (e anche eterosessuali, ovviamente) si fa riferimento a quella dimensione dell'identità sessuale che è l'orientamento sessuale di una persona.

L'orientamento sessuale è l'esperienza relazionale dell'attrazione sessoaffettiva che per i soggetti omosessuali (gay e lesbiche) è orientata nei confronti di soggetti appartenenti al medesimo sesso e, per i soggetti bisessuali, nei confronti di entrambi i sessi.

Se l'orientamento sessuale si riferisce alla domanda "chi mi piace?" e quindi alle caratteristiche dell' "oggetto del desiderio", il transessualismo si riferisce ad un aspetto differente dell'identità sessuale, quello dell'identità di genere, e cioè dell'identificazione primaria di un soggetto come maschio o come femmina, e potremmo dire che abbia a che fare con la domanda: "chi mi sento di essere?".

Se per la maggior parte delle persone sesso biologico ed identità di genere coincidono (per es. una donna, biologicamente tale e che "si sente" tale), nel caso del transessualismo ciò non accade.

Il transessuale, poi, potrà transitare da un sesso ad un altro attraverso un percorso, appunto, di transizione che potrà concludersi (o meno) con la riattribuzione chirurgica del sesso, cioè con l'adeguamento alla propria identità di genere.

Il transgender, indipendentemente dal fatto di essere maschio o femmina, oppure di essere "transitato" da un sesso ad un altro, potremmo dire che esalta la non appartenenza definitiva ad un unico genere, ma che esprime nel proprio modo di essere ed apparire caratteristiche che "attraversano i generi", per lo meno quelli culturalmente assegnati all'uomo e alla donna.

L'acronimo GLBT o LGBT, dunque, si riferisce a tutte quelle persone la cui sessualità presenta in alcuni dei suoi aspetti una evoluzione che potremmo definire "atipica" (nel senso di "meno frequente"), rispetto a quella della maggior parte delle persone.

In riferimento alla tua attività di psicoterapeuta con pazienti GLBT, quali sono le richieste di aiuto che più spesso ti vengono formulate?

Sono sempre di più le persone che si rivolgono al mio studio per poter finalmente parlare della propria vita e delle proprie "normali" difficoltà esistenziali, da una parte senza il timore di essere etichettate come patologiche per il solo fatto di essere, per esempio, gay o lesbiche, dall'altra senza dover impiegare troppo tempo a spiegare tanti aspetti della specificità dell'esperienza lgbt che molti colleghi ignorano.

Altre, soprattutto le più giovani, chiedono di essere sostenute rispetto alla confusione e alla difficoltà che provano nel definirsi, mentre molte altre ancora chiedono un sostegno per fare coming out in famiglia, con gli amici oppure al lavoro, oppure per capire se e quando farlo e in che modo, oppure ancora per sostenere l'impatto di situazioni di mancata accettazione da parte di persone significative.

Accade che un paziente si rivolga a te chiedendoti di "correggere" il suo orientamento sessuale? In questi casi come si dovrebbe comportare il terapeuta?

Accade e non mi stupisce, se si pensa a come, nella nostra cultura ma non solo, l'omonegatività sia ancora un tratto costitutivo. E' cosa recente, tutto sommato, parlare di omosessualità in termini che non siano patologizzanti o socialmente discriminanti, ed è purtroppo un traguardo tutt'altro che definitivo.

Lo stigma sociale porta all'odio verso se stessi, e la richiesta di "conversione" è un'espressione di questo odio,

che può portare, lo sappiamo bene, al suicidio.

Che cos'è che ha condotto questo specifico paziente ad un tale livello di disaccordo con se stesso e con i propri desideri, al punto da chiedere di cambiarli?(e cioè di cambiare se stesso?)

Nella esperienza clinica comune, sono due le esperienze fondamentali a partire dalle quali un paziente può formulare una tale richiesta.

La prima è l'esperienza di chi ha una identità fragile o, diremmo oggi, "liquida". L'identità o l'orientamento sessuale è in questo caso l'ambito esperienziale in cui il paziente riesce a cogliere una parte di quella fragilità, che è più diffusa e fondante, e riguarda la propria identità complessiva.

In questo caso, a prescindere dalle differenze di approccio e di stile terapeutico, sarebbe necessario affrontare la questione da una prospettiva più ampia e meno "focalizzata" e diretta.

L'altra, è l'esperienza di chi ha appunto introiettato valori, sentimenti ed atteggiamenti negativi rispetto all'omosessualità da uno o più contesti d'appartenenza significativi, quali ad esempio la famiglia, gli amici o il proprio gruppo religioso.

Alla luce di questo, è importante che il terapeuta domandi, almeno a se stesso : "questo paziente mi chiederebbe di modificare il proprio orientamento sessuale se la società, la propria famiglia o la propria religione considerassero apertamente l'omosessualità sullo stesso piano dell'eterosessualità?".

In questo caso il terapeuta, avendo una adeguata formazione rispetto agli effetti e alla fenomenologia dello stress da minoranza e/o dell'omofobia interiorizzata, esplorerà la

richiesta del paziente cogliendo il tipo di disagio che esprime per poter individuare il sostegno specifico necessario, che spesso non è soltanto psicoterapeutico ma anche “di rete”.

Per poter fare questo, il terapeuta dovrebbe avere conoscenze adeguate e idee chiare rispetto ad alcune domande fondamentali:

cosa dice la ricerca sui tentativi di cambiamento di orientamento sessuale? È possibile o no cambiare orientamento sessuale? È dannoso? È etico per il terapeuta perseguire questo obiettivo?

(A questo proposito, esistono nella prassi terapeutica alcune “scappatoie” che gli psicoterapeuti “riparativi” adottano per eludere queste domande etiche, deontologiche e cliniche ai danni, naturalmente, dei pazienti stessi, ma questo è un argomento che ci porterebbe lontano...)

Che tipo di interventi terapeutici e tecniche adottati con i pazienti GLBT?

Si spazia dalla terapia individuale, a quella di coppia e a quella di gruppo. Questo dipende ovviamente dal tipo di bisogno che la persona esprime e dal grado di consapevolezza e di accettazione raggiunto nel proprio percorso.

Quale tipo di formazione, di valori personali, e di caratteristiche individuali dovrebbe avere uno psicologo per lavorare efficacemente con clienti GLBT? Esistono delle linee guida per l'intervento psicologico in questo campo?

Una recente ricerca di Lingiardi e Nardelli avente come oggetto l'atteggiamento degli psicologi verso l'omosessualità, rileva da una parte la carenza negli psicologi e negli psicoterapeuti di formazione sulle tematiche dell'orientamento sessuale e dell'identità di genere, dall'altra la loro disponibilità ad attuare interventi terapeutici mirati alla

“conversione” dell’orientamento sessuale su richiesta del paziente.

Altre ricerche evidenziano la presenza negli psicologi e negli psicoterapeuti di un bagaglio di teorie ingenua e di stereotipi sui temi dell’omosessualità e dell’identità di genere.

Per questo motivo credo sia necessaria una formazione più ampia sulle identità sessuali nelle loro dimensioni costitutive e nelle loro evoluzioni, quelle “atipiche” ma anche quelle “tipiche”, senza correre il rischio di assumere la norma eterosessuale come paradigma di riferimento.

In questa “dialettica delle differenze” possiamo produrre conoscenza e decostruire modelli e stereotipi che spesso si celano dietro i panni di teorie psicologiche datate e mai sottoposte a verifica.

Omosessuali, bisessuali e transessuali sono indotti spesso a domandarsi e a domandare ad altri il “perché” del loro essere e del loro desiderare, mentre l’universo eterosessuale, per un pregiudizio culturale radicato, resta al di fuori e al riparo da questa esplorazione.

Rispetto ai valori personali e alle caratteristiche individuali del terapeuta con pazienti lgbt, credo che il punto sia saperli riconoscere e valutarne l’impatto nel lavoro terapeutico.

Avere gli stessi valori del paziente, oppure valori differenti, può implicare risorse e rischi su entrambi i fronti nella misura in cui non riconosciamo quanto siano questi ad orientarci nel lavoro clinico piuttosto che le evidenze della ricerca scientifica e le indicazioni metodologiche e deontologiche della comunità scientifica a cui apparteniamo.

Le evidenze, della ricerca ma non solo, mostrano come

psicoterapeuti che hanno un orientamento politico conservatore e/o una fede religiosa, soprattutto se praticanti, sono più propensi a patologizzare l'omosessualità.

Questa è la ragione per cui nel marzo del 2000, nel "Position statement" sulle terapie mirate al tentativo di modificare l'orientamento sessuale, l'American Psychiatric Association afferma, tra il resto:

a) "[...] Recenti e pubblicizzati sforzi di ripatologizzare l'omosessualità affermando che può essere curata sono spesso guidati non dal rigore scientifico o dalla ricerca psichiatrica, ma a volte da forze religiose e politiche che si oppongono ai pieni diritti civili per gay e lesbiche. L'APA si propone di rispondere prontamente e appropriatamente come organizzazione scientifica quando affermazioni che l'omosessualità è una malattia vengono fatte da gruppi politici o religiosi".

E, prima ancora, nel '98:

"L'APA si oppone ad ogni trattamento psichiatrico, come le terapie riparative o di conversione, basato sull'assunto che l'omosessualità sia di per sé un disturbo mentale o basato sull'assunto aprioristico che il paziente debba modificare il proprio orientamento sessuale".

Nel 2009 l'American Psychological Association pubblica il report sulle "Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation".

In Italia il primo Ordine Regionale a dotarsene è stato quello della Campania, per arrivare a quello del Lazio, che proprio il mese scorso ha deliberato le Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali.

L'articolo 3 del Codice Deontologico degli psicologi italiani ci ricorda che "lo psicologo considera suo dovere accrescere

le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità". Quale deve essere a tuo avviso il ruolo dello psicologo nella prevenzione delle discriminazioni e dell'omofobia, quali interventi ritieni efficaci, ed attraverso quali canali?

Il primo modo per uno psicologo, etero o omosessuale che sia, di combattere l'omofobia è di occuparsi della propria, di riconoscerla ed elaborarla, per impedire che interferisca nel lavoro terapeutico, anche in forme "sottili" e meno esplicite.

Questo può voler dire, per esempio, non dare per scontato l'orientamento eterosessuale dei propri clienti, esprimendo così anche implicitamente la possibilità omosessuale come ugualmente legittimata, oppure considerare l'omofobia di un paziente sullo stesso livello degli atteggiamenti razzisti oppure maschilisti.

Il secondo modo è quello di combattere l'omofobia all'interno della propria comunità professionale.

Spesso capita di ascoltare da parte di colleghi affermazioni esplicitamente discriminatorie ed omofobe, piuttosto che imbattersi in pubblicità di psicoterapeuti che si definiscono esplicitamente "riparativi": in quel caso è possibile segnalare il collega presso l'Ordine competente.

A questo proposito sarebbe importante pensare a dei protocolli per le segnalazioni di questo tipo, magari attraverso una sottoscrizione condivisa da molti colleghi, che può essere – almeno simbolicamente – più significativa.

Allo stesso modo credo che sia importante, qualora si venga a conoscenza di iniziative promozionali di convegni a carattere ideologico fortemente discriminatorio, come quelli che recentemente si sono svolti in Lombardia e in Piemonte proprio all'indomani dell'approvazione alla Camera del discusso Ddl contro l'omofobia, di monitorare e sollecitare gli Ordini

competenti a prendere pubblicamente le distanze da queste iniziative ogni qualvolta ve ne sia la necessità, e questo prima di tutto per tutelare il diritto dei cittadini a ricevere informazioni corrette ed autorevoli in merito a questioni inerenti la propria salute.