

## ***10. Prospettiva cognitivo-evoluzionista e approccio EMDR nel lavoro clinico con pazienti omosessuali***

*di Antonio Onofri*

Se la terapia cognitiva viene concettualizzata come “un processo collaborativo di ricerca empirica” (Liotti e Tombolini, 2006) o come “un lavoro congiunto verso una meta condivisa” (Liotti, 2005) diventa subito chiaro quanta importanza assuma il momento iniziale del lavoro clinico, volto a definire gli obiettivi stessi del trattamento, che orienteranno la esplorazione 1) delle aree più o meno riconosciute di sofferenza emotiva 2) delle attribuzioni di significato con i quali il paziente costruisce la proprie esperienze 3) delle convinzioni e dei comportamenti disfunzionali che possano limitare o bloccare la conoscenza di sé.

All’interno di questa cornice operativa, la prospettiva cognitivo-evoluzionista (Liotti, 2006; Gilbert, 1989) – e con essa la teoria dell’attaccamento (Bowlby, 1969) – ha sicuramente offerto contributi rilevanti per comprendere sia la genesi dei disturbi psicopatologici sia la relazione terapeutica.

Oggetto del capitolo sarà quello di descrivere e interrogarsi – a partire da un caso clinico significativo in cui è stato utilizzato l’approccio EMDR<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Per *EMDR* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) si intende un approccio terapeutico messo a punto da Francine Shapiro (1995) rivolto a produrre una elaborazione accelerata di materiale disturbante attraverso alcuni esercizi di cosiddetta *dual attention*. Vengono utilizzate stimolazioni alternate bilaterali destra/sinistra, che secondo alcuni teorici faciliterebbero il passaggio di informazioni tra i due emisferi cerebrali. Il paziente viene invitato a concentrarsi sulla scena che lo disturba (per esempio un ricordo traumatico) e intanto a seguire lo stimolo percettivo somministrato dal terapeuta. Ad esempio, mentre il paziente si concentra mentalmente sulle scene da elaborare, allo stesso tempo viene invitato a seguire visivamente le dita del terapeuta che si muovono davanti a lui da destra a sinistra, oppure riceve stimolazioni tattili alternate sulle due mani o ancora stimoli uditivi bilaterali alternati. Tali esercizi conducono spesso dapprima ad una sorta di desensibilizzazione e poi ad un cambiamento della prospettiva con cui il soggetto stesso guarda all’evento sul quale si è lavorato, delle valutazioni cognitive su di sé, delle reazioni fisiche collegate: l’immagine

– sul lavoro terapeutico con pazienti omosessuali e in particolare sulle situazioni di orientamento sessuale egodistonico<sup>2</sup>.

A differenza che in una attività prettamente psichiatrica, gli psicoterapeuti – nel loro lavoro clinico – vengono messi sempre più spesso a confronto e chiamati a esplorare e a intervenire su aree che non sempre corrispondono a disturbi codificati e a volte neanche a sintomatologie sottosoglia ma che, allo stesso tempo, si rifanno a condizioni anche esistenziali che possono comunque essere fonte di sofferenza e pertanto oggetto di riflessione congiunta all'interno della relazione terapeutica. Citiamo, a titolo di esempio, l'area della genitorialità (è appena il caso di ricordare come l'individuazione di *pattern* di attaccamento riscontrati nella diade genitore-bambino e definiti come disfunzionali non corrisponda necessariamente ad alcun disturbo né si accompagni necessariamente a sintomatologia clinica pur costituendo condizioni che possono sicuramente richiedere una attenzione da parte del clinico) o l'area dei problemi di coppia (per esempio gli stessi tradimenti coniugali, che possono esser vissuti da molti pazienti in maniera disfunzionale e più o meno egodistonica, possono abbastanza frequentemente essere il motivo della richiesta di intervento senza per questo essere ovviamente considerati una patologia). In un terreno quindi spesso lontano dalla sicurezza offerta dalle griglie nosografiche, delle codifiche ufficiali, dagli elenchi sintomatici, diventano temi particolarmente rilevanti da un lato gli obiettivi individuati dalla coppia terapeuta – paziente come centrali nella propria riflessione congiunta, dall'altra i valori di riferimento dei quali sono portatori, più o meno consapevoli, sia il paziente sia il terapeuta.

In un'ottica evuzionista, infatti, e nella prospettiva dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti e Monticelli, 2008), non può esservi reale collaborazione tra individui co-specifici senza una reale condivisione delle mete da raggiungere. Ne discende la assoluta necessità di conoscere, durante l'intero percorso terapeutico, la direzione verso la quale si sta lavorando insieme, o di specificare – già durante i primi colloqui – la eventuale non disponibilità da parte del terapeuta, anche per motivi etici individuali, a seguire il paziente verso un obiettivo che quello consideri per qualsivoglia ragione inaccettabile.

tende a cambiare nei contenuti, nel modo in cui si presenta, pensieri intrusivi in genere si attutiscono o spariscono, le cognizioni del paziente diventano più adattative e le emozioni e le sensazioni fisiche disturbanti si attutiscono. Soprattutto sembrano crescere le capacità metacognitive del paziente (Onofri e Tombolini, 2006).

<sup>2</sup> Il *DSM-IV-TR* riporta tra i sintomi del Disturbo Sessuale Non Altrimenti Specificato (302.9): «Persistente e intenso disagio riguardo all'orientamento sessuale».

## 1. Neutralità, empatia, valori del terapeuta

In altri capitoli di questo volume, oltre agli aspetti diagnostici, sono ben affrontati i temi etici e deontologici relativi alla eventuale opportunità, da parte del terapeuta, di esplicitare i propri valori di riferimento, compresi quelli attinenti alla sfera religiosa, in contrasto con la tradizionale ricerca di una oggettiva “neutralità” dello stesso, classicamente consigliata da diversi approcci psicoterapeutici.

Va ricordato, a questo proposito, che se il valore dell’empatia (Pancheri e Paparo, 2000) comporta la capacità da parte del terapeuta di immedesimarsi nel mondo soggettivo dell’altro, la tradizionalmente ricercata scelta di neutralità dovrebbe implicare la capacità, da parte dello stesso, non di rinunciare alle proprie convinzioni e posizioni religiose, etiche e politiche, ma di saperle momentaneamente “accantonare” nel dialogo con il paziente cercando di accedere *metacognitivamente*<sup>3</sup> (Semerari, 1999) alle ragioni dell’altro, legittimando i processi mentali dell’altro anche quando questi portano a conclusioni diverse da quelle cui giunge, nel proprio ragionamento privato, il terapeuta.

In questo senso, esplicitare le proprie posizioni politiche, religiose, filosofiche o etiche non appare quasi mai necessario e, ove lo diventasse, non può che verificarsi o come il risultato di una precisa scelta terapeutica all’interno di *quel* particolare rapporto – e quindi in ultima analisi tendenzialmente una scelta *al servizio* del paziente e delle sue mete – oppure uno strumento che appare assolutamente indispensabile per trovare un accordo terapeutico o una possibilità di collaborazione quando il *focus* dell’intervento riguarda temi eticamente troppo sensibili (aborto, eutanasia, genitorialità surrogata ecc.) (Cantelmi, 2008b).

Al di fuori di questi temi appare in genere sconsigliabile una dichiarazione *a priori*, da parte del terapeuta, delle proprie convinzioni filosofiche, politiche, religiose ecc. Allo stesso modo il terapeuta dovrebbe escludere dal proprio campo di intervento tutto ciò che abbia a che fare con le posizioni etiche personali del paziente o che siano frutto di ben meditate scelte individuali di quello.

Va anche considerato come in un lungo rapporto terapeutico inevitabilmente il paziente generi ipotesi sulle convinzioni del terapeuta e vada alla

<sup>3</sup> Per *metacognizione* intendiamo essenzialmente la capacità di riflettere sui propri processi di pensiero, di monitorarli, di correggerli, di considerarli nel loro valore rappresentazionale e non necessariamente reale (Onofri e Tombolini, 2000).

scoperta del suo mondo valoriale anche attraverso le reazioni emotive alle sue comunicazioni, spesso utilizzando tale materiale anche per la messa in atto dei cosiddetti *test* all'interno della relazione terapeutica (Weiss, 1993) che possano disconfermare determinate convinzioni patogene, legate per esempio alla amabilità e accettabilità personale, che continuano a generare sofferenza e difficoltà. È proprio a questo proposito che appaiono particolarmente preziose le capacità metacognitive del terapeuta, in grado di distinguere nettamente tra accettazione *in toto* del paziente, interesse umano e professionale verso di lui come persona, ed eventuale disaccordo o franco giudizio negativo nei confronti di scelte contingenti o di determinati e circoscritti comportamenti privati. Nel modello denominato Control Mastery Theory<sup>4</sup> (Weiss, 1993) il terapeuta deve costantemente interrogarsi sia sul significato che questi test possono avere per la ricerca di cambiamento da parte del paziente all'interno del processo terapeutico, sia sul valore che essi assumono in un particolare momento della relazione terapeutica.

Dobbiamo sempre tenere presente, all'interno del lavoro terapeutico, la necessità di una qualche forma di riduzionismo, di una necessaria separazione di ambiti – per quanto a volte ci appaia arbitraria e artificiosa – che ci permetta in altre parole di dare alla religione quel che è della religione, alla politica quel che è della politica e alla psicoterapia quel che è della psicoterapia e quel che questa può offrire (oltre ad una diminuzione di eventuali sintomi psicopatologici, una riflessione su di sé in termini psicologici, la ricerca di una maggiore consapevolezza delle motivazioni che guidano le proprie condotte e quindi una maggiore libertà di decisione rispetto al soddisfacimento dei propri desideri o alla messa in atto delle proprie pulsioni, una migliore regolazione dei propri stati emotivi, ecc.). Il terapeuta non è – ed è auspicabile che non si trasformi, all'interno del particolare contesto clinico – né in un sacerdote né in un assistente spirituale o in un servitore del proletariato o in un difensore del liberalismo economico e così via.

In altre parole il terapeuta, consapevole delle proprie preferenze politiche, delle proprie appartenenze religiose ecc., essendo nel rapporto con il paziente *al servizio* degli obiettivi e delle scelte *di quello*, ove per lui non radicalmente inaccettabili, sceglie consapevolmente di tenere per sé tali opinioni personali – tranne casi estremi – e di esplicitarle solo quando questo

<sup>4</sup> Secondo la Control Mastery Theory, i traumi dell'infanzia darebbero luogo a credenze patogene che genererebbero i disturbi psicopatologici. Nel paziente continuerebbero comunque ad agire alcuni "piani" innati di guarigione che cercherebbero di falsificare le credenze patogene attraverso i cosiddetti *test* relazionali al fine di falsificarle (Weiss e Sampson, 1999).

fosse davvero al servizio del perseguimento degli obiettivi concordati in terapia o interferissero significativamente con le mete del paziente e con la relazione terapeutica.

In ogni caso, anche quando il terapeuta considerasse le proprie opinioni come verità assolute perché frutto di una Rivelazione, o anche quando considerasse le convinzioni religiose sempre frutto di una visione magica, superstiziosa e superata dell'esistenza, dovrebbe saper mantenere comunque aperta, dentro la sua stessa mente, la capacità di considerare tali prospettive come un punto di vista soggettivo non necessariamente condiviso da tutti e mantenersi quindi aperto *metacognitivamente* alle ragioni del pensiero altrui.

Questo appare tanto più vero quando si tratta di questioni, come quelle psicologiche, che riguardano i comportamenti umani, il significato da attribuire alle emozioni, le teorie psicopatologiche, che appaiono particolarmente opinabili e suscettibili di continue revisioni, quindi – quasi per definizione – transitorie e falsificabili.

Una prospettiva così formulata ci guida pertanto ad usare una particolare cautela e ad utilizzare al massimo le nostre abilità metacognitive nell'intraprendere un lavoro clinico con pazienti omosessuali e ad affrontare aree problematiche, come quelle legate alla sessualità, che appaiono particolarmente condizionate dalle diverse posizioni etiche, da costumi più o meno passeggeri, da particolari climi politici e da fattori culturali.

A tale proposito, il terapeuta dovrebbe innanzitutto essere consapevole del dibattito in corso, teorico e clinico, relativo all'omosessualità, informato tecnicamente delle diverse opzioni e delle differenti opportunità di intervento disponibili, dei vantaggi e dei limiti delle scelte terapeutiche così come mostrate dalla letteratura scientifica. Appare pertanto opportuno che il terapeuta sia in grado di ricorrere, a seconda della formulazione del caso specifico, a molteplici opzioni, a seconda della specifica problematica presentata dal paziente, della sua progressiva e accurata conoscenza di sé, delle sue scelte personali e delle sue motivazioni nei riguardi di un determinato cambiamento.

In una psicoterapia orientata dalla teoria dell'attaccamento il principale obiettivo dell'intervento diventa l'aumento delle capacità metacognitive del paziente (Fonagy *et al.*, 2002) e tali maggiori abilità vengono viste – alla luce degli studi offerti dalla ricerca nel campo dell'attaccamento – direttamente connessi alla sicurezza dell'attaccamento, a sua volta espressione dello stato delle relazioni interpersonali del paziente. In altre parole se il paziente, anche grazie alla particolare qualità della relazione terapeutica, aumenta il grado della sicurezza percepita, aumenta di conseguenza le proprie capacità di introspezione, di riflessione, di conoscenza di sé e delle

proprie motivazioni (Onofri e Tombolini, 2000, 2004, 2006) e la abilità nella regolazione delle proprie emozioni. Nel corso di un processo terapeutico, quindi, sarà spesso proprio l'aumento di questa sicurezza e quindi delle capacità metacognitive a permettere al paziente di passare meglio in rassegna la propria storia individuale, di "rivedere" le proprie scelte, di riconsiderare il proprio assetto motivazionale alla luce delle nuove acquisizioni introspettive e di eventuali nuove esperienze. Non raramente questo comporta la proposta da parte del paziente di ricerca di mete terapeutiche diverse da quelle presentate all'inizio del lavoro clinico, che va quindi costantemente monitorato ed eventualmente ridirezionato. Discende da questo l'importanza di tener sempre presente, metacognitivamente, anche nel caso specifico di problematiche connesse all'orientamento sessuale, tutta la gamma di interventi disponibili, dalla Terapia Affermativa a quella Riparativa, con l'idea che se il paziente si sente più sicuro e accettato, esplorerà meno difeso e preoccupato i propri contenuti mentali, sarà più aperto nelle comunicazioni con il terapeuta, avrà maggiore introspezione e alla fine del percorso potrà in definitiva scegliere egli stesso, più liberamente, i propri obiettivi di vita. La scelta degli interventi iniziali dipenderà quindi dalla richiesta esplicita del paziente, dalla sua realtà ambientale, dal contesto di sviluppo, ecc. L'acquisizione del senso di una maggiore sicurezza interpersonale – secondo la Teoria dell'Attaccamento – diventa pertanto il principale obiettivo terapeutico sovraordinato, perché in grado di facilitare le capacità di scelta libera del paziente, in base alle proprie convinzioni filosofiche, morali, religiose ecc. e renderlo quindi più capace di decidere quali mete privilegiare nella propria vita: il valore di un rapporto stabile e monogamico, ad esempio, o i vantaggi di una maggiore libertà sessuale, cercare di espandere le proprie eventuali potenzialità eterosessuali e riproduttive, aderire alla ricerca dell'astinenza per un particolare credo religioso o invece impegnarsi in un rapporto omosessuale, ecc.

## **2. Pazienti omosessuali e psicoterapia**

Abbiamo quindi ricordato come debba essere *in primis* la richiesta esplicita del paziente a guidare l'intervento (utili e ben formulate linee guida in tal senso, accompagnate da diversi esempi clinici, appaiono in Liotti e Tombolini, 2006). L'omosessualità, per esempio, non dovrebbe mai rappresentare il *focus* dell'intervento se questo non rientra apertamente tra gli obiettivi del paziente. Vale in altre parole quello che appare un principio generale della psicoterapia: se un paziente omosessuale chiede un aiuto per un

sintomo che non sembra avere a che fare direttamente con il proprio orientamento sessuale, va ricercato l'obiettivo concordato che riguarda quello specifico problema, fatta salva la esplorazione dei rapporti che possano legare quel determinato fenomeno sintomatico agli altri aspetti della vita del paziente stesso.

Sempre più frequenti sono i casi che riguardano richieste di aiuto, da parte di pazienti omosessuali, al fine di perseguire l'obiettivo di migliorare le proprie relazioni sentimentali senza che questo comporti affatto la messa in discussione della propria omosessualità, per esempio riuscire ad avere relazioni più stabili, a porre un maggior freno alla propria eventuale tendenza alla promiscuità, a regolare i propri impulsi e le proprie tendenze nei confronti di rapporti sessuali anonimi e caratterizzati da particolare impulsività. È appena il caso di ricordare come ovviamente le problematiche appena menzionate non siano affatto appannaggio esclusivo dell'omosessualità ma possano allo stesso modo essere portate all'attenzione clinica da parte di pazienti eterosessuali, soprattutto se appartenenti alla cosiddetta area della disorganizzazione borderline.

Va poi ricordato come persone omosessuali che chiedano, a volte, aiuto per affrontare un ambiente (quasi sempre quello familiare) ostile e traumatizzante, che magari non si limita a esprimere il proprio disaccordo o le proprie perplessità e difficoltà rispetto ad una scelta di vita omosessuale, ma che arriva ad esprimere un rifiuto globale del paziente come persona, a non permettergli la minima autonomia di scelta, ecc. In questi casi, che riguardano quasi sempre adolescenti, il lavoro dovrà necessariamente indirizzarsi verso l'elaborazione di situazioni difficili vissute all'interno dell'ambiente familiare, verso le emozioni di vergogna prepotentemente attive, poi sulla capacità di ricercare transazioni più funzionali all'interno del proprio mondo interpersonale, sulla possibilità di tollerare meglio le critiche e il rifiuto da parte di persone affettivamente significative, infine di ricercare e di mantenere una visione positiva di se stessi anche in presenza di un contesto sociale difficile o apertamente ostile.

Ma c'è anche il caso, assolutamente non raro, di persone che pur non manifestando particolari problemi nell'area della accettazione sociale o della dichiarazione esplicita della propria omosessualità, continuano a pensare ai propri desideri omosessuali come qualcosa che non appartiene loro fino in fondo, qualcosa che ha a che fare con la propria storia di sviluppo, o qualcosa in contrasto con le proprie profonde convinzioni filosofiche, religiose o antropologiche, oppure come qualcosa percepito come eccessivamente connotato da coattività, impulsività, promiscuità. In questo caso la risposta dello psicoterapeuta deve necessariamente prendere in considera-

zione l'esplorazione approfondita della storia di sviluppo e delle esperienze di vita, nonché l'elaborazione di eventuali traumi ed abusi cui talora possono verosimilmente essere ricondotti alcuni comportamenti sessuali (per un caso clinico esemplificativo di questa eventualità, vedi Liotti e Tombolini, 2006). Il miglioramento delle capacità di regolazione delle proprie attivazioni motivazionali e quindi delle proprie condotte, ed eventualmente – ove richiesto dal paziente – anche l'allargamento delle proprie potenzialità eterosessuali sono ulteriori mete da non scartare a priori nella psicoterapia con persone omosessuali. Dovrebbe in questi casi valere il principio che accettare desideri fantasie e transitori comportamenti omosessuali non necessariamente significhi riconoscersi pienamente in una definita "identità omosessuale". Tale principio appare particolarmente vero nelle situazioni, assolutamente non rare, di confusione adolescenziale rispetto al proprio orientamento sessuale (scrive Jammet, 2008: negli adolescenti, «contrariamente alle apparenze l'elemento motore non è necessariamente l'omosessualità nella sua dimensione sessuale, ma piuttosto la ricerca del simile a sé – omo – ossia di una figura maschile con cui identificarsi, che potrebbe dar loro la forza necessaria per potersi liberare dall'ascendente materno dominante, e a volte esclusivo, che ha segnato la loro infanzia»), oppure in quelle in cui il paziente scelga di continuare a privilegiare e a non voler mettere in crisi una relazione eterosessuale, un matrimonio, una famiglia, preesistenti rispetto all'inizio della psicoterapia.

### **3. Il caso di Enrico**

Enrico è un giovane ricercatore universitario, un biologo molecolare. Ha 32 anni, ha già lavorato all'estero e da qualche mese è tornato in Italia. Vive da solo.

*«Ho preso un appuntamento con Lei, dottore, perché so che cerca di utilizzare le conoscenze che vengono dalla teoria dell'evoluzione nell'ambito della psicoterapia».*

Prima ancora di definire il proprio progetto di cambiamento, la propria richiesta di aiuto, Enrico chiede direttamente al terapeuta che cosa pensi dell'omosessualità, proprio in base alla prospettiva cognitivo evolutivista, in qualche modo costringendolo da subito ad una esplicitazione dei propri valori di riferimento.

«Per la psichiatria e la psicologia moderne l'omosessualità non è più vista come una malattia – il terapeuta risponde senza esitazione – perché certo non risponde a nessuno dei criteri fondamentali cui in genere si ricorre



per definire come malattia una esperienza umana: non implica una alterazione del senso di realtà, né sofferenza soggettiva né sofferenza altrui né diminuzione del funzionamento sociale o lavorativo o interpersonale».

«*Mi scusi, formulo la domanda più precisamente: alla luce della teoria dell'evoluzione, pensa che l'omosessualità sia normale?*» prosegue Enrico.

«Non penso di poter rispondere in maniera univoca e generalizzabile – anche stavolta il terapeuta non esita nella risposta – ma di dover ricorrere ad una più approfondita conoscenza del contesto di insorgenza per poter tentare una risposta. Una risposta che inevitabilmente dipenderebbe dai criteri di normalità utilizzati. Il concetto di normalità corrisponde più ad una dimensione che non a un sì/no (Biondi, 1999). Dipende da un criterio soggettivo (come la persona la percepisce, innanzitutto) e da molti e diversi criteri “oggettivi” che possono aiutarci a definire il concetto di norma e che possono essere presi in considerazione a seconda dei casi. Sicuramente se prendiamo in esame un criterio strettamente etologico e quindi se ricorriamo al concetto di norma funzionale, effettivamente l'omosessualità appare come qualcosa di non ancora del tutto comprensibile, in quanto non si capisce bene quale vantaggio riproduttivo possa comportare, anche se in verità esiste più di una ipotesi al riguardo. Ma ora sono io a chiederle il perché di queste domande e per che cosa pensa che io possa aiutarla».

«*Sono omosessuale e sono un caso particolare di omosessuale: sono arrivato con il tempo a pensare che l'omosessualità esclusiva non sia una condizione normale per l'essere umano. E questa è una acquisizione piuttosto recente, nella mia vita. Vede, come biologo appassionato di evolucionismo ho molto approfondito l'argomento. È innegabile che la storia dell'evoluzione della nostra specie veda uno stretto nesso tra sessualità e riproduzione, come dimostra l'evidente “accoppiamento strutturale”, anche anatomico, tra maschi e femmine della nostra specie. In natura esistono alcuni comportamenti omosessuali, come nel noto caso delle scimmie bonobo, ma non esiste mai l'esclusività omosessuale e certo non le coppie omosessuali. Da un punto di vista evolucionista, il fine biologico ultimo – la cosiddetta meta distale – della sessualità è la riproduzione e questo fine non è conservato nell'omosessualità anche se lo è il cosiddetto fine biologico prossimale, l'eiaculazione e l'orgasmo nell'accoppiamento».*

Il terapeuta lascia parlare il paziente, in attesa di arrivare alla dimensione soggettiva del problema. In un primo momento, inoltre, sceglie di seguire il paziente sul piano della discussione teorica, accettando di rispondere a quello che gli appare anche come un test sulle proprie competenze. Il terapeuta sceglie in altre parole di restare il più possibile su una linea di esplicitazione e di informazione (offerta in forme ovviamente ipotetiche e dubita-

tive) riguardante gli assunti teorici di base del proprio modello terapeutico e dello stato dell'arte rispetto alla particolare area di riflessione psicologica proposta dal paziente, ritenendo che l'esplicitazione degli assunti teorici che guidano un particolare modello terapeutico faccia in qualche modo parte dei diritti di informazione del paziente che voglia scegliere un determinato tipo di intervento rispetto ad un altro.

Mentre il paziente parla, il terapeuta ripercorre mentalmente il punto di vista dell'evoluzione. «Sul piano biologico, si tratta di un vero e proprio enigma. L'evoluzione [...] è guidata dall'esigenza di trasmettere alla generazione successiva il patrimonio genetico degli individui [...] e tuttavia il riscontro di comportamenti omosessuali in tutte le culture e in ogni epoca storica accentua l'attualità del dilemma» (Potts e Short, 1999; cfr. anche Stevens e Price, 2000); Bowlby pensava all'omosessualità come al «prodotto di un apparato comportamentale efficiente ma funzionalmente inefficace [...] ciò che (la) rende funzionalmente inefficace è il fatto che per qualche ragione il sistema si è sviluppato in modo tale che il suo risultato prevedibile non sia connesso alla funzione», il sistema comportamentale degli omosessuali non serve al suo obiettivo funzionale di riproduzione (citato in Cassidy e Shaver, 1999).

*«C'è di più – riprende il paziente – ho approfondito anche l'aspetto antropologico: è vero, esistono società con maggiore o minore tolleranza rispetto alla omosessualità, anche riti di iniziazione o di passaggio che prevedono rapporti omosessuali, ma nelle mie ricerche non ho trovato nessun caso di società dove l'omosessualità sia considerata sullo stesso identico piano dell'eterosessualità, dove una scelta esclusivamente omosessuale sia considerata del tutto normale. Sa come è cominciata questa mia ricerca? Pensavo che le grandi religioni monoteiste, (sia l'Ebraismo sia il Cristianesimo sia l'Islam esprimono – sia pure con accezioni e sfumature diverse – una sostanziale condanna dell'omosessualità) fossero intrinsecamente omofobe, per cui sono ormai anni che mi sono avvicinato alla pratica buddhista. Due anni fa, negli Stati Uniti, mi reco ad una conferenza del Dalai Lama, gli pongono una domanda sull'omosessualità e che cosa risponde? Sostanzialmente quello che avrebbe detto anche il Papa: che l'omosessualità non è naturale. Me ne andai via arrabbiato e frustrato, ma quella frase ha continuato a lavorarmi nel cervello per mesi ... e a farmi star male! Alla fine sono stato onesto con me stesso e con tutto quello che so – accidenti, sono un evoluzionista convinto! – e ho capitolato: omosessualità e eterosessualità non possono essere messe sullo stesso identico piano, da un punto di vista biologico; un omosessuale nasce da un accoppiamento eterosessuale, un eterosessuale non potrà mai nascere da un accoppiamento omo-*

*sessuale, è una grande differenza, non le sembra, dottore? Se tutti fossero eterosessuali cambierebbe poco, se invece l'umanità tutta abbracciasse l'omosessualità la nostra specie si estinguerebbe».*

Il terapeuta ripensa dentro di sé alle teorie psicobiologiche delle emozioni – per la quale le emozioni di base, tra cui il desiderio erotico, vanno considerate come caratteristiche e distinte *realità* biologiche a base innata – e al concetto di *norma funzionale*<sup>5</sup>. Secondo questa prospettiva, ben descritta da Liotti (2006), le emozioni sarebbero biologicamente fondate e precederebbero l'esercizio delle capacità riflessive e di categorizzazione concettuale. Le emozioni di base, essendo mediate direttamente da specifici circuiti cerebrali a base innata, innescati ciascuno da una appropriata realtà ambientale, sarebbero influenzate solo parzialmente dai processi cognitivi espliciti. In psicopatologia, a determinare un'evoluzione normale o patologica dell'esperienza emotiva potrebbe essere una diversa comprensione dell'emozione, cioè una maggiore o minore capacità di rappresentarne adeguatamente il significato. Gli schemi comportamentali di base correlati alle attivazioni emozionali sarebbero innati e frutto dell'evoluzione, ma il loro sviluppo – fino alla piena costruzione dell'esperienza soggettiva – dipenderebbe dall'accoppiamento progressivo di quegli schemi ad uno schema cognitivo interpersonale acquisito sulla base dell'esperienza. Può così accadere che una o più delle categorie cognitive con le quali attribuiamo causa e significato a quello che emotivamente proviamo, divergano dal valore evolutivamente determinato dell'emozione. Non adeguatamente compresa nel suo valore e nel suo significato, l'emozione di base (che, in quanto parte del corredo genetico e adattativo della specie, è impossibile non provare) verrebbe così sottratta ai processi intrapsichici e interpersonali, mediati dal linguaggio. Di qui il suo potenziale patogeno. Per comprendere come un'emozione di base possa essere misconosciuta nei processi cognitivi espliciti, bisogna ripartire dalla definizione precisa del valore evolutivo di ciascuna fra tali emozioni (la definizione del valore evolutivo, precedente ogni forma di cognizione esplicita, di ciascuna emozione primaria richiede una considerazione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali di cui tali emozioni sono aspetti, che qui non è possibile riassumere: cfr. Liotti, 2001, 2005). Attraverso la definizione di tali valori, divengono riconoscibili la funzione specifica di ogni emozione, e la sua efficacia nella rego-

<sup>5</sup> Le *norme funzionali*, in medicina, non sono relative a particolari contesti socio-culturali, ma alla costituzione *fondamentale* dell'organismo umano (per il concetto di norma biologica oltre a Biondi [1999] cfr. Liotti [2006]).

lazione del comportamento. Di conseguenza, si potranno identificare sia i processi cognitivi che misconoscono valore, funzione ed efficacia di una emozione, sia le modalità con la quale tali processi possono essere acquisiti. Il ruolo innegabile dell'intersoggettività nel riconoscimento del senso e del valore delle emozioni si associa inoltre alla tendenza intrinseca del cervello a rappresentare l'esperienza categorizzandola e ri-categorizzandola continuamente nella conoscenza semantica (Edelman, 1989). Questa tendenza intrinseca opera anche, sia pure in parte, al di fuori degli scambi diretti con gli altri (ad esempio, durante il sonno ed il sogno). Le forme di attività cognitiva di tipo metaforico (particolarmente attive durante il sogno, ma presenti spontaneamente in tutti anche durante la veglia) giocano un ruolo essenziale nella ri-categorizzazione cognitiva dell'esperienza emozionale (Casonato, 2003; Liotti, 2001). È quindi possibile ipotizzare che alcuni sintomi psicopatologici abbiano il valore di metafore "incompiute" (Liotti, 2001): metafore attraverso le quali il cervello tenta senza successo di ricategorizzare cognitivamente la percezione di importanti emozioni di base, la cui conoscenza semantica *corretta* è ostacolata da avverse situazioni interpersonali.

La ricostruzione della storia personale, nella prospettiva terapeutica cognitivo-evoluzionista, è finalizzata a ripercorrere quali influenze interpersonali, in genere coincidenti con le prime relazioni di attaccamento, abbiano indirizzato in direzioni inadeguate la rappresentazione di alcune esperienze emozionali fondamentali. Dalla conoscenza dei valori evoluzionistici di sopravvivenza e adattamento perseguiti attraverso questi sistemi emozionali (o motivazionali) deriva infatti la possibilità di valutare quanto le rappresentazioni di diverse esperienze emozionali siano più o meno congruenti con la funzione originaria di ciascuna emozione primaria esaminata. Liotti (2006) nota, a questo riguardo, come la riflessione sulla funzione evoluzionistica di adattamento di ciascuna emozione primaria non rende lo psicoterapeuta un agente di "normalizzazione" al servizio di un qualsiasi sistema socio-culturale, ma piuttosto il veicolo di una migliore adesione della coscienza alla natura fondamentale della relazionalità umana e dell'esperienza soggettiva diretta, "di prima mano", non influenzata da mode, morali contingenti, pregiudizi sociali e strumenti di propaganda.

«Il nostro modello – ora il terapeuta si rivolge direttamente al paziente – propone un punto di vista che procede dall'evoluzione allo sviluppo individuale: sostanzialmente i Sistemi Motivazionali Interpersonali, le tendenze innate evoluzionisticamente tramandateci, appaiono ambientalmente labili nella specie umana, e quindi profondamente (anche se mai completamente) plasmabili dall'esperienza: distorti, amplificati, inibiti, a seconda dei casi e

delle storie particolari di sviluppo. In altre parole, intravediamo un *continuum*, che può essere più o meno armonico, tra significato biologico delle emozioni e significato personale. E quello che appare assolutamente probabile è che ci sia una interazione significativa tra le vicissitudini dell'attaccamento nella propria storia individuale e lo sviluppo della sessualità, così come tra Attaccamento, Sessualità e Sistema Agonistico (il sistema che regola i ranghi sociali). Ovviamente questo vale sia per l'eterosessualità sia per l'omosessualità. E ovviamente va ricordato che la storia personale di attaccamento ha anche delle ricadute sull'atteggiamento di maggiore o minore accettazione di sé e delle proprie presunte imperfezioni o difetti...»

*«È proprio questo il motivo per il quale son qui da Lei, dottore ... Perché non mi va più questa storia ... questa mia diversità ... questa anormalità, insomma io **mi sento** anormale e se devo esser sincero mi ci sono sempre sentito, anche quando ero un attivista gay e firmavo editoriali sulla rivista locale per gay, negli Stati Uniti ... ricevendo plauso e consenso per quegli articoli. Non rinnego nessuna di quelle battaglie, rimango fermamente contrario ad ogni forma di discriminazione, ostracismoecc. ma non posso essere d'accordo a sostenere la relatività totale dell'eterosessualità e dell'omosessualità ... come se fossero due semplici varianti evolutivistiche possibili della sessualità, da porre sullo stesso identico piano ... ».*

Finalmente emerge dal discorso del paziente, all'inizio tutto teorico, il tema soggettivamente problematico dell'accettazione di sé, sul quale il terapeuta cercherà d'ora in poi di focalizzare la propria attenzione. Perché il paziente non si accetta? perché sembra faticare tanto ad accettarsi così com'è?, si chiede tra sé e sé il terapeuta riandando nella propria mente alle teorizzazioni che inquadrano la egodistonia alla luce della interiorizzazione della visione negativa dominante riferita alla omosessualità, stigmatizzata dalle società tradizionali. Il terapeuta sceglie pertanto di approfondire ulteriormente questa area e di esplorare meglio il terreno relativo all'eventuale conformismo sociale del paziente, anche proponendo esplicitamente al paziente questa area di riflessione.

*«Sì, dottore, – è ora il paziente a parlare – sono consapevole di questo aspetto e sono anche disponibile ad approfondirlo con Lei. So quanto sia stato difficile nella mia adolescenza affrontare e svelare la mia diversità alla mia famiglia, al mio gruppo di amici. Ma ormai mi sembra che dentro di me non sia più questo il problema, tra l'altro non mi sembra neanche più che io abbia particolari svantaggi sociali come conseguenza della mia omosessualità, ho un lavoro che mi piace, sono circondato dall'affetto e dalla stima di tante persone, ho pienamente recuperato il rapporto con la mia famiglia, eppure ... eppure ... è difficile spiegarlo, ma è qualcosa che va oltre questo, è l'idea che*

– almeno per me – la mia omosessualità non mi appartenga fino in fondo, ma sia stata davvero il risultato di una infanzia particolare, di un rapporto con i miei genitori difficile e tormentato e che non mi è ancora del tutto chiaro, della grande influenza che hanno avuto nella mia vita le figure di mia madre ... e di mio padre ... questo è quello che vorrei capire meglio, il motivo per cui mi rivolgo a Lei, capire se la mia omosessualità viene fuori da tutto questo, se mi appartiene fino in fondo oppure no ...».

Il paziente e il terapeuta arrivano così a formulare un primo accordo di lavoro: cercheranno innanzitutto di esplorare il tema della non accettazione di sé in maniera molto aperta cercando nella propria storia di sviluppo e nelle esperienze vissute dal paziente tutto quello che possa aver favorito questo atteggiamento verso di sé.

Il terapeuta coltiva l'ipotesi che risolvendo questa particolare area problematica, e quindi rafforzando l'accettazione di sé e l'assertività, il paziente possa sconfiggere il sentimento ego distonico rispetto alla propria omosessualità e ritrovarsi finalmente pacificato con se stesso e con il proprio orientamento sessuale.

Il terapeuta decide di proporre al paziente un lavoro terapeutico che utilizzi l'approccio EMDR, la terapia ideata da Francine Shapiro negli anni '90, che sfrutta l'effetto dei Movimenti Oculari bilaterali per una elaborazione accelerata di informazioni disturbanti. Per cominciare, il terapeuta invita subito il paziente a focalizzarsi sulla sua sensazione interna di anormalità, di diversità, provando a tradurla verbalmente in una convinzione negativa su di sé. «Non sono adeguato, non sono a posto» dice Enrico, cui viene quindi suggerito di utilizzare questa sensazione e queste parole per cercare di rintracciare nel proprio passato la prima volta che può aver sperimentato qualcosa di simile (è questa la cosiddetta tecnica del *float back*).

Enrico prosegue: «Mi vedo bambino. Ho circa dieci anni. Sono in mezzo ad altri bambini, altri maschietti. Mi prendono in giro. Non so bene perché. Ma è qualcosa che deve avere a che fare con il mio comportamento. Mi sembra di ricordare. Devo aver detto loro che le parolacce non si dicono. Deve essere iniziata lì la presa in giro».

Il terapeuta invita quindi Enrico a focalizzarsi sull'immagine di lui bambino preso in giro dagli altri, di pensare alle parole. «Non sono adeguato; non sono a posto», di focalizzarsi sull'emozione di vergogna e sulla sensazione fisica. Attraverso ripetute stimolazioni oculari bilaterali, inizia per Enrico quella che sarà una lenta ma profonda rielaborazione di tutta la sua storia infantile, attraverso il ricordo di molteplici episodi che diventeranno ogni volta specifici *target* per l'applicazione dell'EMDR. Ne emergerà un quadro familiare particolare e sempre più ricco di dettagli.

*«Nella mia vita da bambino io ho molto sofferto per quella che ho sempre percepito come una distanza infinita e incolmabile con mio padre. Mia madre dominava su tutto, mio padre invece mi appariva debole, passivo, dipendente. Non prendeva mai nessuna decisione soprattutto se questa riguardava me. Delegava tutto ciò che mi riguardava a mia madre. Inoltre ai miei occhi non faceva mai una gran bella figura, non era certo il papà forte, sicuro di sé, fiero, che avrei desiderato, mentre mi sembravano quasi tutti così, i padri degli altri! Da bambino li vedevo tutti migliori del mio, almeno tanto quanto mia madre vedeva i mariti delle sue amiche sempre migliori del suo».*

Il terapeuta pensa all'importanza della figura paterna e al bisogno da parte del bambino in crescita di identificarsi, sentirsi protetto e guidato da un padre percepito come "vincente" in qualche aspetto sociale (Zoja, 2000).

*«Da parte di mia madre nei confronti di mio padre assistevo a una critica continua, fino a veri e propri commenti umilianti, lamentele, manifestazioni di disprezzo, espressioni di una sua insoddisfazione cronica che ha accompagnato tutta la mia infanzia. Il guaio è che tutto questo avveniva non solo davanti ai miei occhi, ma all'interno di quel rapporto strettissimo con me che mia madre era riuscita a creare: io ero il suo confidente, la sua spalla, la sua forza, il suo riscatto, il suo orgoglio, la sua salvezza e soprattutto la persona sempre disponibile ad ascoltarla, a consolarla, a ricevere le sue lamentele nei confronti di **mio padre**. Sì, perché il problema era proprio questo, che lei si sfogava e si lamentava non di un uomo qualsiasi ma di **mio padre**, l'uomo che avrebbe dovuto rappresentare per me un modello cui aspirare, un esempio da imitare, una guida da seguire. E la cosa che mi fa ancora molto male è che spesso io mi ritrovavo schierato con mia madre contro di lui ... io, bambino, deridevo mio padre...».*

*«Ma da parte di mio padre il vuoto pressoché assoluto, la mancanza di ogni reazione: non penso di essere disonesto nel dire che io non ho mai fatto nulla insieme a lui, veramente nulla. Non è stato sicuramente capace di coinvolgermi in nulla, in nessuna occupazione comune, in nessun hobby, in nessuno sport, in nessuna attività fisica. Tra i miei ricordi anche sforzandomi non trovo nulla che mi indichi un suo interesse in qualche cosa che a me potesse piacere. Mai un'attenzione alle mie amicizie, ad eventuali esperienze sportive, agli hobby che via via potevano far parte del mio mondo». Più avanti Enrico arriverà a dire «Ora che sono grande non sono più sicuro che sia stata tutta responsabilità sua, forse avrà anche fatto qualche tentativo di avvicinarmi (certo non facilitato da mia madre) che io avrò prontamente respinto, tutto preso dalla sfera di influenza di mia madre ... Forse anche a lui sarà mancato il rapporto con me, che probabilmente non sape-*

*va come cercare, forse anche lui avrà sofferto per una sensazione interna di inadeguatezza. E forse quella sensazione di inadeguatezza mi ha in qualche modo contagiato ...».*

*«Quello che è certo è che a me il rapporto con lui, da bambino, mi è davvero mancato tantissimo, a volte mi sembrava quasi di odiarlo per la distanza che avvertivo, per quella che mi appariva indifferenza, e soprattutto per la sua passività e debolezza che mi abbandonavano nella morsa del rapporto esclusivo con mia madre. Era lei che mi puniva se mi comportavo male, mentre allo stesso tempo umiliava lui per la sua incapacità ad educarmi. Ricordo che solo una volta, in tutta la mia infanzia, mio padre mi diede uno schiaffo, dietro suggerimento di mia madre, ovviamente. Ricordo ancora l'intima soddisfazione che provai per quella inattesa reazione mista al disprezzo verso di lui per la sua compiacenza verso mia madre...».*

*«Con questa situazione familiare così carente io crescevo come "il figlio d'oro" di mia madre, sempre teso a farla contenta per evitare i suoi improvvisi scatti di ira, bravo, educato, tranquillo e giudizioso, acquiescente direi, ... e con i coetanei? All'apparenza nessun problema, ma dentro di me un vero, continuo disastro, una costante fonte di disagio».*

Come si può facilmente notare, dal racconto di Enrico emergono frequentemente rappresentazioni delle figure genitoriali contraddittorie e non integrate che rimandano alle figure del persecutore/vittima/salvatore che Liotti (2000) ha messo in relazione alle situazioni di disorganizzazione dell'attaccamento.

Il rapporto con il padre non aveva certo aiutato Enrico a sentirsi "traggettato" verso il mondo dei maschi: *«all'epoca – è di nuovo Enrico a parlare – mi sembrava di non aver imparato nulla da lui di quelle che son considerate le tipiche virtù maschili: non il coraggio (anzi, da bambino lo consideravo sostanzialmente un vile e tale mi ritenevo quindi io stesso) non le abilità manuali (del resto veniva sempre descritto da mia madre come un inetto assoluto!), né quelle sportive, e neanche alti ideali...».*

Ben presto la sensazione di generica inadeguatezza riportata dal paziente all'inizio della terapia, diventa una più precisa inadeguatezza *maschile*, che Enrico continua a vedere come il risultato delle sue esperienze infantili.

Il padre di Enrico non deve essere stato affatto consapevole dei bisogni specifici che un figlio maschio ha: la confidenza con il proprio corpo, il misurarsi con delle difficoltà crescenti, il sentire una progressiva comunanza con gli altri maschi, una particolare e tipicamente maschile esuberanza fisica, l'acquisizione di una fiducia in se stessi, l'ambizione ad affermarsi, a competere e – perché no – a vincere, la necessità di non essere troppo coinvolto in una soffocante intimità con la propria madre.



Il risultato – riconosce a un certo punto il paziente – fu un sentimento perenne di inadeguatezza maschile, di inferiorità, di diversità, che lo condussero verso una sorta di “distacco difensivo”: *«mi sentivo vulnerabile, esposto e senza protezione di fronte al mondo e quindi sostanzialmente da bambino evitavo di misurarmi con gli altri, mi sentivo perennemente “alla finestra” ad ammirare negli altri quelle capacità che pensavo mancassero a me, consideravo gli altri sempre più bravi di me nello sport, nella capacità di affermarsi, di farsi valere, di reagire alle prepotenze...»*. Enrico cominciò così a crogiolarsi in una specie di sognante nostalgia nei confronti di un agognato mondo maschile al quale sentire finalmente e davvero di appartenere. In questo modo, cominciò sempre di più, già nella prima adolescenza, a “mettere gli altri su un piedistallo”, ad aumentare il senso della propria inferiorità, a precludersi la possibilità di fare esperienze nuove, dato che non accettava i propri limiti e le proprie incapacità, quindi di imparare qualcosa che non sapeva fare e soprattutto di sentirsi comunque, fino in fondo, parte di un gruppo maschile e quindi in sostanza pari agli altri.

Nell’ambito della psicologia analitica, Claudio Risè (1988) ha più volte sottolineato nei suoi scritti l’importanza, per lo sviluppo dell’identità maschile, delle esperienze con i coetanei e della frequentazione di un gruppo dei maschi per il rafforzamento di una sana mascolinità (cfr. anche Schellenbaum, 1991).

A questo punto della terapia Enrico comincia a chiedere e a chiedersi attivamente domande relative alla possibilità di un eventuale cambiamento, di una “riparazione delle antiche ferite”.

Il terapeuta informa con chiarezza il paziente su quali sono i limiti generali della psicoterapia e quelli relativi alla sua specifica area problematica: pur esistendo esperienze cliniche e suggerimenti volti al cambiamento di orientamento sessuale, non esistono al momento protocolli terapeutici validati che si propongano questo fine. Propone pertanto al paziente di continuare a lavorare sulla comprensione della propria storia, sapendo però in anticipo che una comprensione anche accurata non necessariamente implica un cambiamento.

*«Perché non mi sono accettato? A causa della sensazione di diversità che è andata crescendo negli anni. Enrico era un bambino speciale? No, io ero solo un bambino che aveva una situazione familiare speciale, questa è la verità, la mia verità. E invece allora pensavo e mia madre voleva farmi credere che io fossi speciale, più sensibile degli altri, meno aggressivo, più intelligente, più tranquillo... Insomma, un mostro inesistente, lontano anni luce dal bambino che veramente ero. Un bambino che si sentiva diverso e che invidiava i suoi coetanei normali... che provava ammirazione per tutti*

*quelli che non avevano paura di prendere l'iniziativa, per coloro che avevano il coraggio e la forza di mantenere il proprio valore contro gli attacchi degli altri».*

Attraverso la successiva elaborazione di molti episodi vissuti, Enrico collega la mancanza di una figura modello dello stesso sesso con i problemi con il proprio gruppo di coetanei. *«Apparentemente nella mia vita c'era solo mia madre, io reagivo al mondo come lei avrebbe reagito, era questo che mi rendeva così diverso dagli altri ...».* Enrico riconosce quindi di essersi inevitabilmente identificato con sua madre, se non altro per aver abbracciato una visione negativa del proprio padre e per aver pensato a se stesso come ad “un bambino speciale”. *«Io andavo anche assumendo la sua postura, i suoi manierismi, i suoi atteggiamenti, anche le sue espressioni facciali... Purtroppo, alcuni miei coetanei mi prendevano in giro e a volte mi ridicolizzavano, escludendomi ulteriormente dal loro circolo. In questo modo l'isolamento che io stesso andavo attuando mi venne anche imposto con la forza. Penso di aver pensato al suicidio già a dodici anni. Una volta mi chiusi in bagno con un coltello da cucina, volevo tagliarmi le vene dei polsi, ma ero ancora un bambino, non riuscii a combinare un granché!».*

Il padre di Enrico, distaccato e indifferente, sembrava aver rinunciato del tutto al proprio ruolo. Enrico constatava quanto suo padre restasse inerte mentre egli tentava come poteva di combattere le proprie battaglie, e allora in qualche modo finì con il considerare questo come la prova “fisica” del fatto che suo padre non lo amasse. *«Mi sentivo abbandonato emotivamente da mio padre quanto o forse più di un padre davvero assente, perché al lavoro, all'estero, o in guerra...!»* (per quanto riguarda una riflessione appena accennata in ambito cognitivo-evoluzionista sulle esperienze di attaccamento padre/figlio, cfr. anche Onofri, 2010).

La storia di Enrico sembra effettivamente confermare l'importanza della figura paterna per lo sviluppo di una adeguata identità maschile. Non è certo un caso che i padri siano stati chiamati “le finestre sul mondo” e che si ritenga che i ragazzi, durante la crescita, abbiano bisogno della conoscenza, dell'abilità, di un modello e della protezione paterna. Senza tutto questo il bambino può estraniarsi dal mondo e iniziare a sprofondare nel proprio mondo fantastico, troppo timoroso per funzionare nel mondo quotidiano reale (Risè, 2003).

Il rifiuto da parte dei coetanei può avere a questo punto un ruolo importante nel confermare la diversità di un bambino e la sua inaccettabilità. I ragazzi “diversi” spesso si trovano di fronte ad una “appartenenza negata” (restare fuori dalla cerchia di coetanei desiderando intensamente di entrarvi) e ad una “intimità negata” (non poter condividere i segreti e il camerati-

simo del gruppo). A questo punto è probabile che accada quello che accadde ad Enrico: sceglieranno di proposito l'isolamento poiché l'interazione sociale sembra loro provocare solo sofferenza e rifiuti.

Iniziando da queste continue comparazioni tra sé e gli altri, Enrico arrivò quindi alla decisione e alla ammissione di non essere uguale ai propri coetanei, di non essere in grado di soddisfare gli standard del proprio gruppo. Iniziò a ritirarsi dalla competizione, rinunciando a prendere delle iniziative con i propri amici e restando sempre indietro. Ma solo molto tardi, verso la fine della adolescenza, Enrico ammise del tutto la propria inadeguatezza *maschile* e costruì attorno ad essa la propria identità adulta.

«Sì – dirà Enrico ad un certo punto del percorso terapeutico – è proprio per questo che a dodici – tredici anni circa cominciai a guardare, a spiare, il corpo dei maschi. Volevo quasi capire come era, di che cosa erano fatti gli uomini, per diventare come loro, per sentirmi parte di loro, per ricevere da loro quello che a me mancava, la virilità... e poter così entrare, finalmente, nel mondo degli uomini. Cercavo anche di imitarli ed accentuare il più possibile i miei atteggiamenti maschili».

«Fu questa ammirazione – dirà un giorno Enrico durante l'elaborazione con EMDR del ricordo relativo alle sue prime esperienze sessuali – a tramutarsi in un forte desiderio sessuale...». Quasi una maniera simbolizzata e al tempo stesso resa così profondamente concreta, di appropriarsi di quelle caratteristiche di cui si sentiva carente «e delle quali continuo anche oggi, contro ogni evidenza reale, a sentirmi carente. È come se di fronte ad un uomo io mi sentissi sempre quel bambino mingherlino e delicato che allora sentivo di essere. In effetti ancora oggi, quando mi specchio nudo è come se non mi riconoscessi, come se ogni volta mi meravigliassi di trovarmi di fronte un uomo adulto e robusto, assolutamente maschile. La mia immagine interna di me stesso non corrisponde a quel corpo. Anzi, è come se il mio corpo non mi appartenesse, come se fosse qualcosa di assolutamente scollegato da me stesso».

Il lavoro con l'EMDR ripartirà quindi dalle immagini legate al corpo e dalla convinzione negativa “Non sono maschile” e proseguirà con quello che nell'approccio EMDR viene definito come l'installazione di risorse: attraverso l'immaginazione attiva e contemporaneamente la stimolazione oculare bilaterale, Enrico entrerà in contatto con la realtà della sua situazione attuale anche corporea e sarà aiutato a riconoscere di essere un uomo adulto, virile, con caratteristiche assolutamente maschili, come gli altri uomini.

«Ammetto che la sensazione di diversità rispetto agli altri è ancora presente oggi e ho avuto modo di verificarla proprio in questi giorni stando insieme ad alcuni amici. Più che di diversità avverto una lontananza che

*sembra incolmabile. Però ora ho cambiato prospettiva, non sono gli altri a dovermi comprendere ma io a cercare di comunicare meglio con loro».*

Sul piano della vita reale, Enrico sceglierà, a questo punto della terapia, di privilegiare al massimo le amicizie maschili non sessualizzate e tutte le esperienze in grado di aumentare quel senso di appartenenza maschile, del cui desiderio è ora pienamente consapevole. Questa fase della terapia ha tratto ispirazione dal metodo dell'immaginazione attiva (Tibaldi, 2007) utilizzato però insieme all'EMDR.

Quello che Enrico riporterà è la scoperta di una nuova evidenza: in una situazione di generale "rafforzamento e maggiore coesione di sé" (Kohut, 1979 e 1982) il paziente comincia a notare una netta diminuzione della attività sessuale fino ad allora avvertita con caratteristiche di intensa compulsività. Comincia anche a notare con maggiore consapevolezza come la messa in atto dei suoi desideri sessuali appaia spesso la conseguenza di esperienze di vita avvertite come "sconfitte agonistiche". «Ogni volta che ho un rapporto con un uomo – è Enrico a parlare – sono come spinto dal desiderio di farmi accettare da lui e per arrivare a questo mi sento come se dovessi sottomettermi a lui per spingere lui ancora più in alto su quel famoso piedistallo e magari ritrovarmi anche io lassù, finalmente insieme a lui ... Ma è come una illusione che finisce dopo un attimo, che dura quanto una stella cadente... e così mi ritrovo di nuovo insoddisfatto, a cercare qualcuno a ancora una volta, su Internet, nelle dark room, senza mai legarmi davvero a nessuno; nessuno riesce a resistere su quel piedistallo, dopo un attimo mi sembrano tutti deboli almeno quanto me...». «Quello che ora voglio recuperare – prosegue Enrico durante un'altra seduta – è l'approccio audace nei confronti della vita. Non voglio aver paura di vivere, io vivo nella consapevolezza di vivere a metà, di vivere non in maniera completa, di non giocare tutte le carte che ho a disposizione. Voglio togliere gli occhiali da sole e ridare un po' di luce ai miei occhi. L'unica via percorribile è riconciliarmi con me stesso e mettere allo scoperto le ferite per permettere una più rapida cicatrizzazione. Per questi tipi di dolore non ci sono aspirine che funzionino in maniera efficace, lo so bene, ma io voglio sviluppare tutte le potenzialità che son rimaste sopite dentro di me».

Enrico sembra a questo punto attribuire alla sua percezione di diversità una delle cause della sua omosessualità, che solo in un secondo momento ne diventa anche una delle conseguenze. «Per questo non accetto la mia omosessualità: perché sembra esser nata dentro di me come conseguenza di un forte desiderio di appartenenza al mondo degli uomini ma senza riuscire davvero a soddisfarlo, in questo modo, una volta per tutte!».

Fino alla fine del lavoro clinico, al terapeuta resta il dubbio che una del-

le difficoltà ad accettarsi, da parte del paziente, sia proprio originata dal suo desiderio di conformarsi a tutti i costi agli standard richiesti, di sentirsi adeguato, probabile residuo di quella “sindrome del bravo bambino” tanto ben descritta dal paziente attraverso i suoi ricordi infantili. «*Ma io sono un maschio!* – dirà un giorno Enrico quasi litigando con il terapeuta su questo tema – *sono biologicamente e mentalmente un maschio! Le sembra strano che almeno una volta nella vita voglia sentirmi adeguato come maschio, anzi come uomo?»*.

Il terapeuta assisterà stupito e sorpreso al cambiamento inaspettato di Enrico: innanzitutto al moltiplicarsi e all’approfondirsi delle sue amicizie maschili (amicizie senza sesso), ai suoi progressi sportivi e alla sua ricerca di una maggiore competenza “corporea” e, infine, alle sue amicizie femminili e alla sua decisione finale di cercare attivamente rapporti sessuali con donne, pur continuando a sentirsi attratto da uomini.

«*Desidero gli uomini, li desidero ancora, ma ho scoperto che, almeno quando son lì con loro, mi piace di più fare l’amore con le donne. Nei rapporti sessuali con gli uomini ho sempre desiderato una fusione fisica impossibile da realizzare. Con gli uomini c’è più eccitazione mentale, con le donne, invece... c’è più piacere, è come quando si mangia senza fame, si possono scoprire in un cibo qualità insospettabili*» dirà nell’ultima seduta ad un terapeuta quasi incredulo, che grazie al paziente si ritrova – per quanto riguarda il tema dell’omosessualità – con molti più dubbi di quando lo incontrò la prima volta.

#### **4. Conclusioni**

Siamo ovviamente consapevoli del rischio sempre incombente – quando si parla di omosessualità – della generalizzazione. Lo stesso caso clinico descritto qui sopra a titolo di esempio, pur presentando forse tematiche comuni ad altri pazienti con problematiche omosessuali, non deve e non può certo essere considerato prototipico, né facilmente riproducibile negli esiti (per molti versi inaspettati e non previsti dallo stesso terapeuta) che ha prodotto.

Va innanzitutto riconosciuta la ancora scarsa conoscenza che le scienze psicologiche in generale hanno del fenomeno omosessualità: forse non esiste l’omosessualità, ma tante diverse esperienze e storie soggettive (Potts e Short, 1999). Sappiamo ancora molto poco della sua genesi, dei diversi fattori biologici, psicologici e sociali che possono essere implicati (secondo quello che viene ormai definito come il modello biopsicosociale nello studio dei comportamenti umani): è difficile pensare che in un fenomeno tanto

universale e diffuso come quello della omosessualità non siano coinvolti aspetti di natura genetica, ormonale, ecc. e forse sia l'omosessualità sia l'omofobia hanno la loro origine nella interazione di fattori biologici, antropologici e culturali. Non emergono (né sembra siano stati ricercati) tali fattori in grandi studi longitudinali come il recente *Minnesota Study* (Sroufe *et al.*, 2005), che invece potrebbero fornire utili indicazioni in tal senso. Del resto, sappiamo ancora poco dei diversi percorsi individuali che possono portare al medesimo esito e dei percorsi simili che conducono invece ad esiti differenti secondo quelli che sono ormai riconosciuti come i moderni principi della psicologia dello sviluppo (DeHart *et al.*, 2004) probabilmente validi anche per quanto riguarda lo sviluppo della sessualità umana, dalle forme eterosessuali ed omosessuali più diffuse fino alle cosiddette parafilie, nei loro rapporti con le storie di sviluppo individuale e con le vicissitudini dell'attaccamento, in particolare per gli effetti della sua disorganizzazione (Monticelli, 2005).

Data la scarsità di studi che riguardano anche la fisiologia e lo sviluppo normale della sessualità, dobbiamo porre particolare attenzione ad evitare forme di generalizzazione che pretendano di conoscere i comportamenti umani solo a partire dalle esperienze di coloro che ricercano un aiuto psicologico, che potrebbero invece rappresentare solamente un sottotipo particolare di un gruppo più grande e sicuramente più diversificato. Allo stesso tempo, è appena il caso di ricordare le differenze più volte riportate tra omosessualità maschile e lesbismo, quasi sicuramente correlati ad aspetti evolutivisti (Potts e Short, 1999), storie e problematiche psicologiche molto differenti.

Aldilà del maggiore o minore gradiente di normalità – da un punto di vista teorico ed evolutivista – riconosciuto alla omosessualità, le relazioni interpersonali, affettive, romantiche, sentimentali, di tipo omosessuale possono essere del tutto assimilate (come sostengono Cassidy e Shaver, 1999 per quanto riguarda l'attaccamento) alle relazioni interpersonali di natura eterosessuale? O presentano invece delle specificità di rapporto che andrebbero ulteriormente indagate?

Per tornare al tema dell'intervento clinico, vogliamo concludere citando le parole di Liotti e Tombolini (2006): «il principio fondamentale che guida la psicoterapia cognitiva con questo tipo di popolazione clinica è il rispetto assoluto dell'esperienza soggettiva *autentica* (corsivo dell'autore) del paziente circa le proprie disposizioni all'omosessualità o all'eterosessualità. Il che significa rispetto assoluto di quanto i pazienti presentano come propria scelta di orientamento sessuale, che non viene mai considerata patologica in sé, ma anche il rispetto altrettanto assoluto di eventuali dubbi dei pazien-

ti circa tale orientamento. Dubbi e perplessità dei pazienti meritano *comunque* (corsivo dell'autore) l'attenta considerazione del terapeuta, e la disponibilità ad accettare qualunque esito derivi da una indagine psicoterapeutica congiunta, al termine della quale è il paziente ad avere il diritto di trarre le conclusioni definitive circa l'orientamento sessuale che può percepire come genuinamente personale, libero e profondo. Speriamo anche di avere illustrato quale sia il fine della psicoterapia cognitiva con persone omosessuali: non certo uniformare ad una qualsivoglia variante della sessualità umana il comportamento dei pazienti, ma sostenere la loro libertà ed autonomia nella scelta del modo di sperimentare la propria sessualità, purché questo non procuri sofferenza od umiliazioni a sé o all'altro con il quale si entra in relazione, e non limiti la propria e l'altrui libertà e progettualità».

In altre parole, il fine della psicoterapia non è mai cambiare le persone e i loro orientamenti o le loro identità, ma rendere le persone più libere di autodeterminarsi, di scegliere i propri comportamenti in sintonia con la storia evolutiva della specie, con la propria storia individuale, con le più profonde convinzioni personali (Liotti, 2001).