

Riflessioni sui profili (bio)etici delle terapie di conversione dell'orientamento sessuale

Giacomo Viggiani*

REFLECTIONS ON THE (BIO)ETHICAL ASPECTS OF CONVERSION THERAPIES FOR SEXUAL ORIENTATION

ABSTRACT: The paper aims to reflect on the most recent psychoanalytically-based sexual orientation conversion therapies and their compatibility with the ethical standards of the profession. After outlining the most important guidelines on the subject, the article delves into so-called reparative therapies and, subsequently, identity conversion therapies, to then assess whether and how they comply with the principles of beneficence, autonomy, and non-discrimination.

KEYWORDS: SOCE; sexual orientation; affirmative approaches; conversion therapy

ABSTRACT: In questo contributo ci si propone di riflettere sulle più recenti terapie di conversione dell'orientamento sessuale di matrice psicoanalitica e sulla loro compatibilità con gli standard etici della professione. Dopo un'illustrazione delle più importanti Linee Guida in materia, l'articolo approfondisce le c.d. terapie riparative e, successivamente, di conversione identitaria, per poi riflettere se e come rispettano i principi di beneficenza, non maleficenza, autonomia e giustizia.

PAROLE CHIAVE: SOCE, orientamento sessuale, approcci affermativi, terapie di conversione

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Le Linee Guida APA – 3. Le più recenti terapie di conversione – 4. Profili etici e deontologici – 5. Considerazioni conclusive.

1. Introduzione

Il contrasto all'omofobia e alla discriminazione sulla base dell'orientamento sessuale ha raggiunto alcuni traguardi importanti negli ultimi decenni, tra cui la depenalizzazione dell'omosessualità in molti paesi, la legalizzazione del matrimonio tra persone dello stesso sesso, il riconoscimento dei diritti alle coppie omogenitoriali nonché l'implementazione di leggi anti-

* *Assegnista in Filosofia del Diritto, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Brescia. Mail: giamco.viggiani@hotmail.it. Contributo scritto nell'ambito del progetto Prin MUR PNRR 2022 T.R.A.N.S., Transsexuals' Rights and Administrative Procedure for Name and Sex Rectification, finanziato dall'Unione europea – NextGenerationEU. PRIN 2022 PNRR prot. n. P2022AAER4. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione europea o della Commissione europea. Né l'Unione europea né la Commissione europea possono essere ritenute responsabili per essi. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.*

scriminatorie sul luogo di lavoro e in altri settori del vivere sociale. Inoltre, c'è stata una crescente sensibilizzazione e accettazione sociale verso le minoranze sessuali, supportata da campagne educative, iniziative di inclusione e rappresentazioni positive nei media. Nonostante questi progressi significativi, permangono ancora numerose sfide da affrontare.

In particolare, le terapie di conversione dell'orientamento sessuale¹ rappresentano ancora oggi una pratica diffusa, nonostante possano causare gravi danni iatrogeni² e violare i principi fondamentali dell'etica medica. Sebbene dalla fine dell'800³ sino alla metà del secolo successivo i tentativi medici di "curare" l'omosessualità abbiano incluso trattamenti chirurgici⁴ o farmacologici⁵, il condizionamento psicologico (c.d. terapia di avversione)⁶, l'ipnosi⁷ e finanche l'elettroshock⁸, e sebbene alcuni

¹ Si tratta, invero, di un *umbrella term* che ha racchiuso in passato e racchiude a tutt'oggi un ampio ventaglio di definizioni. Secondo il rapporto internazionale di L.R. MENDOS per ILGA, *Curbing Deception: A World Survey on the Legal Regulation of so-called «conversion therapies»*, Genève, 2020, 18, disponibile al seguente url https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf (ultima consultazione: 16/06/2024) variamente diffuse sono anche le espressioni «Reparative therapy», «Gay cure», «Ex-gay therapy», «Gender critical therapy», mentre l'American Psychological Association (APA) preferisce «Sexual Orientation Change Efforts».

² Il danno iatrogeno è un aggravamento dello stato di salute del paziente causato da negligenza, imprudenza o imperizia ascrivibile al personale sanitario.

³ Sebbene questo approccio curativo trovi la sua scaturigine circa settant'anni fa, la tendenza a patologizzare l'omosessualità è ben più risalente. Essa affonda le sue radici già nella metà del XIX secolo, quando la medicina, e in particolare la psichiatria, iniziò a guardare l'omosessualità come una malattia anziché come una colpa morale.

⁴ In particolare, l'isterectomia e la clitoridectomia (J.N. KATZ, *Gay American history: lesbians and gay men in the U.S.A.: a documentary anthology*, New York, 1976, 129 ss.), l'ovariectomia (F.E. DANIEL, *Castration of Sexual Perversers*, in *Texas Medical Journal*, 9, 1983, 255 ss.), la castrazione (E.S. TALBOT e H. ELLIS, *A Case of Developmental Degenerative Insanity, with Sexual Inversion, Melancholia, Following Removal of Testicles, Attempted Murder and Suicide*, in *Journal. Men's Science*, 42, 1896, 341 ss.), la chirurgia del nervo pudico (C.H. HUGHES, *The Gentleman Degenerate. A Homosexualist's Self-Description and Self-Applied Title. Pudic Nerve Section Fails Therapeutically*, in *Alienist & Neurologist*, 25, 1904, 68 ss.) e la lobotomia (J.W. FRIEDLANDER e R.S. BANAY, *Psychosis Following Lobotomy in a Case of Sexual Psychopathology: Report of a Case*, in *Archives of Neurology & Psychiatry*, 59, 1948, 303 ss.).

⁵ In particolare, la somministrazione di ormoni (S. ROSENZWEIG e R.G. HOSKINS, *A Note on the Ineffectualness of Sex-Hormone Medication in a Case of Pronounced Homosexuality*, in *Psychological Medicine*, 3, 1941, 87 ss.), shock farmacologici (M.O. NEWDIGATE, *Homosexuality and Lesbianism Treated with Metrazol*, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 92, 1940, 65 ss.) e trattamenti con stimolanti e tranquillanti (J.N. KATZ, *op. cit.*, 129).

⁶ Cfr. J.R. CAUTELA, *Covert Sensitization*, in *Psychological Reports*, 20, 1967, 464 ss.; T. RUTNER, *A Double-Barrel Approach to Modification of Homosexual Behavior*, in *Psychological Reports*, 26, 1970, 256 ss.; N. MCCONAGHY, M.S. ARMSTRONG, A. BLASZCZYNSKY, *Controlled Comparison of Aversive Therapy and Covert Sensitization in Compulsive Homosexuality*, in *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1981, 425 ss.

⁷ Cfr. J. QUACKENBOS, *Hypnotic Suggestion in the Treatment of Sexual Perversions and Moral Anaesthesia: A Personal Experience*, in *Transactions of the New Hampshire Medical Society*, 108, 1899, 69 ss.; M.M. MILLER, *Hypnotic-Aversion Treatment of Homosexuality*, in *Journal of the National Medical Association*, 55, 1963, 411 ss.

⁸ Cfr. L. MAX, *Breaking Up a Homosexual Fixation by the Condition Reaction Technique: A Case Study*, in *Psychology Bulletin*, 32, 1935, 734 ss.; S. LIEBMAN, *Homosexuality, Transvestism, and Psychosis: Study of a Case Treated with Electroshock*, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 99, 1967, 945 ss.

di essi vengano praticati ancora oggi⁹, la storia recente delle terapie di conversione è strettamente associata a quella della psicoanalisi¹⁰, mentre tutti gli altri metodi vengono considerati, dagli stessi terapisti moderni della conversione, come inutili e dannosi¹¹.

Lo sviluppo della terapia psicanalitica di conversione può essere diviso in tre fasi. In un primo periodo, coincidente sostanzialmente con la vita e il pensiero di Sigmund Freud, si guarda all'omosessualità come a una forma di immaturità psichica relativamente benigna. Successivamente, dall'inizio degli anni '40 alla metà degli anni '60 del ventesimo secolo, l'omosessualità è invece per lo più vista come un sintomo di una nevrosi e come tale trattata dallo psicanalista. Infine, dagli anni '70 in poi, a seguito anche di un profondo ripensamento teorico dell'attrazione omoerotica, inizia una fase in cui queste terapie cadono progressivamente nel discredito della comunità scientifica.

Tralasciando la prima di queste tre fasi¹², la visione patologica dell'omosessualità viene avallata dalla I edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), pubblicata nel 1952, dove compare tra le malattie mentali e, nello specifico, tra i Disturbi Sociopatici di Personalità. A seguito però di alcuni studi empirici¹³, tra cui quelli pionieristici di Evelyn Hooker¹⁴ e di Alfred Kinsey¹⁵, si

⁹ In base al rapporto internazionale *Harmful Treatment. The Global Reach of So-Called Conversion Therapy*, 2019, disponibile al seguente url <https://outrightinternational.org/reports/global-reach-so-called-conversion-therapy> (ultima consultazione: 16/06/2024), forme diverse di *conversion therapies* sono ancora diffuse in almeno 68 Paesi. Cfr. anche il recente rapporto internazionale *It's Torture Not Therapy. A Global Overview of Conversion Therapy: Practices, Perpetrators, and the Role of States*, 2020, disponibile al seguente url https://irct.org/uploads/media/IRCT_research_on_conversion_therapy.pdf (ultima consultazione: 16/06/2024).

¹⁰ Cfr. P.F. BASSI e F. GALLI, *L'omosessualità nella psicoanalisi*, Torino, 2000; M. GRAGLIA, *Psicoterapia e omosessualità*, Roma, 2009; M. MINOLLI, *Psicoanalisi e omosessualità*, in *Ricerca Psicoanalitica*, 14, 2003, 85 ss.; S.A. MITCHELL, *Psychodynamics, Homosexuality, and the Question of Pathology*, in *Studies in gender and sexuality*, 3, 2002, 3 ss.; J. NEWBIGIN, *Psychoanalysis and Homosexuality*, in *British Journal of Psychotherapy*, 19, 2003, 276 ss.; R.E. ROUGHTON, *Rethinking homosexuality: what it teaches us about psychoanalysis*, in *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 2002, 733 ss.; S.C. VAUGHAN, O.F. KERNBERG, R.C. LESSER e D. SCHWARTZ, *Homosexuality and Psychoanalysis: Theoretical Perspectives*, in *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 12, 2008, 325 ss.; J. DRESCHER, *I'm Your Handyman. A History of Reparative Therapies*, in *Journal of Homosexuality*, 36, 1998, 19 ss.

¹¹ Cfr. C.W. SOCARIDES, *Homosexuality: A Freedom Too Far*, Phoenix, 1995, 103, che definisce tutti gli altri metodi come «sciocchezze».

¹² Per un approfondimento della prima fase, mi si permetta di rimandare a G. VIGGIANI, *Le terapie di conversione sessuale. Dalle origini ai più recenti sviluppi*, in V. PESCATORE (a cura di), *Identità sessuale e auto-percezione di sé. Riflessioni a margine della legge tedesca sui "trattamenti di conversione"*, Collana del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Brescia, Torino, 2021, 73 ss.

¹³ Cfr. C.S. FORD e F.A. BEACH, *Patterns of Sexual Behavior*, New York, 1951; J. HARPER e J. MARMOR, *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*, New York, 1965; J. MARMOR, *Homosexual Behavior: A Modern Reappraisal*, New York, 1980; A.P. BELL, M.S. WEINBERG e S.K. HAMMERSMITH, *Sexual Preference: Its Development in Men and Women*, Bloomington, 1981; D.P. MCWHIRTER, S.A. SANDERS e J.M. REINISCH, *Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of Sexual Orientation*, New York, 1990; J.P. DECECCO e D.A. PARKER, *Sex, Cells and Same-Sex Desire. The Biology of Sexual Preference*, New York, 1995.

¹⁴ E. HOOKER, *The Adjustment of the Male Overt Homosexual*, in *Journal of Personality Assessment*, 21, 1957, 18 ss. Cfr. anche J. DRESCHER e J.P. MERLINO, *American Psychiatry and Homosexuality: An Oral History*, New York, 2007.

¹⁵ Cfr. A.C. KINSEY, W.B. POMEROY e C.E. MARTIN, *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphia, 1948, che mostrò non solo come la sessualità si organizzasse lungo un *continuum*, ma anche come attrazioni e comportamenti omosessuali fossero molto più diffusi di quanto il senso comune e gli psicanalisti pensassero.

prende progressivamente consapevolezza che non vi è alcuna differenza rispetto alle persone eterosessuali in termini psicopatologici o psichiatrici, facendo guadagnare terreno alla suggestione che l'omosessualità sia una normale variante della sessualità umana¹⁶. Nella seconda edizione del manuale (DSM-II), nel 1968, l'omosessualità è quindi ancora presente, ma viene spostata tra le Deviazioni Sessuali (accanto alla pedofilia e alla necrofilia), rappresentando comunque un miglioramento rispetto alla classificazione precedente¹⁷.

Alla categoria diagnostica dell'omosessualità, nella sesta ristampa del DSM-II, nel 1974, si sceglie di sostituire il disturbo dell'orientamento sessuale (SOD), volendo in tal modo ricomprendere quella categoria di persone per cui l'orientamento omosessuale è indesiderato o vissuto in modo conflittuale. Col DSM-III, nel 1980, il SOD viene riformulato come omosessualità egodistonica (EDH), compiendo un ulteriore passo avanti nel processo di deopatologizzazione, poiché la domanda da rivolgere al paziente non è più «perché lei è omosessuale?», ma, al contrario, «perché lei ha ostilità, paura, disgusto verso l'omosessualità?»¹⁸.

L'omosessualità egodistonica viene infine anch'essa rimossa col DSM-III-R, nel 1987, quando si conviene che l'egodistonia sia una conseguenza dall'interiorizzazione dello stigma sociale anziché dalla condizione omosessuale in sé. Evoluzioni simili si verificano lentamente anche nella comunità internazionale, finché, nel 1990, l'Organizzazione mondiale della sanità espunge l'omosessualità dalla Classificazione internazionale delle malattie (ICD-10). Invero, la categoria dell'orientamento sessuale egodistonico viene conservata nell'ICD ancora per alcuni anni, sebbene senza specifico riferimento all'omosessualità¹⁹, per poi essere definitivamente rimossa in occasione della pubblicazione dell'ICD-11, nel 2019²⁰.

Appare quindi evidente da questo seppur breve *excursus* storico che, dopo il successo negli anni '40-'60, a partire dagli anni '70 anche le terapie di conversione di matrice psicoanalitica vengono progressivamente abbandonate, a seguito del ripensamento della categoria diagnostica dell'omoses-

¹⁶ Cfr. J. DRESCHER, *Out of DSM: Depathologizing Homosexuality*, in *Behavioral Sciences*, 5, 2015, 565 ss.

¹⁷ Cfr. C. SILVERSTEIN, *The Implications of Removing Homosexuality from the DSM as a Mental Disorder*, in *Archives of Sexual Behavior*, 38, 2009, 161 ss.

¹⁸ Per quello che qui più rileva, è interessante notare come l'inclusione prima di SOD, e poi di EDH, sia il risultato di precedenti compromessi politici tra chi era favorevole e chi contrario alla derubricazione dell'omosessualità dal DSM. Se da un lato non vi è dubbio che il concetto di egodistonia rappresenti una variabile psicologica importante nella corretta anamnesi del paziente, dall'altro appare difficilmente giustificabile, per questo solo motivo, l'inserimento di una diagnosi nei sistemi di categorizzazione. Se così non fosse, tutti i tipi di disturbi dell'identità potrebbero essere considerati alla stregua di disturbi psichiatrici, dalla persona nera che vorrebbe essere bianca, alla persona sovrappeso che desidererebbe essere magra e così via.

¹⁹ «L'identità di genere o la preferenza sessuale (eterosessuale, omosessuale, bisessuale o prepuberale) non è in dubbio, ma l'individuo desidera che sia diversa a causa dei disturbi psicologici e comportamentali associati e può cercare un trattamento per cambiarla» (F66.1) (traduzione mia). Cfr. G.M. REED, *Disorders Related to Sexuality and Gender Identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 Classification Based on Current Scientific Evidence, Best Clinical Practices, and Human Rights Considerations*, in *World Psychiatry*, 15, 2016, 205 ss.; J. DRESCHER, *Queer Diagnoses Revisited: The Past and Future of Homosexuality and Gender Diagnoses in DSM and ICD*, in *International Review of Psychiatry*, 27, 2015, 386 ss.

²⁰ Cfr. G.M. REED, *Disorders Related to Sexuality and Gender Identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 Classification Based on Current Scientific Evidence, Best Clinical Practices, and Human Rights Considerations*, in *World Psychiatry*, 15, 2016, 205 ss.; J. DRESCHER, *Queer Diagnoses Revisited: The Past and Future of Homosexuality and Gender Diagnoses in DSM and ICD*, in *International Review of Psychiatry*, 27, 2015, 386 ss.

sualità. Ciononostante, complice anche un panorama geopolitico europeo e internazionale sempre più conservatore se non apertamente ostile verso le persone appartenenti alla comunità LGBT²¹, da alcuni anni a questa parte si sta assistendo a un loro *revival*. Così, per esempio, un'indagine condotta nel 2011 su un campione di 958 psicologi del Lazio, ha rivelato che più del 20% considera l'omosessualità un'anomalia, il 10,3% un arresto dello sviluppo psicologico, lo 8,4% un sintomo di un'altra patologia e il 3,2% una patologia vera e propria; per un 17% ci sarebbero infine circostanze nella quali uno psicologo potrebbe avere necessità di attuare un intervento finalizzato alla modifica dell'orientamento sessuale²². In risposta a questo preoccupante *trend*, alcuni paesi si sono visti costretti ad approvare proposte di legge per porre un argine al dilagare delle terapie di conversione, specialmente a danno di soggetti minori²³.

Ciò posto a titolo di breve inquadramento, in questo contributo ci si propone di riflettere sulle più recenti terapie di conversione dell'orientamento sessuale di matrice psicoanalitica e sulla loro compatibilità con gli standard etici della professione. Dopo un'illustrazione delle più importanti Linee Guida in materia, l'articolo approfondisce le c.d. terapie riparative e, successivamente, di conversione identitaria, per poi verificare se e come rispettano i principi di beneficenza (il maggior bene del paziente), non maleficenza (non infliggere danno), autonomia (autodeterminazione) e giustizia (l'equa distribuzione di benefici e obblighi nella società)²⁴.

2. Le Linee Guida APA

Come si è già anticipato, oggigiorno lo psicologo non può considerare l'omosessualità come una patologia, ma deve necessariamente concepirla come una variante naturale dell'espressione erotica ed affettiva, onde evitare di esporre persone che abbiano un orientamento omosessuale ad un eventuale aumento del disagio emotivo e ad altri danni iatrogeni. L'*American Psychological Association* (in sigla APA) è stata la prima grande associazione di categoria ad offrire un orientamento etico e deontologico utile a tutti coloro che operano in ambito psicologico e che entrano in contatto con persone appartenenti alla comunità LGB, provvedendo all'elaborazione di apposite Linee Guida per informare e facilitare un continuo e sistematico sviluppo della professione in questo campo.

²¹ E.L. RUSSELL, *The Discursive Ecology of Homophobia: Unraveling Anti-LGBTQ Speech on the European Far Right*, New York, 2019.

²² V. LINGIARDI e N. NARDELLI, *Psicologi e omosessualità*, in *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio*, 3, 2011, 17 ss. Cfr. anche V. LINGIARDI e P. CAPOZZI, *Psychoanalytic attitudes towards homosexuality: An empirical research*, in *The International Journal of Psychoanalysis*, 85, 2004, 137 ss.; R. MCGEORGE e T.S. CARLSON, *An exploration of family therapists' beliefs about the ethics of conversion therapy: the influence of negative beliefs and clinical competence with lesbian, gay, and bisexual clients*, in *Journal of Marital and Family Therapy*, 41, 2015, 42 ss.

²³ Tra gli ordinamenti che hanno vietato le terapie di conversione sessuale possono essere citati l'Argentina, l'Ecuador, la Germania, Malta, l'Albania e l'Uruguay. Cfr. T.C. GRAHAM, *Conversion therapy: a brief reflection on the history of the practice and contemporary regulatory efforts*, in *Creighton Law Review*, 52, 2009, 419 ss.; Cfr. J. DRESCHER e D. SCHWARTZ, *The Growing Regulation of Conversion Therapy*, in *Journal of Medical Regulation*, 102, 2016, 7 ss.

²⁴ Si tratta dei principi etici maggiormente diffusi nel dibattito bioetico. Cfr. T.L. BEAUCHAMP e J.F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, 2019.

In via preliminare va osservato che le Linee Guida rilasciate dall'APA si dividono in due grandi tipologie: le Linee Guida per la pratica clinica e le Linee Guida per la pratica professionale²⁵. Mentre le prime si concentrano su specifici disturbi e interventi, le seconde vengono elaborate per «assistere il professionista nella fornitura di servizi psicologici di alta qualità, fornendo una guida ben supportata e informazioni in un particolare settore della pratica»²⁶. Di fatto, queste ultime possono essere redatte per una varietà di ragioni, come la scoperta di nuove tecniche o approcci, la volontà di migliorare l'assistenza a una popolazione emergente o particolarmente vulnerabile, il riconoscimento di un importante arresto giurisprudenziale o il recepimento di una riforma legislativa. Mantenere aggiornate le Linee Guida per la pratica professionale è comunque un compito essenziale per l'APA, in quanto la ricerca e la letteratura scientifica continuano a evolversi e a perfezionare, e talvolta a rivoluzionare, la psicoterapia. Non stupisce quindi che queste Linee Guida vengano revisionate e/o aggiornate regolarmente, a intervalli di circa dieci anni o meno. Per quello che qui più rileva, le Linee Guida per il lavoro psicologico con persone LGB rientrano tra le Linee Guida per la pratica professionale.

Sempre in chiave introduttiva va poi chiarito il grado di vincolatività delle Linee Guida, in quanto strumento complementare ma diverso, per esempio, dal Codice Etico APA²⁷. Più volte emendato a partire dal 1953, quest'ultimo fissa alcune regole di condotta cui hanno l'obbligo di attenersi e conformarsi coloro che, a qualsiasi titolo, fanno parte dell'organizzazione e descrive come comportarsi in maniera coerente con i valori e gli standard della professione. Il rispetto del Codice Etico non rappresenta un obbligo giuridico, né conseguentemente determina alcuna responsabilità civile o penale in capo al trasgressore; tuttavia, l'APA può imporre una sanzione disciplinare in misura proporzionale alla gravità della violazione, che può spaziare dalla mera censura alla sospensione e finanche all'espulsione dall'organizzazione²⁸. All'interno di questa cornice, le Linee Guida sono raccomandazioni di comportamento clinico che orientano alla produzione di un risultato desiderato, ma lasciando un margine più o meno ampio di flessibilità a chi le dovrà applicare, risultando quindi molto meno stringenti rispetto agli standard etici. Sebbene quindi anche le Linee Guida rappresentino la posizione ufficiale dell'APA su ciò che costituisce il corretto modo di comportarsi a livello professionale, a differenza del Codice etico non sono deontologicamente vincolanti e la loro violazione, generalmente, non comporta alcun richiamo di natura disciplinare²⁹; il loro scopo è soltanto quello di fornire sup-

²⁵ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Professional practice guidelines: Guidance for developers and users*, in *American Psychologist*, 70, 9, 2015, 823 ss.

²⁶ *American Psychological Association*, *op. cit.*, 824. Traduzione mia.

²⁷ *American Psychological Association*, *Ethical principles of psychologists and code of conduct*, 2017, disponibile al seguente url: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx> (ultima consultazione 16/06/2024).

²⁸ *American Psychological Association Policy and Planning Board*, *APA guidelines: Their importance and a plan to keep them current: 2013 annual report of the Policy and Planning Board*, in *American Psychologist*, 69, 5, 2014, 511 ss.

²⁹ L'APA ha iniziato a interessarsi alla elaborazione di Linee Guida a partire dagli anni '90, quando il sistema sanitario e i colossi assicurativi statunitensi iniziarono a porsi obiettivi di standardizzazione e di riduzione della variazione dei costi nella pratica professionale, sviluppando regole sempre più specifiche (standard, linee guida, parametri di riferimento, percorsi consigliati, buone prassi, ecc.) per la fornitura delle cure. Di conseguenza, l'APA inizia a sviluppare le proprie linee guida nel tentativo di «facilitare il continuo sviluppo sistematico della professione e garantire un alto livello di pratica professionale da parte degli psicologi» (*American Psychological Association*, *Criteria for guideline development and review*, 1995, 2, versione aggiornata disponibile in *American*

porto e indicazioni su come comportarsi in situazioni specifiche o con gruppi particolari di pazienti, aiutando dunque gli psicologi a prendere decisioni informate e a migliorare le proprie prestazioni professionali³⁰.

Tanto premesso, l'elaborazione delle Linee Guida con pazienti LGB è abbastanza recente.

È solo nel 1985, con un ritardo di circa dieci anni rispetto alla presa di posizione ufficiale dell'organizzazione contro la patologizzazione dell'omosessualità³¹, che l'APA istituisce la *Division 44*³², un gruppo di lavoro con il mandato esplicito di riflettere e approfondire il lavoro degli psicologi con persone LGB. È però solo qualche anno più tardi, nel 1991, che un'importante indagine³³ su un campione di più di 2.500 psicologi mette nero su bianco che la maggior parte degli psicologi continuano a concentrarsi sul fatto che l'omosessualità del paziente sia il problema da risolvere, anziché sul motivo per cui la persona cerca aiuto (es. difficoltà relazionali dentro e fuori la famiglia, senso di vergogna o di colpa, stato di ansia o depressione). Gli autori concludono il loro studio raccomandando al Consiglio Direttivo dell'APA di contrastare i processi di pensiero stereotipati nonché prevenire le pratiche discriminatorie tra i propri affiliati, onde evitare che questi ultimi incorrano in *malpractice* nella fornitura di servizi di salute mentale alle persone LGB.

In risposta a queste raccomandazioni, l'APA incarica la *Division 44* di condurre uno studio che individui, sintetizzi e valuti la letteratura scientifica esistente sul tema, che poi porterà, nel 1998, all'approvazione della *Resolution on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*³⁴. Sebbene la risoluzione inizi riaffermando che l'omosessualità è una variante naturale della sessualità, in linea con la posizione ufficiale dell'APA fin dagli anni '70, si limita poi a ricapitolare i principi etici e deontologici che possono essere implicati nelle terapie di conversione, senza addvenire a un assoluto divieto. Si tratta di un'ambivalenza che riflette il dibattito precedente l'approvazione, in cui alcuni psicologi avevano espresso preoccupazione di fronte a una presa di posizione troppo netta. Queste riserve si basavano principalmente sull'assenza di sufficienti studi, sia in termini assoluti che come ampiezza del campione, per concludere in modo definitivo che le terapie di conversione funzionassero o meno nel cambiare l'orientamento sessuale di una persona³⁵; in secondo luogo, si temeva la compressione, anche solo in prospettiva, della libertà diagnostica e prognostica del terapeuta. La pra-

Psychologist, 57, 12, 2002, 1048 ss.), ma anche di assicurarsi che l'associazione rimanga il punto di riferimento principale i professionisti della salute mentale.

³⁰ *American Psychological Association Policy and Planning Board*, op. cit., 517.

³¹ Cfr. J. CONGER, *Proceedings of the American Psychological Association, for the year 1974: Minutes of the annual meeting of Council of Representatives*, in *American Psychologist*, 30, 1975, 620 ss.

³² La denominazione completa è *Division 44/Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns Task Force*.

³³ L. GARNETS, K.A. HANCOCK, S.D. COCHRAN, J. GOODCHILD, L.A. PEPLAU, *Issues in psychotherapy with lesbians and gay men. A survey of psychologists*, in *American Psychologist*, 46, 9, 1991, 964 ss.

³⁴ *American Psychological Association, Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation*, in *American Psychologist*, 53, 8, 1998, 934 ss.

³⁵ D'altra parte, le (poche) testimonianze allora disponibili sulle terapie di conversione raccontavano sia episodi di peggioramento della salute mentale che di "guarigioni". Cfr. D.C. HALDEMAN, *The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 2, 1994, 221 ss.; ID., *Sexual orientation conversion therapy for gay men and lesbians: A scientific examination*, in J. GONSIORAK e J. WEINRICH (a cura di), *Homosexuality: Research implications for public policy*, Sage, New York, 1991, 149 ss.; ID., *Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy*, in *Professional Psychology, in Research and Practice*, 33, 3, 2002, 260 ss.

tica, ma anche la giurisprudenza, di sovente riconosceva infatti già allora al professionista sanitario uno spazio di discrezionalità tecnica, purché ogni sua scelta fosse motivata.

Questa ambivalenza si riflette nella prima versione delle *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*³⁶, che vedono infine la luce nel 2000³⁷. Se da un lato le terapie di conversione vengono menzionate come esempio di cure inadeguate, perché radicate nella falsa credenza che l'attrazione verso le persone dello stesso sesso sia una condizione patologica³⁸, dall'altro ci si limita semplicemente a suggerire agli psicologi di evitare di assumere posizioni ideologiche contro l'omosessualità e di considerare gli elementi dello stigma e della bassa autostima come significativi nel determinare la richiesta di provare a cambiare il proprio orientamento sessuale; in questi casi la terapia di conversione è "sconsigliata".

Nel 2007 l'APA incarica la *Division 44* di condurre un aggiornamento della letteratura scientifica esistente in materia³⁹. La ricerca, che rimane a oggi la più imponente sul tema, ha preso in considerazione non solo l'efficacia di questi trattamenti, ma anche i potenziali danni e la presenza di eventuali benefici di altro tipo⁴⁰. Gli studi analizzati si sono, in generale, rivelati scadenti in termini di metodo scientifico, sotto i profili del campionamento, della raccolta e analisi dati e del *follow up* dei clienti⁴¹. Inoltre, nessuno si riferiva a dati sperimentali e, dunque, misurabili e replicabili⁴², ma si limitava a raccogliere le percezioni benefiche o nocive di pazienti o ex pazienti⁴³. Per quello che qui più interessa, la *Division 44* è giunta a due conclusioni chiave. Da un lato, non esistono studi definitivi che ab-

³⁶ American Psychological Association, *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*, in *American Psychologist*, 55, 2002, 1440 ss.

³⁷ Cfr. G.M. REED, C.J. MCLAUGHLIN, R. NEWMAN, *American Psychological Association policy in context. The development and evaluation of guidelines for professional practice*, in *American Psychologist*, 57, 12, 2002, 1041 ss.

³⁸ Cfr. D.C. HALDEMAN, *Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies*, in *Journal of Gay and Lesbian Psychology*, 5, 3-4, 2002, 117 ss.

³⁹ American Psychological Association, *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, 2009, disponibile al seguente url: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf> (ultima consultazione: 16/06/2024)

⁴⁰ Per una analisi approfondita del rapporto, cfr. P. RIGLIANO, J. CILIBERTO, F. FERRARI, *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*, Milano, 2011, 101 ss.

⁴¹ È il caso di studio di Robert Spitzer (R.L. SPITZER, *Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation*, in *Archives of Sexual Behavior*, 32, 5, 2003, 403 ss.), considerato in precedenza un alleato della comunità LGBT per il suo ruolo nella declassificazione dell'omosessualità dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, il quale sosteneva di dimostrare che l'orientamento sessuale poteva con successo essere cambiato in terapia. Un esame più attento, tuttavia, ha rivelato significativi difetti nella sua ricerca, mettendo in discussione le sue conclusioni su vari fronti (Cfr. J. DRESCHER e K. ZUCKER, *Ex-gay research: Analyzing the Spitzer study and its relation to science, religion, politics, and culture*, New York, 2006). Alla fine, lo stesso Spitzer ha ritrattato i risultati e si è scusato pubblicamente con la comunità LGBT (R.L. SPITZER, *Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality*, in *Archives of Sexual Behavior*, 41, 4, 2012, 757).

⁴² American Psychological Association, *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Response to Sexual Orientation*, Washington, 2009, 29 ss. Cfr. anche J.M. SEROVICH, S.M. CRAFT, P. TOVISSI, R. GANGAMMA, T. MCDOWELL ed E.L. GRAFSKY, *A Systematic Review of the Research Base on the Sexual Orientation Therapies*, in *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 2008, 227 ss.; A. DESSEL, *Moving Beyond a Systematic Review of Sexual Orientation Therapy*, in *Social work*, 56, 2011, 178 ss.

⁴³ American Psychological Association, *op. cit.*, 2009, 49.

biano comprovato l'effettiva uscita dall'omosessualità da parte di persone omosessuali che dicono di essere approdate all'eterosessualità; dall'altro, vi sono evidenze di rischio di danni alla salute psicologica del paziente. In particolare, tre ambiti di danno vengono individuati: personale (disprezzo di sé, carenza di autostima, abuso di droghe), relazionale (ostilità verso i genitori, perdita di amici e compagni, problemi di natura emotiva con partner dell'altro sesso) e relativi alla relazione terapeutica (autoritarismo, disinformazione, colpevolizzazione)⁴⁴. Gli esperti dell'APA concludono incoraggiando l'applicazione di interventi terapeutici c.d. affermativi⁴⁵ e invitando i professionisti della salute mentale a supportare i clienti nello sviluppo ed esplorazione della loro intimità, nonché facilitare un loro *coping* attivo, senza imporre alcun risultato in termini di identità di orientamento sessuale. Inoltre, viene anche raccomandato di evitare l'uso del lemma 'terapia di conversione', perché sembra suggerire che tali trattamenti siano in effetti terapeutici, mentre i dati clinici mostrano tutto il contrario; al loro posto viene coniata e proposta l'espressione *Sexual Orientation Change Efforts* (in sigla SOCE) e poi, per parallelo, *Gender Identity Change Efforts* (in sigla GICE).

Forte di questa premessa, la seconda versione delle *Guidelines*, pubblicata nel 2012⁴⁶, è decisamente meno ambigua della precedente – «gli sforzi per cambiare l'orientamento sessuale non hanno dimostrato di essere efficaci o sicuri»⁴⁷ –, sebbene anche stavolta non si bandiscano del tutto. La ragione di questa reticenza va ricercata nel timore per la compressione dell'autonomia di coloro che richie-

⁴⁴ Per un approfondimento, cfr. A. SHIDLO, M. SCHROEDER, *Ethical Issues in Sexual Orientation Conversion Therapies: An Empirical Study of Consumers*, in *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5, 2001, 131 ss.; A.L. BECKSTEAD e S.L. MORROW, *Conversion Therapies for Same-Sex Attracted Clients in Religious Conflict: Context, Predisposing Factors, Experiences, and Implications for Therapy*, in *Counseling psychology*, 32, 2004, 641 ss.; D.C. HALDEMAN, *Therapeutic Antidotes: Helping Gay and Bisexual Men Recover From Conversion Therapies*, in *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5, 2001, 117 ss.

⁴⁵ Per terapia affermativa (*affirmative therapy*) si intende un tipo di psicoterapia culturalmente informato e sensibile ai bisogni specifici della comunità omosessuale nonché consapevole l'influenza delle ingiustizie sociali nelle vite delle persone omosessuali. Lo scopo è di comprendere, insieme al paziente, le motivazioni del disagio e cosa sottenda al desiderio di diventare eterosessuale. Cfr. P. RIGLIANO, J. CILIBERTO, F. FERRARI, *op. cit.*, 205-234; V. LINGIARDI, N. NARDELLI, *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali*, Milano, 2014; K.L.M. HINRICH, *Donaldson, Recommendations for Use of Affirmative Psychotherapy with LGBT Older Adults*, in *Journal of Clinical Psychology*, 73, 2017, 945 ss.; C.A. PEPPING, A. LYONS ed E. MORRIS, *Affirmative LGBT Psychotherapy: Outcomes of a Therapist Training Protocol*, in *Psychotherapy*, 55, 2018, 52 ss.; T. O'SHAUGHNESSY, Z. SPEIR, *The State of LGBQ Affirmative Therapy Clinical Research: a Mixed-Methods Systematic Synthesis*, in *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5, 2018, 82 ss.; A.A. SINGH, L.M. DICKEY, *Affirmative Counseling and Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming Clients*, Washington, 2016; J.N. CHERNIN, M.R. JOHNSON, *Affirmative psychotherapy and counseling for lesbians and gay men*, Thousand Oaks, 2003; H. KILGORE, L. SIDEMAN, K. AMIN, *Psychologists' Attitudes and Therapeutic Approaches Toward Gay, Lesbian, and Bisexual Issues Continue to Improve: An update*, in *Psychology and Psychotherapy*, 42, 2005, 395 ss.; E. MCCANN, *Lesbians, Gay Men, Their Families and Counseling: Implications for Training and Practice*, in *Educational and Child Psychology*, 18, 2001, 78 ss.; M. MILTON, A. COYLE, C. LEGG (a cura di), *Lesbian and Gay Affirmative Psychotherapy: Defining the Domain*, in *Lesbian & Gay Psychology: New Perspectives*, Oxford, 2002, 175 ss.; R.M. PEREZ, D.M. AMADIO (a cura di), *Affirmative Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*, in *Cross-Cultural Psychotherapy: Toward a Critical Understanding of Diverse Clients*, 2004, 301 ss.; E.E. TOZER, M.K. MCCLANAHAN, *Treating the Purple Menace: Ethical Considerations of Conversion Therapy and Affirmative alternatives*, in *Counseling psychology*, 27, 1999, 722 ss.

⁴⁶ American Psychological Association, *Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients*, in *American Psychologist*, 67, 1, 2012, 10 ss.

⁴⁷ *Ibidem*, 14.

dono all'accedere alle terapie di conversione, cioè per la maggior parte soggetti che non riescono a far convivere il proprio orientamento omosessuale con le proprie credenze religiose⁴⁸. Tali soggetti, infatti, spesso provengono da contesti rurali in cui è lasciato poco spazio alla diversità individuale e la loro famiglia di origine sostiene valori tradizionali o conservatori, anche in termini di aspettative di genere⁴⁹. Il diritto al libero esercizio delle credenze religiose viene, in altre parole, così utilizzato come argomento contro il divieto assoluto delle terapie di conversione⁵⁰.

Nel tempo trascorso dal 2012 a oggi diversi fattori hanno influenzato il modo in cui le terapie di conversione vengono viste e considerate, superando le ultime titubanze e rendendo inevitabile la loro condanna da parte dell'APA.

In primo luogo, l'opinione pubblica è diventata molto più inclusiva degli orientamenti sessuali non eterosessuali e delle identità di genere non binarie⁵¹; in questo contesto di crescente tolleranza sociale, organizzazioni nazionali e internazionali hanno preso ufficialmente posizione contro le terapie di conversione. Per esempio, nel 2013 le Nazioni Unite hanno classificato le terapie di conversione come una violazione dei diritti umani, affermando che esse costituiscono «una forma di abuso sanitario che può superare una soglia di maltrattamento equivalente alla tortura o a trattamenti e punizioni crudeli, inumane o degradanti»⁵²; nel 2015 un panel di esperti della *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, un ufficio della Dipartimento della Sanità statunitense, ha dichiarato che «i SOCE sono coercitivi, possono essere dannosi e non dovrebbero essere annoverati tra le terapie comportamentali»⁵³; nel 2018 *Human Rights Campaign* ha annoverato le terapie di conversione tra le violazioni dei diritti umani⁵⁴.

In secondo luogo, la ricerca clinica si è notevolmente moltiplicata e c'è stato un significativo miglioramento metodologico rispetto alla fase precedente, che aveva per lo più utilizzato campioni di convenienza anziché probabilistici. Si è così ulteriormente provato che le terapie di conversione sono più di frequente associate al disagio per la propria identità sessuale⁵⁵, a maggiori comportamenti com-

⁴⁸ E.E. TOZER, J.A. HAYES, *Why do individuals seek conversion therapy? The role of religiosity, internalized homonegativity, and identity Development*, in *The Counseling Psychologist*, 32, 5, 2004, 716 ss.

⁴⁹ Cfr. J.P. DEHLIN, R.V. GALLIHER, W.S. BRADSHAW, D.C. HYDE, K.A. CROWELL, *Sexual orientation change efforts among current or former LDS church members*, in *Journal of Counseling Psychology*, 62, 2, 2015, 95 ss.

⁵⁰ Cfr. D.C. HALDEMAN, *Appropriate therapeutic responses to questioning sexual orientation*, in *Journal of Health Service Psychology*, 44, 2018, 62 ss.

⁵¹ A.R. FLORES, *National trends in public opinion on LGBT rights in the United States, 2014*, disponibile al seguente url <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trends-pub-opinion-lgbt-rights-us/> (ultima consultazione: 16/16/2024).

⁵² *United Nations Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment*, 2013, disponibile al seguente url https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a.hrc.22.53_english.pdf (ultima consultazione: 16/16/2024).

⁵³ *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Ending conversion therapy: Supporting LGBTQ youth*, 2015, disponibile al seguente url: <https://store.samhsa.gov/product/Ending-Conversion-Therapy-Supporting-and-Affirming-LGBTQ-Youth/SMA15-4928>, 1 (ultima consultazione: 16/16/2024).

⁵⁴ *Human Rights Campaign, Policy and position statements on conversion therapy*, 2018, disponibile al seguente url: <https://www.hrc.org/resources/policy-and-position-statements-onconversion-Therapy> (ultima consultazione: 16/16/2024).

⁵⁵ J.P. DEHLIN, R.V. GALLIHER, W.S. BRADSHAW, D.C. HYDE, K.A. CROWELL, *Sexual orientation change efforts among current or former LDS church members*, in *Journal of Counseling Psychology*, 62, 2, 2015, 95 ss.

pulsivi, a depressione e ansia⁵⁶, a disturbi dissociativi⁵⁷, ad un senso di colpevolizzazione per il fallimento del trattamento⁵⁸, a livelli più bassi di soddisfazione nella vita e una più spiccata propensione al suicidio⁵⁹, specialmente per i soggetti adolescenti che stanno scoprendo il proprio orientamento sessuale⁶⁰ o tra coloro che appartengono a organizzazioni e comunità religiose antigay⁶¹.

Così, nel 2015 vengono pubblicate le *Guidelines for psychological practice with transgender and gender non-conforming people*⁶² e poi, nel 2021, viene rilasciata una versione unificata⁶³ che ricomprende tutte le minoranze sessuali, il cui contenuto non lascia più adito a dubbi. Le più recenti ricerche e i dati raccolti permettono infatti ai redattori di affermare che «Gli psicologi comprendono che gli orientamenti sessuali non sono malattie mentali, e che gli sforzi per cambiare l'orientamento sessuale provocano danni ai soggetti coinvolti»⁶⁴. La necessità di protocolli di trattamento specifici per le persone LGBT attraverso una vasta gamma di modalità è anche richiamata⁶⁵, così come l'esistenza di trattamenti per individui in conflitto il proprio orientamento sessuale, validati clinicamente e senza rischi per la salute dei pazienti⁶⁶.

3. Le più recenti terapie di conversione

Con le maggiori istituzioni per la salute mentale a sostegno dell'omosessualità come variante normale della sessualità, già nel 1992 i sostenitori delle terapie di conversione sessuale – in particolare Benjamin Kaufman, Charles Socarides, e Joseph Nicolosi – hanno fondato una loro organizzazione alter-

⁵⁶ J. JACOBSEN E R. WRIGHT, *Mental health implications in Mormon women's experiences with same-sex attraction: A qualitative study*, in *The Counseling Psychologist*, 42, 5, 2014, 664 ss.

⁵⁷ J. FJELSTROM, *Sexual orientation change efforts and the search for authenticity*, in *Journal of Homosexuality*, 60, 6, 2013, 801 ss.

⁵⁸ A. FLENTJE, N.C. HECK, E B.N. COCHRAN, *Experiences of ex-ex-gay individuals in sexual reorientation therapy: Reasons for seeking treatment, perceived helpfulness and harmfulness of treatment, and post-treatment identification*, in *Journal of Homosexuality*, 61, 9, 2014, 1242 ss.

⁵⁹ C. RYAN, R.B. TOOMEY, R.M. DIAZ, & S.T. RUSSELL, *Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment*, in *Journal of Homosexuality*, 7, 2018, 1 ss.

⁶⁰ M.C. LYTLE, J.R. BLOSNIICH, S.M. DE LUCA, E C. BROWNSON, *Association of religiosity with sexual minority suicide ideation and attempt*, in *American Journal of Preventive Medicine*, 54, 5, 2018, 644 ss.

⁶¹ G.T. LEFEVOR, A.L. BECKSTEAD, R.L. SCHOW, M. RAYNES, T.R. MANSFIELD E C.H. ROSIK, *Satisfaction and health within four sexual identity relationship options*, in *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45, 5, 2019, 355 ss.

⁶² AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Guidelines for psychological practice with transgender and gender non-conforming people*, in *American Psychologist*, 70, 9, 2015, 832 ss.

⁶³ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Guidelines for psychological practice with sexual minority persons*, <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>, 2021 (ultima consultazione: 16/16/2024).

⁶⁴ ID. 4. Cfr. anche N. NAKAMURA ET AL., *The APA Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons: An Executive Summary of the 2021 Revision*, in *American Psychologist*, 77, 2022, 953 ss.

⁶⁵ Cfr. J.E. PACHANKIS, *The scientific pursuit of sexual and gender minority mental health treatments: Toward evidence-based affirmative practice*, in *American Psychologist*, 73, 9, 2018, 1207 ss.; D.C. Haldeman, *Appropriate therapeutic responses to questioning sexual orientation*, in *Journal of Health Service Psychology*, 44, 2018, 62 ss.

⁶⁶ S.R. CHAUDOIR, K. WANG E J.E. PACHANKIS, *What reduces sexual minority stress? A review of the intervention "toolkit"*, in *Journal of Social Issues*, 73, 3, 2017, 586 ss.

nativa all'APA: *The National Association for Research and Therapy of Homosexuality* (NARTH)⁶⁷. In questo contesto si sono sviluppate nuove terapie di conversione, le quali vengono solitamente denominate "riparative"⁶⁸. A onore del vero l'approccio riparativo può essere fatto risalire già al 1983, quando la psicologa britannica Elizabeth Moberly⁶⁹ coniò l'espressione «spinta riparativa» per riferirsi all'omosessualità maschile, interpretando il desiderio sessuale di un uomo per altri uomini come il tentativo di compensare – o riparare, appunto – il mancato rapporto tra padre e figlio durante l'infanzia. Il successo dell'espressione si deve tuttavia a Joseph Nicolosi, punto di riferimento moderno per chi è convinto che «la condizione omosessuale non [sia] un'espressione benigna della diversità umana»⁷⁰, che la utilizza nel titolo della sua opera più famosa.

Come i terapeuti precedenti, anche quelli riparativi partono dall'assunzione che l'omosessualità sia patologia e, dunque, che non debba esistere in una persona sana. Vi sono tuttavia anche alcune differenze rispetto al passato. I vecchi terapeuti rispettavano, nel bene o nel male, il canone del procedimento scientifico, procedendo con ipotesi e metodi di cura sperimentali. Le terapie riparative, nonostante la patina di concetti e categorie proprie del discorso clinico, sono invece ideologiche⁷¹ e, in particolare, si riconoscono nel programma delle frange più integraliste dei movimenti cristiani: «tutti i terapeuti riparativi seguono una psicologia deterministica, riduttiva e teologicamente impostata: una *teopsicologia*»⁷². Non stupisce pertanto che non vi sia, in questi autori, alcuno scarto tra livello fenomenico e livello etico: l'omosessualità non è naturale, perché non è morale. La natura, da parte sua, corrisponde inoltre alla creazione divina e ha un suo progetto telico: l'eterosessualità. La complementarità sessuale rappresenta la norma della biologia e fa da fondamento, a sua volta, alla complementarità psichica, affettiva e sociale, da intendersi come imperativo sociale e psichico⁷³. Solo l'eterosessualità è quindi in grado di realizzare piena fioritura dell'essere umano⁷⁴: l'omosessualità non è solo «un problema sessuale, ma il problema più ampio di essere al mondo»⁷⁵.

⁶⁷ Sebbene il NARTH nasca negli Stati Uniti, a oggi vanta venti sedi in tutto il mondo. In Italia, per posizioni talvolta vicine a quelle NARTH, cfr. diffusamente AA. VV., *Cattolici e psiche. La controversa questione omosessuale*, a cura di T. CANTELMÌ, Milano, 2008; T. CANTELMÌ, E. LAMBIASE, *Omosessualità e psicoterapie. Percorsi, problematiche e prospettive*, Milano, 2010; OBIETTIVO CHAIRE, *ABC per capire l'omosessualità*, Milano, 2005.

⁶⁸ Sebbene talvolta l'espressione «terapia riparativa» venga impropriamente usata come sinonimo di terapia di conversione, in realtà denota soltanto quest'ultimo modello.

⁶⁹ Cfr. E.R. MOBERLY, *Homosexuality: A New Christian Ethic*, Cambridge, 1983; ID., *Psychogenesis: The Early Development of Gender Identity*, London, 1983.

⁷⁰ J. NICOLOSI, *Identità di genere. Manuale di orientamento*, Milano, 2010, 31.

⁷¹ Cfr. W. BESEN, *Political Science*, in *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 7, 2003, 69 ss.; J. DRESCHER, *The Spitzer Study and the Cultural Wars*, in *Archives of Sexual Behavior*, 32, 2003, 431 ss.; J.C. GONSIORREK, *Reflection from the Conversion Therapy Battlefield*, in *Counseling psychology*, 32, 2004, 750 ss.

⁷² P. RIGLIANO, J. CILIBERTO, F. FERRARI, *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*, Milano, 2011, 39.

⁷³ J. NICOLOSI, L. AMES, *Omosessualità. Una guida per i genitori*, Milano, 2003, 183 ss.

⁷⁴ Cfr. J. NICOLOSI, *op. cit.*, p. 14: «credo che l'identità di genere e l'orientamento sessuale siano fondati sulla realtà biologica. Il corpo ci dice chi siamo e non possiamo "costruire", montare o smontare una realtà diversa in cui il genere e l'identità sessuale non sono sincronizzati con la biologica». Cfr. anche G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *Omosessualità e speranza: terapia e guarigione nell'esperienza di uno psicologo*, Milano, 1999, 22, secondo il quale «l'eterosessualità è geneticamente determinata».

⁷⁵ J. NICOLOSI, *Oltre l'omosessualità. Ascolto terapeutico e trasformazione*, Milano, 2007, 123.

Secondo i terapeuti della riparazione, tutti gli esseri umani sono sempre, per loro creazione e in virtù dell'ordine naturale, eterosessuali. L'omosessualità non può pertanto essere costitutiva, cioè, radicata nell'essere biopsichico della persona. Come viene spiegato da Nicolosi, essa non riguarda ciò che si è – per esempio essere neri –, ma ciò che si fa, come potrebbe essere bere smodatamente⁷⁶. Chi crede di *essere* omosessuale in realtà si costruisce un falso sé⁷⁷, vive una «caricatura della vita»⁷⁸, laddove i livelli più profondi dell'io restano gioco forza eterosessuali⁷⁹. L'omosessualità, in altre parole, non esiste. Gli omosessuali sono anch'essi eterosessuali, sebbene affetti da un *problema* omosessuale⁸⁰. Indipendentemente da quale definizione o esempio si utilizzi, l'aspetto centrale che si deve qui evidenziare è che, individuando una forma problematica e/o patologica dell'omosessualità, diventa lecito individuare anche una terapia atta alla sua risoluzione⁸¹.

Da dove scaturisce questo «problema» di cui alcune persone eterosessuali sono affette? Secondo Nicolosi, il paziente omosessuale (maschio)⁸² soffre di una sindrome di deficit di maschilità, dovuto a un senso interiore di incompletezza riconducibile alla fase edipica o pre-edipica. Il bambino, infatti, rimarrebbe spaventato da immaginarie caratteristiche di forza del padre, convincendosi di non essere all'altezza come maschio, pur desiderando esserlo. L'adulto omosessuale, a sua volta, vorrebbe essere maschio o, più correttamente, vorrebbe essere il maschio che avrebbe dovuto essere. Diversamente opinando, Aardweg attribuisce la causa dell'omosessualità – e del sentimento di inadeguatezza a essa correlato – alla mancanza di adattamento all'interno di un gruppo di individui adolescenti dello stesso sesso⁸³, anche a fronte di un'infanzia psicologicamente sana⁸⁴.

Perché il «problema» si manifesti in taluni soggetti e non in altri non è chiaro. Le ragioni avanzate dai vari autori sono molteplici (e talvolta contraddittorie), ma il ruolo causale principale è assegnato, senza grandi sorprese, alla famiglia o a uno dei ruoli familiari⁸⁵. Si tratta, molto spesso, di posizioni

⁷⁶ J. NICOLOSI, L. AMES, *op. cit.*, 124.

⁷⁷ Cfr. J. NICOLOSI, *Oltre l'omosessualità*, *op. cit.*, 13: «È una distorsione che oscura il vero sé mascolino».

⁷⁸ C.W. SOCARIDES, *The Overt Homosexual*, *op. cit.*, 8.

⁷⁹ J. NICOLOSI, *Omosessualità maschile: un nuovo approccio*, Milano, 2002, 19. Cfr. anche G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *op. cit.*, 22: «per costituzione una tale persona non è omosessuale, bensì eterosessuale. Ciò è vero indipendentemente da sensazioni consapevoli; un uomo o una donna può non avere, o avere in forma molto attenuata, inclinazioni eterosessuali, ma è essenzialmente eterosessuale».

⁸⁰ J. NICOLOSI, L. AMES, *op. cit.*, 183. Cfr. anche G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *op. cit.*, 22: «a rigor di termini, [...] esistono solo persone con inclinazioni omosessuali».

⁸¹ Cfr. J. NICOLOSI, *Oltre l'omosessualità*, *op. cit.*, 73: «attribuire ingiustamente l'omosessualità a cause biologiche può provocare seri danni. Il più importante di tutti è impedire all'omosessuale di sperare nella possibilità di cambiamento».

⁸² È importante tenere presente che l'attenzione dei terapeuti riparativi si incentra quasi esclusivamente sugli uomini, mentre le donne sono trattate solo marginalmente. Per uno dei pochi esempi, cfr. J. NICOLOSI, L. AMES, *op. cit.*, 17 ss.

⁸³ G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *Una strada per il domani. Guida all'(auto)terapia dell'omosessualità*, Roma, 2004, 18: «il fattore determinante è generalmente l'immagine che l'adolescente ha di sé in termini di identità sessuale, il confronto con i simili dello stesso sesso».

⁸⁴ G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *op. cit.*, p. 45: «come sappiamo da numerosi omosessuali, la vita prima dell'adolescenza può essere semplice e felice».

⁸⁵ P. RIGLIANO, J. CILIBERTO, F. FERRARI, *op. cit.*, 48-49, richiamano, *inter alia*, un rapporto più gratificante con la madre anziché con il padre, l'assenza di un padre carismatico, l'incapacità dei genitori di incoraggiare l'autonomia del figlio, l'assenza della figura paterna e la presenza di traumi dello sviluppo.

facenti riferimento a dinamiche relazionali generalissime, un vero e proprio «brodo patologico»⁸⁶ che può prestarsi come casualità *a posteriori* per ogni situazione o disturbo⁸⁷, nonché privo di qualsiasi prova empirica a sostegno⁸⁸. Se poi accade che il paziente non si senta “incompleto”, è evidentemente perché il sentimento di incompletezza è a livello inconscio...⁸⁹

Quale che sia la sua scaturigine, è questo senso di incompiutezza della propria maschilità a rappresentare il fondamento dell’attrazione omoerotica – «non sentendosi all’altezza come maschio, (il soggetto tenta) di trovare attenzione, affetto e approvazione [...] nel contatto omosessuale»⁹⁰ –, la quale a sua volta altro non sarebbe altro che una soluzione narcisistica a un problema di vergogna per la propria mancata virilità⁹¹. L’atto omoerotico in sé si configura insomma come il tentativo inconscio di *riparare* il deficit di maschilità⁹² e di assorbire quella stessa maschilità che alla persona omosessuale è stata preclusa. Esso rappresenta, però, un tentativo vano, perché, non essendo connessa alla struttura profonda del soggetto, equivale a tenere una condotta autodistruttiva.

La fissazione omosessuale rappresenta inoltre soltanto il sintomo principale della malattia – definita *Same-Sex Attraction (SSA)* –, sebbene non l’unico. La condotta sessuale si associa infatti ad alcuni tratti assai caratteristici che si ritroverebbero in tutti gli uomini omosessuali, tra cui scarsa aggressività⁹³ e assertività⁹⁴, senso di alienazione dal corpo⁹⁵, frustrazione⁹⁶, vittimismo⁹⁷, immaturità⁹⁸ e livello di problemi di salute mentale significativamente più alto rispetto agli eterosessuali «sani»⁹⁹, solo per citarne alcuni. Vale la pena ribadire ancora una volta che si è di fronte ad affermazioni prive di conferme in sede clinica, anzi da questa apertamente smentite¹⁰⁰, e che colpevolmente omettono di considerare l’interiorizzazione del pregiudizio e l’omofobia quale causa dei sintomi poc’anzi elencati.

⁸⁶ *Ibidem*, 156.

⁸⁷ *Ibidem*, 57: «è evidente che sono i pregiudizi sulle persone omosessuali a guidare a ritroso il processo per cui tutto ciò che c’è stato prima [...] deve diventare causa e segno di patologia».

⁸⁸ *Ibidem*, 50-59.

⁸⁹ I terapeuti riparativi sono soliti distinguere tra “omosessuali” e “gay”. Mentre i primi soffrono per il loro “problema” e ne cercano la risoluzione, i secondi insistono perversamente in uno stile di vita aberrante.

⁹⁰ J. NICOLOSI, *Oltre l’omosessualità*, op. cit., 21.

⁹¹ *Ibidem*, 93.

⁹² *Ibidem*, 283: «noi erotizziamo quello in cui non ci identifichiamo».

⁹³ *Ibidem*, 63.

⁹⁴ G.J.M. VAN DEN AARDWEG, op. cit., 46: «un uomo con il problema dell’omosessualità spesso serba la convinzione inconscia di aver poco o nessun potere personale».

⁹⁵ Cfr. J. NICOLOSI, *Oltre l’omosessualità*, op. cit., 19.

⁹⁶ *Ibidem*, 55.

⁹⁷ G.J.M. VAN DEN AARDWEG, op. cit., 64.

⁹⁸ *Ibidem*, 54: «la condizione omosessuale non è tanto un problema di orientamento sessuale, quanto piuttosto di immaturità relazionale».

⁹⁹ J. NICOLOSI, *Oltre l’omosessualità*, op. cit., 17. Cfr. anche G.J.M. VAN DEN AARDWEG, op. cit., 10: «l’omosessualità non è una preferenza isolata, ma l’espressione di una specifica personalità nevrotica».

¹⁰⁰ Cfr. *ex multis*: P. RIGLIANO e M. GRAGLIA, *Gay e lesbiche in psicoterapia*, Milano, 2006; C.J. PATTERSON ed A. D’AUGELLI, *Lesbian, Gay and Bisexual Identities in Families. Psychological Perspectives*, New York, 1998; C. CHIARI e L. BORGHI, *Psicologia dell’omosessualità. Identità, relazioni familiari e sociali*, Roma, 2009; L. PIETRANTONI e G. PRATI, *Gay e lesbiche. Quando si è attratti dalle persone dello stesso sesso*, Bologna, 2006.

Come si guarisce dalla SSA? A fronte di una cornice concettuale teopsicologica, non stupisce che la terapia «[unisca] psicologia, spiritualità e morale»¹⁰¹, «un'interazione tra metodologie ed elementi psicologici e cristiani»¹⁰², nonché l'adesione totale a declinazioni di maschilità e femminilità «normali», che altro non sono che modelli di genere frusti e stereotipati¹⁰³. Nelle fasi precoci del trattamento è importante che il terapeuta, dopo aver assunto il ruolo di mentore¹⁰⁴, sradichi la convinzione del paziente, se presente, che l'omosessualità sia una variante naturale della sessualità. Attraverso la riflessione interiore, il paziente deve poi arrivare a comprendere di essere costitutivamente eterosessuale (con un problema di omosessualità)¹⁰⁵ e, successivamente, a non concedere più alcuno spazio agli impulsi omoerotici¹⁰⁶. Tale processo di “de-omosessualizzazione” è arduo e, molto spesso, senza fine. Ricorrendo alla sua analogia preferita, Nicolosi spiega che «è raro che gli alcolizzati perdano l'impulso di bere»¹⁰⁷. Il paziente deve allora imbarcarsi in un viaggio senza fine ed abituarsi all'autoanalisi e all'auto-sorveglianza. I risultati rimangono comunque scarsi, come ammesso dagli stessi professionisti¹⁰⁸. La colpa, però, non sarebbe loro, ma dei pazienti che non si impegnano abbastanza per cambiare e che non hanno buona volontà¹⁰⁹.

Di fronte alle risoluzioni delle maggiori organizzazioni per la salute mentale non solo più a favore dell'omosessualità come variante naturale della sessualità, ma anche esplicitamente contro le terapie riparative¹¹⁰, negli ultimi anni gli epigoni di Nicolosi hanno dovuto riorganizzarsi. Avendo dovuto fare i conti con una struttura di orientamento del desiderio omosessuale che rimaneva inalterata, nonostante tutti i tentativi e la forte adesione dei pazienti, spesso ferventi cristiani¹¹¹, le nuove leve¹¹² del NARTH, foraggiati da movimenti quali *Exodus International*¹¹³, hanno cercato di mistificare le

¹⁰¹ G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *op. cit.*, 12.

¹⁰² *Ibidem*, 131.

¹⁰³ Cfr. *Ibidem*, 139: «una donna omosessuale deve superare l'avversione per la cucina, per esempio, o forse per l'atto di servire i suoi ospiti, o in altri casi, per quei dettagli cosiddetti “poco importanti” che sono le faccende domestiche, oppure per la cura materna dei bambini [...] Non è raro che gli omosessuali (maschi) debbano disimparare a evitare di sporcarsi le mani facendo i lavori manuali – spaccare la legna, dipingere la casa, usare la pala o un martello». Per un commento, cfr. P. RIGLIANO, J. CILIBERTO e F. FERRARI, *op. cit.*, 157, che parlano di pregiudizi “stucchevoli” volti a supportare un'ideologia maschilista.

¹⁰⁴ Cfr. J. NICOLOSI, *Oltre l'omosessualità*, *op. cit.*, 229, che parla di fiducia cieca nello psicanalista come mentore.

¹⁰⁵ Cfr. G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *op. cit.*, 132: «qualsiasi tipo di autoaffermazione (omosessuale) va scoraggiata; solo così si potrà progredire rapidamente».

¹⁰⁶ Cfr. in generale J. NICOLOSI e L. AMES, *op. cit.*, che discutono di tre aree di intervento: identità, comportamento sessuale e attrazione.

¹⁰⁷ Cfr. J. NICOLOSI, *Oltre l'omosessualità*, *op. cit.*, 98.

¹⁰⁸ Secondo Nicolosi sono inizialmente del 50% (J. NICOLOSI, *Oltre l'omosessualità*, *op. cit.*, 246), poi ridotto a 15-30% (J. NICOLOSI, *Omosessualità maschile*, cit., 21). Secondo G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *op. cit.*, 8, si aggirano tra il 10 e il 15%.

¹⁰⁹ Cfr. anche G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *op. cit.*, 125. Cfr. anche J. NICOLOSI, *op. cit.*, 168: «credo che alla fine (il paziente) sia tornato all'ideologia gay, perché non riusciva ad essere all'altezza delle esigenze provenienti dalla terapia riparativa».

¹¹⁰ Per una panoramica delle prese di posizione delle varie organizzazioni per la salute mentale, si veda l'elenco disponibile al seguente url: <https://www.hrc.org/resources/policy-and-position-statements-on-conversion-therapy> (ultima consultazione: 16/16/2024).

¹¹¹ *American Psychological Association*, *op. cit.*, 45.

¹¹² Cfr. W. THROCKMORTON, *Initial Empirical and Clinical Findings Concerning the Change Process for Ex-Gays*, in *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 2002, 242 ss.; W. THROCKMORTON, G. WELTON, *Counseling*

Guidelines dell'APA. L'obiettivo non è infatti più cambiare l'orientamento sessuale del paziente, ma, al contrario, soltanto la sua *identità* di orientamento sessuale¹¹⁴.

Nel manifesto¹¹⁵ della terapia di conversione identitaria (c.d. *Sexual Identity Therapy – SIT*) viene spiegato in dettaglio cosa gli autori intendano. Questi ultimi riconoscono – non potendo ormai fare altrimenti – che l'omosessualità non è una patologia e che, in ogni caso, non può essere convertita in eterosessualità. Nondimeno pongono l'attenzione su tutti quei pazienti che, in virtù dei loro valori morali e religiosi, vivono comunque con disagio la propria condizione¹¹⁶. Costoro potrebbero infatti non trarre profitto da una terapia affermativa, che, in quanto tale, finisce per emarginare le loro credenze, parti anch'esse integranti del loro essere e della loro visione del mondo. Detto altrimenti, poiché sia l'orientamento sessuale che le convinzioni personali sono importanti per il soggetto, esse dunque vanno integrate il più possibile nella terapia. Secondo questi nuovi clinici è tuttavia il cliente a dover decidere se integrarle in modo paritetico ovvero far prevalere una sull'altra: «così, ad esempio, alcuni individui religiosi decideranno che la loro identità religiosa è il principio organizzativo preferito per loro, anche se ciò significa scegliere di convivere con sentimenti sessuali che non valorizzano. Al contrario, alcuni individui religiosi decideranno che le loro credenze religiose possono essere modificate per permettere l'integrazione dell'eroticismo omosessuale all'interno della loro identità valorizzata»¹¹⁷.

Va da sé che loro si propongono di aiutare solo i primi nel realizzare la propria autodeterminazione valoriale. In che modo, se l'orientamento sessuale in sé non può essere toccato? Ebbene, intervenendo sull'identità di orientamento sessuale. Reinterpretando la dicotomia sesso/genere ai loro fini, i terapeuti identitari affermano che attratti da individui dello stesso sesso si nasce¹¹⁸, ma omosessuali

Practices as They Relate to Ratings of Helpfulness by Consumers of Sexual Reorientation Therapy, in *Journal of Psychology and Christianity*, 24 2005, 332 ss.; M.A. YARHOUSE, *When Clients Seek Treatment for Same-Sex Attraction: Ethical Issues in the «Right to Choose» Debate*, in *Psychotherapy*, 35, 1998, 248 ss.; M.A. YARHOUSE, L.A. BURKETT, *An Inclusive Response to LGB and Conservative Religious Persons: The Case of Same-Sex Attraction and Behavior*, in *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 2002, 235 ss.; M. YARHOUSE, E.S.N. TAN, *Sexual Identity Synthesis: Attributions, Meaning-Making and the Search for Congruence*, Lanham, 2004.

¹¹³ *Exodus International* è stata un'organizzazione non governativa cristiana attiva dal 1976 al 2013, nata con l'intento esplicito di supportare coloro che volevano guarire dall'omosessualità. Nel 2006, anno della sua massima espansione, *Exodus International* è arrivata ad avere 250 sede locali tra Stati Uniti e in Canada e altre 150 in 17 paesi diversi.

¹¹⁴ Cfr. P. RIGLIANO, J. CILIBERTO e F. FERRARI, *op. cit.*, 176-184.

¹¹⁵ W. THROCKMORTON, *Sexual Identity Therapy: Practice Framework for Managing Sexual Identity Conflicts*, 2006, disponibile al link <https://www.sitframework.com/> (ultima consultazione: 16/16/2024).

¹¹⁶ *Ibidem*, 4, suggerisce «Linee guida per quei terapeuti che forniscono terapia, consulenza e consulenza in merito all'identità sessuale ai clienti che stanno sperimentando disagio relativo all'orientamento sessuale a causa di questioni di valori personali».

¹¹⁷ *Ibidem*, 6 e 7: «L'autodeterminazione del cliente è particolarmente importante quando i clienti sperimentano conflitti di valori che coinvolgono la sessualità e le credenze religiose», e 20, ove si sostiene che «I terapeuti hanno una responsabilità speciale nel valutare continuamente i desideri e la direzione del cliente». Traduzioni mie.

¹¹⁸ *Ibidem*, 11: «Consideriamo l'orientamento sessuale come la descrizione del modello di attrazioni sessuali ed emotive sperimentate da una persona». Traduzione mia.

si diventa¹¹⁹. Quindi, gli impulsi sessuali sono naturali e innati, ma l'omosessualità è un costrutto sociale, categoria del vivere comune a cui sono associati ruoli ed aspettative. Se, però, è un prodotto sociale, allora non è necessitato. Si può dunque essere attratti da persone del proprio sesso, ma – perché no? – costruirsi un'identità eterosessuale, magari in linea coi propri valori: «Un paradigma costruttivista prevede il potenziale di molteplici traiettorie di identità sessuale coerenti con le variazioni individuali nella cultura, socializzazione, genere e biologia»¹²⁰.

Sulla base di queste premesse, la terapia può così concentrarsi solo sul raggiungimento di un'identità che soddisfi il paziente, al di là del suo autentico orientamento sessuale. Posto, cioè, che quest'ultimo non può cambiare, il soggetto è libero di scegliere di identificarsi come eterosessuale. L'APA non raccomandava forse di non imporre al soggetto alcun risultato in materia di orientamento sessuale? Ebbene, l'orientamento sessuale non solo non è indagabile, ma non conta: conta invece l'autodeterminazione identitaria. A partire da una propria preferenza morale, il paziente viene, in ultima analisi, aiutato dal terapeuta a costruirsi un'identità eterosessuale cartesiana, sebbene permangano istinti omosessuali. La strategia è dunque quella di spingere il soggetto a dissociare l'impulso all'atto sessuale dalla globalità della sua mente.

4. Profili etici e deontologici

Una delle responsabilità più importanti di ogni medico è quella di saper prendere decisioni diverse riguardanti la cura del paziente a seconda del contesto. Queste decisioni implicano molto più che la semplice scelta del trattamento da somministrare, in quanto il medico ha l'obbligo di recare un beneficio al paziente, evitare o minimizzare i danni, nonché rispettarne i valori e le preferenze. In particolare, beneficenza, non maleficenza, autonomia e giustizia costituiscono i quattro principi guida a cui il medico deve ispirare la sua professione¹²¹. Ciascun principio non è esclusivo e può – e spesso deve – essere ponderato con gli altri.

Il principio di beneficenza è l'obbligo del medico di agire non solo evitando di causare danni, ma anche beneficiando i pazienti e promuovendone attivamente il benessere. Di converso, il principio di non maleficenza vincola il medico a non danneggiare il paziente senza che vi sia una reale necessità terapeutica, anche sotto il più semplice profilo del non causare dolore inutile. L'applicazione pratica del principio di non maleficenza richiede pertanto che il professionista sanitario valuti i costi-benefici di tutti gli interventi e trattamenti, evitando quelli eccessivamente gravosi, scegliendo in definitiva il miglior corso d'azione per il paziente.

Secondo il principio di autonomia, tutte le dovrebbero avere il potere di prendere decisioni razionali e scelte morali, esercitando così la propria capacità di autodeterminazione. L'autonomia, come è ovvio, non è assoluta e deve essere ponderata rispetto ai principi concorrenti e, in alcuni casi, può essere addirittura superata; per esempio, se il trattamento richiesto dal paziente non comportasse alcun reale risultato terapeutico e dunque non fosse di alcun beneficio per lui. Rispettare il principio di au-

¹¹⁹ *Ibidem*, 11: «Consideriamo l'identità sessuale come un'identificazione personale con categorie socio-culturali come gay, etero, bisessuale, ecc.». Traduzione mia.

¹²⁰ *Ibidem*, 9. Traduzione mia.

¹²¹ Cfr. T.L. BEAUCHAMP, J.F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, 2019.

tonomia obbliga però il medico a illustrare le opzioni di trattamento in un modo tale che il paziente possa prendere una decisione libera e informata. La giustizia, infine, è generalmente interpretata come un trattamento equo, giusto e appropriato delle persone. La giustizia verso il paziente assume un ruolo di primaria importanza quando ci sono conflitti di interesse. Una violazione di questo principio avviene quando una particolare opzione di trattamento viene proposta o scelta dal medico e rispetto ad altre perché avvantaggia quest'ultimo, finanziariamente o anche soltanto perché più in linea con la sua personale concezione morale.

Posti questi principi, le terapie di conversione dell'orientamento sessuale – classiche, riparative o identitarie – sollevano alcune perplessità etiche e deontologiche¹²².

In primo luogo, lo standard etico fondamentale per qualsiasi terapia è che i benefici devono superare i rischi. Come si è già illustrato, la terapia di conversione, a prescindere dalla sua declinazione, è in gran parte inefficace e, per questo motivo, i suoi benefici sono praticamente nulli. Di conseguenza, nella quasi totalità dei casi, i benefici saranno superati dai rischi e dai danni alla salute del paziente; lo confermano le più recenti ricerche sui "sopravvissuti"¹²³.

In secondo luogo, una criticità che emerge in tutti coloro che praticano le terapie di conversione è la mancanza di competenza professionale. Nel contesto dell'etica medica, la competenza può essere definita come la capacità di dimostrare conoscenze scientifiche aggiornate e informazioni professionali, nonché la necessità di una formazione continua sull'efficacia dei trattamenti. Gli psicologi e altri professionisti della salute mentale basano diagnosi, decisioni di trattamento e obiettivi clinici su risultati scientifici noti e avvalorati. Da questo punto di vista, qualsiasi terapeuta che si impegna nella terapia di conversione non conosce o ha deliberatamente ignorato la letteratura scientifica prevalente che ne informa l'inefficacia e i limiti dei suoi risultati.

Inoltre, mentre in passato la terapia di conversione era promossa da professionisti laici, oggi è in gran parte di competenza di ecclesiastici, che non sono necessariamente formati in ambito clinico e, di conseguenza, non sono competenti in questo campo. Ci sono ragioni per riflettere per il modo in cui le credenze religiose influenzano gli approcci terapeutici nel trattamento di pazienti che possono provare disagio per le loro inclinazioni omosessuali. Nelle società democratiche la libertà di religione è sempre garantita, ma solo nella misura in cui le credenze religiose non compromettono la sicurezza di altre persone.

¹²² Cfr. J. DRESCHER, *Ethical Concerns Raised When Patients Seek to Change Same-Sex Attractions*, in *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5, 2001, 181 ss.; S. AAS e C.J. DELMAS, *The ethics of sexual reorientation: what should clinicians and researchers do?*, in *Journal of Medical Ethics*, 52, 2016, 340 ss.

¹²³ Cfr. J.L. TURBAN, N. BECKWITH, S.L. REISNER, A.S. KEUROGHLIAN, *Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults*, in *JAMA psychiatry*, 77, 2020, 68 ss.; M. HIGBEE, E.R. WRIGHT, R.M. ROEMERMAN, *Conversion Therapy in the Southern United States: Prevalence and Experiences of the Survivors*, in *Journal of Homosexuality*, 8, 2020, 1 ss.; S. MEANLEY, S.A. HABERLEN, C.N. OKAFOR, A. BROWN, M. BRENNAN, D. WARE, ET AL., *Lifetime exposure to conversion therapy and psychosocial health among midlife and older adult men who have sex with men*, in *Gerontologist*, 60, 2020, 1291 ss.; J. TAGLIANTI, *Therapists behind bars: criminalizing gay to straight conversion therapy*, in *Family Court Review*, 59, 2021, 185 ss.; C.H. ROSIK, *Conversion therapy revisited: Parameters and rationale for ethical care*, in *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 55, 2001, 47 ss.; H. CHEERS, M. RICKMAN, E. CAMPBELL, S.J. EWINGS, *Proposal of alternative solutions to address children's rights violation: Conversion therapy*, in *Social Work & Policy Studies*, 2, 2020, 2 ss.

La mancanza di competenza del terapeuta, che talvolta non è neanche tale, rende la questione del consenso al trattamento molto scivolosa. Affinché il consenso sia eticamente accettabile, il terapeuta deve informare pienamente il soggetto sui potenziali vantaggi e svantaggi del trattamento. Coloro che praticano le terapie di conversione violano i requisiti del consenso informato di qualsiasi Codice Etico se non informano i pazienti che tali trattamenti mancano di prove empiriche, sono stati pubblicamente screditati e possono essere perigliosi. Di conseguenza, qualsiasi consenso apparente che venga concesso senza le informazioni adeguate non è affatto tale e quindi la terapia si qualifica come manipolativa e/o coercitiva.

In terzo luogo, praticare le terapie di conversione solleva anche dubbi circa l'integrità del professionista. Un approccio terapeutico corretto richiederebbe allo psicologo di valutare onestamente se i propri pregiudizi (e in particolare, le convinzioni religiose) interferiscano con la pratica professionale e mettano a repentaglio il rispetto della dignità del paziente. Nella misura in cui la terapia di conversione assume che l'omosessualità sia un comportamento aberrante che deve essere eradicato dalla società, lo psicologo che la pratica si impegna in una forma di comportamento discriminatorio che non è eticamente giustificato¹²⁴.

Alcuni sostenitori della terapia di conversione hanno invero sostenuto che gli psicologi hanno il dovere fornire tali terapie a coloro che le richiedono, alla luce del principio di beneficenza, che in etica medica significa prendere decisioni mirate a ottenere il miglior interesse per il paziente¹²⁵ e di autonomia, nella misura in cui tali procedure sono richieste dal paziente stesso¹²⁶. In questa prospettiva, fatta salva la comunicazione, in fase di consenso informato, che l'omosessualità non è una malattia, se il paziente lo vuole credere, egli andrebbe infatti aiutato e incoraggiato, indifferenti al fatto che è improbabile che la congruenza telica basata sullo stigma e la vergogna porti al benessere psicologico e che questo in ogni caso alimenta un meccanismo di oppressione: «i potenziali rischi della terapia riparativa sono grandi, includendo depressione, ansia e comportamenti autodistruttivi, poiché l'allineamento del terapeuta con i pregiudizi sociali contro l'omosessualità può rafforzare l'odio di sé già sperimentato dal paziente».¹²⁷ Appare poi opinabile che un paziente omosessuale si impegni a trasformare un elemento così centrale della sua personalità, se non a casa di una forte pressione della famiglia o dell'ambiente sociale¹²⁸, sollevando quindi dubbi sulla reale libertà di questa decisione. Inoltre, il principio di non maleficenza prevale su quello di autonomia: il paziente può richiedere una determinata prestazione che può fornire anche qualche risultato positivo, ma se le conseguenze negative superano chiaramente i benefici, il professionista non è eticamente autorizzato a eseguirla. Né si può qui obliterare che il professionista non tratta condizioni fisiologiche e stati normali di funzionamento. Questo è esattamente il motivo per cui anche l'omosessualità egodistonica è stata rimossa

¹²⁴ B.D. EARP, A. SANDBERG, J. SAVULESCU, *Brave new love: The threat of high-tech "conversion" therapy and the bio-oppression of sexual minorities*, in *AJOB Neuroscience*, 5, 2014, 12 ss.

¹²⁵ M. MAWERE, *Critical reflections on the principle of beneficence in biomedicine*, in *The Pan African Medical Journal*, 11, 2012, 29 ss.

¹²⁶ M.B. ALEXANDER, *Autonomy and accountability: why informed consent, consumer protection, and defunding may beat conversion therapy bans*, in *University of Louisville Law Review*, 55, 2017, 283 ss.

¹²⁷ S. DIMIDJIAN, S.D. HOLLON, *How would we know if psychotherapy were harmful?*, in *American Psychologist*, 2010, 65 ss., 21.

¹²⁸ E.E. TOZER, J.A. HAYES, *Why do individuals seek conversion therapy? The role of religiosity, internalized homonegativity, and identity development*, in *Counseling Psychology*, 32, 2004, 716 ss.

col DSM-III-R, nel 1987. Riconoscendo una tale diagnosi, le organizzazioni di categoria stavano legittimando l'omofobia interiorizzata in quanto patologia e, di conseguenza, non stavano affrontando la vera origine del disagio psicologico sperimentato dai soggetti. Un approccio eticamente fondato da parte dei terapeuti richiederebbe loro di confrontarsi con i pregiudizi sociali e gli stereotipi che conducono il soggetto a sviluppare uno stato di malessere. Il modo corretto di procedere non sarebbe allora cercare di assecondare il desiderio del paziente di cambiare l'orientamento sessuale, ma piuttosto esplorare le motivazioni più profonde per cui il paziente richiede una terapia di conversione e accompagnare il paziente verso un maggiore grado di auto-accettazione.

5. Considerazioni conclusive

Ricapitolando quanto sopra illustrato, le terapie di conversione sessuale sono inefficaci – non esistono prove scientifiche solide che ne dimostrino i risultati –, pericolose – numerosi studi hanno dimostrato che queste terapie possono causare gravi danni psicologici, tra cui depressione, ansia e suicidio – ed eticamente discutibili – violano i principi etici fondamentali della psicologia e della psichiatria. Sorge allora spontanea la domanda: dovrebbero essere vietate per legge?¹²⁹

Si tratta di una domanda che richiede una risposta complessa, in quanto chiama in gioco la libertà di autodeterminazione del soggetto¹³⁰. Si potrebbe infatti sostenere che gli individui hanno il diritto di sottoporsi al tipo di terapia, anche “alternativa”, che più desiderano. A ben vedere si tratterebbe di un approccio di stampo libertario che si basa sul principio milliano del danno, secondo il quale una persona dovrebbe essere lasciata libera di perseguire i propri interessi fin quando non danneggia gli interessi altrui: se le parti coinvolte sono consenzienti e non ci sono minori coinvolti, allora l'esistenza delle terapie di conversione dovrebbe essere tollerata.

È una tesi attraente, ma che a uno sguardo più ravvicinato si rileva essere speciosa. Sia perché queste terapie, come si è già accennato, non sono realmente consensuali, in quanto la richiesta di sottoporsi non è completamente né libera né informata; sia perché vi è un dato clinico che non può essere ignorato: le terapie di conversione sessuale non solo non conducono al risultato promesso, ma attentano anche alla salute mentale del paziente. Come accaduto in passato per altri metodi di pseudo-medicina che mettono i cittadini in pericolo, lo Stato ha quindi certamente il diritto (e forse il dovere) di intervenire.

Una questione, tuttavia, ancora aperta è se l'eventuale divieto dovrebbe dipendere dalla qualifica di colui che realizza la terapia di conversione. In questo caso, il divieto colpirebbe soltanto il professionista della salute mentale, imponendogli una sanzione di entità e natura variabile; sul fronte civile potrebbe essere citato in giudizio dai pazienti per i danni morali e biologici causati dalle terapie o anche per truffa. Tuttavia, cadrebbero fuori del raggio della sanzione tutti coloro che, pur non essendo

¹²⁹ Per una panoramica degli interrogativi giuridici sollevati dalle terapie di conversione – la legittimità della scelta dei vari legislatori di vietare o consentire i trattamenti, la validità del consenso del soggetto che voglia sottoporsi, la responsabilità di chi li somministra ecc. – si rimanda a V. PESCATORE (a cura di), *Identità sessuale e auto-percezione di sé. Riflessioni a margine della legge tedesca sui “trattamenti di conversione”*, Collana del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Brescia, Torino, 2021.

¹³⁰ Cfr. A. VENTURELLI, *Autodeterminazione e divieto dei trattamenti di conversione*, in *Liber amicorum per Paolo Zatti*, II, Napoli, 2023, pp. 1381 ss.

iscritti a un Ordine professionale, organizzano “percorsi spirituali” di conversione, come sacerdoti e altre figure private. L'emersione della questione è tuttavia troppo recente nel nostro paese e il dibattito ancora agli inizi per potersi qui offrire una soluzione definitiva e ponderata. Spetterà dunque al legislatore e all'autorità giudiziaria doversi confrontare nei prossimi anni con la legittimità di queste terapie, offrendo nuovi spunti di riflessione.

Focus on

