L'Ordine degli Psicologi si schiera dalla parte della scienza e dice No alle "Terapie Riparative"

Era imperativo per l'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna prendere una posizione chiara nei confronti delle cosiddette Terapie Riparative, modelli terapeutici che, contro ogni evidenza scientifica, patologizzano l'omosessualità e pretendono di "curarla". E soprattutto, nonostante la Presidente dell'Ordine si fosse già espressa in merito durante la trasmissione radiofonica *Angolo B* di *Radio Città del Capo*, era necessario stilare un documento ufficiale che attestasse le convinzioni dei professionisti del settore.
E così è stato. Immediatamente dopo l'elezione del nuovo Consiglio un gruppo di lavoro istituito ad hoc ha elaborato e proposto il testo che, ricevuta l'approvazione del Consiglio, costituisce il parere formale dell'Ordine dell'Emilia-Romagna.

A seguito il testo integrale del Consiglio.

Il No dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna alle Terapie Riparative

In questi ultimi mesi diversi gravi episodi di omofobia e il diffondersi di informazioni e sollecitazioni attraverso siti internet, convegni, pubblicazioni di libri e articoli sul tema delle terapie riparative hanno riaperto il dibattito e la necessità di nuove e ulteriori riflessioni in merito all'atteggiamento della scienza verso l'omosessualità. Come Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna sentiamo l'esigenza di esprimere il nostro pensiero.

L'omosessualità è una malattia?
Per caratteristiche culturali proprie delle società occidentali e per concezioni scientifiche fortemente condizionate da esse, fino al 1974 l'omosessualità compariva come categoria diagnostica di disturbo mentale sia nella classificazione mondiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-9) che in quella dell'APA, American Psychiatric Association (DSM-II[1]).

[1] **DSM e ICD**
Il DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - è uno strumento diagnostico redatto dall'APA - American Psychiatric Association - e contiene un elenco descrittivo dei maggiori disturbi mentali. La prima edizione, che risale al 1952, ha origine dall'esigenza di dare definizioni operative dei diversi disturbi mentali che fossero condivisibili da tutta la comunità scientifica.
L'identificazione delle patologie si basa infatti sui quadri sintomatologici oggettivi e indipendenti dai vissuti soggettivi dei singoli, senza riferimento a nessun approccio teorico particolare e basato su una classificazione suddivisa in cinque categorie principali, chiamate Assi, per facilitare una diagnosi standardizzata.
Attualmente è in vigore la quarta versione (DSM-IV), pubblicata nel 1994 e successivamente revisionata nel 2000.
Al pari del DSM, l'ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - è uno standard di classificazione internazionale per le malattie e i problemi correlati redatto dall'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità - ma al contrario del primo non considera soltanto i disordini mentali, che sono stati inclusi solo a partire dall'ICD-9, bensì la totalità delle patologie. La versione attualmente in vigore è l'ICD-10, sottoscritta nel 1990 dai 43 stati membri dell'OMS e adottata ufficialmente dal 1994.

Nei lavori di revisione del DSM-II che portarono alla pubblicazione del DSM-III nel 1974, l'APA eliminò dalla classificazione dei disturbi mentali l'omosessualità, includendo invece in un'unica categoria - quella di Disturbi dell'Identità di Genere[2]- ogni "malessere persistente riguardante il proprio sesso assegnato". L'accento dell'APA, a partire da allora, è posto sul **malessere persistente** (DSM-IV, criterio B) vissuto dall'individuo nella propria identità di genere qualunque sia l'orientamento sessuale. Vale a dire che il disturbo consiste nel vissuto di disagio della propria identità e non nell'orientamento sessuale di per sé. L'omosessualità, che non rientra nell'ambito delle identità di genere, non è quindi annoverata tra le patologie, ma il malessere individuale che in certi casi provoca può spingere a una richiesta di aiuto e rendere effettivamente necessario un intervento psicologico.
Una posizione analoga è stata raggiunta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1990 durante i lavori di revisione dell'ICD-9 e nella successiva classificazione (ICD-10) l'omosessualità non compare come categoria diagnostica.

Terapie Riparative: definizione e cenni storici. Perché alcuni autori ritengono l'omosessualità una malattia?

Non tutti gli autori concordano sulla depatologizzazione dell'omosessualità.
Negli anni '80 - a partire dalla teologa inglese Elisabeth Moberly (1983) - sono nati modelli terapeutici che, rifacendosi alle Teorie Psicoanalitiche, interpretano l'Omosessualità come disturbo dell'Identità di Genere, dovuto al danneggiamento del normale sviluppo. La cura diventerebbe quindi necessaria per ricondurre l'orientamento sessuale alla eterosessualità. Il termine "Terapie Riparative" si riferisce a questi modelli terapeutici che si sono diffusi negli anni '90 ottenendo una visibilità internazionale per gli scritti di Charles Socarides, Psichiatra americano, fondatore del NARTH (National Association for the Research and Therapy of Homosexuality) e, più recentemente, di Joseph Nicolosi, Psicologo clinico americano, cattolico conservatore, ex presidente del NARTH.
Secondo tali autori l'omosessualità - essi prendono in considerazione prevalentemente l'omosessualità maschile - insorgerebbe durante lo sviluppo psicologico come disturbo dell'identità di genere per difficoltà nei processi di identificazione. Mentre Socarides (1978) pone l'accento sul fallimento dei processi di identificazione primaria, e quindi intorno ai tre anni con il costituirsi dell'identità di genere, Nicolosi (1991) fa risalire l'insorgere del disturbo all'adolescenza e lo collega al fallimento dell'identificazione secondaria e della costituzione dell'identità sessuale. In entrambi i casi ci sarebbe un intoppo dello sviluppo con un movimento regressivo verso la relazione simbiotica con la madre, ma con l'angoscia di rimanervi invischiati ed annullati nella propria unicità; l'omosessualità consentirebbe una soluzione di compromesso. Secondo il primo autore le difficoltà sarebbero dovute ad una cattiva relazione con la propria madre da cui l'individuo, per l'amore-odio che prova, non riesce a distaccarsi compiendo il primo processo di individuazione/separazione (Mahler, 1978); secondo Nicolosi (1991), invece, la causa sarebbe

[2]**Identità di genere e orientamento sessuale:**
Il termine "identità di genere" si riferisce all'identità sessuale percepita da un individuo. Normalmente il sesso biologico e l'identità di genere coincidono, ma vi sono casi in cui la persona non riconosce il genere di nascita come proprio e si identifica invece in quello opposto. Esistono anche casi di soggetti che non percepiscono un senso di appartenenza verso nessuno dei due generi naturali (maschio, femmina) e che compongono quindi la loro identità senza declinarsi in un genere specifico.
L'identità di genere è completamente indipendente dall'orientamento sessuale e non ne influenza l'oggetto del desiderio. Per "orientamento sessuale" si intende appunto la preferenza personale - in termini di pulsioni sessuali - verso persone appartenenti al genere opposto (eterosessualità), al proprio (omosessualità) o indifferentemente verso entrambi (bisessualità).
Diversamente dai disturbi dell'identità di genere, che compaiono tuttora nella classificazione dei disordini psichici (sia per il DSM-IV che per l'ICD-10), l'orientamento sessuale è stato eliminato da tempo. Ciò implica che la composizione degli impulsi sessuali, durante il normale sviluppo dell'individuo, può indifferentemente seguire una delle tre direzioni. È razionalmente plausibile imputare al contesto socio-culturale, e ai relativi pregiudizi, una preferenza statistica verso l'eterosessualità.

una cattiva relazione con il proprio padre che non consentirebbe al giovane figlio di prenderlo come modello e "di interiorizzare la propria identità sessuale."
In questa ottica, Nicolosi (2002) sostiene che "uno degli obiettivi primari della terapia è l'analisi delle dinamiche familiari che possono aver provocato lo sviluppo omosessuale di un individuo. La riappacificazione con il padre è uno dei primi passi in questo processo riparatore…" a cui seguono "lo sviluppo di vincoli di amicizia non erotici tra individui dello stesso sesso" e "rafforzare il processo di identificazione maschile".
Nicolosi infine sostiene: "Questo tipo di terapia non si pone l'obiettivo di cancellare tutti gli impulsi omosessuali, bensì di migliorare. Grazie alla terapia ricostitutiva, molti pazienti hanno trovato la forza di mantenere l'impegno di praticare l'astinenza sessuale, altri sono riusciti a raggiungere l'equilibrio in una unione eterosessuale.".

Terapie Riparative: valutazioni scientifiche sull'efficacia e sulla utilità.
Il no della scienza.
Dopo aver analizzato la letteratura scientifica, sia clinica che di ricerca, su terapie di persone omosessuali che hanno chiesto aiuto per il disagio vissuto nei confronti del loro orientamento sessuale, nell'agosto del 2009, l'American Psychological Association ha pubblicato un report con lo scopo di definire quale tipo di terapia sia utile per i bambini, gli adolescenti e gli adulti che vivono tali disagi.
In tale report si sintetizzano una serie di dati riguardanti le terapie che si pongono l'obiettivo di modificare l'orientamento sessuale:
- gli studi dimostrano che è raro modificare l'orientamento sessuale di un individuo, anche quando vi sia una richiesta di aiuto in questo senso.
- recenti studi riportano evidenze sugli effetti iatrogeni di tali terapie: perdita di interesse sessuale, ansia e depressione, impulsi suicidiari. Gli individui che non riescono a cambiare il loro orientamento sessuale affrontano gravi stress emotivi e spirituali e ne escono con una negativa immagine di sé.
- la maggior parte degli individui che si sottopongono a questo tipo di terapia sono adulti maschi bianchi, molti dei quali sono in trattamento psicoterapico obbligatorio su decisioni del Tribunale o vi partecipano per motivi legati al loro credo religioso.
- esistono dati che mostrano come questo tipo di terapie possano aumentare nei bambini e negli adolescenti lo stigma di sé e lo stress di appartenere ad una minoranza, aumentando così lo stress della crescita.

Sempre come risultato dell'analisi delle ricerche e dei dati clinici, sono stati osservati effetti positivi dati da terapie individuali e di gruppo accoglienti e non giudicanti, supportive, capaci di mitigare gli aspetti conflittuali sul proprio orientamento sessuale e di ridurre lo stigma sessuale interiorizzato.
In conclusione, l'APA indica e raccomanda di orientarsi, nella cura di persone che vivono un persistente malessere nei riguardi del loro orientamento sessuale, verso terapie accoglienti e supportive, rispettose dei valori, convinzioni e bisogni del cliente, orientate a esplorare e sviluppare l'identità del loro orientamento sessuale e ridurre lo stigma sessuale interiorizzato, aiutandole a comporre i loro conflitti sociali, religiosi e relazionali. Invita anche gli organismi sociali a lavorare per la riduzione degli effetti del pregiudizio, dello stigma sessuale, della discriminazione degli individui, dei gruppi e delle loro famiglie.
L'APA esprime anche la preoccupazione che il diffondersi di queste terapie, e relative teorie, contribuisca all'aumentare i pregiudizi e le discriminazioni sociali e - di conseguenza - le condizioni di stress per gli individui e le loro famiglie.

Alla diffusione delle terapie riparative ad opera di associazioni - spesso cristiane - come NARTH, Exodus, Agapo, Living Waters Italia, Consultorio Delta, ecc. (che offrono consulenze, organizzano conferenze, sedute di psicoterapia e seminari, spesso dietro compenso), a partire dagli anni '90, si sono contrapposti, con affermazioni di dissenso e pareri contrari, associazioni scientifiche e autori di tutto il mondo. Oltre alla già citata APA che si è espressa ripetutamente in merito (1994, 1997, 1999, 2009), possiamo ricordare l'American Academy of Pediatrics (1993), l'American Counseling

Association (1999), la National Association of Social Workers (1996, 2000), l'Australian Psychological Society (2009). In Italia tra i tanti che hanno espresso parere contrario alle Terapie Riparative, troviamo Giuseppe Di Palma - Presidente dell'Ordine Nazionale degli Psicologi (2008), Amedeo Bianco - Presidente dell'Ordine dei Medici (2008), l'Ordine degli Psicologi della Lombardia (2010), l'Ordine degli Psicologi del Lazio (2010), l'Ordine degli Psicologi del Veneto (2010).

Codice Deontologico e Psicoterapie

Negli articoli 3 e 4 del Capo 1 - Principi generali, il Codice Deontologico degli Psicologi Italiani definisce le fondamenta dell'intervento psicologico nei confronti di chi chiede aiuto e ne stabilisce i confini.

L'articolo 3 afferma che lo Psicologo "in ogni ambito professionale opera per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stesse e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace. Lo Psicologo è consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri; pertanto deve prestare particolare attenzione ai fattori personali, sociali, organizzativi, finanziari e politici, al fine di evitare l'uso non appropriato della sua influenza…".

Lo scopo dell'intervento psicologico è dunque quello di accrescere la consapevolezza della persona sofferente cioè quello di fare luce sulle sue paure, sui suoi desideri più autentici, sulle motivazioni della sua sofferenza o del disagio che sta vivendo. Allo Psicologo è richiesta la consapevolezza della significatività del suo intervento e l'attenzione a evitare l'uso non appropriato della sua influenza. Ciò implica che lo Psicologo sappia conoscere la complessità di vita della persona che a lui si rivolge in modo da rispettarne - come afferma l'art. 4 - "…la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione e all'autonomia…", senza operare alcuna discriminazione "in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità.". Lo Psicologo ha dunque il dovere di mettere da parte il suo sistema di valori per permettere all'individuo di esprimere e comprendere la sua complessità, per comporre i suoi conflitti, per integrare aspetti di sé fino a quel momento ignorati, negati, sconosciuti.

L'art. 5, Capo 1 – Principi generali delimita un ulteriore confine dell'intervento psicologico vincolando lo Psicologo ad operare su basi scientifiche cioè a "mantenere un livello adeguato di preparazione professionale e ad aggiornarsi …" , ad impiegare "metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e i riferimenti scientifici…" e a non suscitare "nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate.".

La scienza, dunque, con il DSM-IV e l'ICD-10 non classifica più l'omosessualità come malattia ed evidenzia l'inefficacia di terapie volte a modificare l'orientamento sessuale dell'individuo, mentre segnala la necessità di aiutare e curare il malessere di coloro che soffrono per il proprio orientamento sessuale. Lo Psicologo, per l'art. 5 del Codice Deontologico, è vincolato a queste indicazioni del mondo scientifico, è vincolato cioè a alleviare la sofferenza di chi soffre per il proprio orientamento omosessuale e a non suscitare la falsa aspettativa che la cura possa portare a un cambiamento del proprio orientamento.

D'altro canto i dati scientifici mostrano che ci sono persone che chiedono aiuto non solo per sollevarsi dalla sofferenza, ma anche per cambiare il proprio orientamento sessuale. Che fare?

Forse innanzitutto ci si può interrogare sul perché questo accada e riflettere su quanto ciascun essere umano sia influenzato dal contesto storico, sociale e culturale in cui è cresciuto e in cui vive e su quanto sia proprio questo contesto a essere ancora oggi fonte di sofferenza per le persone che si trovano a vivere la condizione di appartenere ad una minoranza. Se l'orientamento omosessuale implica ancor oggi un sistema di pregiudizi da parte della società, questo può essere di per sé fonte di paure e sofferenze, essendo un fondamentale bisogno umano sentirsi accettati. Possiamo allora pensare che una grossa parte di questo malessere derivi da un conflitto interno

al soggetto tra il proprio orientamento sessuale e la disapprovazione/disprezzo sociale, ovvero di una "omofobia interiorizzata" che lede e svaluta l'immagine di sé, causando imbarazzo, vergogna, colpa, fino a indurre talvolta ideazione suicidiaria.
Diventa allora eticamente necessario per il professionista: aiutare la persona a divenire consapevole di questo conflitto aiutandola a comporlo; accogliere, attraverso un ascolto rispettoso, le paure, i dubbi e le sofferenze per permettere alla persona di trovare, con sempre maggiore consapevolezza, soluzioni autentiche e costruttive per la propria vita; permettere all'individuo di essere sempre più libero da condizionamenti inconsapevoli.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA, 1997), Frances A., First M.B., Pincus H.A., 1995, "*Guida al DSM-IV*", Ed. italiana (a cura di) Rossi R., Scarsi F.J., Fele P., MI, 1997, Masson.
- American Psychiatric Association (APA, 2007), *Help Center – Health & Emotional Wellness – Sexual Orientation and Homosexuality*.
- American Psychological Association (APA, 2009), *Report of the Task Force on Appropriate* Therapeutic *Responses to Sexual Orientation.*
- Bion W. R.(1970), *Attenzione e interpretazione*, Roma, Armando Editore.
- ICD 10 - International Classification of Diseases, Revision 10 (1990), WHO, Ginevra; edizione italiana: Kemali D., Maj M., Katapano F., Lobrace S., Magliano L. (1992), Decima revisione della classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Criteri diagnostici per la ricerca. ICD 10. Masson, Milano.
- Lingiardi V., Nardelli N. (2007), Spazio zero. Minority stress e identità omosessuali, in S. Annosa (a cura di), Omosapiens 2, Carocci, Roma, pp.3-17.
- Lingiardi V., Nardelli N. (2008), *La "riparazione" che danneggia*, Psicologia contemporanea n.209, sett-ott 2008.
- Mahler M. S. (1978), *La nascita psicologica del bambino: simbiosi e individuazione*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Moberly E.R. (1983), *Homosexuality: a new Christian etic*, James Clarke & Co, P.O. Box 60, Cambridge, England.
- Nicolosi J. (1991), *Reparative Therapy of Male Homosexuality: A New Clinical Approach*, Jason Aronson.
- Nicolosi J. (2002), *Omosessualità maschile: un nuovo approccio. Introduzione*. Milano, Sugarco.
- Nissim Momigliano L. (1981), *La memoria e il desiderio*, in Rivista di Psicoanalisi, 1981/3 pp. 534-545.
- Nissim Momigliano L. (1984), *Due persone che parlano in una stanza. (Una ricerca sul dialogo analitico)*, in Rivista di Psicoanalisi, 1984/1 pp.1-16.
- OMS (1990), *ICD-9*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Ordine degli Psicologi della Lombardia (2010), *Posizione sulle terapie riparative*, delibera n.114/10 del 12.05.2010.
- Ordine degli Psicologi del Lazio (2010), *La posizione dell'Ordine riguardo le "Terapie riparative"*, 01.06.2010.
- Ordine degli Psicologi del Veneto (2010), *La terapia "riparativa" dell'omosessualità è inaccettabile*, 15.06.2010.
- Socarides C. W. (1978) *Homosexuality*, Jason Aronson, New York.
- *Stroscio D. (2007),* La terapia riparativa dell'omosessualità*, Rivista di Sessuologia, Vol. 31 - n.1, anno 2007.*

Elenco degli Iscritti ai quali è precluso l'esercizio della professione di Psicologo

Sospesi ex art. 26, comma 2 - Legge 56/89

Aggiornamento al 31/10/2010

Cognome	Nome	Sospeso dal
RAGONE	VINCENZO	15/05/2003
PIERETTI	GIOVANNI	11/09/2003
GIANNANTONIO	CLAUDIO	11/09/2003
GIARDIELLO	LUCIA	06/09/2004
VINCENTI	FRANCO	22/09/2005

Cognome	Nome	Sospeso dal
FRANCIA	ROSANNA	22/09/2005
SUZZI	ERIKA	22/09/2005
RINALDONI	GIANLUCA	15/09/2006
CICCONI	SUSANNA	28/11/2009
ANGIONI	LAURA	28/11/2009

Raddoppia la possibilità di contattare telefonicamente la segreteria dell'Ordine

A partire dal mese di settembre la Segreteria dell'Ordine ha attivato una nuova linea telefonica, ora a disposizione di tutti gli Iscritti.
Il numero di telefono per contattare i nostri uffici rimane invariato (051-263788), ma potranno essere gestite contemporaneamente 2 possibilità di risposta, cosa che contribuirà a dimezzare i tempi di attesa necessari per contattare l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.
Il Consiglio in carica, consapevole della sempre maggiore richiesta di un contatto diretto da parte dei Colleghi, ha ritenuto opportuno ampliare il servizio per venire incontro alle esigenze dei propri Iscritti.

Come cancellarsi dall'Albo

L'Iscritto che desideri ottenere la cancellazione dall'Albo è tenuto necessariamente a **presentare domanda di cancellazione**, compilando l'apposito modulo (pubblicato sul nostro sito alla voce Segreteria e URP/Moduli on-line) e allegando la fotocopia di un documento di identità e della ricevuta di pagamento della tassa di iscrizione dell'anno in corso.
Affinché la richiesta abbia seguito è necessario che l'Iscritto sia in regola con i pagamenti di tutte le quote annuali di iscrizione dovute all'Ordine.
La domanda dovrà essere spedita tramite posta in Strada Maggiore, 24 - 40125 Bologna.