

OMOSESSUALITÀ E BISESSUALITÀ

Devianze sessuali per erotismo invertito Educazione cattolica - Interpretazioni mediche e giuridiche

1. Definizione descrittiva

L'Omosessualità *naturale o vera e assoluta* è un condizionamento psicologico, individuale, che si sviluppa con componenti affettive dichiarate, prevalentemente di tipo *protopatico*, e che si manifesta con attrazione erotica di tipo invertito, talvolta dichiaratamente intensa, tanto da desiderare che sia completata da un *gesto matrimoniale*, ma non obbligatoriamente finalizzata ad un rapporto fisico di tipo genitale. In questa condizione non coesiste, obbligatoriamente, la presenza di componenti affettive di tipo *epicritico* e, in ogni modo, nella direzione del *bene oggettivo o comune*.

L'Omosessualità *spuria, relativa* cioè *non autentica, culturale o falsa*, perché falsificata dalle forti pressioni culturali o dalla condivisione di una cultura *gay*, è condizionata dalla persistenza *dell'immaturità affettiva e sessuale* del soggetto in un ambiente particolarmente a lui non adeguato. Questo tipo di omosessualità è in relazione, pertanto, a fattori ambientali o a cause intrinseche che s'intersecano con il processo di maturazione del singolo individuo, e in quest'ambito, con molta prudenza, si possono tal-

volta collocare anche la cosiddetta *paura e le forme di tendenza omosessuale*.

La dimostrazione dell'esistenza di questi tipi d'omosessualità è l'evidente variabilità dell'indice epidemiologico, in crescita specialmente nei paesi industrializzati in ogni angolo del mondo, in stretta relazione con i diversi «... movimenti a favore dell'omosessualità; con le sue pretese di radicale tolleranza e piena accettazione»¹, oppure con la svalorizzazione del ruolo della *famiglia* e del *padre*, a favore di un'interpretazione prevalente o quasi esclusiva di tipo psicologico.

Un'ulteriore verifica sul dilagare dell'omosessualità nelle regioni cosiddette di tipo industrializzato può essere fatta osservando la quasi assenza dell'omosessualità, almeno di tipo apparente, in alcune *nicchie* africane a scarso sviluppo industriale. Posso confermare ciò anche in seguito ad un'indagine svolta, da me stesso, nelle aule della Pontificia Università Urbaniana.

La *Bisessualità*, infine, è da considerare come una forma d'*Omosessualità relativa*.

2. Premessa

L' *interesse della Chiesa*, di tipo sia morale sia scientifico, su questo delicato tema, può essere ricordato con questi passi:

Ai nostri giorni contro l'insegnamento costante del magistero e il senso morale del popolo cristiano, alcuni, fonda-

¹ G. VAN DEN AARDWEG, *Omosessualità & Speranza*, Milano 1995, 7.

dosi su osservazioni di ordine psicologico, hanno cominciato a giudicare con indulgenza anzi a scusare del tutto, le relazioni omosessuali presso certi soggetti. Essi distinguono – e sembra non senza motivo – tra gli omosessuali la cui tendenza, derivando da falsa educazione, da mancanza di evoluzione sessuale normale, da abitudine contratta, da cattivi esempi o da altre cause analoghe, una forma transitoria o, almeno, non incurabile, e omosessuali che sono definitivamente tali per una specie di istinto innato o di costituzione patologica, giudicata incurabile.

Ora, per ciò che riguarda i soggetti di questa seconda categoria, alcuni concludono che la loro tendenza è a tal punto naturale da dover ritenere che essa giustifichi, in loro, relazioni omosessuali in una sincera comunione di vita e di amore, analoga al matrimonio, in quanto essi si sentono incapaci di sopportare una vita solitaria.

Certo, nell'azione pastorale, questi omosessuali devono essere accolti con comprensione e sostenuti nella speranza di superare le loro difficoltà personali e il loro disadattamento sociale. La loro colpevolezza sarà giudicata con prudenza; ma non può essere usato nessun metodo pastorale che, ritenendo questi atti conformi alla condizione di quelle persone, accordi loro una giustificazione morale. Secondo l'ordine morale oggettivo le relazioni omosessuali sono atti privi di una propria (*sua necessaria et essentiali ordinatione*) regola essenziale e indispensabile. [...] gli atti di omosessualità sono intrinsecamente disordinati e [...], in nessun caso, possono ricevere una qualche approvazione².

Una relazione omosessuale, anche se oscilla tra *tendenza omosessuale e atti genitali omosessuali*, qualora sia pure caratterizzata da fedeltà e amore oblativo non può essere elevata al sacramento del

² SACR. CONGR. PRO DOCTRINA FIDEI, *Declaratio Persona humana, de quibusdam quaestionibus ad sexalem ethicam spectantibus*, 29 dicembre 1975, AAS 68 (1976) 77-96; *L'Osservatore Romano*, 16 genn. 1976, 1-2; EV 5/1728-1729.

matrimonio, e «... coloro che si trovano in questa condizione ... non siano portati a credere che l'attuazione di una tale tendenza nelle relazioni omosessuali sia un'opzione moralmente accettabile»³.

L'*interesse legislativo* su questo argomento è indubbio, e gli studi e le sentenze ecclesiastiche⁴, numerosissimi, entrano sempre nel problema e aggiungono accurate note di personalizzazione del singolo caso, generalmente puntando il dito sull'esistenza o meno, nella singola persona, di una sufficiente *capacità contrattuale*, nell'ambito della scelta matrimoniale o dello stato di vita religiosa, in rapporto anche alla *capacità* dell'omosessuale, candidato al matrimonio o al sacerdozio, di vivere in assoluta *eterosessualità o di castità* perfetta.

L'*osservazione medico-clinica* del fenomeno *omosessualità*, molto spesso, permette di inquadrare queste condizioni di *devianza sessuale* come *nevrosi* da cause diverse, anche se l'ultima edizione del DSM-IV non prende una posizione al riguardo, anzi sembra voler evitare una collocazione nosografica,

³ SACR. CONGR. PRO DOCTRINA FIDEI, *Epistula Homosexualitatis problema ad universos catholicae ecclesiae episcopos de pastorali personarum homosexualium cura*, 1 ottobre 1986, AAS 79 (1987) 543-554; *L'Osservatore Romano*, 31 ott. 1986, 5.

⁴ Questi studi e sentenze, tra i numerosi su questo tema, vengono riportati come esempi: c. Annè del 25 febbraio 1969, Marianopolitana, SRRDec., vol. LXI, 174-192; c. Pompedda del 6 ottobre 1969, Vivarien., SRRDec., vol. LXI, 915-924. G. CANDELIER, «Homosexualité et incapacité de donner un consentement matrimonial valide», *Monitor Ecclesiasticus* 111 (1986) 305-315. M. ZIMMERMANN, «L'homosexuel(le), un(e) incapable "juridique"? Ou du caractère pernicieux du c. 1095», *Praxis juridique et religion* 3 (1986) 238-241.

evidenziando, così, alcune differenze con le posizioni assunte precedentemente dall'*Associazione degli Psichiatri americani*, e, peraltro, presenti nelle edizioni precedenti del DSM.

Certamente, *il movimento di liberazione omosessuale*, nelle ultime decadi, ha inciso notevolmente sull'opinione pubblica cercando di fare accettare la linea di pensiero che considera l'omosessualità come una variante non patologica dell'eterosessualità. Così, forse, è anche la posizione delle *Associazioni psichiatriche Americane*, ma il dato epidemiologico del 60% degli omosessuali, su circa un migliaio, che ha fatto ricorso all'aiuto di uno psicologo o di uno psichiatra può ampiamente confermare quanto è stato già sostenuto in passato, e riaffermato da molti, tra questi A.P. Bell e coll.⁵, A.D. De Groot⁶, G. den van Aardweg⁷, e numerosi altri studiosi di questo delicato problema, cioè che il comportamento dell'omosessuale, per cause intrinseche oppure estrinseche, esige molto spesso un'interpretazione medica.

In particolare, dal punto di vista medico sento di poter affermare che, anche quando l'omosessualità non nasce da *primarie distorsioni neurotrasmettitoriali*, bensì è secondaria a problemi ambientali, certamente però la *condizione o la pratica omosessuale*

⁵ A.P. BELL – M.S. WEINBERG – S.K. HAMMERSMITH, *Sexual Preference: its development in men and women*, Bloomington 1981.

⁶ A.D. DE GROOT, «Hypothesen over homofilie», *De Psycholoog* 17 (1982) 244-245.

⁷ G. VAN DEN AARDWEG, *Omosessualità & Speranza* (cf. nt. 1), 91 ss.

coinvolge i *neurotrasmettitori* e i *neuromodulatori* e la *persona omosessuale* obbligatoriamente presenterà, prima o dopo, alterazioni comportamentali, come epifenomeno di una *patologia neurotrasmettitoriale secondaria*.

In ogni modo, un'analisi oggettiva del *problema omosessualità* esige che colui che è chiamato ad esprimere un parere scientifico o dottrinale deve sentirsi libero da una specie di *complesso di rigetto*, presente e talvolta in forma molto ampia nelle nostre società, verso l'altro, colui che è *diverso*, perché *perverso*.

A questo proposito sono interessanti le osservazioni di Paul Vitz, psicologo alla New York University, espresse recentemente nella prefazione del volume *Omosessualità & Speranza* di Gerard van den Aardweg; in particolare sono di grande importanza e attualità queste dichiarazioni:

[...] Il modo di vivere omosessuale produce un enorme senso di colpa, non di colpa nevrotica (benché vi sia certamente anche una componente del genere), ma di vera colpa: senso di colpa per la promiscuità sessuale, senso di colpa per la persistente menzogna circa relazioni amorose che si pretendono stabili e che si rompono invece dopo poche settimane, a volte nel giro di giorni o di ore. Questo senso di colpa, unito alle speranze infrante di poter vivere una vita eterosessuale, grava pesantemente su molti omosessuali.

L'autore stesso poi asserisce:

È molto importante il fatto che ci siamo abituati a pensare alla guarigione da patologie psichiche allo stesso modo che avviene per le patologie fisiche. Tutti conosciamo persone che lottano con successo contro le malattie cardiache e l'alta pressione arteriosa, o che vivono per anni con un cancro. Un buon numero fra noi conosce persone che sono guarite dall'alcolismo o da problemi psichici [...] Una volta che vediamo e comprendiamo l'omosessualità come qual-

cosa di analogo a quegli altri problemi psicologici dai quali si può guarire, la nostra visuale cambia⁸.

Sotto il profilo dell'interesse ed esperienza clinica, anche secondo la mia esperienza, queste osservazioni sono pregnanti di *certezza scientifica*, anche se possono offrire solamente un contenuto di *certezza medica morale*, poiché la componente *fisica* della certezza scientifica, che può essere perseguita solamente con l'ausilio di una corretta valutazione secondo i parametri fisico-chimici e matematici oggi ritenuti necessari, è tuttora impossibile ad ottenere.

Non saranno certamente i *tests psicologici*, in questo caso, a fornire certezze scientifiche, anzi, questi, se usati in modo troppo ampio e non strettamente connesso alla clinica, possono anche creare *caselle nosografiche* ed *etichette cliniche* che corrono il rischio di spersonalizzare l'uomo e di infondere panico e terrorismo, specie in alcune grandi comunità.

Molto spesso l'esercizio clinico consente di vedere, nella sfera d'azione di un omosessuale, la carenza o assenza della figura o del ruolo del *padre*, in famiglia oppure nella comunità, e tanto spesso il *padre* è sostenuto o vicariato eccessivamente da un cultore di psicologia, in questi ultimi tempi associato o sostituito anche da cultori di studi sociali o di scienze della comunicazione.

Certamente i tempi cambiano, ma la pratica medica, come scienza che ha profonde radici biologiche, continua nei secoli a suggerire di non sradicare i principi biologici nell'esercizio di una responsabile formazione dei figli. Ai genitori e agli

⁸ P. VITZ, «Prefazione», in G. VAN DEN AARDWEG, *Omosessualità & Speranza* (cf. nt. 1), 10-11.

educatori, infatti, spetta sempre il primo e sostanziale passo, sia in profilassi primaria, ma anche nella meno felice condizione di prevenzione secondaria dell'omosessualità.

Queste osservazioni sono la base, non solo per l'inquadramento nosografico dell'omosessualità, ma anche per cercare di ribadire l'utilità e la necessità di vedere nel disordine del comportamento un variabile sconvolgimento dei *neurotrasmettitori*, diverso da soggetto a soggetto e da un tempo ad un altro. Il disordine nei neurotrasmettitori è causa, pertanto, di una cosiddetta *patologia neurotrasmettitoriale* o della *neurotrasmissione*.

La *nevrosi*, anch'essa come *patologia neurotrasmettitoriale*, molto frequentemente, può riconoscere la sua etiologia nel protrarsi del *disagio d'identità psicosessuale di persona*, anche se questa non è la condizione unica od obbligatoria nell'*omosessuale assoluto o vero*.

Negli omosessuali, infatti, è evidente un *disturbo d'emotività*, strutturale, da causa estrinseca di tipo educativo, oppure da causa intrinseca e connaturale, che rende i soggetti lenti nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza. Ancor più torpido e lento è il loro proprio divenire adulto nell'individuale maturazione sessuale attraverso il raggiungimento di un profondo equilibrio, base indispensabile per la corretta *identità personale*. La base neurofisiologica, in queste condizioni, è sempre un'alterazione stabile oppure temporanea dei *neurotrasmettitori*, quindi una *patologia neurotrasmettitoriale*, come prima detto, in forma grave oppure lieve, acuta oppure a moderata attività o cronica.

Nell'ambito dell'*omosessualità*, pertanto, potremmo parlare, e non solo teoricamente, anche di una forma d'*immaturità affettiva e sessuale*, non obbliga-

toriamente perenne in quel soggetto, bensì anche temporanea.

Molto spesso, infatti, si osserva nell'omosessuale vero o naturale, una capacità razionale di buon od ottimo livello, espressione di un'affermata *maturità psicologica*, pur essendo carente, nello stesso soggetto, l'aspetto affettivo e sessuale del medesimo processo maturativo.

Questa linea di pensiero può essere anche la chiave di lettura interpretativa dei diversi tipi e delle differenti forme d'omosessualità che, nella multiforme e spesso molto variabile nosografia medica di questa specifica condizione, va anche sotto le dizioni di: *istinto, omofilia, paura omosessuale* ed altro.

Ad esempio, la *paura omosessuale*, ossia la paura d'essere o di agire da omosessuale, è anch'essa espressione di momenti di reale *immaturità affettiva e sessuale*, come può sussistere in termini fisiologici nell'adolescente, oppure essere la manifestazione di momenti di *nevrosi* che s'innestano in un soggetto con *identità di persona* ancora incerta.

Per tali motivazioni la *paura omosessuale* può entrare nel tipo *spurio* dell'omosessualità, ma se fattori ambientali sfavorevoli interferiscono, il processo di maturazione affettiva e sessuale può essere inceppato, con conseguenze di contenuti omosessuali che conducono al tipo *assoluto*.

È noto che il concetto di *maturità umana* non può prescindere, anche, dallo stretto legame tra *affettività e sessualità*, e ancora è importante ricordare che la *persona è matura* solo quando ha superato anche le due tipiche forme d'immaturità: *il narcisismo* e la *paura omosessuale*.

L'omosessualità come espressione dell'alterazione del processo di maturazione è chiamato da G.

van der Aardweg: «*omofilia come disturbo emotivo*»; lo stesso psicologo subito dopo, comunque, afferma che «... l'omosessualità è un disturbo emotivo che si manifesta nell'infanzia e nell'adolescenza», ma «coloro che hanno questa inclinazione possono fare un profondo cambiamento in meglio se si danno da fare con pazienza, impegno e buona volontà»⁹.

L'omofilia potrebbe comprendere anche l'espressione di una *persona con tendenza omosessuale*, cioè di un soggetto che abitualmente manifesta un *complesso d'inferiorità* con i suoi coetanei o con l'ambiente, tale da creare comportamenti anche *di tipo simbiotico* con gli altri, non esclusi i genitori. Molto frequentemente si riscontra un analogo clima simbiotico tra l'omosessuale e sua madre, oppure tra gli omosessuali stessi. In questi casi è evidente che sussistono ancora i termini dell'*immaturità affettiva e sessuale*. Ogni causa di ritardo o di differimento nell'autocontrollo emotivo, attraverso una propria e individuale impostazione e impegno razionale, dà luogo a *tempeste neurorecettoriali*, e queste, successivamente, possono condurre a *stati nevrotici* di durata variabile, perché la durata è funzione dei fattori ambientali e dei tempi necessari per l'eventuale modulazione e correzione.

Queste forme di *devianza sessuale* si presentano con diverse espressioni del comportamento, e le *forme relative o spurie d'omosessualità* spesso si fondono con la *bisessualità*. Queste due forme, pertanto, devono essere trattate congiuntamente, poiché alcuni loro aspetti le rendono simili.

⁹ G. VAN DEN AARDWEG, *Omosessualità & Speranza* (cf. nt. 1), 18-19.

Nel contesto degli *omosessuali spuri* e dei *bisessuali* l'acquisito *disordine neurotrasmettitoriale*, spesso temporaneo, può coinvolgere non solo l'aspetto maturativo *affettivo e sessuale*, bensì anche il processo della *maturazione psichica* del singolo soggetto.

A mio avviso, nel tentativo di offrire un ordine semantico a questo grave problema clinico-comportamentale, è opportuno riservare l'espressione *istinto omosessuale* al comune denominatore di questi stati, sia questi siano *veri* oppure *spuri*. L'*istinto*, infatti, è espressione dell'*emotività* della persona, pertanto può variare in funzione anche del processo stesso di *maturazione psicoaffettiva e sessuale* dell'individuo.

In tale circostanza, non è corretto e tantomeno è necessario dal punto di vista scientifico parlare degli omosessuali come di soggetti *diversi* con un *terzo sesso*, oppure come di *persone varianti* o con una *preferenza*, bensì è opportuno definire questi soggetti come *persone omosessuali e/o bisessuali* per *cause costituzionali (genetiche?)* o per *cause ambientali*, queste ultime, poi, possono essere distinte come secondarie a *fattori di moda* o a *componenti di vizio*.

Questa analisi interpretativa dovrebbe essere sufficiente per comprendere che lo studio delle dinamiche del comportamento umano non deve essere appannaggio esclusivo o prevalente delle *scienze psichiatriche e psicologiche*, bensì la *Medicina* offre nella severa *Internistica* il banco d'osservazione ideale. La *medicina interna*, per sua stessa natura, afferisce a tutte le specialità mediche e integra, se e quando è opportuno, le scienze neurologiche, endocrinologiche e costituzionalistiche, oltre quelle psicologiche e d'altri sistemi, molto spesso coinvolti nel disturbo di personalità.

Negli stati omosessuali di tipo *strutturale o costituzionale*, anche se non è stata ancora mai data una certezza scientifica di tipo fisico di questo tipo di comportamento, può sussistere un'alterazione della *carica sessuale o libido sessuale*, peraltro già determinata, nel singolo soggetto, al momento del suo concepimento ed espressione del proprio e individuale *temperamento*.

La letteratura medica ha riportato e riferisce, sporadicamente, casi d'alterazioni ormonali negli omosessuali, come ad esempio negli studi di R.B. Evans¹⁰, tuttavia non vi sono in letteratura elementi di *certezza fisica* di rilevanza statistica, anche se l'osservazione clinica offre, secondo la mia esperienza, la sua *certezza scientifica* su quest'aspetto fisiopatologico.

Dal punto di vista clinico, infatti, la *carica sessuale* appare abitualmente esaltata nella persona omosessuale con esordio di *tipo attivo*, mentre nel soggetto omosessuale di *tipo passivo* questo stesso dato temperamentale, sempre con il criterio clinico, appare ridotto.

Peraltro, la distinzione degli omosessuali in tipi *attivi o passivi* non risponde pienamente alla realtà poiché molto spesso gli omosessuali, nella loro ritualità genitale, prima o dopo svolgono i due ruoli in maniera intercambiabile, con una *genitalità* detta di *tipo bivalente*.

Inoltre, in funzione delle differenti fasi maturative d'ogni singola persona, deve essere tenuto sempre presente che esiste una varietà di comportamenti

¹⁰ R.B. EVANS, «Physical and Biochemical Characteristics of Homosexual Men», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 39 (1972) 140-147.

tra l'*eterosessualità assoluta* e l'*omosessualità assoluta*, e in quest'ambito si riconoscono i diversi tipi di *etero- e omosessualità relativa*.

In questo contesto, la distinzione tra l'*essere omosessuale* come condizione e l'*agire omosessuale*¹¹ ha rilevanza solo nel momento in cui la persona è *incapace ad osservare* quanto da lei stessa sancito, come la *castità* nel sacerdozio o nella vita religiosa o l'*unicità eterosessuale* nella vita matrimoniale.

In tali condizioni, in ogni modo, la persona soffre perché su di lei viene proiettato il disagio dell'ambiente, nonostante che in alcuni Paesi si tende sempre più a legalizzare la *famiglia omosessuale* e si parla sempre più di diritto al *matrimonio tra omosessuali*¹².

3. Tipi e forme d'omosessualità e bisessualità

Per una valutazione della *personalità* dell'*omosessuale*, è necessario distinguere il *comportamento omosessuale* dall'*atteggiamento* o *tendenza* o *inclinazione omosessuale*.

¹¹ Cf. *Antropologia Cristiana e Omosessualità*, Quaderni de *L'Osservatore Romano*, collana diretta da M. Agnes, Prefazione di G. Dalla Torre, Città del Vaticano 1997. In questa recente pubblicazione sono messe in evidenza, ad opera degli autori D. Tettamanzi, A. Di Berardino, E. Cortese, V. Grossi, G.F. Zuanazzi, A. Bissi, G. Berti, F. D'Agostino, P. Schlesinger, B. Kiely, L. Melina, J.L. Bruguès, i vari aspetti dell'omosessualità, anche se prevalgono quelli teologico, morale e giuridico, rispetto agli aspetti bio-medici.

¹² Cf. nt. 11, in particolare G. DALLA TORRE, «Matrimonio tra omosessuali?», 82-90.

Il *comportamento omosessuale* è la pratica genitale stabile o abituale con un'altra persona del proprio sesso, per un rifiuto strutturale, assoluto o relativo, del sesso opposto, in tali circostanze *l'istinto omofilico* diventa azione.

Per *atteggiamento o tendenza o inclinazione omosessuale* s'intende il comportamento di una persona che avverte in se stessa o ha delle maniere di agire effeminate per un uomo, e, per la donna, maniere di tipo androide o, all'opposto, ipereffeminate, senza però che, obbligatoriamente, loro desiderino arrivare *cognitivamente* al rapporto omosessuale.

Certamente, alcune condizioni ambientali favorevoli per un rapporto omosessuale possono incrinare la singola *capacità cognitiva* che è, in queste persone, in continua lotta con il proprio *processo volitivo*, tanto da far superare molto facilmente le *spinte interne o esterne contrarie* alla scelta omosessuale.

Nei soggetti con *atteggiamento o tendenza omosessuale* la *motivazione* della pratica genitale non si realizza obbligatoriamente, come già detto, ma qualora si manifesti ciò avviene per una caduta di quelle *spinte interne* che prima si opponevano, a causa di stimoli ambientali di tipo negativo, come le sollecitazioni dettate dalla *moda o dal vizio*.

Questo è il meccanismo di tipo estrinseco o per cause ambientali, realizzato da un'attivazione instabile dei *neurorecettori*, come una specie di equilibrio precario, che rende la persona molto spesso *incapace ad osservare* l'impegno sancito, da assumere e così da adempiere.

Molto spesso, dal punto di vista medico-internistico, sia sotto l'aspetto psicologico e anche dal punto di vista endocrinologico, non è difficile riconoscere in queste persone, che manifestano un *atteg-*

giamento o un'inclinazione o una tendenza omosessuale, un'ipovalenza della libido sessuale.

L'*ipovalenza sessuale*, espressione di un'alterata *carica sessuale*, oltre a poter essere un dato connatale di una persona, è una condizione clinica le cui cause possono essere molteplici e tra queste non ultime anche fattori alimentari e farmacologici¹³, specie quelli che hanno agito come un *bagno ormonale patologico* nella fase dello sviluppo della persona.

L'*ipovalenza sessuale* è sostanziata da un *piacere prevalentemente estetico del rapporto interpersonale*, con una marcata sottovalutazione delle *relazioni sessuali etero- e omosessuali*.

Ad esempio, una donna bellissima non obbligatoriamente è dotata anche di una *carica sessuale* vivace, bensì può essere esclusivamente oggetto di desiderio e lei tendere all'*ipovalenza sessuale*, così anche un uomo molto curato con l'ausilio d'ogni mezzo, non ultimo il culturismo spinto e assistito da anabolizzanti, può avere ma scarsa o ridotta *carica sessuale*.

Questi dati sono ben noti in clinica, ma poco enfatizzati dalla letteratura medica perché le influen-

¹³ Si ricordi quanto é avvenuto in Italia, ma anche in tanti altri paesi del mondo, negli anni '50, e che, peraltro, si sta ripetendo oggi in maniera analoga, cioè la produzione o l'importazione di carni gonfiate con estrogeni o *intossicate* con cibi inadeguati e la successiva produzione di alimenti per neonati e infanti con omogenizzati contaminati da estrogeni. Numerosi sono stati i casi di *pubertà precoce* osservati successivamente, ma la causa di questi cibi sui *tumori del seno, utero, testicoli, prostata* non è quantizzabile, anche se la lettura degli indici epidemiologici è fortemente sospetta per il rapporto causa/effetto. Inoltre, quali possono essere i guasti di queste sostanze sui dati temperamentali *dell'emoività, aggressività, libido sessuale* e, poi, sulla formazione della *personalità*?

ze dettate dalla moda agiscono e remano in senso opposto, specialmente nelle società ad elevato indice d'informatizzazione, dove lo strumento dominante è l'informazione e la formazione.

Il *tipo assoluto* dell'omosessualità è basato su un rifiuto o disgusto dell'altro sesso, mentre il *tipo relativo* dell'omosessualità consente di interpretare la persona omosessuale analoga alla *bisessuale*.

La presentazione delle varie *forme* dell'omosessualità comprende quelle *inconsce e latenti* alla persona stessa, e quelle *latenti all'ambiente* ma note e gratificanti il soggetto-attore.

Sono presenti, ancora, le *forme fruste*, come quelle secondarie alle esperienze della primissima adolescenza, che possono a pieno diritto rientrare nella scoperta *silente* della propria corporeità; quelle *transitorie e tragiche* come le condizioni di *paura* d'essere una persona omosessuale, oppure quelle provocate come oltraggio in seguito a conflitti bellici, esasperazioni e rivalità politiche o religiose, oppure in seguito a *vantaggio economico o vantaggio di tipo culturale*, come espressione di plagio sui minori, e in tali circostanze il fenomeno si confonde o diviene anche di tipo *pedofilo*.

Inoltre, esistono le forme di *sottomissione clinica* secondarie a prevalenza sugli handicappati psicofisici, e non sono rare anche le forme *sporadiche* o *spurie, false*, secondarie a temporanea incoscienza per l'uso di droga, d'alcol o d'altri fattori che agiscono ottenendo la *capacità cognitiva* o la *volitiva* del soggetto.

Infine, sono ben note altre forme *spurie e occasionali* che avvengono abitualmente nei regimi carcerari e talvolta negli ambienti comunitari o in altri *ambienti chiusi*, casi che possono poi trasformarsi in forme assolute o relative.

Nell'ambito dei tipi d'omosessualità, inoltre, sono ben noti il *tipo maschile* e il *tipo femminile o lesbismo*.

Una breve considerazione merita il tipo femminile, poiché il *lesbismo* è meno aggressivo e si presenta spesso con tratti che socialmente non sono condannati perché non avvertiti, oppure anche accettati come gradevoli, per la tenerezza e la comprensione che le lesbiche sanno manifestarsi. Nei casi in cui, però, nel *lesbismo*, la genitalità diventa più manifesta, allora appare il disvalore e la devianza viene socialmente avvertita e ritenuta sgradevole. Quest'ultimo aspetto, comunque, è il meno frequente nell'ambito dell'omosessualità femminile.

Non tutte queste forme di *genitalità* sono da includere obbligatoriamente nella *vera omosessualità*, e per *vera* s'intende quella scelta e fortemente motivata, quindi con la relativa *capacità cognitiva e volitiva*.

Pertanto, non tutte le forme *fruste* o quelle *transitorie e tragiche* o quelle di *sottomissione clinica* devono essere considerate come un fattore causale di futura e stabile omosessualità, come spesso viene accettato da molti studiosi di questo comportamento. Così anche il tipo di *genitalità adolescenziale*, evento sempre rilevante sul futuro della sessualità della persona, sia nel bambino che nella bambina, qualora avvenga senza ripetizione e senza un prosecutivo coinvolgimento affettivo, non è, e non deve essere considerato come un fattore di sicura, futura omosessualità.

Pertanto, non si può negare che rimane nella memoria di colui che ha subito, ma anche di colui che ha esercitato violenza, un elemento culturale negativo che si esprimerà, quasi sempre per tutta la vita, come caduta di fiducia e causa di forte emotività.

4. Cause dell'omosessualità e origine della bisessualità

Il numero delle condizioni omosessuali riferibili ad un'alterazione della *carica sessuale costituzionale* non è stimabile sia sotto il profilo fisicochimico, come prima detto, sia dal punto di vista dell'incidenza epidemiologica, per il fatto che è sempre molto difficile uno studio statistico di tipo familiare o ambientale.

Inoltre, quanto riguarda in particolare l'eventuale aspetto *genetico* dell'omosessualità, gli studi di biologia molecolare, che si svolgono nell'ambito dei vari laboratori di genetica o nel contesto del *progetto genoma umano*¹⁴ non forniscono tuttora dati di certezza scientifica, anche se gli studi di D. Hamer e coll. (1993), su 40 coppie di fratelli omosessuali, hanno messo in evidenza, su ben 33 coppie di fratelli, un'analogia strutturale del braccio corto del cromosoma X.

Gli studi di S. LeVay (1991) sulle differenze volumetriche del *terzo nucleo intermedio dell'ipotalamo anteriore* (INAH 3), tra gli omo- e gli eterosessuali, sono ancora delle ipotesi che hanno bisogno di ulteriori verifiche.

L'esperienza medico-internistica consente d'esprimere un giudizio di *causalità multifattoriale* dell'omosessualità, la cui componente strutturale-biologica può essere connatale – *primaria* – oppure

¹⁴ Cf. U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (OTA), *Mapping Our Genes – The Genoma Projects: How Big, How Fast?*, Washington D.C. 1988; PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA, *Progetto Genoma Umano*, Roma 1995.

secondaria a stimoli negativi ambientali. Questi stimoli, in un secondo tempo, in realtà possono avere un'importanza tale da rendere strutturale anche un'omosessualità *spuria* o *falsa*.

Le devianze, infatti, che si esprimono a causa d'*abitudini* oppure a molto discutibili *mode sociali*, oppure in seguito a comportamenti affatto virtuosi o vizi, sono fenomeni derivati dalle degradate passioni dell'animo che sottostanno ad una crisi o ad assenza contestuale di Valori, oppure ad una tangibile e grave carenza educativa.

L'incidenza epidemiologica di questi tipi, anche se variabili nel tempo e nei diversi ambienti, è di gran lunga superiore a confronto delle forme costituzionali. Questo dato emerge facilmente dalle esperienze cliniche raccolte con campionamenti a livello internazionale.

Nell'ambito di queste forme cliniche si può collocare anche il bisessualismo. Il *soggetto bisessuale*, infatti, non può essere un omosessuale *assoluto*; ma molto spesso sarà colui che, dopo aver esaurito le sue fantasie e impulsi sessuali in modo eterosessuale, spesso anche esercitati precocemente in fase *peripubereale*, cerca un interesse diverso, oggi tanto spesso sollecitato e aiutato dall'erotizzazione ad opera dei *mass media*, per poi afferire all'interesse omosessuale.

Questo è, abitualmente, il frutto di una *grave distorsione del concetto di desiderio sessuale*¹⁵, nel

¹⁵ Cf. *Divisione trifasica della sessualità*: «Il ciclo di risposta sessuale può essere diviso nelle seguenti fasi: Desiderio ... Eccitazione ... Orgasmo ... Risoluzione...». Cf. *DSM IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano 1996, 541-542.

senso e nella direzione della degradazione del sentimento *d'amore*.

Il *bisessuale*, infatti, interpreta il desiderio come fantasia e impulso *senza vero amore*. In questo contesto possono, peraltro, essere incluse anche alcune forme di pedofilia.

Le relazioni omosessuali presentano numerose *motivazioni di vario tipo e contenuto culturale* a sostegno della *scelta* che viene ritenuta esatta e voluta dalla stessa persona. L'omosessuale, però, nello stesso tempo è debole, incerto e vago nel proprio *processo volitivo*, tanto da non saper superare le spinte interne ed esterne contrarie alla selezione da lui stesso fatta.

Anche se è sempre difficile fare un'indagine clinica per conoscere e comprendere quali *motivazioni* comportano anche un vero *coinvolgimento affettivo*, è opportuno, in ogni modo, fare sempre un tentativo d'approfondimento clinico, al fine di individuare meglio e, nello stesso tempo, cercare d'aiutare la persona omosessuale a superare le sue stesse *spinte interne* contrarie alla scelta già fatta, anche se, spesso, s'incontra una mole di motivazioni, ben presentate e argomentate, che sono pressanti per l'omosessuale, cioè a lui stesso molto care, anche se poi risulteranno effimere, molto probabilmente perché non sostenute da un fine biologico.

Certamente, cause o concause dell'essere omosessuale sono varie circostanze vissute dal soggetto, in fase infantile e adolescenziale, in modo traumatico. Ad esempio: un'educazione sessuale violenta ed eccessivamente manifesta, ambienti promiscui e giochi sessuali tra fratelli e compagni, visioni pornografiche, violenza sessuale psichica o fisica subita, un'esperienza eterosessuale traumatica, complesso d'inferiorità e pratiche onanistiche in compagnia di tipo «didat-

tico», ecc... Queste circostanze e altre entrano, in ogni modo, nei fattori estrinseci ambientali, di livello educativo e culturale, dell'omosessualità.

A questo proposito, inoltre, come cause o come meccanismi patogenetici dell'omosessualità, non devono essere dimenticate le osservazioni e segnalazioni di S. Freud e seguaci in relazione all'eventuale *attaccamento del figlio maschio alla madre come immagine femminile ideale*, oppure gli *aspetti narcisistici* del figlio maschio, o l'*angoscia di castrazione* e la relazione stretta, edipica, del figlio maschio con il padre, le *rivalità tra fratelli e sorelle*.

In ogni caso è sempre forte, da parte degli omosessuali, la carica delle loro motivazioni e delle loro esigenze e petizioni. Costoro tendono a giustificare la necessità delle loro istanze con ogni mezzo, spesso con un *comportamento nevrotico* lucido, al fine di ottenere un'apparente reale acquiescenza a passioni molto basse.

Gli omosessuali, in ogni modo, avvertono, con profondo e grave *disagio*, che ogni ambiente li condanna e tende a ghettizzare la loro abitudine comportamentale di tipo genitale o solo manieristica.

5. Note patogenetiche

Quale può essere la motivazione che può spingere la persona portatrice di *devianza sessuale per inversione dell'erotismo* ad un'esperienza fisica di tipo omosessuale, sporadica o stabile, sia si tratti di casi *costituzionali*, sia di casi secondari a fattori ambientali, legati alla *moda* o al *vizio*?

Certamente, l'incontro di un eterosessuale *assolutamente* con una persona a sessualità ancora in matura-

zione non comporta un coinvolgimento affettivo sessuale, anzi, questo incontro può dare certezza e autonomia affettiva, anche di tipo sessuale, a colui che è incerto o che ancora deve giungere al completamento psico-affettivo del suo sesso biologico e psicologico.

All'opposto, l'incontro tra due o più persone eterosessuali, dello stesso sesso biologico, ma ancora molto giovani e in fase di maturazione, o con *cariche biologiche*, in particolare della *libido sessuale*, molto diverse, può dar luogo alla figura eterosessuale *relativa*, attraverso un coinvolgimento affettivo deviante e degradante.

In questi casi ha un gran ruolo il plagio e la capacità di sedurre ad opera di colui, tra i due o più, che ha una maggiore iniziale *devianza*, anche se *inconscia* o *latente*.

Precedentemente ho già riferito che, nel soggetto con *personalità normale*, la *carica biologica* della *libido sessuale* ha una configurazione a sé stante, ma vive in armonica sinergia con gli altri dati temperamentali: l'*emotività*, il *timismo* e l'*aggressività*.

Ciò consente di comprendere che la biologia, nel momento stesso in cui si realizza l'evento fecondazione, detta subito le sue Leggi, cioè si collega con l'informazione genetica già trasmessa attraverso i due patrimoni genetici, di 23 cromosomi ognuno, offerti dalle due componenti: il padre e la madre. Nell'ambito della grande variabilità genetica coesiste la possibilità della variabilità delle cariche biologiche nel settore della *libido sessuale* o della *carica sessuale*, e dell'ulteriore varietà indotta dalle combinazioni con gli altri dati temperamentali, prima ricordati. Questi aspetti di fisiologia genetica costituiscono la base interpretativa della variabilità di

comportamenti sessuali tra l'*omosessualità assoluta* e l'*eterosessualità assoluta*, ma il tutto è in funzione del grande e importantissimo ruolo educativo, corretto o errato, esercitato dall'ambiente sulla persona, fin dalla nascita dell'individuo.

Ciò equivale a dire che anche l'espressività clinica di un'anomalia genetica, purchè non grave, può trovare un compenso di tipo *medicinale* ad opera dell'ambiente in cui vive quella determinata persona; peraltro, anche il contrario può avvenire ed essere vero.

6. Indicazioni e linee guida di terapia

Considerata la connatale grande potenzialità dei comportamenti sessuali che successivamente possono essere modulati anche ad opera dell'*ambiente* in cui vive il singolo soggetto, soprattutto nella lunga e delicata fase di maturazione sessuale, si deve accettare che le due variabili, *maturazione* e *ambiente*, sono la grande occasione delle strutture sociali: *famiglia, scuola e comunità*, per agire sulla *fase del desiderio sessuale*, come *prevenzione primaria* oppure *secondaria* di tante devianze sessuali.

Molti di noi si sentono autorizzati, nell'ambito dei comportamenti sessuali omosessuali, di esprimere un giudizio di condanna o d'assumere un atteggiamento di rigetto oppure di comprensione e di giustificazione, ma, nessuno di questi giudizi può essere pari, per giustezza e densità affettiva, a quello dei genitori o di una madre di un omosessuale.

Comprendere, capire gli altri non significa sempre dover giustificare, ma tutto può essere usato per curare e correggere, e a lei madre, che sa o intuisce

bene se suo figlio ha la devianza, spetta anche capire se il cordone ombelicale tra lei e il figlio è ancora virtualmente presente per un simbiotico vivere insieme, oppure se vi sono altri motivi, che possono sfuggire anche a lei, ma che sicuramente lei è in grado di percepire!

La donna-madre è spesso la sola persona, molto più del più colto internista o psichiatra o del più esperto psicologo, a sapere o almeno ad intuire profondamente e con grande accuratezza l'essenza del *desiderio anomalo* di suo figlio o di sua figlia, e le loro motivazioni.

Per tale motivo, sempre la stessa figura, la madre se lei stessa educata e preparata come genitrice accorta e consapevole, almeno come prima persona, può esercitare la grande influenza educativa sul *desiderio sessuale*, in chiave d'amore oblativo.

Qualora le figure genitoriali non siano informate, o non siano in grado d'esercitare un'influenza di tipo educativa su questo tema, oppure se vi sono altre cause, l'organizzazione sociale, e non ultimo il ruolo educativo della formazione cristiana anche e non solo nelle contestate *ore scolastiche di religione*, dovrebbe poter trovare lo spazio utile e opportuno per supportare la richiesta o la necessità d'aiuto.

Questo soccorso deve essere fornito da persone informate e capaci di formare correttamente, preventivamente spogliate da ogni complesso di rigetto, ed edotte opportunamente da un'*educazione sessuale*, anche verso la propria sessualità, ricca di una forte componente *oblativa*, a correzione della quota *edonistica* così diffusa oggi a livello mondiale ad opera dei *mass-media*.

Spesso questo disegno resta teorico, anche per l'impegno relativo d'ognuno di noi, ma bisogna con-

venire che è l'unica base certa per prevenire l'*omosessualità relativa* e la *bisessualità* e, anche, per aiutare in modo più concreto l'*omosessuale di tipo assoluto*.

Ritenere, invece, che il problema preventivo e terapeutico sia strettamente legato alle capacità professionali dello psichiatra, dello psicologo o dell'endocrinologo o dell'internista o d'altre forze specialistiche è più che un prendere tempo è, molto spesso, un perdere tempo, o correre il rischio di trascurare una grande occasione.

Quanto affermato non vuole togliere nulla alle possibilità di un positivo intervento medico, anche di tipo psichiatrico o psicologico, sul singolo omosessuale d'ogni tipo o forma; in ogni modo non è certo una diffamazione dire che la scienza psichiatrica e psicologica ha ripetutamente evidenziato di non essere molto stabile e uniforme.

Certamente non vanno trascurati altri tipi d'intervento, anche di tipo farmacologico, per modulare o ridurre l'eventuale *carica sessuale* esaltata, se questa è la causa, o invertita *ab ovo*, come può avvenire in alcuni casi.

Roberto PICARDI