

Michele Minolli¹

Ricerca Psicoanalitica, 2003, Anno XIV, n. 1, pp. 85-96.

Psicoanalisi e omosessualità

SOMMARIO

Obiettivo dell'A. è sollevare il problema istituzionale delle minoranze in Italia. La minoranza in questione è quella degli omosessuali. A questo scopo utilizza l'articolo di Ralph Roughton: psicoanalista e omosessuale, citando ampiamente le molte convinzioni "sbagliate" della psicoanalisi sugli omosessuali e riportando interamente due casi clinici molto illuminanti e contemporaneamente problematici.

SUMMARY

Psychoanalysis and homosexuality

The author's aims to draw attention on the institutional problem of minorities in Italy, in particular the problem of homosexuals. For this purpose, he makes use of a paper written by the homosexual psychoanalyst Ralph Roughton, widely quoting the "wrong" psychoanalytic convictions about homosexuals and two enlightening and problematic clinical cases.

Dire che cosa pensasse Freud dell'omosessualità è impresa delicata. Come spesso succede a proposito di qualsiasi tema o argomento specifico, specialmente se i referenti epistemici sono profondamente cambiati, il rischio è di utilizzare singole frasi o isolate affermazioni a dimostrazione della propria tesi. Non voglio quindi citare Freud.

Non voglio neppure fare un collage di frasi, più o meno celebri, dei vari autori psicoanalitici che nel tempo si sono occupati di omosessualità. Basterebbe un po' di pazienza e di ricerca bibliografica.

In effetti non ho intenzione di affrontare il problema dell'omosessualità, in quanto patologia da spiegare e possibilmente curare.

Il mio obiettivo è affrontare i rapporti passati e attuali tra psicoanalisi e omosessualità.

Solo recentemente, e fondamentalmente negli Stati Uniti, i rapporti tra psicoanalisi e omosessualità sono stati impostati in modo diverso.

Se da una parte, nel passato, è stata giustamente ricercata la spiegazione, il perché dell'attrazione omosessuale, oggi si è prepotentemente presentata alla ribalta la componente "moderna" che potremmo chiamare socio-culturale ossia le ricadute giuridiche e pubbliche dell'essere omosessuale.

Problema delicato e dalle mille sfaccettature. Quanto, per esempio, incide sulle nostre convinzioni l'a priori dell'oggettività dell'attrazione eterosessuale? Fin dove siamo disposti a cercare di capire, se questo rischia di sovvertire le nostre sicurezze e le nostre convinzioni?

Mi propongo quindi unicamente di sollevare il problema dei rapporti tra psicoanalisi e omosessualità, potrei specificare, a livello istituzionale.

Per farlo credo estremamente utile, con un minimo di intento provocatorio, proporre il più ampiamente possibile il pensiero di Ralph Roughton.

L'articolo di Ralph Roughton The psychoanalytic treatment of homosexual men and women è ormai un classico. Presentato per la prima volta il 7 novembre 1977 alla Società Psicoanalitica di Cleveland, è stato

¹ Michele Minolli è direttore della Scuola di Specialità in Psicoanalisi della relazione di Milano.

riproposto al Congresso della Federazione Europea di Psicoanalisi nel 1995 e al Congresso internazionale di Barcellona del 1997. Nel 1999 viene pubblicato dalla Revue Française de Psychanalyse.

Roughton non è l'ultimo arrivato: Training analyst dell'Istituto di Atlanta, ne è stato anche Direttore, ma è ampiamente autorizzato a scrivere dei rapporti tra psicoanalisi ed omosessualità perché, essendo omosessuale, ha vissuto tutta la drammaticità di questi rapporti sulla sua pelle.

Nel suo articolo Roughton dice: "Psicoanalisi e omosessualità hanno storicamente avuto sempre rapporti difficili. Non dubito dell'intenzione degli psicoanalisti di capire e aiutare, ma, per ragionamenti sbagliati, per ignoranza o per pregiudizi personali o controtransfert non riconosciuto, troppo spesso non hanno capito e fatto del male".

Negli Stati Uniti solo nel 1991 il Consiglio esecutivo dell'American Psychoanalytic Association adottò, a stragrande maggioranza, la decisione di autorizzare l'ingresso degli omosessuali o bisessuali nella formazione APA. Sei anni dopo i diplomati furono trentadue.

Contemporaneamente il Presidente Marvin Margolis fece pubblicare una lettera sul New York Times dove riconosceva che le storiche ipotesi su un legame tra omosessualità e psicopatologia erano sbagliate e che purtroppo un buon numero di omosessuali erano stati privati della possibilità di diventare psicoanalisti.

Fino ad allora l'American Psychoanalytic Association era stata contraria ad adottare una politica non discriminatoria relativa all'orientamento sessuale nella scelta dei candidati e dei docenti negli istituti psicoanalitici.

In Italia il problema non ha avuto la stessa esplicitazione e la stessa pubblicità.

Afferma Roughton:

"Non voglio proporre una nuova teoria, ma sottolineare, in base alla mia esperienza, che l'attuale teoria e le attuali ipotesi psicoanalitiche sull'omosessualità, sono sbagliate. Abbiamo bisogno di una nuova teoria evolutiva che spieghi l'esistenza di uomini e donne omosessuali sani e maturi. Ma non possiamo sperare che si sviluppi questa nuova teoria se prima, noi psicoanalisti, non riconosciamo di esserci sbagliati e di avere fatto del male alle persone. Non è arrivato solo il tempo di darci un'autoformazione e un'autoanalisi riparatrici, ma anche di riconoscere che gli omosessuali uomini e donne sono scontatamente capaci di relazioni intime e durature, che vivono effettivamente la loro vita nell'integrità e nel rigore morale, che possono curare i malati e crescere i bambini. Di fatto siamo più simili di quanto non siamo differenti. È arrivato il momento per noi di dire "no" a quegli psicoanalisti che continuano ad affermare il contrario".

Contrariamente a quanto queste premesse potrebbero lasciare credere, l'articolo di Roughton non vuole essere "ostile" o attirare l'attenzione solo sulle "ingiustizie" subite.

Il suo obiettivo è di "arrivare a sviluppare una comprensione migliore dei nostri pazienti omosessuali e di potere offrire loro, in futuro, un trattamento più efficace".

E questo non solo per il rapporto professionale della stanza d'analisi, ma anche perché "abbiamo provocato un'animosità non indifferente nella comunità degli omosessuali e presso i colleghi della salute mentale".

Convinzione di Roughton è che la Psicoanalisi sia stata portata fuori strada dalle sue affermazioni teoriche, da ipotesi troppo legate alla cultura e dal mito dell'oggettività eterosessuale. Per questo ritiene utile elencare una serie di affermazioni sbagliate di cui è rimasta vittima la Psicoanalisi.

"Prima ipotesi sbagliata: non si può essere omosessuale e affettivamente maturo.

Questa ipotesi deriva in parte dalla teoria classica dello sviluppo psicosessuale: sulla strada evolutiva esiste una fase omosessuale che ha da essere abbandonata a vantaggio della sessualità eterosessuale, indice di maturità psichica. Per questo, alcuni teorici post-freudiani hanno sostenuto che un arresto nello sviluppo sessuale induce necessariamente un arresto di alcune funzioni psichiche relative alla solidità dell'io. Gli omosessuali sono necessariamente portatori di una patologia alquanto primitiva, di tipo narcisistico o, seguendo il pensiero di Socarides che situa il problema alla fase preedipica della separazione-

individuazione, una patologia borderline.

Questo è potuto succedere perché si è lasciato prevalere la teoria sull'osservazione. Non si tratta solo di tenere conto dei dati empirici che dimostrano come gli individui omosessuali, in quanto gruppo, non presentano gradi di psicopatologia maggiori di quanto si possa osservare negli eterosessuali (Hooker, 1957; Bell e Weinberg, 1978; Gonsiorck, 1982, 1991; Friedman, 1988), ma anche, soprattutto adesso che sempre di più le persone hanno come amici e colleghi uomini e donne omosessuali, una semplice questione di osservazione indiscutibile.

Seconda ipotesi sbagliata: è legittimo generalizzare all'insieme della popolazione omosessuale ciò che viene osservato nei pazienti omosessuali che domandano un'analisi.

La psicoanalisi ha da sempre utilizzato i dati di un singolo caso o di alcuni casi simili per la propria teorizzazione. Considerando, in modo particolare, la natura soggettiva dell'osservazione e della deduzione dell'analista, generalizzare a partire da un singolo caso o da alcuni casi lascia prevedere una possibilità d'errore nella teoria. Inoltre, una volta formulata la teoria, la natura infinitamente complessa e soggettiva del processo analitico, permette di trovare, troppo facilmente, le conferme cercate. Siamo cioè in presenza di un circolo vizioso: il pregiudizio incide sulle osservazioni in modo selettivo e su di esse viene costruita la teoria che è a sua volta convalidata trovando in altri pazienti quello che si cerca.

Queste considerazioni sarebbero vere anche se fosse giusto generalizzare ciò che non è generalizzabile. Lo studio di Beiber degli anni '60 sul trattamento psicoanalitico di omosessuali uomini ha avuto un'influenza fortemente confermatrice le teorie dell'epoca e rappresenta un esempio illuminante di quanto affermato.

Terza ipotesi sbagliata: la patologia dell'individuo omosessuale è fatta dipendere dalla sua omosessualità.

È probabilmente la più perniciosa delle ipotesi sbagliate. Una buona parte della letteratura che attribuisce un carattere patologico all'omosessualità non fa la debita distinzione tra psicopatologia e orientamento omosessuale. Anzi, i meccanismi borderline o il narcisismo sono elencati scontatamente come elementi dell'omosessualità. Ciò non succede quando il paziente è eterosessuale. Non sto suggerendo che gli individui omosessuali non sono mai narcisistici o borderline. Sto solo affermando che la psicopatologia non è necessariamente una caratteristica dell'omosessualità, a meno che non si consideri la scelta d'oggetto sessuale, in quanto tale, come una patologia. L'orientamento sessuale di una persona non ci dice niente della sua salute o maturità psicologica, del suo carattere, dei suoi conflitti interni o della sua integrità. Un paziente omosessuale borderline avrà più cose in comune con un paziente eterosessuale borderline, che non con un individuo omosessuale psicologicamente sano.

Quarta ipotesi sbagliata: l'omosessualità è definita dalle relazioni sessuali con un individuo dello stesso sesso.

Non solo questo non è vero, ma mette troppo l'accento sul comportamento e sulla modalità della vita sessuale. Non sottolinea a sufficienza le questioni dell'identità e delle relazioni. Se si dovesse scegliere un criterio, si dovrebbe dire che l'attrazione erotica e il fantasma sessuale sono più affidabili del comportamento. Questa ipotesi sbagliata ha condotto alla conclusione erronea che se si cambia comportamento si cambia anche l'orientamento sessuale.

Quinta ipotesi sbagliata: se si analizza la "causa" sottostante l'omosessualità, cambia di conseguenza l'orientamento sessuale dell'individuo.

Su questo è difficile fare affermazioni categoriche. Non voglio dire che l'analisi non ha mai portato nessuno a cambiare l'attrazione sessuale predominante, ma le pretese di raggiungere questo risultato sono del tutto esagerate e sospette. E questo per molteplici ragioni.

Buona parte dei cambiamenti di cui si parla, avvengono in individui potenzialmente bisessuali e la modifica dei fattori psicodinamici può influenzare l'attrazione predominante. In questi casi non parlerei

però di cambiamento di orientamento sessuale. Gli individui in questione restano sempre bisessuali. Molti dei cambiamenti di cui si relaziona sono “cure di transfert” di persone disturbate che hanno un’identità poco definita, sono molto influenzabili e desiderosi di compiacere l’analista.

Altri, sono semplici cambiamenti comportamentali che non durano o costano il prezzo elevato della diminuzione della stima di sé o quello della depressione. Buona parte di ciò che viene ritenuto una “terapia riparatrice” sembra piuttosto essere un consolidamento del falso sé e un adattamento al terapeuta che incoraggia attività orientate in una direzione e resistenza cosciente ai desideri omosessuali (Nicolosi, 1991).

Sesta ipotesi sbagliata: **sconsigliare l’analisi agli omosessuali.**

È questa una vecchia convinzione: la prognosi negativa rispetto al cambiamento di orientamento sessuale. Il che rimanda ad una psicopatologia grave, invece di vedere l’orientamento sessuale come una parte essenziale della persona, relativamente fissa e non soggetta a cambiamento, come si ritiene per l’orientamento eterosessuale. Una convinzione che è anche basata sul criterio della realizzazione di una sessualità eterosessuale come principale indizio di analisi riuscita. Oggi, la maggioranza degli analisti tende giustamente a pensare che per misurare il grado di successo di un’analisi la qualità delle relazioni è più importante del sesso al quale l’individuo si interessa”.

Nel 1965 Roughton termina la sua specializzazione in Psichiatria e inizia la sua formazione psicoanalitica. Da allora in trent’anni ha avuto undici omosessuali o bisessuali in analisi e venti in psicoterapia psicoanalitica. La sua esperienza clinica è basata su queste esperienze. Un’esperienza che ha modificato e fatto avanzare le sue convinzioni cliniche. Un’esperienza che sente di volere trasmettere con la presentazione di due casi per dare un contenuto di “umanità” alle sue affermazioni teoriche.

La psicoterapia di Adam 1965 – 1970

“Adam ha iniziato la psicoterapia all’età di trentadue anni, poco dopo il matrimonio del suo ultimo amico. Era convinto di essere omosessuale e questo gli procurava un profondo disgusto di se stesso. Si diceva determinato a cambiare in modo da potersi sposare e avere dei figli. Nel lavoro di dirigente amministrativo aveva successo, solo la sua paura di essere scoperto nei suoi desideri omosessuali rendeva le sue amicizie difficili. La sua patologia era organizzata principalmente a livello edipico con dei tratti ossessivi e masochisti. Un super-lo punitivo gli impediva l’accesso al piacere.

Mi ero appena specializzato e grande era il mio zelo terapeutico. Mi avevano insegnato che l’omosessualità, secondo Ovesey (1969), è un evitamento fobico del sesso opposto e quindi una nevrosi curabile o, come afferma Bieber (1965): “Tutti gli omosessuali sono eterosessuali latenti”. Bieber dice però anche che “l’omosessualità è incompatibile con una vita relativamente felice”. Preso da queste prospettive, allora non mi ponevo molti interrogativi sul desiderio di cambiamento di Adam.

Tuttavia nonostante l’insistenza a volere cambiare, Adam era pessimista: era sicuro che se fosse “diventato eterosessuale” sarebbe stato impotente o, comunque, sterile. Allora, ho interpretato questa convinzione di Adam come una difesa contro il desiderio di riconoscere il suo interesse sessuale per le donne per evitare le conseguenze omicide edipiche.

Il transfert di Adam era caratterizzato da idealizzazione, velata rivalità e gelosia. L’aggressività era spostata o proiettata. Quando riuscii a collegarla al transfert, le sue difese divennero lentamente meno rigide e la sua angoscia diminuì. Nel corso del secondo anno, cominciai ad avere esperienze sessuali con le donne e fu molto sorpreso, ma non entusiasta, di riuscire finalmente ad avere rapporti sessuali.

La terapia continuò per altri tre anni durante i quali la sua rigidità diminuì sensibilmente. Le sue fantasie restavano omosessuali, ma Adam acquistò competenza nei rapporti eterosessuali. Ponemmo fine alla terapia quando Adam si sposò e trovò un nuovo impiego in un altro Stato. Partì con una certa inquietudine, aspettandosi che il destino gli avrebbe impedito l’attuazione dei suoi obiettivi, ma anche fiero dei risultati

raggiunti.

Da parte mia pensavo che era più preso dal dovere che dal piacere e mi domandavo se sarebbe mai riuscito a provare piacere in qualcosa o a fare in modo che il suo matrimonio andasse bene, indipendentemente dall'orientazione sessuale.

Ogni anno, da ventisette anni, Adam ritorna per fare visita ai suoi parenti e ogni volta, in quell'occasione, mi chiama per un colloquio. Con ironia amara mi ringrazia per il mio aiuto e poi, sempre con le stesse parole, si lancia in una diatriba contro la miseria e la depressione: "Ma non era quello che volevo". Il matrimonio gli ha certamente dato un focolare e una compagna, ma la sua vita sessuale è andata sempre più declinando fino a sparire del tutto. Ironia della sorte, sua moglie è sterile e quindi non hanno figli. Inoltre, ogni giorno Adam aspira a una relazione amorosa e sessuale con un uomo, ma non riesce ad autorizzarsi, da solo, a ricercarla.

I sostenitori della "terapia riparatrice" potrebbero dire che la terapia è stata un successo: Adam è diventato competente nel rapporto eterosessuale, è sposato da ventisette anni e non ha avuto esperienze omosessuali da adulto. Io, sono andato sempre più convincendomi di avere fatto un errore evidente. Oggi penso che il principale problema di Adam era di tipo caratteriale, non sessuale. La patologia risiedeva nell'incapacità di affermare il suo desiderio, non nell'oggetto del suo desiderio. Anche se non escluderei la possibilità di un'apertura al desiderio eterosessuale con un intervento psicoanalitico più approfondito, ritengo questa possibilità molto improbabile in un uomo le cui fantasie erotiche sono sempre state esclusivamente omosessuali. Considererei il mio intervento un successo se Adam riuscisse a sviluppare un sentimento d'identità positivo all'interno di un orientamento omosessuale manifesto.

La psicoanalisi di Carl 1979 - 1983

Carl terminò i suoi studi universitari a venticinque anni. Il suo precoce successo scolastico aveva fatto di lui il più giovane del suo gruppo di amici, ma il suo spirito vivo e la sua intelligenza superiore gli permettevano anche di avere amicizie con persone più grandi di lui. Trovava normale essersi sposato, a vent'anni, con una donna di otto anni più grande, che aveva lasciato suo marito per lui. Mi sembrava evidente che ciò fosse una "vittoria edipica", anche se Carl, difensivamente, lo negava con forza. Oltre a volere fare un'analisi per una sua crescita personale, Carl chiedeva aiuto per fronteggiare una madre esigente, isterica e divorziata due volte. Soprattutto sentiva un immenso bisogno di avere un padre che rimpiazzasse i due che l'avevano abbandonato quando si erano separati dalla madre. Entrambi l'avevano lasciato solo con una madre molto bella, ma caotica.

Carl sviluppò rapidamente un transfert intenso e positivo, nutrito dal desiderio d'amore di un bimbo di sei anni per l'amore di un padre assente. Aveva da sempre la fantasia che, improvvisamente, Superman scendesse dal cielo, lo prendesse in braccio e si involasse con lui. Ogni volta che andava in una nuova città controllava con cura gli elenchi telefonici sperando di trovarvi il nome di suo padre. Si sentiva frustrato di non sapere che tipo di automobile avessi perché, venendo in seduta, non poteva assicurarsi che ci fossi. Proprio sotto il desiderio immenso di avere un padre, c'era un sentimento intenso di rivalità, per quanto inibito. All'occasione di una promozione importante sul lavoro, aveva deciso di comprarsi un'automobile molto costosa, ma la decisione risultò carica dell'ambivalenza del transfert. Se avesse comprato la macchina desiderata, si sarebbe identificato con me che immaginava possedessi un'automobile straordinaria? Oppure, e questi erano paura e desiderio segreti, avrebbe potuto permettersi di comprare una macchina più costosa della mia? L'altra occasione di affrontare questa ambivalenza mescolata alla rivalità si presentò anche quando apprese di un avanzamento di carriera a scapito di un collega molto più anziano di lui.

Il matrimonio di Carl sembrava soddisfacente e stabile e i suoi due bambini lo riempivano di gioia e di

fierezza. Nonostante l'evidente configurazione "vincitore edipico", il suo matrimonio e i rapporti con sua moglie non erano basati su una relazione madre/figlio. I desideri infantili non emergevano se non nelle relazioni con gli uomini. Nei vari ambiti e in particolare con sua moglie si sentiva un uomo adulto e la loro vita sessuale era attiva e soddisfacente. Solo esplorando il suo profondo desiderio di un padre, ammise che il suo bisogno si colorava di accenti sessuali, anche se non aveva mai avuto relazioni sessuali con un uomo.

Carl è stato un paziente ideale: sviluppò una nevrosi di transfert regressiva, conservando eccellenti capacità di auto-osservazione. Era regredito ai desideri e alle paure infantili e non ai deficit della struttura dell'lo. Le sue fantasie omosessuali funzionavano come difese nei confronti dell'abbandono del padre e anche dell'aggressività nei suoi confronti, oltre che nei miei, nel transfert.

Non entrerò ulteriormente nei dettagli se non per dire che si trattava di un processo interpretativo vivo e attivo di comprensione di sé. Tuttavia, ed è un punto essenziale che vorrei sottolineare, l'*insight* non diminuiva le sue preoccupazioni omosessuali. Di fatto, come si sentiva rassicurato dal transfert positivo e spaventato dalla sua rivalità, così era anche più libero nel riconoscere i suoi desideri omosessuali.

Nel quinto anno della sua analisi si ritrovò a provare una forte attrazione per un collega omosessuale, pur sentendosi intrigato e spaventato da questa prospettiva.

Mi sono domandato come mai questo succedesse dopo tutto il lavoro interpretativo fatto del significato dei suoi desideri omosessuali. Si trattava di un *acting out*? Niente, presente nel transfert, lo lasciava credere. Più che rifuggire dai sentimenti che provava nei miei confronti, sembrava invece a suo agio e sicuro nell'esplorare ciò che da sempre aveva desiderato, qualsiasi fossero i "conflitti" interpretati. Cominciò a conformarsi al suo desiderio sessuale per gli uomini, sempre nel contesto di una relazione e rapidamente seppe con certezza che era ciò che aveva sempre voluto e che le relazioni sessuali con una donna non avrebbero mai potuto apportargli la stessa pienezza. Ciò che aveva capito aveva la caratteristica della certezza, non quella dell'*acting out* o dell'evitamento difensivo.

Sul finire dell'analisi mi sembrava di avere chiaro in quale direzione Carl si stesse dirigendo. Ero comunque meno sicuro, nel 1983, di quanto non lo sia adesso di potermi fidare più del suo desiderio e della sua identità emergente che non del comportamento manifesto di cui si era dimostrato capace. In fondo Carl aveva cominciato la sua analisi quando era ancora sposato, padre di due bambini e senza alcuna esperienza omosessuale. Stava finendo fiducioso la sua analisi, ma la sua vita era stravolta. A lui sembrava giusto, ma io ero preoccupato di venire associato a un *acting out* relativo al transfert-controtransfert. Anche perché il mio paziente era amico di qualcuno la cui opinione su di me come psicoanalista aveva la sua importanza. Questo collega avrebbe pensato che io non fossi stato capace di trattare bene questo caso? Carl stava agendo qualcosa di mio, del mio controtransfert?

So benissimo che la maggior parte degli analisti, nel 1983, avrebbe impietosamente interpretato il caso come *acting out*. Esplorammo accuratamente in profondità questa scelta e per molto tempo. Ero colpito dalla certezza e dalla realizzazione di sé di cui Carl stava facendo esperienza. Riuscii comunque a tenere per me le mie preoccupazioni e a restare relativamente neutro nella fase finale dell'analisi.

Ogni tanto Carl mi fa avere sue notizie. In un anno, si è innamorato di un uomo e lo ha detto a sua moglie, che ha accettato il divorzio consensuale. Lui e il suo partner vivono insieme da undici anni. Descrive la sua vita come "felice, piena di soddisfazione e di pace". I suoi due figli, ormai adolescenti, vivono con loro: Carl e Eric sono dunque la coppia genitoriale di base. Vivono in un quartiere abitato da famiglie della classe media superiore ed entrambi sono molto rispettati nella rispettiva professione.

Ho incontrato Carl quattordici anni dopo la fine analisi e la mia impressione fu che avesse raggiunto un eccellente livello in qualunque scala di salute mentale: sul piano della capacità ad avere relazioni d'oggetto intime e durature, sul piano relativamente basso di conflitto intrapsichico, sul piano del piacere in amore, sul lavoro e nel gioco, sul piano di una solida stima di sé e su quello del senso di integrità personale e dell'autenticità. Ha sviluppato quello che Isay (1996) chiama un'identità personale di uomo omosessuale.

Qualcuno potrebbe pensare a un fallimento analitico dovuto a transfert non risolti e quindi agiti. Se si crede che l'omosessualità sia, in quanto tale, patologica o che un individuo bisessuale non può essere sano se non scegliendo la strada dell'eterosessualità, allora questo qualcuno farebbe un'ipotesi ragionevole. Ma, in base a quanto sono venuto a conoscenza dell'attuale vita di Carl, non vedo quale ragione mi dovrebbe portare a pensare che altre soluzioni sarebbero state migliori. Se avessi detto che si era innamorato di una donna e che ora era felice e soddisfatto, dubito molto che un psicoanalista, chiunque esso sia, rimetterebbe la sua scelta in dubbio.

Qualche psicoanalista potrebbe ipotizzare che Carl si sente bene perchè il "sintomo" omosessuale ha attenuato l'angoscia causata dal senso di colpa e di paura legati alla vittoria edipica, ripetuta con il matrimonio e il successo professionale. Una fuga nell'omosessualità sposterebbe la vittoria edipica al simbolico e eliminerebbe il pericolo, anche quello di agito nel transfert. Non ho prove che questo non sia vero, ma dubito molto che questa relazione stabile e felice sia fondata su un sintomo nevrotico. Una relazione profondamente soddisfacente dura da undici anni, Carl è capace di amare intimamente come mai precedentemente, il suo lavoro è considerato eccellente e si sente "felice, soddisfatto e in pace". Quale dei due uomini sembra più sano? Adam nel suo matrimonio eterosessuale: solo, amareggiato e vinto o Carl, con un partner omosessuale, vivo, amante e lavoratore entusiasta e gioioso?"

BIBLIOGRAFIA

- Bell A., Winberg M. (1978) *Homosexualities: a study of diversity among men and women* Simon & Schuster, New York.
- Bergler E. (1956) *Homosexuality: disease or way of life* Hill & Wang, New York.
- Bieber I. et al. (1962) *Homosexuality: a psychoanalytic study* Foreword, Jason Aronson, Northvale, NJ, 1988.
- Bieber I. et al. (1965) *Clinical aspects of male homosexuality* in Marmor J. *Sexual inversion: the multiple roots of homosexuality* Basic Books, New York.
- Chodorow N. (1992) *Heterosexuality as a compromise formation: reflections on the psychoanalytic theory of sexual development* Psychoanal. and Contemp. Thought, 15, pp. 267-304.
- Cohler B., Galatzer-Levy R. (1996) *Self-psychology and homosexuality: sexual orientation and maintenance of personal integrity* in Stein R., Cabj R. *Homosexuality and mental health: a comprehensive textbook* The American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Domenici I., Lesser R. (1995) *Disorienting sexuality: psychoanalytic reappraisals of sexual identities*, Routledge, New York.
- Drescher J. (1997) *From preoedipal to postmodern: changing psychoanalytic attitudes toward homosexuality*, Gender and Psychoanalysis n. 2, pp. 203-216.
- Freedman M. (1971) *Homosexuality and psychological functioning* Brooks & Cole, Belmont, CA.
- Friedman R. (1988) *Male homosexuality: a contemporary psychoanalytic perspective* Yale Univ. Press, New Haven.
- Frommer M. (1994) *Homosexuality and psychoanalysis: technical considerations revisited* Psychoanal. Dialogues, 4, pp. 215-233.
- Frommer M. (1995) *Countertransference obscurity in the psychoanalytic treatment of homosexual patients* in Domenici T., Lesser R. *Disorienting sexuality: psychoanalytic reappraisals of sexual identities* Routledge, New York.
- Gonsiorek J. (1991) *The empirical basis for the demise of the illness model of homosexuality* in Gonsiorek J., Weinrich J. *Homosexuality: research implications for public policy* Sage, Newbury Park.
- Hooker E. (1957) *The adjustment of the male overt homosexual* J. Projective Technique, 21, pp. 18-31.
- Isay R. (1985) *On the analytic therapy of homosexual men* Psychoanal Study Child, 40, pp. 235-255.
- Isay R. (1986) *Homosexuality in homosexual and heterosexual men* in Fogel G., Lane F., Liebert R. *The psychology of men* Basic Books, New York.
- Isay R. (1987) *Fathers and their homosexually inclined sons in childhood* Psychoanal Study Child, 42, pp. 275-294.
- Isay R. (1989) *Being homosexual: gay men and their development* Farrar, Straus & Giroux, New York.
- Isay R. (1996) *Becoming gay: the journey to self-acceptance* Pantheon, New York.
- Leavy S. (1985-1986) *Male homosexuality reconsidered* Int. J. Psychoanal. Psychotherapy, 11, pp. 155-174.
- McWhirter D., Reinisch J., Saunders S. (1990) *Homosexuality/heterosexuality: concepts of sexual orientation* Oxford Univ. Press, New York.
- Mitchell S. (1981) *The psychoanalytic treatment of homosexuality: some technical considerations* Int. Rev. Psychoanal., 8, pp. 63-80.

- Nicolosi J. (1991) *Reparative therapy of male homosexuality: a new clinical approach* Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Ovesey L. (1969) *Homosexuality and pseudohomosexuality* Science House, New York.
- Socarides C. (1978) *Homosexuality* Jason Aronson, New York.
- Socarides C. (1988) *The preoedipal origin and psychoanalytic therapy of sexual perversion* International Univ. Press, Madison.
- Socarides C. (1995) *Homosexuality: a freedom too far. A psychoanalyst answers 1000 questions about causes and cure and the impact of the gay rights movement on American society* Adam Margrave Books, Phoenix.
- Turner R. et al. (1974) *Personality characteristics of male homosexuals referred for aversion therapy: a comparative study* British J. of Psychiatry, 25, pp. 447-449.