



## **L'omofobia interiorizzata come problema centrale del processo di formazione dell'identità omosessuale**

**A. MONTANO\***

### **Sommario**

*Viene presentata una rassegna dei principali studi internazionali sul ruolo svolto dall'omofobia interiorizzata nell'ambito del processo di formazione dell'identità omosessuale. L'omofobia interiorizzata causa spesso disagio psicologico nei gay e nelle lesbiche, e può essere intesa come agente patogeno e fattore di vulnerabilità acquisita socio-culturalmente. Alti livelli di omofobia interiorizzata sono correlati con una bassa autostima, con la percezione di scarso supporto sociale e con una varietà di disturbi emotivi.*

### **1. Introduzione**

La pratica clinica degli specialisti della salute mentale rivolta alle persone omosessuali ha conosciuto enormi innovazioni negli ultimi trenta anni, dopo che per lungo tempo un velo di silenzio aveva avvolto il mondo dei gay e delle lesbiche, condizionando anche la ricerca medica e psicologica. Fino agli inizi del '900 era prevalente e quasi esclusivo, anche nell'ambiente scientifico, il paradigma di identificazione dell'omosessualità con una patologia psichiatrica, in base al quale i gay e le lesbiche venivano considerati degli "invertiti". Si è quindi innescato, e ha continuato a funzionare per lungo tempo, un circolo vizioso: da una parte il pregiudizio sociale condizionava la ricerca scientifica e, dall'altra, la comune intolleranza diffusa a tutti i livelli sociali trovava conforto e una valida legittimazione nelle teorie specialistiche – formidabile *pendant* pseudo-scientifico della condanna religiosa, morale e penale inflitta per secoli agli omosessuali dalla società (Montano, 2000).

L'atteggiamento socio-culturale eterosessista e la discriminazione degli omosessuali hanno a lungo alimentato le convinzioni di medici e psicologi, e al contempo hanno trovato in esse ragion d'essere. Ancora fino alla metà del '900 venivano praticati trattamenti terapeutici

---

\* Direttrice Istituto A. T. Beck

raccapriccianti con l'intenzione di curare i casi di omosessualità. I metodi utilizzati miravano all'asessualizzazione o alla riconversione all'eterosessualità attraverso interventi chirurgici sui testicoli, la rimozione chirurgica delle ovaie e dell'utero, la clitoridectomia, oppure attraverso la terapia ormonale, la somministrazione di LSD, l'elettroshock, l'ipnosi, la terapia avversiva, finanche la lobotomia (Katz, 1976).

Successivamente le ricerche realizzate negli anni '70 e '80 negli Stati Uniti hanno modificato radicalmente queste convinzioni. L'omosessualità ha cominciato a essere interpretata come una realtà molto più complessa di quanto prima si fosse immaginato, e i risultati degli studi effettuati su campioni di omosessuali confrontati con eterosessuali non hanno supportato la credenza che l'omosessualità sia di per sé un disturbo mentale. Nel 1972 veniva pubblicato il fortunato libro di Weinberg *Society and the healthy homosexual*, in cui l'autore introduceva il concetto di omofobia, destinato ad avere una grande influenza su tutto il dibattito successivo e sugli studi riguardanti gli atteggiamenti degli eterosessuali nei confronti di uomini e donne omosessuali. Nel 1973 l'omosessualità è stata infine rimossa dalla lista delle malattie mentali, il *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, dall'American Psychiatric Association, ed è stata invece riconosciuta la natura dell'omosessualità come variante non patologica del comportamento sessuale: le persone omosessuali possiedono un'identità psichica suscettibile alle patologie né più né meno di quella degli eterosessuali. Vent'anni dopo, nel 1993, la stessa decisione veniva ufficialmente condivisa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il tradizionale modello interpretativo dell'omosessualità come patologia era stato scardinato sotto i colpi della ricerca empirica e per effetto della crescente visibilità dei movimenti di rivendicazione dei diritti gay. Nuovi modelli di omosessualità affermativa (Gonsiorek, 1985) hanno cominciato così a emergere. Inizialmente negli Stati Uniti, una vasta messe di pubblicazioni, di ricerche e di saggi divulgativi, è stata riversata sugli scaffali delle librerie, contribuendo così alla costituzione e poi al consolidamento di una vera e propria cultura omosessuale. Più recentemente, infine, sono stati mossi i passi nella direzione di un approccio fenomenologico e sociologico all'omosessualità, per esempio con il filone dei *sex & gender studies*, che radicano il nuovo paradigma interpretativo dell'omosessualità nell'ambito della riflessione sul concetto di genere come costruzione sociale che si origina nell'evoluzione della cultura umana e non nella biologia (Lorber, 1994).

La circolazione di tali ricerche in Italia appare tuttavia ancora limitata, e ancora più circoscritto è il dibattito specialistico da esse stimolato. Sempre di più sono invece gli

psicoterapeuti alle prese con clienti gay e lesbiche in cerca di un supporto professionale. Sembra quindi utile fornire qui un'ampia rassegna degli studi – ancorché limitata ai principali lavori – concernenti una delle questioni fondamentali per la psicoterapia con clienti omosessuali, ossia il ruolo centrale dell'omofobia interiorizzata nel processo di formazione dell'identità omosessuale.

## **2. Formazione dell'identità omosessuale e omofobia interiorizzata**

La formazione dell'identità sessuale rappresenta per i gay e per le lesbiche un processo di sviluppo del tutto specifico e molto spesso problematico. Diversi autori hanno proposto modelli teorici esplicativi di tale processo, in base ai quali l'individuo omosessuale attraversa diversi stadi sequenziali caratterizzati da un differente grado di consapevolezza, esplorazione e integrazione dell'identità sessuale (Cass, 1984; Coleman, 1982; Troiden, 1989, Weinberg, 1983).

La manifestazione dell'orientamento omosessuale spesso avviene appena prima della pubertà ed è accompagnata dalla sensazione di essere diversi (Isay, 1991). Generalmente, tra la scoperta dell'orientamento sessuale gay o lesbico e la sua accettazione come parte sana e integrante della propria identità vi è una sfasatura temporale. I differenti modelli teorici proposti presentano essenzialmente delle fasi successive riassumibili in: (a) una progressiva accettazione dell'etichetta di omosessuale per autodefinirsi; (b) lo sviluppo di un atteggiamento positivo verso tale identità; (c) un aumento dei contatti personali e sociali con altri omosessuali; (d) un crescente desiderio di svelare agli altri (familiari, amici, colleghi) il proprio orientamento sessuale; (e) la sintesi dell'identità omosessuale e dei comportamenti omosessuali come parte integrante del più generale concetto di sé; (f) eventualmente, l'inserimento attivo nella comunità omosessuale e l'adozione di atteggiamenti e comportamenti sociali e politici peculiari dell'identità gay e lesbica.

Sebbene la formazione dell'identità omosessuale abbia un carattere processuale, essa comunque non avviene necessariamente in modo progressivo e lineare, e non sempre si compie entro l'età dell'adolescenza (Coleman, 1982).

Generalmente, i primi stadi del processo di formazione dell'identità gay e lesbica sono caratterizzati da confusione e disperazione, da una scarsa accettazione di sé e da una bassa autostima (Ross & Rosser, 1996). Infatti, la specificità di questo processo di formazione dell'identità sessuale consiste nel fatto che avviene in un individuo di cui inizialmente si presume l'eterosessualità e si sviluppa in un ambiente che promuove l'accettabilità sociale

dell'eterosessualità e stigmatizza, per converso, l'omosessualità. Coleman (1982) afferma esplicitamente che gli omosessuali “sviluppano frequentemente una concezione negativa di se stessi a causa dell'atteggiamento sociale negativo verso l'omosessualità” (p. 471). Numerosi autori hanno quindi associato l'insorgenza di stati psicologici negativi nei gay e nelle lesbiche all'omofobia interiorizzata come fenomeno specifico del processo di formazione dell'identità omosessuale all'interno di una società eterosessista (Cabaj, 1988; Kahn, 1991; Ross & Rosser, 1996).

Gli atteggiamenti sociali verso il sesso, il genere e l'omosessualità vengono generalmente appresi acriticamente e interiorizzati molto presto, nelle prime fasi della vita, prima che un individuo abbia riconosciuto il proprio orientamento sessuale. Quando i gay e le lesbiche cominciano a diventare consapevoli della loro omosessualità, essi sperimentano verso loro stessi i medesimi atteggiamenti che hanno interiorizzato, complicando di conseguenza il processo di accettazione di sé (Herek, 1996).

In una società fortemente ostile agli omosessuali, gay e lesbiche devono percorrere un cammino molto difficile e problematico attraverso il quale riconoscere il loro orientamento sessuale, sviluppare una identità basata su di esso, svelare il proprio orientamento sessuale agli altri (*coming-out*). Essendo cresciuti in una società in cui la cultura dominante è in larga parte eterosessista, i gay e le lesbiche spesso provano sentimenti negativi verso se stessi una volta riconosciuta la propria omosessualità, poiché hanno imparato ad accettare l'eterosessualità come la norma e come l'unico modo corretto di essere. Soprattutto per i soggetti che si trovano ai primi stadi del processo di formazione dell'identità omosessuale, e in generale per chi non è capace di gestire efficacemente lo stigma associato all'identità gay o lesbica, la percezione di un ambiente familiare e sociale repressivo può portare a interiorizzare pensieri e sentimenti negativi nei confronti dell'omosessualità, e ciò può esprimersi sul piano psicologico attraverso la vergogna e il senso di colpa, la bassa autostima e la scarsa accettazione di sé.

In aggiunta, occorre sottolineare che la condizione dei gay e delle lesbiche è diversa da quella vissuta da altre minoranze (razziali, etniche, religiose, ecc.) stigmatizzate, sottoposte a situazioni stressanti e ad atti discriminatori, poiché la intrinseca invisibilità o il volontario nascondimento della loro identità, in casa e negli ambienti sociali, li rendono ancora più vulnerabili e fanno sì che sia più difficoltoso per loro l'accesso alle tradizionali strategie difensive e ai meccanismi di fronteggiamento che possono essere adottati da altri gruppi di minoranze per alleviare lo stress, per trovare supporto sociale in famiglia e nelle comunità di

appartenenza, per affermare i valori e la cultura specifici della propria minoranza (Meyer, 1995).

Nascondere il proprio orientamento sessuale può creare una scissione dolorosa tra identità pubblica e identità privata. Soprattutto gli omosessuali che non hanno compiuto il *coming-out*, che desiderano diventare eterosessuali, che si fanno passare per eterosessuali, o che vivono isolati dalla comunità gay e lesbica, possono sperimentare i più gravi disagi psicologici. Per contro, si riscontra un adattamento psicologico migliore tra coloro che hanno accettato la propria sessualità integrandola nella propria identità complessiva, e che hanno quindi sviluppato una piena identità gay o lesbica e non cercano di nascondere agli altri la loro omosessualità.

### **3. Eterosessismo e omofobia: definizioni e concettualizzazioni**

Il termine “omofobia” fu coniato da Weinberg (1972) che lo usò per indicare la “paura degli eterosessuali di trovarsi a stretto contatto con gli omosessuali” e il “disgusto per se stessi” (*self-loathing*) degli omosessuali medesimi (p. 4). L’introduzione di tale concetto, nella sua duplice valenza, ebbe una funzione pionieristica nelle scienze sociali degli anni ’70 che si occupavano di omosessualità. Tuttavia, successivamente diversi autori hanno sottolineato la scarsa appropriatezza del termine.

Le ricerche empiriche che si sono susseguite negli anni successivi, infatti, non hanno confermato la classificazione degli atteggiamenti anti-gay degli eterosessuali come riferibili a una fobia in senso clinico (Herek, 1996). Inoltre, il suffisso “fobia”, rimandando implicitamente alla diagnosi psicologica di un tratto clinico individuale, per ciò stesso trascura la natura funzionale dell’ideologia eterosessista come fenomeno sociale e politico, e come istituto culturale oppressivo (Herek, 1996). Gli atteggiamenti negativi contro i gay e le lesbiche non sono necessariamente irrazionali o il riflesso di una paura, ma possono anche essere delle scelte intenzionali contro la minaccia di una minoranza percepita dal gruppo dominante (Szymanski, 2004) o comunque finalizzate a imporre valori culturali e religiosi.

Anche secondo Ross e Rosser (1996) il termine omofobia indica una concezione negativa dell’omosessualità, piuttosto che denotare una fobia o la paura degli omosessuali. Sono state quindi proposte da alcuni autori delle espressioni sostitutive, come “omonegativismo” (Hudson & Ricketts, 1980), “omosessismo” (Hansen, 1982), “eterosessismo” (Herek, 1996) per esprimere una designazione inclusiva dell’intero universo di atteggiamenti negativi verso

l'omosessualità e le persone omosessuali (dal pregiudizio individuale alla violenza personale, alla discriminazione istituzionalizzata).

Ciò nonostante, il termine omofobia ha continuato ad essere largamente utilizzato nella letteratura scientifica, e ormai occupa un posto specifico e definito all'interno delle scienze sociali.

Con il termine omofobia Herek (1988) ha inteso "il pregiudizio individuale e istituzionale contro lesbiche e gay" (p. 453) che si esprime come "disgusto, ostilità o condanna dell'omosessualità e delle lesbiche e dei gay" (Herek, 1996, p. 102). Per Herek (1984) gli atteggiamenti che riguardano la sessualità e l'orientamento sessuale vengono appresi e sono un costrutto sociale. Le variabili demografiche, sociali e psicologiche associate a un atteggiamento omonegativo negli eterosessuali sono numerose e includono: (a) una età avanzata e un basso livello di istruzione; (b) scarsi contatti personali con persone omosessuali; (c) un atteggiamento conservatore rispetto ai ruoli di genere; (d) un forte indottrinamento religioso (Herek, 1984).

Analogamente, l'eterosessismo è "il sistema ideologico che rifiuta, denigra e stigmatizza ogni forma di comportamento, identità, relazione o comunità di tipo non eterosessuale" (Herek, 1996: p. 102). Esso si manifesta sia a livello individuale che a livello culturale, pervadendo i costumi e le istituzioni sociali. Ne sono espressione i sistemi giuridici che non riconoscono alle coppie omosessuali gli stessi diritti civili di quelle eterosessuali, la differenziazione nell'accesso ai servizi sociali, la discriminazione nelle carriere militari e nel lavoro, la presenza ancora oggi in alcuni Stati degli USA di leggi che puniscono i rapporti sessuali tra persone dello stesso sesso (in Italia, come in altri paesi europei, pur non essendo legalmente perseguibili, le coppie omosessuali non ottengono un riconoscimento ufficiale).

Gli effetti dell'omofobia sociale incidono profondamente sulla qualità della vita delle persone omosessuali. In una famosa indagine telefonica nazionale condotta negli Stati Uniti nel 1989, il 5% degli uomini gay intervistati e il 10% delle donne lesbiche riferivano di aver subito degli abusi fisici o di essere stati violentati nell'anno precedente a causa del fatto di essere omosessuali. Quasi la metà (47%) riferiva di aver vissuto una qualche forma di discriminazione nel corso della vita come effetto del proprio orientamento sessuale (San Francisco Examiner, 1989).

Diverse ricerche empiriche hanno in effetti evidenziato che gli attacchi di cui spesso sono vittime gli omosessuali nell'arco della loro vita a causa del proprio orientamento sessuale variano dalla offesa verbale fino all'aggressione fisica. In una indagine di vittimizzazione realizzata su un campione di 416 lesbiche, gay e bisessuali di 60 anni e oltre, D'Augelli e

Grossman (2001) hanno rilevato che nell'insieme circa due terzi dei soggetti avevano sperimentato una qualche forma di vittimizzazione nel corso della loro vita a causa del proprio orientamento sessuale. Più in dettaglio, il 63% di essi aveva subito ingiurie verbali, il 29% era stato minacciato con la violenza, l'11% era stato fatto bersaglio del lancio di oggetti, il 16% aveva subito aggressioni fisiche, il 12% era stato minacciato con le armi, il 7% era stato violentato sessualmente, il 29% era stato intimidito con la minaccia di rivelarne l'orientamento sessuale. I soggetti che avevano subito molestie fisiche hanno riportato una più bassa autostima, maggiore isolamento, peggiori condizioni di salute mentale, più frequenti tentativi di suicidio. Molte delle vittime omosessuali non avevano denunciato gli incidenti per non rivelare il loro orientamento sessuale o perché temevano possibili reazioni di indifferenza o ostilità da parte delle autorità.

#### **4. L'omofobia interiorizzata come agente patogeno**

Con l'espressione "omofobia interiorizzata" (*internalized homophobia*) ci si riferisce alla presenza nei gay e nelle lesbiche di atteggiamenti negativi nei confronti dell'omosessualità, cioè verso i sentimenti omoerotici, i comportamenti omosessuali, le relazioni tra persone dello stesso sesso, l'autodefinizione come gay o lesbica.

Alcuni autori preferiscono l'espressione "eterosessismo interiorizzato", (Sophie, 1997; Szymanski, 2004) ritenendola più appropriata per indicare l'interiorizzazione degli atteggiamenti e delle assunzioni negative della società riguardanti l'omosessualità.

Sebbene sia stato scritto molto sull'omofobia interiorizzata, non si può non rimarcare una oggettiva carenza di dati empirici sulla sua effettiva diffusione nella popolazione omosessuale. Molti degli studi disponibili, inoltre, appaiono viziati da difetti metodologici non irrilevanti.

In un vasto studio su più di 1.000 gay e lesbiche residenti nell'area della Baia di San Francisco (Bell & Weinberg, 1978) risultò che circa il 28% dei gay bianchi e quasi il 50% dei gay neri intervistati riportavano "un po' di senso di colpa" per le loro attività sessuali con altri uomini; circa il 25% dei gay bianchi e neri riferivano di considerare l'omosessualità come un "disturbo emotivo". I dati riferiti alle donne erano leggermente più bassi, con il 20% delle lesbiche bianche e il 33% delle lesbiche nere che riferivano senso di colpa a causa delle loro attività sessuali con altre donne, e con meno del 25% di entrambi i gruppi di lesbiche che considerava l'omosessualità come un disturbo.

Risultati simili erano stati ottenuti in una indagine postale da Jay e Young (1977) su un campione di oltre 5.000 gay e lesbiche. Alla domanda "Provi o hai mai provato vergogna o

senso di colpa a causa della tua omosessualità?” il 37% dei gay e il 30% delle lesbiche avevano risposto “molto” o “un po’”. Quasi il 38% dei gay e il 50% delle lesbiche avevano risposto “per niente”. In sintesi, lo studio indicava che una quota tra il 33% e il 25% di gay e lesbiche poteva avere atteggiamenti o sentimenti negativi in merito alla propria omosessualità durante il corso della vita.

In una delle rare indagini realizzate in Italia su un campione di 405 lesbiche dichiarate (Montano, 2000) era emerso che complessivamente il 25% di esse presentava omofobia interiorizzata. Poiché il campione era stato reperito in luoghi di abituale frequentazione della comunità omosessuale, si stimava una quota maggiore di soggetti con omofobia interiorizzata nella popolazione omosessuale femminile generale, comprensiva di lesbiche non “emerse”.

È probabile che esista una grande variabilità nell’intensità dell’omofobia interiorizzata nella popolazione gay e lesbica. Possono giocare un ruolo variabili sociali come l’area geografica di provenienza, il contesto urbano o rurale di residenza, l’etnia, il livello di istruzione, la classe sociale, fattori familiari, come il livello di omofobia dei genitori e di altre figure parentali rilevanti. Possono avere influenza anche variabili psicologiche personali, come la bassa autostima, la vulnerabilità ai condizionamenti ambientali, le strategie difensive adottate.

Ross (1985) ha tuttavia segnalato che il disadattamento psicologico tra gli omosessuali è maggiormente dipendente dall’*anticipazione* del rifiuto sociale che non da una oppressione sociale *effettiva*, indicando con ciò che gli antecedenti di tale processo di introiezione sono maggiormente legati a variabili psicologiche interne che non a variabili sociali esterne.

Quest’ultima importante considerazione getta luce sul ruolo centrale svolto, nell’insorgenza e nel mantenimento dell’omofobia interiorizzata, dalle elaborazioni cognitive dell’individuo, che possono includere: l’interiorizzazione di pensieri distorti e di immagini irrealistiche circa la sessualità di gay e lesbiche e le relazioni omosessuali, la tolleranza di atteggiamenti discriminatori o di abusi da parte degli altri (anassertività e stile di personalità passivo-aggressivo), l’assunzione della propria inadeguatezza, la credenza della propria indegnità di dare e ricevere amore, la proiezione di una immagine di sé svalutata nei confronti del partner.

L’omofobia interiorizzata gioca un ruolo cruciale come fattore patogeno nel processo evolutivo di gay e lesbiche, essendo determinante nell’insorgenza di diversi disturbi emotivi, e può incidere sia sull’evoluzione della malattia che sulle scelte di prevenzione e cura (Gonsiorek, 1982; Williamson, 2000; McGregor et al., 2001). Per Malyon (1982) la psicologia affermativa dell’omosessualità “considera l’omofobia [...] come la principale variabile patologica nello sviluppo di alcune condizioni sintomatiche nei gay” (p. 69).

Alti livelli di omofobia interiorizzata sono significativamente associati a condizioni generali di disagio psicologico, bassa autostima, scarso supporto sociale, oltre che a numerosi problemi specifici, e possono rallentare, arrestare temporaneamente o compromettere il processo evolutivo di formazione dell'identità omosessuale.

Esistono numerosi studi su campioni di gay in base ai quali risulta che l'omofobia interiorizzata può causare disagio psicologico (Gonsiorek, 1982; Hammersmith & Wienberg, 1973; Leserman et al., 1994; Lewis, 1984; Meyer, 1995; Meyer & Dean, 1995; Nicholson & Long, 1990; Weinberg & Williams, 1974), sfiducia e isolamento (Finnegan & Cook, 1984), evitamento e difficoltà nelle relazioni intime e affettive (Friedman, 1991; Gearge & Behrendt, 1988), disfunzioni sessuali (Brown, 1986; Reece, 1988), pratica di sesso non sicuro (Horn & Chetwynd, 1989; Shildo, 1992), alcolismo (Finnegan & Cook, 1984), abuso di sostanze alteranti (Coleman et al., 1992; Glaus, 1988; Goldberg, 1989), disturbi del comportamento alimentare (Brown, 1987; Montano, 2000), suicidio (Rofes, 1983).

Più in dettaglio, Meyer (1995) in uno studio su oltre 700 gay ha verificato che elevati livelli di omofobia interiorizzata erano associati ad alti livelli di disagio psicologico. Alexander (1986) in uno studio su 109 gay ha dimostrato la relazione tra depressione ed elevati livelli di omofobia interiorizzata. Cabaj (1988) ha descritto numerose variabili psicologiche associate all'omofobia interiorizzata, tra cui bassi livelli di accettazione di sé e di autostima, e l'incapacità di svelare agli altri il proprio orientamento sessuale. Romance (1988) in uno studio su 86 gay ha dimostrato che bassi livelli di omofobia interiorizzata erano associati ad alti livelli di autostima e di soddisfazione per le relazioni con partner dello stesso sesso. Altri autori hanno verificato che avere sentimenti positivi verso se stessi come omosessuali era associato ad alti livelli di autostima complessiva (Nicholson & Long, 1990) e a migliori condizioni di salute mentale (Meyer & Dean, 1995). Inoltre, è stato dimostrato anche che l'omofobia interiorizzata tra i gay era legata alla percezione della scarsa disponibilità di supporto sociale (Nicholson & Long, 1990; Ross & Rosser, 1996).

Risultati simili sono stati riscontrati anche con riferimento alle lesbiche (McGregor et al., 2001). Szymanski e Chung (2003) hanno verificato che l'eterosessismo interiorizzato è correlato a una varietà di difficoltà psicologiche, come la depressione, a mancanza di supporto sociale e a bassa autostima in lesbiche e donne bisessuali.

Rowen e Malcolm (2002) in uno studio su 86 gay hanno verificato che alti livelli di omofobia interiorizzata erano correlati con bassi stadi del processo di formazione dell'identità omosessuale e con scarsa autoconsapevolezza, e che, in aggiunta, l'omofobia interiorizzata era

significativamente collegata a bassi livelli di autostima, alti livelli di senso di colpa e spiccata percezione dello stigma ambientale nei confronti dell'omosessualità. Altre variabili associate all'interiorizzazione di atteggiamenti omonegativi nei gay e nelle lesbiche riguardano la presenza di alti livelli di religiosità e di senso di colpa (Weis & Dain, 1979).

Lo stress legato alla condizione di omosessuale sembra incidere, inoltre, sulla frequenza dei tentativi di suicidio di giovani gay e lesbiche quando durante l'adolescenza si rendono conto dei loro desideri omoerotici, sperimentano reazioni negative al loro *coming-out*, o subiscono vittimizzazioni a causa del loro orientamento sessuale (Hammelman, 1993; Rotheram-Borus et al., 1994).

È per questo che per un gay o per una lesbica svelare il proprio orientamento sessuale, benché li esponga al rischio concreto di essere respinti dalla famiglia, di avere problemi con il lavoro, di essere esposti a stigmatizzazione e discriminazione, abusi verbali e atti di violenza anche fisica (D'Augelli, 1998; D'Augelli & Grossman, 2001), può comunque accrescere il loro benessere psicologico, come dimostrano diversi studi (Bell & Weinberg, 1978; Malyon, 1982; Zuckerman, 1997), in quanto una maggiore apertura favorisce la percezione del supporto sociale da parte di un numero accresciuto di persone.

Il legame tra l'omofobia interiorizzata e il disagio psicologico di gay e lesbiche attiene quindi al processo di formazione dell'identità omosessuale e sembra operare, dunque, principalmente attraverso la bassa autostima e la percezione della mancanza di supporto sociale.

In definitiva, Shildo (1994) ha sostenuto la validità e la significatività dell'omofobia interiorizzata per comprendere pienamente la psicologia di gay e lesbiche, e la ritiene una componente centrale per la conduzione di una psicoterapia affermativa con clienti gay e lesbiche.

Per riassumere: (a) l'omofobia interiorizzata va correttamente inquadrata come questione centrale del processo di formazione dell'identità omosessuale; (b) poiché crescono all'interno di una società eterosessista, l'interiorizzazione dell'omofobia è un evento del processo di sviluppo sperimentato, a diversi livelli di intensità, da ogni gay e da ogni lesbica; (c) l'omofobia interiorizzata dipende dalla percezione dello stigma ambientale, familiare e sociale, contro gli omosessuali, che è associato alla conseguente considerazione negativa di sé; (d) l'omofobia interiorizzata costituisce spesso una importante causa di disagio psicologico nei gay e nelle lesbiche, e può essere intesa come agente patogeno e fattore di vulnerabilità acquisita socio-culturalmente; (e) alti livelli di omofobia interiorizzata sono correlati con una bassa autostima e con la percezione di mancanza di supporto sociale; (f) un processo di formazione

dell'identità gay o lesbica funzionale implica che il *coming-out* includa la neutralizzazione dell'omofobia interiorizzata e la conseguente adozione di una identità gay o lesbica positiva e integrata; (g) la misurazione e il trattamento dell'omofobia interiorizzata sono quindi centrali nella pratica professionale della salute mentale rivolta ai gay e alle lesbiche.

## **5. Misurazione e trattamento dell'omofobia interiorizzata nei clienti gay e lesbiche**

Poiché l'omofobia interiorizzata può essere una determinante importante di condizioni psicopatologiche nei gay e nelle lesbiche, la psicoterapia con i clienti omosessuali deve includere di routine l'*assessment* e il trattamento dell'omofobia interiorizzata (Gonsiorek, 1982; Malyon, 1982; Montano, 2000; Stein & Cohen, 1984). Ciò è vero soprattutto per le persone omosessuali più giovani, che potrebbero avere bisogno di maggiore supporto nello sviluppo della loro identità gay o lesbica.

Kahn (1991) sostiene che la risoluzione della formazione dell'identità omosessuale dipende dal superamento dell'omofobia interiorizzata. Shildo (1994) considera l'eliminazione dell'omofobia interiorizzata come un importante obiettivo terapeutico e analizza le difficoltà nella concettualizzazione e misurazione di questa variabile. Inoltre, la riduzione dell'omofobia interiorizzata può essere considerata una importante misura del successo della terapia; in maniera speculare, le terapie avversive, finalizzate alla conversione all'eterosessualità, aumentando l'omofobia interiorizzata possono essere considerate come psicologicamente dannose per le persone omosessuali (Shildo, 1994)

Malgrado esistano numerose descrizioni teoriche dell'omofobia interiorizzata, le procedure di operazionalizzazione e gli strumenti di misurazione di questa variabile hanno ricevuto meno attenzione da parte degli studiosi (Shildo, 1994).

Un primo studio empirico sui gay che esaminava le credenze e gli atteggiamenti del soggetto verso il proprio orientamento omosessuale e verso l'omosessualità in generale fu condotto da Weinberg e Williams (1974). In quella occasione fu utilizzato uno strumento di misurazione denominato Internalized Homophobia Questionnaire (IHQ) articolato in 4 sotto-scale per complessivi 11 item: (a) ansia riguardante l'omosessualità; (b) coinvolgimento come omosessuale ("Vorrei non essere omosessuale"; "Non ho nessun rimpianto ad essere gay"); (c) concezione dell'omosessualità come malattia ("L'omosessualità è anormale"); (d) concezione dell'omosessualità come scelta. Il soggetto doveva esprimere il proprio grado di accordo con le affermazioni su una scala a 5 livelli (da "fortemente d'accordo" a "fortemente contrario").

Nungesser (1983) ha introdotto il Nungesser Homosexuality Attitudes Inventory (NHAI) articolato in 3 sotto-scale per 34 item complessivi: (a) atteggiamenti verso la propria omosessualità (Sé); (b) atteggiamenti verso l'omosessualità in generale e verso altre persone gay (Altri); (c) reazione verso il fatto che gli altri sanno della propria omosessualità (Rivelazione).

Martin e Dean (1987) hanno messo a punto una scala a 9 item per gay (IHP) basata sui criteri del DSM-III per l'omosessualità ego-distonica.

La Internalized Homophobia Scale (IHS) (Ross & Rosser, 1996) è invece composta di 26 item con punteggi che oscillano su una scala Likert a 7 livelli (da “fortemente d'accordo” a “fortemente contrario”). Le 4 dimensioni risultanti dall'analisi fattoriale misurano: (a) identificazione pubblica come gay; (b) percezione dello stigma associato all'essere gay; (c) agio sociale con i gay; (d) accettabilità morale e religiosa dell'essere gay.

La Lesbian Internalized Homophobia Scale (LIHS) di Szymanski e Chung (2001) è specificamente diretta alle lesbiche e comprende 52 item che valutano: (a) sentimenti personali negativi relativi all'essere lesbica; (b) atteggiamenti religiosi e morali anti-lesbici; (c) isolamento dalla comunità lesbica; (d) paura per la identificazione pubblica come lesbica; (e) atteggiamenti negativi verso le altre lesbiche. Ogni item è graduato su una scala Likert a 7 livelli che varia da “fortemente contraria” a “fortemente d'accordo”. Una versione italiana della scala LIHS e i risultati della sua somministrazione a un campione di 405 lesbiche sono presentati e discussi da Montano (2000).

Montano et al. (2004) hanno elaborato uno strumento psicometrico in lingua italiana in grado di valutare l'omofobia interiorizzata nei gay (Scala italiana per la misura dell'omofobia interiorizzata nei gay-SIOIG). Il questionario è composto da 86 item che misurano l'omofobia interiorizzata nei suoi aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali, ed è articolato in 8 sotto-scale: (a) sentimenti personali relativi all'essere gay; (b) atteggiamento morale e religioso verso l'omosessualità; (c) identificazione pubblica come gay; (d) collegamento con la comunità gay; (e) pregiudizi verso i gay; (f) desiderio di cambiare l'orientamento sessuale; (g) famiglia e genitorialità omosessuale; (h) accettazione dell'omosessualità come naturale espressione della sessualità umana. Per l'attribuzione dei punteggi è stata usata una scala Likert a 5 livelli. Sono stati inoltre inseriti 25 item tratti dal CBA (Cognitive Behavioural Assessment) e dal BDI (Beck Depression Inventory) per la misurazione della depressione e la verifica della eventuale correlazione con l'omofobia interiorizzata. Altre 17 domande rilevano le caratteristiche demografiche e socio-culturali del soggetto, nonché l'autodefinizione dell'orientamento

sessuale su una scala a 6 gradi ispirata agli studi di Kinsey. La SIOIG è stata somministrata a un campione di 465 gay: circa il 31% del campione presentava omofobia interiorizzata e depressione/disagio personale.

In un analogo lavoro, Montano et al. (2004) hanno presentato e illustrato la validità della Scala italiana per l'omofobia interiorizzata per lesbiche (SIOIL).

Per quanto riguarda il trattamento con clienti gay e lesbiche, Sophie (1987) suggerisce sei strategie generali utili per affrontare e superare l'omofobia interiorizzata: (a) la ristrutturazione cognitiva, attraverso la quale il terapeuta può aiutare il cliente ad affrontare in modo positivo la sua difformità dai costrutti sociali dominanti, esplorando insieme tutti gli stereotipi e i falsi miti riferiti all'omosessualità (a questo scopo può essere utile anche la biblioterapia, cioè l'uso terapeutico di documenti e libri appropriati); (b) l'approccio neutrale all'identità omosessuale, inteso come apprendimento del fatto che essere gay o lesbiche è una delle possibilità date agli esseri umani, né preferibile né deprecabile rispetto all'essere eterosessuali; (c) la consapevolezza della propria identità sessuale, interpretata come modalità positiva per sentirsi parte di una comunità e non più individui isolati e oppressi (confrontarsi con altri gay e lesbiche rende il cliente meno vulnerabile e meno incline a sentirsi il solo a essere diverso e stigmatizzabile dalla società); (d) il *coming-out*, perché dichiararsi apertamente, solo alla propria famiglia o all'intera cerchia delle conoscenze, è la strategia più efficace per vincere nel cliente l'omofobia interiorizzata residua (il processo di emersione non è indolore, ma rafforza l'autostima e fornisce lo stimolo per affrontare in modo costruttivo il delicato processo di rimodulazione della propria personalità); (e) la frequentazione di altri gay e lesbiche, intesa come ulteriore rinforzo al processo di ristrutturazione cognitiva; (f) l'abitudine all'omosessualità, cioè il raggiungimento della piena consapevolezza che l'omosessualità non è un fatto deprecabile o straordinario, ma solo uno dei modi di essere. Solamente superando le assunzioni che fanno ritenere che l'omosessualità sia qualcosa di non ordinario, e per questo censurabile, i gay e le lesbiche possono vincere la loro omofobia interiorizzata.

Le linee-guida per il training di assertività con clienti gay e lesbiche sono fornite e discusse da Montano (2000).

### **Riferimenti bibliografici**

- Alexander R. A. (1986): *The relationship between internalized homophobia and depression and low self-esteem in gay men, unpublished doctoral dissertation*, University of California at Santa Barbara.
- Bell A. P., Weinberg M. S. (1978): *Homosexuality: A study of diversity among men and women*, Simon and Schuster, New York.

- Brown L. S. (1986): *Confronting internalized oppression in sex therapy with lesbians*, Journal of Homosexuality, 12, 99-107.
- Brown L. S. (1987): *Lesbians, weight, and eating: New analyses and perspectives*. In: The Boston Lesbian Psychologies Collective (Ed.): *Lesbian psychologies: Explorations and challenges*, University of Illinois, Urbana.
- Cabay R. P. (1988): *Homosexuality and neurosis: Considerations for psychotherapy*. In: Ross M. W. (Ed.): *The treatment of homosexuals with mental health disorders*, Harrington Park Press, New York, pp. 13-23.
- Cass V. C. (1984): *Homosexual identity formation: Testing a theoretical model*, The Journal of Sex Research, 20, 143-167.
- Coleman E. (1982): *Developmental stages of the coming-out process*, American Behavioral Scientist, 25(4), 469-482.
- Coleman E., Rosser B. R. S., Strapko N. (1992): *Sexual and intimacy dysfunction among homosexual men and women*, Psychiatric Magazine, 10(2), 257-271.
- D'Augelli A. R. (1998): *Developmental implications of victimization of lesbian, gay, and bisexual youths*. In: Herek G. M. (Ed.): *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*, Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 187-210.
- D'Augelli A. R., Grossman A. H. (2001): *Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults*, Journal of Interpersonal Violence, 16(10), 1008-1027.
- Finnegan D. G., Cook D. (1984): *Special issues affecting the treatment of male and lesbian alcoholics*, Alcoholism Treatment Quarterly, 1, 85-98.
- Friedman R. C. (1991): *Couple therapy with gay couples*, Psychiatric Annals, 21, 485-490.
- George K. D., Behrendt A. E. (1988): *Therapy for male couples experiencing relationship problems and sexual problems*, Journal of Homosexuality, 14, 77-88.
- Glaus O. K. (1988): *Alcoholism, chemical dependency and the lesbian client*, Women and Therapy, 8, 131-144.
- Goldberg D. (1989): *A study on the influence of self-esteem, internalized homophobia, safer sex knowledge and anxiety on sexual satisfaction in single gay males practicing safer sex*, Abstract from: ProQuest File: Dissertation Abstract Item: AAC 8452012.
- Gonsiorek J. C. (1982): *The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations*, Journal of Homosexuality, 7, 9-20.
- Gonsiorek J. C. (1985): *A guide to psychotherapy with gay and lesbian clients*, Harrington Park Press, New York.
- Hammelman T. L. (1993): *Gay and lesbian youth: Contributing factors to serious attempts or considerations of suicide*, Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 2, 77-89.
- Hammersmith S. K., Weinberg M. S. (1973): *Homosexual identity: Commitment, adjustment, and significant others*, Sociometry, 36, 56-79.
- Hansen G. L. (1982): *Measuring prejudice against homosexuality (homosexism) among college students: A new scale*, Journal of Social Psychology, 117, 233-236.
- Herek G. M. (1984): *Beyond "homophobia": A social psychological perspective on attitudes towards lesbians and gay men*, Journal of Homosexuality, 10(1-2), 1-21.
- Herek G. M. (1988): *Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: Correlates and gender differences*, The Journal of Sex Research, 25(4), 451-477.
- Herek G. M. (1996): *Heterosexism and homophobia*. In: Cabaj R. P., Stein T. S. (Eds.): *Textbook of homosexuality and mental health*, American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 101-113.
- Horn J., Chetwynd J. (1989): *Changing sexual practices among homosexual men in response to AIDS: Who has changed, who hasn't, and why?*, unpublished manuscript, Department of Health, Auckland, New Zealand.

- Hudson W. W., Ricketts W. A. (1980): *A strategy for the measurement of homophobia*, Journal of Homosexuality, 5, 357-372.
- Isay R. A. (1991): *The development of sexual identity in homosexual men*. In: Greenspan I. S., Pollock G. H. (Eds.): *Adolescence: The course of life*, Praeger, New York, pp. 469-491.
- Jay K., Young A. (1977): *The gay report*, Summit, New York.
- Kahn M. W. (1991): *Factors affecting the coming out process for lesbians*, Journal of Homosexuality, 21(3), 47-70.
- Katz J. (1976): *Gay american history*, Crowell, New York.
- Leserman J., DiSantostefano R., Perkins D. O., Evans D. L. (1994): *Gay identification and psychological health in HIV-positive and HIV-negative gay men*, Journal of Applied Social Psychology, 24, 2193-2208.
- Lewis L. A. (1984): *The coming-out process for lesbians: Integrating a stable identity*, Social Work, 29, 464-469.
- Lorber J. (1994): *L'invenzione dei sessi*, Il Saggiatore, Milano.
- Malyon A. K. (1982): *Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men*, Journal of Homosexuality, 25, 69-76.
- Martin J. L., Dean L. L. (1987): *Ego-dystonic homosexuality scale*, available from School of Public Health, Columbia University.
- McGregor B. A., Carver C. S., Antoni M. H., Weiss S., Yount S. E., Ironson G. (2001): *Distress and internalized homophobia among lesbian women treated for early stage breast cancer*, Psychology of Women Quarterly, 25, 1-8.
- Meyer I. H. (1995): *Minority stress and mental health in gay men*, Journal of Health and Social Behavior, 36, 38-56.
- Meyer I. H., Dean L. (1995): *Patterns of sexual behavior and risk taking among young New York City gay men*, AIDS Education and Prevention, 7 (Suppl.), 13-23.
- Montano A. (2000): *Psicoterapia con clienti omosessuali*, McGraw-Hill, Milano.
- Montano A., Flebus G. B., Pizzi E., Santoni B. (2003): *La scala italiana per la misura dell'omofobia interiorizzata nei gay (SIOIG): costruzione e validazione*, manoscritto non pubblicato.
- Montano A., Flebus G. B., Pizzi E., Santoni B., Dèttore D. (2004): *L'influenza dell'omofobia interiorizzata nello sviluppo dei disturbi emotivi nelle donne omosessuali: acquisizioni teoriche ed evidenze empiriche mediante la SIOIL (Scala italiana per l'omofobia interiorizzata per lesbiche)*, manoscritto non pubblicato.
- Nicholson W. D., Long B. C. (1990): *Self-esteem, social support, internalized homophobia, and coping strategies of HIV-positive gay men*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 873-876.
- Nungesser L. G. (1983): *Homosexual acts, actors, and identities*, Praeger, New York.
- Reece R. (1988): *Causes and treatments of sexual desire discrepancies in male couples*, Journal of Homosexuality, 14, 157-172.
- Rofes E. E. (1983): *I thought people like that killed themselves: Lesbians, gay men and suicide*, Grey Fox, San Francisco.
- Romance J. L. (1988): *The impact of internalized homophobia on the satisfaction levels in gay male relationship*, Abstract from: ProQuest File: Dissertation Abstract Item: AAC 8725933.
- Ross M. W. (1985): *Actual and anticipated societal reaction to homosexuality and adjustment in two societies*, Journal of Sex Research, 21, 40-55.
- Ross M. W., Rosser B. R. S. (1996): *Measurements and correlated of internalized homophobia: A factor analytic study*, Journal of Clinical Psychology, 52, 15-21.
- Rotheram-Borus M. J., Hunter J., Rosario M. (1994): *Suicidal behavior and gay-related stress among gay and bisexual male adolescents*, Journal of Adolescent Research, 9, 498-508.

- Rowen C. J., Malcolm J. P. (2002): *Correlates of internalized homophobia and homosexual identity formation in a sample of gay men*, Journal of Homosexuality, 43(2), 77-92.
- San Francisco Examiner (1989): *Results of poll*, San Francisco Examiner, June 6, A19.
- Shildo A. (1994): *Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement*. In: Greene B., Herek G. M. (Eds.), *Lesbian and gay psychology: Theory research and clinical applications*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 176-205.
- Sophie J. (1987): *Internalized homophobia and lesbian identity*, Journal of Homosexuality, 14, 53-65.
- Stein T. S., Cohen C. J. (1984): *Psychotherapy with gay men and lesbians: An examination of homophobia, coming out, and identity*. In: Hetrick E. S., Stein T. S. (Eds.): *Innovations in psychotherapy with homosexuals*, American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 59-74.
- Szymanski D. M. (2004): *Relations among dimensions of feminism and internalized heterosexism in lesbians and bisexual women*, Sex Roles, 51(3-4), 145-159.
- Szymanski D. M., Chung Y. B. (2001): *The Lesbian Internalized Homophobia Scale: A rational/theoretical approach*, Journal of Homosexuality, 41(2), 37-52.
- Szymanski D. M., Chung Y. B. (2003): *Internalized homophobia in lesbians*, Journal of Lesbian Study, 7(1), 115-125.
- Troiden R. (1989): *The formation of homosexual identities*. Special Issue: *Gay and Lesbian Youth: I*, Journal of Homosexuality, 17(1-2), 43-73.
- Weinberg G. (1972): *Society and the healthy homosexual*, St. Martin's, New York.
- Weinberg M. S., Williams C. J. (1974): *Male homosexuals: Their problems and adaptations*, Oxford University Press, New York.
- Weinberg T. S. (1983): *Gay men, gay selves: The social construction of homosexual identities*, Irvington, New York.
- Weis C. B., Dain R. N. (1979): *Ego development and sex attitudes in heterosexual and homosexual men and women*, Archives of Sex Behavior, 8(4), 341-358.
- Williamson I. R. (2000): *Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men*, Health Education Research, 15, 97-107.
- Williamson I. R., Hartley P. (1998): *British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction*, European Eating Disorders Review, 6, 60-70.
- Zuckerman M. J. (1997): *Sexual orientation disclosure and its relationship to psychological distress, immune, and physical health status variables in HIV-infection*, unpublished doctoral dissertation, University of Miami, Coral Gables, Florida