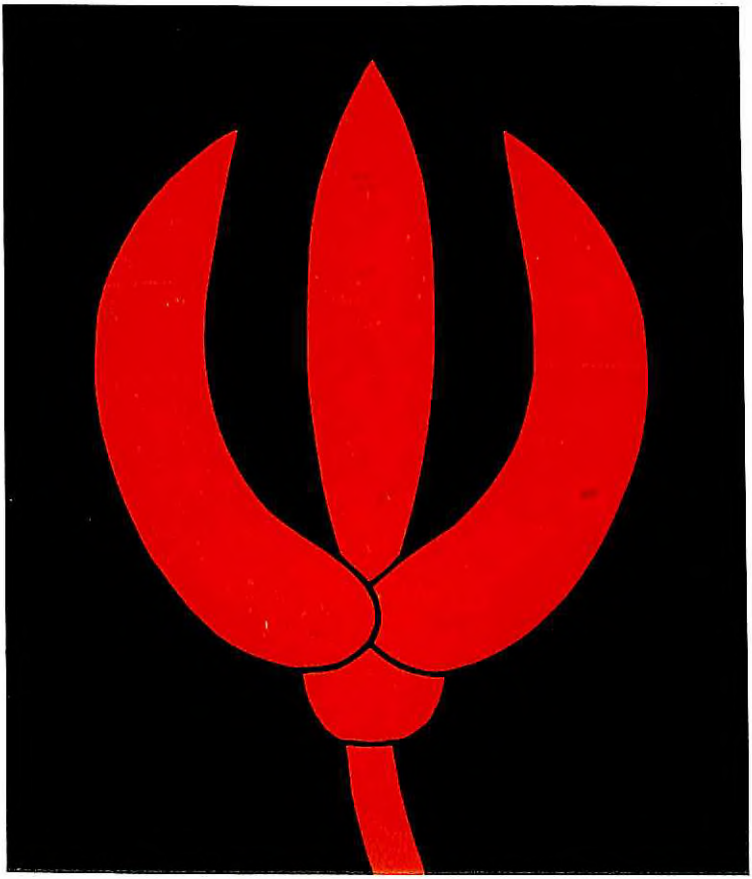
GAETANO LENTI

LA SESSUALITÀ

NELLE RICERCHE EMPIRICHE



Resch

PERSONATION AND PSYCHOTHERAPY

International book series
to promote that integral development of the human person
which includes man's psychophysical well-being,
his social security and his imperishable position in the universe.

Edited by Andreas Resch

Volume 4

R PPS 4

Redemptoristen
Grenzgebiete
der Wissenschaft
Österr. Provinz

1988.31
(B 103)

RESCH VERLAG INNSBRUCK 1978

GAETANO LENTI

LA SESSUALITÀ

NELLE RICERCHE EMPIRICHE

RESCH VERLAG INNSBRUCK 1978

A
mia madre che cantava:
Anna era la notte
Dominique il pianto
Laura il sortilegio
Juliette il corpo
Bernard il bacio
Jan Jacque il tempo
Jacob l'orazione
Xavier la parola
Martin il dolore
Manfred la pietra
Renato il sole

All rights, includet that of translation into other languages, reserved.
© 1978 by Resch Verlag, Innsbruck.
Printed in Austria
Composed and printed at Resch Verlag, Innsbruck 1978
ISBN 3-85 382-005-0

Prefazione

Lo sviluppo della persona umana è condizionata in un modo particolare dallo sviluppo e dalla integrazione personale della sessualità. Per questo motivo lo studio della sessualità è diventato un aspetto centrale delle scienze competenti. La specializzazione delle diverse scienze ha apportato anche su questo campo, da una parte un approfondimento enorme delle nostre conoscenze, dall'altra parte una distruzione della visione integrale della sessualità. G. Lenti si è sottoposto perciò al duro lavoro di riassumere in modo sistematico le ricerche empiriche della sessualità, negli ultimi anni, da parte delle diverse discipline. Il presente volume riporta il risultato di questo lavoro immenso, che è unico in questo camp di studio sia nella sua impostazione come nel suo contenuto.

Innsbruck, Maggio 1978 Prof. Dr Dr. Andreas Resch

Prefazione

La sessualità è uno dei fattori fondamentali del comportamento umano. La sua complessità di effetti si ripercuote in modo più o meno manifesto nell'agire, nel pensare, nel creare della persona umana. Per cui una sua comprensione esige che questo fattore vengua studiato e coordinato secondo i dati e i risultati delle varie discipline, che lo hanno fatto oggetto di ricerca.

Noi abbiamo tentato appunto di seguire questa direzione, cercando allo stesso tempo di mettere in evidenza il fatto "fenomenologico" e "ontologico-religioso" della sessualità umana. A questo scopo abbiamo studiato i dati e i risultati delle scienze empiriche.

Speriamo che questo approccio interdisciplinare abbia portato un contributo per una comprensione più approfondita e allo stesso tempo per un maggiore rispetto del fenomeno sessuale come esperienza inevitabile dell'essere umano nella sua storia di vita.

Intanto prendo occasione per ringraziare quanti in un modo o in un altro mi hanno aiutato in questa fatica. Un grazie va ai due direttori della tesi: al Prof. DDr. Andreas Resch e al Prof. Dr. John O'Riordan. Un grazie speciale pure al P. Leonardo Zanelli per l'aiuto datomi nella stesura del lavoro e alle Sig. ne Mathilde Zimmermann e Leni Widmann per la loro collaborazione technico-tipografica.

Gaetano Lenti

Roma, Luglio 1977

ABBREVIAZIONI

Acta Anat.	–	Acta Anatomica
Acta Cytol.	–	Acta Cytologica
Acta Endocr.	–	Acta Endocrinologica
Acta Gen. Med. Gemellologiae	–	Acta Genetical Medical et Gemellologiae
Acta Med. Leg. Soc.	–	Acta Medicinae Legalis et Socialis
Acta Obstet. Gynec. Scand.	–	Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica
Acta Paediatr. Scand.	–	Acta Paediatrica Scandinavica
Acta Psychiat. Belg.	–	Acta Psychiatrica Belgica
Acta Psychiat. Scand.	–	Acta Psychiatrica Scandinavica
Acta Urol. Jap.	–	Acta Urologica Japonica
Adv. Hum. Gen.	–	Advances in Human Genetics
Am. Anthropol.	–	American Anthropologists
Am. J. Clin. Hypn.	–	The American Journal of Clinical Hypnosis
Am. J. Clin. Path.	–	American Journal of Clinical Pathology
Am. J. Hum. Gen.	–	The American Journal of Human Genetics
Am. J. Med. Ass.	–	American Journal of the Medical Association
Am. J. Med. Sci.	–	The American Journal of the Medical Sciences
Am. J. Obstet. Gynaec.	–	American Journal of Obstetrics and Gynaecology
Am. J. Orthopsychiat.	–	American Journal of Orthopsychiatry
Am. J. Phys. Anthrop.	–	American Journal of Physical Anthropology
Am. J. Psychiat.	–	The American Journal of Psychiatry
Am. J. Psychoanal.	–	The American Journal of Psychoanalysis
Am. J. Psychoth.	–	American Journal of Psychotherapy
Am. J. Soc.	–	The American Journal of Sociology
Am. Psychol.	–	The American Psychologist
Ann. Biol.	–	Annales Biologiques
Ann. End.	–	Annales d'Endocrinologie
Ann. Freniat. Sci. Affini	–	Annali di Freniatria e Scienze Affini
Ann. Hum. Biol.	–	Annals of Human Biology
Ann. Hum. Genet.	–	Annals of Human Genetics
Ann. Med. Interne	–	Annales de Medicine Interne
Arch. Dis. Childh.	–	Archives of Disease in Childhood
Arch. Environm.	–	Archives of Environmental (health)
Arch. Gen. Psychiat.	–	Archives of General Psychiatry
Arch. Inter. Med.	–	Archives Internal Medicine
Arch. Kinderheilk.	–	Archiv für Kinderheilkunde
Arch. Neuro. Psychiat.	–	Archives of Neurology and Psychiatry
Arch. Ostet. Ginec.	–	Archivio di Ostetrica e Ginecologia
Arch. Path.	–	Archives of Pathology
Arch. Sex. Beh.	–	Archives of Sexual Behaviour
Aust. NZ. J. Obstet. Gynaec.	–	The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology
Beh. Genet.	–	Behavior Genetics
Beh. Ther.	–	Behavior Therapy
Beh. Res. Ther.	–	Behaviour Research and Therapy
Beitr. Gerichtl. Med.	–	Beiträge zur Gerichtlichen Medizin
Biol. Med.	–	Biologie Médical
Biol. Neonate	–	Biology of the Neonate
Biol. Psychiat.	–	Biological Psychiatry
Biol. Reprod.	–	Biology of Reproduction
Biol. Rev.	–	Biological Review
Birth Defects, Orig. Art. Ser.	–	Birth Defects, Original Article Series
Brit. J. Crim.	–	British Journal of Criminology
Brit. J. Hosp. Med.	–	British Journal of Hospital Medicine
Brit. J. Med. Psychol.	–	British Journal of Medical Psychology
Brit. J. Psychiat.	–	The British Journal of Psychiatry
Brit. J. Psychol.	–	British Journal of Psychology
Brit. J. Sex. Med.	–	Britsh Journal of Sexual Medicine
Brit. J. Soc.	–	British Journal of Sociology
Brit. J. Urol.	–	British Journal of Urology

Brit. Med. Bull.	–	British Medical Bulletin
Brit. Med. J.	–	British Medical Journal
Bull. Ass. Anat.	–	Bulletin de l'Association des Anatomistes
Bull. N. Y. Acad. Med.	–	Bulletin of the New York Academy of Medicine
Cah. Méd.	–	Cahiers Médicaux de Lyon
Can. J. Gen. Cytol.	–	Canadian Journal of Genetics and Cytology
Can. J. Psychol.	–	Canadian Journal of Psychology
Can. Psychiat. Ass. J.	–	Canadian Psychiatric Association Journal
Cell Tissue Res.	–	Cell and Tissue Reseach
Cesk. Gynekol.	–	Ceskenslovenska Gynekologie
Child Develop.	–	Child Development
Child Psychiat. Hum. Dev.	–	Child Psychiatry and Human Development
Clin. Genet.	–	Clinical Genetics
Clin. Obstet. Gynaec.	–	Clinical Obstetrics and Gynaecology
Clin. Res.	–	Clinical Research
Compr. Psychiat.	–	Comprehensive Psychiatry
Concours Med.	–	Concours Medical
Contempor. Psychoanal.	–	Contemporary Psychoanalysis
Crim. Law Quart.	–	Criminal Law Quarterly
Dan. Med. Bull.	–	Danish Medical Bulletin
Dan. Med. J.	–	Danish Medical Journal
Develop. Psychol.	–	Developmental Psychology
Dis. Nerv. Syst.	–	Diseases of the Nervous System
Dtsch. Gesundh. Wes.	–	Das Deutsche Gesundheitswesen
Dtsch. Med. Wschr.	–	Deutsche Medizinische Wochenschrift
Eng. Sci.	–	Enginering and Science
Exper. Cell Res.	–	Experimental Cell Research
Fam. L. Coord.	–	Family Life Coordinator
Fam. Plann. Perspect.	–	Family Planning Perspectives
Fert. Steril.	–	Fertility and Sterility
Folia Hered. Pathol.	–	Folia Hereditaria et Pathologica
Folia Morphol.	–	Folia Morphologica
G. Clin. Med.	–	Giornale di Clinica Medica

Geburtsh. Frauenheilk.	–	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Gen. Psychol. Monog.	–	Genetic Psychology Monographs
Helv. Paediat. Acta	–	Helvetica Paediatrica Acta
Hom. Couns. J.	–	Homosexual Counseling Journal
Horm. Beh.	–	Hormones and Behavior
Horm. Metab. Res.	–	Hormone and Metabolic Reasearch
Hosp. Comm. Psychiat.	–	Hospital and Community Psychiatry
Hosp. Pract.	–	Hospital Practice
Hum. Biol.	–	Human Biology
Hum. Gen.	–	Human Genetics
Ind. J. Med.Res.	–	The Indian Journal of Medical Research
Ind. J. Pediatr.	–	Indian Journal of Pediatrics
Inter. Crim. Pol. Rev.	–	International Criminal Police Review
Inter. J. Crim. Penal.	–	International Journal of Criminology and Penalogy
Inter, J. Group Psychother.	–	International Journal of Group Psychotherapy
Inter. J. Psychiat.	–	International Journal of Psychiatry
Inter. J. Psychoanal.	–	International Journal of Psychoanalysis
Inter. J. Sex	–	International Journal of Sex
Inter. J. Soc. Psychiat.	–	International Journal of Social Psychiatry
Invest. Urol.	–	Investigative Urology
J. Abnor. Psychol.	–	Journal of the Abnormal Psychology
JAMA	–	The Journal of the American Medical Association
J. Am. Acad. Psycoanal.	–	Journal of the American Academy of Psychoanalysis
J. Am. Ger. Soc.	–	Journal of the American Geriatrics Society
J. Am. Psychoanal. Ass.	–	Journal of the American Psychoanalytic Association
J. Bios. Sci.	–	Journal of Biosocial Science
J. Bone Joint Surg.	–	The Journal of Bone and Joint Surgery
J. Cardiovasc. Surg.	–	The Journal of Cardiovascular Surgery

J. Clin. Endocr.	–	The Journal of Clinical Endocrinology
J. Clin. Endocr. Metab.	–	The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism
J. Clin. Invest.	–	The Journal of Clinical Investigation
J. Clin. Psychol.	–	Journal Clinical Psychology
J. Comp. Neurol.	–	The Journal of Comparative Neurology
J. Consult. Clin. Psychol.	–	Journal of Consulting and Clinical Psychology
J. Consult. Psychol.	–	Journal of Consulting Psychology
J. Crim. Law Criminol.	–	The Journal of Criminal Law, Criminology
J. Crim. Law Crim. Pol. Sci.	–	The Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science
J. Endocr.	–	The Journal of Endocrinology
J. Forensic Sci.	–	Journal of Forensic Sciences
J. Gen. Psychol	–	The Journal of General Psychology
J. Gén.Hum.	–	Journal de Génétique Humaine
J. Gerontol.	–	Journal of Gerontology
J. Hom.	–	Journal of Homosexuality
J. Hum. Evol.	–	Journal of Human Evolution
J. Marr. Fam.	–	Journal of Marriage and Family
J. Med. Ass.	–	Journal Medical Association
J. Med. Ass. Thailand	–	Journal of Medical Association of Thailand
J. Med. Genet.	–	Journal of Medical Genetics
J. Ment. Def. Res.	–	Journal of Mental Deficiency Research
J. Nerv. Ment. Dis.	–	The Journal of Nervous and Mental Disease
J. Neurol., Neurosurg. Psychiatry	–	Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry
J. Neurov. Rel.	–	Journal of Neurovisceral Relations
J. Obstet. Gynaec.	–	The Journal of Obstetrics and Gynaecology
J. Obstet. Gynaecol. Brit. Cwlth.	–	The Journal of Obstetrics and Gynaecology of Commonwealth

J. Pediat.	–	Journal of Pediatrics
J. Pediat. Surg.	–	Journal of Pediatric Surgery
J. Pers. Assess.	–	Journal of Personality Assessment
J. Personal. Soc. Psychol.	–	Journal of Personality and Social Psychology
J. Psychiat. Res.	–	Journal of Psychiatric Research
J. Psychol.	–	Journal of Psychology
J. Psychos. Res.	–	Journal Psychosomatic Research
J. Reprod. Fert.	–	Journal of Reproduction and Fertility
J. Sex Mar. Ther.	–	Journal of Sex and Marital Therapy
J. Sex Res.	–	Journal Sex Research
J. Soc. Clin. Psychol.	–	Journal of Social and Clinical Psychology
J. Soc. Psychol.	–	Journal of Social Psychology
J. Urol.	–	Journal of Urology
Klin. Wschr.	–	Klinische Wochenschrift
Lyon Méd	–	Lyon Médical
Maryland S. Med. J.	–	Maryland State Medical Journal
Mat. Med. Pol.	–	Materia Medica Polana
Mayo Clin. Proc.	–	Mayo Clinic Proceedings
Méd. Armées	–	Médicine et Armées
Med. Asp. Hum. Sex.	–	Medical Aspects of Human Sexuality
Med. Clin.	–	Medicina Clinica
Med. Clin. N. Am.	–	Medical Clinics of North American
Med. J. Austral.	–	The Medical Journal of Australia
Med. Lab. Technol.	–	Medical Laboratory of Technology
Med. Opin.	–	Medical Opinion
Med. Sci. Law	–	Medicine,Science and the Law
Med. Welt	–	Die Medizinische Welt
Merrill-Palmer Quart.	–	Merrill-Palmer Quarterly
Minerva Med.	–	Minerva Medica
Minnesota Law Rev.	–	Minnesota Law Review
Mschr. Kinderheilk.	–	Monatsschrift für Kinderheilkunde
Mschr. Krim. Strafrechtsref.	–	Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform
Münch. Med. Wschr.	–	Münchner Medizinische Wochenschrift

N. C. Med. J.	–	North Carolina Medical Journal
N. Engl. J. Med.	–	The New England Journal of Medicine
Nutr. Metab.	–	Nutrition and Metabolism
N. Y. State J. Med.	–	New York State Journal of Medicine
Obstet. Gynaecol. Surv.	–	Obstetrical and Gynaecological Survey
Obstet. Gynec.	–	Obstetrics and Gynecology
Path. Biol.	–	Pathologie-Biologie
Pädiat. Pädol.	–	Pädiatrie und Pädologie
Pediat. Ann.	–	Pediatric Annals
Pediat. Clin.N. Am.	–	Pediatric Clinics of North America
Pediat. Res.	–	Pediatric Research
Phil. Trans Roy. Soc. London	–	Philosophical Transaction of the Royal Society of London
Physiol. Rev.	–	Physiological Reviews
Popul. Stu.	–	Population Studies
Postgrad. Med.J.	–	Postgraduate Medical Journal
Presse Méd.	–	Presse Medicale
Proc. Nat. Acad. Sci.	–	Proceeding of the National Academy of Science
Proc. Soc. Exp. Bio. Med.	–	Proceedings of the Society for Esperimental Biology and Medicine
Psychiat. Clin.	–	Psychiatrica Clinica
Psychiat. Neur. Med. Psychol.	–	Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie
Psychiat. Neur. Neuroch.	–	Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia
Psychiat. Opin.	–	Psychiatric Opinion
Psychiat. Pol.	–	Psychiatria Polska
Psychiat. Q.	–	Psychiatric Quarterly
Psychoanal.	–	Psychoanalysis
Psychoanal. Rev.	–	Psychoanalytic Review
Psychoanal. Study Child	–	Psychoanalytic Study of the Child
Psychol. Bull.	–	Psychological Bulletin
Psychol. Rep.	–	Psychological Reports
Psychos. Res.	–	Psychosomatic Research
Psychos. Med.	–	Psychosomatische Medizin

Q. Rev. Biol.	–	The Quarterly Review of Biology
Rass. Int. Clin. Ter.	–	Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia
Rec. Prog. Horm. Res.	–	Recent Progress in Hormone Research
Res. Reprod.	–	Research in Reproduction
Rev. Assoc. Med. Bras.	–	Revista da Associação Medica Brasileira
Rev. Europ. Etud. Clin. Biol.	–	Revue Européene d'Etudes Cliniques et Biologiques
Rev. Franç. Endocr. Clin.	–	La Revue Française d'Endocrinologie Clinique
Rev. Franç. Gynéc.	–	Revue Française de Gynécologie
Rev. Intern. Droit. Pen.	–	Revue International de Droit Pénal
S. Afr. Med. J.	–	South African Medical Journal
Sem. Hop. Paris	–	Semaine des Hôpitaux de Paris
Sem. Psychiat.	–	Seminars in Psychiatry
Singapore Med. J.	–	Singapore Medical Journal
Soc. Probl.	–	Social Problems
South. Med. J.	–	Southern Medical Journal
Temple Law Quart.	–	Temple Law Quarterly
Thromb. Res.	–	Thrombosis Research
Tohoku J. Exp. Med.	–	The Tohoku Journal of Experimental Medicine
Trans. N. Y. Acad. Sci.	–	Transaction of the New York Academy of Sciences
Verh. Anat. Ges.	–	Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft
Z. Anat. Entwickl. Gesch.	–	Zeitschrift für Anatomie und Entwicklungsgeschichte
Zbl. Gynäk.	–	Zentralblatt für Gynäkologie
Z. f. Kinderchirurgie	–	Zeitschrift für Kinderchirurgie
Z. Geburtsh. Gynäk.	–	Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie
Z. Ges. Inn. Med.	–	Zeitschrift für die Gesamte Innere Medizin

Z. Morph. Anthrop.	–	Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie
Z. Urol. Nephrol.	–	Zeitschrift für Urologie und Nephrologie
Z. Zellforsch.	–	Zeitschrift für Zellforschung
Wien. Klin. Wschr.	–	Wiener Klinische Wochenschrift

INDICE

PREFAZIONE V
ABBREVIAZIONI VII
INDICE XVII
INTRODUZIONE 1

PARTE I

PREDISPOSIZIONI BIO-FISIOLOGICHE DELLA SESSUALITA'

Capitolo I
Determinazione genetica del sesso 5
A. I Cromosomi 5
1. Generalità sui cromosomi 5
2. Specificazione dei cromosomi X e Y 8
B. Meiosi 10
C. Anomalie cromosomiche 13
1. Sindrome di Turner 13
2. Sindrome di Klinefelter 16
3. Sindrome adrenogenitale 17
4. Sindrome dell'insensibilità agli androgeni 20
5. Sindrome del cariotipo XYY 23

Capitolo II
Embriologia sessuale 26
A. Concepimento 26
1. La spermatogenesi 26
2. La ovogenesi 27
3. La fertilizzazione 28
4. Infertilità 29
5. Implantazione 30

B. Sistema genitale primario 31
1. Cellule del germe primordiale 31
2. Gonade primitiva 32
3. Gonade indifferenziata 32
C. Differenziazione sessuale 32
1. Sistema genitale maschile 33
a. Differenziazione della gonade in testicolo 33
b. Differenziazione dei genitali interni maschili 35
c. Differenziazione dei genitali esterni maschili 37
2. Sistema genitale femminile 38
a. Differenziazione della gonade in ovaio 38
b. Differenziazione dei genitali interni femminili 39
c. Differenziazione dei genitali esterni femminili 40
D. Anomalie del sistema urogenitale 41
1. Anomalie maschili legate alle gonadi e ai dotti genitali e anomalie dei genitali esterni 42
a. Anomalie legate alle gonadi e ai dotti dei genitali 42
b. Anomalie dei genitali esterni maschili 46
2. Anomalie femminili legate alle gonadi e ai dotti genitali e anomalie dei genitali esterni 50
a. Anomalie femminili legate alle gonadi e ai dotti genitali 50
b. Anomalie dei genitali esterni femminili 52

Capitolo III
Endocrinologia sessuale dell'uomo e della donna 55
A. Endocrinologia sessuale maschile 55
1. Sistema endocrinologico sessuale maschile 55
2. Infanzia 56
3. Pubertà 57
a. Maturazione dell'asse ipotalamico-pituitario 58
b. Testicoli 59
c. Maturazione adrenale 61
4. Età adulta 62
a. Età adulta fino ai 50 anni 62
b. Età avanzata 64

B. Endocrinologia sessuale femminile 65
1. Sistema endocrinologico femminile 65
2. Infanzia 66
3. Pubertà 67
a. Ovaie 67
4. Vita adulta 69
a. Età adulta fino alla menopausa 70
b. Età avanzata 72
C. Endocrinopatie cliniche sessuali dell'uomo e della donna 73
1. Endocrinopatie sessuali maschili 73
2. Endocrinopatie sessuali femminili 73

Capitolo IV
Morfologia sessuale maschile e femminile dall'infanzia alla vita adulta 75
A. Morfologia sessuale maschile: dall'infanzia alla vita adulta 75
1. Infanzia 75
2. Pubertà 77
a. Caratteristiche sessuali somatiche 77
b. Struttura ossea, muscolare e adiposa durante il periodo puberale 79
3. Vita adulta 80
a. Tipologia costituzionale 80
B. Morfologia sessuale femminile: dall'infanzia alla vita adulta 81
1. Infanzia 81
2. Pubertà 82
a. Caratteristiche sessuale somatiche 82
b. Struttura ossea, muscolare e adiposa 83
3. Vita adulta 83
a. Tipologia costituzionale 84
C. Particolari anomalie morfologiche sessuali maschili e femminili . 84
1. Anomalie morfologiche sessuali maschili 84
a. Pubertà precoce 85
b. Pubertà ritardata 86
c. Castrazione 87

d. Ginecomastia 88
2. Anomalie morfologiche sessuali femminili 89
a. Pubertà precoce 89
b. Pubertà ritardata 90
c. Defemminizzazione 90
d. Irsutismo 91

Capitolo V
Fisiologia sessuale maschile e femminile 92
A. Fisiologia sessuale maschile 92
1. Le prime eiaculazioni 92
2. Reazioni sessuali 93
a. Reazioni genitali 94
b. Reazioni extragenitali 97
c. Eiaculazione e orgasmo 98
3. Climaterio virile 99
B. Fisiologia sessuale femminile 100
1. Menarca 100
2. Mestruazioni 101
3. Reazioni sessuali 102
a. Reazioni genitali 103
b. Reazioni extragenitali 104
c. Orgasmo 106
4. Tipi di orgasmo femminile 107
5. Menopausa 108
C. Disturbi funzionali della sessualità maschile e femminile 109
1. Disturbi funzionali della sessualità maschile 109
a. Priapismo 109
b. Impotenza 110
c. Eiaculazione ritardata 112
d. Eiaculazione precoce 113
2. Disturbi funzionali della sessualità femminile 114
a. Frigidità 114
b. Dispareunia 115

c. Vaginismo 116
d. Ninfomania 116

PARTE II

LA SESSUALITA NELLA PSICOLOGIA SPERIMENTALE

Capitolo VI
La sessualità tipica maschile e femminile 120
A. Sessualità tipica maschile dall'infanzia ai 30 anni 120
1. Infanzia 121
2. Dalla pubertà ai 30 anni 123
a. Masturbazione 123
b. Eterosessualità 132
B. Sessualità tipica femminile dall'infanzia ai 30 anni 139
1. Infanzia 140
2. Dalla pubertà ai 30 anni 141
a. Masturbazione 141
b. Eterosessualità 146
C. Cambiamenti nella sessualità dei giovani di ambo i sessi. 150
1. Punti essenziali 151
2. Cause dei cambiamenti sessuali dei giovani 153
3. Natura dei cambiamenti della sessualità dei giovani 154
D. Sessualità tipica maschile degli adulti 156
1. Masturbazione 156
2. Eterosessualità 157
3. Reazioni verso l'attività sessuale 159
E. Sessualità esterilizzazione maschile 159
1. Metodi anticoncezionali e sterilizzazione nell'uomo 160
2. Sterilizzazione e comportamento sessuale 160
3. Implicanze psicologiche nei vasectomizzati 162
F. Sessualità tipica femminile delle adulte 164

1. Masturbazione 164
2. Eterosessualità 164
3. Reazioni verso l'attività sessuale 168
G. Sessualità e anticoncezionali 168
1. Anticoncezionali femminili e comportamento sessuale 169
2. Anticoncezionali e femminilità 171
H. Rapporti extramatrimoniali 173
1. Alcuni dati sui rapporti extramatrimoniali 173
2. Cause dei rapporti extramatrimoniali 174
I.Sessualità e personalità 175
1. Dati 176
L. Sessualità e stimoli psicosessuali 181
1. Dati 181

PARTE III

SESSUALITA' ATIPICA MASCHILE E FEMMINILE

Capitolo VII
Identità di genere 186
A. Terminologia 186
B. Forze determinanti dell'identità di genere 187
C. Identità di genere profonda 190

Capitolo VIII
Omosessualità maschile 194
A. Basi organico-genitiche dell'omosessualità 194
1. Fattori genetici 194
a. Studi sui gemelli 194
b. Rapporto del sesso tra fratelli 196
c. Età dei genitori degli omosessuali 198
2. Fattori neuroendocrini 199

3. Fattori fisiologici costituzionali 200
a. Morfologia 201
b. Ormoni 201
B. Caratteristiche dell'infanzia e dell'adolescenza 207
1. Sindrome dell'effeminatezza 207
2. Peculiarità fisiche. 210
3. Desiderio di diventare di sesso opposto 210
4. Frequenza nell'indossare vesti del sesso opposto 211
5. Costellazione familiare 211
C. Genitori degli omosessuali 213
1. Relazioni genitori-omosessuali 213
2. Assenza del padre 217
3. Identificazione omosessuali-genitori 217
D. Sessualità e comportamento sessuale 218
1. Legamie attaccamenti emozionale romantici 218
2. Prove cognizionali 220
3. Eccitamento sessuale 220
4. Masturbazione 222
5. Pratiche omo-eterosessuali 223
6. Assortimento della coppia 227
E. Studi psicologici e psichiatrici 228
1. Masciolinità e femmini degli omosessuali 229
2. Intelligenza degli omosessuali 232
3. Omosessualità e EEG (elettroencefalogramma) 233
4. Omosessualità nelle età 233
5. Età cronologica e età stereotipata degli omosessuali 234
6. Influsso delle organizzazione omofili sui propri membri . . . 234
7. Stimoli e sessualità 235
8. Interessi sessuali 237
9. Curiosità 238
10. Omosessualità secondo i sistemi di valori 238
11. Omosessuali pazienti e non-pazienti 239
12. Associazione verbale 240
13. Psicopatologia 241
F. Tipologia degli omosessuali 252

1. Tipi in rapporto al comportamento sessuale 252
2. Tipi in base allo stile di vita 254
3. Tipi nelle istituzioni 255
4. Tipi secondo le teorie psicogene 255
5. Tipi di omosessuali esclusivi e non esclusivi 256
6 . Tipi di omosessuali occulti e scoperti 257
7. Omosessuali sposati 257
G. Miti e stereotipi sull'omosessualità 259
1. Reazioni popolari verso l'omosessualità 259
2. Atteggiamenti medico-psichiatrici verso l'omosessualità . . . 261
3. Caratteristiche di coloro che hanno atteggiamenti negativi verso l'omosessualità 262
4. Effetti della decriminalizzazione dell'omosessualita 264
H. Ricerche specifiche sulla omosessualità 265
1. L'omosessualità maschile nella psicoanalisi 265
2. Rilievi critici sulla teoria fobica dell'omosessualità maschile . 275
3. Teoria dell'apprendimento sociale e omosessualità 282

Capitolo IX
Omosessualità femminile 285
A. Differenze tra omosessualità femminile e omosessualità maschile nella dinamica comportamentale 285
B. Incidenza 286
C. Basi organico-genetiche della lesbiche 287
D. Caratteristiche dell'infanzia e della adolescenca delle lesbiche . . 288
1. Tomboysmo o sindrome della "maschietta" 289
2. Peculiarità fisiche 290
3. Desideri e fantasie per il genere opposto 290
4. Indossamento di vesti del sesso apposto 290
5. Primi interessamenti omosessuali e primi sospetti di essere lesbica 291
E. Dinamica familiare delle lesbiche 291
1. Stato socio-economico dei genitori 292
2. Stato religioso 292

3. Perdita dei genitori 293
4. Numero dei fratelli e ordine di nascita 293
5. Età della madre delle lesbiche 294
6. Relazioni genitori-lesbiche 294
F. Studi psicologici 298
G. Studi psichiatrici 301
H. Stato maritale delle lesbiche 302
I. Omosessualità femminile nelle carceri 303

Capitolo X
Transessualismo e transvestitismo 304
A. Transessualismo maschile 304
1. Sindrome del transessualismo maschile 304
2. Incidenza del transessualismo maschile 306
3. Descrizione fenomenologica del transessualismo maschile . . 307
a. Simbiosi madre-bambino 307
b. Primo comportamento femmile del futuro transessuale . 307
c. I primi conflitti 308
4. Cause 309
a. Fattori organico-genetici 310
b. Dinamica familiare 311
c. Studi psicologici 313
d. Ricerche eziologiche particolari 319
e. Stimoli e transessualismo 320
5. Orientazione sessuale 321
6. Stato maritale dei transessuali 322
7. Stato socio-economico 323
B. Transessualismo femminile 324
1. Sindrome del transessualismo femminile 324
2. Incidenza del transessualismo femminile 325
3. Caratteristiche fenomenologiche del transessualismo femminile 327
4. Cause 330
a. Fattori organico-genetici 330

b. Dinamica familiare 331
c. Studi psicologici sul transessualismo femminile 332
5. Comportamento sessuale 334
6. Stato maritale delle transessuali 335
7. Stato socio-economico delle transessuali 336
C. Transvestitismo 336
1. Sindrome del transvestitismo 337
2. Descrizione fenomenologica del transvestitismo 338
3. Cause del transvestitismo 340
a. Fattori organico-genetici 340
b. Dinamica familiare 341
c. Studi psicologici 342
4. Carriera dei transvestiti 342
5. Un caso complesso di transvestitismo 345

Capitolo XI
Perversioni di modo e perversioni di oggetto 347
A. Perversioni di modo 347
1. Esibizionismo 347
a. Sindrome dell'esibizionismo 347
b. Incidenza 348
c. Caratteristiche comportamentali 349
d. Caratteristiche della personalità defli esibizionisti 351
e. Stato maritale degli esibizionisti 352
2. Voyeurismo 352
a. Sindrome del voyeurismo 352
b. Caratteristiche dei voyeurs 354
3. Sadismo e masochismo 355
a. Sindrome del sadismo, del masochismo e del sadomasochismo 356
b. Caratteristiche del sadomasochismo 357
c. Dinamica familiare dei sadomasochisti 361
4. Stupro 361
a. Sindrome dello stupro 363

b. Incidenza dello stupro 363
c. Età degli stupratori 364
d. Tipi di stupratori 364
e. Caratteristiche psicologiche degli stupratori 365
f. Studi sociologici sugli stupratori 367
g. Patologia degli stupratori 369
h. Stupro di gruppo 370
i. Mogli degli stupratori 371
B. Perversioni di oggetto 372
1. Feticismo 372
a. Sindrome del feticismo 372
b. Caratteristiche del feticismo 374
c. Dinamica e caratteristiche della personalità dei feticisti . 375
2. Incesto 377
a. Sindrome dell'incesto 378
b. Incidenza dell'incesto 378
c. Frequenza dell'incesto 379
d. Durata dell'incesto 379
e. Età dei partecipanti 380
f. Tipo di contatto sessuale nei rapporti incestuosi 381
g. Personalità degl'individui coinvolti e concorrenti all'incesto 381
h. Caratteristiche socio-familiari dei partecipanti 387
3. Pedofilia 387
a. Sindrome della pedofilia 388
b. Caratteristiche dei pedofili 388
c. Rapporti pedofili-vittime 391
d. Studi psicologici 392
e. Patologia dei pedofili 394
4. Zoofilia o bestialita 395
a. Sindrome della bestialità 396

PARTE IV

FONDAMENTI DELLA SESSUALITÀ E ANALISI CRITICA

Capitolo XII

Fondamenti della sessualità secondo particolari teorie e loro analisi critica 398
A. Teoria genetico-costituzionale 398
1. Contributo 399
2. Limiti 399
B. Teoria psicoanalitica 400
1. Contributo 401
2 Limiti 402
C. Teoria dell'apprendimento 403
1. Contributo 404
2. Limiti 404
D. Teoria della relatività culturale 405
1. Contributo 405
2. Limiti 406
E. Teoria della tassonomia 407
1. Contributo 407
2. Limiti 408
F. Teoria della differenziazione psicosessuale 408
1. Contributo 409
2. Limiti 409

Capitolo XIII

Rilievi critici generali sulle ricerche empiriche 411
A. Rilievi critici sui risultati delle ricerche biofisiologiche 411
1. Determinazione genetica del sesso 411
2. Embriologia sessuale 412
3. Endocrinologia sessuale 412
4. Morfologia sessuale 413
5. Fisiologia sessuale 414

B. Rilievi critici circa i risultati della sessualita tipica e atipica 415
1. Sessualità tipica 415
a. Contributo generale delle ricerche sulla sessualità tipica 415
b. Problematica inerente alle ricerche empiriche 416
c. Rilievi critici su alcuni paragrafi della sessualità tipica . . 418
2. Sessualità atipica 423
a. Deviazioni 423
b. Perversioni 429
C. Sintesi del concetto di sessualità quale emerge dai dati delle ricerche 433
1. Fattori determinanti dello sviluppo della sessualità . . . 433
2. Natura e funzione della sessualità 435
3. Dimensione morale della sessualità 436
4. Valore della sessualità 437

CONCLUSIONE 439
BIBLIOGRAFIA 443

INTRODUZIONE

Fino a non molto tempo fa medici, psichiatrici, psicologi, sociologi, moralisti ecc. erano molto più sicuri di quanto non lo siano oggi circa il fenomeno della sessualità normale o abnormale, sana o patologica. Così R. von KRAFFT-EBING (1840 – 1902) presentò vaghi concetti della genesi e della neuroanatomia per spiegare la psicologia sessuale, M. HIRSCHFELD (1868 – 1935) invece si rifece arbitrariamente all'eredità e agli ormoni per spiegare un tipo postulato di omosessualità, e all'apprendimento ambientale per spiegare l'altro. H. HELLIS (1859 – 1939) focalizzò la sua attenzione sulla sessuologia , ma piu come branca della psicologia che come scienza a sé ritenendosi contento di spiegare il fenomeno della sessualità tramite essa , in termini di esperienze biografiche , e magari rifacendosi parzialmente ai fattori ereditari e ormonali. S. FREUD (1856 – 1939) tentò di uscire dalle strettezze di questo tipo di teorie riduttive. Egli formulò una teoria concettuale della sessualità, elaborandola sul concetto della bisessualità, al cui substrato biologico sarebbe correlato lo sviluppo psico-sociosessuale. Lo sviluppo dei conflitti nevrotici furono visti, più che altro, come originati dall'incapacità della libido ad essere soddisfatta lungo la linea dello sviluppo normale. FREUD pensava che la teoria della libido sarebbe stata, un giorno, riducibile alla biochimica. Tuttavia l'esposizione che ne fece richiama un corpo metafisico più che quello di un uomo reale. D'altra parte gli antropologi hanno cercato di attirare l'attenzione del pubblico sulle differenti norme del comportamento sessuale, e soprattutto sui rapporti prematrimoniali e sull'omosessualità nelle diverse culture. Ciò ha portato molti a vedere questi comportamenti non più come comportamenti esotici, ma come modelli alternativi potenzialmente utilizzabili.

Queste ricerche sono di natura descrittiva e clinica. Fu A. C. KINSEY che inaugurò un altro tipo di ricerca sulla sessualità, espressa in termini di statistica, con l'intenzione di offrire una visione che fosse comprensiva del comportamento umano generale. Tuttavia se da una parte i risultati delle sue ricerche e dei suoi collaboratori contribuirono ad una demitizzazione dei

pregiudizi sul fenomeno della sessualità e del comportamento sessuale dello uomo e della donna, dall'altra essi si rivelarono inadeguati sia per le loro generalizzazioni, sia perché trascuravano il grande complesso delle variabili psicosociali coinvolte nella sessualità umana in termini empirici e di laboratorio.

Per soddisfare a questa esigenza, più o meno conscia, è stata proposta una metodologia, con la quale si cerca di studiare il complesso del fenomeno della sessualità umana in termini empirici e di laboratorio.

La psicologia empirica applicata alla sessualità, sebbene sia ancora alle prime armi, ha aperto un campo d'azione molto vasto ed impegnativo. Essa parte dall'esame del comportamento sessuale di gruppi specifici, quali adolescenza, l'uomo e la donna adulta, in rapporto alla masturbazione, all'eterosessualità, (nelle variabili comportamentali delle relazioni prematrimoniali, matrimoniali e extramatrimoniali), all'omosessualità e al transessualismo, e ai vari tipi di perversioni, come incesto, stupro e sadomasochismo. Essa esamina il comportamento sessuale in termini di frequenza e di partner, considera le variabili socio-familiari, socio-economiche, socio-raziali, e i vari tipi di subculture. Le ricerche empiriche vanno sempre più interessandosi ai fattori più complessi della sessualità umana. Così si è incominciato a investigare sulle determinanti della personalità nella responsività sessuale della donna, sui fattori che portano all'esclusività nei rapporti sessuali, sulle relazioni tra comportamento sessuale o reazioni sessuali e stimoli sessuali, sulle conseguenze di una mancanza di affetto fisico nei vari comportamenti sessuali, sul come i vari tipi di personalità si rapportano alle preferenze sessuali ecc.

Contemporaneamente si è pure investigato sui rapporti tra tipi di comportamenti sessuali e psicopatologia, maleaggiustamento personale, o socio-familiare e altre variabili. In grande considerazione viene pure preso lo studio dell'identità di genere e dell'identità del ruolo sessuale in rapporto ai fattori ambientali (quali l'interazione tra individuo e genitori, individuo e fratelli), spesso in polemica contro i teorici della sessualità biochimica, endocrinologica e genetica.

Le ricerche si sono interessate pure alle variabili sessuali, ai comportamenti sessuali in rapporto al matrimonio (relazioni prematrimoniali, matrimoniali ed extramatrimoniali), ai fattori tra le variabili della percezione personale e la soddisfazione maritale, ai fattori che guidano il meccanismo dell'orgasmo, all'influsso dei contraccettivi, o della sterilizzazione volontaria, sulla percezione della propria femminilità, e sul comportamento sessuale.

E' impossibile dare qui un quadro esauriente dei vari aspetti della sessualità e del comportamento sessuale che le ricerche empiriche stanno facendo oggetto della loro investigazione.

Tuttavia, nonostante l'impegno con cui le ricerche empiriche stanno investigando il fenomeno della sessualità, dobbiamo dire che spesso i loro risultati rimangono avulsi da quelli ottenuti in altre ricerche, quali le ricerche sui cromosomi, ormoni e sulla fisiologia sessuali. Certamente la esigenza di separare ricerche di diversa natura sul fenomeno della sessualità è legittima. D'altra parte si avverte pure che una comprensione della sessualità umana esige una considerazione globale dei risultati ottenuti nei diversi campi scientifici. Con la nostra ricerca più che soddisfare a questo scopo, abbiamo voluto sottolineare l'urgenza con cui s'impone questa esigenza, di modo che la sessualità umana venga compresa nella sua dinamica reale, e non parziale, per capire, a sua volta, qualche cosa di più della vita individuale di una personalità umana.

Nel fare ciò, a causa della vastità del materiale, ci siamo limitati a considerare le ricerche pubblicate dal 1970 in poi. Tuttavia non ci è stato possibile rispettare questo termine in modo assoluto, giacché alcune ricerche pubblicate prima, o sono base di ricerche posteriori, o sono le uniche che esistono su particolari aspetti della sessualità da noi considerati.

D'altra parte dobbiamo pure precisare che, nel prendere in considerazione la fenomenologia sessuale, non ci è stato possibile studiare alcuni importanti aspetti, per es. prostituzione, aborto e culture. Ciò è dovuto al fatto che le ricerche su tali aspetti sono o inesistenti o da noi non repeperite. Tuttavia non sono mancati degli accenni su di essi, quando l'opportunità ce l'ha permesso.

Infine abbiamo fatto seguire piu che una conclusione, delle semplici considerazioni sui risultati delle ricerche, tese a una comprensione della problematica suscitata dal fenomeno della sessualita umana.

PARTE PRIMA

PREDISPOSIZIONI BIO-FISIOLOGICHE DELLA SESSUALITÀ

In questa prima parte tenteremo di riassumere i risultati più recenti delle ricerche che si sono occupate dei fattori bio-fisiologici della sessualità. Uno sguardo a questi fattori ci permetterà di rilevare quelli che sono considerati i fondamenti su cui si basa il fenomeno della sessualità.

In particolare, nel primo capitolo ci occuperemo della determinazione genetica del sesso, nel secondo del suo sviluppo embrionale, nel terzo dell'endocrinologia sessuale, cioè dell'influsso degli ormoni sulla sessualità, nel quarto della morfologia e nel quinto della fisiologia sessuale.

Capitolo I

DETERMINAZIONE GENETICA DEL SESSO

Una comprensione globale della sessualità impone uno sguardo ai fattori iniziali che determinano il sesso, cioè il codice genetico. E' quanto ci proponiamo di fare in questo capitolo. Nel fare ciò daremo un accenno ai cromosomi sessuali, alla loro riduzione diploide, o meiosi, e quindi passeremo a dare uno sguardo ad alcune anomalie citogenetiche, conseguenza di una meiosi anormale.

A. I cromosomi

Nella sintesi che faremo dei cromosomi, ci soffermeremo sulla loro generalità e sulla loro specificazione.

1. Generalità sui cromosomi

Sebbene non sia stato ancora individuato il gene responsabile della determinazione del sesso del maschio o della femmina nei mammiferi e inoltre si discuta ancora se i fattori determinanti del sesso siano mere e regolari funzioni delle regioni eterocromatiche dei cromosomi X e Y, [1] è certo che i cromosomi sono alla base della determinazione genetica del sesso.[2]

1 A. GLUCKSMANN, Sexual dimorphism in mammals, Biol.Rev., 1970, 49, pp. 423 – 75

2 C. D. DARLINGTON, The place of the chromosomes in the genetic system, Chromosoma Today, 1974, 4, pp. 1 – 13

È da notare che sebbene i cromosomi compaiano come tali soltanto al momento della divisione delle cellule, essi sono strutture autonome e permanenti delle cellule in tutte le fasi del ciclo sessuale (cfr. P. R. COOK, On the inheritance of differentiated traits, Biol. Rev., 1974, 49, pp. 51 – 84). Su questo concetto è fondata l'interpretazione del meccanismo dell'eredità. Infatti, dati sperimentali acquisiti recentemente dimostrano che l'informazione necessaria allo sviluppo dell'individuo e alla intrinsecazione dei suoi caratteri, è registrata nella molecola filamentosa dell'acido desossiribonucleico DNA, costituente essenziale dei cromosomi (cfr. E. J. D. PRAW, DNA and chromosome, New York 1970; E. FRACCARO e al., Karyotype, DNA replication and origin of sex chromosomes in Angheles Atroparvus, Chromosoma, 1976, 55, pp. 27 – 36; E. STUBBLEFIELD, The structure of mammalian chromosome, Inter. Rev. Cytol., 1973, 35, pp. 1 – 60), i quali cromosomi sono depositari dei caratteri ereditari (cfr. P. R. COOK, Hypothesis on differentiation and inheritance of gene superstructure, Nature, 1973, 245, pp. 23 – 25)

Secondo questa interpretazione, i filamenti di cromatina (cfr. R. C. BROWN / K. W. COLE, Sex cromatin and X-chromosome replication patterns and incidence sex cromatin in canina cell cultures, J. Cell Physiol., 1971, 78, pp. 79 – 92) contenuta nel nucleo della cellula è dotata tra l'altro, di proprietà caratteristiche di colorabilità, rappresentano i cromosomi in uno stato di despiralizzazione e decondensazione.

Notiamo, infine, che la cromatina sessuale è adesso considerata come un cromosoma X. La sua colorabilità è evidenziata applicando il test del corpo di BARR. Se questo test viene usato per lo screening di individui geneticamente femmine, esso dà la possibilità di identificare l'assenza di un cromosoma X o di un X in più. Applicato alla popolazione maschile evidenzia casi di un cromosoma X soprannumerico. I cromosoma X soprannumerari sono evidenziati dal numero delle macchie di cromatina sessuale; ad ogni X corrisponde una macchia. (cfr. K. L. MOOR / M. L. BARR, Morphology of the nerve cell nuclei with special reference to sex cromatin, J. Comp. Neurol., 1953, 98, pp. 213 – 31

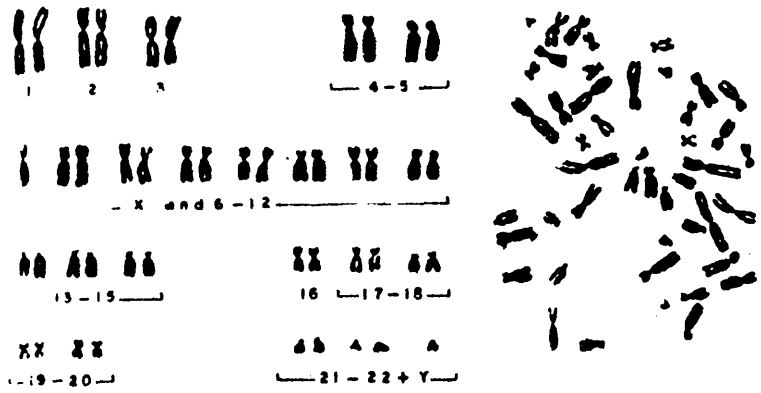
3 J. H. TJIO / A. LEVAN, The chromosomes number of man, Hereditas, 1956, 42, pp. 1 – 6.

4 Recentemente è stato pubblicato un articolo sulla struttura dei cromosomi isolati con il metodo shearing-sieving, che darebbe una configurazione più chiara della struttura dei cromosomi (cfr. R. J. SKAER / S. WHYTOCK, The fine structure of human chromosomes isolated by shearing-sieving, Chromosoma, 1976, 55, pp. 85 – 90)

J. TJIO e A. LEVAN dimostrarono che il numero dei cromosomi nell'essere umano è di 46 (cariotipo normale umano) e non 48 come si era creduto fino allora[3]. Nella donna essi risultarono essere disposti per grandezza e forma a paia. Essi sono precisamente 23 paia. Di questi 23 paia, nell'uomo se ne trovano 22, più 2 cromosomi impari, di cui uno di essi è chiamato cromosoma X, e si trova pure nella donna, mentre l'altro è il cromosoma Y, che è più piccolo dell'X, ed è esclusivo dell'uomo[4]. Le due paia dei 22 cro-

mosomi sessuali sono chiamati autosomi, cromosomi comuni ai due sessi, mentre le coppie 23-esime XX e XY, rispettivamente della donna e dell'uomo, sono detti cromosomi.[5] (Cfr. fig. 1)

Fig. 1



Cromosomi umani ottenuti da una cellula e ordinati a coppie (o cariotipo). La presenza di un cromosoma X e di uno Y indica il genotipo maschile.
(Da J. MONEY / A. A. EHRHARDT, Uomo, donna, ragazzo, ragazza, Milano 1976, col permesso degli autori)

2. Specificazione dei cromosomi X e Y

I cromosomi del sesso vengono segnati con Y e X, e sono alla base del dimorfismo genetico sessuale umano.[6] Abbiamo detto che essi sono contenuti nella 23-esima coppia cromosomica sessuale, la quale nella donna è XX e nell'uomo è di XY (cariotipi sessuali normali). E' convinzione degli studiosi

5 La standardizzazione della nomenclatura dei cromosomi ha avuto il suo processo, durante le varie conferenze internazionali. In quella di Parigi del 1971 (Paris Conference, Standardization in human cytogenetic, Birth Defects, 8, 1972), oltre a definire la nomenclatura citogenetica, furono pure dati metodi più dettagliati per la simbolizzazione delle anormalità cromosomiche.

6 GLUCKSMANN, "Sexual dimorphism", p. 429

che nelle femmine solo una X avrebbe ruolo nella sintesi delle proteine, mentre l'altra sarebbe inerte.[7] La differenziazione dei due cromosomi XX si verifica nel primo sviluppo e questo stato differenziato è ereditabile: una cellula in cui il cromosoma materno X è inattivo, dà origine a cellule nella discendenza con cromosomi materni X inattivi.[8]

Il cromosoma X, a differenza del cromosoma Y, conserva i geni strutturali. I geni localizzati sul cromosoma X sono, tra l'altro, responsabili della eredità dei caratteri legati al sesso.[9] La casuale cromatizzazione di un cromosoma X paterno, o materno, nelle cellule somatiche dell'embrione femminile, equalizza l'informazione genetica di ambo i sessi e produce un mosaicismo delle cellule somatiche femminili (eccetto nel canguro[10], dove il cromosoma X paterno è selettivamente inattivo[11]). I geni deficienti sul cromosoma X diventano manifesti nei maschi emizigoti e nelle femmine eterozigote nella metà delle cellule in qualche condizione.[12]

Il cromosoma Y restringe la sua attività all'inizio dello sviluppo delle gonadi. Esso inizia la differenziazione dei testicoli.[13] Sembra che i geni dell'iniziazione dello sviluppo testicolare siano localizzati sulla parte prossimale del cromosoma Y, mentre i geni responsabili della maturazione del testicolo siano localizzati nel braccio corto dello stesso cromosoma[14]; ma l'ulteriore differenziazione dell'apparato genitale e degli organi sarebbe controllata dagli ormoni gonadici.[15] D'altra parte le cellule con cromosoma Y causano una cre-

7 M. F. LYON, X-chromosome inactivation and developmental patterns in mammals, Biol. Rev., 1972, 47, pp. 1 – 35; S. W. BROWN / H. S. CHANDRA, Inactivation system of the mammalian X-chromosome, Proc. Nat. Acad. Sci., 1973, 70, pp. 195 – 9

8 J. LEISTI e al., Differential inactivation of the X chromosome in a kindred with X / autosome translocation, Clin. Res., 1974, 22, p. 219 A

E' da notare che l'inattività genetica di una X sembra che persista nelle cellule con cromatina sessuale negativa (cfr. H. G. SCHWARZACHER / F. PERA, Das Problem der Sexchromatin negativen Zellen, Z. Anat. Entwickl. Gesch., 1970, 132, pp. 18 – 33)

9 GLUCKSMANN, Ibidem, p. 432

10 G. B. SHARMAN, Late DNA-replication in the paternally derived X-chromosome of female kangaroos, Nature, 1971, 230, pp. 231 – 2

11 GLUCKSMANN, Sexual dimorphism, p. 432

12 GLUCKSMANN, Ibidem, p. 432

13 L. LENZ, Prenatal sex differentiation: genetic and hormonal control, Acta Endocrinol., 1974, 75, pp. 185 – 6

14 GLUCKSMANN, ibidem, p. 429

15 J. W. SIEBERS e al., Structural aberration of the Y chromosome and the corresponding phenotype. Report of a case with the karyotype 45, X / 46, X, i (Yp), Humangenetik, 1973, 19, pp. 57 – 66

scita più rapida delle gonadi maschili nei confronti di quella delle gonadi femminili, e ciò a causa della differenziazione di volume dei cromosomi Y e X, per cui il DNA viene più facilmente sintetizzato.[16]

Allorchè avviene la fecondazione geneticamente normale, lo spermatozoo porta X o Y, mentre l'uomo contiene sempre un X.[17] Quando lo spermatozoo con cromosoma X fenderà un uovo, risulterà l'individuo XX, cioè geneticamente femmina; se invece lo spermatozoo porterà Y, risulterà l'individuo XY, cioè geneticamente maschio.

B. Meiosi

Tuttavia non sempre il processo cromosomico si svolge in modo così regolare. Si possono verificare varie anomalie cromosomiche, e cioè anomalie genetiche della mascolinità e della femminilità con le relative conseguenze morfologiche e comportamentali.[19] Tutto ciò dipenderà dalla regolarità o meno con cui avviene il processo della così detta "meiosi", o riduzione cromosomica diploide.

16 E' stato trovato che il DNA è del 5% di meno nelle cellule con cromosoma Y (cfr. U. MITTWOCH, Genetic of sex differentiation, New York, 1973).

17 Alcuni autori hanno esaminato la media dei cromosomi X e Y negli spermatozoi. Su 50 campioni di sperma umano trovarono che il 36% degli spermatozoi contenevano un singolo Y; l'1% un doppio Y; il 56% un X; il 5% degli spermatozoi erano invece normali. Nel 6% dei campioni più della metà degli spermatozoi contenevano cromosomi Y; in un altro 6%, più dell'80% degli spermatozoi contenevano cromosomi X. Questi esperimenti potrebbero dimostrare il perché alcune famiglie hanno figli predominantemente di un sesso (cfr L. G. QUINLIVAN / H. SULLIVAN, The ratios and separation of X and Y spermatozoa in human semen, Fert. Steril., 1974, 25, pp. 315 – 18).

18 W. LENZ / F. LENZ, Grundlinien der Humangenetik, in P. E. BECKER (a cura di), Humangenetik, Stuttgard 1968, vol. I, pp. 1 – 77

19 J. MONEY / A. A. EHRHARDT, Uomo, donna, ragazzo, ragazza, Roma 1976 pp. 11 – 79, trad. ital. di L. SALKIN-SBIROLI, dall'originale americano: Man, women, boy and girl. The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. Baltimora-Londra 1972

Per tutto il paragrafo sulla meiosi (cfr. J. BERNARD, Myths and mechanisms of meiosis, Chromosoma, 1976, 54, pp. 295 – 325).

L'autore fa l'analisi comparativa del processo meiotico in una vasta varietà di organismi, e presenta in modo critico le ipotesi e i risultati raggiunti dalle molte ricerche sull'argomento.

Con la produzione sessuale, in conseguenza della fecondazione, che consiste nell'unione di due cellele (i gameti) e nella fusione di due nuclei (cariogamia), il numero dei cromosomi si raddoppierebbe ad ogni generazione, se non avvenisse un meccanismo riduttivo, cioè la meiosi.[20]

La meiosi interessa le cellule germinali (spermatociti e ovociti) e conduce alla formazione dei gameti (spermatozoo o cellula uovo). La meiosi consiste in due divisioni consecutive nucleari accompagnate da una sola divisione dei cromosomi. La prima divisione è caratterizzata dall'appaiamento dei cromosomi omologhi (paterno e materno) per tutta la loro lunghezza e dalla separazione dei due omologhi nelle due cellule figlie (spermatociti secondari nel maschio; ovocita secondario e primo globulo polare nella femmina), le quali ricevono perciò un solo elemento di ciascuna coppia di cromosomi omologhi e sono perciò aploidi.

Nella prima divisione però ciascun cromosoma è già raddoppiato in due cromatidi fratelli. Nella seconda divisione meiotica i due cromatidi di ciascun cromosoma vengono separati nelle due cellule figlie (spermatidi del maschio; cellula uovo e secondo globulo polare nella femmina).

Nella meiosi si distinguono varie fasi con relativi stadi. Per il nostro scopo è sufficiente dare uno sguardo all'ultima fase (telofase). In questa fase si hanno come discendenti della cellula originaria quattro nuclei con il numero di cromosomi che si rivestono di membrana ed entrano in fase di quiescenza.[21] Questo stadio corrisponde agli spermatidi nella gametogenesi maschile, allo uovo maturo e ai tre globuli polari in quella femminile. Durante l'appaiamento avviene un fenomeno di grande importanza genetica: lo scambio o "crossing-over".[22] Cioè a dire, nei cromosomi omologhi si verificano rotture in punti corrispondenti, seguite da rinsaldature, che portano allo scambio fra cromosomi stessi. Lo scambio avviene durante lo stadio di pachitene, e i punti di rottura e di incrocio sono rappresentati da chiasmi.[23]

Si sa ancora poco sulla natura delle forze che entrano in gioco nella de-

20 W. LENZ / F. LENZ, "Grundlinien", pp. 4 – 5 P. EBERLE, Die Chromosomenstruktur des Menschen in Mitosis und Meiosis, Stuttgard 1966

21 A. McDERMOTT, Human male meiosis. Chromosome behaviour at pre meiotic and meiotic stages of spermatogenesis, Canad. J. Genet' Cytol. 1971, 13, pp. 536 – 49

22 LENZ / LENZ, ibidem, p. 5

23 Ibidem

terminazione dei fatti fondamentali della meiosi: attrazione e appaiamento tra i cromosomi omologhi, rottura dei cromosomi in punti esattamenti corrispondenti e loro rinsaldatura incrociata.[24]

Si ritiene con certezza che la meiosi e lo scambio sono fenomeni di prima importanza biologica, che accompagnano sempre la riproduzione sessuale.

Nella formazione normale dell'essere umano hanno parte i cromosomi dell'ovocite maturo (22 + X) e gli spermatozoi (22 + X o 22 + Y).[25] Quando si verificano variazioni numeriche o strutturali nella compagine cromosomica (tretraplodia, polipodia, mutazioni cromosomiche ecc.) l'appaiamento – che è estremamente preciso perché ogni punto di un cromosoma può appaiarsi con il suo omologo – può venire turbato. Varie modoficazioni della semplice situazione di XX o XY sono conosciute in specie differenti[26] o come anormalità all'interno della specie.[27] Tuttavia è certo che non si conosce ancora la causa che altera la situazione normale della specie.[28] Comunque, a causa di queste alterazioni ne consegue una meiosi anormale. Le anomalie conosciute nella specie umana, fino ad oggi, in rapporto ai cromosomi X e Y, sono legate alla perdita o all'aggiunta di uno o più cromosomi.

24 J. BERNARD, Myths and mechanisms of meiosis, pp. 295 – 325

25 C. E. FORD, Genetic activity of sex chromosomes cells, Phil. Trans. Roy. Soc. London, 1970, 259, pp. 53 – 55; D. ROSENTHAL, Genetic theory and abnormal behavior, New York 1970; LENZ / LENZ, ibidem, pp. 5 – 9

26. U. MITTWOCH, How does Y-chromosome affect gonadal differentiation?, Phil. Trans. Roy. Soc. London, 1970, 259, pp. 113 – 17

27. P. E. POLANI, Hormonal and clinical aspects of hermaphroditism and testicular feminizing syndrome in man, Phil. Roy. Soc. London, 1970, 259, pp. 187 – 204

28. Recentemente è stata avanzata l'ipotesi che la citogenetica clinica forse dipende da una condensazione prematura dei cromosomi a livello di mitosi. (Cfr. H.G. SCHWARZA, Zellfunzion und vorzeitige Chromosome-Kondensation, Verh. Anat. Gen., 1975, 69, pp. 175 – 7). Il metodo PCC (Premature Chromosome Condensation) usato da questo autore dà, per la prima volta, la possibilità di studiare i processi fisiologici dei cromosomi nei mammiferi (cfr. K. SPERLING / P. N. RAO, The phenomenon of premature condensation: its relevance to basic and applied research, Humangenetik, 1974, 23, pp. 235 – 58).

C. Anomalie cromosomiche

In questo paragrafo ci limiteremo all'esame di alcune anomalie cromosomiche sessuali principali, quali la sindrome di TURNER, la sindrome di KLINEFELTER, la sindrome adrenogenitale, la sindrome dell'insensibilità agli androgeni e la sindrome del cariotipo XYY.

1. Sindrome di Turner

La sindrome di TURNER (X0 o 44,X), o fenotipo femminile, è una anomalia cromosomica che si trasmette geneticamente. Essa è facilmente individuabile mediante il test del corpo di BARR[29], il quale rivela l'assenza di una X nella popolazione femminile. Questa sindrome si presenta con altre varianti citogenetiche, es. X0 / XX; X0 / XXX[30] o si può presentare con 45,X / Y. Siccome non è possibile distinguerla da un punto di vista comportamentale dalle sue varianti[31], non viene fatta alcuna distinzione per il nostro scopo.

L'individuo con questa sindrome manca perciò del secondo cromosoma sessuale Y e non possiede gonadi per la produzione degli ormoni sessuali.[32] A causa di questo difetto genetico non si ha la differenziazione nè delle ovaie nè dei testicoli, e di conseguenza non sono elaborati nè gli androgeni nè gli estrogeni fetali, e neppure si sviluppano le strutture riproduttive interne. Inoltre, in accordo con il principio della differenziazione femminile preferenziale, alla nascita gli organi genitali esterni sono quelli della donna, sebbene

29. M. L. BARR / E. G. BERTRAM, Morphological distinction between neuroses of the male and female, and the behavior of the nucleolar satellite during accelerated nucleoprotein synthesis, Nature, 1949, 163, pp. 676 – 7

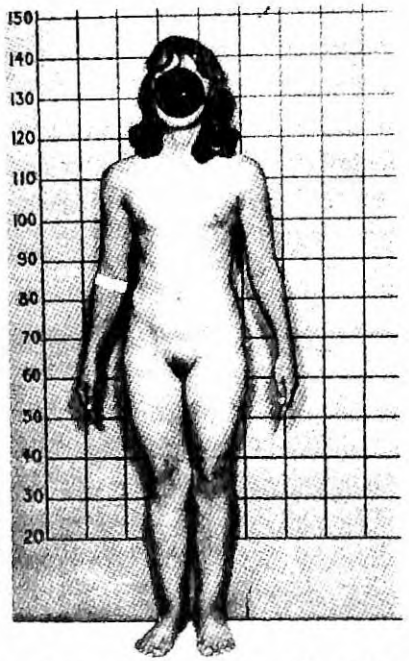
Il corpo di BARR è una macchia colorata (cromatina sessuale) che evidenzia nel nucleo delle cellule di individui con più di un X nel corredo cromosomico.

30. M. SIEGELMAN, XO/XX and XO/XY mosaicism: a study of a family, Obstet. Gynec., 1972, 39, 510– 14; R. VENEZIA, A propos de quatre cas de mosaïque 45,X/46,XY, Arch. Mèd. Quest., 1974, 6, pp. 135 – 42

31. J. MONEY, Human behavior cytogenetics: review of psychopatology in the three syndromes 47,XXY; 47,XYY; and 45,X, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 181 – 200

32. R.J.STOLLER, The 'Bedrock' of masculinity and femininity: bisexuality, Arch. Gen. Psychiat. 1972, 26, pp. 207 – 12

Fig. 2



Donna di 21 anni con sindrome di Turner (45,X). Si noti la bassa statura. Lo sviluppo puberale è legato alla terapia sostitutiva con estrogeni. In questo caso mancano altre apparenti alterazioni anatomiche.

(Da J. MONEY / A. A. EHRHARDT, Uomo, donna, ragazzo, ragazza, Milano 1976, col permesso degli autori).

altre stigmate fisiche accompagnano questa sindrome, come collo palmato[33], bassa statura[34] ecc. (Cfr. fig. 2)

A causa di aplasia gonadica non si verifica la pubertà fisica, a meno che non si faccia una cura di estrogeni. Inoltre queste ragazze sono sterili[35], ma possono presentarsi delle eccezioni[36], hanno una intelligenza media, ma il

33. W. J. GADPAILLE / E. COLO, Research into the physiology of maleness and femaleness, Arch. Gen. Psychiat., 1972, 26, pp. 193 – 206

34. D. C. GARRON e al., An explanation of the apparentliy increased incidence of moderate mental retardation in Turner's syndrome, Beh. Genet., 1973, 3. Questi autori hanno dimostrato che la bassa statura non è necessariamente in rapporto con la sindrome di Turner.

35. K. VASELY, The contribution of pediatric gynecology to pediatric endocrinology, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 188 – 92

36. L. HAUSMANN / K. M. GOEBEL, Turner's syndrome menstruation, J. Med. Genet.,1972, 9, pp. 100 – 2. Questi autori si chiedono se un singolo cromosoma X è sufficiente alla fertilità o se si deve sospettare un fattore mosaico nell'ovaie di donne con sindrome di Turner.

QI verbale è più alto del QI performance[37], e perciò queste ragazze soffrono di un tipo specifico di deficienza spazio-forma.[38]

E' da notare che l'identità di genere di queste donne è femminile in tutti i sensi, anzi secondo i test psicologici, che differenziano le attitudini maschili da quelle femminili, le ragazze X0 confrontate con le ragazze XX sono risultate più femminili.[39] Esse sono molto materne e buone madri adottive, e nonostante il loro handicap, la maggior parte di esse non mostrano disturbi emozionali,o psicosessuali o d'instabilità.[40] Ma è pure provato che queste donne non sono totalmente invulnerabili. Infatti, in alcuni casi, sebbene pochi, si sono verificati sintomi psichiatrici, come depressione suicida, schizofrenia e dissociazione isterica con personalità multipla.[41] Secondo alcuni ricercatori questi disturbi si manifestano in relazione agli stress della vita familiare o con terapie fatte in età non appropriate.[42]

Infine è da notare che la sindrome di Turner dimostra che nè il secondo cromosoma X nè gli estrogeni fetali sono necessari per la differenziazione sia della morfologia sia dell'identità di genere femminile. Così concludono EHRHARDT e collaboratori:

> "Turner's syndrome therefore teaches that neither a second X chromosome nor a fetal ovary is essential to the subsequent differentiation of female gender identity".[43]

Dalle ultime ricerche risulta che l'incidenza di questa sindrome è di una bambina su 25000 nate.[44] Sono pochissimi i casi in cui questa sindrome è apparsa in una stessa famiglia.[45]

37. J. MONEY / A. A. EHRHARDT, Prenatal hormonal exposure: possible effects on behavior in man, MICHAEL (a cura di), Endocrinology and human behavior, Londra 1968, pp. 32 – 48

38. J. MONEY, Turner's syndrome and parietal lobe function, Cortex, 1973, 9, pp. 385 – 92

39 A. A. EHRHARDT e al., Female gender identity and absence of gonadal hormones : Turner's syndrome, Johns Hopkins Med. J., 1970, 126, pp. 236 – 48

40 J. MONEY / S. MITTENTHAL, Lack of personality pathology in Turner's syndrome: relation to cytogenetics, hormones and physique, Beh. Genet., 1970, 1, pp. 43 –56

41 S. CHRISTODERESCU e al., Psychiatric disturbances in Turner's syndrome, Psychiat. Clin., 1970, 3, pp. 114 – 24

42 J. MONEY / S. MITTENTHAL, "Lack of personality", pp. 43 – 56

43 A. A. EHRHARDT, "Female gender", p. 247

44 MONEY, "Human behavior", p. 191

45 D. B. DUNLAP e al., The occurence of the 45,X Turner's syndrome in sisters, J. Clin. Endocr., 1972, 34, pp. 491 – 7

2. Sindrome di Klinefelter

Anche la sindrome di Klinefelter (cariotipo XXY), o fenotipo maschiloide, come quella di Turner, presenta delle varianti, per es. XXXY, XXXXY,[46] XXY con traslocazione di due autosomi[47] oppure XXYY[48] ecc.

La persona con tale sindrome presenta corpo e abiti maschili a causa dello influsso del cromosoma Y, sebbene il suo effetto sia indebolito dalla presenza del secondo cromosoma X. Nonostante l'individuo nasca con pene e testicoli, il pene e comunemente piccolo[49] e i testicoli sono ritenuti a causa della degenerazione dei tuboli spermatici[50], con conseguente sterilità.[51] Il livello della produzione androgena dei testicoli varia da caso a caso.[52]

Nell'adolescenza, alcuni di questi individui sviluppano ginecomastia o altri contorni femminili.[53]

Gli individui con questa sindrome costituiscono una popolazione con forti disturbi psicopatologici di ogni tipo.[54]

Tra i disturbi psicopatologici sessuali si elencano anomalie di identità di genere o differenziazione sessuale inadeguata, come trasvestitismo, transessualismo[54] e varie forme di omosessualità e bisessualità.[55]

46 M. D. CUNNINGHAM / J. L. RAGSDALE, Genital anomalies of an XXXXY male subject, J. Urol., 1972, 107, 872 – 4

47 W. LENZ, ibidem, vol.III /1, pp.333 – 47; O. P. HORNSTEIN e al., Die XXYY Variante des Klinefelter Syndroms, Dtsch. Med. Wschr.1974, 99, pp. 248 – 51

48 L. H. LEVISON, Dizygotic twin with XXYY Chromosome aneuploidy and diffuse sexual orientation, with review of XXYY cases, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, 231 – 9

49 C. E. WESNER e al., Prepubertal Klinefelter syndrome: a report of six cases, J. Ment. Defic. Res., 1973, 17, pp. 237 – 357; J. WEILL / J. BERNFELD, Le syndrome de Klinefelter chez l'enfant, Cah. Méd., 1972, 13, pp. 181 – 87

50 D. L. GORDON e al., Pathology testicular finding in Klinefelter's syndrome, 47,XXY vs 46,XY/47,XXY, Arch. Intern. Med., 1972, 130, pp. 726 – 29

51 L. G. FOSS / F. J. W. LEWIS, A study of four cases with Klinefelter's syndrome showing motile spermatozoa in their ejaculates, J. Reprod. Fertil., 1971, 25, pp. 401 – 8

52 M. FROMANTIN e al., Etude de vingt cinq observations de syndrome de Klinefelter depistés à l'occasion du service militaire, Ann. Endocrin., 1971, 32, pp. 653 – 60

53 M. SHIRAI / S. MATSUDA, Pituitary and gonadal function in chromatin positiv XXY Klinefelter's syndrome, Tohoku J. Exp. Med., 1973, 110, 347 – 57

54 A. WAKELING, Comparative study of patients with Klinefelter's syndrome and hypogonadism, Psychol. Med.,1972, 2, pp. 139 – 54; G. M. MOLINATTI e al., La sindrome di Klinefelter. Rilievi clinici, laboratoristici, psichiatrici, citogenetici ed istopalogici in 28 casi personali, Minerva Med., 1974, 65, pp. 1009 – 31

55 C. E. WESNER e al., Prepubertal Klinefelter syndrome: a report of six cases, J. Ment. Defic. Res., 1973, 17, pp. 237 – 57

L'incidenza di questa sindrome non si conosce ancora in modo attendibile.[56]

MONEY ed EHRHARDT, in base alle loro ricerche, sostengono che "le anomalie dell'identità di genere non sono molto frequenti e certamente non sono in relazione al cromosoma X soprannumerico. Sarebbe vano quindi ogni tentativo di correlazione fra ermafroditismo psichico e citogenico. Si può invece ipotizzare che un cromosoma X in più introduca un elemento di instabilità nel funzionamento dei circuiti cerebrali, che può manifestarsi come una intrinseca vulnerabilità dello sviluppo psichico, comprendente, fra l'altro, una anomalia della differenziazione dell'identità di genere".[57]

3. Sindrome adrenogenitale

La sindrome adrenogenitale è dovuta a iperplasia adrenale congenita.[59] Il genotipo è XX.[60] E' chiamata adrenogenitale perchè le surrenali difettano di funzionamento durante l'inizio della vita fetale, causando così difetti anatomici genitali se il feto è femminile. Perciò il primo difetto è genetico e viene trasmesso come carattere recessivo[61], che impedisce la normale produzione

56 S. WALZER / I. HURWITZ, Psychosexual ambiguity in Klinefelter's syndrome, Sem. Psychiat., 1970, 2, 53 – 64

57 E. B. HOOK, Behavior implications of the human XYY genotype, Science, 1973, 179, pp. 139 – 50

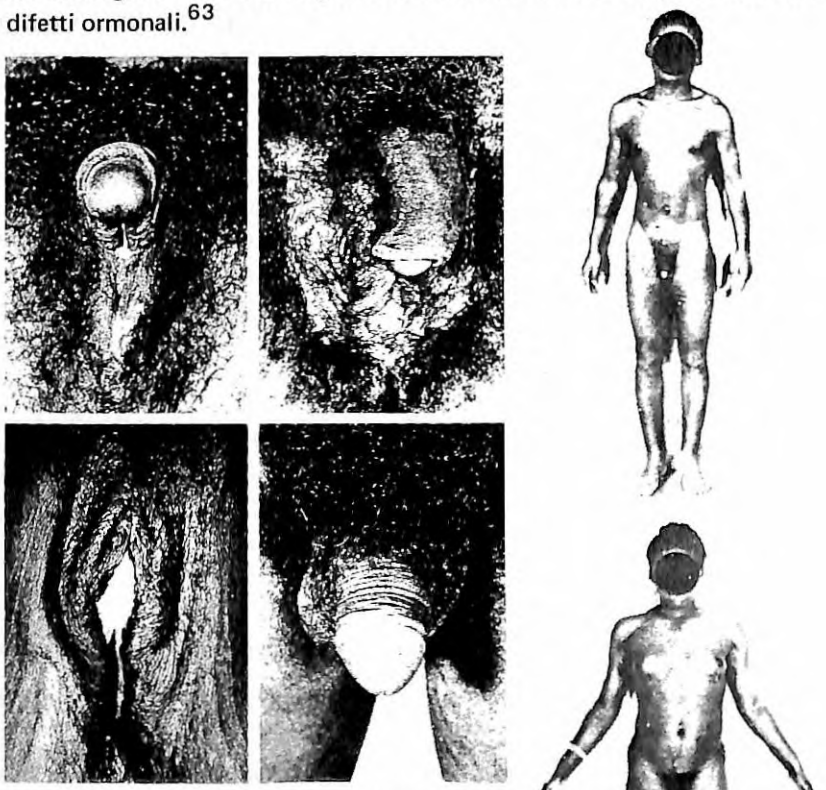
58 MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", p.51

59 M. I. NEW / L. S. LEVINE, Congenital adrenal hyperplasia, Adv. Hum. Genet., 1974, 4, p. 251; C. G. D. BROOK e al., Familial congenital adrenal hypoplasia, Helv. Paediat. Acta, 1973, 38, pp. 277 – 82

60 È stata trovata una differenza significativa tra la lunghezza del braccio corto dei 2X cromosomi. Ed è stato pure notato che il braccio corto della X più lunga é notevolmente differente da quello del cromosoma X più lungo nei confronti degli individui normali. La differenza sta soprattutto nella misura della parte terminale del braccio corto. Questi risultati sono perciò in accordo con l'ipotesi dell'intercambio di X - Y. (Cfr. M. A. FERGUSON-SMITH, X-Y chromosomal interchange in the aetiology of true hermaphroditism and XX Klinefelter's syndrome, Lancet, 1966, 2, pp. 475 – 76). Questo autore sostiene che il trasferimento del materiale cromosomico di X è responsabile del fenotipo maschile, almeno in alcuni casi di uomini con cariotipo XX. (Cfr. M. KAMLESH, Chromosome measuraments on an XXp + male, Hum. Genet., 1976, 32, pp. 141 – 2).

61 WAH JUN T. e al., Congential adrenal hyperplasia: Case report indyzycotic twins, Pediatrics, 1972, 50, pp. 137 – 9; E. M. SCOTT, Genetic disorders in isolated populations, Arch. Envitonm., 1973, 26, 32 – 5

di cortisone, permettendo invece una eccessiva produzione di ormoni maschili, cioè androgeni.[62] La sua diagnosi nell'infanzia sembra comporti difficoltà per difetti ormonali.[63]



Particolari pre e post-chirurgici dei genitali esterni dei pazienti. L'intervento è stato effettuato tra gli 11 e 12 anni di età.

Due soggetti ermafroditi, geneticamente femmine, con sindrome adrenogenitale; ambedue con una storia di mancato trattamento chirurgico-ormonale in età precoce. Ambedue erano stati assegnati al sesso opposto ed avevano ricevuto un'educazione ambigua. Successivamente però avevano risolto il loro problema decidendo per un riassegnamento di sesso, uno come femmina l'altro come maschio, e quindi furono sottoposti a terapia chirurgica-ormonale in accordo con l'identità di genere. Al momento in cui furono eseguite queste fotografie, il soggetto a sinistra aveva 12 anni e 8 mesi, mentre quello a destra aveva 11 anni e 7 mesi.

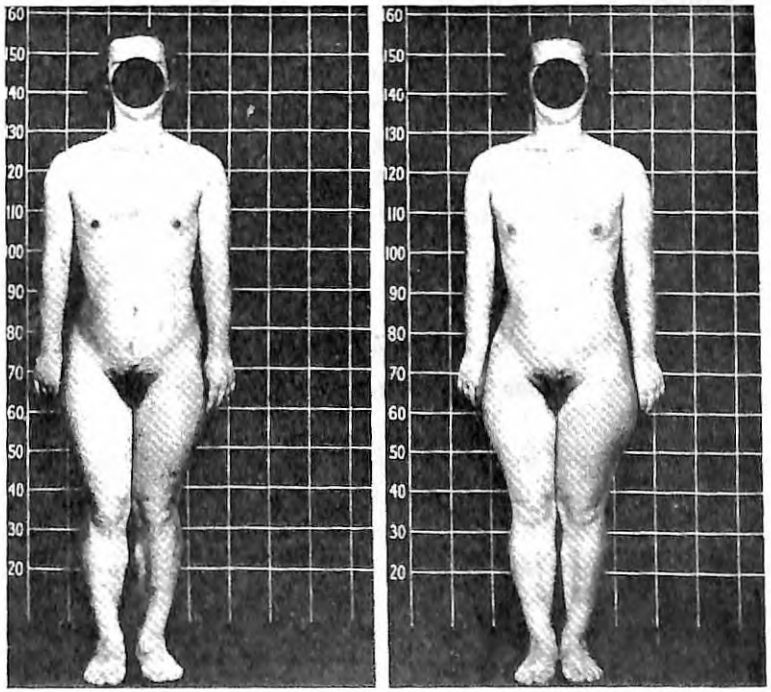
Fig. 3 (Da MONEY – EHRHARDT, "Uomo, donna")

62 M. E. RIOS, An XX male: Cytogenetic and endocrine studies, Clin. Genet., 1975, 7, pp. 155 – 62

63 C. H. SHACKLETON e al., Difficulties in the diagnosis of the adrenogenital syndrome in infancy, Pediatrics, 1972, 49, pp. 198 – 205

Nelle donne, questa sindrome produce uno pseudoermafroditismo, con vari gradi di mascolinizzazione degli organi genitali (scroto e pene). Le gonadi sono ovaie, le strutture del dotto mülleriano si differenziano in modo più o meno normale, la vagina si apre usualmente nell'uretra.[64] (Cfr. fig. 3 – 4).

Fig. 4



Aspetto fisico maschile di una ragazza all'età della pubertà con sindrome adrenogenitale non trattata. A destra si vede lo sviluppo mammario dopo terapia con cortisone.

(Da MONEY – EHRHARDT, "Uomo, donna").

La crescita postnatale avviene in modo rapidamente anormale, con sproporzioni tra tronco e arti inferiori, e altri difetti fisici. La virilizzazione comincia prestissimo; lo sviluppo appare precocemente mascolino: con barba, voce bassa, mancanza della crescita dei seni[65]; il menarca si può verificare

64 MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", p. 112 ss.

65 R. LISKER e al., A case of XX male syndrome, J. Med. Genet., 1970,7,. pp. 390 – 8

più tardi nei confronti dei soggetti normali[66], mentre non si verificano le mestruazioni.[67]

Dal punto di vista psicosessuale, se non trattati in tempo, immagine del corpo, interazione parentale e socio-culturale sono maschili; così sports, giuochi, vestiti ecc. sono maschili; possono non mostrare grande interesse alla vita amorosa.[68]

Con una cura di cortisone, durante l'infanzia e durante la vita adulta, si possono prevenire i difetti di una crescita troppo precoce, troppo ritardata o difetti per una forte mascolinizzazione; mentre una operazione chirurgica dá a queste ragazze la possibilità fisica e di una identità femminile di genere, e di dare alla luce bambini normali con la possibilità anche di allattarli.[69]

4 Sindrome dell'insensibilità agli androgeni o della femminilizzazione dei testicoli

Nella sindrome della insensibilità agli androgeni l'individuo possiede XY cromosomi maschili.[70] Questo tipo di sindrome è stato trovato associato alla 47,XYY[71] e alla 0X / XX[72] o a un nuovo caso trovato recentemente di tipo mosaicismo quadruple XX / XY / XXY / XXXY.[73] E' stato riscontrato che

66 H. W. JONES, jr., / B. S. VERKAUF, Congenital adrenal hyperplasia: age at menarche and related events at puberty, Am. J. Ostet. Gynec., 1971, 109, pp. 292 – 8

67 W.J. GADPAILLE / E. COLO, Research into the physiology of maleness and femaleness, p. 198

68 V. LEWIS e al., Genital operation in girls with the adrenogenital syndrome: subsequent psychologic developmant, Obstet. Gynec., 1970, 36, pp. 11 – 15

69 MONEY / Ehrhardt, "Uomo, donna", pp. 113 – 14

70 J. P. BETELHO VIEIRA FILHO J. P. e. al., pseudo hermafroditismo masculino: estudo de un caso com feminização incompleta, Rev. Assoc. Med. Bras. 1973, 19, pp. 409 – 16

71 Cfr. nota 69.

72 G. CAGNARRO e al., Un caso di ermafroditismo con raro mosaicismo, Studi Sassaresi, 1973, 51, pp. 123 – 41

73 B. ELWALL / J. RAITALU, Karyotype XX / XY / XXY / XXXY in a Klinefelter patient, Hereditas, 1971, 69, pp. 100 – 5

la struttura della florescenza del cromosoma Y, in questa sindrome, è normale come negli uomini con cariotipo normale.[74]

Sono stati ipotizzati tre modi di trasmissione ereditaria: 1) attraverso un gene recessivo legato al cromosoma X; 2) attraverso un gene autosoma dominante e limitato al maschio; 3) attraverso un gene dominante legato al cromosoma X limitato al maschio.[75]

In questa sindrome si presume che le cellule del corpo (comprese quelle del cervello), a causa di un difetto ereditario negli enzimi cellulari, non rispondano all'effetto dell'androgeno dei testicoli fetali.[76] L'inibita sostanza mülleriana dei testicoli riduce le strutture mülleriane a vestigi. Tuttavia, a causa del difetto cellulare il feto si sviluppa come se l'androgeno non ci fosse, cosicché i genitali esterni sono quelli di una femmina[77], e il neonato sembra una bambina perfettamente normale.[78] Non è raro che questi pazienti presentino una neoplasia gonadica.[79]

Alcuni autori sostengono che questa anomalia è possibile identificarla già alla nascita o durante l'infanzia, a causa di un sottosviluppo dei genetali esterni femminili o per una incompleta o marcata malformazione delle labbra minori.[80] Tuttavia di solito la paziente viene cresciuta come una bambina fino a quando, alla pubertà, a causa della mancata mestruazione, il difetto non si rivela.[81] E sebbene, in casi particolari, i testicoli producano una quantità normale di sostanza ormonale maschile, il suo corpo risponde alla piccola

74 L. R. NEU e al., Normal Y chromosome fluorescent pattern in testicular feminization, Am. J. Obstet. Gynec., 1972, 114, pp. 932 – 33

75 MONEY / EHRHARDT, "uomo, donna", p. 126

76 Y. CASTEL e al., Le syndrome de féminisation testiculaire. A propos de 2 observations personnelles, Sem. Hôp. , 1973, 49, pp. 167 – 74; R. WITKOWSKI e al., Testiculare Feminisierung bei Einem von Zwei genetisch männlichen Zwillingen, Z. Ges. Inn. Med., 1971, 26, 749 – 51

77 S. K. KHOO / E. V. MACKAY, Testicular feminization. The clinical feature, endocrine and gonadal pathology in six patients, Austr.NZ. J. Obstet. Gynaec., 1972,12 pp. 1– 13

78 K. VESELY, The contribution of pediatric gynecology to pediatric endocrinology, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 188 – 92

79 M. J. O'CONNELL e al., Testicular feminization syndrome in three sibs: emphasis on gonadal neoplasia, Am. J. Med. Sci., 1973, 25, pp. 321 – 33

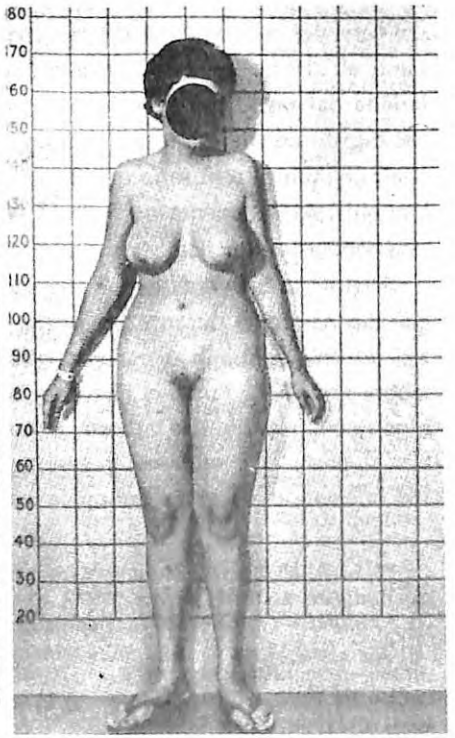
80 D. ORYWALL / J. DILGER, Frühnachweis der testikularen Feminisierung, Diagnostic, 1973, 6, pp. 293 – 6

81 G. PEREZ PALACIOS / R. B. JAFFE, The syndrome of testicular feminization, Pediat. Clin. N. Am., 1972, 19, pp. 653 – 67

quantità di estrogeno prodotto normalmente nei testicoli, per cui lo sviluppo esterno del fisico, al tempo della pubertà, è quello tipico femminile: come crescita dei seni, abito ecc.[82] Comportamento, interessi e atteggiamenti sono femminili. Le pazienti funzionano perfettamente come donne e madri adottive una volta fatta una appropriata operazione dei genitali e fatta una adeguata cura di ormoni.[83] (Cfr. fig. 5).

Fig. 5

Aspetto femminile dei genitali esterni in un soggetto adulto con sindrome del testicolo femminilizzante.



Aspetto fisico in un soggetto adulto con sindrome del testicolo femminilizzante

(Da MONEY – EHRHARDT . "Uomo, donna").

82 M. VITSE e al. , Etude familiale d'un syndrome de Morris. A propos de quatre cas, Rev. Franç. Gynéc., 1973, 68, pp. 501 – 6

83 D. N. MASICA e al., Fetal feminization and female gender identity in the testicular feminizing syndrome and androgen insensivity, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 131–42; MONEY / EHRHARDT, ibidem, pp. 129 – 33

5 Cariotipo XYY

Accenniamo in fine al cariotipo XYY, poiché ha importante rilevanza per le sue implicazioni nel comportamento sessuale, sebbene non sia legato alla identità di genere in modo fondamentale.[84] (Cfr. fig. 6).

A questo cariotipo corrispondono soggetti di sesso machile.[85]

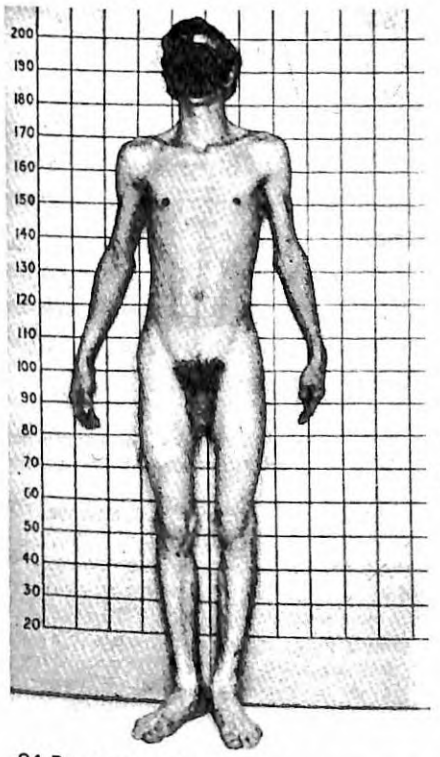


Fig. 6

Maschio adulto, alto piú di due metri, con cariotipo 47,XYY. L'altezza elevata è caratteristica di questa sindrome.

(Da MONEY – EHRHARDT, "Uomo, donna").

84 Per un approfondimento di questo cariotipo dal punto di vista psicologico e psichiatrico (cfr. E. ZENTHREN e al., A psychiatric-psychological study of XYY males found in a general male population, Acta Psychiat. Scand., 1975, 51, pp. 3 – 18

85 Prima della scoperta della colorazione alla chinacrina (quinacrine staining) 1969 (cfr. L. ZECH, Investigation of metaphase chromosomes with DNA-binding fluorochromosomes, Exper. Cell Res., 1969, 58, p. 463), che produce un riflesso fluorescente, segnando così la presenza di uno o più Y, le ricerche su questo tipo erano difficili e costose (cfr C. D. SOLAR / I. A. UCHIDA, Identification of chromosomal abnormalities by quinacrine-staining technique in patients with normal karyotypes by conventional analysis, J. Pediat., 1974, 84, pp. 534 – 8. E' tuttavia da notare che allorché si tratta di

Dai risultati ottenuti da HOOK[86], che ha recensito 63 ricerche fatte tra detenuti, il 2% di essi possedevano cariotipo XYY; NOEL e RAVIL invece non trovarono nessun detenuto con cariotipo XYY tra i detenuti di una delle più grandi prigioni francesi.[87] Secondo altri ricercatori la frequenza è di 1,5 su 1000 nati .[88]

La maggior parte degli studi fatti sul comportamento di pazienti con cariotipo XYY sono in favore di una disabilità comportamentale[89] e sembra che essi si trovino pure in svantaggio rispetto a quelli con cariotipo XXY.[90] La magggior parte degli investigatori hanno rivolto la loro attenzione sul comportamento aggressivo e criminale dei soggetti con XYY[91], e soprattutto su quello sessuale. Essi hanno trovato che, oltre all'omosessualità consenziente e alla bisessualità, il loro comportamento include: incesto bisessuale con bambini, pedofilia, voyerismo, esibizionismo, travestitismo, violenza carnale, sadomasochismo e a volte omicidio a scopo sessuale.[92]

Contrariamente alla sindrome XXY, nella sindrome XYY non si conosce una correlazione endocrina e metabolica per poter ipotizzare sulla eziologia della debilità comportamentale, giacché la variabilità dei livelli di androgeno, dopo la pubertà, non è tale da poter essere indicata come causa.[93]

piccoli cromosomi Y, non sempre essi si rivelano fluorescenti, e ciò è importante per la determinazine del sesso (cfr. D. S. BORGACONKAR, Non fluorescent Y chromosome, Lancet, 1971, 1, p. 1017.

86 S. B. HOOK, Behavior implication in the human XYY genotype, Science, 1973, 179, pp. 139 – 50

87 A. KASSLER / R. H. MOOS, The karyotype XYY and criminality: a review, J. Psychiat. Res., 1970, 7, pp. 153 – 70; cfr. pure E. DI MARCO, Prospettive attuali sui rapporti tra anomalie cromosomiche e criminalità, Neuropsichiatria, 1971, 27, 147 – 62

88 D. R. PTCHER, The XYY syndrome, Brit. J. Hosp. Med., 1971, 5, pp. 379 –93

89 J. MONEY e al., Impulse, aggression and sexuality in the XYY syndrome, St. John's Law Review, 1970, 44, pp. 220 – 35; W. H. PRINCE / P. A. JACOBS, The 47,XYY male with special reference to behavior, Sem. Psychiat., 1970, 2, pp. 30 – 9

90 J. MONEY e al., Cytogenetics, hormones and behavior disability: comparation of XYY and XXY syndromes, Clin. Genet., 1974, 6, pp. 370 – 82

91 M. T. ALAN e al., The XYY syndrome in adolescent male exhibiting prominent behavioral problems, Clin. Genet., 1972, 3, 162 – 8

92 D. BAKER e al., Chromosome errors in men with Klinefelter's syndrome and XYY chromosome pattern, JAMA, 1970, 214, pp. 869 – 78

93 A. BAGHDASSARIAN e al., Testicular function in XYY men, John Hopkins Med. J., 1975, 136, pp. 15 – 24; H. FORNARI, Disgonosomie e criminalità. Studio criminologico clinico, a fini forensi di un soggetto omosessuale, transessuale, ladro e rapinatore, portatore di un corredo cromosomico 47,XYY, Ann. Freniat. Sci. Affini, 1973, 86, pp. 311 – 35

D'altra parte è da notare che non è stato ancora confermato che tutti i pazienti con cariotipo XYY sono da stereotiparsi come criminali, violenti e aggressivi[94], come pure non tutti i delinquenti presentano cariotipo XYY[95].

94 J. MONEY, Human behavior cytogenetic: review of psychopathology in three syndromes -47,XXY; 47,XYY; and 45,X, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 181 – 200; B. NOEL e al., The XYY syndrome: reality or myth?, Clin. Genet., 1974, 5, pp. 387 – 94

95 V. MEKANANDHA / S. BANPOTKASEN, Cytogenetic study in severe juvenile delinquents, J. Med. Ass. Thailand, 1971,35, pp. 1475 – 82

Su 100 casi questi autori non ne trovarono uno con cariotipo XYY.

Capitolo II

EMBRIOLOGIA SESSUALE

Una volta che i cromosomi hanno dato informazioni alla gonade indifferenziata, il pilotaggio della formazione dell'embrione passa alla gonade e agli ormoni prodotti dalle sue cellule.

Nella breve sintesi che noi faremo delle varie tappe di questo processo (per una completa conoscenza dell'argomento rimandiamo alla relativa bibliografia[96]), inizieremo con il concepimento, passeremo al sistema genitale primario e concluderemo con la differenziazione sessuale.

A. Concepimento

Nella complessità del processo del concepimento, dopo aver dato un breve accenno alla spermatogenesi e all'ovogenesi, sintetizzeremo il fenomeno della fertilizzazione, facendo seguire alcuni chiarimenti su quello dell'infertilità, per concludere con l'implantazione.

1. La spermatogenesi[97]

Recentemente è stato ipotizzato che l'inizio della spermatogenesi è dovuta all'azione degli androgeni.[98] E'certo invece che gli spermatozoi[99] sono formati da cellule basi o spermatogonia nei tuboli seminiferi.[100] La loro produzione dalla puberta alla morte dell'individuo e la loro sopravvivenza dell'apparato genitale, va dai 3 ai 4 giorni. L'uomo espelle ad ogni eiaculazione circa 150 – 160 milioni di spermatozoi.

Nella gametogenesi[101] le anomalie possono avvenire sia a livello cromosomico che a livello autosomico. Altre anomalie possono derivare a causa della particolare morfologia dello spermatozoo: esso può presentarsi con due crosomi, invece che con uno come avviene normalmente.[102]

96 W. J. HAMILTON / H. W. MOSSMAN, Human Embryology, Baltimora 1972

97 W. HILSCHER, Kinetik der Präspermatogenese und Spermatogenese, Verh. Ant. Gen., 1974, 68, pp. 39 – 62; H. WARTENBERG, Spermatogenese-Oogenese: Ein cytomorphologischer Vergleich, Verh. Anat. Gen., 1974, 68, pp. 63 – 62

98 Per la struttura dello spermatozoo (cfr. H. PERDERSEN, Further observation on the fine structure of the human spermatozoo, Z. Zellforsch., 1972, 123, pp. 305 – 15).

99 C. HILINGER / E. WEBER, Zur Structur des Tubulus Systemes in menschlichen Hoden, Z. Anat. Entwicl. Gesch., 1973, 139, pp. pp. 217 – 26

2. La ovogenesi[103]

Le uova sono formate nelle ovaie dalle cellule dette ovogonia.[104] Si ritiene che il loro numero alla nascita sia di 200 - 400 mila, e si pensa che dopo la nascita non ne vengano più prodotte. Tra di esse circa 200 - 400 raggiungono la maturità al tempo della pubertà.

Si sa che ogni ciclo mestruale corrisponde alla maturazione di un ovocite[105], il quale è destinato a diventare uovo maturo.

Come nella gametogenesi, a volte, oltre alle anormalità cromosomiche - che nella donna sono più vulnerabili (e pare che ciò sia dovuto alla differenziazione sessuale della cronologia della gametogenesi, il cui processo nella

100 H. SEGUCHI'e al., Ultramikroskopische Untersuchungen am Tubulus Seminiferus bei Kindern von der Geburt bis zur Pubertät, Verh. Anat. Gen., 1974, 68, 19

101 G. T. BAKER, Gametogenesis, Acta Endocr., 1972, 71 (sup. 166), pp. 18 –41

102 Negli individui con cariotipo 47,XYY, la spermatogenesi è il più delle volte menomata (cfr. E. ZEUZHEN e al., XYY males found in a general male population: Cytogenetic and physical examination, Hereditas, 1973, 74, pp. 283 – 90).

103 E. ANDERSON, Comparative aspects of the ultrastructure of famele gamete, Int. Rev. Cytol., 1974, 4 (sup.), pp. 1 – 70; S. S. GURAYA, Morphology, hystochemistry, and biochemistry of human oogenesis and ovolution, Int. Rev. Cytol., 1974, 37, pp. 121 – 51

104 J. BRUSLE, Les infrastructures germinales femelles precoces (gonocytes, ovogonies et ovocytes), Ann. Biol., 1972, 11, pp. 505 – 71

105 J. S. LOPEZ ARRANZ e al., Aportación al conocimiento de las variaciones ultraestructurales en el oocito durante su maturación, Ann. Ant., 1971, 20, pp. 441 – 62; H. KRAUSOVA / J. MARTINEK, Ultrastructure of the human oocyte in the prenatal period, Folia Morphol., 1972, 20, pp. 76 – 78

donna comincia durante la vita fetale[106] e s'interrompe per circa 12 mesi) - si possono verificare anomalie morfologiche dell'ovocita, per es. un ovocita con due nuclei, o due ovociti in uno stesso follicolo.[107]

3. La fertilizzazione[108]

Una volta avvenuta l'ovulazione[109], che coincide con la prima divisione di maturazione e con l'eliminazione del primo corpo polare, l'uovo viene catturato dall'ampolla del tubo fallopiano, a metà strada del quale viene raggiunto dagli spermatozoi, tra i quali solo uno riesce a penetrarlo. Il modo con cui lo spermatozoo penetra la capsula dell'uovo non è ancora conosciuto. Comunque esso penetra l'uovo circa 10 ore dopo il coito e la loro unione deve verificarsi entro le 48 ore dall'ovulazione, altrimenti l'uovo non ha più la capacità di essere fecondato.[110]

Una volta avvenuta la fertilizzazione l'uovo fecondato entra in azione, si modifica il citoplasma, la membrana e i nuclei: si ha così la ricostruzione del numero diploide dei cromosomi e la determinazione del sesso per mezzo del cromosoma X o Y.[111]

106 J. M. LUCIANI / A. STHAL, Etude des stades de debut de la meiose che l'ovocyte foetal human, Rev. Cent. Host. Univ. 1971, 22, pp. 29 – 34; A. STHAL / J. M. Luciani, Nucleoli and chromosomes: Their relationships during the meiotic prophase of the human fetal oocyte, Humangenetik, 1972, 14, pp. 269 – 84

107 H. KRAUSOVA / R. KRAUS, Fine structure of the primary follicles in man, Folia Morphol., 1974, 22, pp. 41 – 4

108 D. von STARK, Embriology, Stoccarda 1975, p. 7. 45.ss.

109 S. S. GURAYA, "Morphology, hystochemistry", ibidem.

110 P. SUPART / L. L. MORGENSTERN, Human sperm capacitation and in vitro fertilization, Fert. Steril., 1973, 24, pp. 462 – 78.

Oltre alla fertilizzazione artificiale in vitro si è sperimentato la fertilizzazione in utero mediante sperma surgelato (cfr. R. S. LIGHTFOOT / S. SALOMON, Fertility of ram spermatozoa fronzen by the pellet method. I. Transport and variability of spermatozoa withn the genital tract of the ewe, J. Prod. Fert., 1970, 22, p. 395. Questi autori trovarono che gli spermatozoi nel tratto genitale sopravvivevano , con possibilità di fecondazione, da 18 a 35 ore, e che lo sperma surgelato aveva una capacità di fertilizzazione più bassa di quello fresco.
Per le implicazioni legali e socio-morali della fecondazione artificiale cfr. R. G. EDWARD, Fertilization of human eggs in vitro: morals ethics and law, Rev. Biol., 1974, 49, pp. 3 – 26.

111 Cfr. nota 108

4. Infertilità

Le cause di infertilità possono essere di diversa natura. Ci si è domandato se l'infertilità può dipendere da cause cromosomiche.[112] In 70 casi con azoospermia e oligospermia è stato trovato che il 14% avevano anormalità cromosomiche.[113] Così pure ad un esame citogenetico fu riscontrato che su 57 individui 11 presentavano anormalità cromosomiche, tra cui XXY, XY/XXY, XX, XYY e fattori di traslocazione DD, mentre non risultò chiara la correlazione tra oligospermia e plasma FSH.[114]

Altre cause dell'infertilità maschile possono essere: lesioni testicolari, infezioni alla prostata [115], criptorchidismo, ipotiroidismo e diabete. Mentre invece non è ancora chiaro dalle varie ricerche fatte fino ad ora se vi è un rapporto tra nicotina e infertilità[116] o tra caffeina e infertilità[117], a parte le reazioni fisiologiche che la nicotina e la caffeina provocano.[118]

Tra le varie cause dell'infertilità femminile (o sterilità) vengono elencate le seguenti: anormalità cromosomiche[119], mancanza di ovulazione, che a sua

112 K. KOERNER, Zytogenetische Untersuchungen bei Infertilität, Zbl. Gynäk., 1975, 97, pp. 467 – 74

113 R. L. NEU e al., A 46,XXq male with aspermia,Fert. Steril., 1973, 24, pp. 811 – 13; C. LAURENT e al., Facteurs genetiques dans la sterilitè masculine, Lyon Mèd., 1973, 229, pp. 883 – 7; H. SAITO, Male infertility. Lactic dehydrogenese isozymes of the seminal plasma of infertility male, Acta Urol'Jap., 1970, 16, pp. 222 – 30; B. Le LORIER e al. ,Incidences des anomalies chromosomiques dans la sterilitè masculine. A propos d'une ètude de 40 cases, Presse Mèd., 1971, 79, pp. 1231 – 4

114 D. M. De KRETSER e al., Hormonal, histological and chromosomal studies in adult males with testicular disorders, J. Clin. Endocr., 1972, 35, pp. 392 – 401; J. PHILIP e al., Cytogenetic investigation in male infertility, Acta Obstet. Gynec. Scand., 1970, 49, pp. 235 – 9

115 N. E. SKAKKEBAEK e al., Quantification of human seminiferous epithelium. III. Histological studies in 44 infertile men with normal chromosomes complements, Acta Microb. Scand. Sect. A., 1973, 81, pp. 97 – 111

116 G. SUBAK- SHARPE, Is yuor sex life going up in smoke?, Today's Health, Agosto 1974; C. SCHIRREN, Die Wirkung des Rauches auf Generations-und Sinnesorgane, Rehab. Med., 1972, 25, pp. 23 – 4; M. R. BRIGGS, Cigarette smoking and fertility in men, Med. J. Austr., 1973, 7, pp. 616 – 17

117 D. SCOENFELD, Stimulation of jaculated human spermatozoa by caffeine, Fert. Steril., 1973, 24, pp. 772 – 5

118 D. T. STERLIMG / D. KOBAYASHI, A critical review of reports on the effect of smoking on sex and fertility, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 201 – 17

119 H. NANKIN / T. LOIUDICE, Primary amenorrhea in a 46,XX / 46,XXq female, Obstet. Gynec., 1974, 44, 42 – 6

volta può dipendere da deficienza ormonale[120]; deficienze vitaminiche, anemia, malnutrizione[121]; droghe varie; fattori psichici[122]; contraccettivi orali, anche se avviene raramente[123]; infezioni e malformazioni dell'utero o della vagina; o possono esserne causa anche le ovaie, allorché impediscono il passaggio dello sperma e dell'uovo nel sito della fertilizzazione.

5. Implantazione

Alla fine della prima settimana di sviluppo il blastocite, inizialmente libero nella cavità uterina, si fissa sull'epitelio uterino. Questo processo è conosciuto come implantazione (o nidazione).[124] L'implantazione dell'uovo si vertifica tra il sesto e il dodicesimo giorno dalla fertilizzazione, con l'aiuto del trofoblasto e il risultato di uno stretto rapporto tra uovo e organismo materno, il quale permette scambi essenziali per lo sviluppo dell'embrione. Il trofoblasto rappresenta l'inizio della placenta.[125]

L'implantazione nell'utero è possibile solo dopo che l'endometrio è stato preparato a ricevere l'uovo da precise condizioni endocrine ad un dato momento del ciclo ovarico.[126]

120 G. W. HARRIS / F. NAFTOLIN, The hypothalamus and control of evolution, Brit. Med. Bull., 26, 1970, pp. 3 – 9; W. S. ARRATA / L. IFFY, Normal and delayed ovolution in the human, Obstet. Gynec. Surv., 1971, 26, pp. 675 – 89

121 P. DRAK / J. KOPECNY, Sterility in female smokers and nonsmokers, Zbl. Gynäk., 1970, 92, pp. 865 – 6

122 B. C. STEVENS, Probability of marriage and fertility of women suffering from schizophrenia or affective disorders, Popul, Stud., 1969, 23, pp. 435 – 54

123 S. R. GOLDMAN / E. DALE, Amenorrhea and infertility after oral contraception, J. Med. Ass. Georgia, 1971, 60 pp. 252 – 6

124 HAMILTON /MOSSMAN, "Human embryology", pp. 83 – 99

125 P. C. C. TONGE e al., Ultrastructure of early human placenta, Ann. Acad. Med. Singapore, 1974, 3, pp. 357 – 61

126 J. C. CZYBA e al., La nidation de l'oeuf human, Cah. Mèd. Lyon, 1971, 47, pp. 2865 – 76; J. D. BOYD W. J. HAMILTON, The human placenta, Cambridg 1970

Per dettagli sui fattori cronologici della nidazione e sui suoi aspetti irregolari (cfr. W. A. WINSATT, Some comparative aspects of implantation, Biol. Reprod., 1975, 12, pp. 1 – 40).

B. Sistema genitale primario

Lo sviluppo del sistema genitale primario viene suddiviso in tre momenti: nel primo si parla delle cellule del germe primordiale; nel secondo della gonade primitiva e nel terzo della gonade indifferenziata.

Durante questo processo l'embrione è sessualmente indifferenziato; non è possibile cioè distinguere morfologicamente un embrione maschio o femmina dal punto di vista genetico.

1. Cellule del germe primordiale [127]

Le ghiandole genitali, o gonadi, sono formate da due tipi di cellule[128]: dalle cellule germinali riproduttive (cellule del germe primordiale) e dalle cellule della nutrizione (cellule di Sertori per i testicoli[129] e cellule follicolari per le ovaie).

Nell'embrione umano maschile di circa 17 mm., le cellule del germe primordiale sarebbero discernibili verso il ventunesimo giorno[130], prima che raggiungano la loro collocazione definitiva.

127 H. TUCHMANN e al., Illustrated human embriology, New York, Londra, Parigi, vol. II, 1972, pp. 72 – 104

L'origine delle cellule del germe primordiale e la relazione di queste cellule con le definitive germinali è uno dei più grossi problemi d'importanza biologica nello sviluppo della storia delle gonadi. Gli investigatori sono ancora divisi nel descrivere la loro origine, e c'è pure chi nega la loro esistenza (cfr. HAMILTON / MOSSMAN, "Human em - bryology", pp. 400 – 402).

128 C. R. AUSTIN e al., Reproduction in mammals. 2. Embrionic and fetal development, Cambridge 1972, p. 113

129 B. GONDOS / C. J. HOBEL, Ultrastructure of germ cell development in the human fetal testis, Z. Zellforsch., 1971, 119, pp. 1 – 20

130 J. C. CZYBA e al., La troisième semaime du développement embryonaire, Cah. Mèd. Lyon, 1971, 47, pp 4193 – 208

L'importanza delle cellule del germe primordiale sta nel fatto che esse sarebbe alla origine di tutte le cellule sessuali dell'organismo.

2. Gonade primitiva

Durante la quinta settimana di sviluppo, le cellule del germe primordiale emigrano nel mesenterio dorsale e raggiungono la regione dorsale. Verso la sesta settimana esse invadono i'redges' lombari. Questi a loro volta proliferando formano i cordoni sessuali primitivi.[131]

3. Gonade indifferenziata

I cordoni sessuali primitivi continuano a proliferare ad anastomizzarsi nel mesenchima, dando origine ad una rete complessa.[132] Queste strutture appaiono ancora indifferenziate durante la sesta settimana di sviluppo.[133]

Verso la settima settimana gli apparati genitali hanno la medesima apparenza in ambo gli embrioni: essi consistono dei due dotti di Wolff e di quelli di Müller.[134] L'ulteriore evoluzione di essi varia a seconda che l'epitelio germinativo indifferenziato si trasformerà in testicolo (didimo) o ovaio.

C. Differenziazione sessuale

La differenziazione sessuale inizia dalle gonadi, interessa gli organi riproduttivi interni e si completa con la differenziazione dei genitali esterni in senso femminile o maschile.

Noi qui tratteremo prima della differenziazione sessuale maschile e in un secondo momento di quella femminile.[135]

131 M. MOROIS, Embriologie de l'appareil genital masculin et feminin, Biol.Mèd., 1971, 60, pp. 115 – 76

132 Idem

133 A. JOST, A new look of the mechanisms controlling sex differentiation in mammals, John's Hopkins J., 1972, 130, pp. 138 – 52

134 Idem

135 La letterattura biologica contiene molte sparse referenze sulla differenziazione sessuale, e, se si fa eccezione per i suoi spetti psicologici (cfr MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", l'intero volume; C. OUNSTED / D. C. TAYLOR, Gender differences: Their ontogeny and significance, Edinburgh 1972), i dati sulla fisiologia, morfologia e patologia, oltre che a rivelarsi incompleti - in quanto gli investigatori hanno limitato le

1. Sistema genitale maschile

Nel sistema genitale maschile viene compresa: la differenziazione della gonade in testicolo, la differenziazione dei genitali interni ed esterni maschili.

a. Differenziazione della gonade in testicolo

E' stato trovato che lo sviluppo dei testicoli precede quello dell'ovaio.[136] Mentre non si conosce ancora con esattezza il tipo di struttura da cui essi derivino.

Secondo una interpretazione il testicolo e l'ovaio derivano da una struttura ermafrodita, bipotenziale, con una regione competitiva midollare e corticale.[137] La differenziazione del midollo in anlage testicolare si verifica a causa dell'influsso delle direttive date dal codice genetico cromosomico. Questo sviluppo si avrebbe verso la sesta settimana. Nello stesso tempo si verificherebbe l'inibizione della porzione corticale indifferenziata, che regredirebbe fino a scomparire.

Un'altra concezione considera il solco gonadico come blastema per la determinazione di cellule follicolari e interstiziali. Le cellule del germe primordiale invaderebbero questo blastema, che farebbe da porto per essi. La prima differenziazione delle cellule interstiziali sarebbe innestata dai cromosomi Y delle cellule[138] e lo sviluppo della regione midollare porterebbe alla formazione del testicolo.[139]

L'attività del cromosoma Y sarebbe ristretta all'inizio dello sviluppo gonadico e c'é chi ritiene che in questo periodo la sua azione sarebbe limitata al cambiamento dei fattori che determinano il maschio sul cromosoma X[140] o anche su alcuni autosomi.[141]

loro ricerche esclusivamente al maschio-, mancano anche di coerenza nella presentazione del soggetto (cfr. GLUCKSMANN, "Sexual dimorphism", pp. 423 – 75).

136 A. JOST, "A new look", pp. 138 – 52

137 MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", pp. 52 – 3

138 C. E. FORD, Cytogenetics and sex determination in man and mammals, J. Bios. Sci., 1970, 2,pp. 7 – 30

139 W. LENZ, Prenatal sex differentiation: genetic and hormonal control, Acta Endocr., 1974, 75 (supp. 184), pp. 185 – 6; U. MITTWOCH, Cellular regulation in sexual development, Helv. Paediat. Acta., 1974,29 (supp. 34), pp. 13 – 18

Il meccanismo con il quale X e Y regolano la differenziazione della gonade non è ancora conosciuto.[142]

Comunque, con la 7. settimana la gonade maschile si sviluppa in testicolo.[143]

140 J. L. HAMERTON, Significance of sex chromosome derived heterochromatin in mammals, Nature, 1968, 219, pp. 910 –14

141 A. R. DAIN, Difference in chromosome lenghts between male and female sheep, Nature, 1972, 237, pp. 455 – 57

142 Di solito si sostiene che i geni sono responsabili della sintesi degli enzimi, i quali controllano la differenziazione dei tessuti (cfr. HAMILTON / BOSSMAN, ibidem,p.424). C'è chi ha tentato di localizzare con precisione ,oltre ai fattori della differenziazione sessuale, anche quelli dello sviluppo dei testicoli, dell'attività spermatogenica e della funzione extra dei genitali, come la morfologia somatica (cfr. M. DEVICTOR e al., Anomalies des structure et de role du chromosome Y chez l'homme, Path. Biol., 1971,19, pp. 231 – 490). Questi autori, in base alle loro osservazioni, sostengono i seguenti punti: i fattori che influenzano lo sviluppo del redge gonadico, la differnziazione del germe primordiale e la loro migrazione, sono da collocarsi fuori del cromosoma Y, e probabilmente sui vari autosomi. Ciò spiegherebbe le anormalità gonadiche familiari, come l'ermafroditismo, lo pseudo-ermafroditismo maschile e femminile e la disgenesia gonadica.

Le determinazioni primarie del maschio, che influenzano la differenziazione del testicolo, sarebbero da collocarsi sul braccio corto del cromosoma Y, vicino al centromere; i fattori che controllano l'ulteriore sviluppo del testicolo sarebbero da collocarsi pure vicino al centromere; i fattori che influenzano la spermatogenesi sarebbero da collocarsi sul braccio lungo di Y, accanto al restringimento secondario; i loci che controllano gli effetti somatici sarebbero da collocarsi sul braccio lungo di Y, tra il centromere e il restringimento secondario. Inoltre, alcuni fattori, nella parte 'distal' del braccio lungo, potrebbero esercitare un influsso sullo sviluppo dei testicoli e sull'armonia dei loro rifinimenti.

Altri autori (cfr. G. E. SARTO, Gentic disorders affecting genital development in 46,XY individuals (male pseudohermaphroditism), Clin. Obstet. Gynec., 1972,15, pp. 183 – 202) ritengono che il cromosoma Y non solo è essenziale alla determinazione del sesso del maschio umano (anche in presenza di due, tre o più X cromosomi), ma vi sono pure dei geni sul cromosoma X, i quali insieme ai geni localizzati sul cromosoma Y, determinano e influenzano i processi normali dello sviluppo sessuale. Ciò sarebbe dimostrato dallo studio di individui aneuploidi con anormalità dello sviluppo sessuale.

Infine c'è chi ritiene che la presenza dell'etero cromatina Y non è assolutamente essenziale per la determinazione maschile del sesso, e ciò sarebbe senz'altro vero nei casi patologici (cfr. K. P. GEORGE / P. E. POLANI, Y heterochromatin and XX males, Nature, 1970, 228,pp. 1215 – 6).

143 Le ipotesi sull'origine di questa differenziazione sono varie. Si sa che nell'istogenesi della gonade hanno ruolo fondamentale tre elementi. Uno è germinale (i gonociti) e gli altri due sono somatici (epitelio germinatico e mesenchima). Sui ruoli rispettivi che questi elementi somatici hanno nella formazione della costituzione del glande genitale sono state espresse opinioni divergenti e contraddittori (cfr. H. CARLON / A. STHAL, Les premiers stades du développement des gonades chez l'homme et les vertebres superieurs, Path. Biol., 1973, 21, pp. 903 – 14). Secondo la teoria classica, il glande testicolare comprende: le cellule interstiziali, le cellule di Sertoli e la rete. Essi sarebbero tutti di origine epiteliale (cfr. M. MOROIS, "Embriologie de l'appareil", pp. 115 – 76).

La defferenziazione è caratterizzata dallo sviluppo dei tuboli seminiferi[144], della tunica albuginea, delle cellule interstiziali di Leydig[145] e dai tuboli del retto, che convergono nella rete del testicolo. Una volta che si è formato il testicolo, i dotti accessori e le ghiandole sviluppano il fenotipo maschile, e ciò è stato dimostrato che è dovuto alla secrezione del testosterone prodotto dal testicolo.[146]

Una volta che si sono formati i testicoli, rimangono nella cavità addominale fino a circa la quarantesima settimana di gestazione.[147]

b. Differenziazione dei genitali interni maschili

Abbiamo detto che alla settima settimana di vita intrauterina il feto maschile presenta i dotti primordiali, cioè i dotti di Wolff (o mesofrenici). Questi hanno la possibilità potenziale di differenziarsi in epididimo[148], in vasi deferenti, in vesciche seminali e in dotti eiaculatori. Questo sviluppo differenziale ha luogo durante il terzo mese di vita fetale, mentre contemporaneamente si atrofizzano i dotti di Müller.[149]

Secondo la teoria mesenchimatosa, l'epitelio germinale non avrebbe nessuna parte nella formazione del testicolo; mentre secondo la teoria mista, non è facile sapere se l'origine della formazione del testicolo è di origine mesenchimatosa o epiteliale (cfr. N. CARLON, "Les premiers stade", ibidem).

144 W. ELIAS, Frühentwiklung der Samenkanälchen beim Menschen, Verh. Anat. Ges., 1974, 68, pp. 123 – 31

145 Le cellule interstiziali sarebbero il sito della elaborazione degli androgeni. Esse raggiungerebbero il loro sviluppo massimo tra la dodicesima e la quattordicesima settimana di gestazione cfr. A. F. HOLSTEIN e al., Zur Cytologie der pränatalen Gonadenentwiklung beim Menschen. III. Die Entwiklung der Leydihzellen im Hoden von Embrionen und Feten, Z. Anat. Entwikl. Ges., 1971, 135, pp. 43 – 46).

146 Il ruolo che ha iltestosterone è stato chiarito solo recentemente. Da esperimenti fatti sul topo si è visto che vi è un gene sul cromosoma X, il quale è in rapporto al testosterone (cfr. M. F. LYON, Role of X and Y in mammalian and differentiation, Helv. Paed. Acta, 1974, 29 (supp. 34), pp. 7 – 12.

147 S. BALAKRISHNAN / R. K. PURI, Fetal age and morphological features, Indian Pediat., 1973, 10, pp. 427 – 33

148 È stato dimostrato che la differenziazione fetale delle cellule epiteliali dell'epididimo dipende dalla secrezione degli androgeni del testicolo fetale. Infatti, castrando un feto tra il 106 – 112-esimo giorno di gestazione, non si verifiva la differenziazione dell'epitelio dell'epididimo (cfr. N. J. ALEXANDER, Prenatal development of the ductus epididymis in the rhesus. The effects of fetal castration, Am. J. Anat., 1972, 135, pp. 119 – 33).

Non si conosce con certezza il fattore che determina tale differenziazione. Si pensa che responsabile della differenziazione dei genitali interni, come pure di quella dei genitali esterni, siano le gonadotropine corioniche.[150] D'altra parte da esperimenti eseguiti su animali si è visto che se nel feto del coniglio sono presenti i testicoli funzionanti, i dotti di Wolff si sviluppano, mentre quelli di Müller subiscono un'involuzione. Tutto al contrario accade se non vi sono i testicoli funzionanti[151]. Inoltre, l'assenza o la precoce esportazione di un testicolo determina lo sviluppo mülleriano dallo stesso lato, mentre dal lato opposto si sviluppa normalmente il dotto maschile. Da questo fatto si deduce che la secrezione dei testicoli fetali hanno un ruolo decisivo.[152]

Alcuni autori sostengono che i testicoli producono due sostanze determinanti per lo sviluppo dei dotti.[153] Una di esse è costituita dagli androgeni, i quali stimolano lo sviluppo e la differenziazione dei dotti di Wolff, mentre l'altra, la cui struttura chimica non è ancora conosciuta, è chiamata sostanza inibente i dotti di Müller (müllerian inhibiting substance).[154]

GLUCKSMANN[155] in base ad alcuni esperimenti[156] pensa che l'azione ormonale non è responsabile completamente degli intersessi. Infatti, i sali androgeni non causano la regressione dei dotti di Müller[157] e non impediscono la formazione dell'utero, mentre ciò è possibile facendo un trapianto dei tessuti testicolari. Questo effetto è attribuito ad un agente addizionale, al

149 MONEY / EHRHARDT, ibidem, p. 57

150 Infatti sembra che le gonadotropine corioniche stimulino la produzione degli androgeni per mezzo del testicolo fetale (cfr. D. R. ABRAMOVICH, Human sexual differentiation: in utero influences, J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth., 1974, 81, pp. 448 – 53).

151 A. JOST, Embryonic sexual differentiation, H. W. JONES / W. SCOTT, (a cura di) Hermaphroditism, genital anomalies and related endocrine disorders, Baltimora 1958.

152 F. I. REYES, Studies on human sexual development. II. Fetal and maternal serum gonadotropin and sex steroid concentration, J. Clin. Endocr., 1974, 38, pp. 612 –17

153 R. H. WILLIAMS, Texbook of endocrinology, Filadelfia 1968, ed.4

154 Per maggiori dettagli sul ruolo dei testicoli nella differenziazione sessuale (cfr. R. STOLL / R. MARAUD, Le role du testicule dans la differenciation sexuelle des gonaducts dans l'embryon des vertebres amniotes, Bull. Ass. Anat.,1974, 58, pp. 699 – 764

155 GLUCKSMANN, ibidem p. 430

156 A. JOST, Hormonal factors in the sex differentiation of mammalian fetus, Phil. Trans. Roy. Soc., 1970, 259, pp. 119 – 30; R. V. SHORT, The bovine freemartin, a new look at an old problem, Phil. Trans. Roy. Soc., 1970, 259, pp. 141 – 7

157 J. P. WENIGER / A. ZEIS, Androgenes et regression des canaux de Müller chez l'embryon de mammifere, Ann. End., 1975, 36, pp. 13 – 20

fattore X, prodotto dai testicoli, che entrano in azione a breve distanza di tempo.[158]

Inoltre studi clinici su varie forme di ermafroditismo hanno dimostrato che la differenziazione dei dotti dei genitali maschili è legata alla presenza di un testicolo fetale. Infatti, in un ermafrodita, che ha un testicolo da un lato e l'ovaio dall'altro, la differenziazione del dotto di Wolff si verifica dal lato del testicolo, mentre quello di Müller dal lato dell'ovaio.[159]

c. La differenziazione dei genitali esterni maschili[160]

Fino all'ottava settimana di vita fetale, i genitali esterni di entrambo i sessi sono uguali e hanno la potenzialità di differenziarsi in ambodue i sessi. La loro differenziazione è riconoscibile al terzo mese.

L'abbozzo dei genitali esterni maschili è costituito dal tubercolo genitale che sovrasta il solco urogenitale; ai lati di questo si trovano le pieghe uretrali, e ancora più esternamente i cercini labioscrotali. Il tubercolo genitale dá origine ai corpi cavernosi e al glande del pene, come pure al clitoride. Le pieghe uretrali nel maschio si fondono in modo da formare un corpo spongioso, il quale racchiude l'uretra. Inoltre i labioscrotali si uniscono nella linea centrale e formano lo scroto e la prostata, dove emigrano i testicoli attraverso i canali inguinali.[161]

Intanto il tubercolo genitale aumenta di volume per trasformarsi in pene.[162]

158 F. NEWMAN e al., Drug-induced intersexuality in mammals, J. Reprod. Fert., 1969, 7 supp., pp. 9 – 24.

159 MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", p. 59

160 Per una descrizione esauriente sull'origine e sulla formazione dei genitali esterni maschili (cfr. HAMILTON / MOSSMAN, Human Embryology, pp. 411 – 18

161 Non si conosce la ragione biologica della discesa dei testicoli. Tuttavia è stato dimostrato che la spermatogenesi normale umana non si verifica se i testicoli rimangono nella cavità addominale o si localizzano fuori dello scroto. Una temperatura più alta di quella che è all'interno dello scroto non è ottimale per la produzione di spermatozoi maturi (cfr. E. H. YOUSEFF / N. A. RASLAN, Study of factor which the descent of testicles in man, Acta Anat., 1971, 79, pp. 422 – 44).

162 W. G. DAIL, jr. / A. P. EVANS,jr., Neural and vascular development in the human phallus. A light and electron microscopic study, Invest. Urol., 1974, 11, pp. 427–38

A. JOST ha dimostrato che la presenza dei testicoli, e quindi la loro secrezione ormonale, è essenziale affinchè gli abbozzi bipotenziali degli organi sessuali esterni si trasformino in senso maschile piuttosto che in senso femminile. Ciò avverrebbe durante un periodo critico della vita fetale, che è molto corto. Infatti la castrazione di un coniglio fatta al diciannovesimo giorno di vita risulta precoce per ottenere una femminizzazione completa dei dotti e dei genitali esterni; mentre se viene fatta al ventiquattresimo giorno è troppo tardi.[163]

Il fatto è che i feti maschi, castrati a tempo opportuno, si differenziano in senso femminile, mentre i feti femmine, pure castrati, nelle medesime circostanze, si differenziano sempre in senso femminile.[164]

Tali sperimenti starebbero a dimostrate che la differenziazione maschile è completamente dipendente dagli androgeni, i quali sono normalmente secreti dai testicoli. Tale secrezione può essere inibita, durante il periodo prenatale, oltre che dalla castrazione, dalla somministrazione di sostanze con azione antagonista agli steroidi secreti dal testicolo, es. dal ciproterone[165]

2. Sistema genitale femminile

Nel sistema genitale femminile viene compresa la differenziazione della gonade in ovaio e la differenziazione dei genitali interni ed esterni femminili.

a. Differenziazione della gonade in ovaio

Come il testicolo, anche la differenziazione della gonade in ovaio viene datata verso la settima settimana di sviluppo.[166]

163 JOST, "Hormonal factors", ibidem

164 La castrazione dei ragazzi nel periodo della pubertà porta all'ossificazione della cartilagine epefiseale, e, oltre a causare un allungamento delle arti, porta ad una configurazione femminile del bacino (cfr. A. S. PARKERS (a cura di), The internal secretion of the testis, Marshall: Physiology of production, vol. III, Londra 1966, pp. 412 – 519.

165 W. KÜHNEL, Der Einfluß von Antiandrogenen auf die Testosteronabhängige Morphologie des männlichen Genitalapparates, Verh. Anat. Ges., 1974, 68 pp. 261 – 5; F. NEWMAN / H. STEINBECK, Antiandrogene. Tierexsperimentelle Grundlagen und klinische Anwendungsmöglichkeiten, Der Internist, 1971, 12, pp. 168 – 205

Allorché avviene la differenziazione dell'ovaio, la porzione middollare della gonade subisce un processo regressivo. Tale fenomeno comincerebbe più tardi rispetto a quello testicolare, in genere verso la dodicesima settimana.[167] La struttura corticale attraversa un periodo di rapida proliferazione tra il terzo e il quarto mese di gestazione, mentre la componente middollare scompare. La proliferazione corticale si completa verso il sesto mese di gestazione.

Come per l'origine del testicolo così in rapporto all'origine dell'ovaio si sono formate diverse teorie.

Secondo la teoria classica l'ovaio risulta dalla proliferazione dei cordoni che si sviluppano dall'epitelio germinale. Il primo gruppo è degenerativo e costituisce la medulla dell'ovaio; mentre i cordoni del secondo gruppo o cordoni di Valentin Pflüger, proliferano dando origine alla corteccia dello ovaio. Le cellule follicolari dell'ovaio sono di origine epiteliale, mentre le cellule interstiziali iniziano la loro differenziazione dal mesenchima.[168]

b. Differenziazione dei genitali interni femminili

Nello sviluppo normale di una femmina, i dotti di Müller (o del paramesofrenico) rappresentano gli abbozzi dell'utero, delle tube di Fallopio e della parte superiore della vagina.[169] Essi si sviluppono durante il terzo mese di vita fetale, metre avviene l'atrofizzazione dei dotti di Wolff.

Sembra che la differenziazione del dotto femminile non dipenda dalla presenza di un avaio. E' stato, infatti, trovato che si ha uno sviluppo regolare dell'utero e delle tube sia che l'ovaio sia presente sia che sia assente.[170]

166 B. GONDOS e al., Ultrastructural observations on germ cells in human fetal ovaries, Am. J. Obstet. Gynec., 1971, 110, pp. 644 – 52

167 JOST, A new look, ibidem

168 M. MIROIS, "Embriologie de l'appareil", ibidem

Secondo la teoria mesenchimatosa, l'ovaio ha origine dalla ghiandola mesenchimale; le teorie miste invece sostengono che la corteccia si sviluppa dalla proliferazione dello strato profondo dell'epitelio germinale, che dà origine ai cordoni sessuali.

169 J. C. GAGNAIRE e al., L'embriologie du vagin. (Revue générale et mise à jour. Son application dans la compréhension de l'absence congenital de vagin), Rev. Franç. Gynéc., 1975,70, pp. 253 – %9

170 U. MITTWOCH, Cellular regulation in sexual development, Helv. Paediat. Acta, 1970, 29 (supp. 34), pp. 13 – 18

c. Differenziazione dei genitali esterni femminili

Questa ultima tappa dello sviluppo morfologico sessuale femminile si svolge sotto lo stesso stimolo di quello maschile.

Verso l'ottava settimana, il tubercolo indifferenziato dà origine al clitoride, come pure al pene. Le pieghe uretrali rimangono separate per diventare poi le piccole labbra, così vale pure per i cercini labioscrotali, che formeranno le grandi labbra. Il tubercolo genitale, a sua volta, diminuisce per diventare clitoride.[171]

Non si sa quale sia l'azione degli ormoni nella differenziazione sessuale dei genitali esterni femminili. E' stato dimostrato che nonostante una femmina venga castrata, il feto si differenzia con i genitali interni ed esterni di tipo femminile.Tuttavia e' da notare che in questi soggetti non si verifica uno sviluppo delle caratteristiche secondarie del sesso.[172] Con ciò si deduce che nei mammiferi la differenziazione in senso femminile dei genitali interni ed esterni è indipendente dalla presenza dell'ovaio.[173]

Sono stati fatti esperimenti di mascolinizzazione su feti geneticamente femmine iniettando ormone maschile alla femmina gravida.[174] Ne è conseguito che alla nascita questi animali presentano utero e tube normali, ma con una prostata più o meno sviluppata. I genitali esterni sono costituiti da un pene e da uno scroto vuoto. La forma più o meno completa del pene dipende dalla quantità degli ormoni maschili somministrati alla nascita.[175] Inoltre, la somministrazione di mitilandostendiolo, durante la gravidanza, ha causato un considerevole ampliamento del clitoride e ipertrofia delle labbra maggiori del feto. Grosse dosi di dietilbestrolo, invece, sotto le medesime circostanze, non hanno causato nessun effetto sul feto maschile.[176]

171 MOENY / EHRHARDT, "Uomo, donna", p. 66

172 C. E. FORD, Cytogenetic and sex determination in man and mammals, J. Biosoc. Sci., 1970, 2, pp. 7 – 30

173 MONEY / EHRHARDT, ibidem

174 GOY, "Early hormonal influence", pp. 197 – 207

175 Si deve pensare che in una donna, la quale presenta attributi maschili, abbiano agito gli androgeni durante la nascita, giacché per lo sviluppo dei caratteri sessuali maschili è necessaria l'azione degli steroidi (cfr. J. R. BIERICH, Female pseudohermaphroditism, Helv. Paedit. Acta, 1974, 29 (supp. 34), pp. 87 – 97; MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", p. 66

176 HAMILTON / MOSSMAN, "Human embryology", p. 425

D. Anomalie del sistema urogenitale

Abbiamo visto che la formazione degli organi sessuali, nella vita prenatale, passa attraverso tre periodi di sviluppo. Il primo è il periodo indifferenziato, durante il quale il sesso futuro è stabilito in concordanza con il cariotipo cromosomico delle cellule; il secondo è il periodo della gonade indifferenziata, che è sotto l'influenza dei geni, e il terzo periodo corrisponde alla stabilizzazione dei dotti gonadici e dei genitali esterni. In ciascuno di questi tre periodi possono svilupparsi varie anomalie di intersessualità in rapporto alla differenziazione sessuale maschile e femminile.[177]

Noi tratteremo qui delle anomalie che si verificano durante il terzo periodo e che sono legate al sistema urogenitale maschile e femminile.[178]

Questo periodo è estremamente coplesso, giacché non si conosce con esattezza quale sia l'azione degli ormoni e delle sostanze induttive secrete dai testicoli, anche se si sa che essi sono di primaria importanza nel causare lo sviluppo, più o meno regolare, di quei fattori sessuali che differenziano un maschio da una femmina.[179]

La trattazione che faremo delle anomalie del sistema urogenitale comprenderà soprattutto quelle anomalie maschili e femminili legate alle gonadi e ai dotti genitali, e le anomalie dei genitali esterni.[180]

177 A. A. ACOSTA / C. R. LOPEZ, Bases geneticas de la intersexualidad, Ginec. Panam., 1973, 4, pp. 399 – 448

178 Per una conoscenza esauriente dell'argometo rimandiamo alla letteratura specializzata (cfr. C. N. ARMSTRONG / A. J. MARSHALL, Intersexuality in vertebrates, including man, Londra 1964; M. A. FERGUSON-SMITH, Karyotype-phenotype correlation in gonadal dysgenesis and their bearing on the pathologenesis of malformation, J. Med. Gen.,1965, 2, pp. 142 – 55; J. LAFURCADE, La differensation sexuelle dans l'espèce humaine. Etude des principale anomalies, Ann. Biol. Clin., 1974, 32, pp. 273 – 89; J. D. WILSON / J. L. GOLDSTEIN, Classification of hereditary disorders of sexual development, Birth Defects, Orig. Art. Ser., 11, 1975,pp. 1 – 16

179 Cfr. HAMILTON / MOSSMAN, ibidem, p. 426

180 Le anomalie del sistema urogenitale si presentano in condizioni così varie, che rimane difficile classificarle, anche perché la loro eziologia, che ha implicanze genetiche, più o meno presupposte, lascia ancora gli investigatori in uno stato di perplessità. Dobbiamo pensare che, nelle varie condizioni di intersessualità, non è sempre possibile distinguere stati in cui c'è una non concordanza tra il sesso cromosomico e le gonadi o gli organi somatici, da stati in cui c'è una pura atrofia o ipoplasia di questi organi. Come pure il solo esame delle caratteristiche somatiche non dà la possibilità di definire il sesso genetico o gonadico (cfr. R. L. SUMMITT, Differential diagnosis of genital ambiguity in the new born, Clin. Obstet. Gynec., 1972, 15, pp. 112 – 40).

1. Anomalie maschili legate alle gonadi e ai dotti genitali e anomalie dei genitali esterni

a. Anomalie legate alle gonadi e ai dotti dei genitali

Ermafroditismo vero

Generalmente al quadro cromosomico XY o XX corrisponde una differenziazione delle gonadi in senso femminile o maschile. Le eccezioni sono rare. Una di esse è l'ermafroditismo vero.[181] Il suo cariotipo può avere cromatina positiva o negativa. Di casi nella letteratura c'è chi ne conta circa 200[182] e c'è chi ne conta circa 170[183].

Nell'ermafroditismo vero le strutture testicolari e ovariche sono presenti nello stesso individuo. Le condizioni sono di varie forme:

1. forma laterale: un ovaio da un lato e un testicolo dall'altro.[184]
2. Forma bilaterale: ovaio e testicolo da ciascun lato.[185]
3. Gonade mista (ovo-testis) o forma unilaterale: ovaio e testicolo da un lato, o un ovaio o un testicolo.[186]

Inoltre, investigazioni citogenetiche sono necessarie per la diagnosi di vari disordini della differenziazione sessuale, come nel caso di genitali esterni, ipogonadismo ecc. (cfr. S. GARDO/ Z. PAPP, Wert der zytogenetischen Untersuchungen in der Differenziadiagnostik der Störung der Sexualdifferenzierung, Wien. Klin. Wschr., 1975, 87, pp. 44 – 7).

181 C. A. OLSON e al., True Hermaphroditism, J. Urol., 1971,105, pp. 586 – 90

182 H. NOWAKOWSKI, Hermaphroditismus verus, Acta Endocr., 1974, 75 (supp. 184), p. 189

183 O. NARITA e al., Pregnancy and childbirth in a true Hermaphrodite, Obstet. Gynec., 1975, 45, pp. 593 – 95

184 M. S. HUQ e al., True hermaphroditism: the value of gonadal venography in preoperative diagnosis, J. Nerwark Beth Israel Med. Cent., 1973, 32, pp. 3 – 13

185 T. R. TEGENKAMP / I. TEGENKAMP, True hermaphroditism. Cytogenetic analysis, surgical repair and social implication, J. Med. Genet., 1972, 9, pp. 115 – 19; C. J. DEWHURST / R. M. HAINES, XX karyorype in four tissues of true hermaphrodie, J. Obstet. Gyneac. Brit. Cwlth., 1971, 78, pp. 1084 – 6

186 S. LEE, High incidence of tre hermaphroditism in the early human embryos, Biol. Neonate, 1971, 18, pp. 418 – 25; R. B. LOWRY e al., Familial true hermaphroditism, Birth Defects, Orig. Art. Ser., 1975, 11, pp. 105 – 13

Il quadro cromosomico è il più delle volte XX[187] o una variante del mosaicismo X/XY o XX/XY.[188]

Gli ermafroditi veri sono sterili, sebbene siano stati trovati casi, molto pochi, di ovogenesi e di spermatogenesi.[189] Un'autofecondazione è impossibile.

Non è stato ancora spiegato il rapporto tra costituzione cromosomica del sesso e struttura gonadica, che porta alla differenziazione embrionale di questo ermafroditismo. Mentre si sa che la morfologia degli organi interni, a destra o a sinistra, è controllata dalla secrezione ormonale dallo stesso lato.[190] Si sa pure che la morfologia esterna, più o meno maschile o femminile, dipende dai livelli ematici degli androgeni: quanto minore è la quantità degli androgeni, tanto piu i genitali esterni appaiono femminili. In genere i caratteri secondari sono o maschili o femminili, ma si può verificare anche una loro ambiguità.[191]

Disgenesia gonadica maschile

Si parla di disgenesia gonadica, allorché si presenta una imperfetta formazione delle gonadi. Le cause sono molte e i differenti effetti dipendono dalla gravità della disgenesia.

Nell'uomo il caso più grave è la disgenesia completa delle gonadi e la disgenesia del ridge gonadico prima della differenziazione dei genitali interni ed esterni, con conseguente completa femminizzazione (sindrome di Swyer).[192] Il caso meno grave di disgenesia maschile porta ad una differenziazione incompleta dei genitali esterni, di solito senza difetti dello sviluppo dei dotti

187 R. TOURNEUR e al., Hermaphrodism vrai alternant avec caryotype XX. A propos d'une nouvelle observetion, Ann. Med. Interne, 1970, 121, pp. 1073 – 78

188 I. SHANFIELD e al., True hermaphroditism with XX/XY mosaicism: a case repot, J. Pediat., 1973, 83, pp. 471 – 3

189 R. SHANNON / N. J. NIKOLAIDES, True hermaphroditism with oogenesis and spermatogenesis, Austr. N. Z. J. Obstet. Gynaec., 1973, 13, p. 18

190 R. SANDRIN NETO e al., The testis in patients with abnormality of sex differentiation. Hystology and endocrine function, Acta Endocr., 1973, 73, pp. 179 – 88

191 J. S. CHEAN / C. K. TAY, A case of true hermaphroditismus with impaired growth and normal grouth hormone levels in a Chinese, Med. J. Austr., 1973, 2, pp.. 28 – 31

192 H. SCHEDEWIE e al., Chromosomale, histologische Untersuchungen bei einem 14-jährigen Mädchen mit Gonadendygenesie vom Tip X0/XY, Mschr. Kinderheilk., 1972, 120, pp. 64 – 9

dei genitali, ma frequentemente associata ad una discesa incompleta dei testicoli e a infertilità (pseudoermafroditismo maschile).[193]

Può accadere che un individuo presenti micropene con testicolare non identificabile.[194]

Tra le cause che portano alla disgenesia gonadica si trovano agenti citotossici, che danneggiano o distruggono le cellule germinali, anormalità autosomali e anormalità cromosomiche sessuali.[195]

Disgenesia gonadica mista[196]

La disgenesia gonadica mista[197], come l'ermafrodjtismo vero, è una rara anomalia intersessuale. Nella maggior parte dei casi é caratterizzata dalla prepresenza di un testicolo e da una striscia gonadica controlaterale. In alcuni casi la gonade controlaterale può essere rudimentale, senza una differenziazione in testicolo o in ovaio; in altri casi è assente.

I pazienti, affetti da questa sindrome, presentano quasi sempre amenorrea. La loro virilizzazione va da un normale fenotipo femminile a un normale fenotipo virtualmente maschile.

Tra i difetti si elencano: bassa statura, ritardo mentale, fattori della sindrome di Turner, anomalie dell'apparato urinario ed ernia inguinale. Non di rado lo sviluppo dei seni è associato allo sviluppo di un tumore gonadico.[198] I genitali esterni sono comunemente ambigui, con fallo ipospadico, sinus urogenitale e labbra maggiori tipo scrotale I genitali interni possono in-

193 P. DROBNJAK e al., Cista disgeza gonada s. normalnim muschin kariotipom 46/XY, Lijecniki VJESN (Zagabria), 1970, 92, pp. 1301 – 7; M. L. ODUORI e al., Intersexuality and chromosomes: a case of male pseudohermaphroditism, A. Afr. Med., 1975, 52, pp. 81 – 88

194 Di solito, in questi casi, la differnziazione sessuale viene decisa in senso femminile (cfr. D. B. GRAND / M. J. DILLON, Micropenis associated with testicular agenesis, Arch. Dis. Childh., 1975, 50, pp. 247 – 9

195 Cfr. HAMILTON /MOSSMAN, ibidem, p. 427

196 La trattazione della disgenesia gonadica mista, sotto l'elenco delle anomalie maschili, ha motivi puramete pratici, giacché potrebbe essere trattata anche sotto le anomalie femminili. Lo stesso vale per l'ermafroditismo vero.

197 A. E. KALDERON / J. R. TUCCI, Mixed gonadal dysgenesis: a case report and review of the literature, Acta Endocr., 1975, 79 (supp. 197) p. 39

198 A. HAYEK / E. YUNIS, Dicentric Y chromosome in mixid gonadad dysgenesis, J. Med. Genet., 1975, 12, pp. 210 – 22

cludere: vagina, utero, una o ambedue le tube follopiane, epididimo unilaterale e / o vasi deferenti. Il testicolo è spesso in posizione inguinale o intraaddominale e la striscia gonadica si trova dal lato ovarico. La maggior parte dei pazienti hanno cromatina negativa o il mosaicismo X0/XY e simili.[199]

Anorchia[200]

Nei casi di anorchia, le gonadi si differenziano come testicoli, ma in seguito degenerano in modo completo o parziale. L'incidenza dell'anorchia completa è di uno su 5.000 neonati.[202] Nei casi di anorchia parziale i pazienti sono anatomicamente e sessualmente normali, ma a causa del difetto testicolare sono infertili. Anche se raramente, l'anorchia si può verificare in membri di una stessa famiglia.[203]

Criptorchidismo[204]

Anche il criptorchidismo è una anomalia testicolare ed è la condizione di uno o entrambi (mono o bilaterale) i testicoli non discesi nello scroto.[205]

Può accadere che un testicolo discenda, ma occupa una posizione non normale. In questo caso si parla di ectopia testicolare.

Il testicolo che rimane nell'addome è sterile, a causa della temperatura troppo elevata, la quale impedisce la spermatogenesi.[206]

I ragazzi affetti da criptorchidismo sono sessualmente normali.

Vi possono essere casi di criptorchidismo associati ad altre anomalie, per es. alla disgenesia testicolare.[207]

199 W. ZAH e al., Mixed gonadal dysgenesy. A case report and review of the world literature, Acta Endocr., 1975, 79 (supp. 79), p. 39

200 Per un approfondimento sull'argomento (cfr. L. M. GOLDBERG e al., Congenital absece of testis. Anorchism and monorchism, J. Urol., 1974, 111, p. 840.

202 D. GAUTIER e al., Troubles de l'olfaction et hypogonadism limites et frontières du syndrome de De Morsier, Méd. Armées, 1975, 3, 199 – 206

203 J. G. HALL e al., Familial congenital anorchia, Birth Defects, Orig, Art. Ser., 1975, 11, pp. 115 – 19

204 Cfr. H. HARTE, Der männliche Hypogonadismus im Kindesalter, (Descensusstörungen des Hodens), Östereichische Ärztezeitung 1976, 31, pp. 267 – 73

205 P. CALORBE, Problems of cryptorchidism, Helv. Paediat. Acta, 1974, 29 (supp. 34) pp. 47 – 52

206 F. HADZSELIMOVIC / H. SEGUGHI, Elektronenmikroskopische Untersuchungen beim Kryptorkismus, Z. Kinderchirurgie, 1973, 12, pp. 376 – 81

207 D. STOENESCU / M. MAICANESCU GEORGESCU, Cryptorchism and

Il criptorchidismo può essere causato da ernia inguinale congenita o da anormalità della tunica vaginale.[208] Si discute pure se si tratta di una anomalia ereditaria[209] o di anomalia dovuta alla secrezione delle gonadotropine fetali.[210]

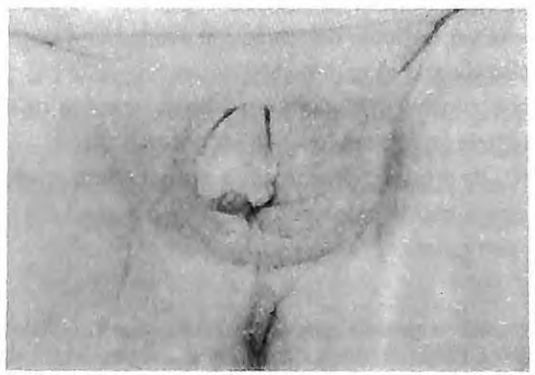
Vi sono altre anomalie testicolari, come l'atrofizzazione dei testicoli, o l'assenza di uno o di ambedue, dovuta alla mancanza di sviluppo delle gonadi; oppure si può verificare il poliorchidismo o testicoli soprannumerari, dovuto alla duplicazione di una o di ambedue le masse gonadiche durante lo sviluppo.[211]

b. Anomalie dei genitali esterni maschili

Pseudoermafroditismo maschile

Lo pseudoermafroditismo maschile consiste in una varietà di difetti eterogenei. Questi difetti possono riguardare gli organi sessuali (femminilizzazione dei testicoli), per cui i genitali esterni e l'aspetto esterno si differenziano come nella donna - eccetto la pelosità sessuale che è assente - ma non si ha lo sviluppo dei genitali interni, e il sesso genetico, ghiandole germinali e produzione dell'ormone sessuale sono maschili; oppure i difetti riguardono il fenotipo, con casi estremamente ibridi, situati tra fenotipo maschile e femminile. Esso non è facilmente distinguibile da un punto di vista puramente esterno dagli ermafroditi veri. (Cfr. fig. 7 – 8).

Fig. 7



Ambiguità dei genitali esterni di un soggetto ermafrodita, geneticamente maschio.
(Da MONEY – EHRHARDT, ibidem).

testicular dysgenesis (frequency, structural, and cunctional variants), Rev. Roum. Endocrinol. ,1973, 10, pp. 33 – 35

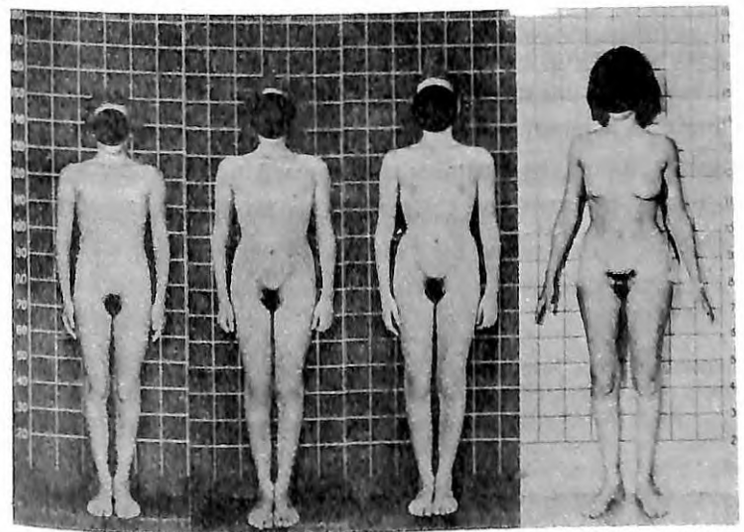
208 HAMILTON /MOSSMAN, ibidem, pp. 422 – 3

209 S. ARMEDARES e al, Two males sibs with uterus and fallopian tubes. A rare probably inheridet disorder, Clin. Genet., 1973, 4, pp. 291 – 96

210 R. C. TAUENER e al.,Cryptorchidism in a family with Kallmann's syndrom, Proc. Roy, Soc. Med., 1974, 67, pp. 33 – 5

211 C. J. C. RENTON, A case of polyorchidism with intersex, J. Urol., 1975, 113, pp. 720 – 24

Fig. 8



Femminilizzazione puberale di un soggetto ermafrodita geneticamente maschio sottoposto a terapia estrogenica. Le fotografie sono state eseguite all'età di 11, 12, 13 e 19 anni.
(Da MONEY – EHRHARDT, ibidem).

In alcune forme di ermafroditismo maschile sono consciuti solo i fattori anatomici; in altre sono conosciuti anche i fattori ereditari e il corso clinico. In base a questa conoscenza è possibile predire se alla pubertà il paziente sarà un tipo femminile, maschile o misto. Solo in poche forme è conosciuta la patogenesi.[212]

212 Cfr. A. PRADER, Male pseudoermaphroditism, Pediat. Ann., 1974, 3,, p.57; W. SWOBODA, Männlicher Hypogonadismus im Kindesalter. Österreichische Ärztezeitung, 1976, 31, pp. 257 – 8; G. E. SARTO, Gentic disorders affecting genital development in

In questo tipo di ermafroditismo i dotti di Müller hanno dato origine ad un utero normale e alle tube follopiane, e ciò nonostante la presenza di entrambi i testicoli e i genitali esterni normali, lo scroto e il pene.[213] A volte le caratteristiche sessuali maschili possono avere uno sviluppo quasi normale, con o senza ginecomastia, o senza pubertà[214]; vi sono casi in cui la bisessualità genitale è interna.[215]

In genere si ritiene che, in queste varie forme di ermafroditismo maschile , la sostanza inibente dei dotti di Müller non è stata secreta al momento giusto durante la vita embrionale[216]; è stata invece normale quella degli androgeni.[217]

Si discute se non si tratta pure di disordine ereditario[218], essendo stato trovato in membri di una stessa famiglia.[219]

La infertilità in questi pazienti è quasi generale.[220]

Rileviamo, infine, che mentre si sa che questi individui hanno cromatina negativa, non si sa ancora con chiarezza quale sia il rapporto con le anormalità cromosomiche.[221]

46,XY individuals (male pseudohermaphroditism), Clin. Obstet. Gynec., 1972, 5, pp. 183 – 202

213 S. ARMEDARES e al., Two males sibs with uterus and Fallopian tubes. A rare probably inherited disorder, pp. 291 – 96

214 J. C. NAHOUM e al., Os pseudo hermafroditismos masculinos de forma familiar, J. Bras. Ginec., 1974, 78, pp. 303 – 19

215 J. R. GRUELL GONZALES e al., Male pseudohermaphroditism with internal bisexual genital (a report on two brothers), J. Rev. Roum. Endocr., 1970, 7, pp. 343 – 47

216 A.PRADER, Pseudohermaphroditism masculinus, Acta Endocr.,!974, 75 (sup. 184), pp. 190 – 1

217 R. P. KELCH e al., Estradiol and testosterone secretion by human, simian, and canine testes, in males with hypogonadism and in males pseudohermaphroditism with the feminizing testes syndrome, J. Clin. Invest. , 1972, 51, pp. 824 – 30; L. A. De LUCA e al., A male pseudohermaphrodite: incomplite syndrome of testicular feminization (S. T. F.) with special reference to the hormonal aspects of its pathology, Rev. Bras. Pesq. Med. Biol., 1971, 4, pp. 67 – 74

218 ARMENDARES, "Two males sibs", pp. 191 – 96

219 B. BENGTSSON / K. H. GUSTAVSON, Male pseudohrmaphroditism with 54 / 46XYq mosaicism in a pair of monozygotic twins, Clin. Genet., 1974, 5, pp. 133 – 43

220 A. PRADER, "Pseudohermaphroditismus", ibidem

221 L. BARTA e al., Pseudohermaphoditismus maschulinus mit XX / XY Mosaizismus, Arch. Kinderheilk., 1971, 183, pp. 353 – 9

Sindrome di Reifenstein[222]

Questa sindrome è caratterizzata da ipospadia, da atrofia postpubertale dei tubuli seminiferi, da azoospermia, da vari gradi di eunucoidismo e da ginecomastia.[223] E' stato trovato che alla nascita i neonati affetti da questa sindrome presentano un certo grado di pseudoermafroditismo, che va dalla semplice ipospadia alla presenza di un piccolo fallo con una apertura uretrale perineale e fenditure dello scroto. Alla pubertà questi pazienti sviluppano ginecomastia.[224] Essi hanno inoltre testicoli piccoli e un anormale sviluppo delle caratteristiche secondarie. L'azoospermia è costante, e ad un esame istologico dei testicoli, dopo la pubertà, rivelano una spermatogenesi menomata. Il carictipo è 46,XY.[225]

Ipospadia

L'ipospadia è un difetto del meato urinario del pene. Le sue forme possono andare dall'ipospadia lieve (tipo penile), il cui meato è spostato di poco dalla punta del pene, all'ipospadia grave (tipo pene-scrotale), in cui il meato urinario è in posizione femminile e il pene può sembrare identico a un clitoride aumentato di volume.[226]

La sua incidenza è di 300 / 1000 neonati.[227]

Si è cercato di individuare l'eziologia dell'ipospadia facendo un esame delle anomalie dei padri e delle madri dei pazienti e di quelle di un gruppo di controllo. Si è concluso che è probabile una sua relazione con delle anomalie testicolari dei padri.[228]

222 Questa sindrome come la sindrome di Swyer, quella adrenogenitale e quella della femminilizzazione dei testicoli è compresa nelle varie forme di ermafroditismo (cfr. HAMILTON / MOSSMAN, ibidem, pp. 429 – 30).

223 J. M. LEONARD e al., Male hypogonadism: Klinefelter and Reifenstein syn-sindromes, Birth Defects, Orig. Art. Ser., 1975, 11, pp. 17 – 22

224 D. KNORR e al., 17ß Hydroxysteroid Oxydoreduktase Mangel bei Pseudohermaphroditismus Masculinus vom Typ des Reifenstein Syndroms, Klin. Wschr., 1974, 52, pp. 537 – 43

225 V. PENCEA e al., Familial Reifenstein syndrome, J. Gen. Hum., 1973, 21, pp. 279 – 86

226 M. A. ANHALT / C. E. CARLTON, Hypospadias and Epispadia, Med. Aspect. Hum. Sex., 1973, 7, pp. 218 – 26; Y. C. CHEN e al., Genetic studies on hypospadias in males, J. Med. Gen., 1971, 8, pp. 153 – 9

227 Ibidem

228 R. A. SWEETe al., Study of the incidence of hypospadias in Rochester, Min-

Questa anomalia può trovarsi associata, tra l'altro, a criptorchidismo[229], a ermafroditismo[230] e alla sindrome di Reifenstein.[231]

Può capitare che a pazienti con ipospadia grave si assegni, nell'infanzia, un sesso, che in seguito viene riassegnato.[232]

Infine ricordiamo che oltre all'ipospadia, vi è una condizione chiamata epispadia, in cui la parete dorsale dell'uretra è parzialmente o completamente assente.[233]

Pene bifido

Questa anomalia è dovuta alla duplicazione dell'uretra o del tubercolo fallico. Nella letteratura si contano circa 75 casi fino al 1975.[234]

2. Anomalie femminili legate alle gonadi e ai dotti genitali e anomalie dei genitali esterni

a. Anomalie femminili legate alle gonadi e ai dotti genitali

Disgenesia gonadica femminile[235]

La sindrome di disgenesia gonadica in fenotipi femminili è conosciuta come sindrome di Turner, ma solo nei casi con tipo 45,X.[236]

nesota , 1940 – 1970, and a case control comparison of possible etiology factors, Mayo Clin. Proc., 1974, 49, 52 – 8

229 J. WEHNERT, Zur Korrelation zwischen Hypospadie und weiteren angeborenen Missbildungen, Z. Urol. Nephrol., 1974, 67, pp. 856 – 60

230 CHEAH /TAY, "A case of true", pp. 28 –31

231 V. PENCEA e al., "Familial Reifenstein", p. 279

232 L. MUSIO / A. ORIGLIO, Considerazioni genetiche su di un caso di stato intersessuale, Folia Hered. Path., 1971, 20, pp. 25 –32

233 O. S. CULP, Treatment of Epispadias with and without urinary incontinence; Esperience with 46 patients, J.Urol., 1973, 109, pp. 120 – 5

234 J. F. REDMAN / N. K. BISADA, Complete duplication of the urethra with probable diphallus, J. Pediat. Surg., 1975, 10, pp. 135 –7

235 J. NIELSEN / U. FRIEDRIC, Pure gonadal dysgenesis, Clin. Genet. 1972, 3, pp. 52 – 8

236 E. BOHRN e al., Gonadendysgenesie. Langteitbeobachtung von 25 Fällen, Padiat. Padol., 1975, 10, pp. 253 – 9

Questa sindrome si può presentare con isocromosoma X[237], o con sesso genetico 46/XY o 46/XX[238] o in varie forme di mosaicismo.[239] La sua incidenza è di 1 su 2.000 nate.[240]

In genere nelle pazienti con questa anomalia può riscontrarsi un utero ipoplastico, gonade diplastiche (o loro assenza), progressiva virilizzazione e aumento progressivo di androgenei.[241] Inoltre è stata trovata una buona correlazione, in questi pazienti, tra la presenza delle uova e mosaicismo con cromosomi X; mentre i casi con X0 presentano gonadi disgenetiche senza uova.[242]

Casi di disgenesia gonadica sono stati trovati in membri di una stessa famiglia[243] e pare che sia molto frequente soprattutto tra gemelle.[244]

Di solito si ritiene che la disgenesia gonadica dipende da una mancanza di sostanze ormonali delle gonadi durante la vita pre e postnatale[245], per cui si verificherebbe uno sviluppo eunucoide dell'abitus femminile, indipendentemente dal sesso genetico del paziente.[246]

Recentemente si è voluto distinguere la disgenesia gonadica con tipo XY, denominandola "sindrome di disgenesia gonadica XY" (XY gonadal agenesis

237 T. M. STAFFORD e al., Gonadal dysgenesis with isochromosome X and menstruation, Am.J. Obstet. Gynec., 1973, 116, p. 886

238 J. R. BYRD e al., Cas limites de dysgenesie gonadique. Correlations entre les données clinique, cytogènetique et anatamo pathologique, Rev. Franc. Endocr. Cli., 1972, 13, pp. 107 – 21; M. H. CALVERLEY e al., Atypical gonadal dysgenesis: a clinical and cytogenetical report of three patients, J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth., 1973, 80, pp. 735 – 44

239 M. S. MATTEVI e al., Cytogenetic, clinical and genealogical analysis in a series of gonadal dysgenesis patients and their families, Humangenetik, 1971,13, pp. 126 – 46

240 BOHRN, "Gonadendysgenesie", pp. 253 – 9

241 M. HAERTEL e al., Gynäkographie bei Gonadendysgenesie zur Beurteilung der Beckenorgane im Hinblick auf Neoplasien der Keimdrüsen, Helv. Paediat. Acta, 1973, 28, pp. 283 – 90

242 H. MARQUEZ MONTER e al., Hystopathology study with cytogenetic correlation in 20 cases of gonadal dysgenesis, Am. J. Clin. Path., 1972, 57, pp. 449 – 56

243 B. PEREZ BALLESTER e al., Familial gonadal dysgenesis,Am.J. Obstet. Gynec., 1970, 107, pp. 1262 – 63

244 J. SANCHEZ CONTRERAS / H. ZARATE SANDOVAL, Disgeneia gonadal. Analisis de 2 casos, Am. J. Obstet. Gynec., 1974, 118, pp. 955 – 60

245 K. BOCZKOWKI, Pure gonadal dysgenesis clinical and genetic study, Mat. Med. Pol., 1973, 5, pp. 197 – 202

246 Cfr. nota 238

syndrome). Essa presenterebbe sempre le seguenti caratteristiche: corpo eneucoide, mancanza di sviluppo sessuale secondario, genitali interni femminili normali, assenza della vagina, assenza di strutture gonadiche e mancanza completa di genitali esterni.[247]

Ovaie supernumerarie

Questa anomalia è dovuta alla duplicazione di una o ambedue le masse gonadiche durante lo sviluppo.[248]

La fusione normale dei dotti di Müller (paramesofrenici) può portare alle seguenti conseguenze: a una vagina duplex[249], a un utero delfico, a un utero duplex; mentre l'anomalia dell'untero bicornuto è causata dall'assenza dei dotti paramesofrenici[250] e una loro anomalia può portare all'assenza della cervice uterina.[251]

b. Anomalie dei genitali esterni femminili

Pseudoermafroditismo femminile

La donna pseudoermafrodita è una persona geneticamente femmina con organi sessuali interni femminili e organi sessuali esterni intersessuati.[252] La cromatina è positiva. Il termine comprende vari disordini con genitali esterni bisessuali o completamente virilizzati, con cariotipo normale femminile e normali ovaie. [253] Si ritiene che la virilizzazione dei genitali esterni è di solito causata da errori di metabolismo steroideo[254], per cui si hanno forme dif-

247 G. E. SARTO / J. M. OPTIZ, The XY gonadal agenesis syndrome, J. Med. Genet., 1973, 10, pp. 288 – 93

248 J. W. CHOATE e al., The embryology of supernumerary ovaries, Obstet. Gynec., 1973, 41, pp. 246 – 52

249 DITTA e al., "A rare combination", pp 135 – 7

250 W. Z. POLISHUK / M. A. RON, Familial bicornute and double uterus, Am. J. Obstet. Gynec., 1974, 119, pp. 982 – 7

251 M. FARBER / D. J. MARCHANT, Congenital absence of the urine cervix, Am. J. Obstet. Gynec., 1975, 121, pp. 414 – 17

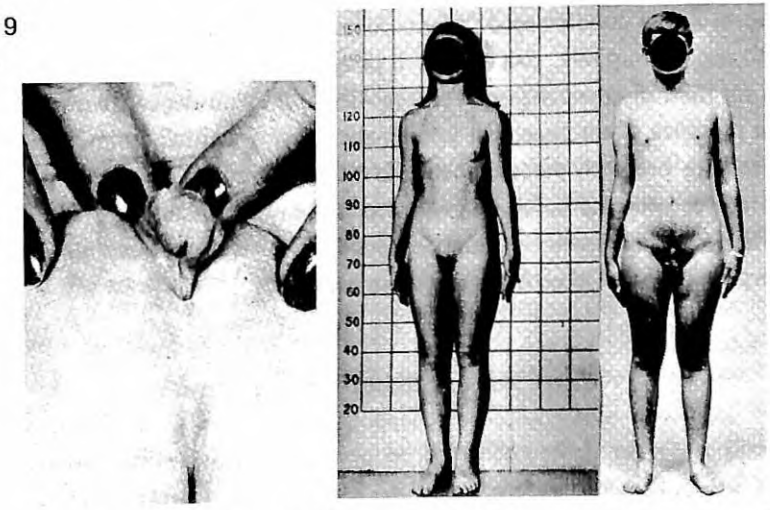
252 Notiamo che l'ermafroditismo femminile comprende anche la sindrome adrenogenitale.

253 W. BLUNCK, Female pseudohermaphroditism, Acta Endocr., 1974, 75 (supp. 184, pp. 192 – 3

254 J. R. BIERIC, Female pseudohermaphroditism, Helv. Paediat. Acta, 1974, 29 (supp. 34), pp. 87 – 97

ferenti di iperplasia surrenale congenita.[255] La virilizzazione surrenale può anche essere causata da una deficiente attività enzimatica, che causa il blocco della biosintesi del cortisone. Questa virilizzazione può variare dal semplice allargamento del clitoride, con fusione labioscrotale marcata[256] (stadio I), alla completa trasformazione, per cui il clitoride diventa un pene normale e le labbra si uniscono così da formare uno scroto normale, anche se vuoto. Le altre strutture sono di tipo femminile (stadio V).[257]

Fig 9



Due soggetti ermatroditi, geneticamente femmine, con sindrome adrenogenitale. Il primo è stato sottoposto a terapia chirurgica-ormonale in senso femminile in età infantile e successivamente educato come tale. Il secondo invece è stato trattato ed educato in senso maschile. Al momento in cui sono state fatte queste fotografie la ragazza aveva 14 anni e 6 mesi ed il ragazzo 15 anni e 1 mese.

(Da MONEY – EHRHARDT, ibidem).

255 P. MASTRANTONIO e al., Pseudoermafroditismo femminle ad impronta surrenalica, Arch. Obset. Ginec., 1972, 77, pp. 264 – 84; G. BARBIERI, Pseudoermafroditismo femminile da ipertrofia congenita delle ghiandoli surrenali, Rass. Int. Clin. Ter., 1971, 51, pp. 1013 – 20

256 Eccezionale sembra l'ipertrofia del clitoride in membri di una stessa famiglia (cfr. E. A. STOTNICK, Familial pure gonadal dysgenesis with clitoral hypertrophy and normal female karyotype, J. Am. Osteopath., 1971, 70, pp. 1167 – 78).

257 S. C. DUCK e al., Pseudohermaphroditism with testes and a 46,XX karyotype, J. Pediat., 1975, 87, pp. 58 – 62

La prognosi dello pseudoermafroditismo femminile, causato da iperplasia surrenale congenita, dipende da vari fattori.[258] (Cfr. fig. 9).

A volte l'origine dello pseudoermafroditismo femminile può essere non surrenale.[259]

Nella maggior parte dei casi le pseudoermafrodite si sviluppano senza gravi disturbi mentali e somatici.[260]

Pseudoermafroditismo femminile indotto da progestinici

Questa è una condizione di mascolinizzazione prenatale ed è causata, nei feti di sesso femminile, dall'azione di progestinici somministrati alla madre nei primi mesi di gravidanza per evitare l'aborto. Le conseguenze possono essere la presenza di un pene e di uno scroto vuoto. I genitali femminili interni sono sempre presenti, per cui, nel caso di mascolinizzazione incompleta, la neonata è considerata femmina e viene cresciuta come tale. All'età della pubertà le ovaie funzionano in modo normale. Se avviene la femminilizzazione del corpo, in seguito, si verificano le mestruazioni.[261]

258 W. BLUNCK, "Female", ibidem
Si pensa, inoltre, che l'ipertrofia congenitale del clitoride o delle labbra minori,o di ambedue, sia dovuta alla stimolazione degli organi genitali fetali per mezzo di ormoni materni (estrogeni o androgeni), i quali attraversano la placenta in quantità eccessiva, o per mezzo di steroidi della corteccia fetale surrenale (cfr. HAMILTON / MOSSMAN, ibidem, p. 432).

259 G. B. S. RAYUDU / L. N. RAYA,Female pseudohermaphroditism: a case report, Indian Pediat., 1974, 11, pp. 639 – 41

260 W. BLUNK, ibidem

261 MONEY /EHRHARDT, "Uomo, donna", p. 111

Capitolo III

ENDOCRINOLOGIA SESSUALE DELL'UOMO E DELLA DONNA

Cercheremo di dare prima di tutto una descrizione dell'influsso che gli ormoni hanno sulla sessualità dell'uomo e su quella della donna, per poi trattare brevemente delle principali endocrinopatie.

A. Endocrinologia sessuale maschile

Nel dare una descrizione dell'influsso degli ormoni sessuali nell'uomo, daremo prima uno schema del suo sistema endocrinologico sessuale e poi uno sguardo alle funzioni degli ormoni sessuali nelle fasi principali: infanzia, pubertà e vita adulta.

1. Sistema endocrinologico sessuale maschile

Il sistema endocrinologico, che ha ruolo fondamentale nella vita sessuale dell'uomo, si compone dei testicoli, della parte anteriore dell'ipofisi e del diencefalo.[262]

La funzione endocrinologica dei testicoli è assicurata principalmente dalle cellule di Leydig, situate nel tessuto interstiziale, che circondano i tuboli seminiferi. Esse secernono e sintetizzano il testosterone, ormone sessuale maschile. I testicoli producono anche una certa quantità di estrogeni.

Oltre ai testicoli, anche la corticosurrenale produce una piccola quantità di testosterone e di androgeni.[263]

262 Per un approfondimento dell'endocrinologia maschile (cfr. E. CONNELL e al., Hormones, sex and happiness, Chicago 1972, parte 3; C. S. CARTER, Hormones and sexual behavior, Stroudburgh 1974, parti 1, 3 e 4).

263 R. B. GREENBLATT / V. McNAMARA, Endocrinology of human sexuality, in A. M. FREEDMAN e al., (a cura di), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimora 1974, ed. 2, p. 1317; R. B. GREENBLATT e al., Endocrinology of sexual behavior, Med. Asp. Hum. Sex. 1972, 6, pp. 110 – 31

La funzione endocrina ed esocrina dei testicoli è regolata dalla variazione della concentrazione sanguigna dei due ormoni prodotti e secreti nella parte anteriore dell'ipofisi, cioè gli ormoni gonadotropi. E mentre uno stimola lo sviluppo e la secrezione delle cellule di Leydig (LS o ICSH, ormone luteinico o interstizial cells stimuleting hormone), l'altro influenza direttamente la spermatogenesi (FSH, follicle-stimuleting hormone).[264]

Il diencefalo interviene nella funzione testicolare, giacché è dimostrato che la secrezione anteipofisaria è diretta da ormoni prodotti nei nuclei delle cellule situate nella zona mediana dell'ipotalamo . Questi ormoni sono in seguito portati nell'ipofisi anteriore del sistema secretore ipotalamico–ipofisario. Essi trasformano l'informazione nervosa in ordine ormonale, e sono chiamati "releasing factors" (RF) o "releasing hormone" (RH), perché determinano la liberazione degli ormoni dall'ipofisi anteriore.[265]

2. Infanzia

Le ricerche sull'azione degli ormoni nella differenziazione sessuale dello uomo durante l'infanzia sono quasi inesistenti. Da una ricerca recente apprendiamo che gli ormoni coinvolti nel processo della differenziazione sessuale maschile sarebbero tre:

> "The testis itself is responsible for the secretion of testosterone and of müllerian regression factor, the substance responsible for the suppression of müllerian duct development at the time of male sexual differentiation. Testosterone acte directly to initiate vilization of the wolffian ducts and servs as a prohormone for the formation of dehydrotestosterone, which appears to be the effective androgen that mediates virilization of the urogenital sinus and externa genitalia".[266]

264 M. JENNY, Basi anatomo-fisiologiche e neuro-endocrine del comprtamento sessuale dell'uomo e della donna, in G. ABRAHAM / W. PASINI, Introduzione alla sessuologia medica, Milano 1975, p. 171, trad. dal francese "Introduction à la sexuologie mèdicale, Parigi 1974

265 R. G. GREENBLATT / V. McNAMARA, "Endocrinology", p. 1378
A. J. KASTIN e al., Clinical experience with hypothalamy releasing hormones, part 2 luteinizing hormone-releasing hormone and ather hypophisiotropic releasing hormones, Rec., Prog. Horm. Res., 1972, 28, p. 28

266 P. K. SISTERI / J. D. WILSON, Testosterone formation and metabolism during male sexual differentiation in the human embryo, J. Clin. Endocr. Meta. 1974, 38, pp. 113 – 25, 123

E' stato pure trovato che i testicoli sono attivi alla nascita e che vi è un aumento di testosterone soprattutto dai 2 ai 3 mesi di vita, mentre poi segue un calo graduale fino ai 7 mesi.[267]

Il plasma LH e FSH è notevolmente elevato dal primo ai 12 mesi e si pensa che l'aumento di testosterone durante i primi tre mesi di vita ha un ruolo nella determinazione dei fattori futuri maschili.[268] Dai 6 ai 10 anni, mentre vi è una crescita dei testicoli, il livello del testosterone non subisce cambiamenti.[269]

Per quanto riguarda il livello del FSH, è stato trovato che tra 0,5 e i 4 anni di età è più basso nei maschi che nelle femmine; mentre l'LH è più basso solo tra 0,5 e i 2 anni. I due ormoni diminuiscono notevolmente nei bambini tra i 2 e i 4 anni.[270] Si rileva pure che l'LH e l'FSH non cambiano fino ai 6 mentre salgono tra i 6 e i 10 anni di età.[271]

3. Pubertà

In questo paragrafo sull'azione degli ormoni sessuali durante la pubertà maschile sarà dato uno sguardo alla maturazione ghiandolare, alla maturazione dell'asse ipotalamico-pituitario, ai testicoli e alla maturazione adrenale.[272]

267 M. G. FOREST / A. M. CATHIARD, Pattern of plasma testosterone and d4-androstenedione in normal newborns: evidence for testicular activity at birth, J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 41, pp. 977 – 84

268 G. M. FOREST e al., Interrelations hypothalamo hypophyso gonadiques au cours de la primière annèe de vie, Ann. Endocr., 1974, 35, p. 255.
Questi autori trovarono che non vi era alcun rapporto tra gonadotropine e età o testosterone, confermando la tesi che nell'ipotalamo del neonato si verificano cambiamenti di maturazione del 'gonadostal'.

269 J. S. D. WINTER / C. FAINAN, Pituitary-gonadal relations in male children and adolescents, Pediat. Res., 1972, 6, pp. 126 – 35

270 N. O. OLAMBIWONNU / S. D. FRASIER, Serum gonadotropin concentrations during the first four years of life, J. Clin. Endocr., 1974, 38, pp. 320 – 21

271 J. S. D. WINTER / C. FAINAN, "Pituitary-gonadal", ibidem

272 A. W. ROOT, Endocrinology at puberty. I Normal sexual maturation, J. Pediat., 1973, 83, p. 1

a. Maturazione dell'asse ipotalamico-pituitario[273]

La crescita e l'attività delle gonadi è controllata dalle gonadotropine[274], (ormone luteinizzante LH) e dall'ormone follicolo-stimolante (FSH) secrete dalla ghiandola pituitaria anteriore. La produzione e la liberazione di queste gonadotropine sono influenzate da una peptite ipotalamica, la "gonadotropin releasing hormone" (G-RH)[275], che può indurre all'aumento del LH e del FSH in individui sia pubertali che sessualmente maturi. La grandezza della risposta pituitaria al G-RH appare relazionata alla previa disposizione alla peptite, così per es. i pazienti con alti livelli di LH e di FSH hanno più forti risposte che i pazienti prepubertali e ipogonadotropici.[276]

Una volta che si progredisce nella pubertà i livelli delle gonadotropine aumentano in modo rapido[277] e le risposte pituitarie al G-RH raggiungono fattori sessualmente maturi.[278]. Perciò, sembra che alla pubertà l'ipotalamo elabora quantità sempre maggiori del G-RH attraverso un processo di matu-

273 Sul funzionamento dell'asse ipotalamico pituitario durante la pubertà dei maschi (cfr. M. ZACHMAN, Evolution of gonadal function in children and adolescents, Helv. Paedit. Acta, 1974, 29 (supp. 34), pp. 53 – 63; M. R. GRUMBACH e al., Hipothalamic pituitary regulation of puberty in man: evidence and concepts derived from clinical research, in M. M. GRUMBACH e al., (a cura di), Control of the onset of puberty, New York, Londra 1974, pp. 15 – 66).

274 La secrezione delle gonadotropine è un fenomeno biochimico legato al comportamento, e si pensa che agisca indirettamente anche sul dimorfismo sessuale, poiché è stato dimostrato che essa si svolge con modalità diverse nell'uomo e nella donna (cfr. K. A. GORSKY, Gonadal hormones and the perinatal development of neuroendocrine function, in L. MARTIN / W. F. GARRON (a cura di), Frontiers in neuroendocrinology, New York 1971; F. NEWMAN e al, Hormones and brain differentiation, in L MARTIN e al., The hypothalamus, New York 1970, pp. 569 – 603)

Tuttavia, nonostante si parli di ciclicità o continuità ormonale nel maschio, si nota che vi è una fluttuazione dei livelli ormonali anche a brevi intervalli di tempo (cfr. C. H. DOERING e al., A cycle of plasma testosterone in the human male, J. Clin. Endoc. Metab., 1975, 40 pp. 492 – 500).

275 A. V. SCHALLY e al., Gonatropin-releasing hormone: one polipeptide regulates secretion of luteinizing and follicle-stimulating hormones, Science, 1971, 173, pp. 1036 – 37

276 J. C. ROTH e al., FSH and LH response to luteinizing hormone releasing factor in prepubertal and pubertal children, adult males and patients with hypogonatropic and hypergonatropic hypogonadism, J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 35, p. 926

277 S. S. C. YEN / J. J. VICIC, Serum follicle stimulating hormone levels in puberty, Am. J. Obstet. Gynec., 1970, 106, pp. 134 – 7

278 J. C. ROTH e al., "FSH and LH response", p.926; R. S. SWERDLOFF e al., Hormonal mechanism in the onset of puberty, Postgrad Med. J., 1975, 51, pp. 200–8

razione ancora quasi sconosciuto.[279] Gli steroidi sessuali, quali l'estradiolo e il testosterone, hanno mostrato di diminuire la secrezione pituitaria del LH e del FSH[280] e perciò stabiliscono una reazione a circuito negativo.

b. Testicoli[281]

I testicoli hanno un doppio scopo fondamentale: la produzione degli steroidi sessuali e la produzione delle cellule germinali per la riproduzione.

Gli steroidi

Le cellule di Leydig costituiscono la sorgente degli androgeni testicolari. Questi sono stimolati dal LH con il probabile contributo del FSH.[282] Nei Testicoli immaturi, le cellule di Leydig non sono riconoscibili e con ogni probabilità si evolvono alla pubertà sotto l'influenza delle gonadotropine. I livelli di plasma testosterone, bassi alla nascita, aumentano alla pubertà.[283]

La somministrazione di gonadotropina umana corionica può aumentare, ad ogni età, il testosterone fino a livello adulto.[284] Perciò il fattore li-

279 R. M. BENSON / C. J. MIGEON, Physiological and pathological puberty and human behavior, in B. E. ELEFTHERIOU / R. L. SPROTT (a cura di), Hormonal correlates of behavior, New York 1975, p. 156

280 P. R. LEE e al., Regualtion of human gonadotropins. VIII. Suppression of serum LH and FSH in adult males following exogenous testosterone administration, J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 35, p. 636

281 G. P. AUGUST e al., Hormonal changes in puberty: III. Correlation of plasma testosterone, LH, FSH, testicular size, and bone age with puberty development, J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 34, pp. 319 – 26

282 D. W. ODELL e al., FSH induction of sensitivity to LH: one case of sexual maturation in the male rat, Endocrinology, 1973, 92, p. 160; R. RAPPAPORT e al., FSH: its medieting role on testosterone secretion in hypopituitarism, California 1973, p. 94

283 M. G. FOREST e al., Evidence of testicular activity in early infancy, J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 148 –52

Per un approfondimento del comportamento degli ormoni durante le varie fasi della pubertà (cfr. R. G. WIELAND e al., Correlation of growth, pubertal staging, growth hormone, gonadotropins, and testosterone during the pubertal growth spurt in males, J. Pediat., 1971, 79, pp. 999 – 1002; E. O. REITER e al., Hormonal changes of adolescence, Med. Clin. North Am., 1975, 59, pp. 1289 – 1304).

284 J. M. SAEZ / J. BERTRAND, Studies on the testicular function in children: plasma concentration and its sulfate bevor and after stimulation with human chorionic gonadotropin, Steroids, 1968, 12, p. 749

mitante, nella maturazione della funzione androgena dei testicoli, è la sua esposizione a livelli adeguati di LH e SFH.[285]

L'androgeno maggiore secreto dai testicoli è il testosterone[286], la cui attività metabolica ha il seguente influsso:

1. stimola la secrezione del pene, dello scroto, delle vesciche seminali e della prostata;
2. stimola la maturazione delle cellule germinali durante lo stadio primitivo spermatide e aumenta la grandezza dei tuboli seminiferi;
3. promuove la crescita dei peli pubici, ascellari, della faccia e del corpo;
4. aggrava la voce;
5. accellera la velocità dell'altezza e la maturazione delle ossa;
6. accellera la velocità dell'altezza e la maturazione delle ossa;
7. aumenta la massa delle emoglobine;
8. accresce il numero e la grandezza delle cellule muscolari;
9. diminuisce il grasso subcutaneo;
10. promuove l'attività sessuale;
11. regola la reazione negativa della secrezione del LH-RH e del LH, rispettivamente per mezzo dell'ipotalamo e delle pituitarie.[287]

I testicoli secernono altri androgeni, quali: deidroepiandrosterone, androsteneidione, deidrotestosterone e androstenediolo.[288] Inoltre i testicoli producono una piccola quantità di estrone, estradiolo[289] e progestageni, con varie conseguenze nella morfologia del ragazzo, per es. ginecomastia.[290]

285 R. M. BENSON / C. J. MIGEON, "Physiological and pathological", p. 175

286 D. KNORR e al., Plasma testosterone in male puberty. I. Physiology of plasma testosterone, Acta Endocr., 1974, 75, pp. 181 – 94; G. P. AUGUST e al., Hormonal changes in puberty : III. Correlation of plasma testosterone LH, FSH, testicular size, and bone age with male pubertal development, J. Clin. Endocr., 1972, 34, pp. 319 – 26

287 A. SLOB e al., The relationship of steroid excretion signs of sexual maturation phenomena in normal male adolescent, Helv. Paediat. Acta, 1973, 28, pp. 583 – 90

288 C. A. PAULSEN, The testes, in R. H. WILLIAMS (a cura di), Textbook of endocrinology, Filadelfia 1974, p. 323

289 R. P. KELCH e al., Estrone secretion by human simian and canine testes: effects of HCG on estrone and estradiol. Inter. Cong.Endocr. Washington,D. C. Giugno 18 – 24, (Abs. 542)

290 J. MONEY, Sexual dimorphism and homosexual gender identity, Psychol. Bull., 1970, 74, p. 433

Produzione delle cellule germinali

La produzione delle cellule germinali[291] si realizza tra i tuboli seminiferi dei testicoli. Essa è sotto l'influenza del FSH e del testosterone intratesticolare. Il testosterone da solo è capace dell'avanzamento dello sviluppo delle cellule germinali dallo stadio spermatogonico agli spermatidi primari, ma per il completamento del processo di maturazione è necessario il'FSH.[292]

Per la maturazione dello sperma, oltre all'FSH, sono necessari altri ormoni, particolarmente l'ormone tiroideo.[293]

c. Maturazione adrenale

Le ghiandole adrenali, che producono tra l'altro glucocorticoidi e mineralcorticoidi, sono una sorgente di ormoni androgeni, che hanno un ruolo importante durante il processo della pubertà.[294]

Nelle prime settimane di vita, le ghiandole adrenali secernono una quantità minima di androgeni. Dopo i 6 – 7 anni di età la loro secrezione, soprattutto il deidroepiandrosterone e l'androstenedione, aumenta gradualmente e diventa molto marcata durante lo sviluppo puberale.

La causa di tale aumento di androgeni adrenali (adrenarca) non si conosce. Comunque gli androgeni adrenali contribuiscono allo sviluppo dei peli pubici e ascellari, come è dimostrato molto bene nei pazienti con disgenesia gonadica, i quali, pur mancando di tessuti gonadici funzionanti, sono forniti di peli sessuali.[295]

291 E. STENBER, Maturation of male: germinal epithelium, in M.M. Grunbach e al., (a cura di), Control of the onset, pp. 386 – 97

292 E. STEINBERG, Hormonal control of mammalin spermatogenesis, Physiol. Rev., 1971, 51, p. 1

293 J. M. TANNER, "Sequence, tempo", pp. 919 – 20

294 C. J. MIGEON, Adrenal androgens in man, Am. J. Med., 1962, 56,p. 606; D. GUPTA, Changes in the gonadal and adrenal steroid patterns during puberty, J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 4, pp. 27 – 58

295 I. G. SOBRINHO e al., Changes in adrenocortical function of patients with gonadal dysgenesis after treatment with estrogens, J.Clin. Endocr. Metab., 1971, 33, p. 110

4. Età adulta

Trattando della vita adulta dal punto di vista della endocrinologia sessuale distinguiamo: l'età adulta fino ai 50 anni e l'età adulta dopo i 50, che denomineremo età avanzata.

a. Età adulta fino ai 50 anni[296]

Dalla pubertà fino agli inizi dall'età avanzata è sicuro che i fattori ormonali agiscono regolarmente nell'uomo normale. Anche se i testicoli dell'uomo maturo hanno le medesime potenzialità steroido-genetiche dell'ovaio per quanto concerne le vie metaboliche e il tipo di composti intermedi prodotti[297]; tuttavia essi "differiscono nelle quantità e nelle proporzioni degli steroidi emessi in circolo. Si tratta quindi di differenza quantitativa delle varie attività enzimatiche piuttosto che qualitativa. ..."[298]

Da ciò è chiaro che l'influsso degli ormoni maschili, nell'uomo normale, è più forte di quello esercitato dagli ormoni femminili. Tuttavia non è stato ancora dimostrato quale sia l'effetto di questi ormoni gonadici sull'attività sessuale in questo periodo.[299] Da situazioni cliniche umane, e soprattutto da esperimenti animali, si deduce che gli androgeni rendono l'uomo più aggressivo e che aumentano il suo desiderio sessuale. D'altra parte basarsi sugli esperimenti animali, in fatto di sessualità e ormoni, è alquanto problematico. M. JENNY nota a questo proposito:

> "Se questo desiderio è particolarmente evidente negli animali, la sua importanza è molto variabile nell'uomo e nella donna perché l'educazione, il carattere familiare, l'ambiente sociale, lo stato fisico modificano indiscutibilmente le conseguenze dell'effetto periferico ormonale. Mentre negli animali l'effetto ormonale sembra essere il fattore più importante per il comportamento sessuale...[300]"

296 W. G. LUTTGE, The role of gonadal hormones in the sexual behavior of the rherus monkey and human, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 61 – 88

297 MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", p. 229

298 Ibidem

299 M. JENNY, "Basi anatomo-fisiologiche", pp. 177 – 9

300 Idem, p. 180

Sono state fatte ricerche sui livelli ormonali degli uomini adulti normali e di vari gruppi di controllo durante l'attività coitale. L'ipotesi sarebbe che una più alta quantità di testosterone nel sangue dovrebbe portare ad una più potente reattività, ad un aumento dell'attività coitale e ad un accompagnamento sensoriale più intenso durante l'unione sessuale e l'orgasmo.[301]

Dalle varie ricerche è risultato che gli uomini normali, nei confronti dei gruppi di controllo, presentavano più alti livelli di testosterone[302], ma con variazione da esperimento a esperimento.[303] D'altra parte non è stata notata alcuna differenza di livelli delle gonadotropine o del cortisone.[304] E' stato trovato invece che il GH è più basso tra gli uomini che vanno dai 30 ai 50 anni nei confronti dei prepubertali e degli adolescenti.[305]

Tuttavia nonostante si riconosca che la presenza di una certa quantità di testosterone nel sangue sia requisito necessario per una attività adeguata nell'uomo, si ritiene che non vi è una forte relazione quantitativa tra androgeni e attività coitale.[306]

Per quanto riguarda specificamente l'erezione e l'eiaculazione alcuni ritengono che gli androgeni non hanno alcun ruolo[307], mentre altri ritengono che il testosterone per es. ha un certo influsso sull'erezione.[308]

301 J. RABOCH / L. STARKA, Coital activity of men and the levels of plasmatic testosterone, J. Sex Res., 1972, 3, pp. 219 – 24

302 C. J. SPITZ e al., Cognitiv and hormonal factors acting coital frequency, Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 249 – 63; C. A. FOX e al., Studies on the relationship between plasma testosterone levels and human sexual activity, J. Endocr., 1972, 52, pp. 51 – 8; A. A. A. ISMAIL e al., A method for extimation of plasma testosterone using a technique depending on competitive protein binding, Research in Steroids, 1971, 4, pp. 311 – 15; C. A. FOX, Recent studies in human coital physiology, Clin. Endocr. Metab., 1973, 2, pp. 527 – 43

303 M. A. MURRAY / C. S. CORKER, Levels of testosterone and luteinizing hormone in plasmasamples take at 10-minute intervalsin normal men, J.Endocr.,1973, 56, p. 157

304 A. A. A. ISMAIL e. al., Relationship between plasma sample cortistol and human sexual activity, Nature, 1972, 327, pp. 288 – 9

305 R. M. BLIZZARD e al., The interrelationship of steroids, growth hormone and other hormones on puberty growth, in M. M. GRUMBAUCH e al. (a cura di), "control of the onset", pp.343 – 59

306 J. ROBOCH / L. STARKA, "Coital activity", p. 224

307 M. JENNY, Basi anatomo-fisiologiche", p. 180

308 R. C. SCHIAVI e al., Plasma testosterone during nocturnal sleep in normal men, Steroids, 1974, 24, pp. 191 – 202; C. FISCHER e al., The assessment of nocturnal REM erection in the differential diagnosis of sexual impotency, J. Sex Mar. Ther., 1975, 1, pp. 277 – 89

b. Età avanzata

Sebbene le ricerche sul testosterone e sulla sua produzione, in rapporto all'attività sessuale nell'età avanzata, siano anche qui assai incomplete, sono stati riportati dati che presentano un certo interesse.

Così è stato visto che il tasso del plasma testosterone e l'AFTC rimangono invariati dall'adolescenza fino ai 50 anni; mentre dopo questa età subiscono un rapido calo.[309]

Sono stati misurati i livelli del testosterone , del LH e del FSH in 85 soggetti che soffrivano di 'impotenza psicogena' (i criteri con cui fu diagnosticata tale impotenza non sono descritti). I soggetti erano individui giovani (N. 42, età media 33) e anziani (n. 34, età media 48). Il testosterone risultò essere diminuito, ma più negli anziani, anche se di poco; l'LH e l'FSH risultò normale in ambo i gruppi.[310]

E' stato pure esaminato il testosterone nelle urine di 25 uomini impotenti, divisi in tipi psicogeni e costituzionali. Ambo i gruppi mostrarono livelli di testosterone più bassi del gruppo di controllo; ma gli psicogeni impotenti risultarono avere livelli di testosterone urinario più alti di quelli degli impotenti costituzionali. I ricercatori sono dell'opinione che la potenzialità e / o l'attività sessuale degli impotenti costituzionali è analoga a quella degli uomini anziani. Tuttavia, ciò che appare interessante è il fatto che i soggetti impotenti , con livello basso di testosterone, non risposero alla terapia di testosterone fatta via orale, sollevando così il dubbio sulla dipendenza dell'efficacia dell'attività del testosterone per sé.[311]

S. J. SACHER e coll. misurarono il plasma testosterone e quello urinario in un gruppo di anziani depressi (età dai 46 ai 78 anni). Non fu trovato alcun cambiamento dei livelli ormonali. Inoltre , allorché paragonarono la produzione assoluta di testosterone di questo gruppo con quella di anziani normali di uguale età, non riscontrarono alcuna correlazione tra livello del testosterone e libido, o tra testosterone e eccitazione.[312]

309 A. VERMEULEN e al., Testosterone secretion and metabolism in male senescense, J. Clin.Endocr. Metab., 1972, 34, pp. 730 –35

310 J. J. LEGROS e al., FSH, LH, and testosterone blood level in patients with psychogenic impotency, Endocrinologia Experimentalis, 1973, 7, p. 59

311 A. J. COOPER e al., Androgen function in impotence, Brit. Med. J., 1970 3, p. 17

Rimane ancora da chiarire se nell'uomo il testosterone induce l'attività sessuale o è una sua conseguenza. Il livello più basso di testosterone negli anziani potrebbe essere una funzione della diminuzione sessuale in sé, la quale, a sua volta, forse dipende da fattori sociali e psicologici.[313]

B. Endocrinologia sessuale femminile

Analogamente al paragrafo A sull'endocrinologia sessuale maschile, daremo qui una panoramica della endocrinologia sessuale femminile, soffermandoci in un primo tempo sul sistema endocrinologico sessuale generale, per poi esporre l'azione esercitata dagli ormoni durante l'infanzia, la pubertà e la vita adulta della donna.

1. Sistema endocrinologico femminile

Il sistema endocrinologico ormonale sessuale femminile comprende le ovaie, l'ipofisi e il diencefalo.

Le ovaie, come i testicoli, hanno due funzioni, una esocrina e una endocrina.

La funzione endocrina delle ovaie inizia con la produzione dei tre ormoni steroidi: steroidi gestanti (C 21), androgeni (C 19) e estrogeni (C18). La secrezione ovarica degli androgeni è normalmente lieve nella donna sana.[314]

Tra gli estrogeni, i principali sono: estrone, estradiolo ed estriolo. Essi sono formati nei follicoli e nel corpo luteo delle ovaie.

312 E. J. SACHER e al., Plasma and urinary testosteorne levels in depressed men, Arch. Gen. Psychiat., 1973, 28 p. 15; R. I. GREGERMAN / E. I. BIRMAN, Aging and hormones, in R. H. WILLIAMS (a cura di), Textbook of endocrinology, Filadelfia, 1974, p. 1059

313 Cfr. E. PFEIFFER / G. C. DAVIS, Determinants of sexual behavior in midle and old age, J. Am. Ger. Soc., 1972, 20, p. 15

314 Non è ancora chiaramente stabilito se l'incremento osservato nei livelli del siero testosterone durante la pubertà femminile riflette la secrezione degli androgeni nelle ovaie (cfr. C. FAIMAL / J. S. D. WINTER, Gonadotropins and sex hormone patterns in puberty: clinica data, in M. M. GRUMBACH e al., (a cura di), Control on the onset of puberty, pp. 33 – 55

Il principale ormone gestageno è il progesterone, che è formato nel corpo luteo del follicolo.[315]

L'ipofisi regola la produzione degli estrogeni e del progesterone con la mediazione del FSH e del LH. Tuttavia l'ipofisi rappresenta solo un collegamento, dato che la regolazione ormonale è dominio degli impulsi neuroormonali del diencefalo. La responsabilità di questa regolazione è assunta da due centri nervosi: la regione dei nuclei ventro-mediano e arciforme, che produce sostanze atte a liberare gli ormoni anteipofisari (FSH-RH e LH-RH); e la regione del nucleo preottico dell'ipotalamo, che ritmizza il ciclo ormonale della donna.[316]

2. Infanzia

Già durante la vita fetale, le bambine mostrano livelli di progesterone nelle arterie umbelicali molto più alti dei bambini. Una spiegazione possibile di questa differenziazione sessuale sta nel fatto che i feti femmine metabolizzano più progesterone che i feti maschi.[317] Inoltre, al secondo mese di vita gli estrogeni hanno un ruolo importante per la costruzione dell'utero e della vagina.[318]

E' stato riscontrato che dalla nascita fino all'età di 9 – 10 anni circa, la secrezione del LH e del FSH è differente tra femmine e maschi, ma da questo periodo in poi, nelle femmine l'FSH aumenta e l'LH diminuisce.[319] Altri autori,invece, hanno trovato che l'LH non è presente nelle bambine fino alla comparsa delle caratteristiche sessuali secondarie[320]

315. E. CONNELL e al., Hormones, sex and happiness, Cicago 1972, parti 2 e 4; C. S. CARTER, Hormones and sexual behavior, Stroudburg 1974, parti 2, 3 e 4

316 A. J. KASTIN e al., "Clinical experience", ibidem; M. JENNY, "Basi anatamofisiologiche", pp. 175 – 77

317 F. C. HAGEMENAS / G. W. KITTINGER, The influence of fetal sex on the levels of plasma progesterone in the human fetus, J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 384 – 91

318 H. A. KATCHADOURIAN / T. D. LUNDE, "Fundamentals of human", pp. 93 – 6

319 B. A. RIDKIND e al.,24-hour urinary luteinizing hormone (LH) and follicle stimulating hormone (FSH) excretion in normal children, J. Clin. Endocr. Metab., 1970, 31, pp. 517 – 25

320 Cfr. J. S. O. WINTER / C. FAIMAN, Pituitary gonadal relations in female children and adolescents, Pediat. Res., 1973, 7, pp. 498 – 5

3. Pubertà

Parlando della pubertà femminile, dal punto di vista ormonale, distinguiamo la funzione duplice delle ovaie, e cioè la produzione degli steroidi e quella delle cellule riproduttive.

a. Ovaie

Abbiamo già detto che le ovaie, allo stesso modo che i testicoli, hanno una doppia funzione: la produzione dei testicoli sessuali e delle cellule riproduttive. Il controllo di queste funzioni è di natura complessa e segue un andamento ciclico alla maturità.[321]

Sotto l'influenza delle gonadotropine pituitarie[322], che raggiungono il tasso adulto durante il processo della pubertà[323] e seguono un andamento ciclico, i follicoli primordiali delle ovaie si differenziano in follicoli maturi di Graffian. Il tessuto stromale adiacente si differenzia in teca interna ed esterna. Dopo l'ovulazione, le cellule della precedente granulosa e della teca sono trasformate nelle cellule che formano il corpo luteo.

Steroidi sessuali

I due prodotti maggiori delle ovaie sono l'estradiolo e il progesterone.[324] Gli estrogeni sono prodotti dalle cellule della teca interna e del corpo luteo, mentre il progesterone è prodotto principale del corpo luteo.

321 J. S. D. WINTER / C. FAIMAN, The development of cycle pituitary gonadal function in adolescent females, J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 37, pp. 717 – 18; L. L. FRANCHI / T. G. BAKER, Oogenesis and follicular growth, in E. S. E. HAFEZ / T. N. EVANS (a cura di), Human reproduction. Conception and Contraception, Maryland 1973, pp. 53 – 81

Si noti che il ciclo delle ovaie funziona anche in assenza di utero e di vagina (cfr. I. S. FRASER e al., Cyclical ovarian function in women with congenital absence of the uterus and vagina, J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 634 – 7).

322 D. A. A. ADMOPOULOS e al., Pituitary-gonadal interrelationship in pubertal female subjects, Acta Endocr., 1974, 76, pp. 314 – 34

323 S. S. C. YEN / J. J. VICIC, Serum follicle-stimulating hormone levels in puberty, Am.J. Obstet. Gynec., 1970, 106, pp. 134 – 7

324 R. L. KANTERO e al., Serum growth hormone and gonadotrophins and

I tre estrogeni prodotti dalle ovaie in ordine di decrescimento potenziale sono l'estradiolo, l'estrone e l'estriolo. L'estradiolo, i cui livelli crescono durante la pubertà femminile, è un inibitore potente del LH e FSH e i suoi effetti metabolici sono i seguenti[325]:

1. aumenta la crescita dell'utero, dell'endometrio e della vagina;
2. induce la proliferazione del dotto dei seni;
3. influenza l'adiposità e la distribuzione del grasso;
4. accellera la crescita e la maturazione dello scheletro;
5. inibisce l'azione periferica dell'ormone della crescita e aumenta la crescita del RH;
6. regola la reazione negativa della secrezione del LH-RH per mezzo dello ipotalamo.

La produzione del progesterone nel sangue è al massimo del suo livello durante gli 8 giorni che seguono l'ovulazione. Se la gonadotropina corionica non è prodotta da un'implantazione di un ovolo, il corpo luteo si atrofizza e il livello del progesterone si abbassa in modo rilevante.[326]

Gli effetti metabolici del progesterone sono i seguenti:

1. produce una secrezione endometrica e porta all'ipertrofia 'decidual' delle cellule dello stroma endometrico;
2. sintetizza l'endometrio all'ossitocine;
3. inibisce l'attività secretoria delle ghiandole cervicali;
4. sviluppa il sistema alveolare dei tessuti dei seni;
5. aumenta la temperatura base del corpo;
6. regola la reazione negativa del fattore 'releasing' per mezzo dell'ipotalamo.

urinary steroids in adolescent girls, Acta Endocr., 1975, 78, pp. 11 – 21; H. GLEISPACH, The urinary steroid excretion in girls during puberty, H. Horm. Metab. Res. 1974, 6, pp. 325 – 99

325 K. ANGSUSINGHA e al., Unconjugated estrone, estradiol and FSH and LH in prepubertal and pubertal males and females, J. Clin. Endocr. Metab., 1974, 39, pp. 63 – 8; E. WIEDMANN / E. SCHWARTZ, Suppretion of growth hormone-dependent human serum sulfation factor of estrogen, J. Clin. Endocr., 1972, 34, pp. 51 – 8; P. C. SIZONENKO / L. PAUMIER, Hormonal changes in puberty III. Correlation dehydropiandrondrotestosterone, testosterone, FSH and LH with stages of puberty and bone age in normal boys and girls and patients with Addison's desease or hypogonadism or premature or late adrenarche, J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 41, pp. 894 – 904

326 G. T. ROSS e al., Pituitary and gonadal hormones in women during spontaneous and induced ovulatory cycle, Rec. Prog. Horm. Res., 1970, 26, pp. 1 – 62

Crescita delle cellule germinali

Durante la fase preovulatoria, diversi follicoli primordiali cominciano la loro trasformazione in follicoli maturi di Graffian, ma solo uno di essi raggiunge la completa maturazione. Non si conosce la ragione del fallimento degli altri follicoli.

La fase di crescenza del follicolo è prima di tutto influenzata dal FSH e può essere riprodotto dall'aumento dei livelli intrafollicolari di estrogeni. Allorché il follicolo è maturo, comincia a produrre estrogeni in quantità sempre crescente, i quali hanno un influsso inibitorio sulla produzione dell' 'output' del FSH pituitario. Allo stesso tempo gli estrogeni aumentano la sensibilità del follicoio al FSH. Quando il follicolo raggiunge la completa maturazione, e produce un adeguato livello di estrogeno, l'LH sale in modo prominente e conduce all'ovulazione e al passaggio dell'ovulo nel tubo follopiano, dove può essere fertilizzato.[327]

4. Vita adulta

In questo paragrafo sull'attività endocrinologica sessuale nella vita della donna distinguiamo l'attività endocrinologica dalla vita adulta alla menopausa e dalla menopausa in poi, periodo che denomineremo età avanzata.[328]

a. Età adulta fino alla menopausa

Le poche ricerche che si sono occupate dell'azione degli ormoni, in rapporto alla vita sessuale della donna, sono legate al ciclo mestruale. Sembra

327 R. M. BENSON / C. J. MIGEON, 'Physiological and pathological", pp. 259 – 60 M. J. BERGER / M. L. TAYMOR, The role luteinizing hormone in human follicular maturation and function, Am. J. Obstet. Gyne., 1971, 3, pp. 708 – 10; G. STANLEY e al., Further studies of gonadotropin and estradiol secretion during the preovulatory phase of the human menstrual cycle, J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 1205 – 9; S. S. YEN / C. C. TSAI, Acute gonadotropin realising induced by exogenous estradiol during the mid-follicolar phase of the menstrual cycle, J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 34, pp. 298 – 305

328 W. G. LUTTGE, 'The role of gonadal", pp. 61 – 88

che sessualità della donna e ciclo mestruale siano un fenomeno unico, tanto è vero che si parla di "ciclo sessuale della donna."[329]

Perciò parlando dell'azione degli ormoni nella vita sessuale della donna adulta fino alla menopausa, lo faremo in rapporto al ciclo mestruale.

Il ciclo mestruale[330]

Dal rapporto complesso tra ipotalamo, pituitarie e ovaie nasce la crescita del ciclo e lo sfaldamento dell'endometrio uterino, che ha connessione con il ciclo mestruale. Durante la fase preovulatoria follicolare, la produzione di estrogeno causa la crescita dell'endometrio in grandezza, con un aumento in numero e in lunghezza delle ghiandole dell'endometrio e un aumento in crescita delle arteriole spirali. Questo cambiamento porta un endometrio proliferativo. In seguito all'ovulazione successiva, e alla produzione di progesterone, le ghiandole endometriche diventano più ampie e tortuose, la crescita delle arteriole spirali è lenta e lo stroma diventa adematoso e ampio. Questi eventi conducono a una secrezione endometrica, la quale può provvedere al necessario milieu per l'implantazione dell'ovulo fertilizzato.

Se non si verifica la fertilizzazione, il corpo luteo si atrofizza, e la diminuzione subitanea della secrezione degli ormoni sessuali[331] causa lo sfaldamento dell'endometrio, con la conseguente emorragia mestruale.

Durante il ciclo, gli ormoni (estrogeno e progesterone), secreti dai tessuti delle ovaie, si perdono senza interruzione per circa otto giorni. Mentre i due ormoni pituitari, che regolano il ciclo (l'LF, fortemente elevato per uno o due giorni, e l'FSH) si mantengono costanti. Lo stesso vale per il supplemento degli androgeni, che aumentano solo leggermente con l'avvicinarsi dell'ovulazione e durante la fase luteale.[332]

329 MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", p. 244.

330 R. M. BENSON / C. J. MIGEON, "Physiological and pathological", p. 160; M. K. SANYAL al., Development of Graffian follicles in adult human ovary. I. Correlation of estrogen and progesterone concentration in anatral fluid with growth of follicles, J. Clin. Endocr. Metab., 1974, 38, p. 824

331 A. R. MIDGLEY e al., Human reproduction endocrinology, in E. S. E. HAFEZ / T. N. EVANS (a cura di), Human reproduction, conception and contraception, Maryland 1974, pp. 201 – 36

332 A. R. GENNAZZANI e al., Pattern of plasma ACTH, hGH, and cortisol during menstrual cycle,, J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 41,pp. 431 – 37; V. CORTES–GALLEGROS e al., Effect of paramethason acetate on ovarian steroids and gonadotropins. I. Normal menstrual cycle, J.Clin. Endocr. Metab. 1975, 41, pp. 215 – 20

Il desiderio della libido è estremamente vario, durante questo periodo. Alcune donne, nonostante il ciclo mestruale, non subiscono alcun cambiamento della libido; altre sono molto sensibili.[333]

Sebbene gli studiosi, nelle poche ricerche sulla valutazione del periodo del massimo desiderio sessuale della donna, siano d'accordo sulle possibilità varie delle risposte della libido della donna durante questo periodo di fluttuazione ormonale, non lo sono invece su quando la libido si abbassa o aumenta durante il ciclo.

J. O'CONNER e al., riassumendo la letteratura precedente sull'argomento, dicono che gli psicoanalisti trovano che la libido della donna comincia ad aumentare verso l'inizio del ciclo, al massimo del piacere, allorché l'estrogeno è ad alto livello.[334] Altri autori, tra i quali MASTERS e JOHNSON[335], sostengono che il desiderio sessuale e l'orgasmo, per molte donne, è più intenso nei periodi premestruali, mestruali e postmestruali, quando il livello dell'estrogeno e del progesterone è in riflusso.

Da altri autori[336] si sostiene che i risultati delle poche ricerche sulla ciclicità del desiderio sessuale femminile sono confusi e contraddittori, giacché non si fa una chiara distinzione tra fase ovulatoria e fase mestruale. Essi ritengono che durante la fase ovulatoria il desiderio sessuale si manifesta generalmente con un senso di abbandono e bisogno di essere sessualmente posseduta; mentre durante la fase mestruale, la donna è più aggressiva e tende a possedere. E ciò, d'altra parte, contraddirrebbe la convinzione del maschio che vuole che la donna sia sessualmente passiva.[336]

Notiamo, infine, che durante il ciclo le donne sono soggette a vari disturbi, come depressione, irritabiltà, ansietà ecc. con conseguenze , a volte, gravi, come il suicidio. Sebbene non siano del tutto chiare le cause dalle quali questi disturbi dipendono, sembra che essi coincidano con l'abbassamento del livello dell'estrogeno, allorché il desiderio sessuale raggiunge il suo culmine.[337]

333 H. S. KAPLAN, New sex therapy, Londra, pp. 53 – 54

334 J. O'CONNOR e al., Biorhithms and human reproduction, New York 1974

335 W. H. MASTERS / V. JOHNSON, Human sexual response, Boston 1966

336 Cfr. MONEY / EHRHARDT, "uomo, donna", pp. 245 – 6

337. H. S. KAPLAN,New sex therapy, pp. 254 – 6

b. Età avanzata

La diminuzione della produzione dell'estrogeno, nelle donne anziane, sembra inevitabile. Essa si accompagna alla cessazione della produzione del ciclo ovarico. Questo processo inzia verso i 50 anni e prosegue durante i 60. Ma mentre le ovaie atrofizzate cessano la produzione di estrogeno, nelle urine esso è invece percepibile anche dopo la menopausa.[338]
Comunque la diminuzione dell'estrogeno ha un ruolo importante dal punto di vista fisiologico e comportamentale nell'età avanzata della donna.

I fenomeni fisiologici, atrofia genitale, instabilità vasomotoria ecc., accompagnati da implicazioni comportamentali, sono in definitiva causati dalla diminuzione dell'estrogeno durante la menopausa e dopo.[339]

Dopo la menopausa le ovaie continuano una produzione di testosterone e di androstenedione.[340]

B. Endocrinopatie cliniche sessuali dell'uomo e della donna

In questo paragrafo accenneremo brevemente ad alcune endocrinopatie cliniche sessuali dell'uomo e della donna.

1. Endocrinopatie sessuali maschili

Uomini femminizzati

Il comportamento femminizzato di uomini è riportato come caratteristica della sindrome di Turner (vedi) nella metà circa dei pazienti[341]; gli uomini,

338 J. M. GRONDIN e al., Extraglandular estrogen in the post-menopause, in K. J. RYAN / D. C. GIBSON, Menopause and aging, Bethesda 1971, pp. 15 – 35; J. M. GRONDIN e al., Source of estrogen production in postmenopausal women, J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 207 – 14

339 G. T. ROSS / R. R. WANDEWIELE, The ovaries, in R. H. WILLIAMS (a cura di) Textbook of endocrinology, Filadelfia 1974, pp. 368 – 422

340 H. L. JUDD e al., Endocrine function of the postmenopause ovary: concentration of androgens and estrogens in ovarian and peripheral verni blood, J. Clin. Endorc.Metab., 1974, 39, 1020 – 4

con sindrome dell'insensibilità agli androgeni (vedi), sebbene geneticamente maschi, mostrano un fenotipo femminile e il loro comportamento è più vicino a quello femminile che a quello maschile.[342] In questi pazienti il corpo risponde solo agli estrogeni prodotti dai testicoli, mentre in quelli della sindrome di Turner non sono presenti nè estrogeni nè testosterone. Comunque in ambo i casi il comportamento sociale tipico è femminile.[343]

Un altro esempio di femminizzazione comportamentale dei maschi,è quello di uomini trattati con estrogeni, in modo esogeno, durante la gravidanza della madre. Alcuni autori riportano che dei ragazzi, le cui madri erano diabetiche e avevano fatto iniezioni di estrogeno e progesterone, erano meno aggressivi, meno assertivi e mostravano una capacità atletica inferiore al gruppo di controllo, le cui madri erano pure diabetiche, ma non erano state trattate con ormoni.[344]

2. Endocrinopatie sessuali femminili

Donne mascolinizzate

Nelle ricerche dell'essere umano, una sindrome ricorrente di donne mascolinizzate è stata trovata nella iperplasia adrenocorticale congenita, un difetto genetico recessivo, in cui vi è una produzione eccessiva di androgeni adrenali. Infatti, a causa di un difetto enzimatico fetale, nella sintesi del cortisone dell'adrenale, non si verifica un'azione inibitoria alla produzione del ACTH pituitario, per cui si ha un eccesso di 17-chetosteroidi, pregnadiolo e di diversi altri steroidi.[345]

341 A. A. EHRHARDT e al., Female gender identity and the absence of fetal gonadal hormones: Turner's syndrome, Johns Hopkins Med. J., 1970, 126, pp. 237

342. L. H. JUDD e al., Androgen and gonadotropin dynamics in testicular feminization syndrome, J.Clin.Endocr. Metab., 1972, 34, pp. 229 – 34

343 J. MINEA e al., Fetal feminization induced by androgen insensitivity in the testicular feminization syndrome: Effects on marriage and materialism, Johns Hopkins Med. J., 123, 1968, p. 105

344. I. D. YALOM e al., Prenatal exsposure to female hormones, Arch. Gen. Psychiat., 1973, 28, pp. 554 – 61

345 J. F. CRIGLER e al., Deseases of the testes, in M. M. WINTROBE e al., (a cura di), Principles of internal medicine, New York 1970, pp. 549 – 55

In campo sperimentale gli studi su questo argomento sono diversi (cfr. R. W. GOY,

Questi individui sviluppano genitali mascolinizzati, un livello del QI più alto del gruppo normale, tendenza comportamentale maschiloide e una più alta frequenza di eccitazione sessuale.

Un'altra sindrome clinica che coinvolge la mascolinizzazione prenatale della donna è quella dovuta al trattamento della madre con droghe progestiniche per prevenire l'aborto.

Queste droghe appartengono ad un gruppo di steroidi di sintesi e presentano una struttura simile agli androgeni. Poiché dal punto di vista biochimico vengono sostituiti al progesterone, si fanno rientrare nel gruppo dei progestinici.

Il loro effetto sul nascituro è che la bambina nasce, in genere, con una mascolinizzazione limitata, come ingrossamento del clitoride, e in rari casi, con una mascolinizzazione incompleta: pene, ma scroto vuoto.[346]

Recentemente sono stati riportati 7 casi di ragazze delinquenti, sei delle quali erano state esposte a progestinici in utero. Tra le caratteristiche fisiche esse presentavano: irsutismo, acne, e voce grave. Avevano, inoltre, avuto il menarca molto prima del normale e presentavano soprattutto ipersessualità. Tra le caratteristiche comportamentali , si parlava di comportamento maschile, tentativi di suicidio, attività omosessuale, episodi d'ipomania, fughe da casa ecc.[346]

Early influence on the development of sexual and sex-related behavior, in G. C. QUARLON e al., (a cura di), Neuro-sciences: a study program, New York 1970, pp. 196 – 207).

246 MONEY /EHRHARDT,"Uomo, donna", pp. 111 – 12

J. GOODMAN, The behavior of hypersexual delinquent girls,Am. J. Psychiat., 1976, 133, pp. 662 – 68

Capitolo IV

MORFOLOGIA SESSUALE MASCHILE E FEMMINILE DALL'INFANZIA ALLA VITA ADULTA

Dopo aver dato uno sguardo alle ricerche sull'embriologia sessuale e sulle anomalie ad essa inerenti, con questo capitolo intendiamo soffermarci sulla morfologia sessuale maschile e femminile nel suo sviluppo ed infine accennare ad alcune anomalie legate allo sviluppo morfologico sessuale in ambo i sessi.

A. Morfologia sessuale maschile dall'infanzia alla vita adulta

Nel trattare della morfologia sessuale maschile, che va dall'infanzia alla vita adulta, intendiamo esaminare le caratteristiche morfologiche fondamentali che il maschio assume nell'arco della sua vita infantile, puberale e adulta.

1. Infanzia

Gli studi sulla morfologia sessuale infantile maschile sono molto scarsi. Un primo elemento dimorfico è il fatto che il maschio nasce con una forza muscolare maggiore[347] e che l'età ossea è in ritardo rispetto a quella della femmina. Fino all'età di cinque anni i maschi crescono più alti delle donne e hanno braccia, gambe e altre parte del corpo più grosse.[348]

È stato pure trovato che durante questo periodo i bambini hanno una ampiezza di spalle, di fianchi e di torace maggiore di quella delle bambine[349]

347 F. A. KORNER, Sex differences in newborns with special reference to differences in the organization in oral behavior, J. Child Psychol. Psychiat. Allied Discipl., 1973, 14, pp. 19 – 29

348 W. A. MARSHALL / J. M. TANNER, Variations in pattern of pubertal changes in boys, Arc. Dis. Childh., 1970, 45, pp 13 – 23; C. I. GRYFE e al., Pattern of the development of bone in childhood and adolescence, Lancet, 1971, 1, pp. 523 – 26

349 C. K. NG e al., Growth of trunk width in Hong Kong Chinese preschool children, Z. Morph. Anthrop., 1974, 66, pp. 1 – 9

Dopo i cinque anni, fino agli undici, i dati antropometrici di ambo i sessi sono sovrapponibili.[350]

Dai 6 ai 7 anni l'età dello scheletro e l'età cronologica dei ragazzi si corrispondono, mentre dopo i 7 anni l'età dello scheletro avanza progressivamente più veloce fino a dopo i 16 anni.[351] Ne risulta che l'ossificazione dello scheletro dei pubescenti è indipendente dai processi di maturazione che portano allo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie.[352]

E' stato trovato che i fattori genetici hanno un ruolo importante nella crescita morfologica dei ragazzi. Infatti si è notato che i fratelli e i gemelli somigliano notevolmente tra di loro nella crescita e che le somiglianze tra genitori e figli, durante lo sviluppo del bambino, sono sempre più marcate.[353] Tuttavia viene pure sottolineato che sebbene i geni possono determinare il piano morfologico futuro dell'individuo, l'influsso dell'ambiente e dello stato socioeconomico possono modificarlo.[354] Questo influsso avrebbe un ruolo piuttosto notevole soprattutto durante il periodo in cui la crescita è molto rapida.[355]

350 W. A. MARSHALL / J. TANNER, "Variations in pattern", ibidem; R. M. MALINA e al., Selected body measurement of children 6 – 11 years, Vital HLTH statist, 1973, 11, p. 48; S. KANDA / A. HATAYAMA, Analysis of Japanese preadolescent growth, Z. Morph. Anthrop., 1971, 63, pp. 1 – 10

351 K. ASHIZAWA, Maturation osseuse des enfants Japonais de 6 – 18 ans, estimèe par la methode de Tanner Whitehouse, Bull.Soc. Anthrop., 1970, 6, pp. 265 – 80

352 W. A. MARSHALL, Interrelacion de la maduración osea, el desarrollo sexual y el crescimiento somatico en el hombre, Med. Clin., 1975, 64, pp. 56 – 60

353 Z. WELON / T. BIELICKI, Further investigatiòn of parental-child similarity in stature, as assessed from longitudinal data, Hum.Biol., 1971, 43, pp. 517 – 25; A. GERYLOVOVA / M. BOUCHALOVA, The relationship between children's and parent's heights in the age-range O- 6 years, Hum.Biol., 1974, 1, pp. 129 – 32

354 J. M. LOOTS / D. V. LAMPRECHT, Anthropometrical evaluation of rural and urban Venda males, S. Afr. Med. J., 1971, 45, 1284 – 88; M. MASALI, Body size and proportion as reveald by bone measurement and their meaning in environmental adaptation,J. Hum. Evol., 1972, 1, pp. 187 – 97; H. WALTER , Remanks on the environmental adaptation, Humangenetik, 1971, 13, pp. 85 – 97

355 W. A. STINI, Redused sexual dymorfism upper arm muscle circumference associeted with protein deficient diet in a south American population, Am. J. Phys. Anthrop., 1972, 36, pp. 341 – 51; W. D. LOW, Relation between socio-economic status and skeletal maturation of Chinese children, Z. Morph. Anthrop., 1972, 64, pp. 1 – 12

2 Pubertà[356]

In questo paragrafo ci occuperemo dello sviluppo delle modificazioni somatiche sessuali, con brevi accenni alle modificazioni muscolari e adipose della pubertà.

a. Caratteristiche sessuali somatiche

La pubertà ha inizio con i primi segni dello sviluppo dei genitali. Tuttavia non è facile precisare l'inizio di tale periodo, giacché i vari segni caratteristici della pubertà si manifestano progressivamente e quindi non sono facilmente databili. Di conseguenza tutti i dati statistici su tale argomento sono da considerarsi approssimativi.[357]

Da varie ricerche risulta che l'aspetto somatico dei ragazzi, durante la pubertà, si sviluppa dagli 11 ai 16 anni, o un pò prima o un pò dopo questo arco di tempo, senza che ciò implichi nulla di patologico.[358]

Nel sintetizzare le modificazioni somatiche che si verificano durante la pubertà seguiamo lo schema dei 5 stadi di J. M. TANNER.[359]

356 Parlando della pubertà intendiamo coprire l'intero periodo dello sviluppo pubertale e della maturazione morfologica del corpo, perciò sarà compresa anche l'adolescenza, sebbene questa venga definita come il periodo della completa crescita e maturazione.

357 W. A. MARSHALL, / J. M. TANNER, Variations in pattern of pubertal changes in boys, Arch. Dis. Childh., 1970, 45, pp. 13 – 23

358 H. V. BARNES, Physical growth and sexual maturation in normal puberty, Clin Endocr. Metab., 1975, 4, pp. 3 – 15; P. E. WAALER e al., Studies in normal male puberty, Acta Paediat. Scan., 1974, 249 (supp.), pp. 1 – 36

Si ritiene che vi è una correlazione tra sviluppo somatico durante la pubertà e il tipo costituzionale (cfr. G.ANGUELOV, Influence du type costitutionnel sur la puberté, Praxis, 1972, 61, pp. 888 – 92).

359 TANNER ha studiato in modo esteso le sequenze del processo della pubertà e ha classificato i cambiamenti di tempo in cinque stadi. Il primo stadio rappresenta lo stadio della prepubertà e lo stadio quinto la completa maturazione adulta; mentre gli stadi 2, 3 e 4 rappresentano gli stadi intermedi. Questi stadi sono stati applicati nell'uomo allo sviluppo dei peli pubici e dei genitali, e allo sviluppo dei peli pubici e dei seni nella donna. Sebbene esistano variazioni individuali, il processo della pubertà comporta in genere questi fattori (cfr. J. M. TANNER, Growth at adolescence, Oxford 1962, ed. 2).

J. M. TANNER, Sequence, tempo, and individual variation in the growth and development of boys and girls aged twelve to sixteen, Dedalus, 1971, 100, p. 914; W. A. MARSHALL, Physical changes at puberty, Publ. Roy., Coll. Phycns. Edinb., 1974, 7, pp. 35 – 7

Stadio I:. Questo stadio comprende la prepubertà. Noi ne abbiamo trattato nel paragrafo sull'infanzia.

Stadio II. Durante questo stadio i primi cambiamenti che saltano all'occhio sono: un aumento del volume dei testicoli, che precede di sei mesi gli altri segni, e l'aumento del volume del pene.

Stadio III. In questo stadio il pene continua a svilupparsi sia in circonferenza che in lunghezza, così pure lo scroto e i peli alla base del pube cominciano a crescere. Questo sviluppo ha luogo sotto la stimulazione del testosterone.[360] Questo stadio corrisponde all'età media di circa 12 anni.

Stadio IV. Esso si fa corrispondere ai 13 – 14 anni dello sviluppo. E' caratterizzato da un rapido sviluppo del pene e dei testicoli, e da un aumento della crescita dei peli pubici nella forma caratteristica triangolare. Durante questo periodo inizia pure la crescita della pelosità ascellare.

Stadio V. Questo stadio viene considerato l'ultimo dello sviluppo puberale. Durante questo periodo, che corrisponde in media ai 14 anni, il pene raggiunge il suo sviluppo completo, sebbene in alcuni ragazzi si sia già verificato verso i 12 annni oppure in altri si verificherà verso i 16 anni e mezzo[361]

Le ricerche sulla lunghezza del pene, nel suo sviluppo definitivo, non sono ancora d'accordo. Si ritiene che allo stado flaccido va in media dai 7 agli 11 cm., mentre allo stato di erezione raggiunge dai 14 ai 18 cm.[362]

Per quanto riguarda il volume dei testicoli, esso dipende essenzialmente dal grado di maturazione spermatogenetica[363]; il loro diametro può andare

360 Z. KWIATKOWSKA e al., Testosterone secretion in young males, Mat. Med. Pol., 1975, 7, pp. 35 – 7; D. KNORR e al., Plasma testosterone in male puberty. I. Physiology of plasma testosterone, Acta Endocr., 1974, 75, pp. 181 – 94

361 Le differenze, in tempo, dello sviluppo dei genitali e delle caratteristiche sessuali secondarie, oltre che tra una stessa razza, sono molto più accentuate se si confrontono razze diverse (cfr. T. L. MIERZEJEWSKA, Morphological adn development differences between Negro and White Cuban youths, Hum. Biol. 1970, 42, pp. 581 – 97); C. L. B. LAVELLE, Secular trends in different racial groups, Angle Orthodont., 1971, 42, pp. 19 – 25; K. N. AGRWAL, Physical growth charcteristics in ralation to sexual growth, Ind. Pediatr., 1974, 12, pp. 99 – 105).

362 N. MCNAPHY, Measurements of change in penile dimensions, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 381 – 8; M. DIAMOND, Sexual anatomy and physiology: clinical aspects. in R. GREEN (a cura di), Human sexuality, Baltimora 1975, p. 22

363 A. PRADER, Behandlung des Grosswuchses, Mschr. Kinderheilk., 1975, 123, pp. 328

da 4 – 5, 2,5– 3,5, 1,8 – 2,4 cm.; mentre il loro peso va da 20 a 30 g.[364] Lo scroto , in questo periodo, raggiuge una forte vascolarizzazione, si segmenta e diventa spesso.[365]

Per quanto riguarda le altre caratteristiche sessuali, i peli sotto le ascelle, in questo stadio , raggiungono la crescita adulta, mentre la pelosità sul viso, sul corpo varia. In genere la pelosità sul corpo incomincia a spuntare al tempo dei peli ascellari e si completa un tempo considerevolmente dopo la pubertà.

La quantità dei peli, nello sviluppo individuale, dipende in gran parte da cause ereditarie, sebbene non sia esclusa un'azione ormonale in quantità e natura.[366]

Durante la pubertà si verifica pure il cambiamento di voce, che si accompagna ad un ingrossamento della laringe. Questo fenomeno si può verificare in modo progressivo o improvviso, a seconda l'azione degli ormoni.[367]

b. Struttura ossea, muscolare e adiposa durante il periodo puberale[368]

TANNER ritiene che lo sviluppo dello scheletro e dei muscoli è in stretto rapporto alla rapidità con cui si sviluppa il sistema riproduttivo.[369] La spinta della crescita pubertale sarebbe di circa 10 cm. all'anno. Essa è dovuta alla moltiplicazione e alla proliferazione delle cartilageni. Poi segue un periodo di rallentamento della crescita, mentre le cartilageni si saldano.

364 M. ZACHHMANN e al., Testicular volume during adolescent, Helv. Paedit. Acta, 1974, 29, p. 61

365 R. M. BENSON / C. J. MIGEON, Physiological and pathological puberty, and human behavior, in B. E. ELEFTHERIOU / R. L. SPROTT (a cura di), Hormonal correlates of behavior, New York 1975, vol. I, pp. 155 – 88

366 J. M. TANNER, "Sequence, tempo", p. 917

367 H. A. KATCHADOURIAN / D. T. LUNDE, Fundamentals of human sexuality, New York 1975, ed. 2, p. 103

368 H. K. A. VISSER, Some physiological and clinical aspects of puberty, Arch. Dis. Childh., 1972, 48, p. 169

369 J. M. TANNER' "Sequence, tempo", ibidem ; A. PRADER, Wachstum und körperliche Entwicklung in der Adolescenz, Mschr. Kinderheilk, 1975, 123, pp. 291 – 6

L'inizio della maturazione ossea si verifica verso gli 11 anni.[370]

Per quanto riguarda lo sviluppo dei muscoli, esso dipende dal tessuto adiposo, che diminuisce e si sparge piuttosto sulla metà superiore del corpo.[371]

3. Vita adulta

Con il termine della pubertà il piano futuro della morfologia sessuale dell'adulto è ormai stabilita nelle sue linee definitive.[372]

Per dare un quadro un pò più completo diamo anche uno sguardo alla tipologia costituzionale.

a. Tipologia costituzionale[373]

Nel quadro della tipologia, come risultato dello sviluppo definitivo morfologico dell'individuo, sono stati distinti vari tipi costituzionali,

I tipi costituzionali fondametali sono: il tipo leptosomico, il tipo atletico e il tipo picnico.

Tipo leptosomico

Il tipo leptosomico è contraddistinto da uno scarso sviluppo in grossezza, e, in media, da uno sviluppo normale in altezza. Ha un aspetto magro, esile, con spalle strette, braccia scarne, mani sottili, torace lungo sottile e schiacciato.

370 S. M. GARN, Differential sexual dimorphism in bone diameters of subjects of European and African ancestry, Am. J. Phys. Anthrop., 1972, 37 pp. 127 – 30; A. P. FARBES e al., Skeletal maturation of children in Sjiraz Iran, Am. J. Phys. Anthrop., 1971, 35, pp. 449 – 54

371 D. CHEMAMA, La pubertè, La Revue de Mèdicine, 1976, 17, pp. 1005 – 10; M. H. TRAN / J. LELLOUCH, La masse grasse. I. Sa distribution dans une population de 1774 sujets, Rev. Europ. Etud. Clin. Biol., 1971, 16, pp. 385 – 90; D. B. CHEEK, Body composition, hormones, nutrition, and adolescent growth, in M. M. GRUMBACH e al. (a cura di), Control of the onset of puberty, New York 1974, pp 424 – 42

372 Per un approfondimento del'argomento (cfr. C. SUSANNE, Les changements morphologiques lies à l'age, Anthropologie, 1974, 78, pp. 693 – 718

373 La denominazione tipologica varia nei diversi autori, ma in definitiva, almeno per quanto riguarda l'aspetto somatico, che è quello che a noi interessa, si corrisponde Nella nostra schematizzazione usiamo la denominazione classica proposta da E. KRETSCHMER,Körperbau and Charakter, Berlin 1961; cfr. pure W. SHELDOM, The variaties of temperamet, New York 1942

Tipo atletico

La configurazione corporea costituzionale del tipo atletico è robusta,massiccia o slanciata. L'apparato motorio (scheletro, rilievi muscolari ecc.) è accentuato.

Tipo picnico

Il tipo picnico presenta una statura media, tarchiata; ha viso largo e molle, collo corto e massiccio; presenta inoltre un addome grasso e prominente sotto un torace largo e molto arcuato.[374]

B. Morfologia sessuale femminile dall'infanzia alla vita adulta

Anche per la morfologia sessuale femminile,come abbiamo fatto per quella maschile, distinguiamo tre periodi: infanzia, puberta e vita adulta.

1. Infanzia

La letteratura sulla morfologia sessuale femminile nel periodo che precede la pubertà, è quasi nulla. Quel poco che vi sarebbe da dire lo abbiamo fatto parlando sull'infanzia maschile.

374 Dai dati antropologici risulta che la frequenza o meno di un tipo costituzionale è soggetto alle variabili di tempo, razza e luogo (cfr. K. HAJNIS e al., The frequency of somatotypes in Czch adult population, Z. Morph. Anthrop., 1974, 66, pp. 20 – 30; H. HOCHHOLZER, Akzelerationsvorgänge und Differenzierungstendenzen im Pubertätsablauf, Anthropologischer Anzeiger, 1976, pp. 127 – 39).

2. Pubertà[375]

Nel trattare delle caratteristiche sessuali somatiche femminili durante la pubertà, anche qui seguiremo gli stadi descritti da TANNER, per poi accennare allo sviluppo osseo, muscolare e adiposo.

a. Caratteristiche sessuali somatiche[376]

Il meccanismo delle modificazioni sessuali nel corso della pubertà delle ragazze è il medesimo di quello dei ragazzi.

Queste modificazioni sessuali si sviluppono in un lasso di tempo che va dai 4 ai 6 anni. L'inizio può variare dal nono anno di età al quattordicesimo.

Stadio I. Durante questo stadio compare una peluria simile sul pube e sull'addome; inoltre si verifica una leggera sporgenza dei capezzoli.

Stadio II. Durante il secondo stadio i seni cominciano a gonfiarsi,così pure l'aureola, che allo stesso tempo si allarga e si pigmenta. Inoltre si ha l'inizio della pelosità delle grosse labbra e l'inizio della maturazione della vagina, delle grosse labbra e delle picccole labbra; allo stesso tempo la vulva subisce una orizzontalizzazione progressiva.

Stadio III. Durante questo periodo, le ghiandole mammarie sono già palpabili; la pelosità pubica circonda ormai fitta il pube, mentre quella ascellare è rada; inoltre le labbra continuano ad ingrossarsi, mentre inizia la secrezione mucosa vaginale.

Stadio IV. In questo stadio, i seni raggiungono il loro sviluppo adulto; la pelosità del pube si espande in senso laterale, mentre quella ascellare raggiunge la normalità. E' in questo periodo che gli organi genitali esterni completano il loro sviluppo definitivo.

375 Pare che la pubertà femminile sia legata al peso corporeo. E' stato, infatti, constatato in differenti gruppi di ragazze, che al momento del menarca, avvenuto in anticipo o in ritardo, presentavano tutte lo stesso peso (cfr. R. E. FRESCH / R. RAVELLE, Height and weight at menarche and hypothesis of critical body weights and adolescent events, Science, 1970, 169, pp. 397 – 8).

376 Per questo paragrafo(cfr. J. M. TANNER, "Sequence, tempo" ibidem; D. CHEMAMA, La puberté, ibidem; W. A. MARSHALL, Sex differences at puberty, J. Bios. Sci., 1970,2 (supp.), pp. 31 – 41).

Stadio V. Questo stadio è caratterizzato dalla comparsa delle regole (in media 2 anni dopo l'inizio della pubertà) con dei cicli irregolari e ovulatori per diversi mesi. Sotto l'azione degli estrogeni si ha pure lo sviluppo dei genitali esterni e l'aumento del volume dell'utero[377] e la sua lunghezza , che prima di questo periodo era sproporzionatamente minore di quella della cervice, diventa tre volte maggiore, fino a raggiungere la lunghezza cervicale.[378]

b. Struttura ossea, muscolare e adiposa[379]

L'azione degli steroidi è responsabile della spinta della crescita pubertale, che è di circa 8 cm all'anno, e della maturazione ossea.[380] Inoltre gli estrogeni, contrariamente all'azione degli androgeni, non si oppongono alla formazione dell'allargamento del bacino e della lordose lombare. Come risultato di questa formazione si ha la struttura ginecoide: bacino largo, distribuzione del grasso nella seconda parte inferiore del corpo e scarso sviluppo della muscolatura.

Lo sviluppo del tessuto adiposo nelle donne è due volte maggiore di quello degli uomini e la sua importanza è in rapporto ai tessuti muscolari.

3. Vita adulta

La morfologia sessuale femminile raggiunge il suo sviluppo adulto al termine della pubertà. Solo dal punto di vista dimorfico, nella vita adulta della

377 L. P. PLOTNICK e al., Integrated concentrations of growth hormone correlated with stage of puberty and estrogen levels in girls, J. Clin. Endocr. Metab., 1974, 38, pp. 436 – 9

378. V. J. CAPRARO, Gynecology examination in children and adolescents, Pediat. Clin. N. Am., 1972, 19, p. 511

379 J. N. TANNER, ibidem; D. B. CHEEK, Body, composition , and adolescent growth, in GRUMBACH e al., "Control of the onset", pp. 424 – 42

380 E' stato osservato che oltre all'azione degli ormoni, vi è l'influsso socioeconomico che contribuisce alla struttura ossea (cfr. B. S. T. CHAN, Sex differences in the growth of stature and its components segments of Hong Kong Chinese girls, Z. Morph. Anthrop., 1972, 63, pp. 323 – 40; B. T. CHAN / Y. SOONG, Relationship between the growth in stature and age at menarche of Chinese girls in Hong Kong, Z. Morph. Anthrop., 1976, 67, pp. 121 – 35).

donna, si verificano due eventi tipici femminili: le mestruazioni e la menopausa. Di essi in parte ne abbiamo trattato nel capitolo sulla endocrinologia e in parte verrà trattato nel capitolo sulla fisiologia.

A questo punto ci rimane da dare un accenno alla tipologia costituzionale femminile.

a. Tipologia costituzionale

I tipi fondamentali costituzionali femminili sono: il leptosomico, il mesosomico e il picnosomico[381]; o secondo un'altra denominazione: il tipo ipofemmineo, il tipo femmineo, il tipo iperfemmineo e il tipo virile.[382]

C. Particolari anomalie morfologiche sessuali maschili e femminili

Scopo di questo paragrafo non è quello di trattare delle anomalie sessuali in genere, ma di alcune anomalie legate allo sviluppo morfologico sessuale. Per uno sguardo alle anomalie morfologiche qui non trattate si vedano i paragrafi sulla genetica e l'embriologia sessuale.

1. Anomalie morfologiche sessuali maschili

Qui affronteremo la pubertà precoce, la pubertà ritardata , la castrazione e la ginecomastia.

381, K. HAJNIS, The frequency of somatotypes in the Czech adult population, Z. Anthrop., 1974, 66, pp. 20 – 30

382 K. KNUSSMAN, in P. E. BECKER (a cura di), Humangenetik, Stoccarda 1968, vol. I, pp. 395 – 97

a. Pubertà precoce

La pubertà precoce maschile è costituita da un anticipo dello sviluppo dei caratteri sessuali secondari e della maturazione sessuale .[383] Se lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie è in armonia col sesso genetico e gonadico, si parla di precocità sessuale, in caso contrario di precocità eterosessuale.[384]

Si parla di pubertà precoce se lo sviluppo sessuale si verifica prima dei 9 anni. In genere essa ha luogo tra i 4 – 5 anni, ma in alcuni casi inizia anche con la nascita.[385]

Nello sviluppo, oltre ai caratteri secondari sessuali, si può presentare uno sviluppo accellerato della statura, associato a un prematuro raggiungimento della maturità somatica.[386]

I ragazzi con pubertà precoce hanno molto raramente esperienze sessuali premature, anche se in essi l'età erotica è vissuta in sogno o con fantasie romantiche e sessuali.[387]

Dopo un periodo di non-inibizione sessuale, questi pazienti esperimentano un periodo di riservatezza, ma non cessa l'attività sessuale. Durante l'adolescenza, e nell'età adulta, età cronologica ed età fisica si sincronizzano, mentre permane la loro statura bassa. La loro produttività è in genere normale,ma non si sa molto sulla possibilità di un invecchiamento precoce.[388]

La frequenza della pubertà precoce è più alta tra gli uomini che tra le donne[389]: quella idiopatica è del 20%, come pure del 20% è quella attribuita

383 H. ORTHNER, Zentrale Ursachen von Sexualstörungen, in H. GIESE, Sexualität des Menschen, Stoccarda 1971, pp. 719 – 29; J. R. BIERICH, Sexual precocity, Clin. Endocr. Metab., 1975, 4, pp. 107 – 42; J. R. BIERICH, Frühreife, J. Neurovisch. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 615 – 26

384 H. ORTHNER, "Zentrale Ursachen", ibidem

385 J. BIERICH, Frühreife, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 615 – 26

386 H. ORTHNER, "Zentrale Ursachen", p. 714

387 MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", pp. 219 – 15

In un caso di pubertà precoce, personalmente conosciuto, l'attività sessuale dell'individuo era cominciata verso i 7 anni con una ragazza di 11. Tre mesi dopo il primo rapporto i due furono sorpresi da un fratello di lui. Da allora egli non ha più avuto rapporti sessuali con donne.

La sua attuale statura (oggi ha 27 anni) è rimasta quella di 20 anni fà, cioè 85 cm.

388 MONEY / RHHARDT, ibidem

389 D. CHEMAMA, La puberte, pp. 1009 - 10

a cause neurogenetiche; mentre il 50% circa è dovuta a iperplasia adrenale congenita (vedi sindrome adrenogenitale).[390]

Si parla di precocità idiopatica, quando non si conosce una sua causa organica.[392] Tra le altre cause della pubertà precoce si parla di disfunzioni ormonali[393], ma soprattuto di disfunzioni del sistema nervoso centrale, di tumori, infezioni ecc.[394]

b. Pubertà ritardata

La pubertà ritardata è caratterizzata da un arresto, verso gli 11 – 13 anni, della crescita della statura e dello sviluppo dei genitali.[395]

La lunghezza del pene è dei testicoli rimane ad uno stadio prepubertale (il volume dei testicoli è di uno o due ml.). La pelosità è scarsissima e l'età ossea è di due anni in ritardo.[396]

Tra le cause generali della pubertà ritardata si elencano: cardiopatie genitali, nefropatie croniche, tubercolosi, cardiopatie a lungo corso, insufficienza tiroidea ecc. Tra le cause testicolari, si parla di assenza congenitale dei testicoli, di atrofia testicolari, di sindrome di Klinefelter (vedi) ecc.[397] Inoltre si parla di cause ipotalamiche-ipofisarie, di disfunzioni ormonali ecc.[398]

390 R. M. BENSON / C. MIGEON, "Physiological and pathological",p. 177

391 J. S. WINTER e al., Idiopathic sexual precocity in a boy with growth hormone, prolactin and thyrotropin deficiencies, J. Clin. Endocr. Metab., 1974, 39, pp. 356 – 63

392 J. K. ARIENS, Regulation of the productive system by the pineal gland and its indipendence on light, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.) pp. 141 – 52

393 N. D. BARNES e al., The central nervous system and precocious puberty, in M. M. GRUMBACH e al., (a cura di),"Control of the onset", pp. 212 – 28; R. DAVID e al., Sexual precocity associated with a ipothalamic tumor. Effects of sex hormon therapy, Arch. Dis. Childh., 1975, 50, pp. 157 – 60

394 A. K. PAL e al., Sexual precocity due to granulosa cell carcinoma, Indian J. Pediatr., 1974, 41, pp. 281 – 2; C. A. ROMSHE e al., Intracranial human chorionic gonadotropin tumor with precocious puberty, J. Pediat., 1975, 86, pp. 250 – 2

395 A. PRADER, Delayded adolescence, Clin. Endocr. Metab., 1975, 4, pp. 143–55; W. BLUNK e al., Klinik der konstiutionellen Entwicklungsverzögerung, J. Neurov.Rel., 1971, 10 (supp), pp. 635 – 43; H. V. BARNES, The problem of delayed puberty, Med. Clin. N. Am., 1975, 59, pp. 1337 – 47

396 W. SWOBODA, Männlicher Hypogonadismus in Kindesaiter, Österreichische Ärztezeitungen, 1976, 31, pp. 254 – 8

397 C. E. WESNER e al., Prepubertal Klinefelter syndrome: a report of six cases, J. Ment. Def. Res., 1973, , 17 pp. 237 – 47

c. Castrazione

La castrazione maschile consiste nell'esportazione delle ghiandole sessuali, cioè dei testicoli.

Essa può avvenire per motivi religiosi, per infortuni o per scopi terapeutici (riduzione della libido in casi di malati mentali, esibizionisti, omosessuali, psicotici gravi ecc.).[399]

In seguito alla castrazione, i castrati manifestano per prima una diminuzione dei peli del corpo quasi a forma di pelosità femminile; la crescita della barba si indebolisce, mentre i capelli di solito si rinforzano. Così pure la pelle diventa morbida e i tratti del viso s'ingentiliscono. Lo stato muscolare dipende dall'occupazione dell'individuo e il peso dal tipo somatico, così per es. il tipo picnico cresce di peso , mentre il leptosomico e l'astenico diminuiscono, ma possono verificarsi delle eccezioni. Solo una minoranza dei castrati acquistono quella adiposità caratteristica femminile e una ginecomastia più o meno visibile.[400]

398 H. NOWAKOWSKI, Keimdrüsenfunktion I: Störung beim Manne, in H. GIESE, Die Sexualität des Menschen, Stoccarda 1971, pp. 554 – 57; P. L. ADAMS, Delayed sexual maturation in boys, Med. Asp. Hum. Sex., 1972, 6, , pp. 34 – 63; B. D. RUDD e al., Plasma and urine testosterone responses to human chorionic gonadotrophin (HCG) in children with delayed puberty, in Arch. Dis. Childh., 1973, 48, pp. 653 – 4; M. D. KOGUT, Growth and development in adolescence, Pediat. Clin. Am., 1973, 20, pp. 789 – 806

399 A. LANGELÜDDEKE, Die chirurgische Behandlung, in H. GIESE, pp. 1038 – 50; E. I. KORBEL, Torsion of testes, J. Urol., 1974, 3, pp. 521 –2; P. CHRISTIANSEN, Urology gonadothrophins following castration of men, Acta Endocr., 1973, 74, pp. 79 – 78

400 A. LANGELUDDEKE, Die chirurgische Behandlung, in H. GIESE, ibidem; M. MELICOW e al., Castrati choir and opera sings,Urology, 1971, 3, pp. 663 – 70; R. M. O'BRYAN e al., Does thyroid substance improve response of breast cancer to surgical castration?, Cancer, 1974, 33, pp. 1082 – 5

Oltre ai cambiamenti somatici esistono differenze molto marcate tra gli stessi castrati. Queste differenze individuali sono accentuate quando si studiano soprattutto le alterazioni comportamentali (cfr. G. K. STÜRUP, Castration: the total treatment, in H. L. P. RESNICK / M. E. WOLFGANG (a cura di), Sexual behavior, Boston 1972).

d. Ginecomastia

La ginecomastia[401] è la forma unilaterale o bilaterale di mammelle femminili nell'uomo, e in determinate condizioni anche con secrezione di latte. La ginecomastia più che una malattia è un sintomo che può dipendere da varie cause: tumori vari, ipertiroidismo, squilibri ormonali[402] e pseudoermafroditismo (vedi).[403]

La ginecomastia della pubertà sembra un fenomeno piuttosto normale (80%) è costituisce una variante dello sviluppo tra i 12 e i 13 anni. Di solito si tratta di un improvviso ingrossamento unilaterale o bilaterale della regione mammaria. In alcuni casi essa è irreversibile, per cui è necessario un intervento chirurgico.[404]

I giovani affetti da ginecomastia non hanno necessariamente una conformazione della pelvi e una distribuzione adiposa di tipo femminile.[405] Tuttavia si possono verificare casi in cui lo sviluppo del bacino è sporporzionatamente largo.[406] D'altra parte non sembra che vi sia una correlazione tra individui effetti da ginecomastia e bissessuali, tra il loro aspetto fisico e quello degli omosessuali.

401 E. SHOCKET, Letter: Gynecomastia, JAMA, 1974, 229, p. 1168; H.H. HUSSEY,Editorial: Gynecomastia, JAMA, 1974, 228, p. 1423; H. LATORRE e al., Idiopatic gynecomastia in seven preadolescent boys. Elevation of urinary estrogen excretion in two cases, Am. J. Dis., Childh., 1973, 126, pp. 771 – 3

402 J. L. GABRILOVE, Non-tumorous feminizing adrenogenital syndrome in the male subjects, J. Urol., 1973, 126, pp. 710 – 3; I. GOLDFINE e al., Hyperleydigism: a cause of severe pubertal gynecomastia, J. Clin. Endocr. Metab., 1971, 32, pp 751 - 56; K. L. BECKER e al., Histologic evidence of gynecomastia in hyperthyroidism, Arch. Path., 1974, 98, pp. 257 – 60; C. HAGEN e al., Letter: Prolactin levels in gynecomastia related to Klinefelter's syndrome, Lancet, 1974, 2, p. 57

403 J. M. SAEZ e al., Familial male pseudohermaphroditism with gynecomastia due to a testicular 17-ketosteroid reductase defect. I. Studies in vivo, J. Clin. Endocr. Metab., 1971, 32, pp. 604 – 10

404 G. L. NICOLIS e al., A study of the histopathology of human gynecomastia, J. Clin. Endocr. Metab., 1871,32, pp. 173 – 8

405 H. A. KATCHADOURIAN / D. T. LUNDE, "Fundamentals of human", p. 103

406 MONEY / EHRHARDT, "Uomo, donna", pp. 135 – 6; F. BIDLINGMEIER e al., Plasma testosterone in pubertal gynecomastia, Z. Kinderheilt, 1973, 115, pp. 89 – 94

2. Anomalie morfologiche sessuali femminili

In questo paragrafo sulle anomalie morfologiche sessuali femminili tratteremo della pubertà precoce, della pubertà ritardata, della defemminizzazione e dell'irsutismo.

a. Pubertà precoce[407]

La pubertà precoce femminile include lo sviluppo anticipato (prima degli 8 anni) delle caratteristiche sessuali secondarie e della maturazione sessuale.[408]

L'aspetto fisico di queste bambine è quello di piccole adulte: sviluppo dei seni, pelosità ascellare e pubica, e, assai più raramente, sviluppo relativo della statura e della maturità ossea maggiore dell'età cronologica.[409]

Queste ragazze possono avere il menarca a 14 mesi[410] e una capacità di gravidanza a circa 4 – 6 anni di età.[411] Vi sono stati casi in cui le mestruazioni regolari sono cessate a cira 21 anni e la menopausa è avvenuta verso i 30 anni.[412] Nonostante ciò, si ritiene che non si può valutare con precisione lo sviluppo delle ovaie di queste ragazze, nè e possibile definire il loro funzionamento dall'assenza o presenza dell regole.[413]

A volte, la precocità è limitata al solo sviluppo dei seni (telarca)[414] o alla crescita dei peli del pube.[415]

407 Per un approfondimento della pubertà precoce femminile (cfr. J. MONEY /P. A. WALKER, Psychosexual development, maternalism, nonpromiscuity and boy image in 15 females with precociuos puberty, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 45 – 60; M. FRISK e al., Symptomatology of early maturing girls, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.),pp. 624 – 34).

408 D. CHEMAMA, La pubertè, p. 1010

409 Ibidem

410 H. J. ERNOULD e al., Un cas de pubertè precoce, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp), pp. 325 – 36

411 D. A. HAMBURG / D. T. LUNDE, Sex hormones in the development of sex differences in human behavior, in E. MACCOBY (a cura di), The development of sex differences, Stanford 1960, pp. 1 – 24

412 H. ORTHNER,"Zentrale Ursachen" p. 715

413 D. CHEMAMA, La pubertè, pp. 1009 – 10

414 W. BLUNCK e al., Über Frühreife. I. Mitteilung. Physiologische Grundlagen und Untersuchungsmethoden, Mschr. Kinderheilk., 1967, 115, pp 463 – 67

415 H. OTHNER, ibidem, pp. 724 – 5

Tra le varie cause della pubertà precoce femminile si parla di tumori alla regione ipotalamica-ipofisaria o all'ipofisi; tumori femminizzanti delle ovaie o mascolinizzanti[416]; iperplasia surrenale congenita; tumore surrenale ecc.[418]

b. Pubertà ritardata

Si parla di pubertà ritardata femminile quando i segni iniziali, come l'aumento del volume dei seni, non appaiono prima dei 15 anni di età.[419]

Il difetto più frequente è la disgenesia gonadica: sindrome di Turner (vedi). La ragazza presenta una statura bassa (raramente sono superati i 150 cm. di altezza), dimorfie, amenorrea. Insieme all'arresto della statura si può avere una mancanza dello sviluppo die seni e degli altri caratteri secondari, e ipoplasia dei genitali interni ed esterni.[420]

Tra le cause della pubertà femminile si elencano cardiopatie congenite, diabete, tubercolosi, maleassorbimento intestinale, disfunzioni ipotalamiche-ipofisarie ecc.[421]

La frequenza della pubertà ritardata è più bassa nelle ragazze che nei ragazzi.[422]

c. Defemminizzazione[423]

Nella defemminizzazione i caratteri secondari si modificano in modo da diventare più simili a quelli maschili: crescita della barba, delimitazione dei peli delle pudenda con uno spostamento nel senso della forma maschile; parziale atrofia degli organi sessuali interni ed esterni e abbassamento della voce.

416 H. D. SEGALL e al., Suprasellar cyst associated with isosexual precocious puberty, Radiology, 1974, 111, pp. 607 – 16
417 H. ORTHNER, ibidem, pp. 710 – 29
418 D. CHEMAMA, ibidem, 1010
419 Idem, p. 1009
420 R. ELERT, Keimdrüsenfunktion II: Störungen bei der Frau, in H. GIESE (a cura di), p. 594
421 P. L. ADAMS,Late sexual maturation in girls, Med. Asp. Hum. Sex., 1972, 6, pp. 50 – 75
422 CHEMAMA, ibidem
423 R. ELERT, "Keimdrüsenfunktion", p. 601 ss.

Contrariamente a una opinione sbagliata, non sempre a questo tipo di modificazioni si accompagnano modoficazioni psichiche.

La femminizzazione può essere, tra l'altro, conseguenza di un tumore nella zona 'reticularis' della corteccia surrenale.

d. Irsutismo

L'irsutismo è la pelosità abnorme nelle donne: pelosità sulle estremità, sul petto, sulla pancia e non di rado s'accompagna pure una crescita della barba.[424]

La sua frequenza è del 3 al 4% nella popolazione generale.

Tra le cause si parla di produzione patologica degli ormoni sessuali nella corteccia surrenale (vedi sindrome adrenogenitale); carenza delle ovaie; sovraproduzione non patologica degli ormoni sessuali maschili (androgeni) nelle surrenali e nelle ovaie, ed infine si parla pure di cause psichiche, es. incertezza nel ruolo sessuale.[425]

424 A. LABHART, Hirsutismus, Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1976, 4, pp. 1197 – 1201
425 R. ELERT, "Keimdrüsenfunktion', p. 606; P. GÖGEL / G. THEURER, Über Testosteronbestimungen im Urin beim Hirsutismus der Frau, Med. Welt, 1968, 2, pp. 2268 – 74; E. W. BARNES e al., Cyproterone acetate: a study involving two volunters with idiopathic hirsutismus, Clin. Endocr., 1975, 4, p. 65; B. ATTINGER e al., Plasma testosterone stimulation - suppression dynamics in hirsute women. Correlation with long-term-therapy, Am. J. Med., 1973, 54, p. 195; A. P. FARBES, Endocrine function in hirsute women, N. Engl. Med. J. Med., 1976, 294, p. 665; M. A. KIRNER e al., Idiopathic hirsutismus - an ovarian obnormality, N. Engl. J. Med., 1976, 294, p. 637

Capitolo V

FISIOLOGIA SESSUALE MASCHILE E FEMMINILE

In questo capitolo sulla fisiologia sessuale dell'uomo e della donna saranno puntualizzati quei fenomeni fisiologici che sono in rapporto alla sessualità.

In un primo tempo ci fermeremo sulla fisiologia sessuale maschile, poi su quella femminile ed in fine accenneremo alle disfunzioni sessuali di ambo i sessi.

A. Fisiologia sessuale maschile

In questa sezione, trattando della fisiologia sessuale maschile, parleremo dei seguenti fenomeni: delle prime eiaculazioni, delle reazioni sessuali, delle eiaculazioni collegate all'orgasmo e del climaterio virile.

1. Le prime eiacualazioni

Tra gli 11 e i 16 anni, o qualche anno prima, o dopo, la ghiandola della prostata comincia a produrre fluido spermatico.[426] La sua emissione o eiaculazione, la prima volta, può verificarsi o perché provocata (mediante la masturbazione o mediante contatti omosessuali), o in modo spontaneo (mediante la sola fantasia, sebbene sia un fenomeno assai raro a quell'età) o durante il sonno (le così dette emissioni notturne).[427]

In genere le emissioni notturne, contrariamente a quanto si è portati a credere, non sono le prime eiaculazioni. Di solito queste si verificano un anno dopo che è stata sperimentata la prima eiaculazione provocata. Queste eiaculazioni notturne sarebbero più comuni presso i ragazzi di alto livello socio-economico.[428]

426 H. SIGUSCH / HADZSELIMOVIC, Ultrascopische Untersuchungen am Tubules bei Kindern von der Geburt bis zur Pubertät. I. Spermatogonienentwicklung, Verh. Anat. Ges., 1974, 68, pp. 133 – 48; K. SCHOOF-TAMS e al., Differentiation of sexual morality between 11 and 16 years, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 353 – 70

427 R. M. BENSON / C. J. MIGEON, "Physiological and pathological", vol. I, pp. 163 – 4

La prima eiaculazione si ha, in genere, un anno dopo l'altro l'inizio della crescita della statura. Essa perciò varia da individuo a individuo, ed oltre ad essere legata allo sviluppo biologico sessuale, è determinata da stimoli del proprio ambiente culturale.[429]

Per quanto riguarda la maturazione dello sperma, essa può verificarsi nella prima eiaculazione o in quelle successive e può variare dagli 11 ai 17 anni di età. Fattore indispensabile per la maturazione, oltre all'azione degli ormoni, è anche la temperatura.[430]

2. Reazioni sessuali[431]

Le reazioni sessuali hannno a che fare con la fisiologia sessuale in senso stretto, la quale comprende le reazioni dei genitali e di tutti gli altri organi e sistemi di organi, che attraverso una stimolazione sessuale fisica o psichica, provocano l'eccitazione sessuale.

La reazione sessuale può essere provocata sia da un semplice sguardo fugace, sia da stimoli psicosessuali (figure, films, test a tematica sessuale), sia dalla masturbazione, sia dal petting, come dal coito, o dalla associazione di vari di questi stimoli. Le reazioni vanno dal semplice arrossire sessuale fino all'estremo e complesso fenomeno che è l'orgasmo.[432]

428 H. A. KATCHADOURIAN / D. T. LUNDE, "Fundamentals", pp. 222 – 3

429 J. M. TANNER, "Sequence, tempo", p. 914

430 Ibidem, pp. 919 – 20

431 Premettiamo che gli studi sulle reazioni sessuali sono pressocché nulli. Infatti, dal 1966, anno in cui MASTERS e JOHNSON pubblicarono i risultati delle loro ricerche sulle reazioni sessuali dell'uomo e della donna durante il coito, non sono state fatte altre ricerche di particolare interesse. Il materiale da noi reperito, come si vedrà, è molto scarso e deriva per lo più da quelle ricerche sperimentali che si sono occupate della fisiologia sessuale femminile e maschile con intenti quasi esclusivamente terapeutici. Perciò questi autori, più che soffermarsi a descrivere le reazioni sessuali, si sono preoccupati di riferire i loro risultati terapeutici (cfr. R. C. SCHIAVI, Sex therapy and psychophysiological research, Am. J. Psychiat., 1976, 113, pp. 526 – 66). Inoltre queste ricerche mancano di una metodologia sistematica, giacché si basano su prove a caso (W. SIGUSCH, Sexuelle Reaktionen bei der Frau, in H. GIESE (a cura di), p. 834).

432 V. SIGUSCH, Sexuelle Reaktionen bei der Frau, in H. GIESE, p. 829

In questo paragrafo, perciò, parleremo delle reazioni sessuali nel senso sopra descritto. Nel fare ciò parleremo prima delle reazioni genitali e poi delle reazioni extragenitali.

a. Reazioni genitali

Gli organi genitali coinvolti nella fisiologia delle reazioni sessuali sono: il pene, i testicoli e lo scroto, e la prostata.

Il pene

Base delle reazioni sessuali sono gli stimoli fisici e psichici.[433] A causa delle loro operazioni l'uomo è eccitato e ottiene l'erezione.

Il meccanismo dell'erezione del pene è regolato dai riflessi del sistema nervoso involontario. I nervi del parasimpatico del sistema autonomo controllano il diametro del pene e i suoi vasi sanguigni. La stimolazione dei nervi spanchici dilatano le arterie penili e il sangue scorre nei corpa cavernosa. In seguito alla dilatazione dei vasi sanguigni, e mediante la stimolazione dei centri del midollo spinale o neurale, si ottiene l'erezione del pene. La sua trasformazione è causata principalmente dall'afflusso del sangue nei suoi vasi.[434]

433 In questi ultimi tempi si è incominciato ad indagere intorno agli stimoli sessuali, cioè materiale considerato erotico (quali test, figure, films a tematica sessuale) propinato in ambito sperimentale. Si è notato che questi stimoli contribuiscono alle reazioni sessuali dell'uomo e della donna (cfr. D. A. SANDFORD, Patterns of sexual arousal in heterosexual men, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 150 – 55; H. ABELSON e al., Public attitudes towards and experience with, erotic material. Technical reports of the commision on obscenity and pornography. Vol. 8, Washington 1970; P. J. JOHN / R. S. REED, P. R. U. D. E. S. (pornography research using direct erotic stimuli), J. Sex Res., 1972, 8, pp. 337 – 46).

E'stato pure notato che gli effetti ottenuti da questo materiale erotico possono essere, oltre che reazioni fisiologiche sessuali, anche reazioni di ansia, di repulsione, di aggressione ecc. (cfr. T. P. MEYER, The effects of sexually arousal and violent films on aggresive behavior, J, Sex Res., 1972, 8, pp. 324 – 31; G. SCHMIDTH / V. SIGUSCH, Sex differences responses to psychosexual stimulation by films and slides, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 268 – 83; V. SIGUSCH e al., Psychosexual stimulation: sex differences, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 1; R. ATHNASIOU / P. SHAVER, Correlates of heterosexuals, reactions to pornography, J. Sex Res., 1971, 7, pp. 298 – 311; A. STORR, Human aggression, New York 1970).

Sulla problematica e sulla adeguatezza tra materiale erotico e suoi effetti (cfr. D. M. AMOROSO / M. BROWN, Problems in studyng the effects of erotic material, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 197 – 95)

Una volta ottenuta, l'erezione può essere mantenuta per un periodo di tempo più o meno lungo. Questa capacità dipende da individuo a individuo. D'altra parte essa permette al maschio, almeno nella nostra cultura, di mantenersi in uno stato di eccitazione senza eiaculare e quindi fare la corte erotica e sedurre la partner.

Durante il corso della sua vita, l'uomo può perdere e riguadagnare la capacità fisica di diverse erezioni prima del rapporto sessuale.[435] All'età tra i 50 e i 70 anni, in tempo di veglia, si perde quasi del tutto la capacità di riavere abbastanza facilmente l'erezione e non si risponde più con immediatezza agli stimoli sessuali.[436] In stato di sonno il massimo grado e frequenza dell'erezione è raggiunto nella prima adolescenza, quando, in media, si verificano 6 – 7 detumescenze durante la notte e in media il 32% del tempo di sonno è speso in erezioni. Tuttavia, sebbene vi sia un declino progressivo, in frequenza, di erezioni notturne dall'adolescenza all'età avanzata, la proporzione del tempo-erezione, in rapporto al sonno totale, rimane relativamente costante tra i 20 e i 69 anni di età, e va dal 20% al 30%.[437]

434 Diversi autori hanno inventato e sviluppato dei strattagemma per misurare l'erezione del pene durante l'eccitazione per mezzo di stimoli a tematica erotica (cfr. K. FREUND, A note on the use of phallometric method of measuring mild sexual arousal in the male, Behv. Ther., 1971, 2, pp. 223 – 8; K. FREUND, Comparison of two penile seasures of erotic arousal, Behv. Res. Ther., 1974, 12, p. 335; J. BANCROFT / A. MATHEWS, Autonomic correlates of penile erection, J. Psychosom. Res., 1971, 15, pp. 159 - 67; N. McCONAGHY, Measurement of change in penile dimensions, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 381 – 8; N. McCONAGHY, Penile volume changes to moving pictures of male and female nudes in heterosexual and homosexual men, Behv. Res. Ther., 1967, 5, pp. 43 – 8; J. H. GEER, Direct measurement of genital responding, Ann. Psychol., 1975, 30, pp. 415 – 8).

I risultati che tutti questi autori hanno ottenuto sono in genere positivi, cioè essi hanno potuto controllare i vari gradi di erezione di uomini etero e omosessuali in rapporto a stimoli erotici e neutrali. Ma c'è chi dubita sulla validità di simili espedienti. M. ZUCKERMAN così si esprime a proposito:

"The application of this method to the penis... may created certain kind of problems. Since the penis is quite sensitive to stimulation, the stimulation from the devise to itself could result in a initial arousal reaction. Asking subjects to insert their penis in such devices might cause some anxiety in subjects".

Cfr, M. ZUCKERMAN, Physiological measures of sexual arousal, Psychol. Bull., 1971, 75, pp. 297 – 329

435 M. ZUCKERMAN, "Physilogical measures", ibidem

436 S. H. KAPLAN, The new sex therapy, pp. 17 – 18

437 R. C. SCHIAVI, Sex therapy and psychophysiological research, Am. J. Psychiatry, 1976, 133, p. 567

Qualche contributo al meccanismo dell'erezione sembra sia dato dagli ormoni, anche se non si conosce ancora con esattezza il modo con cui entrano in azione e quando. Comunque è stato trovato che i livelli di testosterone sono più alti durante il sonno REM con tumescenza che durante il sonno REM senza detumescenza.[438]

In seguito a ciò è stato suggerito che cambiamenti di plasma testosterone, come risultato del sistema nervoso simpatico, possono essere un determinante di cambiamenti a breve termine in livelli di plasma testosterone.[439]

Ciò fa pensare a R. C. SCHIAVI che "it may that the automic nervous system activation during REM-associated erection results in rapid increases in testosterone release".[440]

Scroto, testicoli e prostata

Durante l'eccitazione e duratnte l'attività sessuale, oltre al pene, anche lo scroto, i testicoli e la prostata subiscono dei cambiamenti fisiologici.[441]

E'stato notato che lo scroto si restringe e si solleva; i testicoli invece, durante la fase di eccitazione, si sollevano parzialmente verso il perineo e durante l'attività sessuale crescono in misura. Scroto e testicoli ritornano allo stato normale dopo poco ottenuto l'orgasmo.[442]

438 Cfr. R. C. SCHIAVI e al., Plasma testosterone during nocturnal sleep in normal men, Steroids, 1974, 24, pp. 191. 202; C. FISHER e al., Total suppression of REM sleep with the MAO inhibitor Nardil in a subject with painful nocturnal REM erection, Psychophysiology, 1972, 9, p. 91

439 P. R. ROWE e al., The temporal relationship between the secretion of luteinizing hormone and testosterone in man, J. Endocr., 1975, 64, pp. 17 – 26

440 R. C. SCHIAVI, "Sex therapy", p. 565

441 A. ELLIS / ARBANEL, The encyclopedy of sexual behavior, New York 1973; W. H. MASTERS /V. JOHNSON, Human sexual inadequasy, Boston 1970

442 M. ZUCKERMAN riportando una comunicazione personale di A. I. BELL e C. F. STROEBEL, riferisce che questi autori cercarono di registrare le reazioni dello scroto e dei testicoli mediante "a scrotal strain-gange placed around the neck of the scrotum ". In seguito all'esperimento, essi avrebbero teorizzato che l'elevazione dei testicoli può prodursi sia in stato di stress sia in stato di eccitazione sessuale. Se ciò è vero, osserva ZUCKERMAN, l'elevazione testicolare potrebbe essere utile come un indicatore specifico dell'eccitazione sessuale, e poi conclude: "Futher results of the new psychophysiological method should be of great interest to investigators interested in sexual arousal" (cfr. M. ZUCKERMAN, "Physiological measures", p. 314).

b. Reazioni extragenitali

Gli autori che hanno investigato sulle reazioni sessuali, hanno notato che durante l'eccitazione e l'attività sessuale dell'uomo, si verificano reazioni extragenitali specifiche, quali le reazioni della frequenza dei battiti del cuore, della respirazione, della pressione del sangue, della muscolatura, della temperatura ecc.[443]

Così è stato notato che i battiti del cuore aumentano durante l'attività coitale, e soprattutto durante l'orgasmo[444]; un aumento della respirazione è stato notato , in particolar modo, durante l'orgasmo[445]; contrazioni facciali, addominali, intercostali e degli arti, sempre durante l'orgasmo, furono notati da C. A. FOX e B. FOX.[446] Mentre per quanto riguarda la temperatura M. ZUCKERMAN nota:

> " Although not enough data are available on skin temperature as a measure of sexual arousal in the excitement phase, it would appear tha such measurement would be valuable only on or in the genitals".[447]

443 Lo scopo che questi ricercatori si sono proposto è di vedere se si verificano cambiamenti fisiologici associati alle reazioni sessuali, in assenza di una chiara consapevolezza. Nel caso, le misure fisiologiche extragenitali avrebbero il vantaggio dell'obiettività, di un controllo continuo e di valutazioni quantitative. Tuttavia bisogna subito dire che una analisi critica di queste ricerche,impiegando varie misure appartenenti alla metodologia psicofisiologica, hanno rivelato che appunto queste misure non sono molto sensibili alle forme blande di un eccitamento sessuale moderato (cfr. M. ZUCKERMAN, ibidem, pp. 297 - 329).Inoltre e importante notare che in questo tipo di ricerche le reazioni fisiologiche misurate, specifiche dell'eccitazione sessuale, non riflettono una risposta alla novità o alle emozioni evocate dalla situazione sperimentale. Diversi autori, usando misure concorrenti di due o più variabili fisiologiche, hanno cercato di identificare un fattore caratteristico delle risposte autonome che avrebbero distinto l'eccitazione sessuale da altri stati emozionali, quali l'ansia e l'ira (cfr. J. A. ADAMSON e al., Physiological responses to sexual and unpleasant film stimuli, J. Psychosom. Res., 1972, 16, pp. 153 – 62; M. A. WENGER e al., Automic activity during sexual arousal, Psychophysiology, 1968, 4, pp. 468 – 78). A questo proposito osserva R.SCHIAVI: "As had previously been the case with other emotion, there has to date been no convincing evidence of predictable automic response pattern to sexual excitation without significant individual differences" (SCHIAVI, "Sex therapy", p. 563).

444 C. A. FOX, Recent studies in human coital physiology, Clin. Endocr. Metab.", 1973, 2, pp. 527 – 43; H. K. HELLERSTEIN E. H. FRIEDMAN,Sexual activity and postcoronary patients, Arch. Inter. Med., 1970, 125, pp. 987 – 99

445 C. A. FOX, "Recent studies", p. 528

446 C. A. FOX / B. FOX, A comparative study of coital physiology, with special reference to the sexual climax, J. Reprod. Fert. , 1971, 24, pp. 319 – 36

447 M. ZUCKERMAN, "Physiological measures", p. 317

c. Eiaculazione e orgasmo

L'eccitazione sessuale, a cui si accompagnano le reazioni genitali, durante l'attività sessuale, porta di solito all'eiaculazione e all'orgasmo.[448]

L'eccitazione si verifica sotto il controllo del sistema nervoso autonomo.[449] Dati sperimentali suggeriscono che i centri dei riflessi responsabili dell'orgasmo sono localizzati nella parte più bassa del cordone spinale, cioè nei segmenti lombari. Ciò sarebbe provato da risultati clinici, i quali hanno mostrato che l'uomo può raggiungere l'orgasmo con la stimolazione di specifici centri cerebrari in assenza di stimolazione esterna.[450]

Dati clinici hanno pure dimostrato che sotto circostanze ritmiche normali, la stimolazione tattile del glande e dell'asta del pene è requisito indispensabile per l'eiaculazione. La stimolazione sensoria varia con la sensibilità all'eccitazione.[451]

Se è impossibile controllare l'erezione, poichè governata da un meccanismo riflesso che sfugge al controllo della volontà, e invece possibile, alla maggior parte degli uomini, esercitare la continenza sui riflessi eiaculatori. L'incapacità di esercitare tale controllo è tipico della sindrome dell'eiaculazione prematura.[452]

Tuttavia una volta verificatasi l'emissione nell'uretra prostatica, è praticamente impossibile controllare l'eiaculazione, cioè l'emissione del seme all'esterno del pene.[453]

In genere l'orgasmo dura da 3 a 15 secondi. Il suo più alto potenziale si ha all'età di 18 anni circa. Verso questa età si possono sperimentare fino a 8 orgasmi nelle 24 ore, mentre al di sopra dei 30 anni si raggiunge in genere un orgasmo in ogni 24 ore.[454]

448 Erezione, eiaculazione e orgasmo pare siano fenomeni indipendenti. Infatti, è possibile che l'uomo abbia l'erezione , ma non l'eiaculazione e l'orgasmo, oppure solo l'eiaculazione senza l'orgasmo (cfr. M. ZUCKERMAN,ibidem, pp. 297 –99).

449 R. D. AMELAR / L. DUBIN, Male infertility. Current diagnosis and treatment, Urology, 1971, 1, p. 1

450 R. G. HEALTH, Pleasure and activity in man. Deep and surface electroencephalograms during orgasm, J. Nerv. Ment. Dis., 1972, 154, pp 3 – 18

451 W. H. MASTERS / V. JOHNSON, Human sexual inadequacy ,Boston 1970, p. 317

452 N. S. KAPLAN, "The new sex", pp. 18 – 19

453 Ibidem

454 W. REIK, The function of the orgasm, New York 1971, pp. 79 –81

Una volta verificatesi l'orgasmo segue una fase di detumescenza, cioè il sangue si ritira dai genitali permettendo al corpo di riacquistare lo stato di rilassatezza. I testicoli si abbassano e il pene ritorna allo stato flaccido. Tuttavia, nei giovani può accadere che dopo la prima eiaculazione orgasmica, ne segua un'altra senza che vi sia stata la perdita dell'erezione.[455]

Comunque, in genere, dopo la prima eiaculazione, segue un rapido indebolimento reattivo del corpo agli stimoli sessuali e si dichiara pure che l'uomo si sente soddisfatto più al primo orgasmo, che ad altri che eventualmente potrebbero seguirlo.[456]

3. Climaterio virile

Sebbene il maschio non esperimenta un climaterio, nel senso definito per la donna, non di meno tra i 40 e i 65 anni, come la donna, subisce una diminuzione della produzione degli ormoni sessuali, soprattutto androgeni.[457]

Se questo declino è lento e graduale, non si esperimentano particolari sintomi. Tuttavia un improvviso arresto della funzione secretoria testicolare, conduce a disturbi definibili chiaramente come climaterici.[458] Essi sono così sintetizzati da W. NIKOLOWSKI:

"Es findet sich eine allgemein gesteigerte Erregbarkeit, das Gefühl der inneren Spannung, das Nachlassen von Gedächtnis und Konzentrationsvermögen, des weitern Angstzustände bis hin zu depressiven Verstimmungen, eine allgemeine Müdigkeit und Schlappheit, keine Erquickung durch den Schlaf, weiterhin wie bei der Frau Hitzewallungen, welche von Schwindelgefühl, Überventilation, Skotomen and Parästhesien der Haut begleitet sein können, wie auch Frösteln, kalte Füße und Hände sowie ein Taubheitsgefühl in den Extremitäten, Tachykardien, Palpitation, Dyspnoe bei Anstrengung, aber auch in der Ruhe, bei nächtlichem Erwachen und nicht zuletzt Kopfschmerzen unterschiedlicher Art. In der andrologischen Sprechstunde stehen im Vordergrund der Beschwerden die Klagen über das

455 C. A. FOX / B. FOX, A comparative study of coital physiology. With special reference to the sexual climax, J. Reprod. Fert., 1971, , 24, pp. 319– 336

456 KAPLAN,ibidem, pp. 19 – 24

457 H. NOWAKOWSKI, Keimdrüsenfunktion I: Störung beim Manne, in H. GIESE (a cura di), p. 571

458 H. GÖPPE Rückbildung und Alter, in GIESE, pp. 37 – 8

Nachlassen der Potentia coeundi, insbesondere der Potestas erigendi, weniger der Potestas ejaculationis, vielfach jedoch auch der Potestas emotionis."[459]

Questa è la panoramica fisiologica sessuale e non sessuale che accompagna il climaterio virile.

B. Fisiologia sessuale femminile

In questa sezione sulla fisiologia sessuale femminile tratteremo del menarca, delle mestruazioni e delle funzioni sessuali, imposteremo una discussione sull'orgasmo e quindi concluderemo con un breve accenno alla menopausa.

1. Menarca

Il menarca è la prima mestruazione e costituisce il fatto iniziale della maturità sessuale della donna.[460]

L'età media del menarca è dai 13 ai 14 anni[461], tuttavia può verificarsi prima o dopo questo lasso di tempo, ciò dipende da vari fattori. E' stato osservato che vi è una forte associazione tra l'età del menarca e l'indice ponderale[462], tra peso, altezza e menarca[463], tra menarca e stato socioeconomi-

459 W. NIKOLOWSKI, Das sogenannte Klimakterium virile, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 653 – 8, 654

460 O. von VERSUCHUER, Erbliche Grundlagen des Geschlechts beim Menschen, in GIESE, p. 320

461 M. JENICEK / A. DEMIRJIAN, Age at menarche in French Canadian urban girls, Ann. Hum. Biol., 1974,1, pp. 339 – 46; A. E. TRELOAR,Menarche, menopause, and intervening fecundability, Hum. Biol., 1974, 67, pp. 89 - 107; F. E. JOHNSTON, Control of age at menarche, Hum. Biol., 1974, 46, pp. 159 – 71

Per il teritorio di Genova è stato trovato che il menarca si verifica a 12 anni e qualche mese (cfr. F. BELLONE / D. PECORARI, Menarche der Italienerin, Sexualmedizin, 1977, 6, (Marzo), pp. 218 – 20). Questi autori esaminarono diversi gruppi: 308 ragazze nate singole; 102 cieche in relazione al peso. Fu trovato che per le 308 ragazze nate singole, il peso della nascita non ebbe un influsso decisivo sull'età del loro menarca. Mentre fu trovato che le ragazze cieche ebbero la loro prima mestruazione abbastanza più tardi delle non cieche, e che le gemelle, in media, ebbero il menarca molto più tardi delle nate singole.

462 R. W. HILLMANN e al., Season of birth, parental age, menarche age, and body

co (così per es. le ragazze di stato socioeconomico elevato avrebbero il menarca prima delle ragazze di stato socioeconomico più basso).[464] Inoltre, mentre alcuni autori sostengono che l'età del menarca non dipende dalla razza[465], altri affermano il contrario.[466] Si ritiene pure che il menarca vari più in rapporto all'età cronologica che in rapporto all'età dello scheletro.[467]

Il menarca rappresenta l'ultimo degli eventi della pubertà femminile.[468] Esso segna la fase dello sviluppo dell'utero. Tuttavia ciò non significa che la ragazza sia, allo stesso tempo, capace di una funzione riproduttiva completa.[469]

2. Mestruazioni[470]

La mestruazione o l'emorragia ciclica è la degenerazione della membrana uterina, che nelle donne sessualmente mature (dopo la pubertà) e non incinte, avviene a intervalli di circa quattro settimane.[471] Per qualche anno dopo il menarca, il ciclo mestruale può verificarsi in modo regolare, mentre dai 18 – 20 anni in poi i periodi assumono un ritmo regolare.

form interrelationships in young-women, Hum. Biol., 1970, 42, pp. 570 – 80; W. D. LOW, Stature and body weight of southern Chinese children, Z. Morph. Anthrop., 1971, 63, pp. 11 – 45

463 R. F. FRISCH / R REVELLE, The height and weight of girls and boys to the time of the growth spurt in height and weight and relationship to menarche, Hum. Biol., 1971, 43, pp. 140 – 59

464 Cfr. T. LASKA-MIERZEJEWSKA, "Effect of ecological and socio-economic", pp. 287 – 92; A. SHARIR, The age at menarche in girls attending schools in Baghdad, Hum. Biol., 1971, 43, pp. 265 – 70

465 Cfr. J. WEIR e al., Race and age at menarche, Am. Ostet. Gynec., 1971, 11, pp. 594 – 96; P. G. GALLO, The age at menarche in Somalia, Ann. Hum. Biol., 1975, 2, pp. 197 – 200

466 A. KIESSELBACH / K. A. ROSENBAUER, Anatomie und Physiologie der Sexualorgane, in GIESE, p. 365

467 W. A. MARSHALL / J. A. TANNER, " Variation in skeletal", pp. 13 – 23

468 R. I. SHADER, Menarcheal age and personality: the choice of statistical test of relationship, Psychos. Med., 1974, 36, pp. 321 – 26

469 TANNER, "Sequence, tempo", pp. 998 – 9

470 Qui accenniamo brevemente alla fisiologia del fenomeno delle mestruazioni. Per il resto rimandiamo al capitolo dell'endocrinologia sul ciclo mestruale.

471 A. M. SEIDEN, Overview: research on the psychology of women. I. Gender differences and sexual and reproductive life, Am. J. Psychiat., 1976, 133, pp. 995 – 1007

Si distinguono varie fasi del ciclo mestruale: la fase proliferativa o preovulatoria, che ha luogo verso il quattordicesimo giorno in un ciclo di 28 giorni[472]; ad essa segue la fase dell'ovulazione; la fase dopo l'ovulazione è chiamata fase secretoria o postovulatoria e corrisponde al tempo in cui l'ovulo è libero nella cavità uterina; e in fine viene la fase finale dell'emissione del menses.

Le fasi del ciclo mestruale sono essenzialmente sotto il controllo degli ormoni (vedi endocrinologia).[473] La sua regolarità può essere disturbata da vari fattori, come forti stress emozionali[474], contraccettivi[475] e altri fattori.[476]

3. Reazioni sessuali

Come nell'uomo, così anche nella donna, parlando di reazioni sessuali, distinguiamo le reazioni genitali e extragenitali.

472 Cfr. M. IRONDELLE,, L'examen clinique en gynecologie, La Revue de Mèdicine, 1976, 17, pp. 979 – 85; A. KIESSELBACH / K. A. ROSENBAUER, "Anatomie und Physiologie", pp. 364 – 7

473 K. S. DODSON e al., Plasma sex steroid and gonadotrophin patterns in human menstrual cycle, Brit. J. Obstet. Gynaec., 1975, 82, pp. 602 – 14; K. PAIGE, Women learning to sing the menstrual blues, Psychology Today, 1973, 7, pp. 41 – 6

474 F. T. MENGES / D. A. HAMBURG, Psychological distress during the menstrual postpartum, and menopausal periods, in F. BEACH (a cura di), Views on human sexuality, New York 1974, p. 235

475 J. M. WENDERLAEIN, Ovulationshemmer-Nebenwirkungen unter psychologisch-soziologischen Aspekten, Fortschritte der Medizin, 1976, 94, pp. 942 – 48

476 Cfr. J. D. HAIN e al., Menstrual irregularity symptoms and personality, J. Psychos. Res., 1970, 14, pp. 81 – 7

Si è verificato che delle ragazze hanno cessato le mestruazioni in collegio, o le hanno avute in modo irregolare, mentre, una volta a casa, le hanno avute di nuovo regolari; oppure è accaduto che due ragazze, che vivevano in una stessa stanza, abbiano sviluppato i cicli mestruali in modo sincronizzato. Non è chiaro ancora il meccanismo di questo fenomeno, si è ipotizzato sull'influsso dei feromoni (cfr. M. McCLINTOCK, Menstrual syncrony and suppression, Nature, 1971, 229, pp. 244 – 5; A. COMFORT, Likehood of human pheromenes, Nature, 1971, 230, pp. 432 – 3).

a. Reazioni genitali[477]

Tra le reazioni genitali femminili si parla di reazioni del clitoride, delle piccole e delle grosse labbra, della vagina e dell'utero.

Clitoride[478]

Sotto una stimolazione sessuale il clitoride ha una reazione caratteristica: prima di tutto si ha un rigonfiamento del glande, in modo più o meno micro-macroscopico, inoltre si verifica un allargamento del diametro del corpus clitoris, e un suo allungamento. Questo allungamento è quasi insignificante se la stimolazione è limitata solo alla regione del mons-pubis.[479]

Piccole e grosse labbra

Le reazioni fisiologiche sessuali delle grosse labbra sono differenti nelle donne che hanno partorito da quelle che non lo hanno. Così V. SIGUSCH:

> "Zunächst kommt es bei Frauen, die nicht geboren haben, unter der sexuellen Stimulation zu einem Auseinanderweichen der großen Labien. Diese Reaktion, die man als unwillkürliche Vorbereitung auf den Geschlechtsverkehr auffassen könnte, geht mit einer Abflachung der Labia majora zum Perineum hin und mit einer anterolateralen Elevation einher... Frauen, die bereits mehrmals geboren haben, zeigen lediglich ein geringfügiges Auseinanderweichen der Labia majora. Dagegen läßt sich bei ihnen regelmäßig ein Anschwellen der großen Schamlippen beobachten..."[480]

Le piccole labbra, indipendentemente dal numero delle nascite, diventano più grosse al principio dell'eccitazione, prima dell'orgasmo, e il loro diametro diventa da 2 a 3 volte la sua dimensione.[481]

477 Cfr. V. SIGUSCH, Exzitation und Orgasmus bei der Frau, Stoccarda 1970, cap. 4

478 In genere, nel passato, il clitoride è stato considerato un pene in miniatura. Da qualche tempo si sostiene che piuttosto che considerare il clitoride un pene in miniatura, sarebbe più logico considerare il pene un clitoride allungato. E ciò si sostiene in base a dati embriologici, i quali hanno mostrato che l'embrione mammelliano, durante il suo primo periodo di sviluppo, è femminile; la differenziazione del maschio dalla femmina si verificherebbe in seguito all'azione dell'androgeno fetale (cfr. J. M. SHERFEY, The nature and revolution of female sexuality, New York 1972).

479 V. SIGUSCH, "Sexuelle Reaktionen", p. 855

480 Ibidem, p. 859

481. Ibidem, p. 860

Vagina

Dopo 10-30 minuti di stimolazione, la vagina si lubrifica. Questa reazione non si verifica solo per mezzo della stimolazione tattile e corporea, ma anche a causa di stimolazioni psicosessuali[482], per mezzo delle quali, alcune donne, raggiungono anche l'orgasmo.[483]

Studiando le reazioni della vagina durante il coito per mezzo del 'Radio-telemetry devices'[484], è stato trovato che durante l'eiaculazione dell'uomo si ha una pressione intravaginale e che le pareti vaginali sono separate progressivamente dalla pressione del pene.

Allorché la donna ha l'orgasmo, i muscoli circumvaginali subiscono da 3 a 12 contrazioni involontarie.[485]

Utero

Allorché l'eccitazione sessuale è molto intensa, tutto l'utero si eleva dalla sua posizione di contatto con il pavimento posteriore della vagina, a un piano superiore e posteriore del falso pelvis.[486]

Durante l'orgasmo la pressione dell'utero subisce dei cambiamenti, e raggiunge un massimo di 40 cm H_2O al momento del climax.[487]

b. Reazioni extragenitali[488]

Le reazioni extragenitali femminili sono quelli del cuore, della pressione del sangue, dei vasi periferici, dei muscoli e dei seni.

482 G. SCHMIDT / V. SIGUSCH, Sex differences in responses to psychosexual stimulation by films and slides, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 268 – 83

483 V. SIGUSCH e al., Über die Lust der Medizin, A. GRABNER- HAIDER (a cura di), Recht und Lust?, Vienna 1970

484 Questo espediente è stato descritto da C. A. FOX, Measurement of intra-vaginal and intrauterin pressures during human coitus, by radio-telemetry, J. Reprod. Fert., 1970, 22, pp. 243 – 51. Il vantaggio di questo espediente sta nel fatto che può essere condotto nella intimità della camera da letto, con minimo inconveniente e senza che all'esperimento siano presenti osservatori e tecnici.

485 Per un ulteriore approfondimento sulle reazioni della vagina durante il coito (cfr. C. A. FOX e al., Continuos measurement by radiotelemetry of vaginal human coitus, J. Reprod. Fert., 1973, 23, pp. 69 – 75).

486 V. SIGUSCH, "Sexuelle Reaktionen", p. 863

487 M. ZUCKERMAN, "Physiological measures", p. 316; C. A. FOX, Measurement of intra-vaginal and intra-uterine pressures during human coitus by radio-telemetry, J. Reprod. Fert., 1970, 22, pp. 243 – 51

Cuore

E' stato registrato che la frequenza del battito del cuore, durate l'orgasmo, è più alta nella donna che nell'uomo e può andare da 100 a 180 battiti. Tuttavia la frequenza più alta è raggiunta non col coito ma con la masturbazione.[489]

Pressione del sangue

L'aumento della pressione del sangue durante l'orgasmo è da 30 a 80 mm Hg pressioni da parte della sistole e da 20 a 40 da parte della diastole. Ma può essere di più o di meno. Ciò dipende dall'intensità dell'orgasmo.[490]

Un aumento della frequenza respiratoria è stata registrata durante il coito. Essa dipende dall'intesità dell'eccitazione sessuale.[491]

Vasi periferici

Durante tutta l'attività sessuale sarebbe stata notata una dilatazione dei vasi periferici. L'effeto di tale dilatazione è chiamata vampa sessuale (sex flush) e risponde a quel particolare rossore che si espande sui seni, sulla gola, sul viso ecc. durante l'attività sessuale.[492]

Muscolatura

E' stato visto che la reazione dei muscoli, durante l'attività sessuale, dipende dalla massa, dalla snellezza, dalla forza, dalla resistenza ecc., oltre che dal tipo di pratiche sessuali e dal grado di eccitazione.[493] Le reazioni muscolari, notate durante il coito, sono quelle del viso, della gola, dello stomaco, e in particolar modo quelle delle estremità e dei glutei.[494]

488 Cfr. V. SIGUSCH, Exzitation und Orgasmus bei der Frau, Stoccarda 1970, cap. 3

489 V. SIGUSCH, "Sexuelle Reaktionen", pp. 841 – 3

490 H. K. HELLERSTEIN / E. H. FRIEDMAN, Sexual activity and the postcoronary patients, Arch. Inter. Med., 1970, 125, pp. 987 – 999

491 SIGUSCH, ibidem, p. 843

492 Ibidem, pp. 845 – 7

493 Ibidem; pp. 849 – 57

494 C. A. FOX / B. FOX, "A comparative study", pp. 319 – 36

Seni

La prima reazione dei seni, in seguito ad una effettiva stimolazione sessuale, è la erezione delle mamillae mammae. In media questa erezione e di 0,5 cm. Ciò dipende dal volume dei seni e dalla grossezza delle mammae.

La sensibilità dei seni agli stimoli sessuali varia da donna a donna.[495]

c. Orgasmo

Nonostante in questi ultimi tempi si scriva molto sull'orgasmo femminile[496], una descrizione scientifica di esso rimane molto frammentaria, soprattutto a causa della mancanza di ricerche scientifiche per es. sul sistema nervoso centrale, sugli organi dei sensi, sul condotto dirigente, sulle ghiandole endocrine ecc.[497]

Anche sulla fisiologia dell'orgasmo sessuale femminile non è stato registrato molto. I suoi fattori essenziali vengono così sintetizzati da SIGUSCH:

"1. unwillkürliche Muskelkontraktionen im Genitalbereich (orgastische Manschette, Uterus); 2. unwillkürliche Kontraktionen extragenitaler Muskelgruppe; 3. Kulmination kardiorespiratorischer Reaktion (Herzfrequenzsteigerung, systolischer und diastolischer Blutdruckanstieg, Zunahme von Atemfrequenz und Atemtiefe); 4. Einschränkung der sensorischen Kapazität sowie eventuell partieller oder sogar totaler Bewußtseinsverlust. Ausserdem müssen gleichermaßen erwähnt werden: 5. die Lustempfindungen, die bei Orgasmus in der Regel am intensivsten sind".[498]

Viene pure notato che la donna, dopo il primo orgasmo, è capace di stimolarsi subito per un altro orgasmo, e che alcune donne riescono a raggiungere anche fino a 30 orgasmi di seguito, e ciò sia per via coitale che con la masturbazione. Inoltre, bisogna aggiungere che la maggior parte delle donne dichiarano di sentirsi più soddisfatte al momento del secondo, terzo orgasmo eventuali.[499]

495 SIGUSCH, ibidem, pp. 853 – 4
496 SIGUSCH, "Exitation and Orgasmus", cap. V.
497 V. SICUSCH e al., "Sex differences", pp. 268 – 83; G. SCHMIDT e al., Arbeiter-Sexualität, Berlino 1971
498 SIGUSCH, "Sexuelle Reaktionen", p. 866
499 SIGUSCH, ibidem, pp. 874 – 83

4. Tipi di orgasmo femminile

FREUD fu il primo a distinguere due tipi di orgasmo femminile: quello clitorideo e quello vaginale. Secondo lui la maturità sessuale della donna è segnata col passaggio dall'orgasmo clitorideo a quello vaginale. MASTERS e JOHNSON trovarono che la donna esperimenta solo un tipo di orgasmo, giacché clitoride e vagina rispondono in modo identico.[500]

Più recentemente sono state condotte alcune ricerche sull'orgasmo femminile, le quali ripropongono il problema dei tipi di orgasmo nella donna.[501] Noi qui riportiamo solo i risultati di due ricerche che sembrano avere una qualche importanza.

La prima è quella di S. FISHER.[502] L'autore analizza in modo esauriente gli aspetti fisiologici e psicologici dell'orgasmo femminile. Egli accetta la distinzione fondamentale tra donne orientate vaginalmente e donne orientate in senso clitorideo, mentre respinge le implicazioni psicoanalitiche legate a queste distinzioni. Allorché egli passa a descrivere i tipi di orgasmo, insiste sulla differenza nella risposta sessuale di una donna da un'altra donna e che il piacere orgasmico della vagina o del clitoride dipende dalla sensibilità di una donna nel rispondere meglio ora all'uno ora all'altro.

I. SINGER trova invece che vi sono tre tipi di orgasmo femminile:

1. L'orgasmo della vulva, misurato da MASTERS e JOHNSON, realizzato col coito o con la stimolazione non coitale.

2. L'orgasmo dell'utero, il quale non implica contrazioni della piattaforma orgasmica, ma consiste nei cambiamenti emozionali.

3. Orgasmo congiunto (blended orgasm), che consiste nella combinazione dei primi due.[503]

M. BUNZL e S. MULLEN a conclusione della loro ricerca sui vari tipi di orgasmo femminile, dicono:"...It seems that some individuals do indeed

500 W. H. MASTERS / V. JOHNSON, Human sexual response, Boston 1966
501 L. KLARK, Is there a difference between a clitoral and vaginal orgasm?, J. Sex Res. 1970, 6, pp. 25 – 28; R. C. ROBERTIELLO, The "clitoral versus vaginal orgasm" controversy and some of its ramification, J. Sex. Res., 1970, 6, pp. 307 – 11; I. SINGER / J. SINGER, Types of female orgasm, J. Sex Res., 1972, 6, pp. 255 – 67
502 S. FISHER , The female orgasm, New York 1973
503 Cfr. I. SINGER, The goals of human sexuality, New York 1973, cap. III

experience their orgasm reactions as aquantitatively differentiable and that are consistent enough that it is possible to talk about 'types' of orgasm".[504]

5. Menopausa

La menopausa è il fenomeno per cui le mestruazioni cessano in modo definitivo.[505] Essa è condizionata dalla cessazione delle ovulazioni ed è dovuta ai cambiamenti fisiologici associati all'invecchiamento.[506]

La menopausa segna così la fine della maturità sessuale della donna, ma non costituisce la conclusione della sua vita sessuale.

La menopausa si verifica normalmente tra i 45 e i 50 anni[507] è ha inizio con le mestruazioni irregolari (anni climaterici).[508] E' stato notato che nel corso degli ultimi 100 anni la menopausa si verifica con un ritardo di 4 anni.[509]

Dal punto di vista sessuale, si ritiene che la problematica, che accompagna la menopausa, non dipende da fattori fisiologici, quanto piuttosto pisichici.[510]. Comunque, a causa del cambiamento ormonale[511] si verificano cambiamenti fisiologici, quali l'instabilità vasomotoria e l'atrofia genitale, che spesso costituiscono un impedimento, dal punto di vista meccanico, al rapporto sessuale e predispongono a dolori vaginali e a vaginite atrofica pruritica.[512] Tuttavia l'attività sessuale di una donna, dopo la menopausa, dipende anche da altri fattori, quali storia di vita, personalità e fattori situazionali.[513]

504 M. BUNZL / S. MULLEN, A self-report investigation of two types of myotonic response during sexual orgasm, J. Sex Res., 1974, 10, pp 10 – 20, 18

505 La menopausa è l'evento più rilevante del così detto climaterio femminile, il quale è definito come il periodo di passaggio nella vita di una donna, durante il quale ella, nel corso di un anno, passa dalla fase sessualmente feconda alla fase di riposo della funzione delle ovaie (cfr. G. K. DÖRING, Klimakterische Beschwerden, Fortschritte der Medizin, 1976, 94, pp. 1058 – 9; 1066 – 8; 1118 – 24; M. GLINTS, The menopausa: reward or punishment, Psychosomatics, 1975, 16, pp. 161 – 3; E. FEELY e al., The menopause: facts and misconceptions, Nurs. Forum, 1975, 14, pp. 74 – 86

506 J. S. FANG e al., Aging and X chromosome loss the human ovary, Obstet. Gynec., 1975, 45, pp. 455 – 8

507 Sul problema della datazione della menopausa prematura (cfr. J. C. MORRISON e al., Mumps oophrits: a cause of premature menopause, Fert. Steril., 1975, 26, pp. 655 – 9; R. G. FALK, Premature menopause: a report of two cases, Med. Ann. D. C., 1974, 43, pp. 493 – 5).

508 H. ORTHNER, "Zentrale Ursachen", pp. 706 – 9

509 G. K. DÖRNER, Klimakterische Beschwerden, Forschritte der Medizin, 1976, 94, p. 1104

510 R. W. COLI, Management of the climactericand menopausa, Med. Clin. N. Am., 1972, 56, p. 789; W. H. UTIAN, The true climac features of postmenopausal and oophoroctomy, and their response to oestrogen therapy, S. Afr. Med. J., 1972. 46, p. 732; B. THOMPSON e al., Menopausal age and symptomatology in a general practice, J. Biosoc. Sci., 1973, 5, p. 71

C. Disturbi funzionali della sessualità maschile e femminile

In questa sezione tratteremo brevemente delle disfunzioni principali della sessualità maschile e femminile, le quali sono in una stretta relazione con la fisiologia sessuale, sebbene nella loro accezione completa siano classificati come disturbi psicofisiologici della sessualità.[514]

1. Disturbi funzionali della sessualità maschile

I disturbi funzionali della sessualità maschile qui trattati sono: priapismo, impotenza, eiaculazione precoce ed eiaculazione prematura.

a. Priapismo

Il priapismo è la condizione , relativamente rara, di erezione penile persistente e dolorosa, spesso totalmente indipendente dall'attività sessuale.[515]

511 J. FERIN / K. THOMAS, Dauerersatztherapie bei Frauen in der Postmenopause, in P. A. van KEEP e al. (a cura di), Ageing and Estrogens, Karger 1973; C. LAURITZEN, Plädoyer für Östrogene in der Postmenopause, Medical Tribune, 1975, nn. 37, 38

512 W. BARR, Problems related to postmenopausal women, S. Afr. Med. J., 1975, 49, pp. 437 – 9

513 L. RYBO, Symptoms of climacterium, Acta Obstet. Gynec. Scand., 1971, 9 (supp.), p. 25

514 American Medical Association Commitee in human sexuality, Human sexuality, Cicago 1972

515 M. A. LAROCQUE / M. D. COSGROVE, Priapism: a review of 46 cases, J. Urol., 1974, 112, pp. 770 – 3

Esso può verificarsi ad ogni età[516] e può dipendere da vari fattori: stimolazione sessuale prolungata, sebbene il priapismo persista molto tempo dopo che la stimolazione sessuale è cessata[517]; può dipendere da farmaci particolari, da infezioni, da traumi locali[518], da emoglobinopatie.[519] Spesso le cause non sono chiare, per cui si parla di priapismo idiopatico.[520]

b. Impotenza

L'impotenza è l'incapacità dell'uomo ad avere l'erezione del pene (impotentia erectionis)[521] o di mantenerla (impotentia coendi)[522], condizione indispensabile al compimento dell'atto sessuale soddisfattorio.[523]

Si parla di impotenza primaria nei casi in cui un uomo non ha mai raggiunto una soddisfazione coitale (impotentia satisfactionis); mentre si parla di impotenza secondaria nei casi in cui un uomo, una volta potente, sviluppa poi l'impotenza.[524]

Non si conosce l'incidenza dell'impotenza, e ciò soprattutto perché si pensa che un tale problema è, in generale, sorgente di vergogna e d'imbarazzo in una società in cui la potenza coitale maschile è considerata il più alto premio.

516 M. I. RESNICK e al., Priapism in boys, management with cavernosaphenous shunt, Urology, 1975, 5, pp. 492 – 5; T. R. KINNEY e al., Priapism in association with sick hemoglobinopathies in children, J. Pediatr., 1975, 86, pp. 241 – 2

517 Cfr, M. A. LAROCQUE / M. D. COSGROVE, "Priapism", p. 770

518 Cfr. G. KARAYLCIN e al., Priapism in sick cell disease: report of five cases, Am. J. Med. Ass., 1972, 2246, pp. 289 – 93

519 Cfr. T. R. KINNEY e al., "Priapism in association", pp. 241 – 2

520 M. E. DARWISH e al., Priapism: evaluation of treatment regimens, J. Urol., 1974, 112, pp. 92 – 4; L. V. WAGENKNECHT, Zur Äthiologie und Behandlung des Priapismus, Der Urologe, 1974, 13, pp. 133 – 7; H. LIPSKY, Der idiopathische Priapismus, Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 495 – 7

521 L. SCHOENFELD e al., Erectile impotence: complication of external sphincteroctomy, Urology, 1974, 4, pp. 681 – 5; A.D. DROOBY,The management of erectile failure (impotence), J. Med. Liban, 1974, 27, pp. 321 –8

522 W. NIKOLOWSKI, Potentia and impotentia coeundi, Wien Med. Wochenschr., 1975, 125, pp. 75 – 8

523 H. E. EMSON, Impotence, Can. Med. Assoc. J., 1972, 107, pp. 937 – 8; J. JOHNSON, Impotence, Brit. J. Psychiat., 1975, 9 (n. spec.) pp. 206 – 11

524 K. GEBOES e al., Sexual impotence in man, Andrologia, 1975, 7, pp. 217 – 27; J. M. ANSARI, A study of 65 impotent males, Brit. J. Psychiat., 1975, 127, pp. 337 – 41

I disturbi d'impotenza, soprattutto secondaria, si verificano tra i 21-25 anni, di meno verso i 40 e ancora meno verso i 45 anni.[525]

Le cause dell'impotenza sono somatiche e psicogene, ma si ritiene che il 95-99% delle impotemze hanno cause psicogene piuttosto che organiche.[526] Tra le cause somatiche si parla di diabete[527], di deficienze ormonali[528], di castrazione testicolare prima della pubertà, di difetti locali o di malattie dell'apparato genitale[529], di droghe varie[530], di lesioni al lobo temporale[531], di circoncisione ecc.[532]

Tra le cause psicogene si parla di gravi disturbi intrapsichici, di conflitti profondi dovuti a una sessualità repressa per motivi religiosi[533]; di interferenze familiari e di situazioni circostanziali[534]; di aggressività inconscia relativa a desideri di morte; di profonda perturbazione dell'identità virile, paura di castrazione[535]; di conflitti dovuti a aggressività repressa nei confronti della partner, o di sfiducia verso di lei, di senso di colpa, di paura di dipendenza; di

525 J. RABOCH, Two studies of male sex impotence, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 181 – 7

526 Cfr. R. SHUSTERMAN, The treatment of impotence by behavior modification techniques, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 226 – 40

527 T. SCHNEIDER e al., Letter: impotence in diabetic male, S. Afr. Med. J., 1975, 49, pp. 1817 – 18; R. C. KOLODNY e al., Sexual dysfunction in diabetic men, Diabetes, 1974, 23, pp. 306 – 9; M. ALLEMBERG, Impotence in diabetes: the neurological fact, Ann. Inter. Med., 1971, 75, p. 213

528 J. RABOCH e al., Plasma testosterone in male with sexual dysfunction, Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 541 – 5; J. PETER, Treatment of endocrine impotence, Brit. Med. J., 1971, 4, p. 114; K. M. PIRKE, Endocrinologie der sexuellen Reaktion, Sexualmedizin, 1977, 6, pp. 37 – 40

529 J. KING, Impotence after fractures of the pelvis, J. Bone Join. Surg., 1975, 57, pp. 1107 – 9; S. KENT, The intimate relationship between urinary system and sexual function, Geriatrics, 1975, 30, pp 356 – 9

530 F. LEMERE / J. W. SMITH, Alcohol-induced sexual impotence, Am. J. Psychat., 1973, 130, p. 212; B. B. HUFF, Physicians' desk reference to pharmaceutical specialities and biologicals, Oradell, N. J., 1972, p. 694 , 889

531 R. HIERONS, Impotence in temporal lobe lesions, J. Neurovisc. Rel., 1971 10 (supp.), pp. 477 – 81

532 J. M. STINSON, Impotence and adult circumcision, J. Natl. Med. Assoc., 1973, 65, p. 161

533 J. I. TEOH / M. LEE, Psychogenic impotence: its aetiology, characteristics and treatment by systematic desensitization, Singapore Med. J., 1974, 15, pp. 132 – 8

534 M. SEIDMANN, Impotentia coeundi, Harefuah, 1973, 85, pp. 67 – 70

535 R. BATTERY, Die psychogene Impotenz, Schweiz. Rdsch. Med., 1973, 62, pp. 354 – 57

condizioni sfavorevoli all'atto sessuale; di paura di contrarre malattie veneree[536]; di situazioni familiari[537]; di problemi economici; di depressione ecc.[538]

c. Eiaculazione ritardata

L'eiaculazione ritardata è la condizione in cui l'uomo manifesta difficoltà o incapacità a raggiungere l'eiaculazione durante il coito.[539]

E' chiamata primaria quando è stata sempre presente e secondaria quando si è sviluppata dopo un normale funzionamento dell'attività sessuale.

La sua incidenza non è conosciuta, comunque si ritiene che sia meno comune dell'eiaculazione precoce.[540]

Tra le cause si parla di cause organiche e psicogene. Così tra le cause organiche si parla di disordini neurologici, di simpatectomi lombare, di neuropatie diabetiche[541], di operazioni alla vescica urinaria[542]; o di complicazioni vari.[543] L'eiaculazione ritardata può essere causata anche da droghe e farmaci.[544]

536 H. J. FRIEDMAN, An interpersonal aspect of psychogenic impotence, Am. J. Psychoth. 1973, 17, pp. 421 – 9

537 C. K. PEARLMAN, Frequency of intercourse in males at different ages, Med. Aspect. Hum. Sex., 1972, 6, p. 92

538 R. C. PROCTOR, Impotence as symptom of depression, N. Carolin Med. J., 1976, 34, pp. 876 – 8

539 J. I. ABRAHAMS e al., The surgical correction of retrograde ejaculation, J. Urol. 1975, 114, pp. 88 – 90

540 J. MARMOR, Impotence, ejaculatory dysturbances, in A. FREEDMAN e al., (a cura di), Comprehensive textbook, p. 1526

541 B. H. STEWART e al., Correction of retrograde ejaculation by sympathomimetric medication: preliminary report, Fert. Steril., 1974, 25, pp. 1073 – 4

542 M. G. OCHSNER e al., Incidence of retrograde ejaculation following bladder neck revision as a child, J. Urol. 1970, 104, pp. 596 – 7

543 W. M. KEISERMAN e al., A new type of retrograde ejaculation: Report of three cases, Fert. Steril. 25, 1974, pp. 1075 – 2

544 N. L. STORY, Sexual dysfunction resulting from drug side effects, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 132 – 49

d. Eiaculazione precoce[545]

Non vi è accordo su ciò che costituisce un'eiaculazione precoce. In genere si parla di eiaculazione precoce allorché l'orgasmo è ottenuto prima o immediatamente dopo l'introduzione del pene; o se è ottenuto tra i 30 e i 60 secondi dopo l'introduzione[546]; o se l'eiaculazione si verifica prima di due minuti dall'introduzione del pene.[547]

Si ritiene che l'eiaculazione precoce sia il disturbo più comune tra le disfunzioni maschili e la sua frequenza più alta si verificherebbe tra i 26 e i 30 anni.[548]

Tra le cause dell'eiaculazione precoce si parla soprattutto di ansia durante l'atto sessuale, connessa al senso di colpa, a tabù caratterizzanti la vita prematrimoniale e matrimoniale della nostra società[549]; si parla pure di cause che hanno origine nei rapporti avuti con prostitute e a motivi circostanziali; e c'è in fine chi parla di cambiamenti fisiologici, soprattutto quando l'eiaculazione precoce si verifica dopo un periodo di attività sessuale normale.[550]

Tra le cause psicogene si parla di fattori inibitori religiosi che provocano senso di colpa e ansia nei confronti del sesso; di paura d'impregnare la partner, di fantasie ostili connesse all'eiaculazione, considerata come una sostanza contaminatoria. Inoltre si elencano fattori interpersonali: pressioni da parte della donna, che chiede di essere impregnata; richieste di matrimonio di una partner o altre richieste di cui l'uomo ha paura; perdita di attrazione della partner; discordie con la partner; esperienze traumatiche subite dalla prtner (es. stupro) o la scoperta della sua infedeltà.[551] In fine, si parla pure di prostatite cronica, come causa, oltre che della perdita dell'appetito sessuale.[552]

545 L. FINKELSTEIN, Awe and premature ejaculation: a case study, Psychosom. Q., 1975, 44, pp. 232 – 52; V. SIGUSCH / T. MAACK, Ejaculationsstörungen, pp. 32–52

546 J. RABOCH, Two studies of male impotence, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 181 – 7

547 J. RABOCH, "Two studies", p. 183

548 Ibidem, pp. 181 – 7

549 L. LIDBERG, Social and psychiatric aspects of impotence and premature ejaculation, Arch. Sex. Beh., 1972, 2, pp. 135 – 46; M. H. ERICSON, Psychotherapy achieved by a reversal of the neurotic process in a case of ejaculation precox, Am.J. Clin. Hypn., 1971, 14, pp. 56 – 60

550 J. RABOCH, Ibidem, pp. 185 – 6

551 J. MARMOR, Impotence and ejaculatory disturbances, in A. M. FREEDMAN

2. Disturbi funzionali della sessualità femminile

Le disfunzioni della sessualità femminile che qui tratteremo comprendono la frigidità, la dispareunia, il vaginismo e la ninfomania.

a. Frigidità

Per frigidità s'intende l'incapacità della donna di provare soddisfazione nell'atto sessuale.[553] Il grado di mancanza di soddisfazione sessuale può andare da una insensibilità completa a un climax incompleto.[554]

Non si conosce con esattezza quale sia l'incidenza di questa disfunzione sessuale femminile. A volte si parla del 50% altre volte del 10%.[555]

Tra le cause eziologiche della frigidità si parla di costituzione neuro-ormonale; di patologia organica: diabete mellitus, disturbi endocrini e metabolici, grave insufficienza della tiroide o ipogonadismo marcato, disturbi neurologici, come sclerosi a placche oppure traumatismi cronoci, circoncisione femminile.[556]

Inoltre la frigidità può essere causata in modo indiretto da fattori organici: carenza alimentare, stati astenici gravi in seguito a malattie infettive o altre malattie fisiche debilitanti, stati di tossicomania e abuso d'alcool, pillole anticoncezionali ecc.[557]

Tra le cause psicogene vengono elencate: ignoranza o paura del sesso, senso di colpa a causa di una educazione oppressiva in rapporto alla sessualità.[558]

e al.. (a cura di), "Comprehensive Textbook", pp. 1527 – 8

552 G. RABOCK / J. KOHLICEK, Prostatitis und Potenz, Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 33 – 6

553 M. FAULK, Frigidity: a critical review, Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 257 – 66; M. IRONDELLE, L'exame clinique en gynecologie, La Revue de Mèd., 1976, 17, pp. 979 – 85

554 P. MATUSSEK, Funktionelle Sexualstörungen, in H. GIESE, pp. 815 – 27

555 G. ABRAHAM, Difficoltà sessuali femminili, in G. ABRAHAM / W. PASINI (a cura di), p. 330

556 L. WOLMAN,Female circumcision, J. Am. Ass. Psychos. Dent. Med., 1970, 20, pp. 130 – 1

557 P. MATUSSEK, "Funktionelle", pp. 816 – 8

558 C. AMBROSETTO,Impotenza psicogena, G. Clin. Med., 1973, 54, pp. 907 – 19; N. J. UDDENBERG, Psychological aspects of sexual inadequacy in women, J. Psycho-

Come fattori precipitanti della frigidità possono essere eventi traumatici: prima esperienza coitale dolorosa; stupro; paura di perdere il controllo o di subire ferite durante il coito.[559]

Inoltre vi sono donne che sono frigide con un partner, mentre non lo sono con un altro. In questi casi la difficoltà sessuale è vista nella natura del rapporto con quel partner: per es. un partner con eiaculazione prematura. Si possono accompagnare anche cause di natura socio-familiare: sentimento di essere trascurata dal proprio partner, scoperta di essere tradita ecc.[560]

b. Dispareunia

Per dispareunia s'intende il coito doloroso.[561]

Non si conosce con esattezza la sua incidenza. In genere si ritiene che va dal 50 all'80% nei casi in cui la causa è organica.[562]

Anche per la dispareunia, oltre che di cause organiche, si parla pure di cause psicogene.

Così tra le cause organiche si parla, tra l'altro, di mancanza di fimosi, come conseguente lubrificazione difettosa della vagina; si parla pure di disturbi del clitoride e della vagina, di imene intatto; e può essere causata anche da anticoncezionali non orali.

Tra le cause di origine psicogena[563] si parla di ostilità della donna nei riguardi dell'uomo o verso la sessualità in genere, espressa sotto forma di sintomi isterici.

Tra i fattori psicosociali si pensa all'impotenza dell'uomo e di altri suoi disturbi sessuali, i quali non le permettono un coito efficiente.[564]

som. Res., 1974, 18, pp. 33 – 47; E. D. JOSEPH, An aspect of female frigidity, J. Am. Psychoanal. Ass., 1974, 22, pp. 116 – 22

559 J. O'CONNER / L. STERN, Results of treatment in function sexual N. Y. State J. Med., 1972, 72, p. 1927

560 J. P. BRANDY, Behavior therapy of sexual disorders, in A. M. FREEDMAN e (a cura di), "Comprehensive textbook", vol. II, p. 1556;

561 M. IRONDELLE,"L'examen clinique", p. 981

562 W. PASINI, I matrimoni bianchi, in G. ABRAHAM / W. PASINI (a cura di), pp. 203 – 12; L. J. FRIEDMAN, Unconsummated marriages, Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 16 – 29

563 J. MARMOR,Frigidity, dyspareunia and vaginismus, in A. M. FREEDMAN e al. (a cura di), vol. II, pp. 1520 – 3

564 S. E. KAPLAN, The new sex therapy, Londra 1974; W. H. MASTERS / JOHN-

c. Vaginismo

Per vaginismo s'intende la contrazione dell'apertura della vagina e della muscolatura del bacino, che rende impossibile la penetrazione del pene o ne impedisce la sua uscita durante il coito.[565]

Anche per il vaginismo non si conosce quale sia la sua incidenza. W. PASINI parla dell' 1 – 2 %.[566]

Le cause del vaginismo, oltre che di natura organica come disturbi vaginali, patologia pelvica ecc., si pensa siano principalmente di natura psicogena[567], di tipo sadico-aggressivo.[568]

Non di rado si sviluppa in seguito a ripetuti incontri con un marito o un partner che soffre d'impotenza o di disfunzioni sessuali.[569] Di qui l'origine di molti matrimoni bianchi, che possono durare fino oltre 17 anni o tutta una vita.[570] Inoltre, tra le varie altre cause, si parla di precedenti episodi sessuali traumatici, di dispareunia organica, di precedente identificazione omosessuale della paziente oppure di una educazione religiosa molto rigida.[571]

d. Ninfomania

La ninfomania è l'iperattività sessuale, eccessivo interesse e insaziabile bisogno della donna per il coito. Questo stato di ipersessualità sarebbe vissuto da essa come sproporzionato ai suoi stessi bisogni e sarebbe associato ad una mancanza di soddisfazione sessuale.[572]

SON, Human sexual inadequacy, Boston 1970

565 M. IRONDELLE, "L'examen clinique", pp. 979 – 85

566 W. PASINI, I matrimoni bianchi, in G. ABRAHAM / W. PASINI (a cura di), p. 207

567 W. EICHER, Psychogenese und Therapie funktioneller Sexualstörung der Frau, Med. Welt, 1973, 24, pp. 1270 – 2

568 M. De SENARCLES, Pratica ginecologica e sessualità: dal dolore al piacere, in ABRAHAM / PASINI (a cura di), p. 206

569 W. H. MASTERS / H. JOHNSON, "Human sex.", p. 250

570 V. A. SADOCK, The inconsummated marriage, in A. M. FREEDMAN e al. (a cura di), vol. II, pp. 1528 – 30; K. FUCHS e al, Vaginismus - the hypno-therapeutic approch, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 39 – 45

571 H. G. BERGEL, The hypnotherapeutic approch to male impotence, J. Sex Res., 1971, 7, pp. 168 – 76

572 D. H. RUSSEL, Juvenile delinquency, Psychiatric Annals, 1975, 5, pp. 3 – 43

Questo disturbo può essere frequente durante tutta la vita o dopo la menopausa.

L'eziologia della ninfomania è complessa. Le donne con ipersessualità presentano spesso deviazioni psicotiche e ipomania.[573]. Il carcinoma adrenocorticale, oltre ad avere una conseguenza virilizzante , provoca un improvviso aumento della libido[574]; virilizzazione e ipersessualità sono pure causate dalla somministrazione del metandrostenolone. Dopo trattamento ormonale a donne con sindrome adrenogenitale, si è verificato che hanno sperimentato un'attività sessuale più elevata, una crescita della libido, un'alta frequenza di sogni sessuali e una frequente pratica masturbatoria.[575]

Episodi di ipersessualità sono stati trovati associati a ipertiroidismo, a lesioni del sistema centrale nervoso e ad anormalità fisiche[576], a trauma cranico[577], all'inizio di attacchi epilettici[578], a depressione endogena.[579]

Forte ipersessualità è stata riscontrata in ragazze trattate con ormoni progestinici, o altri ormoni, in utero o durante l'infanzia.[580]

Infine l'ipersessualità può presentarsi anche sotto forma di attività commerciale, come è il caso della prostituzione.[581]

573 D. T. GRANTURCO, The promischous teen-ager, South Med. J., 1974, 67, pp. 415 – 8

574 T. F. PHYSICAL and psychological sexual effects of hypoadrenocorticalism, Med. Asp. Hum. Sex., 1973, 7, pp. 39 – 57

575 A. LEV- RAN, Sexuality and educational levels of women with the late-treated adrenogenital syndrome, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 27 – 32

576 J. D. GOODMAN, The behavior of hypersexual delinquent girls, Am. J. Psychiat., 1976, 133, p. 662

577 S. KANOWSKI, Hypersexualität im Rahmen partieller Klüver-Bucy-Syndrome, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10(supp.) pp 504 – 16

578 U. H. PETERS, Sexualstörungen bei psychosomatischer Epilepsie, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.), pp 491 – 7

579 R. RICHAELIS, Hypersexualitätbei endrogenen Depressionen, J Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 603 – 7

580 J. D. GOODMAN, The behavior of hypersexual delinquent girls, pp 662 – 8

581 J. H. BRYAN, Apprenticeships in prostitution, in A. SHILOH (a cura di), Studies in human sexual behavior: the american scene, Springfield 1970, p. 420

PARTE SECONDA

LA SESSUALITA' NELLA PSICOLOGIA SPERIMENTALE

Dopo aver riassunto gli studi sulle predisposizioni biofisiologiche della sessualità, in questa seconda parte affronteremo la sessualità nell'indagine della psicologia sperimentale, o, in altre parole, la sessualità indagata secondo metodi empirici con orientento a contenuto psicologico.

L'indagine empirico-psicologica, detta scientifica, a differenza dell'indagine speculativa, o scienza dello spirito, si basa su esperienze reali e cerca di spiegarle per via sperimentale con metodi esatti.

Noi in questa seconda parte tratteremo i punti essenziali della tematica e della problematica sessuale che la psicologia empirica ha afffrontato e cioè: la sessualità tipica, le deviazioni e le perversioni sessuali.

Ripetiamo che la nostra ricerca comprende anche qui il periodo che va dal 1970 ad oggi. Tuttavia, riferimenti alle ricerche anteriori saranno fatti qualora risultino scarsi i dati offerti dalle ricerche del periodo stabilito o siano ritenuri necessari per una maggiore comprensione dell'argomento.[1]

1 Notiamo che le ricerche sperimentali sulla sessualità non sono molte. Inoltre esse sono limitate ancora a particolari paesi: USA, Canada, Cecoslovacchia, Svezia, Danimarca, Germania, Olande e Giappone. Per una visione di questo aspetto (cfr. R. BEASLEY, Current status of sex research, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 335 – 47)

Capitolo VI

LA SESSUALITA' TIPICA MASCHILE E FEMMINILE

La nostra ricerca sulla sessualità tipica maschile e femminile non sarà centrata tanto sulle differenze socio-culturali ed etniche, quanto piuttosto sui quei fattori ritenuti cruciali e condivisi dalla maggior parte degli individui.

Inoltre ci si prefigge di discutere la sessualità in termini di media, tipica per la maggior parte del gruppo e ad un certo punto o ad una data fase del tempo, senza mettersi in alternativa con la sessualità atipica o delle subculture.

Questa sezione comprenderà i seguenti paragrafi: nel primo sarà trattato della sessualità tipica maschile dall'infanzia ai 30 anni circa; nel secondo di quella femminile nello stesso periodo di tempo; nel terzo dei cambiamenti della sessualità maschile e femminile dei giovani; nel quarto della sessualità tipica maschile adulta; nel quinto della sterilizzazione maschile; nel sesto della sessualità adulta femminile tipica; nel settimo degli anticoncezionali femminili; seguiranno poi tre paragrafi che sono in connessione con la sessualità dei giovani e degli adulti: un paragrafo sui rapporti extramatrimoniali, un altro sulla sessualità e personalità ed in fine uno sulla sessualità e stimoli psicosessuali.[2]

A. Sessualità tipica maschile dall'infanzia ai 30 anni

Per ragioni metodologiche e di chiarezza tratteremo prima della sessualità dell'infanzia e poi di quella della pubertà fino ai 30 anni.

2 Nel fare riferimento alle varie ricerche, ci limiteremo solo a riportare brevemente i loro risultati; per la metodologia e maggiori dettagli rimandiamo direttamente alla fonte.

1. Infanzia

L'infanzia comprende qui il periodo che va dalla nascita ai 10 anni circa. Non vi sono ricerche specifiche sulla sessualità maschile e femminile in questa età. Perciò il materiale rigoroso a riguardo è molto scarso, anche se nella letteratura sull'infanzia non è difficile trovare abbondante speculazione sulla sessualità infantile. Noi qui utilizzeremo solo le ricerche empiriche.

Di sessualità nell'infanzia si parla fin dalla nascita. I fenomeni non mancano, ma solo pochi possono essere spiegati.[3] Inoltre è abbastanza arduo discutere la natura della sessualità in una fase fino ai 18 mesi quando ancora l'apparato biologico non è completamente sviluppato. E sebbene si riportano casi di bambini , i quali hanno sperimentato l'eccitazione e l'orgasmo, durante il primo anno di età, si può solo dire che il comportamento di quei bambini è simile a quello degli adulti, ma niente di più intorno alla reale natura della loro sessualità.[4]

La mancanza di verbalizzazione soggettiva intorno ai sentimenti sessuali, che i bambini esperimentano dalla nascita ai 18 mesi, ci costringe a fare delle semplici deduzioni, basate su sentimenti e osservazioni di adulti.[5]

Così l'esperimento del piacere, che i bambini provano nel toccarsi, esplorarsi ecc., si suppone che sia simile nei due sessi.[6]

Dai 18 mesi ai 5 anni il bambino sviluppa il suo linguaggio, diventa motoricamente autonomo e inizia ad imparare il codice del mondo degli adulti. Una delle regole più importanti per entrare in questo mondo è quella di imparare a controllare la propria vescica e intestini. Il bambino impara ad associare genitali con pulizia e sporcizia; che lo svuotamento degli intestini e della vescica è fonte di piacere; che egli è capace di controllare queste funzioni e che la materia evacuata è qualcosa di sporco. Il mondo fantastico del bambino è associato con la sua produzione evacuata.[7]

3 Cfr. A. H. KATCHADOURIAN / D. T. LUNDE, "Fundamentals of human", p. 231
4 Cfr. D. OFFER, Stages of sexual development, in A. M. FREEDMAN e al. (a cura di), "Comprehensive Textbook", vol.II, p. 1394
5 KATCHADOURIAN / LUNDE, "Fundamentals of human", p. 213
6 D. OFFER, "Stages", p. 1395
7 Ibidem

Tra i 2 - 3 anni il bambino esperimenta il periodo della esibizione del fallo e investiga ciò pure nei coetanei.[8] Egli scopre che i genitali, nell'essere toccati, procurano piacere. Si suppone che in questo periodo egli scopre l'associazione tra desideri sessuali e genitali.[9]

Dai 5 ai 10 anni comincia il 'sex-play' in modo del tutto spontaneo e innocente, tra bambini e bambine. I bambini soprattutto continuano ad essere curiosi del sesso. Col crescere aumentano il loro interesse verso il fatto sessuale nell'ambito familiare, mentre si sviluppa di pari passo lo sviluppo psicologico.[10]

Di qui in avanti, compito principale del bambino è la transizione dei suoi interessi dal mondo familiare al mondo scolastico o extrafamiliare. Egli incomincia a condividere interessi, hobbes, attività, giochi, fantasie in rapporto alla sessualità nell'ambito dei coetanei dello stesso sesso. Queste amicizie solidificano la identità sessuale.[11]

Lo sviluppo sessuale del bambino riflette intanto le aspettative dell'ambiente in cui respira. Egli entra nel mondo sessuale degli adulti per mezzo del cinema, della letteratura, della televisione e per mezzo della propria osservazione. E mentre da una parte sviluppa la ricerca erotica, dall'altra si ha un immagazzinamento di categorie morali.

Non è sicuro se i significati cognitivi e simbolici delle parole degli adulti, a contenuto sessuale o erotico, sono dal bambino assorbiti e compresi senza distorsioni. Sembra comunque certo che egli usa parole come "puttana", "chiavare" ecc. con sfumature proprie della sua fantasia e delle sue cognizioni. Gli stessi giuochi di "papà e mamma", "dottore", montare le ragazze ecc. vanno al di là della mera sessualità.[12]

Il sex-play dei prepubescenti e delle prepubescenti è motivato dalla curiosità ed è influenzato dall'utilità e dal sesso dei coetanei. Siccome questa attività si svolge tra coetanei dello stesso sesso e chiamata 'omosessuale'.[13]

8 KATCHADOURIAN / LUNDE, ibidem
9 D. OFFER, ibidem
10 Ibidem
11 Ibidem
12 KATCHADOURIAN / LUNDE, ibidem, pp. 217 – 19
13 Ibidem, p. 217

Tra i vari tipi di sex-play, l'autoesplorazione e l'automanipolazione sono i più communi. Meno del 70% dei bambini raggiungono l'oragsmo manipolando il proprio pene.[14]

Essi scoprono facilmente un alto potenziale erotico nel fregarsi contro i materassi, giocattoli ecc. e imparano a masturbarsi o osservando i coetanei o iniziati da adulti.[15]

L'attività autoerotica più comune è l'esibizione e la manipolazione dei propri genitali in presenza di coetanei e il masturbarsi in gruppo.[16]

Verso il nono anno di età il 40% dei bambini esperimentano il primo gioco eterosessuale.[17] Può accadere che il bambino pratichi anche in questa età una vera attività sessuale, incluso il contatto orale e il coito, quando incontra un partner o una partner più grande di età o con più esperienza.[18]

2. Dalla pubertà ai 30 anni

Dalle varie ricerche empiriche tre sono le caratteristiche della sessualità che emergono in questo periodo: la masturbazione, l'eterosessualità e i contatti omosessuali.[19]

a. Masturbazione[20]

Trattando della masturbazione cominceremo con il comportamento masturbatorio, poi passeremo alle reazioni emozionali e agli atteggiamenti verso la masturbazione.

14 A. C. KINSEY e al., "Sexual ... male", p. 162
15 KATCHADOURIAN / LUNDE, "Fundamentals of human", p. 217
16 Ibidem
17 A. C. KINSEY e al., "Sexual ...male", p. 162
18 KATCHADOURIAN / LUNDE, ibidem, pp. 218 – 19
19 La maggior parte dei ricercatori non si sono occupati dell'omosessualità nella popolazione dei non-deviati. Mentre se ne sono occupati in quelle ricerche in cui hanno usato i non-deviati come gruppo di controllo degli omosessuali dichiarati. Perciò per un approfondimento del problema rimandiamo al capitolo sull'omosessualità.
20 In merito alla discussione sull'eziologia e sulle varie teorie sulla masturbazione come fatto patologico, o come fenomeno transitorio dello sviluppo adolescenziale o come normale variante delle pratiche sessuali (cfr. H. T. ENGELHARDT, The disease

Comportamento masturbatorio

K. SCHOOF-TAMS e collaboratori[21] condussero una ricerca tra 1772 studenti (912 maschi, 680 femmine; in età tra gli 11 – 17 anni) della Germania occidentale sulla loro concezione morale della sessualità. Per la masturbazione, la sua incidenza risultò essere la forma di attività sessuale più praticata da ambo i sessi. M. HUNT[22] trovò che il 94% dei maschi, contro il 33% delle femmine, si masturbavano; il 63% dei maschi, contro il 33% delle femmine, aveva incominciato a masturbarsi dall'età di 13 anni. Nella ricerca di W. MILLER e H. I. LIEF[23] l'incidenza cumulativa degli studenti (studenti di scuola superiore, universitari, laureati e studenti in medicina; età tra i 18 – 35 anni) che si masturbavano era del 97% per i maschi e del 78% per le femmine, di cui 48% e 34% rispettivamente aveva cominciato a masturbarsi dall'età di 13 anni.

V. SIGUSCH e G. SCHMIDT[24] condussero una ricerca sullo sviluppo socio-sessuale, sul comportamento sessuale e sulle attitudini sessuali di un

of masturbation: values and concept of disease, Bull.Hist. Med., 1974, 48, pp. 234 – 48; A. N. GILBERT, Doctor, patient, and onanist diseases in the nineteenth century, J. Hist. Med. Allied Sci., 1975, 30, pp. 217 – 34; M. H. SHEARER / M. R. SHEARER, Rapping about sex, New York 1972, pp 11 –20; J. MALFETTI / E. EIDLITZ, Perspectives on sexuality, New York 1972, p. 33; D. S. MARSHALL / R. C. SUGGS, Human sexual behavior, New York 1971; E. BRECHER, The sex researchers, Boston 1969, pp. 140 – 200; K. S. ADMS /J. G. LOHRENZ, Drug abuse, self abuse and abuse of authority, Can. Psychiat. Ass. J., 1970, 15, pp. 19 – 81; J. W. JEFFENSON, Letter: Etiology of masturbation, JAMA, 1974, 227, p. 205; G. S. SCHWARTZ, Devices to prevent masturbation, Med. Asp. Hum. Sex., 1973, 7, pp 141 – 53; S. LIVINGSTON e al., Masturbation simulating epilepsy, Clin. Pediat., 1975, 14, pp 232 – 4; I. M. MARCUS / J. J. FRANCIS, Masturbation, from infancy to senescence, New York 1975).

Inoltre in rapporto alla masturbazione come terapia nelle disfunzioni sessuali (cfr. W. H. MASTERS / V. JOHNSON, Human sexual inadequacy, Boston 1970; L. Lo PICCOLO / W. C. LOBITZ, The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction, Arch. Sex. Beh., 1972, 2, pp. 163 – 71; R. J. KOHLEMBERG, Directed masturbation and treatment of primary orgasmic dysfunction, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 349 – 356).

21 K. SCHOOF–TAMS e al., Differentiation of sexual morality between 11 and 16 years, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 353 – 70

22 M. HUNT, Sexual behavior in the 1970's, New York 1974

23 W. R. MILLER / H. I. LIEF, Masturbatory attitudes knowledge, and experience: data from the sex knowledge and attitudes test (SKAT), Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 447 – 67

24 V. SIGUSCH / G. SCHMIDT, Teenage boys and girls in West Germany, J. Sex 1973, 9, pp 107 – 23; cfr. pure G. SCHIMDT / W. SIGUSCH, Changes in sexual behavior

gruppo di 302 maschi e 300 femmine, in età tra i 16 – 17 anni. Per il comportamento masturbatorio, circa il 92% dei ragazzi aveva già sperimentato la masturbazione all'età di 16 anni; circa 80% si era masturbato durante l'anno prima della ricerca e in media con una frequenza di 5 volte al mese. Al momento della ricerca erano pochi quelli che non si masturbavano (tav. 1).

Tav. 1

Masturbatory Behavior

	Boys (N = 302)	Girls (N = 300)	p-Value*
Age at first masturbation (cumulative incidence)			
13 years or younger	61%	28%	0.001
14 years or younger	82%	39%	0.001
15 years or younger	92%	49%	0.001
16 years or younger	93%	50%	0.001
Masturbation in the 12 months before the study			
Active incidence	78%	25%	0.001
Average monthly frequency (median of active groups†)	5.1	1.4	0.001

* Significance of sex differences according to chi-square.
† N = 237 (boys), N = 76 (girls).

P. ABRAMSON[25] nel suo gruppo di 75 universitari, (età media 18 anni), trovò che il 96% aveva sperimentato la masturbazione e il 14% no, e che la frequenza masturbatoria mensile aveva una certa incidenza sul resto dell'attività sessuale. Inoltre quelli che si masturbavano di meno avevano più rapporti coitali al mese, anche se quelli che si masturbavano di più ritenevano di avere una più alta potenza sessuale. H. HESSELUND[26], nel suo gruppo di 18 maschi, maestri di scuola elementare, di età media 23 anni, trovò che

among young males and females between 1960 – 1970, Arch. Sex. Beh., 1972, 2, pp. 27 – 45

25 P. R. ABRAMSON, The relationship of the frequency of masturbation to several aspects of personality and behavior, J. Sex. Res., 1973, 9, pp. 132 – 42

Questa ricerca comprende un gruppo di 75 maschi e 84 femmine con diverso livello economico e ambiente socio-culturale. Essa è centrata soprattutto sul rapporto masturbazione e aspetti della personalità e del comportamento.

26 H. HESSELLUND, On some sociosexual sex differences, J. Sex Res., 1971, 7, pp. 263 – 73

essi avavano fatta la prima esperienza masturbatoria, in media, verso i 13 anni e che si masturbavano con una frequenza di 12 volte al mese.

I. ARAFAT e W. COTTON[27] riportano che al momento dell'inchiesta su 230 maschi in età tra i 17 e i 30 anni, il 93, 13% si masturbava. La maggior parte dichiaravano di essersi masturbati per la prima volta tra i 9 e i 16 anni. Attualmente quelli che si masturbavano lo facevano diverse volte alla settimana o al mese. Inoltre il 45,37% attestava di non sentire bisogno di masturbarsi quando aveva rapporti con una partner. Tuttavia il 20% affermava che i rapporti sessuali non avevano alcun effetto sulla frequenza masturbatoria e che sebbene andava diminuendo era ancora regolare. Il 16, 59% affarmava pure di masturbarsi occasionalmente, anche se aveva frequenti rapporti sessuali.

Tav. 2

Proportion of Male College Students Reporting Major Forms of Sexual Experience

	1967-73 Group[a] (N = 417)	1943-44 Group (N = 111)
Masturbation	95.4%	92.8%
Masturbation in past 12 months	91.6%*	83.8%
Homosexual experience with orgasm	13.7%**	27.0%
Premarital heterosexual intercourse	71.5%**	45.0%

[a] Probability levels of differences from 1943-44 group are based on χ^2, corrected for continuity.

* $p < .05$.

** $p < 005$.

Nel gruppo di F. FINGER[28] più del 95% riportava di essersi masturbato fino all'orgasmo. Durante gli ultimi 12 mesi più del 91% si masturbava ancora. Di solito si erano cominciati a masturbare verso i 13 anni, e ciò in accordo

27 I. S. ARAFAT / W. L. COTTON, Masturbation practices of males and females, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 293 – 307

28 F. W. FINGER, Changes in sex practices and beliefs of male college students, over 30 years, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 304 – 17

In questa inchiesta l'autore usò lo stesso questionario già usato da altri investigatori, in anni precedenti, nel medesimo collegio. Il numero degli studenti era di 417, di cui 36 sposati. L'età media del gruppo era di circa 20 anni, ma più della metà (245) avevano 21 anni. Gli sposati risultarono in media di essere di qualche mese più anziani dei celibi.

ai risultati ottenuti dalle inchieste fatte negli anni precedenti. Mentre nel gruppo degli studenti attuali fu notato un aumento di attività masturbatoria sia tra tra gli ultimi 12 mesi che nella media degli episodi durante l'anno e con un'incidenza lievemente più alta tra i celibi (cfr. tav. 2).

Nelle ricerche (1959 – 60) di S. ASAYAMA[29] i primi casi di masturbazione risalivano a 5 anni, ma la maggior parte degli adolescenti dichiarava di aver avuto la prima esperienza tra i 15 – 16 anni, e il cumulativo totale era del 35% a 15 anni, del 74% a 18 e più dell'81% a 21 anni (cfr. tav. 3).

Tav. 3

Adolescent Sexual Desires and Experiences: Male Students (Asayama, 1960)

Experience Category	Earliest Age of First Experience	Peak of Distribution*	Accumulative Incidence %; by Age			
			12	15	18	21
Ejaculation	10 (9)	15-16 (15-16)	7 (4)	58 (53)	96 (95)	99 (99)
Nocturnal emission	12 (12)	16 (16)	1 (0)	34 (20)	83 (66)	93 (91)
Masturbation	3 (5)	15-16 (15-16)	6(6)	35 (35)	74 (74)	81 (84)
Sex awareness	5 (5)	14-15 (15-16)	10 (4)	44 (38)	90 (83)	100 (100)
Desire for intimacy	5 (5)	15-16 (15-16)	17 (17)	50 (49)	95 (89)	100 (98)
Desire for contact	6 (6)	16 (17)	5 (5)	25 (20)	78 (61)	97 (84)
Desire for kissing	8 (13)	18 (18)	3 (1)	15 (9)	63 (46)	85 (72)
Desire for coitus	10 (10)	16 (18)	2 (3)	28 (24)	82 (68)	100 (90)
Physical contact	8 (8)	17 (18)	6 (4)	20 (04)	62 (44)	75 (60)
Kissing	15 (14)	18 (18)	0 (0)	3 (1)	15 (12)	33 (30)
Coitus	15 (16)	19-20 (19-20)	0 (0)	1 (1)	4 (6)	27 (24)

* Age with largest number of first experiences; parenthesized figures show the accumulative incidence obtained in Asayama's survey (1952-'53).

Paragonando i suoi risultati con quelli di altre ricerche l'autore conclude che "is a general falling off of the percentage experiencing masturbation" (p. 98).

J. GREENBERG e F. ARCHAMBAULT[30] tra 54 studenti, 21 maschi e 33 femmine, trovarono che il 71% si masturbava e che la frequenza era più

29 S. ASAYAMA, Adolescent sex development and adult sex behavior in Japan, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 91 – 112

L'inchiesta di Asayama comprende diverse ricerche ed e la più completa fatta in Giappone. Essa copre un periodo di tempo che va dal 1948 al 1961.

30 J. S. GREENBERG / F. X. ARCHAMBAULT, Masturbation, self-esteem and other variables, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 41 –51

Tav. 4

Age at First Masturbation and First Intercourse by Gender, Present Age, and Education
(% Reporting Each Age Category)

Behavior and Age at First Experience	Males (N = 911)							Females (N = 1370)					
		Age			Educ.				Age			Educ.	
	Total	21—29	30—59	60+	Coll.	H.S.	Elem.	Total	21—29	30—59	60+	Coll.	H.S.	Elem.
Masturbation:[1]														
12 & younger	23	31	22	17	29	22	16	8	15	7	3	11	7	3
13—14	25	26	28	16	30	27	13	5	7	5	3	7	5	2
15—17	18	19	19	15	18	18	17	4	6	3	4	5	4	4
18 & older	3	3	3	3	4	2	4	3	4	2	4	4	3	3
Never	14	12	12	20	8	13	27	57	53	60	55	54	59	54
Don't know	1	2	0	3	2	0	1	2	1	2	0	1	2	2
No answer	16	7	16	26	9	18	22	21	14	21	31	18	20	32
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Intercourse:[2]														
17 & younger	34	47	34	23	28	42	26	18	25	17	14	7	21	26
18—20	27	20	28	31	29	26	28	32	39	34	19	29	34	31
21 & older	19	16	20	19	25	15	19	28	19	30	31	43	23	18
Never	1	5	0	0	3	1	0	2	5	1	4	5	1	0
Don't know	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
No answer	18	12	18	26	15	15	26	20	12	18	32	16	21	25
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notes:

[1] The exact wording of the item is, "Thinking of when you were growing up, at what age did you first have the experience of masturbation?"

[2] The exact wording of the item is, "How old were you the first time you had sexual intercourse?"

alta tra i celibi, e ciò in accordo ai risultati di FINGER. Fu pure rilevato che col crescere dell'età la frequenza masturbatoria diminuiva.[31]

Nella ricerca di W. WILLSON[32] il 48% aveva fatta la prima esperienza masturbatoria a 15 anni, il 21% a 15 anni o più tardi, il 14% dichiarava che non si era mai masturbato e il 16% non aveva risposto.

I maschi che erano giovani nel 1970 e quelli che avevano una educazione più alta riportavano la prima esperienza ad una età più giovane; mentre la maggioranza di quelli che erano anziani nel 1970 e quelli che avevano un livello più basso di educazione dichiaravano di non essersi mai masturbati (cfr. tav. 4).

Reazioni emozionali e atteggiamenti verso la masturbazione

In SIGUDCH e SCHMIDT[33] il 76% dei ragazzi trovava la masturbazione soddisfacente, il 71% divertente (fun). Tuttavia in genere avrebbero preferito il coito. Il 20% dichiarava che avrebbe voluto non ripeterla, il 14% si era sentito in cattiva coscienza e il 15% aveva pensato che la masturbazione era nociva alla salute[34], allo stesso modo aveva pensato il 45% dei soggetti in FINGER.[35]

Nel gruppo di G. AMENDT[36] il 69% provava ansia nel masturbarsi, e tale ansia era più intensa tra i soggetti di età di 20 — 30 che tra quelli di 15 — 19 anni.[37] Ciò sarebbe determinato dal fatto che i più giovani sono avvan-

31 Cfr. pure G. SCHMIDT, Empirische-psychologische Ergebnisse zur Sexualforschung, in H. GIESE (a cura di), p. 60

32 W. C. WILSON, The distribution of selected sexual attitudes and behaviors among the adult population of United States, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 46 — 64

Questa ricerca sul comportamento e sulle attitudini sessuali degli Americani comprende 991 uomini e 1370 donne di 48 stati differenti. Per un approfondimento di essa (cfr. W. C. WILSON / E. ABELSON, Experience with and attitudes toward explicit sexual materials, J. Social Issues, 1973, p. 29; L. LoSCUITO e al., National survey of public attitudes toward and experience with erotic materials: methodological report, in U.S. Commission on obscenity and pornography. Technical reports. Vol. VI, Washington 1971).

33 V. SIGUSCH / G. SCHMIDT, "Teenage boys", pp. 108 — 9

34 A questo proposito gli autori osservano: „The myth of 'excessive' masturbation is still existing. Thus we must derive from our results that masturbation is still a problem for some adolescent" (pp. 110 — 11).

35 F. K. FINGER, "Changes in sex", p. 304

36 G. AMENDT, Haschisch und Sexualität, Stoccarda 1974.

37 Un ruolo determinante in ciò sarebbe giocato dall'atteggiamento proibitivo tradizionale. Così si esprime l'autore: "Das kommt im Material meiner Untersuchung sehr deutlich zum Ausdruck, wenngleich nicht zu übersehen ist, daß auch heute noch tra-

taggiati dalla liberazione e dalla detabuizzazione della masturbazione. Così pensa l'autore:" Das Material meiner Untersuchung läßt,... den Schluß zu, daß nur Minderheiten die Onanie lustvoll und Konflikterei erleben"(p. 79).

Mentre SIGUSCH e SCHMIDT[38] così commentano i risultati ottenuti da una ricerca tra giovani operai e operaie: "Diese Befunde weisen darauf hin, daß Arbeiter und Arbeiterinnen die Masturbation offenbar häufig konfliktfrei und mit Lustgewinn erleben können" (p. 81).

Nel gruppo di ARAFAT e COTTON[39] circa il 12,71% si sentiva colpevole dopo la masturbazione; il 68,22% si sentiva fisicamente ma non emozionalmente soddisfatto e poi veniva una percentuale sempre più bassa di coloro che si sentivano depressi, perversi o avevano paura di diventare squilibrati (insane) (cfr. tav. 5).

Tav. 5

Feelings after Masturbation

Feelings After Masturbation	Males	62.12%	Females	37.88%	Total	%
Guilt	30	12.71	15	9.74	45	11.54
Physical satisfaction	161	68.22	88	57.14	249	63.85
Depression	26	11.02	38	24.68	64	16.41
Perversion	11	4.66	2	1.30	13	3.33
Fear of becoming insane	8	3.39	11	7.14	19	4.87
Total	236	100.00%	154	100.00%	390*	100.00%

*** Some respondents cited more than one response.**

Allorchè fu chiesto loro sul perché si masturbavano, la maggior parte rispose per tensione sessuale, il 12,17% per piacere, mentre il 12,41% perché si sentiva solo.

ditionelle Verbotsargumente und traditionelle Verbotsinstitutionen — wie beispilsweise die Kirche - Einfluß auf Verhalten und Einstellung der Jugendlichen ausüben" (p. 72).

38 G. SCHMIDT / V. SIGUSCH, Arbeiter-Sexualität. Eine empirische Untersuchung an Jungen Industriearbeitern, Berlino 1971, p. 81

39 I. S. ARAFAT / W. L. COTTON, "Masturbation", pp. 302 – 3

Un numero rilevante di soggetti (40%), che si sentiva colpevole , risultò dalla ricerca di GREENBERG e ARCHAMBAULT [40] Ma è interessante notare che quelli che si sentivano colpevoli si masturbavano di più di quelli che non si sentivano colpevoli. Mentre C. SORENSEN[41] assicura, in base alla sua ricerca, che i sentimenti di colpevolezza e di ansia circa l'autoerotismo degli adolescenti appartengono ormai al passato.

Dalla ricerca di MILLER e LIEF[42] si possono sintetizzare i seguenti punti sulle attitudini circa la masturbazione:

1. I ragazzi di scuola superiore hanno attitudini più liberali delle ragazze circa la masturbazione; invece le ragazze laureate sono più liberali dei ragazzi laureati.

2. L'istruzione sulla masturbazione cresce non solo in rapporto al liberalismo, ma cresce pure con la conoscenza ed esperienza della masturbazione.

3. Atteggiamenti, conoscenza ed esperienza della masturbazione sono in rapporto tra loro (e ciò in accordo ai risultati di K. THOMAS[43]), ma atteggiamenti e conoscenza sono in una correlazione più stretta.

4. Coloro che non si sono mai masturbati sono più conservativi di coloro che si sono masturbati. L'età della prima masturbazione è in un rapporto positivamente limitato con le attitudini.

5.Coloro che non si sono mai masturbati hanno una conoscenza della masturbazione più scarsa di quelli che si sono masturbati.

6. Il 76% dei soggetti ritenevano la masturbazione un'esperienza salutare. Tuttavia il 16% degli studenti in medicina pensava che la masturbazione fosse causa di disturbi emozionali e mentali.

7. Le donne che cominciano prima a masturbarsi hanno meno esperienze eterosessuali di quelle che cominciano a masturbarsi più tardi, sono liberali circa le esperienze eterosessuali dei maschi, ma sono conservative con quelle delle femmine (questi dati si basano su un sottogruppo conservativo di individui che hanno cominciato prima a masturbarsi).

40 J. S. GREENBERG / F.X. ARCHAMBAULT, "Masturbation", pp. 44, 46 – 7

41 R. C. SORENSEN,Adolescent sexuality in contemporary American (Ages 13 – 19), New York 1973, cap. I

42 W. R. MILLER / H.I. LIEF,Masturbatory attitudes', pp. 447 – 67

43 K. THOMAS, Attitudes and behavior, Baltimora 1971

8. E' assai probabile che i maschi e le femmine vergini non hanno mai sperimentato la masturbazione, e, se l'hanno sperimentata, hanno cominciato a farlo tardi e con una frequenza più bassa dei non vergini. Essi (esse) sono pure più conservativi e più ignoranti circa la pratica masturbatoria dei non vergini.

b. Eterosessualità

L'eterosessualità definita dalle ricerche risulta caratterizzata dal petting e dal coito.

In questo paragrafo parleremo in un primo tempo del comportamento eterosessuale, poi delle reazioni e degli atteggiamenti verso i rapporti prematrimoniali da parte dei giovani e in fine di quelli degli adulti.

Comportamento eterosessuale

Dai dati di SIGUSCH e SCHMIDT[44] all'età di 14 anni la maggior parte dei ragazzi avevano dato il primo bacio, a 15 anni il 50% aveva avuto appuntamenti, si era innamorato e aveva praticato il petting dei seni; a 16 anni la stessa percentuale aveva praticato il petting genitale e il coito. Al momento della ricerca (età 17 anni) il 50% praticava il coito. Del gruppo di N. N. WAGNER e collaboratori[45] , età media circa 16 anni, il 14% aveva praticato il coito e il 35% il petting.

Sempre nella ricerca di SIGUSCH e SCHMIDT[46], durante l'anno precedente la ricerca, circa un terzo aveva praticato petting e coito, mentre un altro terzo no. Inoltre, la frequenza di coloro che avevano praticato l'attività eterosessuale era stata di una due volte al mese. La maggior parte di essi avevano ristretta questa attività a una o a due partner.

R. A. LEWIS[47] trovò che tra i suoi soggetti di 17 – 36 anni, il 52% aveva avuto la prima esperienza coitale tra gli 11 e i 17 anni e il 48% tra i 18 e

44 SIGUSCH / SCHMIDT, "Teenage boys", pp. 110 – 12

45 N. N. WAGNER e al., Sexual behavior in high school: data on a small sample, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 150 – 55

46 SIGUSCH / SCHMIDT, "Teenage boys", pp. 110 –12

47 R. A. LEWIS, Parental and peers: socialization agents in the coital behavior of young adults, J. Sex Res.,

i 22. Inoltre la maggioranza aveva sperimentato il coito prematrimoniale e circa la metà lo aveva fatto con una o più partner.

HESSELLUND[48] rilevò che l'età media del primo coito era stata verso i 19 anni e con una frequenza di 10 volte al mese; mentre C. B. ARNOLD[49] trovava che l'età media del primo coito era stata verso i 14 anni. In ASAYAMA[50], gli studenti che avevano praticato il coito al di sotto dei 20 anni erano pochissimi, mentre dopo i 20 vi era un crescendo: il 27% a 21 anni e circa il 30% a 23 anni. Anche il petting era stato praticato poco al di sotto dei 20 anni.

K. E. BAUMAN e R. WILSON[51] paragonarono i risultati di due ricerche fatte rispettivamente nel 1968 e nel 1972 sul primo coito di studenti e studentesse universitari prima di entrare in collegio. Essi trovarono che gli studenti che avevano sperimentato il coito nella ricerca del 1972 erano del 73%, contro il 56% di quelli del 1968, e che le partners, in media, erano state di 2,8 nel 1972, contro 2,2 nel 1968. I rapporti prima dell'entrata in collegio erano stati meno che 4, con una differenza non statisticamente rilevante tra le due ricerche.

Tav. 6

Heterosexual Experience of Male College Students

	1967-73 Group (N = 298)			1943-44 Group (N = 50)
	M	Md	Range	M
Age at first experience (years)	17.8*	17.5	8–21	15.6
Number of partners	4.1	2.0	1–35	5.6
Number of episodes	75.6*	26.0	1–750	26.0

* Difference from 1943–44, $p < .001$, two-tailed t-test.

48 H. HESSELLUND, "On some sociosexual", p. 265

49 C. B. ARNOLD, The sexual behavior of inner city adolescent condom users, J. Sex Res., 1972, 8, pp298 – 309

50 S. ASAYAMA, "Sex development", pp. 94 – 99

51 K. E. BAUMAN / R. R. WILSON, Sexual behavior of unmarried university students in 1968 and 1972, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 327 –33; cfr. pure K. E. BAUMAN e al., Contraceptive practices of unmarried university students: the significance of four years to one university, Am. Obstet. Gynec., 1973

FINGER[52] trovò che dal 45%, tra il 1943 – 44, la proporzione delle esperienze coitali tra gli studenti era cresciuta del 61,8% negli anni 1967 – 68 e del 74,9% nel 1969 – 73. L'età media della prima esperienza era del 17, 8 anni, mentre nelle ricerche precedenti era stata più bassa (cfr. tav.6).

Reazioni emozionali e atteggiamenti dei giovani verso le prime esperienze eterosessuali e i rapporti prematrimoniali

SCHOOF-TAMS e coll.[53] trovarono che solo pochi tra i ragazzi e le ragazze (età 11–16 anni) da loro esaminati, pensavano che la sessualità avesse come funzione principale quella di procurare piacere; il concetto tradizionale del sesso come condizione alla procreazione era sostituito dal concetto del sesso come condizione a stabilire dei rapporti affettivi.

I soggetti di ambo i sessi ritenevano che l'astinenza dai rapporti prematrimoniali doveva essere richiesta ai soggetti di età tra gli 11 – 12 anni, ma questa era opinione solo di una minoranza. Dopo questa età non veniva più espressa la richiesta di astensione dai rapporti prematrimoniali.

Il matrimonio come precondizione ai rapporti sessuali veniva rimpiazzato, da ambo i sessi, dall'amore. Lo standard della permissività 'con amore' diventava sempre più popolare con il crescere dell'età. Tuttavia le femmine, a differenza degli uomini, mostravano una tendenza più marcata nel mettere in una relazione incondizionata amore e sessualità. Per esse l'amore risultava essere una precondizione assoluta per avere rapporti sessuali. Anche i maschi mettevano al primo posto amore e sessualità in una relazione incondizionata, ma non come fatto irrevocabile; molti accettavano l'amore come precondizione desiderabile, ma nello stesso tempo accettavano pure l'idea di poter avere rapporti sessuali occasionali senza amore. Mentre i rapporti con piú partners, e al di fuori di un rapporto d'amore, erano rigettati da ambo i sessi nelle varie età considerate.

La maggior parte dei soggetti tra i 15 – 16 anni non pensava che i rapporti sessuali avessero conseguenze negative o positive.

Inoltre risultò che la verginità, come fattore per il matrimonio futuro, aveva perso del tutto importanza per i soggetti di ambo i sessi. Il mantenimento o

52 F. M. FINGER, "Changes in sex", pp. 308 – 16
53 K. SCHOOF-TAMS e al., "Differentiation of sexual", 357 – 67

la perdita della verginità non apparve influenzare la scelta del partner per un matrimonio futuro.

I ricercatori ritengono che le attitudini più liberali verso la sessualità erano una realtà sia della maggior parte degli adolescenti di classe media sia per quelli di classe lavoratrice. Tuttavia tra quelli di classe lavoratrice vi era una minoranza che era più in linea con le attitudini tradizionali. Questa minoranza accettava di più la morale della procreazione, pensava di più che gli adolescenti devono tenere la sessualità sotto controllo, aveva attitudini più restrittive verso la masturbazione e i rapporti sessuali tra adolescenti, e dava più preferenza al matrimonio come tipo di stile per la vita futura.

In SORENSEN[54] la maggior parte dei ragazzi ritenevano che il primo rapporto eterosessuale era stato positivo; ma il 75% dei più giovani e il 55% di quelli oltre i 15 anni dichiarava che era sbagliato praticare il sesso ad una età troppo giovane.

In HESSELLUND[55] solo il 27,8% aveva reazioni negative verso il primo rapporto coitale, mentre il 44,4% parlava di esperienza positiva e il 27, 8% era ambivalente (cfr. tav. 7). Inoltre la maggior parte negava che questa prima esperienza aveva avuto importante influsso sul comportamento sessuale ulteriore.

Tav. 7
Reactions to first Coital Experience

	Men		Women	
Positive	8	44.4%	1	6.3%
Ambivalent	5	27.8%	2	12.5%
Negative	5	27.8%	13	81.2%
	18	100.0	16	100.0

$Chi^2 = 10.07$. The differences are significant at the .01 level

Le attitudini del gruppo di FINGER[56] verso i rapporti prematrimoniali nella ricerca del 1969 – 73, risultarono le seguenti: il 30% dei vergini affermavano che era desiderabile il posporre ogni tipo di rapporto eterosessuale

54 C. R. SORENSEN, "Adolescent sexuality", cap. VIII
55 H. HESSELLUND, "On some sociosexual", p. 266
56 F. W. FINGER, "Changes in sex", pp. 309 – 17

a dopo il matrimonio, il 21% indicava che i rapporti prematrimoniali si dovevano avere solo tra fidanzati, mentre il 49% pensava che nè il matrimonio nè il fidanzamento dovevano costituire un impedimento ai rapporti prematrimoniali. Tra coloro invece che avevano fatto esperienze prematrimoniali le proporzioni erano le seguenti: 2%, 77% e 81%. Assommando i vergini e i non vergini, solo il 9% erano favorevoli all'astinenza fino a dopo il matrimonio (cfr. tav. 8).

Tav. 8

Attitudes of Male College Students Toward Premarital Heterosexual Intercourse

	1943–44 (N = 84)			1967–68 (N = 105)			1969–73 (N = 310)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Virgins	Non-Virgins	Total	Virgins	Non-Virgins	Total	Virgins	Non-Virgins	Total
Intercourse acceptable:									
Only if married	65%	24%	49%	45%	24%	32%	30%	2%	9%
If engaged[a]							70%	98%	91%
Without engagement[a]							49%	81%	74%

[a] This distinction was not made in the questionnaire prior to 1969.

Significance (χ^2 test) of differences in number of students indicating "only if married":

(1) vs (2), $p < .005$ (4) vs (5), $p < .05$

(3) vs (6), $p < .03$ (7) vs (8), $p < .001$

Tav. 9

Emotional Reactions to Petting and Coitus

	Petting-active, but coitus-abstinent subjects			Coitus-active subjects		
	Boys (N = 86)	Girls (N = 109)	p-Value*	Boys (N = 175)	Girls (N = 85)	p-Value*
It was fun	97%	84%	0.05	95%	82%	0.01
It was sexually satisfying	64%	71%	ns	97%	73%	0.001
I was already looking forward to the next time	91%	67%	0.001	90%	75%	0.01
I hoped he (she) was satisfied	69%	55%	ns	83%	56%	0.001
I would like to try it with another boy (girl)	63%	23%	0.001	59%	14%	0.001
It was really something special	27%	25%	ns	16%	22%	ns
I had a bad conscience	2%	17%	0.01	4%	7%	ns
It was unpleasant	2%	2%	—	0%	8%	—

* Signif[illegible] sex differences according to chi-square.

Nella ricerca di SIGUSCH e SCHMIDT[57] le reazioni emozionali verso il petting e verso il coito prematrimoniale erano più positive che negative. Tra coloro che praticavano il coito, il 95% lo trovavano piacevole, il 73% soddisfacente, il 7% si sentiva in cattiva coscienza e l'8% lo trovava spiacevole (cfr. tav. 9).

Gli autori concludono che i soggetti avevano attitudini molto liberali verso i rapporti prematrimoniali, giacché il 98% del totale dei ragazzi e delle ragazze ne affermava la liceità.[58]

G. KAATS e K. DAVIS[59] esaminarono tre gruppi di studenti e studentesse non sposati, due gruppi detti sperimentali e uno di controllo. Tra i maschi, un gruppo sperimentale era costituito da 155 soggetti (età media 20,4 anni), l'altro da 26 soggetti (età media 19,8 anni), mentre il gruppo di controllo comprendeva 84 soggetti (età media 20,1 anni). Dai dati emerse che la maggioranza dei soggetti era per la permessività. Così concludono a proposito gli autori: "While there are significant differences on some of the permessiveness standards (particulary when the standard was expressed about female), the sexual liberalism scale, and overall sexual experience, the percentage of non virgins was again identical for all three groups".[60]

R. DRISCOLL e K. DAVIS[61] sottoposero un gruppo di studenti (età rappresentativa 19 – 20 anni) a un questionario sulle ragioni da cui erano indotti o non indotti a intraprendere rapporti prematrimoniali. Dalle risposte di 239 soggetti, tra cui 89 erano vergini e 150 non vergini, 64 dei non vergini, contro 33 dei vergini, portavano come motivo fondamentale la paura di impregnare la partner; 42 dei non vergini, contro 10 dei vergini, dichiaravano di sentirsi incapaci di dirlo alla partner; 10 dei non vergini, contro 16 dei vergini, ritenevano che era moralmente sbagliato.

D. HARRISON e coll[62] nella loro indagine sui vari atteggiamenti di

57 SIGUSCH / SCHMIDT, "Teenage boys", pp 112 – 18

58 Ibidem, p. 117

59 G. R. KAATS / E. DAVIS, Effects of volunteer biases in studies of sexual behavior and attitudes, J. Sex Res., 1971, 7, pp. 26 – 34; cfr. pure gli stessi autori, The dynamics of sexual behavior in college students, J. Marr. Famil., 1970, 32, pp. 390 – 99

60 Ibidem, p. 32

61 R. DRISCOLL / K. DAVIS, Sexual restraints: a comparison of perceived and self reported reasons for college students, J. Sex Res., 1971, 7, pp. 253 – 62

62 E. HARRISON e al., Premarital sexual standards of rural youth, J. Sex Res., 1974 10, pp. 266 – 77

un gruppo di studenti adolescenti, bianchi e negri, di ambo i sessi, verso i rapporti prematrimoniali, trovarono che la maggioranza era per la permissività.[63]

J. CROAKE e B. JAMES[64] riportano i risultati di due ricerche, una fatta nel 1968 (39 soggetti) e l'altra nel 1972 (74 soggetti), sugli atteggiamenti verso i rapporti prematrimoniali. Gli autori notano che dalla prima alla seconda ricerca, c'era stata una svolta verso un atteggiamento più liberale nei riguardi dei rapporti prematrimoniali. Questi risultati sono stati confermati più recentemente da BAUMAN e WILSON.[65]

Reazioni degli adulti verso i rapporti prematrimoniali dei giovani

In questo paragrafo ci limitiamo a riportare brevemente gli atteggiamenti degli adulti maschi verso i rapporti prematrimoniali dei giovani di ambo i sessi.

Nell'indagine di J. ALSTON e F. TUCKER[66] su 572 soggetti, la maggioranza dichiarava che era sbagliato avere rapporti prematrimoniali. Tuttavia, la non permissività non era ugualmente distribuita in rapporto alle varie età dei rispondenti. Più della metà di coloro tra i 20 – 29 anni accettava i rapporti prematrimoniali, mentre tra i 30 – 39 anni solo il 29%, tra i 40 – 49 il 23%, tra i 50 – 59 il 12% e dai 60 in poi l'11%.

63 Gli stessi risultati ottennero vari altri autori (cfr. G. M. MARANELL e al., Social class and premarital sexual permissiveness: a subsequent test, J. Marr. Famil., 1970, 32, pp 85 – 88; D. F. HARRISON e al., Attitudes of rural youth toward premarital sexual permissiveness, J. Marr. Famil., 1969, 31, pp. 783 – 7; H. M. BLALOCK, Social statistics, New York 1972; J. R. UDRY, The social context of marriage, Filadelfia 1971).

64 J. W. CROAKE / B. JAMES, A four years comparison of prenatal sexual attitudes, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 91 –6

65 K. E. BAUMAN / R. R. WILSON, Premarital sexual attitudes of unmarried university students: 1968 vs. 1972, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 29 – 37

Il fenomeno della permissività dei rapporti prematrimoniali viene constatato anche in ambienti di cultura non europea (cfr. M. KISEKKA, Attitudes towards premarital sex and love relationships among Baganda secondary school students, Nkanga, 1974, 8, pp. 35 – 42; M. KISEKKA, Sexual attitudes and behavior among students in Uganda, J. Sex Res., 1976, 12, pp. 104 – 16).

Da queste ricerche risulta che il fenomeno di quelle popolazioni è molto complesso, giacche vi è una maggiore interazione tra adottamento dei nuovi sistemi di valori dei paesi industrializzati e persistenza delle tradizioni.

66 J. P. ALSTON / F. TUCKER, The myth of sexual permissiveness, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 34 – 40

Questi risultati sono in accordo con quelli di R. BELL e J. CHASKES[67] e di altri[68] sul fatto che gli adulti più giovani sono più liberali degli altri gruppi più anziani. Una maggiore permissività verso i rapporti prematrimoniali fu pure riscontrata tra i gruppi con educazione più alta, tra i professionisti o cittadini, e meno tra gli operai e i contadini. Attitudini differenti furono pure trovati in rapporto alla provenienza regionale: solo il 15% dei maschi del sud erano per la permissività, contro il 49% di quelli del nord.

Gli autori concludono che gli adulti di sesso maschile , in rapporto a quelli di sesso femminile, sono più propensi ad accettare la morale della permissività o la 'fun morality'.[69]

Altri autori[70] osservano che, pur tenendo conto dello stato socioeconomico, dello stato maritale, del coinvolgimento o della pratica religiosa ecc., gli adulti tendono ad essere conservativi, tradizionalisti e relativamente intolleranti verso la permissività sessuale. Tuttavia si constata pure che via via che si formano nuove coorti di anziani, queste sono più permissive delle generazioni più vecchie.[71]

B. Sessualità tipica femminile dall'infanzia ai 30 anni

Anche per la sessualità tipica femminile, come abbiamo fatto per quella maschile, in un primo tempo daremo uno sguardo alla sessualità nell'infanzia e poi a quella della pubertà fino ai 30 anni circa.

67 R. R. BELL / J. B. CHASKES, Premarital sexual experience among coeds, 1958 and 1968, J. Marr. Fam., 1970,32, pp. 81 – 4

68 H. T. CHRISTENSEN / C. F. GREGG, Changing sex norms in America and Scandinavia, J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 616 – 27

69 A. ELLIS, If this be sexual heresy, New York 1963

70 F. D. GLAMSER, The importance of the age to conservative opinions: a multivariante analysis, J. Gerontol., 1974, 29, pp. 549 – 54

71 E. E. SNYDER / E. SPREITZER, Attitudes of the aged toward nontraditional sexual behavior, Arch. Sex.Beh., 1976, 5, pp. 249 – 53; C.P. MIDDENDORP e al., Determinants of premarital sexual permissiveness, J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 369 – 79; J. BARRET, Gerontological psychology, Springfield 1972 A. FENGLER / V. WOOD, The generation gap: an analysis of attitudes on contemporary issues, Gerontologist, 1972, 12, pp. 124 – 8

1. Infanzia

Molte delle osservazioni fatte per la sessualità infantile maschile valgono anche per quella infantile femminile. Non vi sono infatti ricerche specifiche anche sulla sessualità infantile femminile, e le osservazioni degli adulti a riguardo sono ancora più scarse di quelle fatte sulla sessualità infantile maschile. Comunque casi di masturbazione femminile sono stati notati fin dall'età di un anno e mezzo.

S. LIVINGSTON e L. PAULI[72] riportano 4 casi di bambine ricoverate nel Johns Hopkins Hospital con la diagnosi di epilessia, a causa di attacchi ricorrenti di episodi di irrigidimento e di fissità (stiffness and staring spells). Dopo intensi studi psichiatrici e osservazioni prolungate, fu stabilità per ogni caso la diagnosi di masturbazione. Le quattro bambine entrarono in clinica rispettivamente a un anno e mezzo, a 2 anni e mezzo, a 3 anni e 4 anni. Le prime pratiche masturbatorie erano state notate in ciascuna bambina tra i 15 mesi e i 2 anni di età. (E' da notare che le bambine risultarono essere perfettamente normali).

Via via che la bambina si sviluppa, comincia a notare la differenza anatomica tra sé e il maschietto. Essa è soprattutto colpita dal fatto di non avere un pene. Ma è stato osservato che al di sotto dei 5 anni, lo sviluppo sessuale della bambina non è legato all'ansia di castrazione come nel bambino. Il suo desiderio di possedere un pene viene modificato con l'imparare a desiderare un bambino. Non è chiaro come i fattori culturali influenzano questo sviluppo sessuale.[73]

Dai 5 ai 10 anni circa, come nei maschietti, anche tra le bambine vi è la tendenza a starsene socialmente appartate e a formare amicizie 'omosessuali'.[74]

A differenza dei bambini, le bambine hanno una curiosità del sesso molto episodica e meno intensa.[75]

72 S. LIVINGSTON / L. L. PAULI, Neurological evaluation in child psychiatry, in A. M. FREEDMAN e al., vol. II, p. 2064

73 D. OFFER / W. SIMON, "stages", p. 1395

74 C. B. BRODERICK / G. A. ROWE, A scale of preadolescent heterosexual development, J. Marr. Fam., 1968, 30, p. 97; C. B. BRODERICK, Heterosexual interests of suburban youth, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 83 – 103

75 OFFER / SIMON, "Stages", p. 1395

Per quanto riguarda i giuochi proibiti (sex play) anche tra le bambine sono molto comuni l'autoesplorazione e l'automanipolazione. Tra di esse circa 85%, a stare ai dati di KINSEY e coll.[76], manipola il proprio clitoride in questa età. Inoltre le bambine sono molto più abili dei coetanei maschi nello stimolarsi con movimenti ritmici delle natiche, mentre giocano con giocattoli, o nello sfregarsi contro materassi ecc.[77]

Tuttavia l'attività sessuale delle bambine, in questo periodo, non va al di là dell'esibizione dei propri genitali e di una esplorazione superficiale, e molto più comunemente tra coetanee dello stesso sesso.[78]

Verso i 9 anni circa il 30% delle bambine esperimentano il primo gioco eterosessuale. Può accadere che, allo stesso modo che il bambino, anche la bambina pratichi una vera attività eterosessuale, incluso il coito e altre tecniche sessuali, allorché viene iniziata o da un adulto o da un partner poco più grande ma con più esperienza in campo.[79]

2. Dalla pubertà ai 30 anni

Le caratteristiche principali della sessualità femminile in questo periodo sono le stesse di quelle della sessualità dei maschi: masturbazione, eterosessualità e contatti omosessuali.

a. Masturbazione[80]

Anche qui distinguiamo comportamento masturbatorio e reazioni emozionali e atteggiamenti verso la masturbazione.

76 A. C. KINSEY e al., Sexual behavior in the human female, Filadelfia 1953, p.129

77 KATCHADOURIAN / LUNDE, "Fundamentals of human", p. 217

78 Ibidem

79 Ibidem; cfr. pure F. M. MARTINSON, Infant and child sexuality: a sociological perspective, Minnesota 1973, cap. II – III

80 Per la letteratura sulla masturbazione dal punto di vista teorico ecc. vedi nota sul comportamento masturbatorio maschile. Per una visione psicoanalitica della masturbazione femminile (cfr. L. G. SCHAEFER, Women and sex, New York 1973).

Comportamento masturbatorio

Dalla ricerca di SIGUSCH e SCHMIDT[81] risultò che esattamente prima del dodicesimo anno di età, su 300 ragazze circa la metà aveva già sperimentato la masturbazione, e tra di esse il 25% lo aveva continuato a farlo pure durante i 12 mesi precedente la ricerca. La frequenza media con cui si masturbavano era di una volta al mese e dichiaravano di raggiungere l'orgasmo, in genere, ad ogni seconda masturbazione di seguito. Al momento della ricerca (17 anni di età) diverse avevano già smesso di masturbarsi (cfr. tav. 10).

Tav. 10

Masturbatory Behavior

	Boys (N = 302)	Girls (N = 300)	p-Value*
Age at first masturbation (cumulative incidence)			
13 years or younger	61%	28%	0.001
14 years or younger	82%	39%	0.001
15 years or younger	92%	49%	0.001
16 years or younger	93%	50%	0.001
Masturbation in the 12 months before the study			
Active incidence	78%	25%	0.001
Average monthly frequency (median of active groups†)	5.1	1.4	0.001

* Significance of sex differences according to chi-square.
† N = 237 (boys), N = 76 (girls).

Tra le 84 universitarie di ABRAMSON[82], l'età delle quali andava dai 17 ai 23 anni, il 69%, contro il 31%, aveva sperimentato la masturbazione.[83] Inoltre, le donne che si masturbavano con più frequenza mostravano un potenziale sessuale (sex drive) più alto di quelle che si masturbavano di meno. Si rilevò pure che tale frequenza non incideva sull'attività sessuale mensile e che i soggetti, i quali si masturbavano, o che si erano masturbati in passato, tendevano ad essere di età maggiore e di avere pure rapporti sessuali.[84]

81 V. SIGUSCH / G. SCHMIDT, "Teenage boys", p. 108
82 P. R. ABRAMSON, "The relationship", p. 136
83 Cfr. G. AMENDT, "Haschisch", pp. 25, 60 – 80, 120
84 Questo risultato secondo l'autore,
"... is in accordance with the hypothesis that the disposition to use masturbation as a form of sexual outlet signifies (per la donna) a positive interest and attitude toward a wide range of expression of sexuality... Another possible reason for the significant relationship between masturbation and intercourse is that masturbation is the most specific and quickest means for achieving orgasm for the female"(p. 140).
L'ipotesi che la frequenza della masturbazione denoti il livello d'interesse di una donna per l'attività sessuale e che la donna raggiunga più di frequente l'orgasmo con la masturbazione che col coito, risale alle ricerche di KINSEY (cfr. A. C. KINSEY e al., sexual behavior in human female, New York 1953; cfr. pure W. H. MASTERS / V. JOHNSON, Human sexual response, Boston 1966). Su questa linea si è pure affermato che le donne che si masturbano, tendono a raggiungere di più l'orgasmo femminile e che sono meno frigide di quelle che non si masturbano (cfr. A. ELLIS, Masturbation, J. Social Therapy, 1955, pp. 141 – 3).

ARAFAT e COTTON[85] trovarono che la maggioranza dei soggetti si erano masturbati, per la prima volta, tra i 9 e i 16 anni e una buona percentuale tra i 17 – 21 anni. Al momento dell'inchiesta il 60,98% si masturbava ancora diverse volte la settimana. Tuttavia, la maggioranza dichiarava che allorché aveva una attività sessuale regolare con un partner, non sentiva bisogno di masturbarsi; mentre più del 9% affermava di masturbarsi occasionalmente anche se aveva rapporti sessuali frequenti. Il 5,50% attestava che la frequenza con cui si masturbava andava aumentando. Questo fatto induce gli autori a pensare che esso riflette probabilmente la mancanza di soddisfazione sessuale della donna nei rapporti col partner.[86] D'altra parte una percentuale più alta (33,33%) di donne che di uomini (9,27%) dichiarava di sperimentare una intensità orgasmica più forte con la masturbazione che con il coito, confermando i risultati di ABRAMSON.

In ASAYAMA[87] i primi casi di masturbazione femminile risalivano all'età di 8 anni. Nelle percentuali cumulative, a 18 anni si era masturbato il 6% e a 21 il 12%.

HESSELLUND[88] trovò che le ragazze del suo gruppo (età media 23 anni) si erano masturbate la prima volta verso i 12 anni e che al momento attuale si masturbavano con una frequenza di due volte al mese; mentre nel gruppo di GREENBERG e ARCHAMBAULT[89] , di cui si masturbava il 64%, la frequenza era di 3 volte al mese. Tuttavia tale frequenza era più alta tra le nubili che tra le sposate.[90]

85 I. S. ARAFAT / W. COTTON, "Masturbation", pp. 299 – 304
86 Ibidem, p. 304
87 S. ASAYAMA, "Sex development", p. 98
88 H.HESSELLUND,"On some sociosexual", p. 265
89 J. S. GREENBER / F. X. ARCHAMBAULT,"Masturbation", pp. 42 – 51
90 Cfr. J. GAGNON / S. WILLIAM, Sexual devinace, New York 1967

Tav. 11

Age at First Masturbation and First Intercourse by Gender, Present Age, and Education
(% Reporting Each Age Category)

Behavior and Age at First Experience	Males (N = 911)								Females (N = 1370)							
		Age			Educ.					Age			Educ.			
	Total	21—29	30—59	60+	Coll.	H.S.	Elem.	Total	21—29	30—59	60+	Coll.	H.S.	Elem.
Masturbation:[1]																
12 & younger	23	31	22	17	29	22	16	8	15	7	3	11	7	3
13—14	25	26	28	16	30	27	13	5	7	5	3	7	5	2
15—17	18	19	19	15	18	18	17	4	6	3	4	5	4	4
18 & older	3	3	3	3	4	2	4	3	4	2	4	4	3	3
Never	14	12	12	20	8	13	27	57	53	60	55	54	59	54
Don't know	1	2	0	3	2	0	1	2	1	2	0	1	2	2
No answer	16	7	16	26	9	18	22	21	14	21	31	18	20	32
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Intercourse:[2]																
17 & younger	34	47	34	23	28	42	26	18	25	17	14	7	21	26
18—20	27	20	28	31	29	26	28	32	39	34	19	29	34	31
21 & older	19	16	20	19	25	15	19	28	19	30	31	43	23	18
Never	1	5	0	0	3	1	0	2	5	1	4	5	1	0
Don't know	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
No answer	18	12	18	26	15	15	26	20	12	18	32	16	21	25
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notes:
[1] The exact wording of the item is, "Thinking of when you were growing up, at what age did you first have the experience of masturbation?"
[2] The exact wording of the item is, "How old were you [illegible] you had sexual intercourse?"

Tra le 1370 donne del gruppo di WILSON[91], il 13% riportava di essersi masturbato per la prima volta a 15 anni, il 15% a 15 o più tardi, mentre il 57% dichiarava di non averlo mai fatto. Le donne più giovani (età dei soggetti andava dai 21 ai 60 anni) e quelle con una educazione più alta, risultarono di aver cominciato a masturbarsi ad età minore delle donne più anziane e di quelle con una educazione più bassa (cfr. tav. 11).

Reazioni emozionali e atteggiamenti verso la masturbazione

In SIGUSCH e SCHMIDT[92] il 66% delle ragazze trovava la pratica masturbatoria soddisfacente e piacevole, ma avrebbe preferito il coito; l'11% si rammaricava di averla ripetuta; il 13% la riteneva nociva alla salute e il 6% l'aveva trovata spiacevole. Mentre nel gruppo di AMENDT[93] solo una minoranza (26%) godeva masturbandosi, il 69% invece si masturbava con ansia, e ciò soprattutto le ragazze più anziane.

Una più vasta varietà di sentimenti risultò dall'inchiesta di ARAFAT e COTTON[94]: il 9,74% dichiarava che ogni volta che si masturbava provava sentimenti di colpa, il 57,17% si sentiva fisicamente ma non emozionalmente soddisfatta, il 24,68% era depressa, più del 7% aveva paura di squilibri e una piccola minoranza si sentiva perversa.

Allorché fu chiesto ai soggetti sulle ragioni per cui si masturbavano, la maggior parte portava la tensione sessuale (feeling horney), mentre il 24,30% lo faceva per puro piacere.

Una buona percentuale (40%) di donne che avevano sentimenti di colpa a causa della masturbazione risultò dall'investigazione di GREENBERG e ARCHAMBAULT[95]. Questi autori trovarono pure che le donne, le quali avevano sentimenti di colpa, si masturbavano con più frequenza delle altre.

91 W. C. WILSON, "The distribution", p. 51
92 SIGUSCH / SCHMIDT, "Teenage boys", pp. 108 – 9
93 G. AMENDT, "Haschisch", pp. 72 – 80, 120
94 ARAFAT / COTTON, "Masturbation", pp. 302 – 3
95 GREENBERG / ARCHAMBAULT, ibidem, pp. 44 – 47

b. Eterosessualità

In questo paragrafo, come abbiamo fatto in quello dell'eterosessualità maschile, tratteremo prima del comportamento eterosessuale, poi delle reazioni e degli atteggiamenti verso i rapporti eterosessuali e prematrimoniali, e infine dell'atteggiamento delle donne adulte verso i rapporti prematrimoniali dei giovani di ambo i sessi.

Comportamento eterosessuale

Nella ricerca di SORENSEN[96] circa la metà delle ragazze avevano praticato il petting con i ragazzi (stimolazione vicendevole dei seni e dei genitali), mentre solo il 25 % di tutto il gruppo di ragazze non aveva fatto esperienza di ogni altro tipo di attività sessuale.

Dai risultati di SIGUSCH e SCHMIDT[97], a 14 anni la maggior parte delle ragazze avevano baciato, a 15 il 50% già praticava il petting dei seni, a 16 il 50% il petting dei genitali e un terzo il coito, e a 17 il 50% praticava il coito. WAGNER e coll.[98] invece trovarono solo il 10% che praticava il coito a 16 anni e il 33% il petting.

Nel gruppo di LEWIS[99] il 16% dichiarava di aver praticato il coito tra i 11 – 17 anni, e l'84% tra 18 – 22 anni.[100] Una metà esatta delle ragazze dichiarava di aver raggiunto spesso, o sempre, l'orgasmo nell'anno precedente la ricerca, il 16% qualche volta, un altro 16% raramente, il 19% mai e l'8% non sapeva con certezza se lo aveva mai raggiunto. La media con cui queste ragazze raggiungevano l'orgasmo tra i 16 –17 anni era del 51%.[101]

ASYAMA[102] rilevò che solo verso i 23 anni il 20% delle ragazze aveva

96 R. C. SORENSEN, "Adolescent sexuality", pp. 171 –2

97 SIGUSCH/ SCMIDT, "Teenage boys", pp. 110 – 12; cfr. pure A. M. WENER / C. S. STEWART, "Adolescent", pp. 728 – 35

98 N. N. WAGNER e al., "Sexual deviation", pp. 156 – 70; cfr. R. G. CASTADOT, Need for, difficulties and experience with sexual behavior questionaires among teenages, Maryland Med. J., 1975, 24, pp. 20 –42

99 R. A. LEWIS , "Parents and peers", pp. 156 - 70

100 Cfr. H. HESSELUND, "On some sociosexual", p. 265

101 Cfr. H. GIESE / G. SCHMIDT, Studenten-sexualität. Verhalten und Einstellung, Reibek 1968; G. SCHMIDT / V. SIGUSCH, Arbeiter-Sexualität. Eine empirische Untersuchung an jungen Industriearbeitern, Berlino 1971

102 S. ASAYAMA, "Sex development", pp. 94 – 99

sperimentato il coito. Tuttavia notò pure che c'era un aumento di percentuale tra la ricerca del 1953 e le altre successive. Ciò fu pure notato da altri autori[103], sebbene con una percentuale minore.

E. JACKSON e C. POTKAY[104], su 330 studentesse di scuola mista, di cui più della metà erano tra i 18 – 19 anni, il 57% dichiarava di essere vergine e il 43% di aver avuto rapporti prematrimoniali. Questi risultati sono in accordo con quelli di KAATS e DAVIS[105], nel gruppo dei quali il 41 – 44% delle studentesse di scuola mista aveva sperimentato il coito prematrimoniale, e con quelli di BELL e CHASKES.[106]

Questi autori dichiarano che i loro risultati smentiscono la tesi di K. KANNON e R. LONG[107], i quali affermano che le ragazze di scuola mista non costituiscono un gruppo rappresentativo.

Dall'investigazione di WILSON[108], il 18% riportava la prima esperienza eterosessuale a 17 anni o prima, il 32% tra i 18 – 20 anni, il 28% a 21 o più tardi e una buona percentuale non risposero.

Risultò pure che le donne più giovani, o quelle con un livello di educazione più alta, avevano sperimentato i rapporti eterosessuali prima delle altre.

Reazioni emozionali e atteggiamenti verso le prime esperienze eterossessuali e prematrimoniali

In SORENSEN[109] il 40% delle adolescenti riteneva la prima esperienza eterossessuale positiva, sebbene il 75% trovava che era una cosa sbagliata praticare il sesso ad una età molto giovane.

In HESSELLUND[110] l'82,2% riportava una chiara reazione negativa verso la prima esperienza coitale. L'autore precisa che ciò non era dipeso dall'influs-

103 Cfr. K. E. BAUMAN / R.R. WILSON, "Unmarried", pp. 327 – 33

104E. D. JACKSON / C. R. POTKAY, Precollege influences on sexual experiences of coeds, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 143 – 9

105 G. R. KAATS / K. E. DAWIS, The dynamics of sexual behavior in college students, J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 390 – 9

106 R. R. BELL / B. CHASKES, Premarital sexual experience among coeds, 1958 and 1968, J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 81 – 4

107 K. L. CANNON / R. LONG, Premarital sexual behavior in the sixties, J. Marr. Fam., 1971, 33, pp. 36 – 49

108 W. C. WILSON, "The distribution", p. 54

109 R. C. SORENSEN, "Adolescent", cap. VIII

110 H. HESSELLUND, "On some sociosexual", pp. 265 – 66

so dell'atteggiamento dei genitori verso il sesso, il 50% dei quali considerava il sesso un fatto positivo. Disappunto, non dell'atto, ma in se stesso fu riscontrato in un altro gruppo di ragazze con conseguente depressione.

SIGUSCH e SCHMIDT[111] rilevarono che la maggior parte delle adolescenti, che avevano praticato o praticavano il coito, si sentivano soddisfatte e mostravano atteggiameneti molto liberali verso i rapporti prematrimoniali (cfr. tav. 12).

Tav. 12

Emotional Reactions to Petting and Coitus

	Petting-active, but coitus-abstinent subjects			Coitus-active subjects		
	Boys (N = 86)	Girls (N = 109)	p-Value*	Boys (N = 105)	Girls (N = 85)	p-Value*
It was fun	97%	84%	0.05	95%	82%	0.01
It was sexually satisfying	64%	71%	ns	97%	73%	0.001
I was already looking forward to the next time	91%	67%	0.001	90%	75%	0.01
I hoped he (she) was satisfied	69%	55%	ns	83%	56%	0.001
I would like to try it with another boy (girl)	63%	23%	0.001	59%	14%	0.001
It was really something special	27%	25%	ns	16%	22%	ns
I had a bad conscience	2%	17%	0.01	4%	7%	ns
It was unpleasant	2%	2%	—	0%	8%	—

* Significance of sex differences according to chi-square.

J. LO PICCOLO[112] mise in confronto un gruppo di studentesse (età tra i 18 – 22 anni) e le loro madri (età tra 37 – 62 anni) sui loro atteggiamenti in rapporto a tre variabili premaritali: bacio, petting e coito. Dai dati risultò che le figlie, oltre ad accettare molto di più il petting e il coito prematrimoniale, differivano dalle madri anche per il maggiore coinvolgimento affettivo nei rapporti prematrimoniali.[113]

111 SIGUSCH / SCHMIDT, "Teenage boys", p. 117; cfr. pure L. GARRIS e al., The relationship between oral contraceptions and adolescent sexual behavior, J. Sex Res., 1976, 12, pp. 135 – 46

112 J. LO PICCOLO, Mathers and daughters: perceived and real differences in sexual values, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 171 – 7

113 Cfr. pure I. L. REISS, The social contex of premarital sexual permissiveness,

Dall'investigazione di DRISCOLL e DAVIS[114] 54 delle vergini (n. totale 175), contro 18 delle non vergini (n. totale 134), ritenevano i rapporti prematrimoniali moralmente sbagliati; 45 vergini, contro 47 non vergini, non si sarebbero ingaggiate in rapporti prematrimoniali se non amavano il partner e 39 delle vergini, contro lo stesso numero delle non vergini, per paura di rimanere gravide.

Atteggiamenti permissivi verso i rapporti prematrimoniali risultarono da varie investigazioni tra studentesse di ambiente cittadino[115] e di ambiente rurale[116]; mentre un gruppo di studentesse che seguivano un corso sulla sessualità, apparvero essere più permissive nei confronti di un gruppo di controllo.[117] In un gruppo di studentesse non sposate, il senso di colpa verso i rapporti prematrimoniali aveva un peso maggiore delle stesse motivazioni morali. In un altro gruppo, pure non sposato, ma i cui soggetti convivevano con un uomo, senso di colpa ed esperienze sessuali erano associati a ragioni morali.[118]

Reazioni delle donne adulte verso i rapporti prematrimoniali dei giovani di ambo i sessi

In ALSTON e TUCKER[119] la maggioranza di 624 donne adulte era contro la permissività dei rapporti prematrimoniali. Tra quelle che li ammettevano, la più alta percentuale risultò tra le donne di età tra i 20 –29 anni. La

New York 1967, p. 74; I. L. REISS, Premarital sexual standards in America, New York 1960, pp. 218 – 64; D. E. HARRISON e al., Premarital sexual standards of rural youth, J. Sex Res., 1974, 10, p. 271

114 R. H. DRISCOLL / K. E. DAVIS, "Sexual restrait", pp. 253 – 62

115 Cfr. G. R. KAATS / K. E. DAVIS, "Effects", pp. 26 – 34; J. W. CROAKE / B. JAMES, "A four year", pp. 91 – 6; E. ROBINSON e al., The premarital sexual revolution among college female, "Fam. Coord., 1972, pp. 189 – 95

116 B. HARRISON e al., "Premarital", pp. 266 – 77

117 M. ZUCKERMAN e al., Sexual attitudes and sex experiences: attitude and personality correlates and changes produced by a course in sexuality, J. Consult. Clin. Psychol., 1976, 44, pp. 7 – 9

118 Cfr. J. F. D'AUGELLI / H. J. CROSS, Relationship of sex guilt and moral reasoning to premarital sex in college women and couples, J. Consult. Clin. Psychol., 1975, 1975, 43, pp. 40 – 7

119 J. P. ALSTON / F. TUCKER, "The myth", pp. 34 –; cfr. pure A. M. MIRANDE / E. L. HAMMER, Premarital sexual permissiveness: a research note, J. Marr. Fam., 1974, 36, pp. 356 – 8

percentuale di permissivita diminuiva progressivamente con l'anzianità delle donne, e ciò è in accordo ad altre investigazioni.[120](cfr. tav. 13).

Tav. 13

Proportion Saying It Is *Not* Wrong for A Man and Woman To Have Sex Relations Before Marriage, by Age and Sex

Age	Males		Females	
	%	*No.*	%	*No.*
20–29	54	(123)	30	(126)
30–39	29	(106)	17	(130)
40–49	23	(104)	13	(127)
50–59	12	(97)	13	(90)
60 and over	11	(142)	5	(151)
Total	26	(572)	15	(624)

Fu pure trovato che le donne con livello di educazione più alto e di ambiente urbano, erano più permissive di quelle con educazione piu bassa e di ambiente rurale. Così pure atteggiamenti diversi risultarono avere le donne con diversa provenienza regionale: quelle del sud per es. erano meno permissive delle altre.

Mettendo a confronto uomini e donne, gli autori constatarono che le donne erano più conservatrici degli uomini, pur tenendo presente variabili quale età, professione ecc.[121]

C. Cambiamenti della sessualità dei giovani di ambo i sessi

Nell'illustrare i cambiamenti della sessualità dei giovani , in un primo tempo daremo uno sguardo ai punti essenziali in cui questi cambiamenti vengono formulati, poi alle loro cause e in fine alla loro natura.

120 R. B. BELL / J. B. CHASKES, "Premarital", pp. 81 – 4; H. T. CHRISTENSEN / C. F. GREGG, "Changing", pp. 616 – 27

121 Le osservazione fatte sul tradizionalismo, sull'intolleranza ecc., degli uomini adulti valgono anche per le donne (cfr. il paragrafo sullo stesso argomento negli uomini).

1. Punti essenziali

Nella formulazione dei vari punti dei cambiamenti della sessualità giovanile seguiamo la schematizzazione fatta da SCHMIDT e SIGUSCH.[122]

a. Oggi, ragazzi e ragazze cominciano ad avere il coito ad una età più giovane. Questo è soprattutto vero per coloro che hanno un più alto livello di educazione, tra i quali l'età del primo coito è scesa in media di 3 – 4 anni negli ultimi 10 anni.[123]

b. L'età della prima masturbazione tra le ragazze con livello di educazione più alta è scesa in media di 4 anni, mentre tra ragazze e ragazzi con livello di educazione non alta, l'età della prima masturbazione è rimasta quasi la stessa.

c. In media, oggi, gli adolescenti esperimentano la sessualità in modo più positivo e con meno conflitti nei confronti delle ragazze di 10 anni fa. Questo è vero per il primo coito, per le relazioni attuali, allo stesso modo che per la masturbazione.

d. Gli atteggiamenti verso i rapporti prematrimoniali sono diventati piu permissivi. Sono pochissimi, oggi, i giovani che respingono i rapporti coitali tra due partners non sposati. Inoltre, il coito è considerato lecito per i ragazzi e le ragazze ad una età più giovane nei confronti di 10 anni fa.

c. Molti giovani, oggi, favoriscono le relazioni amorose prima del matrimonio, mentre 10 anni fa si tendeva a fovorire limitate relazioni amorose nella prospettiva di un matrimonio con un partner particolare. Perciò oggi domina la filosofia della monogamia consecutiva (succesive monogamy).

f. Una schiacciante maggioranza di ragazzi e di ragazze sono ancora in favore della fedeltà amorosa e sessuale, e sono soprattutto orientati verso il matrimonio e la famiglia.[124]

122 SCHMIDT / SIGUSCH, Changes in sexual behavior among young males and females between 1960 - 1970, J. Sex Res., 1972, 2, pp. 27 – 45

123 Cfr. R. ATHANASIOU, Les francais et la sexualitè: ils sont plus puritains que les Americains, Psychologie, 1972, 6, p. 43; R. ATHANASIOU e al., Sex, Psychology Today, 1970, 4, pp. 37 –52

124 Questo punto è ancora più confermato per i giovani negli USA (cfr. M. CORDON, Sex manuals: Past and present, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, p. 21; R. J. UDRY, The social contest of marriage, Filadelfia 1971; R. W. LIBBY / R. N. WHITEHURST, Renovating marriage: toward new sexual life style, Calif. 1973; R. G. RYDER e al.,

g. Infine, nell'ultima decade, le differenze sessuali e le differenze di livello educativo sono state decisamente ridotte sia rispetto al comportamento sessuale sia rispetto agli atteggiamenti verso la sessualità.

Questi sette punti, in cui vengono sintetizzati i cambiamenti dei giovani della Germania occidentale verso la sessualità, riflettono fondamentalmente i dati delle ricerche sulla sessualità dei giovani negli USA, Danimarca, Svezia, Giappone e Cecoslovacchia, cioè nei paesi in cui sono state fatte ricerche empiriche sulla sessualità umana.[125] Tuttavia bisogna notare che in Giappone[126] e in Cecoslovacchia[127], pur riflettendo sostanzialmente i punti sopra citati, ci sono delle differenze, soprattutto per quanto riguarda il coinvolgimento affettivo nei rapporti sessuali.[128]

Separating and joining influences in courtship and early marriage, Med. Asp. Hum. Sex., 1972, 6, p. 13; L. OTTEHEIMER, Unconscious factors on choice of a mate, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, p. 130).

125 Oltre alla letteratura già riportata sulla sessualità dei giovani di ambo i sessi (cfr. M. Hunt, Sexual behavior in the 1970's, Playboy, 1973, 20, p. 85; J. J. TEEVAN, Reference groups and premarital sexual behavior, J. Marr. Fam., 1972, 34, pp. 283 – 91; J. H. GAGNON e al., Some aspects of sexual adjustment in aerly and later adolescence, in J. ZUBIN / A. FREEDMAN (a cura di), The psychology of adolescence, Grune-Stralton 1972; B. BRODENCK, Kinder und Jugendsexualität, Sexualsozialisierung, REINBEK 1972; J. ISRAEL, Sexuelle Verhaltensformen der schwedischen Großstadtjugend, in M. B. BERGSTÖM-WALAN e al., (a cura di), Modellfall Skandinavien? Sexualpolitik in Dänemark und Schweden, Reinbek 1970; R. A. LEWIS / W. R. BURR, Premarital intercourse and commitment among college students (ciclost.) 1971; J. F. KANTNER, Teens and sex: a national portrait? J. Marr. Fam., 1973, 5, pp. 121 – 5; J. BLAKE, The teenage birth control dilemma and public opinion , Conscience, 1973, 18, pp. 708 – 12; R. R. CLAYTON, Premarital intercourse : a substantive test of the contingent consistency model, J. Marr. Fam., pp. 304 – 17; D. E. CARNS, Talking about sex: notes on first coitus and double sexual standard, J. Marr. Fam.; 1973, 35, pp. 677 – 88; E. B. LUCKEY / G. D. A. NASS, Comparison of sexual attitudes and behavior in a international sample, J. Marr. Fam., 1969, 31, pp. 364 – 79; A. M. VERNER e al., The sexual behavior of adolescent middle America: generational and american-british comparison, J. Marr. Fam., 1972, 34, pp. 696 – 99; C. W. HOBART, Sexual permissiveness in young English and French Canadian, J. Marr. Fam., 1972, 34, pp. 292 – 303

126 S. ASAYAMA, "Adolescent ", pp. 110 – 11

127 V. BARTAK / J. MELLAN, Changes in the sexual behavior of adolescents in Czechoslovakia and Germany, Arc. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 181 – 4

128 R. A. LEWIS / W. R. BARR, Premarital coitus and commitment among college students, Arch. Sex.Beh., 1975, 4, pp. 73 – 9.

2. Cause dei cambiamenti sessuali nei giovani

In assenza di dati definitivi generali, vi sono diversi elementi indicanti le cause che opererebbero nei cambiamenti della sessualità dei giovani.

Una grande responsabiltà nella liberalizzazione dei valori culturali concernenti la sessualità, è attribuita ai mass media[129]; all'accessibilità degli anticoncezionali e all'aumento d'informazione sessuale.[130] D'altra parte c'è chi porta come cause l'ignoranza e la mancanza d'informazione sessuale, per cui i giovani sarebbero incuriositi a sperimentare.[131]

Dati empirici hanno messo in evidenza che alcune esperienze prematrimoniali, incidenza di promiscuita, e prime iniziazioni al coito sono associati ai seguenti fattori: alla troppo giovane età del primo incontro o appuntamento amoroso, a un più vasto numero di partners negli appuntamenti e incontri, nell'aver frequentato molte più persone durante le scuole superiori o dopo, e alla maggiore frequenza di appuntamenti durante la settimana.[132]

Come cause si citano, inoltre, i cambiamenti della società, l'aumento delle reazioni degli studenti universitari contro i problemi e le istituzioni della società, la legittimazione dell'innocenza della sessualità, l'approvazione della ribellione dei giovani da parte di molti membri delle vecchie generazioni[133], l'influsso del propri coetanei che hanno già avuto esperienze sessuali[134], e lo stato socioeconomico, il quale inciderebbe soprattutto sulla permissività.[135]

129 J. E. SCOTT / J. L. FRANKLIN, Sex references in the mass media, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 196 – 209

130 K. E. BAUMAN / R. R. WILSON, "Sexual", p. 332; Idem. "Premarital", p. 29

131 W. J. GADPAILLE, Parent-school cooperation in sex education . How can the professional help? The Family Cooperator, 1970, 19, pp. 301 – 7

Per una visione del problema dell'influsso della informazione formale e informale sui rapporti prematrimoniali (cfr. G. B. SPANIER, Formal and informal sex education as determinants of premarital sexual behavior, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 39 – 67).

132 R. R. BELL / J. B. CHASKES, "Premarital", pp. 81 – 4; R. LEWIS, "Parent", pp. 156 – 70

133 J. E. SCOTT / J. L. FRANKLIN, "Sex references", pp. 196 – 209

134 H. HESSELLUND, "on some sociosexual", pp. 263 – 73

134 I. L. REISS, Prenatal sexual standards, in C. B. BRODERICK / J. BERNARD (a cura di), The individual sex and society: a siecus handbook for teacher and counsolors, Baltimora 1969; C. P. MIDDENDORP e al., Determinants of premarital sexual permissiveness: a secondary subsequent test, J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 85 – 8; D. YAKELOVICH, The new morality, New York 1974

135 J. R. UDRY e al., Changes in premarital coital experiences of recent decade of

C'è chi ritiene che questa ultima variabile sia vera soltato nel rapporto ricchi e poveri, bianchi e negri.[136]

Un ruolo non indifferente lo avrebbe pure la non pratica religiosa o l'irreligiosità. Infatti è stato notato che i non credenti e i non praticanti hanno comportamento e atteggiamenti sessuali molto più liberali dei Cattolici, dei Protestanti e degli Ebrei praticanti, e che la permissività di questi gruppi è in proporzione alla loro maggiore o minore frequenza religiosa.[137]

In fine si sottolinea pure che la grande permissività sessuale vigente tra i giovani avrebbe come base la proiezione di una propria giustificazione, o la conformità a norme percepite (e ciò specialmente tra i gruppi di amici[138]), o il bisogno di chiarire la propria identità attraverso l'incontro o la relazione amorosa.[139] Si suggerisce pure che i rapporti prematrimoniali, specialmente tra i più giovani, agirebbero come 'acting out' dell'aggressione e dell'ansia accumulata nell'ambito familiare.[140]

3. Natura dei cambiamenti della sessualità dei giovani

SIGUSCH e SCHMIDT[141] affermano che gli anni sessanta possono essere caratterizzati come un periodo di rapida liberazione sessuale. I giovani degli anni 1930 – 65 erano più simili gli uni agli altri nel comportamento sessuale nei confronti degli adolescenti degli anni 1965 – 70. Tuttavia questo cambiamento – soprattutto l'abbassamento dell'età nell'inizio dell'attività sessuale – non è accompagnato da cambiamenti drammatici in fatto di ideologia sessuale. I concetti di valori e degli scopi tradizionali dominano ancora oggi; come pure non sono stati messi in questione i contenuti essenziali del-

of birth cohorts of urban american women, J. Marr. Fam., 1975, 37, pp. 783 – 7

136 H. J. REPPEL, Religiosity and premarital sexual permissiveness: a response to the Reiss-Geltsley and Broderick debate, J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 647 – 55

137 RUPPEL sottolinea che la religione ha un ruolo negativo circa la permissività e ciò soprattutto tra quelli di razza bianca.

138 R. R. CLAYTON, Premarital, pp. 237 – 81; J. J. TEEVAN, jr., Preference, pp. 283 – 91

139 R. VREELAND, Is it true what they say about Harward boys?, Psychology Today, 1972, 5, pp. 65 – 8

140 A. FRIEDMAN e al., Therapy with families of sexually-acting out girls, New York, 1970

141 SIGUSCH / SCHMIDT, Teenage boys, p. 122

l'ideologia sessuale tradizionale. I govani di oggi si comportano fodamentalmente allo stesso modo dei giovani di 10 anni fa. Ciò sarebbe indice di contraddizione secondo DAVIS: "This shows contraddiction of liberation; on the one hand progressive, on the other repressive tendencies, on the one side partial sexual liberation, on the other side successful control and manipulation facilitated precisely by this liberation".[142]

Sulla stessa linea sono altri autori.[143] Essi trovano che in effetti i giovani sono molto più conservativi in attitudini di quanto non lo sono nel comportamento sessuale.

Un'altra caratteristica della natura della sessualità giovanile è il fenomeno della convergenza, cioè a dire la permissività verso i rapporti prematrimoniali e verso le pratiche sessuali, come pure gli atteggiamenti verso le attività sessuali di maschi e femmine sono diventati più convergenti e conformi, cosicché, nella popolazione, in generale, sta progressivamente sparendo il doppio standard maschile-femminile del comportamento e degli atteggiamenti sessuali[144]

Allorché si passa all'esame del significato del coinvolgimento affettivo, viene notato che per il fatto che i giovani sottolineano l' "affetto", non significa che essi considerano i rapporti sessuali un puro fatto ricreativo.[145]

In genere, nella prospettiva dei rapporti prematrimoniali, vi è il matrimonio, cioè un legame con la tradizione dei padri.[146] PAULY esclude che questi rapporti abbiano una grossa importanza in termini di intensità e di significato della relazione totale tra i partners.[147]

Infine si sottolinea che, nonostante si parli di rivoluzione sessuale, questra rivoluzione continua ad essere un fenomeno prevalentemente maschile, e che

142 Cfr. K. E. DAVIS, Sex on campus: is there a revolution?, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 128 – 42, 122

143 J. H. GAGNON / W. SIMON, Prospects for change in American sexual patterns, Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 100 – 17

144 K. CANNON / R. LONG, Premarital, pp. 36 – 49; I. F. NEY / F. M. BERARDO, The family: its structure and interaction, New York 1973, pp. 29 – 37; G. SCHMIDT / V. SIGUSCH, Women sexual arousal, in J. ZUBIN / J. MONEY (a cura di), Baltimora 1973, pp. 140 – 1; F. W. WAGNER e al., Sexual, pp. 155

145 GAGNON / SIMON, Prospects, pp. 100 – 13

146 F. W. FINGER, Changes, p. 316; BEN N. ARD, Premarital sexual experience: a longitudinal study, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 32 – 9; J. Lo PICCOLO, Mothers, p. 177

147 I. B. PAULY, Premarital and extramarital intercourse, in A. M. FREEDMAN e al., (a cura di), vo. II, p. 1446

le ragazze — sebbene più liberali delle loro sorelle più anziane — non sono ancora liberali allo stesso modo dei coetanei maschi.[148] E ciò appare chiaro pure dal fatto che, mentre per un ragazzo che convive con una ragazza la convivenza è essenzialmente un motivo di gratificazione sessuale, per la ragazza invece quella convivenza può, in genere, rappresentare un gradino verso un futuro matrimonio.[149]

D. Sessualità tipica maschile degli adulti[150]

Le ricerche empiriche sulla sessualità tipica maschile sono molto scarse. Dal materiale si possono dedurre tre punti: masturbazione, frequenza del coito e reazioni verso l'attività sessuale.

Noi tratteremo questi tre punti, dopo di che faremo seguire un paragrafo sulla sessualità in rapporto alla sterilizzazione maschile.

1. Masturbazione

HESSELLUND[151] riporta i sequenti dati sul comportamento masturbatorio di 38 uomini sposati (età media 37 anni): 15 non si masturbavano, mentre 12 si masturbavano da una a due volte all'anno. Tra i 15 soggetti che non si masturbavano, solo 3 attestavano di non essersi mai masturbati, mentre gli altri si erano masturbati da giovani fino a che non si erano sposati. Del gruppo totale, circa il 92 % avevano fatto esperienza della masturbazione. Tra 11 coppie in cui marito e moglie si masturbavano, solo 3 sapevano della pratica l'uno dell'altro; 5 coppie attestavano di non sapere nulla del partner o della partner; tra 11 coppie in cui si masturbava solo il marito, 5 mariti erano certi che la moglie lo sapeva.

148 J. P. ALSTON / R. TUCKER, The myth, p. 37

149 I. ARAFAT / B. YOURBURG, On living together, pp. 101 — 5

150 Parlando di sessualità tipica degli adulti, sia maschi che femmine, intendiamo la sessualità praticata durante la vita adulta, e non della sessualità praticata durante la giovinezza , ma ricordata da adulti, di cui si sono spesso occupate le ricerche.

151 H. HESSELLUND, Masturbation and sexual fantasies in married couples, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 133 – 47

La frequenza con cui gli uomini si masturbavano era in generale più bassa di quella dei rapporti coitali. Inoltre la masturbazione costituiva un supplemento al resto dell'attività sessuale.

HESSELLUND sottolineapure che gli atteggiamenti verso la masturbazione, in coloro che si mastubavano, erano più negativi di quelli sentiti da coloro che non si masturbavano, classificandola come una pratica sbagliata, innaturale, repellente o patologica. Spesso essa era causa di vergogna e di colpa.

Nelle loro fantasie sessuali durante la masturbazione, gli uomini, di solito, non coinvolgevano la propria moglie.

2. Eterosessualità

In WILSON[152] la frequenza dei rapporti degli adulti era in media di una volta la settimana. Un graduale abbassamento risultava verificarsi verso i 50 — 60 anni, con un calo piuttosto drastico all'incirca dopo i 60: il 60 % degli anziani al di sopra dei 60 avevano rapporti meno di una volta al mese, e solo il 7 % una volta o più alla settimana.

Dai risultati di Asayama[153] la frequenza media dei rapporti matrimoniali di quelli sui 30 anni era di circa 2 volte la settimana, 1 volta per quelli sui 40 e di 0,25 per quelli sui 50 anni.

Gli investigatori sono di solito d'accordo che l'età non costituisce necessariamente un barriera nella continuazione dell'attività sessuale e che, se non è espressa all'interno dell'eterosessualità, non è raro che l'uomo anziano cerchi forme sessuali inappropriate.[154] Tuttavia si constata pure che anche se l'uomo è attivo sessualmente sui 90 anni, un declino graduale è registrato non solo nella risposta fisica, ma anche nei pensieri e nelle fantasie sessuali.[155] Inoltre si ritiene pure che il successo sessuale e le frustrazioni sono anche il resultato di fattori emotionali.[156]

152 W. C. WILSON, The distribution, p. 54

153 S. ASAYAMA, Adolescent sex, pp. 103 — 5

154 G. ABRAHAM, Reflexions sur la sexualitè du vieillard, Gaz. Mèd. Fr., 1975, 82, pp. 237 — 42; J. VEINBERG, Sexuality in later life, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 216 — 27

155 H. S. KAPLAN / C. J. SAGER, Sexual patterns at different ages, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 10 — 23; G. V. LAURY, La sexualitè des vieux, Mèdicine et Hygiène 1976, 1201, pp. 1050 — 1

Tav. 14

Selected Sexual Attitudes by Gender, Age, and Education (% Responding in a Given Direction)

Attitude Item and Category	Males (N = 911) Total	Age 21—29	Age 30—59	Age 60+	Educ. Coll.	Educ. H.S.	Educ. Elem.	Females (N = 1370) Total	Age 21—29	Age 30—59	Age 60+	Educ. Coll.	Educ. H.S.	Educ. Elem.
Self rated sex attitudes:[1]														
Liberal	49	66	47	36	56	47	40	33	49	33	19	41	33	21
Conservative	48	31	50	60	41	50	55	60	47	61	66	53	61	64
No answer	3	3	3	4	3	3	5	7	4	6	15	6	6	15
Sex is for Fun:[2]														
Agree	32	31	31	39	35	28	40	25	24	26	22	28	22	28
Disagree	65	68	66	56	63	70	54	70	74	70	69	69	72	68
No answer	3	1	3	5	2	2	6	5	2	4	9	3	6	4
Difference between what do and would like to do:[3]														
Agree	69	75	68	68	69	70	69	57	65	55	52	51	57	65
Disagree	27	23	28	23	28	27	21	35	32	38	31	41	35	23
No answer	4	2	4	9	3	3	10	8	3	7	17	8	8	12
Young people have healthier sex attitudes:[4]														
Agree	58	74	55	53	61	56	60	55	65	56	46	59	55	51
Disagree	39	25	42	42	36	42	36	40	33	41	44	37	40	44
No answer	3	1	3	5	3	3	4	5	2	3	10	4	5	5

Notes:
[1] The exact wording of the item is "How would you rate your own sexual attitudes?"
[2] The exact wording of the item is "First of all, sex is for fun."
[3] The exact wording of the item is "When it comes to sex, there is a great difference between what most people do and what they would like to do.
[4] The exact wording of the item is "Young people today have healthier attitudes toward sex than do their parents.

3. *Reazioni verso l'attività sessuale*

Dall'investigazione di WILSON il 10 % de gli uomini, tra i 21 – 29 anni, erano molto insoddisfatti della propria attività sessuale; il 20 % insoddisfatti; il 52 % molto soddisfatti e il 78 % soddisfatti; tra i coloro che andavano dai 30 ai 59 anni furono rilevate le seguenti corrispondenti proporzioni: 9 %, 16 %, 53 %, e 81 %; dai 60 anni in poi: 15 %, 28 %, 34 %, e 63 %[157] (Cf. tav. 14).

Dal campione di GUPTA e LYNN[158] il 90 % degli uomini dichiarava di godere dei rapporti sessuali.

E. PFEIFFER e coll.[159] in base alle loro ricerche, attestano che il sesso, nell'età avanzata, non riflette un deterioramento primario, come può verificarsi per es. per il tono dei muscoli. Infatti tra un gruppo di 500 uomini (tra i 45 – 69 anni) solo il 12 % non praticavano i rapporti sessuali. E la causa principale era o la morte della moglie o la separazione. Per cui coloro che riportavano una perdita d'interesse sessuale effettiva scendeva al 6 %.

E. Sessualità e sterilizzazione maschile

In questa sezione, dopo aver dato un breve accenno ai metodi anticoncezionali e all'incidenza della sterilizzazione maschile, tratteremo della sterilizzazione, del comportamento sessuale e delle implicanze psicologiche della stessa sterilizzazione.

156 P. G. HESSE, Psychisch auswirkende Besonderheiten der Sexualität bei Frau und Mann, in der zweiten Lebenshälfte. I. Mitteilung, Dtsch. Gesundh. Wes., 1975, 30, pp. 49 – 53; lo stesso autore, II. Mitteilung, Dtsch. Gesundh. Wes., 1975, 30, pp. 97 – 100

157 W. C. WILSON, The distribution, pp. 57 – 8

158 A. SENGUPTA / D. B. LYNN, A Study of sexual behavior in females, J. Sex Res. 1972, 8, pp. 207 – 18

159 E. PFEIFFER e al., The natural history of sexual behavior in a biologically advantaged group of aged individuals, J. GERONT, 1969, (2) p. 24; Crf. pure W. F. FRY, Psychodynamics of sexual humor: sex and the elderly, Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, pp. 140 – 8

160 Cfr. P. D. HARVEY, Condoms - a new look, Fam. Plann. Perspect., 1972, 4, pp. 27 – 30; G. S. BERSTEIN, Conventional method of contraception: condom, diaphram, and vaginal foam, Clin. Obstet. Gynec., 1974, 17, pp. 21 – 33

1. Metodi anticoncezionali e sterilizzazione nell'uomo

I metodi anticoncezionali maschili sono: il coitus interruptus, i preservativi[160], l'astinenza durante i periodi fecondi della donna[161], contraccettivi orali[162] e la sterilizzazione.

Le ricerche che si sono occupate degli anticoncezionali maschili, si sono dirette soprattutto sul problema della sterilizzazione o vasectomia.

La vasectomia è praticata in Inghilterra[163], USA[164], Africa, Cina, Canadà, Russia, Scandinavia, Gappone, Germania, India, dove dal 1961, quando il governo approvò la stirilizzazione volontaria, fino al 1972, furono eseguite piu di 7 milioni di operazioni.[165]

La vasectomia è effettiva quasi sempre il 100 %, cioè rende l'uomo il 100 % infertile.[166]

Sebbene non se ne conosca l'incidenza mondiale, essa sta aumentando, e questo nonostante le implicazioni chirurgiche,[167] immunologiche[168] e psicologiche.[169]

2. Sterilizzazione e comportamento sessuale

M. FREUND e J. DAVIS[170] intervistarono 31 coppie sposate con lo scopo di stabilire le differenze del loro comportamento sessuale tra l'anno prima

161 Crf. L. MASTROIANNI, jr., Rhythm, systematized change-taking, Fam. Plann. Perspect., 1974, 6, pp. 109 – 12

162 Cfr. M. BRIGGS / M. BRIGGS, Oral contraceptive for men, Nature, 252, pp. 585 – 6

163 H. A. KATCHADOURIAN / D. T. LUNDE, Fundamentals, pp. 165 – 6

164 J. E. DAVIS e al., Elective vasectomy by American urologists in 1967, Fert. Steril, 1970, 21, pp. 615 – 21; H. C. WOOD, Vasectomy, Med. Opin., 1971, 7, p. 56

165 H. G. LIEBMANN / H. LEHFELDT, Population control in India, J. Sex Res., 1972, 8, pp. 189 – 93; D. WOLFERS / H. WOLFERS, Vasectomy and Vasectomania, St. Albans, Hertshire 1974

166 Cfr. E. CHANEY e al., Für und Wider die Vasektomie, Sexualmedizin 1973, 6, S. 301 – 3; H. A. KATCHADOURIAN / D. T. LUNDE, Fundamentals, p. 165

167 Cfr. P. JACKSON, Male sterilization clinic, Brit. Med. J., 1970, 4, p. 295

168 Cfr. R. ANSBACHER, Sperm-agglutinating and sperm-immobilizing antibodies in vasectomized men, Fert. Steril. 1971, 22, p. 629

169 D. A. RODGERS e al., A longitudinal study of the psycho-social effects of vasectomy, J. Marr. Fam., 1965, 27, pp. 59 – 64

dell'operazione e quello di due anni dopo. I dati non rivelarono nessun effetto negativo sul funzionamento sessuale e sulle attitudini sessuali delle coppie. La vasectomia, oltre a non aver inibito la sessualità dell'uomo, aveva contribuito, in alcuni soggetti, a un aumento dei rapporti sessuali.[171] I mariti non riportavano cambiamenti nei diversi parametri della loro 'performance' sessuale: facilità e vigore d'erezione, tempo dall'introduzione all'eiaculazione, durata e intensità dell'eiaculazione. Inoltre, le donne riportavano un aumento sostanziale in diversi parametri della loro performance sessuale[172]: più libere dalla paura della gravidanza, avevano un ruolo sessuale più attivo, iniziavano con maggiore frequenza i rapporti e giungevano più facilmente all'orgasmo.

I dati mostravano pure che i soggetti non riportavano nè un aumento nè un cambiamento dei loro desideri per i rapporti, nè del piacere sessuale durante i rapporti o dell'intensità del godimento e dell'orgasmo. E se mai vi erano soggetti che riportavano un cambiamento (calo o aumento) in qualcuno di quei parametri, pensavano che ciò era dovuto alla vasectomia.[173]

In P. BRUCE[174] il 50 % dei soggetti vasectomizzati (n. 98, età tra i 26 – 57 anni) dichiarava di sperimentare i rapporti sessuali qualitativamente meglio; il 40% ne registrava un aumento e il 5% un calo. Inoltre 96 soggetti, contro 2, si ritenevano soddisfatti dell'operazione.[175]

In J. NASH e J.RICH[176] la percentuale di coloro che si ritenevano soddisfatti dell'operazione era del 100% e l'87% la raccomandava ad amici. In R. VARMA e M. BOPARAI[177] invece solo il 59% la raccomandava ad amici.

170 M. FREUND / J. E. DAVIS, A follow-up study of the effects of vasectomy on sexual behavior, J. Sex Res., 1973, 9, pp241 – 68

171 Cfr. P. JACKSON, "Male", p. 295; S. P. TRUST, Vasectomy: follow-up of a thousand cases, Cambridge 1969

172 Cfr. Lancet, Follow-up after vasectomy, Lancet, 1970, p. 483

173 Cfr. H. WOLFER, In re vasectomy, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 172 – 3; M. FREUND, In re vasectomy, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 341 – 2; W. H. JAMES, In re: reporting in coital rates, J. Sex Res., 1974, 10, p. 342; H. WOLFERS, In re vasectomy, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 285 – 6

174 P. T. BRUCE, Vasectomy: a survey of 98 men, Med. J. Austral., 1973, 1, pp. 17 – 19

175 Cfr. R. M. WHITY, Vasectomy: follow-up of 831 cases, Med. J. Austral., 1975, 1, pp. 164 – 7; H. LEAR, Psychosocial characteristic of patients requesting vasectomy, J. Urol., 1972, 108, pp. 767 – 9

176 J. L. NASH / J. D. RICH, The sexual effects of vasectomy, Fert. Steril., 1972, 23, pp. 715 – 18

177 R. N. VARMAN / M. S. BOPARAI, Vasectomy in the army, Indian J. Med. Res.,

E sebbene le coppie registravano un miglioramento in vari parametri della loro attività sessuale[178], non mancavano di quelli , anche se pochissimi, i quali lamentavano la comparsa di eiaculazione prematura, o un calo d'interesse e di 'sexiness' sessuale, un calo dei rapporti ecc.[179]

3. Implicanze psicologiche nei vasectomizzati

E. WOLFERS[180] afferma che il fatto di una permanente sterilizzazione causata da vasectomia può generare, nel maschio di stampo sociopatriarcale, profondi disturbi emozionali.[181] Riportando la teoria di D. MORRIS[182], in cui si afferma che i fattori del comportamento primitivo dell'uomo, i quali implicano la protezione del giovane – oggi non più necessaria –, ancora persistono, commenta: "The removal of this ability to produce the young (or impregnate the mate) he still inconsciously acts to protect must inevitably effect all men on some level, no matter how deeply inconscious" (p. 298).

In conseguenza di ciò, non è infrequente che non solo i pazienti[183], ma anche alcuni psichiatri mettano sullo stesso piano vasectomia e castrazione.[184]

D. RODGERS e F. ZIEGLER hanno condotto una serie di ricerche (tra il 1961 – 1968) con lo scopo di esplorare in modo profondamente adeguato gli effetti psicologici della vasectomia. Nella pubblicazione del 1963 riportano che quasi tutti i soggetti si descrivevano emozionalmente stabili e che al MMPI non risultavano più depressi o ansiosi della popolazione non

1971, 59, p 655

178 Cfr. A. S. FABER e al., Men with vasectomy: a study of medical, sexual, and psychosocial changes, Psychosom. Med., 1967, 29, pp. 354 - 66

179 Anche negli autori precedenti vi erano dei soggetti che lamentavano simili disturbi.

180 E. WOLFERS, Psychological aspects of vasectomy, Brit. Med. J., 1970, 4, pp. 297 – 300

181 Questa sarebbe la causa per cui nell'America Latina si fanno resistenze contro la vasectomia (cfr. A. GOLDSMITH / R. J. GOLDBERG, Psychosocial aspects of vasectomy in Latin America, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 278 – 92)

182 D. MORRIS, The naked Ape, Londra 1967

183 J. NASH / J. RICH, "The sexual", pp. 715 – 18

184 M. H. EIKSON, in H. ROSEN (a cura di), Therapeutic abortion, New York 1954, p. 57

vasectomizzata.[185] Un anno dopo, 35 degli stessi soggetti venivano riesaminati: 15 di essi mostravano un aumento di disturbi psichici (come disforia) e alcuni cambiamenti emozionali. Questi dati, a stare agli autori, indicavano che la soddisfazione espressa per la vasectomia poteva essersi accompagnata a cambiamenti negativi in aggiustamento personale.[186]

Nella ricerca del 1966, 22 coppie che avevano scelta la vasectomia, furono paragonate a 22 coppie che preferivano la pillola. Dai dati emerse che l'uomo vasectomizzato mostrava tratti più maschili ed era socialmente più positivo. Ciò fa concludere agli autori che la vasectomia è una sfida e allo stesso tempo una minaccia per il senso della mascolinità dell'uomo.[187]

Circa 3 – 4 anni dall'operazione, gli stessi autori misero a confronto coppie con vasectomia e coppie con pillola. I due gruppi non differivano in modo significativo per la frequenza dei rapporti e per i cambiamnti nei problemi sessuali o per i cambiamenti nella soddisfazione maritale. Tuttavia, mentre nella ricerca del 1966 erano stati riscontrati più cambiamenti psicologici negativi tra i vasectomizzati, questa volta le loro condizioni non erano peggiori di quelle del gruppo di controllo.[188]

Come conclusione generale, gli investigatori che hanno affrontato la problematica dei vasectomizzati, sono d'accordo sulla necessità di ulteriori approfondimenti, prima di dichiarare reale la soddisfazione espressa da questi uomini votatisi irrevocabilmente alla sterilità, o non piuttosto un bisogno illusorio di convincere se stessi che ciò che hanno fatto è stato nel loro migliore interesse, ormai che sono coscienti di non poter tornare più indietro.[189]

185 Cfr. D. A. RODGERS e al., Sociopsychological characteristics of patients obtaining vasectomy from urologists, Marriage Family Living, 1963, 25, pp. 331 – 5

186 Cfr. D. A. RODGERS e al., A longitudinal study of psychosocial effects of vasectomy, J. Marr. Fam.., 1965, 27, pp. 59 – 64

187 Cfr. J. F. ZIEGLER e al., Effects of vasectomy psychological functioning, Psychosom. Med., 1966, 28, pp. 50 – 63

188 J. F. ZIEGLER e al., Psychosocial response to vasectomy, Arch. Gen. Psychol., 1969, 21, pp 46 – 54

189 Cfr. H. WOLFERS, "Psychological", p. 300

F. Sessualità tipica femminile delle adulte

Dal materiale empirico, da noi reperito sulla sessualità tipica femminile delle adulte, emergono i seguenti punti: masturbazione, eterosessualità e reazioni verso l'attività sessuale.

1. Masturbazione

In HESSELLUND[190] più del 52 % di 38 donne (età media 34 anni), si erano masturbate durante la loro vita. Al momento attuale, 24 non si masturbavano e tra queste 18 attestavano di non averlo mai fatto, mentre le altre si erano masturbate fino al matrimonio. Tra le coppie, in cui marito e moglie si masturbavano, la frequenza era più alta negli uomini e tre delle mogli attestavano che il marito sapeva della loro mastubazione.

Dai dati risultò pure che la frequenza masturbatoria era più bassa di quella dei rapporti sessuali. Inoltre, la masturbazione costituiva per le donne un sostituto dei rapporti sessuali, in quanto erano più soddisfatte nel praticare i rapporti sessuali che nel masturbarsi.

Come tra gli uomini, così pure tra le donne, quelle che si masturbavano avevano verso la masturbazione sentimenti più negativi di quelle che non si masturbavano e la masturbazione, anche per esse, era causa di vergogna e di colpa.

Nelle fantasie sessuali di quelle che si masturbavano era spesso coinvolto il marito, con il quale immaginavano di avere rapporti. Tuttavia, in genere, le donne risultavano di avere meno fantasie sessuali degli uomini.

2. Eterosessualità

In ASAYAMA[191] la frequenza dei rapporti sessuali nel matrimonio era di 2 volte alla settimana, sui 30 anni, di una volta sui 40 e di 0,25 sui 50. La frequenza con cui le donne desideravano i rapporti era: di 2 volte sui 30 e una volta sui 40 – 50 anni.

190 H. HESSELLUND, Masturbation, pp. 133 – 47
191 S. ASYAMA, Adolescent, pp. 103 – 5, 106 – 7

In base a questi dati, l'autore deduce che la maggior parte delle donne sposate reaggiungono la loro maturità sessuale verso i 30 anni.[192]

La frequenza dell'orgasmo era del 5 – 9 % durante il primo mese di matrimonio (nelle Americane il 49 %);[193] 45 % nei primi sei mesi (nelle Americane il 67 %). Dopo un anno la frequenza era del 60 – 67 % (nelle Americane il 73 %). Circa il 20 % delle donne non aveva mai sperimentato l'orgasmo dopo 15 anni di matrimonio (nelle Americane era del 10 %).

In SEN GUPTA e LYNN[194] 34 % delle donne dichiarava di raggiungere sempre l'orgasmo (di tutto il gruppo circa 62 % erano al di sotto dei 30 anni); il 62 % qualche volta e il 4 % mai. Inoltre il 56 % dichiarava di trarre piacere dai rapporti sessuali (Cfr. tav. 15).

Tav. 15

Age at Marriage of Women and Orgasm Reached

Age at marriage (in year)	If orgasm reached during coitus			
	Yes	Sometimes	No	Number
9–11	2	1	1	4
12–14	4	16	—	20
15–17	14	22	1	37
18–20	11	18	1	30
21–23	2	4	1	7
24–26	1	1	—	2
Total	34	62	4	100

In BUTLER[195] il 24 % delle donne al di sopra dei 30 anni (età tra 1[illegible] 59 anni di tutto il gruppo) raggiungeva sempre l'orgasmo, contro il 3 % [illegible] quelle al di sotto dei 29 anni, ed in media riportavano una frequenza de[illegible]porti più alta delle donne più giovani. Dai dati di PFEIFFER e coll.[196] [illegible]voce

192 A. C. KINSEY e al., Sexual behavior in the human female, Filadelfia 1953
193 Cfr. H. S. KAPLAN / C. J. SAGER, Sexual patterns, pp. 10 – 23
194 A. SEN GUPTA / D. B. LYNN, A study, pp. 207 – 18
195 C. A. BUTLER, New data about female sexual response, J. Sex. Marital Therapy, 1976, 2, pp. 40 – 6
196 E. PFEIFFER e al., The natural, pp. 137 – 54; W. F. FRY, Psychodynamics, pp. 147 – 8

il 44 % delle donne (tra i 45 – 69 anni) non aveva più rapporti sessuali. Tenendo presente che tra di esse alcune non avevano più rapporti a causa della morte del marito o perchè separate, quelle che non sentivano più alcun interesse sessuale erano del 33 %.

Come per l'uomo, così per la donna si sottolinea che l'età non costituisce una barriera nella continuazione dei rapporti sessuali.[197] D'altra parte, la donna, contrariamente all'uomo, non viene limitata fisicamente nella risposta sessuale dall'invecchiamento. In termini di frequenza, una donna di 80 anni avrebbe il medesimo potenziale fisico di quando aveva 20 anni. Tuttavia, nonostante questa capacità orgasmica, l'intensità erotica e il desiderio subiscono anche in essa un declino. Questo è più graduale che negli uomini e, a differenza di questi, che raggiungono il massimo della risposta sessuale verso i 18 anni, a cui succede subito il declino, la donna si orienta sessualmente durante la giovinezza, raggiunge il massimo di responsività nell'età di mezzo per poi cominciare a declinare.[198] D'altra parte viene pure sottolineato l'influsso che i fattori emozionali hanno sulla sessualità delle donne.[199]

J. WENDERLEIN[200] trovò che i cambiamenti dell sessualità, dovuti alla menopausa, erano aspettati dalle donne prima della menopausa e che tali aspettative erano poi sperimentate durante la menopausa. Più della metà delle donne, dai lui esaminate, attestavano che il desiderio dei rapporti sessuali era diminuito durante la menopausa. Il 75 % aveva sperimentato un calo del godimento dei rapporti sessuali; il 67 % dichiarava che la menopausa le faceva sentire meno complete come donne. Esperienze negative sessuali, dovute alla menopausa, erano riportate da quelle donne con esperienze negative in rapporto al menarca, alle mestruazioni, alle doglie e al parto. Inoltre fu constatato che le donne estroverse riportavano meno frustrazioni sessuali delle donne introverse.

197 J. WEINBERG, Sexuality, pp. 216 – 27
198 H. S. KAPLAN / C. J. SAGER, Sexual patterns, pp. 10 – 23
199 P. G. HESSE, Psychisch, pp. 49 – 53; 97 – 100
200 J. M. WENDERLEIN, Sexualmedizinische Aspekte der Wechseljahre der Frau, Geburtsh. Frauenheilk., 1975, 35, pp. 289 – 94

Tav. 16

Self Rating of Current Sex Life by Gender, Age, and Education
(% Reporting Given Rating)

Rating of Current Sex Life[1]	Males (N = 911)								Females (N = 1370)							
		Age			Educ.					Age			Educ.			
	Total	21–29	30–59	60+	Coll.	H.S.	Elem.	Total	21–29	30–59	60+	Coll.	H.S.	Elem.
Very unsatisfactory	10	10	9	15	11	7	15	11	10	12	11	12	11	9
Somewhat unsatisfactory	9	10	7	13	10	7	10	7	8	6	7	8	6	8
Somewhat satisfactory	28	26	28	29	34	26	23	22	26	23	13	23	23	16
Very satisfactory	49	52	53	34	42	57	43	46	51	49	34	46	48	40
No answer	4	2	3	9	3	3	9	14	5	10	35	11	12	27
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Unsatisfactory	19	20	16	28	21	14	25	18	18	18	18	20	17	17
Satisfactory	77	78	81	63	76	83	66	68	77	72	47	69	71	56

Note:
[1] The complete wording of the item is, "Overall, how would you rate your sex life as it is now?"

3. Reazioni verso l'attività sessuale

Nel gruppo di WILSON[201] tra le donne sui 21 – 29 anni il 10 % trovava i rapporti sessuali molto insoddisfacenti, il 18 % insoddisfacenti; il 51 % molto soddisfacenti e il 77 % soddisfacenti; tra i 30 – 59 anni le proporzioni erano: 12 %, 18 %, 49 %, 72 %; dai 60 anni in poi erano: 11 %, 18 %, 34 %, 47 %. (Cfr. tav. 16).

Dai dati di BUTLER[202] emerge che le donne, le quali non si sentivano adeguatamente soddisfatte e che non raggiungevano l'orgasmo, portavano come causa una inadeguata stimolazione da parte dell'uomo. Infatti, se esse si masturbavano, in 4 minuti raggiungevano l'orgasmo[203], mentre con il coito, erano necessari in media 8 minuti, contrariamente all'uomo che raggiungeva l'orgasmo da uno a tre minuti dall'introduzione. In SEN GUPTA e LYNN[204], le donne, tra le cause del fallimento dell'orgasmo, elencavano, oltre a fattori psicologici e fisiologici, la mancanza di virilità del marito[205], e la maternità come causa dell'abbassamento della libido.

G. Sessualità e Anticoncezionali

In questo paragrafo saranno esaminati i rapporti tra comportamento sessuale e anticoncezionali e tra femminilità e enticoncezionali.[206]

201 W. C. WILSON, The distribution, pp. 57 – 8

202 C. A. BUTLER, New data, pp. 40 – 6

203 Cfr. J. F. PERMUTTER, More rapid female climax in masturbation than coitus, Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, p. 151

204 A. SEN GUPTA / D. B. LYNN, A study, p. 215

205 Cfr. R. AARON, Male contribution to female frigidity, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, pp. 42 – 57

206 Per la letteratura sui vari metodi contraccettivi femminili (cfr. M. CALDERONE, Manual of familiy and contraceptive practice, Baltimora 1970; J. M. BARDWICK, Psychodynamics of contraception with particular reference to the rhythm method, Virginia 1972; J. MARSHALL / B. ROWE, Psychologic aspects of the basal body temperature method of regulation births, Fert. Steril., 1970, 21, pp. 14 – 19; B. I. MURSTEIN, Critique of models of dyadic attraction, B. I. MURSTEIN (a cura di) Theories of attraction and love, New York 1971, pp. 14 – 19; L. K. KUCHERA, Stablestal as a "morning-after" pill, Med. Asp. Hum. Sex., 1972, 6, pp. 168 – 77; H. W. RUNDEL e al., Birth control: contraception and abortion, New York 1973, cap. III, VI; E. R. COLE, Effects of steroids, including progestin and estrogen components of oral contraceptive drugs, on the sterease activity of thrombin, Thromb. Res, 1974, 4, pp. 551 – 65; Per gli atteggiamenti pro o contro gli anticoncezionali, e le variabili: età, stato socioeconomico e religione (cfr. J. F. KATNER, Teen and sex: a national portrait?, Fam. Plann. Perspect., 1973, 5, pp. 124 – 5; J. F. KATNER / M. ZELNIK, Contraception and pregnancy: experience of young unmarried women in the United States, Fam. Plann. Perspect., 1973, 5, pp. 21 – 35; J. J. SPEIDEL, Knowledge of contraceptive technique among hospital population of low socio-economic status, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 284 – 306; C. F. WESTOFF / L. BUMPASS, The revolution in birth control practices of U. S. Roman Catholics, Science, 1973, 179, pp. 41 – 44).

1. Anticoncezionali femminili e comportamento sessuale

L. GARRIS e coll. paragonarono 96 ragazze (primo gruppo) che prendevano la pillola da 6 – 8 mesi e 96 che stavano cominciandola a prendere (secondo gruppo). L'età di ambo i gruppi andava dai 15 – 20 anni.

Dai dati risultò che il primo gruppo riportava un più alto aumento della frequenza dei rapporti sessuali (da 8,8 al mese a 13,4), mentre risultò in calo, anche se non molto significativo, del desiderio dei rapporti dopo l'uso della pillola.

Gli autori ritengono che i "results indicate that sexually active adolescent girls not taking oral contraceptions do desire on increase in sexual activity and that providing them with oral contraceptives aids them in fulfilling that desire".[207]

Questi risultati sono in pieno accordo con quelli di J. BLAKE[208], mentre contrastano con quelli di H. PIPEL e coll.[209], i quali non trovarono che l'incidenza dei rapporti prematrimoniali cresceva in relazione all'uso degli anticoncezionali.

In SEN GUPTA e LYNN[210] il 69% delle donne, che avevano presa la pillola o la prendevano, riportavano una normale appetenza (urge) sessuale,mentre il 16% ne lamentava un abbassamento anche se la frequenza dei rapporti era cresciuta. Risultò pure che gli uomini avevavo un'appetenza sessuale maggiore quando le mogli erano in pillola.

207 L. GARRIS e al., "The relationship", 135 – 46, 204

208 J. BLAKE, "The teenage", p. 180

209 H. P. PIPEL e al., Birth control teenage and the law: a new look, 1971, Fam. Plann. Perspect., 1971, 3

210 A. SEN GUPTA / D. B. LYNN, "A study", pp. 215 – 6

Un aumento del coito mensile viene riportata anche da C. WESTOFF[211], più però nelle donne che prendevano la pillola che in quelle che seguivano altri metodi anticoncezionali. Fu pure osservato che le donne al di sotto dei 40 anni, oltre a far più uso della pillola, avevano una frequenza più alta nei rapporti in confronto alle donne al di sopra di quella età.

A. TOLOR e coll.[212] investigarono, tra l'altro, sul comportamento sessuale di 92 coppie che seguivano il metodo basato sulle variazioni periodiche della temperatura. Il 63% di esse dichiarava che il periodo fertile costituiva quella parte del ciclo in cui il desiderio sessuale era più forte[213], mentre il 43% sperimentava il minimo d'interesse sessuale durante il periodo del ciclo, allorche era completamente infertile. I mariti, invece, pensavano che la mogli sperimentassero di più il desiderio durante i periodi infertili e provassero disinteresse sessuale durante i periodi fertili. D'altra parte il 35% delle donne dichiarava di non poter stabilire alcuna relazione tra mancanza d'interesse sessuale e cambiamenti fisiologici.

Tav. 17

Profile of Reported Sexual Behavior for 92 Wives (in percent)

Item	Part of Cycle			
	Fertile	Relatively Infertile	Absolutely Infertile	No Difference
Greatest sexual desire	63	14	4	19
Greatest discomfort	23	8	49	20
Least sexual interest	7	15	43	35
	Always	Often but not always	About half the time	Rarely
Frequency of orgasm	13	58	17	12
	More often than now	As often as now	Less often than now	Never
Desire for intercourse	69	29	2	0

211 C. F. WESTOFF e al., The pill and coital frequency, Med. Asp. Hum. Sex.,1971, 5, pp. 72 – 9

212 A. TOLOR e al., Personality patterns of couples practicing the temperature-rhythm method of birth control, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 119 – 33

213 Cfr. J. R. UDRY e al., Effect of contraceptive pills on sexual activity in the luteal phase of the human menstrual cycle, Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 205 – 14

In rapporto all'attività orgasmica, solo il 13% sperimentava sempre l'orgasmo, il 58% spesso e il 12% raramente (cfr. tav. 17).

Per quanto riguarda il comportamento sessuale dei mariti, il 15% dichiarava di raggiungere sempre l'orgasmo, l'11% spesso e il 10% circa la metà delle volte.

In rapporto al metodo anticoncezionale usato, l'84% delle donne trovava l'astinenza molto difficile; così pure la maggior parte degli uomini.

Questi risultati sono compatibili con quelli di altri investigatori.[214]

2. Anticoncezionali e femminilità

La riproduzione e la regolazione è un problema molto complesso, giacché convolge molti aspetti dell'individuo. Forse il più complicato di essi è la personalità di chi è coinvolto. E sebbene molti investigatori ritengono che la personalità sia il fattore più importante nella regolazione delle nascite, non si sono occupati di approfondire i rapporti tra femminilità e problemi nell'uso degli anticoncezionali, mentre ci si è preoccupati soprattutto degli aspetti tecnici in questo campo.

In questo paragrafo riportiamo qualche dato che mette in rilievo la differenza tra identificazione femminile e preferenza femminile in rapporto ai problemi che comporta l'uso degli anticoncezionali.[215]

N. KAPOR-STANULOVIC e LYNN sottoposero donne, che prendevano la pillola almeno da sei mesi, a test e questionari sulla femminilità in rapporto all'uso degli anticoncezionali. Dall'investigazione emersero i seguenti dati:

214 Cfr. J. MARSHALL / B. ROWE, Psychological aspects of the basal temperature method of regulating births, Fert. Steril., 1970, 21, pp. 14 – 19

215 Nello sviluppo del ruolo sessuale vengono distinti due aspetti: 1. L'identificazione del ruolo sessuale che si riferisce all'interiorizzazione degli aspetti di un ruolo appropriato di un dato sesso e alle reazioni inconscie caratteristiche di quel ruolo; 2 2. La preferenza del ruolo sessuale si riferisce al desiderio di adottare il comportamento associato al proprio sesso o a quello opposto. (Cfr. D. B. LYNN, Parental and sex-role identification: A theoretical formulation, Berkeley, California 1969, pp. 18 – 19). L'identificazione del ruolo sessuale e l'aspetto base dello sviluppo del ruolo sessuale di una persona ed è, di solito, sebbene non necessariamente, accompagnato dalla preferenza del ruolo sessuale corrispondente: es. una ragazza con identificazione femminile svilupperà assai probabilmente anche una preferenza femminile, ma può anche accadere che sviluppi una preferenza maschile.

"Experiencing a few problems in practicing birth control should be expected. Some trouble and mild uneaseness occur in every group of the total semple. The mean 'complent' score of 2.32 (on a scale of 1 – 7) and the mean number of side effects of 2.32 support this statement".[216]

I problemi associati all'uso degli anticoncezionali tendono a crescere in due cirsostanze: quando le donne sono molto femminili o quando hanno una bassa identificazione femminile, ma una preferenza femminile alta.

I problemi diminuiscono nelle donne con alta identificazione femminile, ma con bassa preferenza femminile.

Gli autori ritengono che i problemi che le donne, con alta identificazione e alta preferenza, hanno con gli anticoncezinali, sono in rapporto al loro tipo di vita dipendente e passivo. Mentre l'uso degli anticoncezionali richiederebbe di orientarsi verso l'attività e l'iniziativa, che sono appunto estranee a loro, per cui fanno resistenza nell'uso degli anticoncezionali. Oppure, essendo esse molto femminili, motivano la loro resistenza con il desiderio di diventare gravide e avere bambini.

Le donne con alta identificazione e alta preferenza, avendo una personalità fondamentalmente debole in rapporto alla femminilità, resistono agli anticoncezionali, in quanto questi rappresentono una minaccia al concetto di sè e all'immagine di donne adeguate che presentano agli altri.

Infine, le donne con alta identificazione e bassa preferenza sono contente di prendere iniziative e sperimentare il controllo delle funzioni del proprio corpo. D'altra parte esse rappresentano un rischio, in quanto esperimentano tecniche differenti invece di fissarsi su un metodo sicuro. Questo fatto suppone che alla base di una bassa preferenza femminile, soggiace il desiderio inconscio della gravidanza, il quale riflette l'identificazione femminile.

Si afferma pure che l'uso degli anticoncezionali toglie le differenze sessuali tra uomo e donna e permette alla donna di entrare in competizione con l'uomo non soltanto nell'ambito dell'esperienza sessuale, ma anche nelle diverse variabili psichiche della personalità, come autostima, fiducia in sè, sicurezza ecc.[217]

216 N. KAPOR-STANULOVIC / D. B. LYNN, Femminity and family planning, J. Sex Res., 1972, 8, pp. 286 – 97, 295

217 M. DIAMOND, e al., Visual sensitivity and sexual arousal during the menstrual cycle, J. Nerv. Ment. Dis., 1972, 155, pp. 170 – 76; B. SOMMER, Menstrual cycle changes and intellectual performance, Psychosom. Med., 1972, 34, pp. 263 – 9; B. SOMMER, The effect of menstruation on cognitive and perceptual-motor behavior, Psychosom. Med., 1973, 35, pp. 515 – 35

H. Rapporti extramatriomoniali

In questo paragrafo tratteremo due punti: 1. alcuni dati sui rapporti extramatrimoniali e 2. le cause dei rapporti extramatrimoniali.

1. Alcuni dati sui rapporti extramatrimoniali

Dai risultati di ASAYAMA[218] il 75 % degli uomini aveva rapporti extramatrimoniali. Nella classe ricca, la percentuale era del 90 %. In base a questi risultati emerge il fatto che i Giapponesi non sono più liberi di quanto lo siano le moglie, ma sono più liberi nei confonti degli Americani e degli Europei. Infatti, l'incidenza cumulativa dei rapporti extramatrimoniali degli Americani, in HUNT[219], e del 41 %, e del 50 % in KINSEY e coll.[220] Questa incidenza varia di poco se la classe media viene presa a sé.[221]

Sempre nell'indagine di ASAYAMA[222] 3 – 5 % delle donne, tra i 30 – 40 anni, avevano rapporti extramatrimoniali. Su un gruppo di 498 sposate il 7,1 % aveva temporaneamente o continuamente rapporti extramatrimoniali, tra di esse il 4 – 5 % erano sui 50 anni.

L'autore riporta che molto raramente le Giapponesi hanno rapporti extramaritali prima dei 30 anni, e la maggioranza delle adultere (90 %) non hanno più di un partner, il quale è molto spesso più anziano (80 % dei casi).

Dai risultati die HUNT[223] l'incidenza cumulative dei rapporti extramatrimoniali, tra le Americane, era del 18 %, mentre in KINSEY e coll.[224] era del 26 %. Questi ultimi risultati sono confermati da REISS.[225]

218 S. ASAYAMA, Adolescent, pp. 108 – 9

219 M. HUNT, Sexual behavior in the 1970's, Playboy, 1970, 21, p. 60

220 A. C. KINSEY e al., Sexual behavior in human male, Filadelfia 1948

221 R. E. JOHNSON, Some correlation of extramarital coitus, J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 449 – 56; R. N. WHITEHURST, Extramarital sex; alienation or extention of normal behavior, G. NEUBECK (a cura di), Extramarital relations, Englewood Cliffs N. 1969, p. 129

222 S. ASAYAMA, Adolescent, pp. 107 – 8

223 M. HUNT, Sexual behavior in the 1970's, Playboy, 1974, 21, p. 60

224 Cfr. A. C. KINSEY e al., Sexual behavior in humane female, Filadelfia 1953

225 I. REISS, The family system in America, New York 1971

2. Causa dei rapporti extramatrimoniali

Dalle varie investigazioni[226] risulta che i rapporti extramatrimoniali sono in connessione ai seguenti fattori: 1. più basso è lo stato socioeconomico e 2. più bassa è la pratica religiosa più probabile è il coinvolgimento extramatrimoniale; 3. più uno vive in area urbana, più probabile è il coivolgimento extramatrimoniale; 4. più alta è l'esperienza prematrimoniale, più probabile è il coinvolgimento extramatrimoniale; 5. più è la durata del matrimonio, più probabile è il coinvolgimento matrimoniale; 6. meno è la soddisfazione nei rapporti maritali, più sono le relazioni extramatrimoniali e 7. più è alto il senso di alienazione di un individuo,più è il coinvolgimento extramatrimoniale.

Inoltre, se da una parte molti investigatori trovano che i rapporti extramatrimoniali sono il risultato di conflitti nevrotici e di matrimoni malati[227] altri indicano che tali rapporti non sono necessariamente in relazione al maleaggiustamento maritale o all'infelicità della coppia, ma anche all'occasione o alla possibilità percepita e ad altri fattori, e che questo comportamento è spesso accordato in antecedenza ed è tollerato dagli sposi.[228]

Soprattutto nell'ambiente nord americano, sebbene il matrimonio tradizionale in quantità continua[229] la sua qualità è un'altra. Vi sono tipi di matrimoni in cui sono già prospettati o accordati i rapporti extramatrimoniali,[231]

226 Cfr. J. N. EDWARDS, Extramarital involvement: fact and theory, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 210 – 24; R. E. JOHNSON, Some correlates, pp. 449 – 56; R. N. WHITEHURST, Extramarital, pp. 129 – 56; G. NEUBECK, Extramarital, p. 146; R. ATANASIOU / R. SARKIN, Premarital sex behavior and postmarital adjustment, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 207 – 25

227 J. N. EDWARDS / A. BOOTH, Sexual behavior in and out of marriage: an assessment of correlates, J. Marr. Fam., 1976, 38, pp. 73 – 81

228 G. NEUBECK / V. M. SCHLETZER, A study of extramarital relationships, in G. NEUBECK (a cura di), Extra marital relations, Englewood& Cliffs, 1969, p. 146; A. ELLIS, Healthy and disturbed reason for having extramarital relations, in G. NEUBECK, p. 153; J. F. CUBER, Adultery: reality versus stereotype, in G. NEUBECK, p. 449; G. D. BARTELL, Group sex, New York, 1971; D. H. OLSON, Marriage of the future: revolutionary or evolutionary changes? Fam. Coord. 1973, 21, p. 383;

229 D. H. OLSON, Marriage, p. 383

230 J. H. RAMEY, Emerging pattern of innovative behavior in marriage, Fam. Coord. 1972, 21, p. 435; Playboy Panel, New sexual life stiles, Playboy 1973, 20, p. 73

231 L. L. CONSTANTINE / J. M. CONSTANTINE, Group and multilateral marriage: definitional notes, glossary and annoted bibliography, Family Process 1971, 10, pp. 157 – 76; gli stessi autori, Group marriage: a study of contemporary multilateral marriage, New York 1973

come per es. il matrimonio di gruppo[232] e quello più largamente discusso, il così detto "matrimonio aperto" (open marriage) o "scambio di partner" (mate swapping)[233], o come lo definisce ELLIS[234] „adulterio civilizzato" (civilized adultery), in cui la coppia si accorda, prima o dopo l'accordo legale, che il marito, o la moglie, probabilmente intraprenderà rapporti extramatrimoniali con il pieno consenso dell'altro.[235]

I. Sessualità e personalità

Scopo di questo paragrafo è di riportare i dati di quelle ricerche che di recente si sono occupate dei rapporti tra variabili della personalità e del comportamento.

La maggior parte degli investigatori, che si sono occupati dei rapporti tra variabili della personalità e del comportamento sessuale, hanno più che altro centrata la loro attenzione sulle differenze tra etero e omosessuali.[236] Il significato specifico delle caratteristiche psichiche della sessualità tipica è stato poco investigato.[237].

232 N. O'NEILL / G. O'NEILL, Open marriage: implication for human service systemes, Fam. Coord., 1973, 22; gli stessi autori, Marriage: a contemporary model, in A. M. FREEDMAN e al., vol. II, pp. 1430 – 4; J. R. SMITH / L. G. SMITH, Co-marital sex and sexual freedom movement, J. Sex Res. 1970, 6, pp. 131 – 42

233 C. SYMONDS, Sexual mate-swapping and the swingers, Marriage Consouling Quaterly, 1971, 6, pp. 1 – 12; D. DENFELD / M. GORDON, The sociology of mate swapping; or the family that swings together clings together, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 85 – 100

234 A. ELLIS, Sexual mores a quarter of a century from now, Psychiatr. Opin. 1973, 10, p. 17

235 C. PAULSON / R. PAULSON, Swing in Wedlock, Society, 1972, 9, pp. 28 – 37; G. B. SPANIER / C. L. COLE, Mate-swapping: participation, knowledge and values in a Midwestern Community, Cansas City, Missouri 1972; C. L. COLE / G. B. SPANIER, Comarital mate-sharing and family stability, J. Sex Res. 1974, 10, pp. 21 – 31

236 Questo problema sarà discusso nel capitolo delle perversioni.

237 G. SCHMIDT, "Empirisch-psychologische", pp. 67 – 8

1. Dati

In GREENBERG e ARCHAMBAULT[238] non fu trovata alcuna correlazione tra stima di sé e comportamento masturbatorio di un gruppo di 54 soggetti, tra cui 19 sposati. Dati precedenti avevano suggerito che il senso di colpa associato alla masturbazione nuoceva alla stima di sé.[239]

Tav. 18

F Values for Comparisons between Female High and Low Masturbators for Several Personality Variables and Certain Aspects of Sexual Behavior

Variable	High masturbators (N: 40)	Low masturbators (N: 44)	F
Neuroticism	M: 14.425 SD: 3.987	M: 13.727 SD: 4.323	.5725
Extraversion	M: 15.275 SD: 3.098	M: 12.022 SD: 3.081	3.370
Lie scale	M: 1.200 SD: 1.208	M: 1.682 SD: 1.591	2.347
Sex drive and interest	M: 20.650 SD: 2.535	M: 18.250 SD: 3.358	12.483†
Self rated sex drive	M: 6.443 SD: 1.890	M: 6.307 SD: 2.271	.0864
Frequency of intercourse per month	M: 6.125 SD: 4.702	M: 5.795 SD: 8.390	.0467

ABRAMSON[240] investigò sul comportamento masturbatorio di 84 studentesse e 75 studenti in rapporto ai vari aspetti della personalità. Nessuna differenza significativa risultò tra la stabiltà emozionale delle donne che si masturbavano con più frequenza e quella delle altre, e che esse non erano

238 J. S. GREENBERG / F. X. ARCHAMBAULT, "Masturbation". pp. 41 – 51

239 P. A. BROOKS, Masturbation, Am. J. Nurs., 1967, 67, pp. 823 – 3

240 R. P. ABRAMSON, "the relationship", pp. 132 – 42

Questo autore adoperò i seguenti mezzi: l'EPI (Eysenck Personality Inventory (cfr. N. J. EYSENCK / S. B. EYSENCK, The Eysenck personality inventory, San Diego 1968); il Sex inventory di F. THORME e al. (cfr. C. F. THORME e al., Objective studies of

meno estroverse di queste. Inoltre, le donne con più frequenza masturbatoria, oltre a risultare più alte in potenza sessuale, mostravano interessi e atteggiamenti più positivi verso una varietà di espressioni della sessualità[241] (cfr. Tav. 18).

Risultò invece che gli uomini con una frequenza masturbatoria più alta, oltre ad avere un potenziale sessuale più alto e più interessi sessuali, dicevano più bugie, erano più nevrotici e meno estroversi, convalidando così la tesi di ELLIS[242], in cui si afferma che una più alta frequenza masturbatoria e in rapporto all'incapacità di stabilire contatti socio-sessuali.

SCHMIDT[243] riporta i dati di una sua ricerca fatta in collaborazione con GIESE. In questa ricerca le caratteristiche della personalità, nevroticismo (N) e estroversione (E), sono messe in rapporto al comportamento e andamento sessuale di 2835 studenti e 831 studentesse, divisi in gruppi a seconda del grado di soddisfazione. Ad ogni caratteristica corrispondevano due sottogruppi (circa il 20% dei partecipanti), e un gruppo di mezzo (la maggior parte dei partecipanti).[244]

Età del primo petting e coito, frequenza del coito matrimoniale e prematrimoniale, cambio dei partners e tecniche sessuali non differivano "in den nach N gebildeten Extremgruppen". Mentre chiare differenze risultarono nel campo delle esperienze sessuali. Le studentesse instabili (N+), con esperienze coitali, riportavano una frequenza dell'orgasmo inferiore alla media. La percentuale di quelle , che non avevano raggiunto mai o quasi mai l'orgasmo, era due volte maggiore di quella delle studentesse stabili (N-). Gli stabili di ambo i sessi registravano una tensione sessuale molto alta. Nei gruppi N+, più del 15 – 25% dicevano di avere una libido forte, o non erano contenti della quantità della loro attività sessuale. Perciò desta una certa meraviglia che quelli con N+ tendessero un po' di più a masturbarsi. Soprattutto, molti

adult male sexuality utilizing the sex inventory) e l'MQ (cfr. A. C.KINSEY e al., Sexual behavior in the human male, Filadelfia 1948).

241 Cfr. F. C. Thorme e al., "Objective", pp. 1 – 43

242 A. ELLIS, "Masturbation", 141 – 3

243 G. SCHMIDT, ibidem, pp' 68 – 81

244 N e E sono ritenute le dimensioni principali della personalità. Esse sono cosi definite in SCHMIDT: "N ist als emotionale Labilität zu umreißen und wird als Disposition zur Entwicklung von Neurosen angesehen. E ist ein Eigenschaftskomplex, der vor allem durch Kontaktbereitschaft, Dominanz und Aktivität definiert ist" (p. 68, note 21).

tra di loro avevano continuato a masturbarsi fino all'età adulta più degli N- (87% contro 73% nei maschi, e 52% contro 29% nelle femmine). Correlazioni positive furono pure trovate in rapporto alle tendenze eterosessuali. Inoltre gli N+ diminuivano in rapporto al "sexuell-vegetativen Bereich". Gli studenti instabili riportavano una frequenza di polluzioni e di erezioni spontanee meno della media, mentre le studentesse instabili lamentavano più anomalie del ciclo (durata del periodo oltre 31 giorni, irregolarità delle regole e malattie delle regole erano 2 – 3 volte più frequenti che nel gruppo N-).

Tra comportamento eterosessuale e estroversione fu riscontrato che gli estroversi (E+) erano più attivi degli introversi (E-). La percentuale del petting in ambo i sessi, tra i 16 – 20 anni, risultò essere uguale sia nel gruppo E+ sia nel gruppo E-. Solo gli estroversi risultarono aver sperimentato i rapporti eterosessuali notevolmente prima.

Fino al momento della ricerca, il 70% degli studenti e il 64% delle studentesse del gruppo E+ avevano già sperimentato i rapporti prematrimoniali, contro il 38% e il 36% del gruppo E-, rispettivamente.

Fu osservato che, tra gli estroversi, solo quelli attivi al coito avevano una frequenza più alta della media, tendevano a cambiare più partner e praticavano una più raffinata varietà di tecniche coitali.

Una correlazione positiva fu riscontrata tra estroversione e standard sessuali, soprattutto per quanto riguarda i rapporti prematrimoniali e extramatrimoniali.

Questi risultati portano alla conclusione che le tendenze nevrotiche non sono associate nè con una speciale continenza eterosessuale nè con la promiscuità.[245]

H. EYSENCK[246] esaminò 427 uomini e 436 donne (età tra i 20 – 50 anni) su diversi punti della scala della permissività di REISS su i rapporti prematrimoniali e su quattro misure della scala della personalità[247]: psicoticismo (P), nevroticismo (N), estroversione (E) e propensità a simulare (L= lie scale).

245 Cfr. M. B. FRIEDMAN, The sexual behavior of American college women: an empirical study and a historical survey, Merril Palmer Quart., 1965,11, pp. 33 – 48

246 H. J. EYSENCK, Personality, premarital sexual permissiveness and assortative mating, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 47 – 51

247 Per la descrizione di questa scala (cfr. H. J. EYSENCK / W. MICHAELIS, The determination of personality inventory factor patterns and intercorrelations by changes in real-life motivation, J. Gen. Psychol., 1971, 118, pp 223 – 34).

L'autore trovò che gli uomini erano più permissivi delle donne su tutti e cinque gli articoli della scala di REISS e che questi articoli erano in correlazione con P, E, N e L; gli uomini con più alto P erano più permissivi di quelli con P basso, quelli con L erano meno permissivi degli uomini con L basso, e che gli estroversi erano leggermente più permissivi degli introversi, mentre l'M non mostrò alcuna correlazione.[248]
Lo stesso autore investigò pure sull' 'accoppiamento occasionale' (assortative mating) di 241 coppie. Egli trovò che le correlazioni con la permissività erano tutte positive, mentre in rapporto alla scala della personalità l'accoppiamento occasionale risultò importante solo per il nevroticismo, cofermando così risultati di altre ricerche precedenti.[249]

In un'altra ricerca, sempre EYSENCK esaminò un gruppo di studenti e studentesse tra i 18 – 22 anni, alti in N e in E e un gruppo di controllo in N e in E, in rapporto alla personalità, all'aggiustamento sessuale, alle attitudini e al comportamento sessuale.[250]

Dall'insieme dei risultati emerse che i soggetti alti in N e in E, nei confronti del gruppo di controllo, erano sessualmente più attivi, avevano pulsioni libidiche più forti, erano più eccitati dagli stimoli sessuali, avevano meno riguardi per i tabù sociali sessuali (verginità, castità ecc), pensavano al sesso quasi ogni giorno, avevano più pensieri perversi e si erano imbarcati di più in attività perverse sessuali. D'altra parte risultarono pure di essere molto più inibiti, di avere più rimorsi di coscienza, più senso di colpa circa le loro esperienze sessuali ecc. In definitiva, sebbene essi vantassero maggiori successi sessuali dei soggetti bassi in N e E,[251] resultarono essere meno soddisfatti della loro vita sessuale (Cfr. tav. 19).

248 H. J. EYSENCK, Personality and attitudes to sex: a factorial study, Personality 1970, 1, pp. 335 – 76; lo stesso autore, Personality and sexual adjustment, Brit. J. Psychiat. 1971, 118, pp. 593 – 608

249 Lo stesso autore, Genetic factors in personality development, A. R. KAPLAN (a cura di), Human behavior genetics, Springfield 1973; J. I. JINKS / D. W. FULKER, Comparison of the biometrical, genetical, MAVA and classical approaches of the analysis of human behaviour, Psychol. Bull., 1970, 73, pp. 311 – 49

250 H. J. EYSENCK, Hysterical personality and sexual adjustment, attitudes and behaviour, J. Sex Res. 1971, 7, pp. 274 – 81; Cfr. B. T. JORDAN / B. KEMPLER, Hysterical personality: an experimental investigation of sex-role conflict, J. Abnor. Psychol. 1970, 75, pp. 172 – 6

251 Cfr. J. P. CURRAN e al., Correlates of sexual experience among university students, J. Sex Res. 1973, 9, pp. 124 – 31

Tav. 19

Item:	M_H	M_C	F_H	F_C
1. One minute continuous lip kissing	98%	90%	96%	78%*
2. Manual manipulation of male genitals, over clothes, clothes, by female.	70%	66%	70%	52%
3. Kissing nipples of female breasts.	88%	82%	74%	50%*
4. Oral contact with female genitals.	44%	34%	44%	32%
5. Sexual intercourse, face to face.	86%	62%*	50%	24%*
6. Manual fondling of female breasts, over clothes.	98%	88%	82%	68%
7. Oral contact with male genitals by female.	48%	38%	36%	32%
8. Manipulation of male genitals to ejaculation, by female.	58%	54%	64%	40%*
9. Manipulation of female breasts, under clothes.	96%	86%	78%	60%
10. Manipulation of male genitals, under clothes, by female.	68%	62%	78%	52%
11. Sexual intercourse, man behind woman.	30%	26%	24%	16%
12. Manipulation of female genitals, over clothes.	84%	74%	74%	58%
13. Manipulation of female genitals to massive secretions.	76%	64%	46%	34%
14. Mutual oral-genital contact to mutual orgasm.	26%	10%	6%	12%
15. Mutual manipulation of female genitals, under clothes.	86%	72%	68%	52%
16. Mutual manual fondling of genitals.	84%	66%*	72%	48%*
17. Oral contact with male genitals to ejaculation, by female.	32%	16%	18%	12%
18. Mutual manual fondling of genitals to mutual orgasm.	52%	44%	36%	24%
19. Mutual oral-genital contact.	32%	18%	28%	20%

Frequency of 19 different sexual acts performed by male and female Hysterics and Controls. Significant differences between H and C groups are asterisked.

J. HUSTED e A. EDWARDS[252] trovaro una correlazione significativa tra introversione e depressione con autoerotismo e eccitazione sessuale, ma non con l'attività eterosessuale. E, contrariamente a quanto era stato trovato da altri autori,[253] non rilevarono alcuna correlazione tra ipomania e attività sessuale.

252 J. R. HUSTED / A. E. EDWARDS, Personality correlates of sexual arousal and behavior, Arch. Sex. Res. 1976, 5, pp. 149 – 56

253 S. RIETI, American handbook of psychiatry, vol. III, 2. ed., New York 1974

L. Sessualità e stimoli psicosessuali

I parametri più importanti che le ricerche sugli stimoli erotici (films, immagini, slides ecc. a tematica sessuale: masturbazione, petting, coito nelle varie tecniche e posizioni) includono, reazioni iniziali all'esposizione, il medium di presentazione, temi sessuali, differenze di eccitamento dell'uomo e della donna, circostanze dell'esposizione, effetti conseguenti, reazioni agli stimoli erotici relazionati alle caratteristiche della personalità e altre variabili.

Scopo di questo paragrafo è di dare una sintesi dei dati di alcuni di questi parametri ritenuti più importanti.

1. Dati

In rapporto alle reazioni iniziali di fronte al materiale erotico, le ricerche indicano che la maggioranza dei soggetti sono sempre eccitati, anche se il grado di eccitazione varia da soggetto a soggetto.[254]

Alcuni autori[255] riportano risposte sessuali differenti in rapporto ai differenti media presentati. Essi hanno constatato che gli uomini sono piu spesso eccitati da immagini di attività sessuale che dalla letteratura generale (leggere o ascoltare racconti erotici, vedere films erotici commerciali).[256] Le donne

254 R. ATHANASIOU / P. SHAVER, Response to pornography: a comparison of male heterosexuals and homosexuals, Proc. Ann. Conv. Am. Psychol. Ass. 1970, 5, pp. 349 – 50; R. ATHANASIOU e al., Sex, Psychology Today, 1970, 4, pp. 39 – 52; D. L. MOSHER, Psychological reactions to pornography, Washington 1970; G. SCHMIDT e al, Psychological stimulation in men: emotional reactions changes of sex behavior, and measures of conservative attitudes, J. Sex Res. 1969, 5, p. 119; V. SIGUSCH e al., Psychosexual stimulation: sex differences, J. Sex Res. 1970, 6, pp. 10 – 24

255 D. A. SANFORD, Patterns of sexual arousal in heterosexual men, J. Sex Res. 1974, 10, pp. 150 – 5; G. SCHMIDT e al., Responses to reading erotic stories: male-female differences, Arch. Sex. Beh. 1973, 2, pp. 181 — 99; D. BYRNE / J. LAMBERTH, The effect of erotic stimuli on sex arousal evaluative responses, and subsequent behavior, Washington 1970; N. McCONAGHY, Penile volume responses to moving and still pictures of male and female nudes, Arch. Sex. Beh. 1974, 3, pp. 565 – 70

256 Diverse ricerche riportano che i media sessuali (la pornografia in particolare) non condizionano in modo meccanico e automatico il comportamento del soggetto, ma essi constituiscono piuttosto un elemento nella configurazione totale della consumazione generale dei media, e come gli altri media esso è consumato e recepito in proporzione alla posizione sociale e alle caratteristiche personali del consumatore, ed è relazionato

sono eccitate più dalla letteratura generale che dai films erotici commerciali, dipinti o racconti erotici. Ed è stato osservato che meno esplicita è la presentazione più alto è il grado di eccitazione.

Gli studi sulle differenze d'eccitazione tra uomo e donna indicano che l'uomo è portato di solito a considerare gli stimoli erotici più eccitanti di quanto non li stimino le donne. Tuttavia in rapporto ai vari stimoli, le differenze non sono molto marcate: ambo i sessi non differiscono in modo drastico nelle reazioni fisiologiche e nel comportamento sessuale.[257] Gli uomini tendono ad essere eccitati di più da immagini di donne nude[258], mostrano maggiore interesse in dipinti di donne nude[259], ed nel guardare nudi femminili esibiscono più deviazioni del GSR.[260] Le donne, al contrario, valutano le immagini di uomini nudi molto più eccitanti di quanto non li valutano gli uomini.[261]

I ricercatori sono, in generale, concordi che l'attività sessuale (masturbazione, petting, coito) di ambo i sessi è più alta nelle 24 ore dopo l'esperimento che nelle 24 ore prima[262], e quando emerge una differenza tra i due sessi, l'attività sessuale è relativamente più alta tra gli uomini.[263]

alle variabili dell'esperienza e del comportamento sessuale di un particolare individuo (Cfr. A. S. BERGER e al., Pornography: the high school and college years, Washington 1970, vol. 9; A. S. BERGER e al., Urban working class adolescents and sexually explicit media, Washington 1970, vol. 9; A. S. BERGER e al., Youth and pornography in social context, Arch. Sex. Beh. 1973, 2, pp. 279 – 308; R. ATHANASIOU / P. SHAVER, Correlates of heterosexual' reactions to pornography, J. Sex Res. 1971, 7, pp. 298 – 311).

257 W. GRIFFITT, Response to erotica and projection of response to erotica in the opposite sex, Manhattan 1970 (ciclost.); D. L. MOSHER, Sex-guilt and reaction to pornography, Stoor 1970 (ciclost.); D. G. STELLE / C. E. WALKER, Male and female differences in reaction to erotic stimuli as related to sexual adjustment, Arch. Sex. Beh. 1974, 3, pp. 459 – 70; ABELSON e al., Attitudes toward and experience with erotic materials, Washington 1970, vol. 8; B. KUTCHINSKI, The effect of pornography - An experiment on perception, attitudes, and behavior, Washington 1970, vol. 8; J. MANN e al., Effects of erotic films on sexual behaviors of married couples, Washington 1970, vol. 8; SCHMIDT / SIGUSCH, Psychosexual stimulation, pp. 268 – 83

258 D. BYRNE / L. LAMBERTH, The effect, ibidem; V. SIGUSCH e al., Psychosexual, pp. 10 - 24

259 A. M. BUCHWALD e al., Sex censorship: the assumption of antiobscenity laws and empirical evidence, Minnesota Law Rev. 1962, 46, pp. 1009 – 41

260 C. E. COLSON, The evaluation of pornography: effects of attitude and perceived physiological reaction, Arch. Sex. Beh. 1974, 3, pp. 307 – 23; R. R. KOEGLER / L. Y. KLINE, Psychotherapy research: an approach utilizing autonomic response measurement, Am. Psychotherap. 1965, 19, pp. 289 – 79

261 D. BYRNE / J. LAMBERTH, The effect, ibidem;

262 P. H. GERARD, Sex differences in sexual response, Arch. Sex. Beh. 1973, 2, pp. 201 – 3; B. KUTSCHISKI, The effect, ibidem; D. L. MOSHER, Psychological, ibidem

Sulle variazioni dei temi sessuali, le ricerche hanno dimostrato che sia gli uomini[264] che le donne[265] stimano molto eccitanti le immagini del petting eterosessuale e dell'attività del coito.

Le investigazioni, sulle circostanze in cui sono stati samministrati gli stimoli, indicano che una seduta permissiva e informale risulta, ai test proiettivi, più libera nelle espressioni delle fantasie sessuali che una seduta formale.[266]

Sugli stimoli erotici e il loro effetto susseguente, le poche richerche fatte dimostrano che l'esposizione ripetuta allo stimolo erotico porta ad un calo dell'eccitazione e alla fine alla sazietà.[267] E sembra pure che, nell'esporsi allo stimolo erotico, in un primo tempo l'eccitazione sessuale cresce relativamente rapida, poi raggiunge il culmine e quindi dinimuisce gradualmente col tempo.[268]

I dati sulle reazioni agli stimoli erotici in rapporto all'aggiustamento sessuale dimostrano che gli individui con qualche indizio di senso di colpa, con conflitti, repressione e malaggiustamento in campo sessuale, tendono ad evitare gli stimoli erotici e sono ad essi meno responsivi.[269]

Infine viene sottolineato che gli individui non religiosi o politicamente e sessualemente liberali tendono ad essere eccitati più dagli stimoli erotici[270] e

263 G. SCHMIDT / V. SIGUSCH, Sex differences, pp. 268 – 83; G. SCHMIDT e al., Responses, pp. 181 – 99

264 D. M. AMOROSO e al., An investigation of behavioral, psychological reactions to pornographic stimuli, Washington 1970; D. WALLACE e al., Contemporary community standards of visual erotica, Washington 1970

265 V. SIGUSCH e al, Psychosexual, pp. 10 – 24; D. WALLACE e al., Contemporary ibidem

266 P. MUSSEN / A. SCODED, The effects of sexual stimulation under varying conditions on TAT sexual responsiveness, J. Cons. Psychol. 1955, 19, p. 90

267 J. L. HOWARD e al., Effects of exposure to pornography, Washington 1970; M. ZUCKERMANN, Physiological measures of sexual arousal in the human, Washington 1970;

268 W. MASTERS / V. JOHNSON, Human sexual response, Boston 1966

269 R. ATHANASIOU e al., Sex, pp. 39 – 52; G. G. GALBRAITH / D. L. MOSHER, Associative sexual responses to sexual arousal, guilt, and external approval contingencies, J. Personal. Soc. Psychol. 1968, 10, pp. 142 – 7

270 R. ATHANASIOU / P. SHAVER, Response, ibidem; D. G. STEEL / C. E. WALKER, Male and female, p. 468

giudicano, di solito, gli stimoli erotici meno pornografici e meno offensivi alla morale[271] dei religiosi o praticanti e dei conservativi in politica, in sesso o in religione.

271 D. H. WALLACE / G. WEHMER, Evaluation of visual erotica by sexual liberals and conservatives, J. Sex Res. 1972, 8, pp. 147–53; R.S. REED / P.R.U.D.E.S. (Pornopraphy research using direct erotic stimuli), J. Sex Res. 1972, 8, pp. 237 – 46; R. D. BIRKELBACK / L. A. ZURCHER, jr., Some socio-political characteristics of antipornography campaigners: a research note, Sociological Symposium, 1970, 4, pp. 13 – 21

PARTE TERZA

SESSUALITÀ ATIPICA MASCHILE E FEMMINILE

Dopo aver trattato della sessualità tipica dell'uomo e della donna, in questa terza parte cercheremo di dare una visione della sessualità atipica o delle così dette deviazioni. Ma prima di passare a trattare di esse, riteniamo necessario dare uno sguardo alle ricerche sull'identità di genere. Essa, come vedremo ci permetterà di capire meglio lo sviluppo e la natura delle deviazioni, e cioè dell'omosessualità maschile e femminile, del transessualismo maschile e femminile e del transvestitismo.

Capitolo VII

IDENTITA' DI GENERE[1]

Nel breve sguardo che daremo all'identità di genere, innanzitutto ci soffermeremo sulla terminologia, data la sua recente formulazione, poi delineremo le forze che la determinano, per finire con un accenno all'identità di genere profonda.

A. Terminologia

L'identà di genere è l'uniformità, l'unità e la persistenza dell'individualità di un individuo come maschio o come femmina, o ambivalente, in grado maggiore o minore, specialmente in quanto è sperimetato nella propria coscienza e nel proprio comportamento. L'identità di genere è l'espressione privata del ruolo[2] di genere, e il ruolo di genere è l'espressione pubblica dell'identità di genere.[3]

Ruolo di genere è tutto ciò che una persona dice e fa per indicare a se stessa o il grado della sua mascolinità, femminilità o ambivalenza; esso include l'eccitazione e la risposta sessuale, ma non è ristretto solo a ciò.[4]

1 Il termine identità di genere (gender identity) fu introdotto da MONEY e al. Esso denota l'adattamento di un soggetto nel suo ruolo sessuale. Nel frattempo esso fu usato, sempre più frequentemente, da MONEY e da altri, nel contesto della motivazione erotica (Cfr. MONEY e al. An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism, Bull. Johns Hopkins Hospital, 1955, 97, p. 301).

2 Il termine 'ruolo' implica prescrizioni comportamentali che hanno precedente esistenza nella struttura sociale. Esso è imparato.

3 MONEY / EHRHARDT, Uomo. donna, cap. I.

4 MONEY / EHRHARDT, Uomo, donna, cap. I.

B. Forze determinanti dell'identità di genere

L'identità di genere è il prodotto di tre forze: forze biologiche, forze biopsichiche e forze intrapsichiche[5], come risposte all'ambiente, specialmente effetti dovuti ai genitori e agli atteggiamenti della società.[6]

1. Forze biologiche. Secondo le ricerche di JOST[7], la regola normale dello sviluppo dell'embrione è che la gonade primordiale comincia la sua differenziazione come testicolo. Il tessuto di base dei mammiferi è femminile e gli organi maschili sono prodotti solo con un impulso di androgeni. Perciò, secondo la regola, per ottenere la mascolinizzazione, deve essere aggiunto qualche cosa. Allo stesso modo gli androgeni sono necessari al cervello di ogni specie – nel periodo critico specifico – perchè sia organizzato alla mascolinizzazione.[8] Tale organizzazione produce una reazione, negli animali inferiori, tipica dei maschi, cioè un comportamento maschile. Esperimenti naturali negli esseri umani confermano la regola generale che mascolinità e maschilità dipendono da androgeni fetali.[9]

Le osservazioni fatte su animali, attraverso la scala evoluzionistica ascendente, mostrano che la regola generale del comportamento è che l'organismo può adattarsi ad una larga estensione di stimoli ambivalenti. Ciò è anche vero per il comportamento del genere: mascolinità e femminilità sono in contrasto con maschilità e femmininità. Nessuna specie più di quella umana viola così spesso la regola che vorrebbe insieme comportamento maschile e mascolino, femminino e femminile.[10]

Ciò è meglio compreso tenendo presente le forze ambientali le quali contribuiscono alla determinazione dello sviluppo della mascolinità e della femminilità.[11]

5 H. B. BILLER, Father absence and the personality development of the male child, Develop. Psychol. 1970, 2, pp. 181 – 201 ; J. DOMINIAN, Genetic factors and personality disorders, Med. Lab. Technol. 1971, 28, pp. 367 – 72; A. A. EHRHARDT, psychosexuality;psychological problems in intersexuality, Acta Endocr. 1974, (supp. 184), 75, p. 194; G. GREEN, Sexual identity: research strategies, Arch. Sex. Beh. 1975, 4, pp. 337 – 52

6 A. A. JOST, A new look, pp. 38 – 53

7 R. J. STOLLER, Gender identity, in A. M. FREEDMAN e al., p. 1400

8 MONEY / EHRHARDT, Uomo, donna, cap. 4 – 5

9 Ibidem

10 MONEY e al., Imprinting and the establishment of gender role, Arch. Neuro. Psychiat., 1957, 77, p. 333

2. Forze biopsichiche. Le forze biopsichiche comprendono quelle forze originate nell'ambiente e che esercitano la loro influenza attraverso la vita della coscienza conscia o inconscia. Esse sono non-mentali (non psichiche). Ambiente significa qui non solo gli stimoli provenienti dal di fuori dell'organismo, ma anche quelli provenienti dall'interno, i quali operano cambiamenti sul sistema nervoso, istigando più o meno permanentemente il comportamento.

Questo processo è ancora poco compreso negli esseri umani. Tuttavia secondo STOLLER[12] l'evidenza dell'azione di queste forze – o che esse esistano – non è stata ancora trovata e non si sa fino a che punto esse contribuiscono all'abituale comportamento adulto (identità).

3. Forze intrapsichiche (ambientali). – Questa terza categoria di forze, che contribuiscono all'identità di genere, comprende due branche. La prima branca comprende gli effetti della formazione: ricompensa e castigo, che non lasciano depositi di conflitto intrapsichico.[13] La seconda comprende fattori traumatici, frustrazioni e conflitti – da principio con gli oggetti e poi con se stesso, allorché una parte dell'io entra in contrasto con un'altra parte – e gli sforzi che una persona fa nel risolvere questi conflitti per raggiungere soddisfazione e tranquillità.[14]

Nell'ambiente psicoanalitico ciò è conosciuto come conflitto di Edipo e sua soluzione. FREUD[15] ne è l'iniziatore con la teoria della bisessualità. Le ricerche recenti, se da una parte confermano alcune intuizioni di FREUD sull'identità di genere, dall'altra ne rettificano o ne eliminano altre, dando nuove conoscenze sul problema.

Dall'investigazione di STOLLER risulta cruciale il fatto che il bambino o la bambina passano i primi mesi di vita in uno stato di simbiosi, in cui il neonato non vive ancora la dimensione della separazione corporea e psichica della madre. Questo stato di fusione suggerisce che i primissimi stadi dell'infanzia non sono in un rapporto di oggetto amoroso con la madre, ma piuttosto come

11 R. J. STOLLER, Gender, p. 1400

12 Ibidem

13 R. J. STOLLER, Gender, p. 1400; M. KITAHRA, Polygyny: insufficient father-son contact and son's masculine identity, Arch. Sex. Ben. 1976, 5, pp. 201 – 309; H. B. BILLER, Father, child and sex role, Lexington 1971

14 R. STOLLER, ibidem

15 S. FREUD, Tre saggi sulla teoria della sessualità, trad. ital. Roma 1969, p. 77

se fossero parte di essa. Questo essere parte di essa è partecipare del suo essere donna-madre, cioè della sua femminilità e femmininità.[16]

Ci si domanda se ci sono prove di questo stadio protofemminile. Se ci sono prove di questo stadio protofemminile, esse devono mostrare che forme di comportamento riconosciute come femminili devono trovarsi sia nel neonato maschio che nella femmina.

MHALER[17] afferma che non ci sono prove chiare che attestino un comportamento maschile o femminile nel neonato di ambo i sessi prima di un anno e più di età, quando il processo della separazione si è ormai verificato. STOLLER invece ritiene che studiando più i maschi, e meno le femmine, si possono trovare tre indizi o tracce a questa tesi.

Il primo indizio si trova nella forma più estrema di femminilità di una categoria di uomini: i transessuali.[18] In questa rara condizione, una strettissima beata simbiosi si stabilisce tra madre e infante fin dalla sua nascita e si protrae per anni, fino a quando il bambino si sottrae all'abbraccio materno perché inizia la scuola o per altro motivo. Se la simbiosi madre-bambino non si realizza, come avviene nei bambini che diventano maschili, la femminilità non si sviluppa.[19]

Il secondo indizio si trova in quegli uomini che hanno una paura ambigua di essere effeminati.[20] In questa paura – ansia di castrazione in psicoanalisi – e nella trasformazione di questa paura (per mezzo della quale si formano le perversioni negli uomini) il bambino stabilisce una vera vigilanza. Solo questa

16 R. J. STOLLER, Overview: the impact of new advances in sex research on psychoanalytic theory, Am. J. Psychiat. 1973, 130, pp. 341 – 50

17 M. MHALER, On human symbiosis and vicissitudes of individuation, New York 1968

18 R. J. STOLLER, Symbiosis, anxiety and the development of masculinity, Arch. Gen. Psychiat. 1974, 30, pp. 165 – 6; R. GREEN. Sexual identity conflict in children and adults, New York 1973; In queste ricerche gli autori studiano bambini transessuali da 4 – 5 anni fino all'età adulta.

19 R. J. STOLLER, Symbiosis, pp. 165 – 6; P. LOBOVITZ, Feminine behavior in boys: aspects of its outcome, Am. J. Psychiat. 1972, 182, pp. 1285 – 9; L. E. NEWMAN, Transsexualism adolescence: problems in evaluation and treatment, Arch. Gen. Psych. 1973, 23, pp. 412 – 21; L. E. NEWMAN e al., The oedipal situation in male transsexualism, Brit.J.Med. Psychol. 1971, 44, pp. 295 – 303; R. GREEN, Diagnosis and treatment of gender identity disorders during childhood, Arch. Sex. Beh. 1971, 1, pp. 167 – 78

20 E. LAWRENCE / L. E. NEWMAN, Treatment for the parent of feminine boys, Am. J. Psychiat. 1976, 133, pp. 683 – 7

vigilanza lo preserva dalla tentazione di regredire nella originale esperienza simbiotica con la madre, esperienza priva di traumi e di frustrazioni. Perciò il bambino è più o meno nel rischio continuo di vedere indebolita o di perdere la sua mascolinità. Ciò dipende dal come e dal quanto i genitori lo aiutano nel suo processo di separazione e individuazione. Questo rischio è confermato dal fatto che la varietà e il numero delle perversioni sono di più negli uomini che nelle donne e che gli uomini sono più belligeranti nel difendere la loro mascolinità di quanto non lo siano le donne nel difendere la loro femminilità. Ciò spiega pure il perché l'omosessualità è quasi universale negli uomini affetti da psicosi paranoide, mentre non lo è nelle donne.[21]

Il terzo indizio è deducibile dal gruppo delle donne transessuali. Se la regola è che la femminilità è il primo stadio dello sviluppo dell'identità di genere per ambo i sessi e il raggiungimento della mascolinità richiede uno sforzo addizionale da parte degli uomini – rompendo con la simbiosi e con la femminilità e femmininità della madre – , dovrebbe essere pure vero che le donne, le quali rompono con il rapporto simbiotico con la madre, corrono il pericolo di essere mascolinizzate. Ciò è nel caso delle transsessuali. Infatti è stato trovato che la madre di queste ragazze è incapace a stabilire un rapporto simbiotico, a causa di una grave depressione o altra malattia patologica, che le impedì di aver cura della neonata. In compenso la bambina fu incoraggiata dal padre, con il quale ella stabilì una stretta amicizia, a partecipare ad attività e interessi maschili, e quindi a svilupparsi in modo mascolino.[22]

C. Identità di genere profonda[23]

Quanto è stato detto può essere meglio compreso e organizzato dal concetto di "identità di genere profonda". Esso indica il senso della mascolinità e

21 R. J. STOLLER, Symbiosis, p. 169

22 Ibidem, p. 166; L. E. NEWMAN, "Transsexualism", p. 113

23 J. A. KLEEMAN, The establishment of core gender identity in normal girls. I. (a) Introduction; (b) development of the ego capacity to differentiate, Arc. Sex. Beh. 1971, 1, pp. 103 – 16; V. CLOWER, Panel report, the development of the child's sense of his sexual identity, J. Am. Psychoanal. Ass. 1971, 18, pp. 165 – 76; J. A. KLEEMAN, The establishment of core gender identity in normal girls. II. How meanings are conveyed between parent and child in the first 3 years, Arch. Sex. Beh. 1971,1, pp. 117 – 29

della femminilità. Si sviluppa verso i primi due tre anni della vita e nasce dalla convinzione del soggetto di appartenere al sesso maschile o al sesso femminile. E' lo stato psicologico, non tanto di appartenere a uno dei due sessi quanto di avere la convinzione di appartenerci. Per cui, nel caso che un individuo venga assegnato al sesso sbagliato, l'identità di genere profonda segue quasi sempre il sesso a cui egli è stato assegnato, piuttosto che quello biologico.[24]

L'identità di genere profonda è creata dalle seguenti forze: forze biologiche[25] (centri embriologici e del sistema nervoso centrale; anatomia genitale – un segno per mezzo del quale i genitori sanno di avere un maschio o una femmina e il quale è fonte di sensazioni, che confermano ad ogni momento dell'esistenza le dimensioni e le funzioni dei genitali); sesso assegnato e allevamento (personalità dei genitori e loro atteggiamenti consci inconsci e preconsci verso la mascolinità del figlio o la femminilità della figlia, e come pure gli atteggiamenti sociali verso gli stessi)[26]; imprinting (è il modo di apprendimento degli animali. Esso non è conosciuto e non è stato dimostrato nell'uomo, ma si pensa che operi in modo simile nell'identità di genere profonda), e il condizionamento classico, viscerale e operante (es. l'effetto di essere stato cresciuto fin dalla nascita da una donna, la madre).[27]

Nella donna, costituzionalmente e geneticamente normale, il cervello non è androgenizzato in utero e neppure lo sono gli organi genitali interni ed esterni. Ma sulla base dell'apparenza dei genitali esterni, i genitori sono informati da un'autorità indiscutibile , che il neonato è una femmina Da questo momento le reazioni dei parenti, e il modo con cui essi rispondono al sesso dell'infante, è che essa è una femmina. Gli altri atteggiamenti dei genitori nei suoi riguardi possono variare, ma uno resta fisso, e cioè che la loro figlia è femmina.[28]

24 R. J. STOLLER, Gender, p. 1402

25 E. E. MACCOBY / C. N. JAKLIN, The psychology of sex differences, Stanford 1974; M. DIAMOND, Human sexual development: biological foundation for social development, in F. A. BEACH (la cura di) Human sexuality: nine expert views, Baltimor 1976; C. OUSTED / D. C. TAYLOR, Gender differences; their ontogeny and significance, Baltimora 1972;

26 A. LEV RAN, Gender differentiation in hermaphrodites, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 391 – 424; R. GREEN, Sexual identity conflict in children and adults, Baltimora 1975; E. BING / E. RUDIKOFF, Divergent ways of parental compound with hermaphrodites children, Med. Asp. Hum. Sex. 1970, 4, pp. 73 – 88; J. MONEY, Matched pairs of hermaphrodites: behavioral biology of sexual differentiation to gender identity and behavior, Eng. Sci. 1970, 33, pp. 32 – 9

27 R. J. STOLLER, Gender, p. 1402

La cosa non è così semplice per il bambino. Sebbene anche egli, nei casi normali, mostra alla nascita la sua biologica di maschio, e in base ai suoi genitali esterni è assegnato senza equivoci al sesso maschile, un effetto gioca in lui fin dalla nascita, con conseguenze potenziali differenti da quelli giocati nella bambina. Ambo i sessi sono in intimo rapporto con la madre. Tuttavia, sebbene questo rapporto può aumentare la femminilità della ragazza, esso minaccia di femminilizzare il ragazzo. Per cui la sua identità di genere profonda può svilupparsi meno assoluta. Così fin dall'inizio può essere non consolidato in modo inequivocabile nella convizione di appartenere al suo sesso anatomico.[29]

Oltre a queste circostanze, che si verificano di solito, ci sono condizioni in cui la formazione di identità profonda può essere invasa, fin dall'inizio, da elementi per cui un individuo è portato a credere di non essere un membro del suo sesso biologico. In alcune persone intersessuate, quelli con genitali ermafroditi, l'assegnamento del sesso che le autorità attribuiscono loro, può essere senza equivoco all'inizio. Il medico può dichiarare ai genitori che l'infante non è nè maschio nè femmina e che ha elementi dei due sessi. Se i genitori continuano a credere a questa dichiarazione, l'infante svilupperà una identità ermafrodita, con il senso di non appartenere ne al sesso maschile ne a quello femminile, e cioè di essere un ermafrodita.[30]

Un altro esempio di identità di genere profonda è il transsessuale, il quale sebbene sia assegnato al proprio sesso anatomico, svilupperà la convinzione che egli o ella appartiene al sesso opposto. Egli non ha riguardo per le informazioni ricevute, le quali lo hanno assegnato ad un sesso, nè si cura dell'apparenza e delle sensazioni dei suoi genitali, del suo nome e del riconoscimento del suo sesso da parte dei genitori.[31]

28 Ibidem

29 Ibidem; E. LAWRENCE / L. E. NEWMAN, "Treatment", pp. 683 – 7

30 R. J. STOLLER, "Gender", p. 1402; E. SAGARIN, Sex rearing and sexual orientation. The reconciliation of apparently contradictory data, J. Sex Res. 1975, 11, pp. 329 – 34; J. MONEY, Long-term psychologic follow-ups of intersexed patients, Clinics Plastic Surgery 1974, 1, pp. 271 – 4; J. MONEY, Psychologic considerations of sex assignment in intersexuality, Clinics in Plastic Surgery, 1974, 1, pp. 215 – 22; J. OGUNRO; Behavioral sexology: Ten cases of genetic male intersexuality with impaired prenatale and pubertal androgenization, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 181 – 205; J. MONEY, / J. DALLERY, Iatrogenic homosexuality: gender identity in seven 46 XX chromosomal females with hyperadrenocortical hermaphroditism, J. Hom. 1976, 1, pp. 357 – 71

31 R. J. STOLLER, "Gender", p. 140; J. MONEY / J. G. BRENNAN, Heterosexual Vs homosexual attitudes: male partners' perception of the femminine image of male transsexuals, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 193 – 209

I fattori principali della formazione dell' identità di genere – sia che il genere sia congruente con l'anatomia e con ciò che la cultura definisce come comportamento proprio del suo sesso, sia che l'identità di genere sia distorta – sono gli effetti silenziosi dell'apprendimento e le piu profonde modificazioni traumi , conflitti, e tentativi di risolvere i conflitti. Così i genitori, fratelli e, a suo tempo, l'ambiente extrafamiliare, modellano un comportamento maschile o femminile nel ragazzo, o nella ragazza, per mezzo di sistemi complessi fatti di ricompense e punizioni, ora grossolani ora sottili. Inoltre, proibizioni, minacce, complicazioni intricate e miste, che sottendono ricompense e castighi, sono assorbite dal bambino durante il suo sviluppo e sono interpretate con significati diversi durante i diversi stadi di maturità e di esperienza.[32]

32 Cfr. R. J. STOLLER, "Gender", p. 1402; G. B. ROSENBERG / B. BUTTON SMITH, Sex role identity and sibling composition, J. Gen. Psychol., 1971, 118, pp. 29 – 32; H. B. BILLER/D.A. LIEBEMAN, Body bild, sex-role preference and sex-role adoption in junior hygh school boys, J. Gen. Psychol., 1871, 118, p. 81; J. MONEY, Identification and complementation in the differentiation of gender identity, Dan. Med. Bull., 1972, 19, pp. 449 – 67; lo stesso autore, Phyletic and idiosyncrate determinants of gender identity, Dan. Med. Bull., 1972, 19, pp. 265 – 8; L. KLEISTER, L'identité sexuelle et sa genese, Concours Méd., 1976, 97, pp. 65 – 77; J. MONEY, Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl, Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 65 – 71.

In questo ultimo articolo sono riportati 45 casi di soggetti geneticamente maschi, che furono assegnati e abilitati come femmine. 43 furono assegnati al sesso femminile a causa di difetti congenitali del pene (micropene o ipospadia) e due casi furono abilitati come femmine perché da bambini avevano subito l'oblazione del pene. Uno di questi aveva un fratello gemello; all'età di 9 anni l'operato mostrava una identità di genere femminile differenziata,in netto contrasto con l'identità maschile del fratello gemello.

Capitolo VIII

OMOSESSUALITA' MASCHILE

Nella discussione sull'omosessualità maschile gli investigatori hanno centrato la loro attenzione su una vasta gamma di variabili della personalità e del comportamento degli omosessuali. I dati delle varie ricerche possono essere sintetizzati nei seguenti punti: basi organico-genetiche dell'omosessualità, genitori degli omosessuali, sessualità e comportamento sessuale, studi psicologici e psichiatrici, tipologia degli omosessuali, miti e stereotipi sull'omosessualità e ricerche specifiche.

A. Basi organico-genetiche dell'omosessualità

Questo paragrafo sulle basi organico-genetiche riassume i risultati delle ricerche empiriche sui fattori genetici, neuroendocrinologici e fisiologici-costituzionali dell'omosessualità maschile.

1. Fattori genetici

I fattori genetici degli omosessuali sono stati studiati nei gemelli, nel rapporto del sesso tra fratelli e in rapporto all'età dei genitori.

a. Studi sui gemelli

La teoria genetica dell'omosessualità sostenuta fino ai tempi recenti continua a sedurre adepti anche oggi. L'appello iniziale ad una "causa congenita" fu probabilmente un influsso moralistico, giacché un peccato ereditario è meno atroce e preferibile a un peccato acquisito. Tuttavia fu soprattuto la mancanza di una eziologia alternativa credibile, che portò ad aggrapparsi all'eziologia genetica o dell'eredità.

Gli studi recenti sull'origine genetica dell'omosessualità sono molti, ma i loro dati sono ben lontani dal portare a una conclusione definitiva.

Uno degli studi più esplosivi a riguardo fu quello di F. KALLMAN.[33] Egli comparò 36 coppie di gemelli monozigoti a 26 coppie di gemelli dizigoti, e trovò che l'omosessualità tra i primi era del 100 %, mentre nei secondi solo del 12 %.

Bisogna notare che i soggetti studiati da KALLMAN costituivano un gruppo atipico, giacché furono reclutati tra ambienti psichiatrici, correzionali e agenzie umanitarie. Ora tali ambienti sono spesso ritenuti non degni di fiducia scientifica. Inoltre KALLMAN limitò la sua ricerca ai casi di omosessualita esclusiva (5 – 6 secondo la scala di KINSEY) e dei quali erano al di sopra dei 30 anni. Nelle sue ricerche ulteriori, lo stesso autore non trovò conferma ai dati precedenti, anzi riportò un caso di gemelli monozigoti, uno dei quali era schizofrenico e omosessuale e l'altro normale, e definiva l'alta percentuale tra fratelli monozigoti, trovata nella sua prima ricerca, un artificio statistico.[34]

Un altro studio di un certo rilievo fu quello di L. HESTON e J. SHIELD[35], sebbene i soggetti studiati furono molti di meno di quelli dell'autore precedente.

Essi esaminarono 14 fratelli sia dal punto di vista clinico che da quello polimorfico genetico (gruppo del sangue e proteine del plasma). Tra questi fratelli vi erano tre coppie di gemelli monozigoti maschi, tra i quali due coppie erano omosessuali e una coppia eterosessuale, cioè con una percentuale del 100%.

Nel discutere i loro dati, gli autori si rifecero ai dati ricavati da un registro di una clinica psichiatrica. In conclusione fu trovato che tra 5 coppie di fratelli monozigoti, solo due coppie erano omosessuali; inoltre tra 7 coppie di gemelli dizigoti, una era omosessuale.

Secondo KALLMAN i gemelli monozigoti svilupperebbero il loro comportamento omosessuale indipendentemente l'uno dall'altro. PERDES e coll.[36]

33 F. G. KALLMAN, Twin and sibship study of overt male homosexuality, Am. J. Hum. Gen. 1952, 4, pp. 136 – 46

34 Lo stesso autore, Heredity in health and mental disorder, New York 1953

35 L. L. HESTON / J. SHIELD, Homosexuality in twins, Arch. Gen. Psychiat., 1968, 18, pp. 149 – 60

36 H. PERDES e al., A rare case of overt and mutual homosexuality in female identical twins, Psychiat. Q., 1967, 41, pp. 108 – 33

riportano di gemelle che avrebbero sviluppato il loro comportamento omosessuale in modo reciproco.

Una ricerca interessante dal punto di vista dell'eredità è quella di MARGOLESE e JANIGER[37]. Essi studiarono per diversi mesi il funzionamento endocrino omosessuale di 63 maschi, tra i quali vi erano 2 coppie di gemelli identici. Tra 24 eterosessuali (0 – 2 nella scala di Kinsey) 2 avevano parenti omosessuali; mentre tra 28 omosessuali (4 – 6 nella scala di Kinsey) 17 avevano parenti omosessuali, e 5 di essi ne avevano 2 ciascuno.

Le due coppie di gemelli risultarono omosessuali.

D. McKERRACHER[38] paragonò 147 pazienti senza anormalità cromosomica o lesioni cerebrali o psicosi, con due gruppi di pazienti geneticamente anormali (con cromosomi XXY o XYY). I pazienti con tipo XXY risultarono piu deboli degli altri due gruppi nelle attitudini verbali e non-verbali. Inoltre , essi mostrarono attitudini più difensive alle risposte di un questionario sulla personalità. Ciò, tuttavia, si pensa che possa essere spiegato per il fatto che essi avevano un quoziente intellettuale più basso.

I due gruppi geneticamente anormali si erano resi colpevoli di qualche crimine sessuale, e ciò farebbe pensare che un ritardo specifico di origine genetica, nella dimensione mentale della maturazione sessuale, si aggiungerebbe alla instabilità mentale generale già conosciuta in questi casi.

B. ZUGER[39] riporta un caso di gemelli monozigoti, dei quali uno sviluppò fattori essenzialmente femminili nella sua prima infanzia e poi divenne omosessuale, mentre l'altro sviluppò un ruolo di genere maschile e poi espresse la sua sessualità nel modo convenzionale eterosessuale.

b. Rapporto del sesso tra fratelli

KALLMAN[40] riporta che i maschi omosessuali hanno più fratelli che sorelle (e più che i non omosessuali). Gli stessi risultati erano già stati ottenuti da T. LANG[41] e R. DARKE.[42]

37 M. S. MARGOLESE / O. JANIFER, Brit. Med. J., 1973, 3, p. 207

38 D. W. McKERRACHER, Psychological aspects of a sex chromatin abnormality, Can. Psychol., 1971, 12, pp. 270 – 81

39 B. ZUGER, Monozygotic twins discordant homosexuality: report of a pair and significance of the phenomen, Comprehensive Psychiatry, 1976, 17, pp. 661 – 9

KALLMAN non trovò differenze nel rapporto del sesso tra i fratelli di omosessuali sotto ai 25 anni di età. LANG, invece, trovò che il rapporto del sesso tra i fratelli era più alto negli omosessuali al di sopra di 25 anni e negli omosessuali non sposati. DARKE trovò che un eccesso di fratelli maschi era statisticamente significativo solo tra gli omosessuali al di sopra dei 25 anni e solo quando egli incluse tutti i tipi di omosessuali, piuttosto che i soli omosessuali esclusivi.

DARKE non trovò una maggioranza di maschi tra i fratelli uterini. Sia questo autore che LANG riportano più maschi uterini da parte del padre e più femmine uterine da parte della madre. DARKE esaminò pure l'effetto dell'omosessuale attivo-passivo e attivo anale-orale: gli omosessuali anali-passivi tendevano ad avere più sorelle, mentre quelli orali più fratelli.

LANG, adoperato un gruppo di controllo per i dati dei fratelli uterini, trovò che il rapporto del sesso tra i fratelli del gruppo di controllo era minore di quello tra i fratelli uterini degli omosessuali da parte del padre e maggiore per i fratelli uterini da parte della madre.

L'autore ritenne che il numero maggiore di fratelli maschi tra gli omosessuali, stava a significare che alcuni degli omosessuali erano stati veramente trasformati in donne, altrimenti essi avrebbero fatto normale il rapporto del sesso tra i fratelli. Ciò sarebbe naturalmente una prova indiretta dei fattori genetici dell'omosessualita.

Le obiezioni che si fanno a LANG sono diverse. Così si fa notare che molti dei risultati sopra riportati non furono soggetti a esperimenti rigorosi e che non fu quasi mai usato un gruppo di controllo.[43] Inoltre, MORROW e coll.[44] provarono in modo matematico che ogni gruppo di bambini avrebbe più fratelli che sorelle, e ogni gruppo di bambine più sorelle che fratelli, se la proporzione di nuove famiglie o interamente unisessuali eccedessero la proporzione attesa.

40 F. G. KALLMAN, "Twin", pp. 136 – 46

41 T. LANG, Studies in the genetic determination of homosexuality, J. Nerv. Ment. Dis., 1940, 92, pp. 55 – 64

42 R. A. DARKE, Heredity as a etiological factor in homosexuality, J. Nerv. Ment. Dis., 1948, 107, pp. 251 – 68

43 Cfr. D. LESTER, Unusual sexual behavior : the standard deviations , Springfield 1975, p. 42

44 J. E. MORROW e al., A possible explanation of the excessive brother-to-sister ratios reported in siblings of male homosexuals, J. Nerv. Ment. Dis., 1965, 140, p. 306

Questa critica va solo contro il metodo che LANG usò per misurare i fattori genetici dell'omosessualità, ma non contro le differenze riportate da LANG, DARKE e KALLMAN a proposito degli omosessuali vecchi e giovani, anali e orali, passivi e attivi, sposati e celibi, nè contro quegli omosessuali dove LANG e KALLMAN usarono un gruppo di controllo.

LANG[45], in un'altra sua ricerca, riportò che i fratelli uterini materni di maschi omosessuali avevano più femmine, mentre i fratelli uterini paterni avevano più maschi.

W. JEMES[46] accetterebbe una spiegazione di questo fenomeno nelle seguenti due condizioni; 1. se i figli di un matrimonio andato a monte vivessero di solito con il genitore delo stesso sesso; 2. se i fratelli uterini fossero eventualmente ignari di vivere insieme sotto lo stesso tetto.

Ciò allora non necessiterebbe una spiegazione genetica. E l'autore nota che l'uso dei gruppi di controllo eliminerebbe questa possibilità.
JEMES suggerisce un'alternativa: nel paragonare fratelli uterini giovani e vecchi, la spiegazione di LANG sarebbe provata solo per i fratelli uterini più vecchi.

c. Età dei genitori degli omosessuali

SLATER[47] trovò che, al tempo della nascita dei figli, le madri degli omosessuali erano più anziane delle madri dei non omosessuali, e che in media gli omosessuali nascevano più tardi. L'autore interpretò i risultati in rapporto alla età della madre e all'ordine della nascita degli omosessuali come una "anomalia cromosomica", possibilmente associata con l'età avanzata della madre, e ciò avrebbe importanza per l'eziologia dell'omosessualità. Questi risultati contrastano con quelli di EVANS[48] il quale esaminò 44 omosessuali e 111 eterosessuali maschi. Egli trovò che l'età delle madri dei due gruppi non differivano

45 T. LANG, Die Homosexualität als genetisches Problem, Acta Gen. Med. Gemellogiae, 1960, 9, 170 – 81

46 W. H. JEMES, Sex ratios of half-sibs of male homosexuals, Brit. J. Psychiat.,1971, 118, pp. 93 – 4

47 B. SLATER, Birth order and maternal age of homosexuals, Lancet 1962, 281, pp. 69 – 71

48 R. B. EVANS, Physical and biochemical characteristics of homosexual men, J. Consult. Clin. Psychol.1972, 39, pp. 140 – 147

al momento della nascita dei soggetti, così pure non vi erano differenze cronologiche riguardo alla nascita dei medesimi.

K. ABE e P. MORAN[49] riprendendo i dati di SLATER e paragonateli a un migliore gruppo di controllo, trovarono le madri degli omosessuali più anziane di quanto non si aspettavano. Anche i padri degli omosessuali erano più anziani, e più anche delle madri.

Gli autori ritengono che la differenza dell'età materna potrebbe essere spiegata dalla regressione all'età paterna, ma non viceversa. Perciò concludono che il fattore critico era l'età paterna.

Secondo LESTER[50] la prova indiretta di questi risultati porterebbe a sostenere la probabilità che madri più anziane generino figli con anormalità genetiche più delle madri più giovani, come per es, la sindrome di DOWN-Per cui se i genitori degli omosessuali sono più anziani della media dei genitori, è più facile che nei figli omosessuali si abbiano aberrazioni genetiche.

2. Fattori neuroendocrini

R. VAN DE WIELE e coll.[51], S. NILLIUS e L. WIELDE[52], C. TSAI e S. YEN[53], hanno dimostrato che l'estrogeno ha una reazione positiva nelle donne. Dopo una iniezione di estrogeno in un primo momento si verificò un abbassamento del livello del siero LH, seguito, in un secondo momento dall'aumento dell'LH al di sopra del suo stato iniziale.

49 K. ABE / P. A. MORAN, Parental age of homosexuals, Brit. J. Psychiat. 1969, 115, pp. 313 – 317

50 B. LESTER, Unusual, p. 43

51 R. L. VAN DE WIELE / F. BOGUMIL / I. DYRENFURTH e al., Mechanisms regulating the menstrual cycle in women, Rec. Prog. Horm. Res. 1970, 26, pp. 63 – 5 (Cfr. L. KRELL e al., Beziehungen zwischen klinisch-manifester Homosexualität und dem Oestrogenfeedback-Effekt, Dermatologische Monatsschrift 1975, 161, pp. 597 – 72

52 S. J. NILLIUS / L. WIEDE, Induction of a midcycle-like break of lutenizing hormone in young women by exogenous oestradiol-17 β , J. Obstet. Gynaecol. Brit. Commonw., 1971, 78, pp. 822 – 7

53 C. C. TSAI / S. S. C. YEN, Acute effects of intravenous infusion of 17 β-estradiol on gonadotropin release in pre- and post-menopausal women, J. Clin. Endocrinol 1971, 32 pp. 766 – 71

In una recente ricerca[54] è stata sperimentata una reazione simile positiva di estrogeno in maschi omosessuali, mentre ciò non si verificò nel gruppo di controllo. Fu, infatti, praticata a 21 omosessuali una iniezione di presomen, il quale produsse un abbassamento dell'LH, a cui seguì un aumento dell'LH al di sopra del suo stato iniziale. Mentre in 20 eterosessuali e in 5 bisessuali si verificò un abbassamento dell'LH, ma non seguì un aumento al di sopra dello stato iniziale.

Tra i gruppi non fu trovata alcuna differenza significativa dei livelli di testerone.

E' da notare, in questo contesto, che la responsività dell'LH della pituitaria anteriore all'LH-RH dell'ipotalamo viene accresciuta dagli estrogeni[55], ma viene diminuita dagli androgeni.

Secondo gli sperimentatori[56] la scoperta di un effetto reattivo positivo in maschi omosessuali integri, nei confronti di eterosessuali integri, suggerisce che gli omosessuali possiedono , almeno in parte, un cervello differenziato predominantemente femminile. Ciò potrebbe essere causato da una deficienza assoluta o relativa di androgeni durante la fase critica organizzativa ipotalamica nella vita prenatale. Un livello normale, o almeno approssimativamente normale di androgeni, potrebbe allora attivare il cervello (differenziato in modo predominantemente femminile) di un uomo geneticamente e somaticamente a comportamento omosessuale.

3. Fattori fisiologici costituzionali

Lo studio dei fattori fisiologici comprendono le ricerche sulla morfologia e sugli ormoni degli omosessuali.

54 Cfr. G. DÖRNER e coll., A neuroendocrine predisposition for homosexuality in men, Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 1 – 8

55 Cfr. A. ARIMURA / A. V. SCHALLI, Augmentation of pituitary responsiveness to LH releasing hormone (LH-RH) by estrogen, Pro. Soc. Expth. Bio. Med., 1971, 136, pp. 390 – 3

56 G. DÖRNER e al., "A neuroendocrine", p. 6

a. Morfologia

Studi recenti hanno suggerito che vi sono differenze morfologiche tra omosessuali e eterosessuali, anche se queste differenze non sono così estreme come si pretendeva 20 anni fa.

EVANS[57] esaminò 44 omosessuali e 111 eterosessuali. I soggetti non differivano per l'altezza; mentre gli etero presentavano in media un peso di 6 Kg. in più degli omo, sorpassavano gli omo nelle componenti fisiche quali la muscolatura e la statura, ma erano meno snelli degli omo. Così gli omo oltre ad avere una adiposità subcutanea, avevano ossa e muscoli meno sviluppati, ma più lunghi in proporzione alla massa. Gli etero avevano spalle più larghe in rapporto alla larghezza pelvica, e in questo senso la loro media fisica era più mascolina di quella degli omo. Inoltre gli omo furono trovati più deboli in forza muscolare, misurata col dinamometro.[58]

Si concludeva che gli omo sono più ectomorfi degli etero.

L'autore ritiene che questi risultati differenziali fisiologici sono fattori eziologici dell'omosessualità insieme a quelli ormonali.

R. KOLODNY e coll.[59] esaminarono 30 studenti omo, tra i 18 – 24 anni, e 50 etero, tra i 17 – 24 anni. I soggetti non presentarono differenze notevoli agli esami fisici, come pure non differivano per la misura dei testicoli, per la struttura dei tessuti e per le caratteristiche sessuali secondarie. In tutti i fattori i soggetti dei due gruppi rientravano nell'ordine della normalità.

b. Ormoni

MARGOLESE[60] fu il primo ad inaugurare la ricerca sperimentale sull'endocrinologia omosessuale, suggerendo che negli omo vi era uno squilibrio endocrino.

57 R. B. EVANS, Physical and biochemical characteristics of homosexual men, J. Consult. Clin. Psychol., 1972, 39, pp. 140 – 7

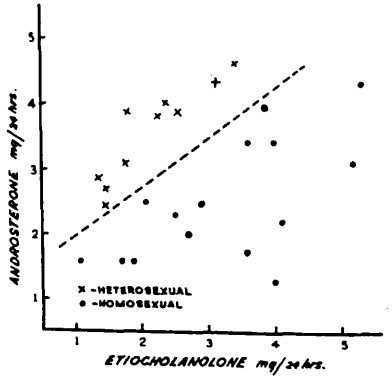
58. Spesso si discute sull'omosessualità degli atleti, sono stati a questo proposito intervistati 5 gruppi di atleti di 5 università diverse nord americane, ed è stato trovato che una buona minoranza praticavano o avevano praticata l'omosessualità (cfr. B. GARNER / R. W. SMITH, Are there really any gay male athletes? An empirical survey, J. Sex Res., 1977, 13, pp. 22 – 34

59 R. KOLODNY e al., Plasma testosterone and semen analysis in male homosexuals, N. Engl. J. Med., 1970, 285, pp. 1170 – 4

60 M. MARGOLESE, Homosexuality: a new endocrine correlate, Hormones and Beh.,

Egli, per lo scopo, separò, in base all'esame delle urine di 24 ore, 30 soggetti in omo ed etero. Nella classificazione omosessualità - eterosessualità si basò sulla scala di KINSEY.[61] Le urine furono esaminate e classificate. L'androsterone e l'eziocolanolone dei soggetti furono sottoposti ad analisi statistica, in modo da determinare il valore medio e la deviazione standard di ciascun gruppo (cfr. fig.10). Risultò che su 15 omo 12 avevano eziocolanolone superiore all'androsterone, mentre in un caso erano uguali. In altri due casi l'androsterone risulto superiore all'eziocolanolone, ma solo di 0,5 mg.

Fig. 10



Relation of androsterone to etiocholanolone in male homosexual and heterosexual subjects.

Negli etero, invece, 13 mostrarono di avere androsterone superiore all'eziocolanolone, e due al contrario. Questo fatto , secondo l'autore, era dovuto probabilmente al particolare stato di salute in cui si trovavano i due soggetti.

Un altro ad occuparsi del problema fu J. LORAINE.[62] Egli esaminò 3 uomini e 4 donne omosessuali, i quali durante il periodo della ricerca praticavano tutti l'omosessualità.

Nei 2 uomini esclusivamente omosessuali il testosterone era basso in modo anormale, mentre nel terzo, che era bisessuale, era entro la normalità.

1970, 1, pp. 151 – 55

61 Cfr. tipologia omosessuale

62 J. A. LORAINE e al., Endocrine function in male and female homosexuals, Brit. Med. J., 1970, 4, pp. 406 – 8

Gli esperimenti nelle donne furono praticati durante tutto un ciclo mestruale. In 3 di esse la secrezione ormonale risultò normale, ma equivoca nella quarta. I livelli del testosterone e dell'LH risultarono alti, mentre quelli dell'estrogeno, particolarmente l'estrone, si presentarono più bassi di quanto normalmente si presentano nelle etero durante il periodo riproduttivo; l'FSH e il prenadiolo furono normali solo nelle prime tre donne.

In una comunicazione successiva lo stesso autore e coll.[63] , dopo aver paragonato i risultati precedenti a un gruppo di controllo, riportarono che il testosterone era considerevolmente più basso negli omo maschi nei confronti del gruppo etero; così fu pure trovata una grossa distorsione dei fattori del testosterone, estrone e LH nelle 4 lesbiche in rapporto alle etero.

KOLODNY e coll. intrapresero la loro ricerca incoraggiati dai risultati di LORAINE e coll. Il metodo da loro usato, più preciso, era basato sulla diretta misurazione dei livelli del plasma degli ormoni sessuali e fu applicato per la prima volta specificamente al problema dell'omosessualità, della bisessualità e dell'eterosessualità. Dai dati risultò che vi era una differenza nei livelli del testosterone plasmatico tra eterosessuali e nel 75% degli omo e dei bisessuali. Il rimanente 25% di questi ultimi , classificati negli ultimi punti della scala di KINSEY, risultarono avere i livelli ormonali più bassi dei soggetti normali e degli eterosessuali. Gli omosessuali, inoltre, mostrarono, ipospermia e 4 di essi azoospermia completa.

A questa ricerca, sempre gli stessi autori, ne fecero seguire un altra, usando gli stessi soggetti. Fu trovato che i livelli dell'LH degli omo, nei confronti del gruppo di controllo, erano al di sopra della media e il tasso dell'ormone prolattinico era un po' più alto negli omosessuali esclusivi che negli etero.

Gli autori ritengono che questi risultati provano che vi è una relazione tra spermatogenesi e i livelli degli ormoni gonadotropi. e allo stesso tempo sottolineano che la disfunzione endocrina deve essere considerata in associazione all'omosessualità.[64]

L. DÖERN e coll.[65] si domandarono se i risultati della ricerca degli auto-

63 Lo stesso autore e al., Patterns of hormonal excretion in male and female homosexuality, Nature, 1971, 234, pp. 552 – 5

64 R. C. KOLODNY e al., Plasma gonadotropins and prolactin in male homosexuals, Lancet, 1972, 2, pp. 18 – 20

65 P. DÖERR e al., Plasma testosterone, estradiol, and semen analysis in male homosexuls, Arch. Gen. Psychiatr., 1973, 29, pp. 829 – 33

ri precedenti confermavano fattori generali dell'omosessualità maschile e se la vecchia ipotesi, che vuole l'omosessualità basata su uno squilibrio di androgeni-estrogeni, era ancora confermabile.

A questo proposito essi analizzarono 32 omosessuali (età media 26 anni), membri di due clubs omosessuali. Nessuno dei soggetti aveva avuto sintomi nevrotici o si era sottoposto a cure ormonali o avesse usato narcotici. La classificazione etero-omosessualità dei soggetti fu fatta secondo la scala di KINSEY. Furono usati due gruppi di controllo: uno per confrontare i dati ormonali e l'altro per verificare le analisi dello sperma. Il primo gruppo era costituito da 46 soggetti tra i 20 – 33 anni, e il secondo da 32 soggetti tra i 20 – 38 anni. Nessuno di essi si era mai sottoposto a terapie particolari.

I ricercatori constatarono che il tasso del testosterone non era più basso negli omo (5 – 6 scala di KINSEY), nè risultò un indebolimento della spermatogenesi, contraddicendo così i risultati di KOLODNY e coll. Fu invece rilevato un tasso superiore di estradiolo negli omo, considerato dagli autori una fattore biologico, se non una caratteristica, dell'omosessualità dei soggetti.

Alle analisi dello sperma non risultarono differenze tra omo e etero, contraddicendo anche qui i risultati di KOLODNY e coll.

Più recentemente sempre DÖERR e coll.[66] esaminarono il plasma estrone, deidrotestosterone, LH, percentuale libera di testosterone di 26 maschi predominantemente e esclusivamente omosessuali (età tra i 20 – 33 anni) e di un gruppo di controllo. Fu riscontrato che il plasma estrone degli omo era ai medesimi livelli dell'estradiolo della ricerca precedente. Le differenze ormonali tra omo e gruppo di controllo furono le seguenti: estrone 3.07 (2.43) ng/100 ml, $P < .01$; deidrotestosterone 66.0 (49.2) ng/100 ml, $P < .01$; percentuale libera di testosterone 10.7% (9.7%0, $P < .02$; LH 35.1 (24.9) ng/ml, $P < .001$. Gli autori concludono: "The findings can in part be explained by the high LH secretion in the homosexuals subjects" (p. 611).

H. BRODIE e coll.[67] invece di esaminare un singolo campione di testosterone, ottenuto dalle urine di una mattinata, esaminarono diversi campioni

66 P. DÖERR e al., Further studies on sex hormones in male homosexuals, Arch. Gen. Psychiat., 1976, 33, pp. 611 – 4

67 H. K. BRODIE e al., Plasma testosterone levels in heterosexual and homosexual men, Am. J. Psychiat., 1974, 131, pp. 82 –3

di omo e etero durante tutta una settimana. Questo è un fatto importante, giacché è stato dimostrato che la secrezione di testosterone, mentre rimane costante durante tutto il giorno, varia durante la notte (veglia-riposo).[68]

Gli omo esaminati erano 19, età media 26 anni, esclusivamenete omosessuali, mentre il gruppo di controllo erano 20, esclusivamente etero, età media circa 26 anni (cfr. tav. 20).

Tav. 20

Comparison of Mean Plasma Testosterone Levels in Heterosexual and Homosexual Men

Group	Number	Plasma Testosterone Mean ± SD (ng/100 ml)
Heterosexual men	20	604 ± 178
Homosexual men	19	501 ± 191

Dai dati risultò che il tasso di testosterone negli etero era più basso di quello degli omo.

Il contrasto di questi risultati con quelli di KOLODNY e coll. si pensa sia dovuto al fatto che solo 8 degli omo di questi autori erano esclusivamente omosessuali, contro 19 di quelli di BRODIE e coll. Inoltre qui erano stati esaminati tre campioni di testosterone per soggetto, contro uno di quelli.[69]

Tenendo presente che solo il 2% del testosterone è secreto dalle urine[70], gli autori concludono che è difficile interpretare tale quantità come determinante della patogenesi dell'omosessualità.

Diversi sono gli autori che hanno trovato livelli di testosterone normali negli omosessuali in rapporto a gruppi di controllo[71], mentre qualcuno li ha trovati più bassi.[72]

68 Cfr. R. T. RUBIN e al., Testosterone secretion during sleep. Read at the International Congress for Psychoendocrinology, Berkley,, Calif. dic. 1973

69 Cfr. pure G.TOURNEY / L. M. HATFIELD, Androgen metabolism in schizophrenic homosexuals, and normal controls, Biol. Psychiat., 1973, 6, pp. 23 –36

70 Cfr. E. J. SACHER e al., Plasma and urinary testosterone levels in depressed men, Arch. Gen. Psychiat., 1973, 18, pp. 15 - 18

71 Cfr. BIRK e al., Serum testosterone levels in homosexual men, N. Engl. J. Med., 1973, 289, pp. 1236 – 8; R. C. PILLARD e al., Plasma testosterone levels in homosexual men, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 453 – 8; D. H. BARLOW e al., Plasma testosterone levels and male homosexuality, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 571 –5; G. A. PARKS e al., Variation in pituary-gonadal function in adolescent male homosexuals and heterosexuals, J. Clin. Endocr. Metab., 1974, 39, pp. 794 – 801

Riportiamo, in fine, una ricerca relativamente recente di G. TOURNEY e coll.[73] Essi analizzarono gli ormoni prodotti dalle cellule interstiziali (IC SH) e quelli dell'ipofisi anteriore (FSH), insieme agli androgeni principali prodotti dai testicoli e dalla corteccia surrenale.

Furono misurati testosterone, androstenedione e deidropiandrosterone (DHEA) del plasma periferico.Inoltre furono determinati l'androsterone, etiocolanolone e 17-chetosteroidi della secrezione delle urine nelle 24 ore.[74]

I soggetti esaminati erano 14 omo e 11 etero, tra i 18 – 32 anni. La maggior parte erano studenti, con intelligenza media o al di sopra della media. Peso e altezza erano proporzionati alla loro età in ambo i gruppi. Gli omo praticavano la loro omosessualità come modalità predominante della loro soddisfazione sessuale, così pure gli etero la loro eterosessualità. All'esame psichiatrico nessuno dei soggetti risultò effetto da sintomi nevrotici, schizoidi o psicotici. Gli omo dichiaravano di essere soddisfatti della loro omosessualità e sconfessavano di avere conflitti. Essi furono classificati nella scala 5 – 6 di KINSEY.

Dai dati ormonali non risultò una differenza statistica del ICSH o del FSH nei due gruppi; nè fu significativa la differenza del testosterone, sebbene più elevato negli omo, del DHEA e del androstenedione. Il rapporto ICSH / testosterone, che da la relazione tra secrezione gonadotropina e produzione del testosterone, non risultò differente in modo significativo nei due gruppi; neppure furono trovate differenze significative tra omo e etero in 17-chetosteroidi, androsterone, etiocolanolone e tasso dell'A / E.

72 L. STARKA e al., Plasma testosterone in male transsexuals and homosexuals, Arc. Sex. Beh., 1975, 11, pp. 134 – 8

73 G. TOURNEY e al., Hormonal relationship in homosexual men, Am. J. Psychiat., 1973, 132, pp. 288 – 90

74 Ricordiamo che il testosterone è un indicatore importante della funzione endocrina dei testicoli, mentre il DHEA, e probabilmente pure l'androstenedione, danno soprattutto indicazioni delle funzioni gonadiche e adrenocorticali. Il testosterone è biologicamente 25 volte più potente sia del DHEA sia dell'androstenedione. L'androsterone e l'etiocolanolone sono i prodotti maggiori del plasma androgenale trovato nelle urine.

B. Caratteristiche dell'infanzia e dell'adolescenza.[75]

Nello studio delle caratteristiche dell'infanzia e dell'adolescenza degli omosessuali, emergono i seguenti punti: sindrome dell'effeminatezza, peculiarità fisiche, desideri di diventare del sesso opposto, indossamento di vesti del sesso opposto e costellazione familiare.

1. Sindrome dell'effeminatezza

Questa sindrome è costituita da una costellazione di fattori del comportamento del sesso opposto. Non si tratta di una sindrome monosintomatica nè transeunte. Comincia presto nell'infanzia e si manifesta predominantemente durante la preadolescenza e spesso durante l'adolescenza.

In rapporto a questa sindrome M. SAGHIR e E. ROBINSON[76] studiarono

75 Poche sono le ricerche condotte sull'infanzia degli omosessuali, mentre un buon numero sono state dirette sui loro genitori. Alcuni ricercatori si sono limitati a determinare dati facilmente attendibili, quale l'ordine di nascita e il numero dei fratelli, mentre pochi hanno indagato sull'infanzia degli omosessuali.

Questo approccio retrospettivo o storico per una ricerca clinica, mentre presenta poche difficoltà metodologiche, presenta invece più variabili incontrollabili, le quali potrebbero influenzare i dati delle ricerche.

Pertanto, per una descrizione completa del fenomeno dell'omosessualità maschile si ha bisogno di un'adeguata descrizione del primo comportamento dell'individuo omosessuale e di un gruppo di controllo.

I problemi dell'omosessualità dell'adulto sono da risolvere prima di tutto in rapporto all'infanzia e all'adolescenza, fattori comportamentali caratteristici, che potrebbero essere indicativi per la comprensione del bambino preomosessuale latente.

76 L'effeminatezza è definita dagli autori come un fenomeno caratterizzato da fattori comportamentali specifici, che non sono di solito attribuiti ai maschietti. Così il ragazzo 'femminuccia' è uno che mostra una persistente avversione a giocare coi coetanei maschi e all'essere coinvolto in giochi e attività maschili. Egli preferisce invece stare con le bimbe e si diverte a fare lavori domestici e a giocare a bambole. Spesso è preso in giro dagli altri maschietti e dai fratelli a causa del suo comportamento da 'femminuccia'. Molto spesso è un bambino infelice e isolato, giacchè è incapace di stare da una parte coi maschietti e dall'altra di partecipare completamente in attività femminili. Le sue aspirazioni non sono quelle dei ragazzi della porta accanto, ma delle ragazze della porta di fronte. Egli si sente imbarazzato a giocare a pallone, mentre si trova a suo agio a saltare alla corda; odia l'ora di ginnastica, mentre ama aiutare la mamma a fare le faccende di casa, a cucinare ecc. (cfr. M. T. SAGHIR / E. ROBINS, Male and female homosexuality, Baltimora 1973, pp. 17 - 23).

72 omosessuali e un gruppo di controllo di 35 etero per determinare la loro effeminatezza (o sindrome dell'essere come una ragazza) manifestatasi durante la loro adolescenza e poi. Essi trovarono che tra i ragazzi 'destinati' a diventare omosessuali da adulti, la prevalenza dell'effeminatezza polisintomatica era molto alta. Circa il 67% degli omo, contro il 3% degli etero, si descrisse di essersi comportato come una ragazza durante l'infanzia.

Tra gli omosessuali che corrispondevano ai criteri dell'effeminatezza polisintomatica, la maggioranza (77%) riferì di non avere avuto amicizie maschili e di aver giocato soprattutto con bambine. Essi erano stati tutti delle 'femminucce' e per questo motivo erano stati presi in giro dai coetanei. Questa esperienza era stata per loro molto infelice e la ricordavano ancora vivamente. Alcuni, oltre ad essere stati presi in giro, erano stati oggetto di bersaglio e di disprezzo; altri avevano subito perfino crudeltà sia da parte di coetanei che da parte di qualche familiare.

Mentre la maggior parte degli omosessuali riportavano la sindrome dell'effeminatezza durante l'infanzia, ve n'era un gruppo (33%) tra di essi che non l'avevano avuta. Come gli altri coetanei essi erano interessati allo sport e disinteressati alle bambole, ai giuochi femminili e alle faccende domestiche.

Guardando all'infanzia di questo gruppo di omosessuali non sembra che comportamento e interessi li differenzi dai maschietti eterosessuali. Per cui dai dati esposti, sembra che gli adulti omo, in base alle loro caratteristiche infantili, possono essere divisi in due gruppi: un gruppo (due terzi) con manifestazioni polisintomatiche di effeminatezza e un gruppo (un terzo) con caratteristiche infantili non diverse da quelle degli eterosessuali.

Anche il gruppo di 88 omosessuali esaminati da W. STEPHAN[77], a differenza del gruppo di controllo di 105 etero, aveva sperimentato, durante l'infanzia, la sindrome dell'effeminatezza. Essi, infatti, erano stati più timidi, erano stati considerati 'femminucce' dai coetanei, avevano avuto più amiche che amici e si erano sentiti molto legati da affetto a una sorella, e ciò, secondo l'autore, costituisce una conferma all'ipotesi che l'omosessuale durante l'infanzia preferisce le relazioni femminili; mentre M. MONOTEVITZ trovò che nel suo gruppo di omosessuali, la maggior parte aveva preferito la compagnia

77 W. G. STEPHAN, Parental relationships and early social experiences of activist male homosexuals and male heterosexuals, J. Abn.Psychol., 1973, 82, pp 506 – 13

dei maschietti e anche egli conclude che questo loro atteggiamento era indice disponibile esclusivo della loro omosessualità inconscia.[78]

L. THOMPSON e coll.[79] esaminarono 127 omosessuali e 123 etero su 46 punti riguardanti la loro infanzia e rilevarono che in 6 di questi punti gli omosessuali differivano dal gruppo di controllo, e cioè avevano giocato a football molto meno degli etero , meno in giochi competitivi, avevano passato pochissimo tempo col padre e avevano preferito di più la compagnia delle bambine

Più recentemente F. WHITAM[80] ha potuto confermare i risultati degli autori precedenti sulla sindrome dell'effeminatezza degli omosessuali. Egli distribuì a un gruppo di 206 omosessuali (107 esclusivi e 99 non esclusivi) e a un gruppo di etero (10 etero non esclusivi e 68 esclusivi) un questionario contenente domande su 6 indicatori infantili della futura omosessualità adulta: interesse in bambole, travestirsi, preferenza a giocare con bambine piuttosto che con bambini, preferenza della compagnia delle donne adulte piuttosto che degli uomini, l'essere considerato dai coetanei una femminuccia e interesse sessuale per i bambini piuttosto che per le bimbe nei giochi proibiti durante l'infanzia.

L'autore trovò differenze significative tra omo e etero rispetto a tutti e sei gl'indicatori. Emerse soprattutto che quanto più era esclusiva l'orientazione omosessuale tanto piu era alto il numero degli indicatori omosessuali infantili, e ciò sia in rapporto al comportamento sessuale sia in rapporto al comportamento non specificamente sessuale. Questi due comportamenti apparvero essere in stretta connessione tra loro e a loro volta in stretta connessione al comportamento che emerge nella prima infanzia.

78 M. MANOSEVITZ, Early sexual behavior in adult homosexual and heterosexual males, J. Abn. Psychol., 1970, 76, pp. 396 – 402

79 L. N. THOMPSON e al., Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals, J.Consult. Clin. Psychol.,1973, 41, pp. 120 – 7

80 F. L. WHITAM, Childhood indicators of male homosexuality, Arch. Sex. Beh., 1977, 6, pp. 89 – 96

2. Peculiarità fisiche

SAGHIR e ROBINS[81] non riscontrarono differenze rilevanti delle peculiarità fisiche (magro-grasso, basso-alto) tra omosessuali e gruppo di controllo.

3. Desiderio di diventare di sesso opposto

Il costante e ricorrente desiderio di diventare una ragazza, nella preadolescenza e nella adolescenza, viene considerato una prova convincente dell'identificazione femminile.

Nel gruppo di SAGHIR e ROBINS[82] circa il 27% aveva dichiarato di aver avuto il desiderio ripetitivo di diventare una ragazza o una donna prima della vita adulta. Tra gli omosessuali con il desiderio di appartenere al sesso opposto, il 78% lo aveva avuto la prima volta verso i 10 anni ed era svanito prima dei 20; il 22% lo avevano perpetuato anche durante la vita adulta; ma solo il 3% aveva avuto tale desiderio associato all'idea di cambiare sesso, anche se tale idea era stata passeggera.

Nella ricerca di K. FREUND e coll.[83], mentre nel gruppo dei 52 transessuali avevano tutti sempre desiderato avere un corpo femminile, tra i 52 omosessuali androfili solo il 6% aveva avuto qualche volta tale desiderio. E in quella di J. LONEY[84] nessuno degli omosessuali aveva espresso il desiderio di cambiare biologicamente sesso; pochissimi avrebbero preferito nascere con sesso opposto; uno su 3 – 4 avrebbe cambiato orientamento sessuale (cioè sarebbe diventato eterosessuale) se cio non avesse comportato spese, sofferenze o inconvenienze.

81 M. T. SAGHIR / E. ROBINS, "Male", p. 21
82 Ibidem, pp. 21 – 2
83 K. FREUND e al., The transsexual syndrome in homosexual males, Brit. J. Psychiatr., 1974, 124, pp. 22 – 3
84 J. LONEY, Backgroundfactors, sexual experiences, and attitudes towards treatment in two "normal" homosexual samples. J. Consult. Clin. Psychiat., 1972, 38, pp. 57 – 65

4. Frequenza nell'indossare vesti del sesso opposto

L'indossamento di vesti del sesso opposto, durante l'infanzia e l'adolescenza, è un altro indicatore possibile per la valutazione dell'identificazione femnile nel primo periodo di vita degli omosessuali. Questa pratica può essere occasionale o persistente, a secondo la frequenza e la durata della prassi. L'indossamento occasionale comprende una pratica sporadica: meno di una volta al mese durante l'infanzia e l'adolescenza; mentre quello persistente comprende una pratica regolare: una volta o più al mese per un anno, sempre nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza.[85]

Nella ricerca di SAGHIR e ROBINS[86] il 37% degli omo, contro il 23% degli etero, aveva indossato vesti del sesso opposto durante l'infanzia e l'adolescenza. Gli omo e gli etero che avevano seguito tale pratica, prima della vita adulta, lo avevano fatto occasionalmente, ma prevalentemente a causa di ruoli femminili avuti in commedie scolastiche. Solo un piccolo gruppo di omo (16%), e uno ancora minore di etero (3%), aveva dichiarato di aver indossato vesti femminili in più di un'occasione e con motivazioni personali.

Perciò sembra che gli omo indossassero vesti del sesso opposto, durante la loro infanzia, più di quanto lo facessero gli etero, e che fossero personalmente di più motivati.[87]

5. Costellazione familiare

M. SIEGELMAN[88] esaminò la posizione della nascita e il numero dei fratelli di 150 omosessuali e di 99 lesbiche, non provenienti da ambienti clinici o criminali, e li paragonò a 108 studenti e 97 studentesse etero.

I gruppi non differivano per età, educazione personale, educazione materna e precedenti terapie. Solo tra i maschi risultò che i padri degli omo avevano

85 SAGHIR / ROBINS, "Male", p. 23
86 Ibidem
87 Cfr. Do Homosexuals want to be women?, Med. Asp. Hum. Sex., 1974, agosto, p. 53
88 M. SIEGELMAN, Birth order and family size of homosexual men and women, J. Consult. Clin. Psychol., 1973, 41, p. 164

una cultura superiore a quella dei padri degli etero. La maggior parte dei soggetti provenivano da famiglie di classe media o professionale.

Su 49 punti in cui i soggetti furono esaminati, solo 6 punti emersero con un'importanza relativa in rapporto ai maschi; gli etero avevano solo sorelle più giovani; molti omo avevano fratelli più vecchi di 5 anni e più e provenivano da famiglie di 4 e più figli; pochi di essi avevano una sola sorella, i più ne avevano due o più.

L'autore conclude che le variabili quali posizioni di nascita e numero di figli componente la famiglia non sono indicatori eziologici dell'omosessualità.

Anche SAGHIR e ROBINS[89] trovarono che il numero dei figli delle famiglie degli omo e degli etero non mostravano grande differenze, 2,77 e 3,3 rispettivamente. I soggetti non differivano neppure per ordine di nascita. Di 61 omo 12% erano figli unici, contro l'11% dei 31 etero. Tra gli omo che avevano fratelli o sorelle, 28% erano unici maschi e il 72% aveva uno o più fratelli, contro il 29% e il 71% rispettivamente degli etero.Tra gli omo che avevano altri fratelli, il 36% non aveva sorelle, contro il 19% degli etero.

I due gruppi non differivano per il numero totale di fratelli, mentre gli omo risultarono avere un totale di sorelle molto inferiore a quello degli etero, 0,80 e 1,43 rispettivamente (cfr. tav. 21).

Tav. 21

Sisters and brothers among homosexual men with siblings

	Homosexuals (N = 61)				Heterosexuals (N = 31)			
	Sisters		Brothers		Sisters		Brothers	
Number	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
None	22	36	17	28	66	19	9	29
1	29	74	25	57	14	56	14	64
2	7	18	10	23	3	12	6	27
3	2	5	5	11	5	20	1	4
4+	1	3	4	9	3	12	1	4
	39	64	44	72	25	81	22	71

89 RAGHIR / ROBINS, ibidem, pp. 42 – 3

M. KAHN e coll.[90] esaminò 128 studenti universitari, dei quali 31 risultarono avere una sorella più anziana e i quali ai vari esami psicologici, tests e questionari, erano caratterizzati da omosessualità (8,4%), ripugnanza sessuale (12,6%) e da evitamento dei rapporti eterosessuali (9,5%).

STEPHAN[91] trovò che gli omo avevano più fratelli maschi e il 51%, contro il 25% degli etero, erano o primogeniti o figli unici. Tuttavia i due gruppi non differivano per il totale dei fratelli e delle sorelle insieme.

M. LEWIS e L. SCHOENFELDT[92] trovarono solo che i maschi omosessuali avevano sperimentato più attriti con i fratelli in rapporto agli etero.

C. Genitori degli omosessuali

Vari autori hanno cercato di mettere in evidenza la storia familiare degli omosessuali, investigando sulle loro prime relazioni con i genitori. Il materiale è eterogeneo. Noi abbiamo cercato di sintetizzarlo nei seguenti punti: prime realzioni genitori-omosessuali, presenza o assenza del padre, identificazione omosessuali-genitori.

1. Relazioni genitori-omosessuali

E. BENE[93] intervistò 83 omo e 84 etero maschi, celibi, sulle relazioni con i genitori durante la loro infanzia. I dati mostrarono che gli omo ricordavano di non aver avuto un forte attaccamento alla madre o troppa indulgenza o protezione della madre nei loro riguardi di quanto invece lo avevano sperimentato gli etero. Non c'era stato quello stretto rapporto tra omo e madre

90 M. H. KAHN e al., Male psychosexual development: role of sibling sex and ordinal position, J. Gen. Psychol., 1972, 121, pp. 187 – 96

91 W. G. STEPHAN, "Parental", pp. 105 – 13

92 M. LEWIS / L. SCHOENFELDT, Developmental-interest factors associated with homosexuality, J. Consult. Clin. Psychol., 1973, 41, pp. 291 – 3

93 E. BENE, On the genesis of male homosexuality: an attempt to clarify the role of the parents, Brit. J. Psychiat., 1965, 111, p 803

di cui parla di solito la psicoanalisi.[94] D'altra parte anche il rapporto padre-omo era stato più debole di quello padre-etero.

KOLODNY e coll.[95] confrontarono 30 studenti omo e 50 etero su diverse variabili. Nel rapporto padre-omo, il 67% degli omo ricordava il padre come genitore dominante; il 10% invece descriveva il padre come uomo debole e senza affetto.

STEPHAN[96] paragonò padre-madre-omo con padre-madre-etero in rapporto anche alla dinamica mascolinità-femminilità.

I dati mostrarono che la madre degli omo aveva incoraggiato atteggiamenti e comportamento femminili del figlio più che il padre, mentre questi aveva incoraggiato atteggiamenti e comportamento maschili più della madre. Il padre era stato sentito più rigido e più assente che la madre, la quale invece si era mostrata più affettuosa e rispettosa verso il figlio.

Nelle variabili precedenti gli etero differivano dagli omo solo nel come e nel quanto erano stati incoraggiati nella loro mascholinità-femminilità.

Inoltre il padre degli omo si era mostrato più rigido, più severo, meno sicuro, meno affezionato, meno simpatico e più dominante verso il figlio nei confronti di quello degli etero. Gli omo confessavano pure di aver sentito meno rispetto verso il padre e si erano sentiti respinti da lui più di quanto non lo avessero sperimentato gli etero.

Inoltre a differenza della madre degli etero, la madre degli omo aveva incoraggiato di più il comportamento e i modi femminili del figlio e meno quelli maschili. In famiglia essa aveva avuto un ruolo dominante e aveva preso più decisioni di quanto non lo avesse fatto la madre degli etero. Come per il padre, così anche per la madre gli omo avevano sentito meno rispetto in rapporto agli etero. Essa era stata vista anche meno simpatica.

L'autore nota infine che gli omo ricordavano di essere stati respinti dal padre o da un familiare adulto più degli etero, ma nonostante ciò essi si erano sentiti eccitati sessualmente da uno dello stesso sesso appartenente alla famiglia.

94 Cfr. I. BIEBER, Homosexual dynamics in psychiatry crisis, Am. J. Psychiat., 1972, 128, pp. 88 – 92

95 C. R. KOLODNY e al., "Plasma testosterone", pp. 1170 – 74

96 W. G. STEPHAN, " Parental", pp. 506 – 13

SAGHIR e ROBINS[97] riportano che più di una metà degli omo, contro il 17% degli etero, erano stati coinvolti in litigi verbali e fisici in famiglia. Essi ricordavano questa situazione come spiacevole e stressante dal punto di vista sia emozionale che fisico. La disciplina in casa era stata mantenuta dalla madre, ma in modo scorretto: o troppo severa o troppo mite o troppo contraddittoria. Questo tipo di disciplina era stata praticata in due terzi delle famiglie degli omo, contro il 40% di quelle degli etero.

L'84% degli omo, contro solo il 18% degli etero, aveva sperimentato, durante l'infanzia, un padre assente non solo fisicamente (a causa di morte o divorzio), ma soprattutto emozionalmente. Egli aveva raramente giocato con il figlio o condiviso la sua attività o i suoi sports. Di conseguenza egli si era disinteressato del figlio o se lo aveva fatto, lo aveva fatto in modo negativo, poiché si era associato ad altri nel canzonarlo come 'femminuccia' o nel prenderlo in giro per i suoi modi effeminati.

Solo il 40% dei padri degli omo, contro il 71% di quelli degli etero, aveva preso decisioni in casa, mantenuto la disciplina o maneggiato l'economia.

D'altra parte, se il padre degli omo era stato spesso assente e disinteressato, la madre aveva avuto un comportamento opposto.[98] Sebbene possessiva e opprimente, non era stata sotto molti aspetti diversa dalla madre degli etero. Allorché il 41% degli omo, contro 23% degli etero, parlavano di madre possessiva, questo comportamento includeva: controllo dell'attivitá del figlio, partecipazione nelle sue decisioni ed eccessiva ansia, allorché il figlio era assente. Così pure la madre degli omo era stata più vicina al figlio sia fisicamente che emozionalmente durante la sua infanzia; aveva di più condiviso i suoi problemi e più aiutato nelle necessita.

THOMPSON e coll.[99] riportano che l'omosessuale, durante la sua infanzia, era stato sempre il centro dell'attenzione della madre, mentre non era stato così quasi mai per gli etero, e gli omo si erano sentiti meno accettati dal padre nei confronti degli etero.

97. SAGHIR /ROBINS, "Male", pp. 143 - 8

98 Cfr. K. FREUND, Parental-child relation in homosexual and non-transsexual homosexual males, Brit. J. Psychiat., 1974, 124, pp. 22 – 3; B. D. TOWNES e al., Differences in psychological sex adjustment , and familial influences among homosexual and non homosexual populations, J. Hom., 1976, 1, pp. 261 – 72

99 L. N. THOMPSON e al., Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals, J. Consult. Clin. Psychol., 1973, 41, pp. 120 – 7

SIEGELMAN[100] esplorò le discrepanze profonde tra i genitori di 307 omo e 138 etero, non clinici.

Le variabili su cui i due gruppi furono paragonati comprendevano: età, terapia, cultura, classe sociale, posizione dei fratelli e particolarità psichiatriche (femminilità, nevroticismo ecc.).

Tra l'altro gli omo risultarono essere stati amati meno sia dal padre che dalla madre ed erano stati più respinti di quanto non lo erano stati gli etero. Essi avevano pure sentito meno affetto per il padre. I due gruppi invece non differivano per l'affeto verso la madre e per le seguenti altre variabili: relazioni padre-madre, protezione di ambo i genitori e loro comportamento esigente.

Allorché l'autore paragonò un gruppo selettivo di omo a un gruppo di etero con meno nevroticismo, non trovò differenze nel modo con cui i soggetti percepivano i genitori nelle diverse variabili; così pure paragonò omo ed etero con grado più basso di femminilità, trovando che gli omo descrivevano il padre meno protettivo e amabile, più esigente e distante; mentre i due gruppi non differirono nella percezione della propria madre. Inoltre i genitori degli omo risultarono simili tra loro più di quelli degli etero su alcuni fattori differenziali semantici, quali dominio, nevroticismo, estroversione, equilibrio e convenzionalità.

In conclusione dall'insieme dei dati risulta prima di tutto che il padre e la madre degli omo erano distanti, ostili e meno affettuosi. Ma allorchè fu controllato il nevroticismo dei soggetti, queste differenze scomparvero. Ciò starebbe a dimostrare che le differenze di personalità e di comportamento dei genitori degli omo e degli etero sono in relazione con la 'psicopatologia' dei due gruppi. Così per es. quanto più un omosessuale è meno femminile tanto più è accetto all'ambiente familiare e tanto più il padre si mostra più affettuoso.

100 M. SIEGELMAN, Parental background of male homosexuals and heterosexuals, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 3 –18

2. Assenza del padre

STEPHAN[101] nei suoi gruppi trovò che il 15% dei genitori degli omo, contro il 9% di quelli degli etero, erano divorziati o separati., il 30% erano morti, contro il 9% di quelli degli etero. Dal complesso dei dati appare che l'assenza del maschio adulto era stata più rilevante tra il gruppo omosessuale. Anche MANOSEVITZ[102] trovò che gli omo avevano sperimentato di più l'assenza del padre e della madre a causa di divorzio, separazione o morte. Tuttavia l'autore non specifica chi dei due genitori fu più assente nella prima infanzia degli omosessuali.

SAGHIR e ROBINS[103] investigarono la situazione in modo più dettagliato. Essi riscontrarono che gli omo, più degli etero, avevano perso uno o ambo i genitori per morte o divorzio, durante l'infanzia o l'adolescenza. Di solito a mancare era stato il padre e ciò era accaduto prima che l'omosessuale avesse 10 anni. Verso i 15 anni, un terzo degli omo, contro il 12% degli etero, avevano perso uno o ambo i genitori. Tra gli omo il 19%, contro il 9% degli etero, avevano perduto il padre per morte, e il 14%, contro il 3%, per divorzio.

3. Identificazione omosessuali-genitori

THOMPSON e coll.[104] rilevarono che gli etero si erano visti più simili al genitore del proprio sesso, contrariamente agli omo che si erano sentiti distanti da ambo i genitori, sebbene si fossero debolmente identificati con il genitore del proprio sesso. Gli autori ritengono che i fattori eziologici che emergono dalla ricerca sono: alienazione del padre e della madre degli omo, e ambiente da cui provengono gli omo, che sembra più ideale e consono a uno sviluppo eterosessuale (e viceversa per quello da cui provenivano gli etero).

SAGHIR e ROBINS[105] trovarono che solo il 13% degli omo, contro due

101 W. G. STEPHAN, "Parental", pp. 1170 – 4
102 M. MANOSEVITZ, "Early sexual", pp. 396 – 402
103 SAGHIR / ROBINS, "Male", p. 139
104 L. N. THOMPSON e al., "Parental" pp. 120 – 7
105 SAGHIR / ROBINS, "Male", p. 139

terzi degli etero, si era identificato con il padre durante l'infanzia; mentre il 15% degli omo, ma nessuno degli etero, aveva sperimentato la mancanza di una figura parentale con la quale identificarsi. Ciò era stato causato dal loro stato di illegittimità o per morte o divorzio dei genitori durante l'infanzia. Solo il 18% degli omo, contro l'82% degli etero, consideravano soddisfacenti i loro rapporti con il padre durante l'infanzia. La mancanza fisica ed emozionale, del padre durante questo periodo infantile, veniva espressa dagli omosessuali in modo negativo e con risentimenti.

D'altra parte la mancanza di questa figura paterna, aveva portato due terzi degli omo a identificarsi con la madre, contro un terzo degli etero. La madre oltre ad essere stata la figura più dominante, aveva scoraggiato il figlio nelle attività maschili, mentre lo aveva incoraggiato a stare in casa e a sbrigare le faccende domestiche in sua compagnia. Tuttavia, nonostante questa identificazione con la madre, gli omo giudicavano negativo il ruolo che essa aveva avuto nella loro infanzia e adolescenza.

D. Sessualità e comportamento sessuale

E' possibile avere una certa conoscenza della sessualità e del comportamento sessuale degli omosessuali. Vari ricercatori si sono occupati delle risposte psicologiche degli omosessuali in rapporto all'oggetto. I risultati a riguardo portano a sottolineare i seguenti punti: legami e attaccamenti romantici, prove cognizionali, eccitamento sessuale, masturbazione, pratiche omo-eterosessuali e assortimento della coppia.

1. Legami e attaccamenti emozionali romantici

I legami e gli attaccamenti emozionali romantici sono risposte romantiche a una persona specifica, distinti dai legami di amicizia o dai rapporti bambino-genitore o figura-genitore. Le risposte romantiche si manifestano in fantasie, sogni e desideri di contatti genitali o non genitali o in un desiderio intenso di intimità e affetto.

MANOSEVITZ[106] nell'esame di un gruppo di etero e omosessuali sull'attrazione sessuale verso ragazzi, uomini adulti, ragazze e donne adulte, trovo che gli omo ricordavano di essere stati attratti da un ragazzo più spesso che gli etero. A volte questa attrazione aveva compreso più ragazzi e per lo piu coetanei di classe. Tra i pochi etero che erano stati attratti da ragazzi, l'oggetto della loro attrazione erano stati più ragazzi. Inoltre gli omo avevano sperimentato, più degli etero, un'attrazione più forte verso uomini adulti. Mentre il 50% degli omo, contro il 64% degli etero, riferiva di essere stato attratto da ragazze, ma nessuno tra i due gruppi era stato attratto da donne adulte.

Il primo appuntamento romantico si era verificato, per la maggior parte dei soggetti, prima dei 16 anni. Ma mentre gli etero lo avevano avuto regolarmente, gli omo lo avevano avuto in modo saltuario.

SAGHIR e ROBINS[107] riscontrarono che tra 89 omo i legami romantici omosessuali, durante l'adolescenza, erano stati universali, contro il 6% di 35 etero. Nei primi tali attaccamenti erano stati predominanti e persistenti, nei secondi invece erano stati passeggeri e occasionali.

Alcuni degli omo si erano cominciati a sentire attratti dai ragazzi verso l'inizio dell'adolescenza. Ma questa loro attrazione era stata accompagnata di solito da sentimenti di paura, da apprensione e da senso di colpa. Il 77% degli omo dichiaravano di essere stati attratti da compagni di classe o da amici; il 20% da adulti dell'ambiente in cui vivevano (amici di famiglia o conoscenti). Solo il 15% degli omo confessavano di aver avuto attaccamenti romantici verso cugini o fratelli.

Il 40% degli omo negavano di aver avuto legami romantici con una ragazza o con una donna adulta, mentre il 59% ammettevano di averli avuti qualche volta nella loro vita; il 47% prima dell'adolescenza e una stessa percentuale durante l'adolescenza. Tra gli etero il 49% aveva sperimentato attaccamenti romantici nella preadolescenza e un numero simile durante l'adolescenza.

Notiamo in fine che la maggior parte di ambo i gruppi descriveva questi primi attaccamenti romantici come platonici.

106 M. MANOSEVITZ, The development of male homosexuality, J. Sex Res., 1972, 8, pp. 31 – 40

107 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 33 – 45

2. Prove cognizionali

Un altro parametro usato nello studio delle risposte psicologiche sessuali è la valutazione delle 'prove cognizionali' (cognitional rehearsals) di un individuo e il loro predominio nella sua vita fantastica. Il termine prove cognizionali include fantasie e immaginazioni di tipo romantico e sessuale. Esse sono di solito risposte mentali a stimoli reali, o immaginari, vissuti nella storia passata e presente tramite i sensi.

Nella ricerca di SAGHIR e ROBINS[108] quasi tutto il gruppo di 83 omo, contro il 6% di 35 etero, riferivano prove cognizionali omosessuali e che le avevano cominciate a sperimentare prima dell'inizio dell'adolescenza. Solo un terzo di omo riferiva di aver sperimentato fantasie e sogni eterosessuali (sempre in termini di prove cognizionali); gli etero invece avevano tutti sperimentato tale fenomeno: la maggior parte tra i 14 – 19 anni, e pochi prima dell'adolescenza. Inoltre , per la maggioranza degli omo l'esperienza delle prove cognizionali era stata occasionale e passeggera, mentre quella omosessuale era stata predominante e persistente.

3. Eccitamento sessuale

Un terzo parametro per la valutazione delle risposte psicologiche sessuali è l'eccitamento sessuale inteso come sensazione piacevole con o senza erezione a causa di contatto fisico genitale o non genitale.

Sempre nel gruppo di SAGHIR e ROBINS[109], l'eccitamento omosessuale negli omo era stato un fenomeno universale. Il più dei tre quarti lo aveva sperimentato prima dell'adolescenza; una minoranza nell'adolescenza e il 2% nel primo periodo della vita adulta (cfr. tav. 22).

108 Ibidem, pp. 37 – 38

109 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 38 – 41

Tav. 22

Age of onset of sexual arousal (S.A.) in homosexual and heterosexual men

	Homosexual Men				Heterosexual Men			
	Homosexual S.A. (*N* = 89)		Heterosexual S.A. (*N* = 89)		Homosexual S.A. (*N* = 35)		Heterosexual S.A. (*N* = 35)	
Age	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Never	0	0	36	40	25	71	0	0
<14	68	76	18	34	9	90	8	23
14–19	19	21	26	50	1	10	26	74
20+	2	2	9	16	0	0	1	3
Total	89	100	53	60	10	29	35	100

Tra 35 etero, il 29% aveva sperimentato l'eccitamento omosessuale qualche volta nella vita e la maggior parte prima dell'adolescenza. Tra questi era stato universale invece l'eccitamento eterosessuale, mentre tra gli omo, il 60% attestavano di essere stati eccitati qualche volta nella loro vita dal contatto fisico con una ragazza o con una donna adulta e il 40% negavano esperienze di eccitamento eterosessuale. Non risultarono differenze nei due gruppi su quando avevano sperimentato il primo eccitamento eterosessuale.

Da questa investigazione e da altre precedenti degli stessi autori, sembra che le prime risposte omosessuali siano sperimentate durante la preadolescenza, mentre le risposte psicologiche etero sono di solito sperimentate, per la prima volta, durante l'adolescenza.

Gli omo che riferivano di aver avuto la sindrome dell'effeminatezza nella loro infanzia, rispetto a quelli che non l'avevano avuta, non avevano sperimentato prima le risposte psicologiche sessuali, l'attaccamento omosessuale, le prove cognizionali e l'eccitamento omosessuale. Tra quei pochi soggetti dei due gruppi, che avevano sperimentato attaccamento, prove cognizionali e eccitamento eterosessuale, gli omosessuali con sindrome dell'effeminatezza l'avevano sperimentata prima di quelli senza, cioè nella preadolescenza.

4. Masturbazione[110]

L'automasturbazione fu la prima forma di attività sessuale tra gli 89 omo e i 35 etero della ricerca di SAGHIR e ROBINS.[111] I due gruppi avevano iniziata tale pratica più o meno alla stessa età. Solo una minoranza dei soggetti l'aveva iniziata prima dei 10 anni, mentre il culmine era stato raggiunto tra la fine della preadolescenza e la prima adolescenza. Il 62% degli omo e il 59% degli etero aveva iniziato a masturbarsi tra i 10 – 14 anni. Un quarto di ciascun gruppo aveva iniziato a farlo nell'ultima adolescenza.Tuttavia, mentre tutti gli omo si erano masturbati prima dei 19 anni, tra gli etero ve n'era una minoranza che si era cominciata a masturbare a 20 anni o dopo.

La frequenza dell'automasturbazione era stata alta in ambo i gruppi. Prima dei 15 anni, il 52% degli omo, contro il 5% degli etero, si erano masturbati quattro o più volte la settimana; solo 18% degli omo, contro il 38% degli etero, si erano masturbati meno di una volta alla settimana. Tra i 15 – 19 anni, la pratica era seguitata con poca differenza tra i due gruppi: il 46% degli omo, contro il 6% degli etero, si era masturbato quattro o più volte la settimana; mentre il 7% degli omo, contro il 30% degli etero, si era masturbato meno di una volta la settimana.

Tav. 23

Average frequency of self-masturbation of homosexual and heterosexual men during the adult years

	Homosexual Men				Heterosexual Men			
	20–29 (*N* = 65)		30+ (*N* = 40)		20–29 (*N* = 34)		30+ (*N* = 12)	
Frequency/Week	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
None	2	3	2	7	10	31	7	58
<1	16	25	10	24	11	48	3	60
1–3	27	44	19	50	13	52	2	40
4+	20	31	9	26	0	0	0	0
Total masturbating	63	97	38	93	24	69	5	42

110 Qui si parla soprattutto di automasturbazione.
111 SAGHIR / ROBINS, ibidem, pp. 46 – 50

Durante la vita adulta (20 – 29 anni), quasi tutti gli omo (97%), contro il 69% degli etero, si erano masturbati, e gli omo con più frequenza degli etero. Tuttavia, dai 30 anni in poi, mentre non variava la differenza tra il numero dei soggetti che si masturbavano, diminuiva la frequenza con cui i soggetti dei due gruppi si masturbavano (cfr. tav. 23).

Fu impossibile invece investigare nei due gruppi il ruolo che l'immaginazione e la fantasia avevano avuto durante la pratica masturbatoria. Gli autori notano che la frequenza di queste due variabili era stata relativa sia precedentemente all'automasturbazione che durante, e ciò era accaduto fino a dopo l'adolescenza. Fino a questo periodo l'automasturbazione era stata quasi un esclusivo comportamento motorico, non accompagnato dal fenomeno psicologico delle fantasie e delle immaginazioni coinvolgenti un oggetto amoroso reale o immaginato.

Per quanto riguarda invece le reazioni personali all'automasturbazione fu trovato che solo il 17% degli omo avevano avuto reazioni negative durante la preadolescenza e l'adolescenza, con uno strascico del 6% dopo fino ai 30 anni, sparendo poi del tutto. Lo stesso era stato negli etero.

Le reazioni negative erano costituite soprattutto da sentimenti di colpa di natura religiosa o morale. Il 30% degli omo, contro nessuno degli etero, aveva avuto paura di squilibri mentali o di contrarre malattie fisiche o timore di essere scoperto.

5. Pratiche omo-eterosessuali

STEPHAN[112] esaminò la sessualità di un gruppo di adolescenti (88 omo e 105 etero, età tra i 10 – 16 anni). Tra i soggetti che avevano raggiunta la pubertà, gli omo avevano sperimentato prima l'orgasmo, di cui la causa principale erano stati i contatti omosessuali, mentre negli etero le emissioni notturne. Si notò pure che, mentre negli omo crescevano le amicizie femminili, aumentava pure l'attrazione per i membri dello stesso sesso. Inoltre, la loro attività sessuale era più intensa che negli etero, e dichiaravano che, allorché avevano sperimenatato un rapporto eterosessuale, lo avevano trovato meno piacevole nei confronti degli etero.

112 W. G. STEPHAN, "Parental", pp. 506 – 13

L'autore nota che gli omo avevano, verso la fine dell'adolescenza, già rigettato il ruolo eterosessuale o erano stati rigettati nel tentativo di compierlo.

Nel gruppo di SAGHIR e ROBINS[113], il 93% degli omo riferivano di aver sperimentato la masturbazione con un altro maschio qualche volta durante la vita. Il 23% degli etero attestavano di aver fatto tale esperienza durante la preadolescenza e l'adolescenza. Il 51% degli omo aveva sperimentato il piacere per contatto fisico con un altro maschio, qualche volta nella vita. Il 9% avevano iniziato durante la preadolescenza, il 44% nell'adolescenza e il 47% più tardi. Ma questa pratica era stata piuttosto rara. Il 99% degli omo, contro solo il 3% del gruppo di controllo, aveva praticato l'attività orale-genitale con un maschio. La maggior parte degli omo aveva iniziato tale pratica tra i 14 – 19 anni, e il 40% non prima dei 20. Il 93% degli omo, contro nessuno del gruppo di controllo aveva praticato il rapporto anale qualche volta nella vita. La maggior parte lo aveva iniziato durante l'adolescenza o la giovinezza, e solo l'8% prima dei 14 anni. Durante la vita preadulta, il 93% praticava la masturbazione, una metà la fellatio e il 19% il rapporto anale.
Nella vita adulta (20 – 29 anni) la masturbazione subì un calo; verso i 40 la praticava solo il 18%, mentre aumentava la pratica anale (80%) e orale-genitale (90%).

La maggior parte degli omo e tutto il gruppo etero aveva fatto il corteggiamento eterosessuale qualche volta nella vita. Il 40% degli omo, contro nessuno degli etero, lo aveva cominciato prima dei 16 anni; verso la metà e negli ultimi anni dell'adolescenza tutti i soggetti di ambo i gruppi erano ingaggiati. Dai 20 anni in poi, gli omo cominciavano a diminuire progressivamente il corteggiamento; dopo i 27 anni lo facevano solo il 12 %, mentre gli etero calavano dopo i 23 anni, ma aumentavano in modo attivo dopo i 27 anni (61%).

Circa la metà degli omo, contro due terzi degli etero, riferiva di aver avuto rapporti eterosessuali. Un numero significativo di omo si era pure sposato, ma solo una minoranza non aveva divorziato o non si era separata.

Gli autori sottolineano che il comportamento eterosessuale degli omo era stato spesso motivato da pressioni familiari o sociali, ma anche da una certa curiosità personale, o da conflitti e, qualche volta, da genuino interesse e responsività.[114]

113 SAGHIR / ROBINS, "Male", 50 – 9

MANOSEVITZ[115] investigò sul comportamento di omosessuali autodichiarati e di un gruppo di controllo. I dati mostrarono che gli omo, in rapporto al gruppo di controllo, avevavo sperimentato di più l'attività sessuale con una persona dello stesso sesso durante l'infanzia e ancora di più nella preadolescenza. Anche la frequenza di quella attività era stata più alta negli omo. Durante la preadolescenza l'attività sessuale degli omo era consistita soprattutto in masturbazione vicendevole e più raramente in fellatio. Nell'adolescenza, gli omo avevano continuato la loro attività omosessuale e gli etero avevano aumentato in modalità eterosessuali. E sebbene i due gruppi non differivano in quantità di attività sessuale, differivano invece per gli atti specifici compiuti e per i partner. Tra gli omo, fellatio, masturbazione, vicendevole e rapporti anali erano gli atti tipici della loro pratica omosessuale.

Nella prima età adulta (18 – 24 anni), mentre gli omo cominciavano a stabilizzarsi nella loro attività sessuale, gli etero apparivano già stabilizzati.

Dall'insieme dei dati di questa ricerca risulta che gli omo, in rapporto agli etero, avevavo sperimentato più attività omosessuale nell'infanzia e nella preadolescenza, e si erano andati orientando sempre più omosessualmente durante gli anni successivi; risultavano essere stati anche più attivi degli etero e avevano cominciato prima l'attività sessuale; attestavano di non essere stati mai eccitati sessualmente dalle donne e uno dichiarava anche di

Tav. 24

SUMMARY OF PRESENCE OF SEXUAL ACTIVITY AT EACH AGE LEVEL AND PARTNER'S SEX

Sexual activity with	Childhood (5–9 yr.)		Preadolescence (10–12 yr.)		Adolescence (13–17 yr.)		Early adulthood (18–24 yr.)		Present age (time of testing)	
	Homosexual	Heterosexual	Homosexual	Heterosexual	Homosexual	Heterosexual	Homosexual	Heterosexual	Homosexual	Heterosexual
Males	7	0	12	2	7	0	14	0	21	0
Females	1	4	1	5	2	12	0	19	0	22
Males and females	4	1	4	3	12	3	12	1	5	0
None	15	17	10	10	6	5	1	1	1	0
No answer*	1	0	1	2	1	2	1	1	1	0
Total	28	22	28	22	28	22	28	22	28	22

Note.—During childhood, $\chi^2 = 10.31$, $p < .02$; during preadolescence, $\chi^2 = 9.04$, $p < .05$; during adolescence, $\chi^2 = 19.01$, $p < .001$; during early adulthood, $\chi^2 = 42.23$, $p < .001$; at present age, $\chi^2 = 48.99$, $p < .001$. $Dfs = 3$ for all chi-squares.
* These responses are not included in computation of chi-square values.

114 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 84 – 104
115 M. MANOSEVITZ, "Early sexual", pp. 396 – 402

aver avuto paura dei genitali femminili, ma nessuno attestò che un eventuale rapporto sessuale con una donna sarebbe stato per lui causa di malattie o avrebbe danneggiato i suoi genitali (cfr. tav. 24).

L'autore ritiene che la precocità sessuale degli omo va ricercata nei fattori genetici, ormonali, di maturazione e di apprendimento sociale, e la loro precocità di eccitazione, attrazione e comportamento sessuale si erano verificati probabilmente durante il periodo indifferenziato (in rapporto alla scelta dell'oggetto sessuale) dello sviluppo sessuale.

In un'altra ricerca lo stesso autore[116] trovava che gli omo e gli etero non differivano in rapporto all'età, al tipo di attività sessuale e all'età del partner-femmina nella loro prima esperienza eterosessuale; gli omo invece su 28, 25 avevano fatto esperienza omosessuale, contro 8 su 22 etero. Il partner omosessuale era stato di solito più anziano e l'attività sessuale era consistita in masturbazione vicendevole o fellatio. Risultò pure che gli omo avevano avuto prima l'eiaculazione e cominciato prima la masturbazione. Inoltre 23 su 28 omo avevano avuto fantasie omosessuali coinvolgenti ragazzi o uomini adulti durante la masturbazione; mentre 6 su 26 etero avevano avuto fantasie sessuali coinvolgenti per lo più donne adulte o ragazze.

In LONEY[117], gli omo risultarono di aver avuto la loro prima esperienza omosessuale verso i 15 anni e con un partner più anziano. L'iniziativa era stata quasi sempre dei soggetti, i quali, tuttavia, non l'avevano mai presa nei riguardi di un ragazzo più giovane di loro. Il 65% di essi si dichiarava esclusivamente omosessuale.

FREUND e coll.[118] trovarono che tra i pedofili e gli efebofili vi erano stati più soggetti, in rapporto al gruppo degli androfili, che erano stati sedotti, verso i 12 anni, da un altro maschio di 17 anni o più. La seduzione, sempre nei primi due gruppi, si era intensificata dai 12 ai 16 anni di età.

Questi risultati vanno presi con precauzione, giacché tra i pedofili e gli efebofili vi erano diversi soggetti provenienti da ambienti psichiatrici. Ora

116 M. MANOSEVITZ, "The development", pp. 31 – 41

117 J. LONEY, Background factors, sexual experiences, and attitudes towards treatment in two "normal" homosexual samples, J. Consult. Clin. Psychol., 1972, 38, pp. 57 – 65

118 K. FREUND e al., Heterosexual interest in homosexual males, Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 509 – 17

si sa che in questo tipo di soggetti vi è la tendenza ad accusare qualcuno come causa della loro 'anomalia', piuttosto che ammettere liberamente la loro preferenza erotica.

R. REICHE e M. DANNECKER[119] hanno pubblicato assai di recente una ricerca su un gruppo di 789 omosessuali della Repubblica Federale Tedesca, senza un gruppo di controllo. Dall'insieme dei dati emerse che le prime esperienze omosessuali erano state fatte assai presto, cioè nella prima giovinezza (un quinto verso i 13 anni e due terzi verso i 16). Tuttavia solo il 36%, contro il 64%, caratterizzava, in base all'attuale esperienza omosessuale, il primo rapporto con un uomo un'esperienza omosessuale. Per il 56% il primo mezzo soddisfattorio era la masturbazione, per il 43% l'omosessualità e per l'1% l'eterosessualità.

Allorché gli autori paragonarono l'attività del loro gruppo con uomini predominantemente eterosessuali del rapporto di KINSEY, trovarono che contrariamente a questi, i quali subivano un calo di attività sessuale in modo costante dopo la fine della pubertà, gli omosessuali invece rimanevano costanti fino ai 35 – 40 anni. Fu pure notato che più alta è la classe sociale di un omosessuale, più basso è il suo livello di attività omosessuale nella vita adulta, e che un'attività omosessuale bassa è molto spesso indice di fragile equilibrio emozionale e di difficoltà ad accettare la propria omosessualità.

6. Assortimento della coppia

Gli omosessuali maschi fanno una grande separazione tra rapporti sociali e rapporti sessuali.[120] I partners sessuali vengono cercati senza tener conto della classe e del gruppo sociale, e ciò molto più che negli etero.[121] I partners sessuali sono raramente considerati parte del circolo di amici intimi e gli amici intimi non hanno di solito rapporti sessuali tra loro.[122] La scelta del partner

119 R. REICHE / M. DANNECKER, Male homosexuality in West Germany. A sociologicalinvestigation, J. Sex Res., 1977, 13, pp 35 – 53

120 W. L. COTTON, Role-playing substitutions among homosexuals, J. Sex Res., 1972, 8, pp. 310 – 23

121 Cfr. P. GOODMAN, Memoirs of an ancient activist, in L. RICHMOND / G. NOGUERA (a cura di), The gay liberation book, San Francisco 1973, p. 23

122 Cfr. C. A. WARREN, Identity and community in the gay world, New York 1974

sessuale è spesso fatta in modo che egli non diventi 'elegible' nell'amicizia del circolo degli altri.

Le caratteristiche che differenziano il partner sessuale sono molto spesso l'età, la classe sociale, la razza e l'etnicità.[123]

Allorché tra due omo sono stabiliti i rapporti sessuali, e uno diventa membro completo del gruppo dell'altro, i loro rapporti sessuali terminano quasi sempre poco dopo.[124] Tuttavia, gl'individui di stato sociale completamente differente non diventano ordinariamente membri in modo completo della cricca dell'innamorato, e quando ciò accade, è comunemente il partner di stato sociale inferiore che s'inserisce nel gruppo dell'altro.

Da questo punto di vista, gli omosessuali seguono sistemi di valori e di distinzioni appartenenti alla maggior parte della popolazione eterosessuale. E quando, per particolari ragioni, non è possibile seguire in dettaglio le regole della società dominante, vengono inventate nuove forme o procedure o sistemi di valori, basati su criteri possibili, che servono ai bisogni specifici.[125]

E. Studi psicologici e psichiatrici

Gli studi psicologici e psichiatrici sugli omosessuali hanno come oggetto diverse variabili. Il materiale al riguardo si presenta piuttosto eterogeneo, e perciò non facile ad essere coordinato in modo tale da dare una visione più unitaria possibile. Noi abbiamo cercato di coordinarlo nel seguente modo: femminilità-mascolinità, intelligenza, elettroencefalogramma, omosessualità nell'età, età cronologica ed età stereotipata, stimoli e sessualità, interessi, curiosità, senso dei valori o sistemi di valori, pazienti e non pazienti, associazione verbale e psicopatologia.

123 Cfr. J. A. LEE, Styles of loving, Psychology Today, 1974, 10, pp. 43 – 51; G. LEHNE, Gay male fantasies, The Body Politic, 1974, 9, pp. 15 – 25

124 COTTON interpreta questo fenomeno come un mezzo per evitare nel gruppo competizioni o conflitti sessuali, e sotto questo aspetto vi sarebbe un'analogia col tabù dell'incesto (cfr. op. cit. p. 322).

125 Per la tipologia e lo stile del partner (cfr. J. A. LEE, Forbidden colors of love: pattern of gay love and gay liberation, J. Hom., 1976, 1, pp. 401 – 18; lo stesso autore, Colors of love, Toronto 1973).

1. Mascolinità e femminilità degli omosessuali

Il primo a pensare che ci fosse una relazione tra femminilità e omosessualità, fu un devoto discepolo di FREUD, P. FERENCZI.[126] Egli stabilì, in base a dati clinici, due tipi di omosessuali: uno attivo, combinato con la mascolinità e attratto da pubescenti, e uno passivo, combinato con la femminilità e attratto dagli adulti fisicamente maturi.

Una valutazione della preferenza erotica (femminilità-mascolinità), espressa da atteggiamenti e sentimenti erotici, è molto problematica, giacché implica un'analisi e una valutazione del comportamento psicosessuale al di là del fatto quantitativo. Ma soprattutto è problematica perché mancano i mezzi adeguati di laboratorio.[127] D'altra parte, mentre, da questo punto di vista, sono avanti le ricerche sul comportamento sistematico degli animali, e solo adesso incominciano sui bambini al di sotto dei cinque anni, sono quasi inesistenti sugli esseri umani al di sopra di questa età.[128] Tuttavia, in un periodo relativamente recente è stato introdotto un metodo specifico per la valutazione e la misurazione del grado della preferenza erotica. Si tratta del test fallometrico[129], il quale dà la possibilità di definire il grado di preferenza erotica nell'ambito di una configurazione di stimoli vari, in termini di valutazione del loro eccitamento sessuale, indicato dal grado del cambiamento del volume del pene. Dato però che questo metodo non sempre ha avuto successo con tutti i soggetti ad esso sottoposti, bisogna tener presente, le sue limitazioni nella valutazione dei risultati conclusivi. Pertanto la sua validità, al momento attuale, è in relazione alla mancanza di un metodo migliore.[130]

126 P. S. FERENCZI, Zur Nosologie der männlichen Homosexualität, Bausteine zur Psychoanalyse, 1927, 1, pp. 152 – 70

127 Cfr. S. J. HUTT e al., Direct observation and measurement of behavior, Illois 1970

128 Cfr. N. JONES, Ethological studies of child behavior, Londra 1972

129 Cfr K. FREUND, A laboratory method for diagnosis predominance of homo- or heteroerotic interest in the male, Beh. Res. Ther., 1968, 1, p. 85; lo stesso autore, A note on the use of phallometric method of measurement mild sexual arousal in the male, Beh. Ther., 1971, 2, pp. 223 – 8; K. FREUND e al., Heterosexual aversion in homosexual males, Brit. J. Psychiat., 1973, 122, pp. 163 – 9

130 K. FREUND, Male homosexuality: an analysis of the pattern, in J. A. LORAINE (a cura di), Understanding homosexuality, Lanchaster 1975, p. 26

FREUND e coll.[131] esaminarono 260 androfili, 32 efebofili e 24 pedofili omosessuali, e li paragonarono a 30 eterosessuali normali e a 25 eterosessuali pedofili. Gli omo furono sottoposti a un questionario sulle deviazioni sessuali, all'FGI (feminine gender identity) e al CPI (California Personality Inventory), che misura la femminilità; mentre gli etero furono sottoposti solo a quest'ultimo. Inoltre, ambo i gruppi furono sottoposti al test fallometrico, usando stimoli potenzialmente erotici consistenti in immagini di ragazzi nudi dai 5 agli 11 anni.

Dalla ricerca risultò che gli omo erano più femminili degli etero. Tra il gruppo degli omo, quelli che preferivano eroticamente partners fisicamente maturi erano più femminli di coloro che preferivano adolescenti o bambini. Fu pure riscontrato che i pedofili eterosessuali erano più femminili degli etero normali, e sotto questo aspetto essi non differivano dal gruppo omosessuale.

I gruppi furono pure confrontati sulla scala della femminilità-mascolinità di GOUGH, derivata dal CPI, ma migliorata.[132] I risultati furono simili ai precedenti. Sembrò pure che un alto grado di femminilità non precluda agli androfili una preferenza efebofila o pedofila. In un gruppo di questo tipo di omo, FREUND e coll.[133] trovarono tre soggetti con alto grado di femminilità. D'altra parte si è già visto che vi sono uomini androfili, i quali non mostrano alcuna identità di genere femminile. Il fatto poi che vi sia in etero maschi un alto grado di femminilità e che in alcuni omo maschi non ci sia, dice che la femminilità non è una condizione necessaria per lo sviluppo dell'omosessualità maschile, e viceversa. La relazione tra queste due anomalie va ricercata nei loro fattori causali, oppure consiste nel fatto che la presenza di una di esse accresce la probabilità dell'acquisizione dell'altra. Una tale alternativa sembra sostenere il rapporto tra grado di femminilità e età preferita del partner.[134]

131 K. FREUND e al., Femminity and preferred age in homosexual and heterosexual males, Brit. J. Psychiat., 1974, 125, pp. 442 – 6

L'omosessualità è così definita dagli autori: " Homosexuality is the substained erotic preference for same-sexed persons when there is choice of partner as to sex and other attitudes which may codetermine erotic attractiveness. Androfilia: erotic preference for physically mature males. Efebofilia: erotic preference for pubescent males. Pedofilia: erotic preference for children" (p. 442).

132 Cfr. H. G. GOUGH, California Psychological Inventory, California 1970

133 K. FREUND e al., Measurement feminine gender identity in homosexual males, Arc. Sex. Beh., 1974, 3, p. 249

134 Cfr, K. FREUND, "Male homosexuality", pp. 25 – 81

Sempre FREUND e coll.[135] studiarono 185 omosessuali e 52 transessuali (che avevano chiesto l'operazione chirurgica), con lo scopo di rilevare la differenza di femminilità-mascolinità. Tutti i soggetti mostrarono una preferenza per uomini fisicamente maturi. I transessuali preferivano maschi eterosessuali, eccetto uno che preferiva sia omo che etero. ; tra gli omo invece, tre quarti preferivano omo, il 14% etero e il 13% non facevano differenze.

La forte preferenza dei transessuali verso maschi eterosessuali potrebbe avere la sua spiegazione nel fatto che tale preferenza riflette in loro una forte identità di genere femminile, la quale a sua volta potrebbe implicare una forte mascolinità nel partner.

Osservando il comportamento sessuale di alcuni omo, si è notato un adattamento cospicuo a varie parti del ruolo femminile nell'interazione erotica e nello sviluppo di tali fattori. Fino ad oggi ci sono poche informazioni sicure per dirci fino a che punto l'identità di genere femminile ha negli omo maschi radici biologiche in comune con la vera femminilità come si manifesta nelle donne. Tuttavia un primo tentativo è stato fatto, misurando negli omo maschi l'identità di genere femminile in modo più diretto di quanto è fatto dalle scale della mascolinità-femminilità, giacché l'identità di genere femminile, negli omo maschi, non bisogna che risponda necessariamente, per la differenziazione tra uomo e donna, a quella che viene data dai tests sulla femminilità-mascolinità.[136]

Una ricerca di un certo interesse sull'argomento è quella di M. HAIST e J. HEWITT[137]. Questi autori esaminarono 91 omo autoclassificatisi 'insertori' (insertor) e 94 'ricevitori' (insertee), attivi e passivi rispettivamente secondo la terminologia di FERENCZI, nei rapporti anali. Dai dati emersero importanti differenze in rapporto alla classificazione dicotoma omosessuale nei due gruppi. I 94 che preferivano essere ricevitori nell'atto anale, ruolo considerato femminile, preferivano pure essere recipienti nella fellatio, ruolo considerato pure femminile. Inoltre, essi volevano che il partner assumesse ruolo

135 K. FREUND e al., The trans-sexual syndrome in homosexual males, J. N. Ment. Dis., 1974, 158, p 145

136 K. FREUND, "Male homosexuality", pp. 25 – 81

137 M. HAIST / J. HEWITT, The butch-fem dichotomy in male homosexual behavior, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 68 – 75

dominante nelle situazioni sociali e fosse autoritario negli atti sessuali. Ma non risultò che amassero considerarsi delle donne, come vorrebbe FERENCZI.

I 91 che avevano ruolo di insertori nell'atto anale, preferivano pure essere tali nella fellatio, avere un ruolo autoritativo nei rapporti sessuali, seguire le proprie proposte nelle situazioni sociali e più che i primi sentivano una forte avversione essere considerati delle donne.

I dati mostrarono pure che in generale i ricevitori preferivano partners un po' più anziani di loro, ma non risultò, con la stessa evidenza, che gl'insertori preferissero partners estremamente giovani.

Accenniamo in fine alla ricerca di B. TOWNES e coll.[138]. Questi autori esaminarono l'identità di genere e l'identità di ruolo di un gruppo di etero sessuali, di due gruppi di omosessuali (uno che si trasvestiva da donna e uno no) e un gruppo di transessuali. Fu riscontrato che gli omo che non vestivano da donna e gli eterosessuali avevano il ruolo di genere il più maschile e che i due gruppi di omosessuali accettavano di più l'omosessualità, accettata invece di meno dai transessuali e di meno anche degli stessi eterosessuali.

2. Intelligenza degli omosessuali

J. RABOCH e I. SIPOVA[139] investigarono sul grado d'intelligenza di 100 uomini normospermici, 24 transessuali, 20 eunucoidi ipogonadotropici, 17 omosessuali non femminili e 24 omo femminili. Tra il gruppo degli omo non femminili 1 risultò con QI al di sotto degli 80, 1 tra 81 – 90, 4 tra 91 – 110; 6 tra 111 – 120 e 5 al di sopra di 120; mentre tra gli omo femminili, 1 tra 81 – 90, 7 tra 91 – 110, 8 tra 111 – 120 e 8 al di sopra di 120. In media il QI degli omosessuali, come quello degli altri, risultò essere al di sopra della media.

138 B. D. TOWNES e al., Differences in psychological sex, adjustment , and familial influences among homosexual and non homosexual populations, J. Hom., 1976, 1, p. 161

139 J.RABOCH / I. SIPOVA, Intelligence in homosexuals, transsexuals and hypogonadotropic eunucoids, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 156 – 61

140 R. PAPATHEOPHILOU e al., Electroencephalographic findings in treatment-seeking homosexuals compared with heterosexuals: a control study, Brit. J.Psychiat., 1975, 127, pp. 63 – 6

3. Omosessualità e EEG (elettroencefalogramma)

R. PAPATHEOPHILOU e coll.[140] paragonarono un gruppo di 30 omosessuali con un gruppo di etero in rapporto all'EEG. I due gruppi si corrispondevano sia per l'età, sia per la classe sociale, sia per il QI. Non risultò che tra i due gruppi ci fossero differenze significative nè al Mann-Whitney U-test, nè all'attività dell'EEG, eccetto che gli omo mostrarono una soprarespirazione in paragone al gruppo di controllo. Siccome trovarono che una soprarespirazione dell'EEG si ha anche tra i bambini, gli autori ritengono che l'immaturità cerebrale è probabilmente in connesione con lo sviluppo omosessuale, se questo venisse interpretato come difetto dello sviluppo psicosessuale e indice di ritardo mentale.

4. Omosessualità nelle età

M. WEINBERG[141] distribuì un questionario ad un vasto gruppo di omo di varia estrazione, ottenendo 3500 risposte, cioè solo il 30% dei questionari distribuiti. Paragonando gli omo di 25 anni con quelli di 45, questi ultimi risultarono frequentare di meno i bars omofili, di aver meno rapporti con gli altri omofili e di essere coinvolti di meno in attività omosessuale. I più anziani avevano avuto meno noie per scandali, accettavano più se stessi, avevano meno imbarazzi interpersonali e meno desideri per trattamenti psichiatrici.

L'autore constatò pure che gli omo sotto ai 26 anni mostravano più somiglianze con i più anziani che con quelli tra i 26 – 45 anni. Egli conclude che nonostante l'isolamento sociale degi omosessuali in genere, i più anziani sembrano meglio aggiustati, avendo accettata la loro vita e se stessi.
Dalla ricerca, tuttavia, non è chiaro se queste differenze siano un risultato attribuibile all'età o alle aree differenti, in cui gli omo, di età diverse, furono educati.

141 M. WEINBERG, The male homosexual, Soc. Prob., 1970, 17, pp. 527 - 37

5. Età cronologica ed età stereotipata degli omosessuali

L'opinione popolare ritiene che vi è un'accellerazione dell'invecchiamento negli omosessuali. Ciò oltre che essere propinato dai giornalisti, viene pure affermato in pubblicazioni specifiche sull'omosessualità[142] e in opere teatrali.[143] Studi più obiettivi hanno pure suggerito che gli omo, paragonati agli etero, sperimentano prima l'inizio della mezza età e della vecchiaia "since they adapt to aging and other 'life crisis', such as role loss, earlier in life".[144]

Tuttavia una ricerca empirica recente[145] ha dimostrato che questa tesi non è sostenibile. Infatti è stato trovato che gli omo tra i 20 – 30 anni si descrivono giovani, e la maggior parte di quelli sui 40 e oltre i 50 si ritengono di età media, e ciò è in accordo con l'opinione che gli etero hanno della propria età.[146] Inoltre, apparve che gli omo che si identificavano più vecchi, in rapporto alla loro età effettiva, o erano più maleaggiustati o fisicamente più malati degli altri, e ciò si verifica pure negli etero.[147]

6. Influsso delle organizzazione omofili sui propri membri

J. GREENBERG[148] trovò che gli omosessuali membri di organizzazioni omofile erano più alienati rispetto al gruppo eterosessuale, ma risultarono uguali nella stima di sé. Allorché l'autore paragonò omosessuali membri a un gruppo di omo non membri, risultò che mentre la stima di sé rimase invariabile, il livello di alienazione nei membri decresceva all'inizio dell'entrata nelle organizzazioni, ma cresceva dopo un anno circa.[149]

WEINBERG[150] paragonò due gruppi di omosessuali di due città (San Francisco e New York) appartenenti a organizzazioni omofile, frequentatori di bars e clubs omofili.

Dai dati emerse che le differenze di questi due tipi di omofili delle due città rivelavano caratteristiche simili: 1) gli appartenenti alle organizzazioni omofile erano più anziani, più stabili in residenza e sul lavoro, e si consideravano omosessuali da lungo tempo. Essi corrispondevano a quel tipo di omosessuali chiamati 'regine nascoste' (closet queens), i quali hanno pochi amici, meno contatti con la subcultura omosessuale e meno acculturazione di quella stessa cultura. Inoltre essi vivono con un amico. 2) Gli omo frequentatori di di bars erano più preoccupati temendo che la loro omosessualità venisse scoperta, erano i più anonimi e mostravano instabilità sul lavoro e in residenza. 3) I frequentatori di clubs erano i meno a preoccuparsi che la loro omosessualità venisse scoperta, socializzavano di più con gli altri omosessuali e meno con gli etero, in paragone agli altri due gruppi. Inoltre essi erano quelli che più sostenevano che la loro omosessualità era una forma morale di sessualita è non una forma patologica.

7. Stimoli e sessualità

R. BARR e N. McCONAGHY[151] condussero delle ricerche sul volume del pene di omosessuali sottoposti a stimoli di tests di comportamento con lo scopo di analizzare il loro atteggiamento verso le donne. I risultati furono positivi.

142 Cfr. L. HUMPHREYS, Out of the closets: the sociology of homosexual liberation, Englewood Cliffs 1972; J. KYPER, Over the hill at 30? Gay Sunshine, 1970, p. 20

143 Cfr. H. CROWLY, The boys in the band , New York 1968

144 Cfr. J. S. FRENCHER / J. HENKIN, The *menopausal queen: adjustment* to aging and the male homosexual, Am. J. Orthopsychiat. 1973, 43 , pp. 670 – 4

145 Cfr. F. A. MINNIGERODE, Age-status labelling in homosexual men, J. Hom., 1976, 1, pp. 273 – 6

146 B. L. NEUGARTEN e al., Age norms, age constraints, and adult socialization, Am. J. Soc., 1965, 70, pp. 710 – 7

147 Cfr. R. BENNET / J. ECKMAN, Attitudes toward aging: a critical examination of recent literature and implication for future research, in C.EISDORFER / M. P. LAWTON (a cura di), The psychology of adult development and aging, Washington 1973

148J. S. GREENBERG, A study of the self-esteem and alienation of male homosexuals, J. Psychol., 1973, 83, pp 137 – 47

149 Cfr. lo stesso autore, The effects of homophile organization on self-esteem and alienation of its members, J. Hom. ,1, 1973, pp. 313 – 7

150 M. S. WEINBERG, Homosexual samples: differences and similarities, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 312 – 25

151 R. BARR / N. McCONAGHY, Penile volume response to appetitive and aversive stimuli in ralation to sexual orientation and conditioning performance, Brit. J. Psychiat. 1971, 119, pp. 377 – 83; cfr. gli stessi autori, A general factor of conditionability: a study of Galvanic skin responses and penile responses, Beh. Res. Ther., 1972, 10, p.215

McCONAGHY[152] aveva già precedentemente studiato le reazioni del pene degli omo sotto la stimolazione di diapositive di nudi. Era risultato che mentre il volume del pene degli omo aumentava davanti a immagini di uomini nudi e diminuiva a quelle di donne, tutto al contrario accadeva al gruppo etero. Negli etero, la misura dell'aumento del volume del pene, in misura penile, per l'oggetto preferito (= risposta positiva), era in relazione al calo della misura del volume di fronte all'oggetto non preferito (= risposta negativa); viceversa invece accadeva negli omosessuali. (Gli stessi risultati otteneva un altro ricercatore).[153]

L'autore ipotizzò che lo stesso processo determina risposte sessuali sia positive che negative negli etero, ma non negli omo. A questo scopo egli condizionò le risposte sessuali a simboli neutrali e constatò che, in ambo i gruppi, la misura delle risposte condizionate (per gli uni e per gli altri erano risposte negative e positive) era in relazione con la misura delle risposte incondizionate. In rapporto alle risposte positive, la risposta condizionata era in ambo i gruppi più breve della risposta incondizionata. Per le risposte negative, invece, le risposte incondizionate e quelle condizionate erano simili negli etero; mentre negli omo la risposta condizionata risultò più lunga di quella incondizionata.

G. ABEL e coll.[154] misurarono l'erezione di 20 omosessuali sotto tre condizioni (eccitamento, soppressione ed eccitazione) e sotto tre modalità di stimoli (nastri videomagnetici, diapositive e figure o diapositive e nastri audiomagnetici). Dai dati risultò che i nastri videomagnetici producevano il livello più alto di eccitazione, le diapositive e gli audiomagnetici avevano come effetto una soppressione volontaria.

M. MAVISSAKOLIARI e coll.[155] sottoposero a vari stimoli 6 omosessuali e 6 etero. Fu visto che gli omosessuali rispondevano con una erezione molto più forte agli stimoli omosessuali ed eterosessuali maschili che a quelli

152 N. McCONAGHY, Penile response conditioning and its relationship to aversion therapy in homosexuals, Beh. Ther., 1970, 1, pp. 213 – 221

153 Cfr. D. LONGEVIN, The effect of relation instructions on erotic arousal in homosexual and heterosexual males, Beh. Ther. , 1975, 6, pp. 453 – 8

154 G. G. ABEL e al., Measurement of sexual arousal in male homosexuals effects of instruction and stimulus modality, Arc. Sex. Res., 1975, 4, pp 623 – 9

155 M. MAVISSAKOLIARI e al., Response to complex erotic stimuli in homosexual and heterosexual males, Brit. J. Psychiat., 1975, 126, pp. 252 – 7.

femminili, e che gli eterosessuali rispondevano di più agli stimoli eterosessuali e omosessuali femminili che a quelli omosessuali maschili. Inoltre gli eterosessuali valutavano gli stimoli omosessuali come sgradevoli, mentre gli omo valutavano gli stimoli etero come leggermente sgradevoli. Furono pure trovate delle correlazioni tra erezione soggettiva ed eccitazione sessuale, tra erezione piacevole e godimento soggettivo dell'eccitazione.

Il gruppo di 28 omo e di 22 etero di MANOSEVITZ[156], ai quali era stato distribuito un questionario sulla storia di vita e l'MMPI, non mostrarono differenze in rapporto alla paura dei genitali femminili, alla paura di contrarre malattie o di essere feriti nei propri genitali. Gli omo attestavano di non essere mai stati eccitati sessualamente da donne, sebbene avessero avuto anche delle esperienze eterosessuali. Questi dati contraddicono in parte quelli di BIEBER[157], il quale aveva trovato differenze significative in rapporto alla paura di contrarre malattie o di essere feriti nei genitali durante le relazioni sessuali con le donne. Si tenga presente che questo autore condusse la sua ricerca tra soggetti clinici.

R. ATHANASIOU e P. SHAVER[158] paragonarono un gruppo di omo e un gruppo reperito a caso, tra i corrispondenti a un questionario del 'Psychology Today', sulla pornografia. Gli uomini che riferivano di essere eccitati di più dalla pornografia sembravano essere omosessuali. Gli omo mostravano di essere più liberi sessualmente e meno romantici.

8. Interessi sessuali

LEWIS e SCHOENFELDT[159] confrontarono 42 studenti omo, membri del Gay Educational Commitee dell'università della Georgia, con un gruppo etero di giovani matricole sulla variabilità degli interessi. I due gruppi non risultarono differenti nei seguenti dati: successo accademico, qualità positive

156 M. MANOSEVITZ, "Early sexual", pp. 396 – 402

157 I. BIEBER, Homosexuality, New York 1962

158 R. ATHANASIOU / P. SHAVER, Correlates of response to pornography, Proc. Am. Psychol. Ass., 1970, 5, pp 349 – 50

159 M. LEWIS / L. SCHOENFELDT, Development-interest factor associated with homosexuality, J. Consult Clin. Psychol., 1973, 41, pp. 291 – 3

accademiche,interesse scientifico, interesse storico letterario, successi sociali e maturità emozionale. Gli omo invece risultarono partecipare di meno alle competizioni sportive e alle attività religiose organizzate, mentre mostravano più facilità verbale e più indipendenza, erano meno forti in matematica e avevano un orientamento poco chiaro della propria vocazione.

Gli autori precisano che questi risultati sono generalizzabili a una popolazione di omo organizzati in modo simile al gruppo esaminato e confrontati con un gruppo di eterosessuali attivisti.

9. Curiosità

D. SCHIFFER[160] distribuì un questionario sulla esibizione della curiosità sessuale a 10 omo e a 10 etero maschi, e a due gruppi simili di donne. Dalla ricera risultò che le lesbiche erano assai più curiose degli altri tre gruppi ma non differivano tra loro i due gruppi di maschi. L'autrice ipotizza che la maggiore inibizione della curiosità delle lesbiche dipende dal condizionamento delle loro prime esperienze sessuali. Tuttavia bisogna dire che ciò non è chiaro dalla ricerca, giacchè non si considera la relazione causa-effetto.

10. Omosessualità secondo i sistemi di valori

R. COCHRANE[161] sottopose 30 omo e 30 etero alla scala dei sistemi di valori. Dai dati emerse che i modelli di valori sembravano essere più una conseguenza delle deviazioni degli omosessuali che una causa. L'omosessualità non sembrò che implicasse di per sé una sensibile violazione dei valori culturali dominanti. Il gruppo si mostrò interessato , tra l'altro, ai seguenti valori: armonia interna, amore maturo (definito come intimità sessuale e spirituale), vera amicizia; mentre fu interessato relativamente alla sicurezza familiare, al coraggio (considerato un valore tipicamente maschile).

Comunque non fu possibile ottenere molti dati da questo gruppo, anche perchè esso era costituito da omosessuali apertamente protesi verso il matrimonio omosessuale, e quindi non modello stereotipato della omosessualità generale.

11. Omosessuali pazienti e non pazienti.

Ci si domanda se vi è una differenza di personalità tra omo che chiedono terapia a causa della loro omosessualità e omo che non la chiedono.

R. TURNER e coll.[162] esaminarono soggetti non pazienti (età media 47 anni e mezzo) e 51 pazienti (età tra i 27 – 28 anni) che avevano chiesto trattamento terapeutico.

I non pazienti furono divisi in coloro che non avevano mai cercato una terapia (n. 41) e coloro che precedentemente avevano cercato una terapia (n. 18) a causa della propria omosessualità. Fra i due gruppi emersero differenze significative. Gli omo che non avevano cercato una terapia risultarono più emozionali, opportunisti, timidi, inclini alla tenerezza, autosufficienti e meno controllati. Gli omo che avevano cercato una terapia per la propria omosessualità riportavano un punteggio piu alto in nevroticismo, di essere più oppressivi, più conservativi e dipendenti.

260 D. SCHIFFER, Relation of inhibition of curiosity to homosexuality, Psychol. Rep., 1970, 27, pp 771 – 6

161 Si pensa che i sistemi di valori sono potenzialmente le variabili più fruttuose per lo studio dell'eziologia delle deviazioni. I valori sono nella gerarchia cognitiva piu in alto delle attitudini e costituiscono un gruppo definito di variabili. Siccome si pensa che essi sono variabili emozionali, si sostiene che i valori occupano una posizione centrale nel calcolo delle differenze del comportamento e dello stile di vita. COCHRANE nello studio di 4 gruppi di deviati, tra cui un gruppo di omosessuali, trovò grande conferma a questa tesi.

Un sistema di valori si definisce come una organizzazione stabile di valori lungo un continuum di importanza relativa concernenti modi preferibili di condotta o di ideali di esistenza.

I valori riferiti ai modi di condotta sono definiti valori strumentali, e tra l'altro includono: ambizione, capacità, onestà, responsabilità, coraggio, intellettualità, indipendenza ecc.

I valori che si riferiscono agli ideali dell'esistenza sono definiti valori terminali, come: una vita confortevole, una vita accettabile, mondo di pace, mondo di bellezza, uguaglianza, sicurezza familiare, libertà, felicità, armonia interna, amore maturo, amicizia vera, saggezza ecc. (cfr. R. COCHRANE, Values as correlates of deviancy, Brit. J. Soc. Clin. Psychol., 1974, 13, pp. 257 – 67).

162 R. K. TURNER e al., Personality characteristics of male homosexuals referred for aversion therapy, Brit. J. Psychiat., 1974, 125, pp. 447 – 9

Sebbene si debba tener conto dell'età (i non pazienti erano più anziani di età) e del fatto che i non pazienti appartenevano a clubs di gruppi omo, gli autori concludono che sembra evidente che è inammissibile generalizzare osservazioni riguardo all'omosessualità quando le informazioni si basano solo su pazienti; bisogna tener conto dei fattori culturali e ambientali per conoscere le influenze e le ragioni per cui degli omosessuali cercano di sottoporsi a una terapia.[163]

Un'altra domanda è se vi sono differenze di personalità tra omosessuali e eterosessuali che si presentano volontari a una ricerca e tra quegli omo e etero che non si presentano volontari.

J. BURDICK e D. STERWART[164] esaminarono 67 membri di un club omofilo locale. I soggetti, sottoposti all'E-PI, furono esaminati sull'estroversione, menzogna e scala della nevrosi, come pure sulle seguenti variabili: età, livello d'istruzione, reddito annuale e attività sessuale secondo la scala di KINSEY. Furono pure fatte le analisi principali calcolando per ciascun soggetto il suo punteggio.

Gli autori, inoltre, invitarono i soggetti al laboratorio dell'ospedale per partecipare a ricerche su reazioni psicologiche a stimoli erotici. Quelli che si presentarono furono solo 25, i risultati dei quali furono paragonati con quelli dei 32 che non si erano presentati. Fu riscontrato che quelli che si erano presentati mostravano di essere più nevrotici ed estroversi di coloro che non si erano presentati.

12. Associazione verbale

V. ANDRESS e coll.[165] sottoposero a 60 parole dell' M-WAT (Menninger Word Association Test) un gruppo di 82 studenti appartenenti a una organizzazione di omosessuali attivisti e un gruppo di controllo di 100 studenti che seguivano corsi sull'introduzione alla psicologia, alla sociologia e all'antropologia. I dati risultarono uguali tra i due gruppi. Gli omo risposero essenzialmente come gli etero alla prova delle parole associate suggerendo così, secondo gli autori, in accordo al credo dei gays attivisti, che la vera differenza tra omo e etero è la loro orientazione sessuale.

163 R. K. TURNER e al., "Personality" p. 448

164 J. A. BURDICK / D. Y. STEWART, Differences between "show" and "no show" volunteers in a homosexual population, J. Soc. Psychol. 1974, 92, pp. 159 – 160

165 V. ANDRESS e al., A comparison of homosexual and heterosexual responses to the Menninger Word Association Test, J. Clin. Psychol, 1974, 30, pp. 205 – 207

13. Psicopatologia[166]

LONEY[167] esamino 29 omo e un gruppo di controllo, di cui nessuno era stato paziente psichiatrico. Fu trovato che gli omo risultarono, nella misura del maleaggiustamento della scala dell'MMPI- F, di livello più alto del grup-

166 Sebbene si sia sempre sentito l'interesse a sapere sulla psicopatologia degli omo, di fatto le ricerche eseguite al riguardo sono state poche. D'altra parte, i soggetti studiati, i criteri impiegati e i pregiudizi teoretici consci e inconsci, e gli equivoci rivelati o nascosti dei ricercatori hanno spesso impedito di approdare a risultati degni di fiducia incondizionata. Mentre uno psicologo affronta la psicopatologia con i suoi tests e i suoi strumenti, uno psicoanalista fa assolutamente assegnamento su un materiale instrutturato ottenuto attraverso quel grande metodo instrutturato che è l'associazione libera, generalmente come parte di un processo terapeutico. D'altra parte i medici psichiatrici sono portati a sottolineare certe sindromi ben definite e a fare completo assegnamento sulla patologia presente e retrospettiva. E anche qui bisogna poi vedere quale indirizzo terapeutico segue lo psichiatra, se behaviorista, personalista ecc. Ci sono poi i sociologi che in base alle statistiche degli squilibri sociofamiliari e socioambientali indicano in quei nuclei la psicopatologia omosessuale.

Tutti questi ricercatori, usando metodi non solo differenti ma spessissimo anche divergenti, e facile che ottengano risultati diversi. In una tale situazione di variabilità in cui si trova l'osservatore, tener presente i criteri operativi specifici di patologia e di salute, facilita grandemente la capacità dei diversi ricercatori a comunicare ai professionisti interessati i loro risultati e a comunicarseli a vicenda.

Forse il metodo più completo e migliore per studiare la psicopatologia sarebbe che il ricercatore applicasse criteri di patologia e di salute sviluppati, convalidati e definiti attraverso un'esperienza basata sull'esame di tutte le variabili del comportamento personale, intrafamiliare e sociale dei soggetti e attraverso un'investigazione sulle azioni supplementari o esiti dei risultati ottenuti dalle diverse terapie applicate ai soggetti in questione.

Oggi come oggi, ci sono studi sulla patologia degli omosessuali basati quasi esclusivamente su omosessuali clinici o detenuti, per cui i risultati non possono non essere equivoci, a meno che uno, e diversi ricercatori lo hanno fatto, non consideri l'omosessualità di per sè patologica, oppure una menomazione, e questo lo fa, tra gli altri, la psicoanalisi come avremo modo di vedere. In questo caso, la ricerca, sebbene si proclami neutrale, riuscira sempre, per la sua carica di pregiudizialità, a trovare elementi con cui poter evidenziare che l'omosessaulità è patologica. E ciò infallibilmente, giacché, partendo da soggetti patologici, non è difficile trovare sindromi con eziologia inesplicabili, attribuibili all'omosessualità di per sè.

Tav. 25

MMPI F Scale Scores for Several Samples

Sample	Source	N	Mean	SD
Unsocialized Aggressives	Tsubouchi & Jenkins, 1969	24	14.6*	6.0
Runaway Delinquents	Tsubouchi & Jenkins, 1969	34	13.0*	5.7
"Normal" Homosexuals	Loney, in press	29	12.3	5.2
Socialized Delinquents	Tsubouchi & Jenkins, 1969	43	10.3*	5.2
Behavior Disorders	Gynther, 1961	194	8.7	Not given
"Normal" Homosexuals	Dean & Richardson, 1964	40	7.0	1.45
Controls	Dean & Richardson, 1964	40	5.25	2.7
Controls	Loney, in press	29	4.0	2.7
University of Iowa Freshmen	Goodstein, 1954	796	3.9	3.1
Standardization	Welsh & Dahlstrom, 1956	800	3.9	4.2

*Ss who scored above 16 and failed to meet the consistency criterion proposed by Buechley & Ball (1952) were excluded from Tsubouchi & Jenkins' groups; these means are, therefore, underestimates.

Forse fino a quando s'insisterà sulla controversia malattia-salute o sulla natura patologica o normale dell'omosessualità, ci saranno sempre punti di vista differenti, giacchè ci saranno sempre studiosi che saranno coinvolti personalmente a difendere o a condannare.

In molte ricerche le generalizzazioni dell'omosessualità come sana o malata, come necessariamente patologica per cui necessita cura o trattamento o come non patologica per cui non presenta speciali problemi e difficoltà di adattamento, sono ampiamente basate su passionalità personale e su pregiudizi , piuttosto che su dati empirici non passionali e su prove decisive.

Il problema, pare, non è quello di decidere se l'omosessualità è patologica, ma se il tasso di patologia definibile è significativamente più alto tra gli omosessuali non selezionati e i soggetti eterosessuali pure non selezionati.

Per quanto mi risulta pochissimi autori sono stati capaci di fornire dati oggettivi per la soluzione di questo importante problema. Le ragioni di tale quasi fallimento sono da ricercarsi, oltre che nello stato in cui l'omosessualità è rilegata dalla società, nella mancanza di tecniche psicologiche, psichiatriche ecc. standardizzate e in quella grande diversità di approcci con cui con gli stessi ci si accosta alla patologia. Ma il problema si fa ancora più complesso e delicato, ma d'altra parte inevitabile, allorchè a definire il significato di patologia-sanità, normalità-anormalità, naturale-innaturale, s'inseriscono elementi morali e religiosi. A questo punto selezionare anatomicamente o misurare quantitativamente la frequenza, il tasso, la preferenza ecc. dei vari sintomi attraverso i mezzi di laboratorio, sembra che non basti, giacchè il naturale e l'innaturale, il normale e l'anormale sono rivestiti da categorie qualitative quali la libertà e la responsabilità, che da quando uomo e uomo soggiacionq, nonostante tutto, al metro dell'indefinibile.

167 J. LONEY, An MMPI measure of malajustament in a sample of "normal" homosexual men, J. Clin. Psychol., 1971, 27, pp. 486 – 7

po di controllo. Non furono individuate le sue cause. L'autore ritiene che il maleaggiustamento sia un fattore inerente all'orientazione omosessuale o il semplice risultato della proscrizione dell'omosessualità da parte della società. Anche alla scala F gli omo riportarono un punteggio più alto (cfr. tav. 25).

T. KLARK[168] paragonò un gruppo di 140 omo non pazienti a un gruppo di controllo di etero. Non risultò che tra i due gruppi ci fossero differenze in rapporto alle misure di psicopatologia, nè risultò che con il crescere del livello di omosessualità si verificasse un aumento di psicopatologia.

EVANS[169] esamino 44 omo e 111 etero sui 16 fattori della personalità (sixteen personality factors questionaire). I soggetti non erano stati sottoposti a terapia nè avevano avuto a che fare con la legge. I risultati ottenuti li paragono a quelli della ricerca di CATTEL e MORONEY[110], i quali avevano usato lo stesso metodo nell'esaminare 110 omo Australiani. Tra i due gruppi furono riscontrate alcune differenze. Così, gli omo Australiani s'allontanavano molto più di quelli Americani dallo standard della popolazione generale. Mentre gli Americani risultarono leggermente più nevrotici degli Australiani. Alla scala dei 16PF gli omo, rispetto agli etero, furono trovati emozionalmente meno stabili, meno coscienziosi e controllati, più tesi, più sospettosi, più immaginativi, più apprensivi, più autosufficienti e più inclini alla tenerezza.

Comunque si conclude che in base a tali risultati non si può dedurre che il comportamento omosessuale sia necessariamente un indice di psicopatologia, e che la differenza più rilevante tra omo e etero è da ricercarsi più nell'orientazione sessuale che nei disturbi psichici.

MANOSEVITZ ha condotto diverse ricerche sulla patologia degli omo. In una sua prima ricerca studiò un gruppo di 28 omo non clinici e 22 etero di controllo.[171] Egli trovò che gli omo non si erano sottoposti alla psicoterapia più degli etero; mentre tra i due gruppi non risultarono differenze

168 T. KLARK,Homosexuality and psychopathology in non patient male, Am. J. Psychoanal., 1975, 35, pp. 163 – 8

169 R. B. EVANS, Sixteen personality factor questionaire scores of homosexual men, J. Cons. Clin. Psychol., 1970, 341, pp. 212 – 15

170 R. B. CATTEL / J. H. MONRONEY, The use of the 16PF in distinguishing homosexuals, normals, and general criminals, J. Cons. Psychol., 1962, 26, pp. 534 – 40

171 M. MANOSEVITZ, Item analysis of MMPI Mf scores using homosexual and heterosexual males, J. Cons. Clin. Psychol., 1970, 35, pp. 359 – 99

significative all'MMPI e all'Mf. Agli stessi risultati approdava W. HORSTMAN[172] nel suo gruppo di 50 omo non clinici e gruppo di controllo.

In una ricerca successiva sempre MANOSEVITZ[173] trovava più o meno gli stessi risultati, allorché paragono 49 omo e 64 etero, pure non clinici, sulla relazione tra MMPI Mf, Hsx e livello d'istruzione. Gli omo furono trovati alti nei seguenti punti: F, D, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc e Si, ma più bassi in K. Secondo l'autore i livelli d'istruzione e l'Mf sono più complessi di quanto generalmente si presume.

Sempre lo stesso autore[174] studiò soggetti omo e etero non clinici su diverse variabili, ma non tutte di natura psicopatologica. Comunque per quanto ci riguarda, gli omo risultarono di aver consultato qualche volta un professionista su problemi psicologici più degli etero e avevano fatta pure più psicoterapia. Secondo l'autore, il fatto che tre quarti degli omo avessero consultato qualcuno per problemi psicologici e circa la metà si fossero sottoposti a una qualche terapia, mostravano di avere problemi di aggiustamento, e ciò nonostante, sempre secondo l'autore, essi non erano soggetti clinici.

Nel riportare dati successivi, MANOSEVITZ[175] trovò che quando gli omo erano eccitati sessualmente da un altro uomo, il 71 % si sentivano nervosi o ansiosi, il 7 % violenti e il 18 % sperimentavano fantasie aggressive o violente. Notiamo che l' 86 % di ciascuno dei due gruppi erano celibi.

G. CUBITT e P. GENDREAU[176] investigarono sull'applicabilità diagnostica del MMPI e del test Pf in un gruppo di 21 omo e 72 etero, tutti carcerati. Essi trovarono gli omo più alti nei seguenti punti: Hs, D, Ny, Mf e Pa e che erano pure più anziani degli etero. Inoltre gli omo si presentarono più alti in tre punti del 16 Pf: mostrarono minore stabilità emozionale, meno esperienza e si rivelarono più scaltri.

172 W. R. HORSTMAN, MMPI response and heterosexual male college students, Hom. Couns. J., 1975, 2, pp. 68 – 76

173 M. MANOSEVITZ, Educational and MMPI Mf scores in homosexual and heterosexual males, J. Cons. Clin. Psychol., 1971, 36, pp. 395 – 99

174 M. MANOSEVITZ, Early sexual behavior in adult homosexual and heterosexual males, J. Abn. Psychol, 1970, 76, pp. 396 – 402

175 Lo stesso autore, The development of male homosexuality, J. Sex Res, 1972, 8, pp. 31 – 40

176 G. CUBITT / P. GENDREAU, Assessing the diagnostic utility of MMPI and 16Pf indexes of homosexuality in a prison sample, J. Consult. Clin. Psychol., 1972, 39, p. 342

Sebbene le differenze rilevate da questa ricerca non siano estremamente importanti, l'autore tiene ad affermare che gli omo sono senz'altro da considerarsi più nevrotici e più maleaggiustati.

Tav. 26

ACL Means, Standard Deviations, and *t* Values for Homosexual and Heterosexual Men

Scale	Homosexual $N = 44$		Heterosexual $N = 111$		
	M	*S.D.*	*M*	*S.D.*	
Number Checked	57.5	7.4	51.4	7.5	4.62***
Defensiveness	49.0	10.2	54.5	7.4	3.76***
Favorable Adjectives	49.0	11.4	51.7	9.4	1.51
Unfavorable Adjectives	51.4	10.5	48.3	7.5	2.09*
Self-confidence	44.6	12.2	50.6	9.6	3.20**
Self-control	50.0	8.2	51.5	9.6	.88
Lability	52.1	8.7	49.8	11.1	1.23
Personal Adjustment	45.9	10.4	50.7	10.2	2.63**
Achievement	49.2	12.0	56.2	8.3	4.16***
Dominance	46.1	13.6	54.8	10.3	4.33***
Endurance	50.3	11.2	56.1	8.4	3.51***
Order	50.8	11.8	55.9	9.1	2.85**
Intraception	53.3	11.9	53.9	11.2	.29
Nurturance	52.8	11.7	52.8	11.1	.00
Affiliation	47.7	11.5	51.2	10.7	1.81
Heterosexuality	48.1	13.4	50.8	11.1	1.28
Exhibition	48.2	9.7	48.3	10.5	.08
Autonomy	49.1	8.6	48.2	10.6	.49
Aggression	47.9	9.2	49.3	12.1	.72
Change	48.3	11.5	45.4	10.5	1.52
Succorance	52.5	11.8	45.0	8.3	4.46***
Abasement	53.8	10.1	46.9	9.1	4.12***
Deference	51.6	9.4	50.7	11.7	.48
Counseling Readiness	54.8	12.1	49.3	9.4	3.04**
"Homosexuality"	58.9	7.3	46.2	8.4	9.63***
Masculinity-Feminity	44.4	7.8	49.1	7.9	3.35**

* $p < .05$.
** $p < .01$.
*** $p < .001$.

EVANS[177] esaminò 44 omo e 111 etero all'ACL di GOUGH e HEILBRUN. Nessuno si era sottoposto a psicoterapia o era stato coinvolto in fatti di legge. I soggetti furono esaminati pure al test sulla mascolinità-femminilità (M - F) di HEILBRUN.

Gli omo nei confronti degli etero risultarono generalmente meno difensivi, meno bisognosi di successo, meno dominanti, meno pazienti, meno bisognosi di ordine, più sviluppati emozionalmente, più sottomessi, autosufficienti, consapevoli dei loro problemi ecc. Gli omo controllarono più aggettivi sfavorevoli, ma meno aggettivi personali. I due gruppi non differirono nel numero degli aggettivi favorevoli: autocontrollo, labilità, introspezione, educazione, affiliazione, eterosessualità, esibizionismo, automomia, aggressione, cambiamento e differenza. Gli omo furono trovati più femminili in rapporto alla scala della mascolinità-femminilità (M - F).

Le conclusioni della ricerca furono che gli omo presentavano più problemi in rapporto all'accettazione di sé e in rapporto agli altri, ma che non si differenziavano abbastanza in modo tale da essere considerati nevrotici (Cfr. tav. 26).

THOMPSON e coll.[178] fecero una ricerca sull'aggiustamento personale di 127 omo e 123 etero maschi, e 84 lesbiche e 94 donne etero. Una misura dell'aggiustamento personale fu il CL (Check List) di GOUGH, in tre scale: difesa,aggiustamento personale e fiducia in sé. Pe la valutazione del concetto di sé fu usato il differenziale semantico di OSGOOD e coll. (cfr. tav. 27)

I quattro gruppi non mostrarono differenze nella valutazione del concetto di sé al differenziale semantico. Gli etero maschi si valutarono, all' ACL più difensivi e più sicuri di sé degli omo maschi. Mentre le donne omo si valutarono più sicure delle etero.

Il fatto poi che molti più soggetti omo erano sotto terapia o l'avessero cercata nel passato, a parere degli autori, oltre che non efficiare i risultati precedenti, non direbbero neppure che gli omo fossero affetti da una più grave patologia. E ciò sarebbe convalidato dal fatto che non erano state trovate differenze circa l'aggiustamento personale e la valutazione di sé tra i soggetti di ciascun gruppo che avevano fatto o no psicoterapia. La pratica di più psicoterapia tra gli omo, era, secondo gli autori, più un riflesso delle pressioni familiari e sociali che un sintomo del maleaggiustamento dei soggetti.

Gli autori concludono sottolineando che dai soggetti omo esaminati, i quali mostravano di funzionare bene in società e presentavano un buon livello d'istruzione, non emergevano prove a sostegno di quella tesi che vorrebbe differenziare gli omo dagli etero in base all'aggiustamento personale o alla stima di sé. Anzi dalla ricerca semmai sarebbe emerso che gli etero maschi presentavano una più bassa stima di sé.

SIEGELMAN[179] studiò 307 omo, di cui 202 si definivano esclusivamente omosessuali, e 105 predominantemente omosessuali con qualche tendenza etero. I soggetti non provenivano da ospedali o prigioni o erano sotto terapia. Essi furono confrontati con 137 etero al questionario sulla scala del nevroticismo di SCHNEIDER e CATTELL. Gli omo risultarono essere più inclini

177 R. B. EVANS, Adjective check list scores of homosexual men, J. Pers. Assess. 1971, 35, pp. 344 – 9

178 N. L. THOMPSON e al., Personal adjustment of male and female homosexual and heterosexual, J. Abn. Psychol., 1971, 78, pp. 237 – 40

Tav. 27

MEANS AND STANDARD DEVIATIONS FOR THE MALES AND FEMALES FOR FOUR SCALES OF THE ADJECTIVE CHECK LIST

Variable	Group		t	Group		t
	Homosexual males	Heterosexual males		Homosexual females	Heterosexual females	
No. checked						
M	52.65	50.47		57.75	52.98	
SD	10.85	10.36	1.63	12.87	10.86	2.66**
Defensiveness						
M	46.21	49.02		46.82	47.69	
SD	10.01	9.09	2.33*	11.86	11.71	.49
Personal Adjustment						
M	43.00	45.32		46.46	48.45	
SD	10.64	9.46	1.82	9.86	9.66	1.36
Self-Confidence						
M	44.75	47.85		54.46	51.07	
SD	10.31	12.16	2.17*	10.38	9.11	2.30*

Note.—In standard scores, a high score is favorable.
* $p < .05$.
** $p < .01$.

179 M. SIEGELMAN, Adjustment of male homosexuals and heterosexual, Arch. Sex. Res., 1972, 2, pp. 9 – 25

alla tenerezza, più sottomessi, più ansiosi; mentre tra i due gruppi non risultarono esserci differenze in fatto di depressione. Questi dati furono confermati allorché l'autore confrontò i due gruppi per età alla Scala della desiderabilità sociale (Social desiderability Scale) di MARLOW-CROWNE. I soggetti furono poi esaminati alla scala della femminilità, a cui gli omo risultarono essere differenti dagli etero per una sola variabile: erano più inclini alla tenerezza. Allorché l'autore esaminò i soggetti su variabili di altre scale riscontrò che gli omo erano in generale più pratici (goal-directed), meglio allevati (nurturant), più nevrotici e meno beneaggiustati. Infine paragonò omo appartenenti a un'organizzazione omofila con omo non appartenenti, rilevando che gli appartenenti all'organizzazione erano più depressi, più sottomessi e raggiungevano un più alto livello al questionario sulla scala del nevroticismo.

SAGHIR e coll.[180] studiarono in modo sistematico 89 omo e 35 etero. Tra gli omo, 82% erano celibi, 14% divorziati, 2% vedovi e 2% sposati conviventi con la moglie; tra gli etero, 14% erano divorziati e 86% erano celibi.

Dai dati cinici e psichiatrici, e dallo stato generale dei soggetti, risultò che gli omo avevano fatto più terapia degli etero, facevano meno uso d'alcol e di altre droghe; e sebbene non differissero grandemente per frequenza dagli etero, avevano più inabilità fisiche e provenivano da genitori con più disturbi psichiatrici. Inoltre avevano fatto proporzionalmente più tentativi di suicidio e avevano più forte tendenze sado-masochistiche. Il disturbo più comune tra i due gruppi era quello affettivo, con qualche accentuazione negli omo.

Dall'insieme dei risultati gli autori concludono che gli omo per istruzione, lavoro e stato economico erano allo stesso livello degli etero, se non ad un livello più alto, e che non presentavano una psicopatologia più grave di quella degli etero.

SAGHIR e ROBINS[181] mettendo a confronto omo e etero celibi, non trovarono fattori psicopatologici rilevanti tra i due gruppi. Fu solo notato che gli omo avevano più tratti femminili, minore spirito di competizione, avevano fatto più psicoterapia e avevano consultato di più un medico durante i periodi depressivi. Gli omo risultarono pure, anche se non in modo significativo, di essere più sensibili, di fare più abuso d'alcol e di avere più problemi al riguardo, di fare più uso e abuso di droghe, di aver fatto più tentativi di suicidio e di evere avuto genitori e fratelli con più disturbi affettivi e che avevano fatto abuso d'alcol.

180 M. T. SAGHIR e al., Homosexuality: III. Psychiatric disorders and disability in the male homosexual, Am. J. Psychiat., 1970, 128, pp. 1079 – 86

181 SAGHIR/ ROBINS, "Male", pp. 105 – 36

Allorché gli autori esaminarono l'origine di alcuni disturbi, trovarono che la depressione, per es., era negli omo una conseguenza diretta di una relazione romantica interrotta. Lo stato depressivo si era di solito verificato dopo pochi giorni dalla rottura e la colpa di ciò era attribuita dall'individuo alla perdita dell'amato. Fu pure notato che tra omosessualità e capacità di tolleranza vi era una più forte relazione che tra eterosessualità e capacità alla tolleranza. Ciò starebbe a significare che l'omosessuale si rassegna più facilmente davanti a una perdita. Tuttavia dall'insieme dei dati, si conclude che non vi sono ragioni per sostenere che la depressione sia un disordine più grave tra gli omo in rapporto agli etero. E viene pure notato che la spinta per gli omo ad iniziare terapia per depressione è più accidentale, cioè a dire che il fatto è legato al persistere del conflitto per l'omosessualità o a una crisi acuta causata dalla perdita in una relazione importante, e non piuttosto alla depressione di per sé.

Per quanto riguarda la prevalenza dei tentativi di suicidio tra gli omo più che tra gli etero, la causa sarebbe da ricercarsi non nei disturbi medici e psichiatrici più gravi, ma nell'intenzione premeditata di manipolare una situazione contingente spiacevole tramite una messa in scena esibizionistico-drammatica. Infatti, eccetto un caso che ebbe bisogno di assistenza medica, i tentativi degli omo erano stati piuttosto blandi, verificatisi in una situazione di stress, particolarmente a causa di conflitti con uno dei genitori e di solito verso la fine dell'adolescenza, quando il conflitto con se stesso circa la propria omosessualità è molto intenso.

In conclusione gli autori dicono che la maggior parte degli omo non presentavano una psicopatologia più grave di quella degli etero e che la sola differenza 'sintomatica' tra i due gruppi era costituita dalla loro orientazione sessuale.

F. MYRICK[182] partì dall'ipotesi che tra omo e etero e tra omo coperti e omo scoperti vi era una differenza attitudinale.

182 F. L. MYRICK, Attitudinal differences between heterosexually and homose-

L'autore distribuì un questionario a 448 clienti di vari bars. Esso fu compilato in un modo completo da 126 eterosessuali e da 150 omo (secondo la scala di KINSEY), tra i quali 72 erano coperti e 78 scoperti. L'età media degli omofili s'aggirava sui 29 anni e mezzo, quella degli etero tra i 31 – 32 anni. Lo stato socioeconomico era medio per ambo i gruppi. Tra le variabili su cui i soggetti furono interpellati, ve n'erano 5 demografiche: età, occupazione, stato maritale, istruzione e entrate medie annuali. Tra le variabili attitudinali, l'autore ne scelse 10, quelle che sono più di frequente studiate nella letteratura omosessuale.

Dalle analisi risultò che il gruppo degli omosessuali era caratterizzato da una più bassa stima di sé, da minore capacità, e da un gruppo più anormativo eterosessuale. Inoltre gli omo risultarono più giovani e più capaci a vivere da soli (cfr. tav. 28).

Tav. 28

CORRELATION COEFFICIENTS WITH THE DISCRIMINANT SCORE AND *F* TEST FOR THE INDEPENDENT VARIABLES: HYPOTHESIS 1

Variable	Run 1		Run 2		Run 3		Run 4	
	r	*F* ratio	*r*	*F* ratio	*r*	*F* ratio	*r*	*F* ratio
Self-esteem	.55	28.13***	.61	32.75***	.56	25.03***	.51	21.10***
Personal competence	.40	13.83***	.30	6.97**	.35	9.09**	.16	1.97
Self-acceptance	.40	14.16***	.37	11.15***	.39	11.50***	.38	11.43***
Purpose in life	.00	.00	−.08	.47	−.02	.03	−.06	.32
Powerlessness	.72	55.14***	.70	47.35***	.73	48.22***	.69	43.61***
Normlessness	.57	31.09***	.48	18.91***	.50	19.49***	.51	21.26***
Social isolation	.16	2.20	.16	2.07	.20	2.85	.08	.51
Status concern	.09	.67	.14	1.65	.18	2.36	.21	3.42
Social responsibility	−.09	.68	−.02	.03	.01	.01	−.09	.66
Age	.21	3.73*	.25	5.04*	.28	5.82**	.18	2.38
Occupation	.09	.73	−.00	.00	.03	.09	.02	.03
Marital status	.30	7.67**	.36	10.11**	.45	15.37***	.43	14.52***
Education	−.15	1.82	−.09	.66	−.16	1.80	−.07	.42
Income	−.19	3.11	−.18	2.50	−.13	1.32	−.13	1.22

* $p < .05$.
** $p < .01$.
*** $p < .001$.

Gli omo coperti e scoperti furono esaminati sulle stesse variabili indipendenti di sopra. Il gruppo scoperto risultò essere caratterizzato da minore accettazione di sè, da minore capacità e da maggiore isolamento sociale di

xually oriented males and between covert and overt male homosexuals, J. Abnor. Psychol., 1974, 83, pp. 81 – 6

quanto non risultasse il gruppo coperto. Inoltre il gruppo scoperto si autodefiniva esclusivamente omosessuale, mentre quello coperto predominantemente omosessuale.

L'autore, dopo aver accennato che i dati ottenuti dalla ricerca presentano delle implicazioni nella controversia delle due tendenze, delle quali una considera l'omosessualità come una nevrosi[183] e l'altra la considera come un maleaggiustamento derivante esclusivamente da una condanna sociale[184], afferma che l'omofilo necessita di essere aggiustato come omofilo. Passando poi a spiegare alcune dati dei risultati, ritiene che il fatto che i soggetti omo erano caratterizzati da una più bassa stima di sé, da una minore competenza personale e accettazione di sé ecc., rispetto a dei soggetti etero, prova che l'omofilo ha bisogno di aggiustarsi come omofilo a causa della sua incapacità a far fronte alla vita e a determinare i risultati del suo comportamento. Il fatto poi che la ricerca mostra che gli omo scoperti fossero caratterizzati da minore accettazione di sé, minore capacitá di potere e maggiore isolamento sociale, starebbe a dimostrare che il male reale del mondo omosessuale deriva dalla condanna sociale. L'autore ritiene che non è contraddittorio asserire che l'omosessuale scoperto, il quale ha accettato la sua omosessualità è aggiustato in rapporto ad essa più che il coperto, sia più socialmente isolato, quanto piu è aperto come omosessuale, circa la sua omosessualità. Infatti pochi sarebbero gli omo che s'immergerebbero nella subcultura omofila così da staccarsi dalla maggioranza della società. Essere omosessuale e membro di una società omofila, non preserverebbe l'individuo dalle influenze sociali, giacché egli non gioca solo il ruolo omosessuale. Perciò sarebbe più facile all'omo coperto che a quello scoperto interagire e definirsi secondo gli schemi della società dominante in molte aree comportamentali non sessuali. Di conseguenza è probabile che l'omo coperto rifiuti quello scoperto sia a causa del suo atteggiamento aperto verso l'omosessualità sia perché non si conforma, in tante occasioni, a coprire la sua omosessualità. Così, l'omo scoperto resta isolato dalla maggioranza della subcultura omofila, cioè dagli omosessuali nascosti.

183 Cfr. M. P. FELDMAN, M. J. McCULLOCH, Homosexual behavior: Therapy and assessment, New York 1972; J. A. McCAFFREY, The homosexual dialectic, N. J. 1972

184 Cfr. G. WEINBERG, Society and the healthy homosexual, New York, St. Martin 1972

F. Tipologia degli omosessuali

Da quando le ricerche hanno cominciato ad interessarsi in modo scientifico dell'omosessualità, sono stati fatti dei tentativi per dare una tipologia degli omosessuali.

Così gli omosessuali sono stati descritti in rapporto al loro comportamento sessuale, in base al loro stile di vita, in base alle istituzioni e in base alla segretezza o rivelazione della loro omosessualità.

1. Tipi in rapporto al comportamento sessuale

KINSEY e coll.[185] classificano gli omosessuali in rapporto al grado con cui s'ingaggiano nel loro comportamento omo-eterosessuale. La classificazione resulta un continuum, che gli autori dividono in sette punti (basati sia sulle reazioni psicologiche sia sull'esperienza aperta), che vanno dalla esclusiva eterosessualità al punto zero e dalla esclusiva omosessualità al punto sei:

0. nella scala si presentano esclusivamente eterosessuali
1. predominantemente eterosessuali, solo incidentalemente omosessuali
2. predominantemente eterosessuali, ma più che incidentalmente omosessuali
3. equalmente etero e omosessuali
4. predominantemente omosessuali, ma più che incidentalmente eterosessuali
5. predominantemente omosessuali, e solo incidentalmente eterosessuali
6. esclusivamente omosessuali

Altri classificano gli omosessuali in rapporto al modo con cui raggiungono la loro gratificazione, e cioè a seconda che essi preferiscono il rapporto anale, il rapporto orale o la masturbazione ecc. Così, CARRIER[186] studiò 53 uomini omosessuali in una zona urbana del Messico, e trovò che 48 di essi preferivano e praticavano il rapporto anale, 4 il rapporto orale e uno la masturbazione vicendevole (cfr. tav. 29).

185 A. KINSEY e al., Sexual behavior in the human male, Filadelfia 1948
186 J. M. CARRIER, Participants in urban Mexican male homosexual encounters, Arch. Sex. Beh. 1971, 1, pp. 279 – 91

Tav. 29

Comparison of Respondents' Sexual Preference and Majority of Homosexual Experiences at Time of Interview[a]

At time of interview	Anal			Total[b]
	Active	Active and passive	Passive	
Sexual preference				
Anal	59%	44%	0	26%
Active	41%	33%	23%	28%
Active/passive	0	0	77%	32%
Passive	0	0	0	8%
Oral	0	0	0	2%
Masturbation	0	23%	0	4%
No preference	100%	100%	00%	100%
Total				
Majority of homosexual experiences				
Anal	59%	22%	0	22%
Active	41%	78%	23%	36%
Active/passive	0	0	77%	32%
Passive	0	0	0	8%
Oral	0	0	0	2%
Masturbation	100%	100%	100%	100%
Total				
Median age of respondents at time of interview	24	20	21	22
Median years between first sustained year of homosexual experiences and time of interview	8	5	5	5
Sample No.	17	9	22	53

[a] Grouped by major homosexual activity first sustained year following first ejaculation.
[b] The total includes four respondents whose major homosexual activities first sustained year following first ejaculation were oral-genital and one respondent whose major sexual activity was mutual masturbation. Their sexual preference and majority of homosexual experiences at time of interview remained the same as first-year experiences.

Allorché l'autore paragonò questi dati con quelli trovati su omosessuali Americani e Inglesi, riscontrò che le tecniche sessuali preferite e praticate tra questi due ultimi gruppi erano,soprattutto, il rapporto orale (fellatio) e anale, intercambiabili con le circostanze.

Abbiamo avuto modo di vedere che si distinguono pure omo insertori e omo ricevitori.[187] J. CARRIER[188] non trovò differenze tra i due gruppi nelle seguenti variabili: età della prima eiaculazione, età del primo rapporto omosessuale, grado d'istruzione, numero dei fratelli e nella valutazione che essi davano della mascolinità del padre e della femminlità della madre. Mentre risultarono differenti circa i rapporti eterosessuali: gli insertori avevano avuto più rapporti eterosessuali (88%) dei ricevitori (32%) e ad una

187 Cfr. M. HAIST / J. HEWITT, "The butch-fem", pp. 68 – 75
188 J. CARRIER, "Partecipants in urban", pp. 279 – 91

età piu giovane. Inoltre i ricevitori avevano sperimentato di più i rapporti omo con omosessuali più anziani prima della loro prima eiaculazione e si valutavano più femminili sia in rapporto all'infanzia sia al momento attuale.

2. Tipi in base allo stile di vita

Gli omosessuali sono comunemente classificati in attivi e passivi.[189] Questa categorizzazione si basa sulla dimensione insertori-ricevitori, distinzione che sarebbe semanticamente più esatta. In modo alternativo, la categorizzazione attivo-passivo è estesa a ruoli sociali e può richiamare la distinzione dominante-sottomesso o maschile-femminile.[190]

J. HARRY[191] fa obiezione a una classificazione di omosessuali in attivi e passivi. In base alle sue ricerche ritiene che: 1) la maggior parte degli omosessuali sono per il ruolo anale e orale, attivo e passivo; 2) il concetto di analità e oralità risulta essere più utile di quello attivo e passivo per la classificazione nella preferenza della pratica sessuale; 3) la preferenza di un omosessuale nella pratica sessuale può essere condizionata dalla preferenza dell'altro partner.

I sociologi hanno fatto diverse classificazioni dell'omosessuale basate sul quadro complesso dello stile di vita degli omosessuali. HUMPHREYS[192] descrive 5 tipi: i commercianti (trades): uomini che si considerano eterosessuali e che hanno ruolo d'insertori nell'atto omosessuale. La maggior parte di essi sono sposati. L'ambisessuale: si trova negli strati più alti della società; spesso sposato, ma non è esclusivamente omosessuale. Il gay: è il più giovane, autonomo, non sposato, il quale partecipa alla vita sociale omosessuale apertamente e si autodefinisce omosessuale. Le regine nascoste (closet queen): uomini che sanno di essere omosessuali, ma hanno paura di coinvolgersi nelle attività più apertamente visibili della società omosessuale. Di solito sono insegnanti celibi, commessi o impiegati di fabbrica. Vi è infine il sollecitatore(hustler): è il prostituto omosessuale che può mantenere un'immagine eterosessuale di se'.

189 Vedi paragrafo sulla mascolinità-femminilità degli omosessuali.
190 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 45 – 65
191 J. HARRY, On the validity of typologies of gay males, J. Hom. , 1976 – 77, 2, pp. 143 – 51
192 L. HUMPHREYS, Tearoom trade, Chicago 1970

3. Tipi nelle istituzioni

Molti studiosi distinguono tra omosessualità liberamente scelta, da coloro che vivono in una società normale, e comportamento omosessuale adottato a causa della mancanza di partners del sesso opposto (come per es. i carcerati). Sembra chiaro che molti individui praticano l'omosessualità in condizioni in cui i partners di sesso opposto sono irreperibili.

Tuttavia G. KIRKHAM[193] ritiene che la mancanza di rapporti eterosessuali potrebbe portare all'astinenza e alla masturbazione, piuttosto che alla omosessualità. Per cui la privazione eterosessuale non sarebbe sufficiente a spiegare il perché degli individui assumino un comportamento omosessuale in situazioni segregate. Egli presenta una descrizione dei differenti ruoli sociali degli omosessuali in prigione piú di quanto non l'abbia fatto HUMPHREYS per gli omosessuali liberi.

KIRKHAM descrive: la "regina sfacchinata" (queen fag): omosessuale per scelta personale; l'esca (punk): pratica l'omosessualità per guadagno (ricompensa o aggrandisemento come risultato di minacce) e il "lupo" (Wolf): egli usa la forza contro gli altri, la quale, a parere dell'autore,sarebbe motivata dalla mancanza di rapporti eterosessuali e da ragioni di potere.

4. Tipi secondo le teorie psicogene

Le teorie psicogene fanno distinzione fra due tipi di omosessualità[194]: quella edipica (ruolo femminile nelle relazioni omosessuali)[195] e quella non edipica (ruolo maschile nelle relazioni sessuali).[196]

193 G. KIRKHAM, Homosexuality in prison, J. HENSLIN (a cura di),Studies in the sociology of sex, New York, 1971, pp. 325 – 49
194 D. ALTMAN, Homosexual: oppression and liberation, New York 1971; G. WEINBERG, Society and the healthy homosexual, New York 1973
195 M. MILLER, On being different : what it means to be homosexual, New York 1971; M. HOFFMAN, The gay world, New York 1973; C. A. WARREN, Identity and community in the gay world, New York 1974
196 A. KARLEN, Sexuality and homosexuality: a new view, New York 1971; L. HUMPHREYS, Out of the closets: the sociology of homosexual liberation, Englewood Cliffs 1972

P. PORETTI e e coll.[197] esaminati i due gruppi sulla immagine di sé e sulla stabilità emotiva, trovarono che essi si percepivano in modo differente. I soggetti edipici, osservati dal punto di vista dell'immagine di sé, si delinearono in maniera più negativa, attribuendosi un livello di fiducia e di accettazione di sé inferiore rispetto ai non edipici. Essi sono più ricchi di concetti, attitudini e motivazioni personali, ma hanno una stabilità emotiva insoddisfacente. Sono più carichi di problemi affettivi, vergogna, sensi di colpa, introversione, tendenze depressive rispetto agli altri soggetti. Inoltre hanno una attività sessuale meno soddisfacente con il proprio partner omosessuale.

Altri ricercatori[198] hanno trovato che gli edipici hanno relazioni esclusivamente omosessuali, una più alta frequenza di esse, esperimentano tutte le pratiche omo, si sentono più legati al proprio partner rispetto ai non edipici. E'stato visto che gli edipici tendono a vestire e a comportarsi più da eterosessuali, nei confronti dei non edipici, sia per paura di esporsi sia per sfuggire a sentimenti di colpa.[199]

5. Tipi di omosessuali esclusivi e non esclusivi

J. FIELDS[200] ritiene che gli omosessuali vanno classificati in tre tipi separati: a) gli omosessuali esclusivi, che possono essere o non essere nevrotici, per motivi o no omosessuali. La loro intelligenza è al di sopra della media, sono fini, hanno gusti culturali, sono capaci di vera devozione, socievoli e leali. b) Gli omosessuali paranoici, i quali non possono accettare l'idea di essere degli omosessuali e che vivono sotto questa minaccia. Essi spesso si sposano con una donna la quale non sa di servire ad uno scopo speciale; c) i classici omosessuali psicotici, per i quali l'omosessualità può essere puramente accidentale. Le loro reazioni sono brevi e transitorie, hanno poca considerazione dei sentimenti del partner. Può accadere che i loro incontri omosessuali siano sadici e omicidi.

197 P. O. PERETTI e al., Self-image and emotional stability on oedipal and non-oedipal male homosexuals, Acta Psychiat. Belg. 1976, 76, pp. 46 – 55

198 M. S. WEINBERG / C. J. WILLIAMS, Identity and community in the gay world, New York 1974

199 W. H. MASTERS / V. JOHNSON, Human sexual inadequacy, Boston 1970

200 J. J. FIELDS, Homosexuality: a confused trinity, Group Process, 1974, 6, pp. 73 – 82;

6. Tipi di omosessuali occulti e scoperti

F. MYRICK[201] classifica gli omosessuali in 4 tipi in base alle variabili demografiche e attitudinali in rapporto al grado di autorivelazione: covert-coverts, overt-coverts, covert-overts e overt-overts.

I covert-coverts hanno la più alta autostima e accettazione di sé, sono e sentono di più l'isolamento sociale, l'impotenza, l'anormalità e l'incompetenza personale. Essi costituiscono il gruppo dei più giovani, si trovano nelle categorie occupazionali più basse, sono di solito celibi e hanno il più basso reddito annuale medio.

Gli overt-coverts appartengono al gruppo dei più anziani: occupano le più alte categorie occupazionali, mostrano la più alta competenza personale e si sentono i meno anormali. – I covert-overts hanno la cultura più alta e lo scopo più grande nella vita, si sentono i meno impotenti e mostrano il più alto grado di responsabilità sociale.

Gli overt-overts hanno il più basso interesse in autostima, in accettazione di sé, in stato e in responsabilità sociale. Di solito sono celibi, hanno il livello culturale più basso e sentono di meno l'isolamento sociale.

L'autore conclude che i suoi risultati portano ad affermare che l'omosessualità è come un continuum che va dal completo occultamento alla completa autorivelazione.

7. Omosessuali sposati [202]

H. ROSS esaminò 11 coppie belghe, in ciascuna delle quali uno dei partner era omosessuale. L'autore trovò che molti matrimoni erano stati fatti perché da ambo le parti vi era stata una incapacità a definire il partner come tale al tempo del matrimonio. Gli omosessuali dichiarati si erano sposati a causa di pressioni sociali, per sfuggire alla propria omosessualità, o per avere

201 F. L. MYRICK, Homosexual types: an empirical investigation, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 226 – 37; Cfr. Lo stesso autore, Attitudinal differences, pp. 81 – 6

202 La letteratura sull'argomento non é molta.

una famiglia (casa, figli, compagnia ecc.) o per non sentirsi solo. In diversi casi il consiglio a sposarsi era stato dato dal proprio medico o da un prete. Come cause di conflitti familiari vi era una mancanza, o una continua riduzione, fino all'astenzione totale, dei rapporti sessuali; oppure perché l'omosessuale aveva formato legami affettivi al di fuori dello stato maritale.

Come rimedio alla situazione venivano registrati: divorzio, matrimonio platonico, doppio standard, matrimonio rinnovato (menage a tre moglie, marito e partner omosessuali). Tuttavia l'autore indica che gli aggiustamenti matrimoniali furono solo moderatamente effettivi, essendo compromessi dalla convenzionalità dei contraenti di fronte alla morale tradizionale, che vuole insieme stabilità matrimoniale e infelicità maritale.

Di tre coppie da me esaminate, ciascuna con due figli, in due l'omosessuale era il marito e nell'altra la moglie. Tutti sapevano della propria omosessualità prima del matrimonio. La lesbica si era sposata a 19 anni per sfuggire ad una situazione familiare difficile, e che non le permetteva di vivere la propria omosessualità. Uno degli uomini si era sposato a 21 anni, per nascondere la propria omosessualità ai familiari e l'altro a 25 anni, perché la ragazza aspettava una bambina da lui e perché pensava che il matrimonio lo avrebbe aiutato a superare la propria omosessualità. Il partner aveva saputo dell'omosessualità dell'altro dopo appena un anno di matrimonio. Tutti convivono ancora con il proprio partner, ma senza avere più rapporti sessuali tra loro. Il marito della lesbica accetta l'omosessualità della moglie e questa lo mantiene economicamente, per non fare un divorzio, che provocherebbe uno scandalo, data la situazione politico-sociale della famiglia della lesbica. Negli altri due casi, una moglie accetta l'omosessualità del marito e sopporta ogni compromesso, eccetto il divorzio; nell'altro caso, la coppia aspetta che le loro bambine diventino più grandi per divorziare. Intanto vivono in appartamenti diversi, e giustificano ciò davanti alle figlie portando come ragioni il troppo lavoro del babbo, per cui sarebbe costretto a rimanere a dormire nell'appartamento dove ha lo studio.

Tutti e tre questi omosessuali avevano avuto rapporti omosessuali prima di sposarsi e nessuno li ha mai interrotti dopo il matrimonio. In due casi il partner omosessuale è un amico di famiglia, nelle terzo è una cugina.

G. Miti e stereotipi sull'omosessualità

In questo paragrafo saranno presentati alcuni punti sui miti e gli stereotipi sull'omosessualità.[203] Essi comprendono le reazioni popolari verso l'omosessualità, i giudizi di esperti quali medici – psichiatri, gli effetti della decriminalizzazione dell'omosessualità e le caratteristiche di coloro che hanno atteggiamenti negativi verso l'omosessualità.

1. Reazioni popolari verso l'omosessualità

Da una investigazione tra 30018 Americani, durata 4 anni, risultò che la maggior parte di essi esprimevano sugli omosessuali i seguenti atteggiamenti[204]: i rapporti omosessuali sono moralmente sbagliati[205]; gli omosessuali sono pericolosi, per cui non si deve permettere loro di fare lavori professionali in quanto potrebbero corrompere i bambini e gli adulti con i quali la-

203 Gli stereotipi sono etichette o identità affibbiate a persone, per mezzo dei quali uno indica a che cosa egli crede che quelle persone assomiglino o come egli pensa che quelle persone si comportino. Gli stereotipi sono importanti per lo studio del comportamento dei deviati sessuali, perchè esprimono le reazioni della società, che, a sua volta, esprime i deviati.

Inoltre l'esame degli atteggiamenti del pubblico verso il comportamento degli omosessuali è di grande importanza perchè gli statuti legali e sociali sui non eterosessuali si basano sulla percezione e sugli atteggiamenti del pubblico.

Diversi ricercatori hanno pure dimostrato che gli atteggiamenti del pubblico verso i deviati influenzano la stessa percezione che i deviati hanno a loro volta di sè stessi e possono avere conseguenze comportamentali e attitudinali per gli stessi individui (cfr. A. KARLEN, Sexuality and homosexuality, New York 1971; D. MATZA, Becoming deviant, Englewood Cliffs 1969).

Gli stereotipi omosessuali sono imparati presumibilmente durante la prima socializzazione, vengono evidentemente mantenuti in interazione con altri stereotipi, e sono rinforzati dalle opinioni di certi esperti professionali e dall'influsso dei mass media (cfr. J. SIMINONS, Deviants, Santa Barbara Calif. 1969; T. EZASZ, The product conversion - From heresy to illness. in T. SZASZ (a cura di), Manufacture of madness, New York 1970; J. A. McCAFFREY, Homosexuality: the stereotype, the real, in J. A. McCAFFREY (a cura di), The homosexual dialectic, Englewood 1972).

204 Cfr. E. E. LEVITT / A. D. KLASSEN, Public attitudes towards homosexuality: part of the 1970 national survey by the institute for sex reseach, J. Hom., 1974, 1, p. 29 – 43; M. S. WEINBERG / C. J. WILLIAMS, Male homosexuals: their problems and adaptations, New York 1974, p. 316

205 Cfr. J. P. ALSTON, Attitudes towards extramarital and homosexual relations, J. of the scientific study of religion, 1974, 13, pp. 479 – 81

vorano; gli omosessuali sono volgari e osceni; differiscono dal resto della società; sono riconoscibili da come si atteggiano o camminano; hanno paura del sesso opposto e hanno una potenza sessuale maggiore.

In rapporto ai diritti e non diritti da accordarsi, si dichiarava: non si deve loro permettere di ballare in luoghi pubblici, non si devono escludere come membri dalle chiese e dalle sinagoghe; hanno diritto ad organizzarsi per discutere i loro problemi sociali; nessuno ha diritto ad intervenire in ciò che fanno in privato (questo punto contraddice con diversi sopra citati).

Si attestava, inoltre, che essendo gli omosessuali dei malati[206], sono in grado di poter guarire, purché lo vogliano.

Come cause dell'omosessualità si portava la seduzione di giovani da parte di omosessuali più anziani, una educazione sbagliata da parte dei genitori o cause genetiche (perché nascono tali).

Il 51% riteneva la necessità di una legge contro gli atti sessuali degli omo e 80% dichiarava che preferiva non avere relazioni sociali con gli omo (omofobia).

Nella ricerca di K. NYBERG e J. ALSTON[207] il 74% degli adulti bianchi Americani disapprovava le relazioni omosessuali, e ciò in accordo alla ricerca precedente. Fu pure trovato che le persone più favorevoli verso le relazioni omo, erano persone al di sotto dei 30 anni di età, quelle che vivevano in arie urbane e quelle che avevano un livello culturale più alto; o individui che avevano fatto qualche esperienza omosessuale.[208]

Varie ricerche [209] riportano che l'omosessualità maschile è meno tollerata di quella femminile e che le donne eterosessuali tollerano l'omosessualità più che gli uomini etero. Tuttavia si constata pure che in quei paesi dove l'omosessualità è tollerata, non sempre questa tolleranza è dissociata da una avversione personale interna.[210]

206 Cfr. D. STEFFENSMEIER / R. STEFFENSMEIER, Sex differences in reaction to homosexuals: research continuities and further developments, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 52 – 67; R. L. NUTT / W. E. SEDLACEK, Freshman sexual attitudes and behavior, J. of College Student Personel, 1974, 15, pp. 343 – 51

207 K. L. NYBERG / J. P. HALSTON, Analysis of public attitudes towards homosexual behavior, J. Hom., 1976, 2, pp. 99 – 107

208 Cfr. S. N. HYNES / L. J. OZIEL, Homosexuality: behavior and attitudes, Arc. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 283 – 90

209 Cfr. D. STEFFENSMEIER / R. STEFFENSMEIER, "Differences", pp. 64 – 5
Ciò sarebbe motivato dal fatto che il ruolo sessuale della donna è meno chiaramente definito nella motivazione dell'eterosessualità, per cui la donna vedrebbe violato di meno il suo ruolo sessuale di quanto invece lo vedrebbero gli uomini (cfr. I. L. REISS, The family system in America, New York 1971; M. E. LUMBY, Code switching and sexual orientation: a test of Bernstein's sociolinguistc theory, J. Hom., 1976, 1, pp. 383 – 99).

2. Atteggiamenti medico-psichiatrici verso l'omosessualità[211]

I miti e gli stereotipi verso l'omosessualità non sono solo appannaggio delle persone non qualificate, ma possono e spesso sono categorie mentali ben radicate anche tra gli psichiatri, tra i medici, tra gli psicoterapeuti ecc.

In questi ultimi tempi sono state condotte delle inchieste anche tra questi esperti della salute fisica e mentale per conoscere la loro 'opinione' e i loro atteggiamenti veso l'omosessualità.[212]

Nell'inchiesta di P. MORRIS[213], su 150 psichiatrici Inglesi due terzi vedevano l'omosessualità come un comportamento aberrante, un terzo come una variante normale quale può essere il mancinismo e una piccola minoranza la considerava una malattia.

S. WORTLY[214] riporta che su 110 psichiatri e 40 psicologi clinici Australiani, due terzi ammettevano che l'omosessualità era questione di preferenza sessuale personale, e dovrebbe praticarsi solo in privato, o l'omosessualità era un fatto naturale quanto l'eterosessualità e dovrebbe esprimersi liberamente. Un terzo invece riteneva che l'omosessualità era qualcosa di gravemente anomalo.

210 Cfr. F. WAFELBAKKER, Today's attitudes toward homosexuality, Brit. J. Sex. Med., 1975, 2, pp. 12 – 18

211 Non si sa fino a che punto i medici e gli psichiatri distinguono l'omosessualità dal transessualismo e dal transvestitismo e dalla pedofilia (cfr. F. C. DONNELLY, The doctor and the homosexual, New Z. Med. J., 1976, 83, pp. 322 – 4

212 Ancora non sono state fatte particolari inchieste sull'omosessualità degli stessi medici, psichiatri ecc., anche perché difficilmente essi si espongono, dato anche il ruolo che essi giocano in una società ancora prevalentemente omofobica. H. MESSER, primario di neurochirugia nel Harlem Hospital Medical Center of Columbia University, lui stesso omosessuale militante, riporta che nella sola città di New York i medici omosessuali sono circa 800. (Cfr. H. D. MESSER, The homosexual as physician, R. GREEN (a cura di)Human sexuality, Baltimora 1975, pp. 75 – 81

213 P. A. MORRIS, Doctors attitudes to homosexuality, Br. J. Psychiat. 1973, 122, p. 435

214 S. WORTLY, Attitudes and therapeutic. Questa inchiesta non è stata pubblicata,

R. BARR[215] chiese a 81 psichiatri e a 62 neolaureati psichiatri se ritenevano l'omosessualità un disturbo nevrotico. Il 38% degli psichiatri e il 18% neolaureati ritenevano l'omosessualità un disturbo nevrotico; il 52% degli psichiatri e il 59% dei neolaureati consideravono l'omosessualità uno sviluppo anomalo non necessariamente, o comunemente, associato a sintomi nevrotici; il 14% e il 23%, rispettivamente degli stessi, la ritenevano invece una variante come lo è il mancinismo.

Più recentemente N. GARTRELL e coll.[216] hanno riportato l'atteggiamento di 382 psichiatri verso l'omosessualità femminile. Il 98% di essi erano per la legalizzazione tra adulti; il 66% ritenevano impossibile classificare l'omosessualità con i mezzi psichiatri; il 86% la ritenevano una malattia mentale e il 66% ritenevano il lesbismo una malattia in linea con la tradizione psichiatrica.

3. Caratteristiche di coloro che hanno atteggiamenti negativi verso l'omosessualità

Alcuni autori hanno tentato d'indagare sulle caratteristiche della personalità di coloro che hanno atteggiamenti negativi verso gli omosessuali. I dati al riguardo sono molto frammentari. Comunque è già possibile dare qualche informazione.

K. SMITH[217] trovò che coloro che hanno atteggiamenti negativi verso gli omosessuali sono autoritari, sicuri di se stessi (status conscius), e sessualmente rigidi.

A. MACDONALD e coll.[218] partirono dall'ipotesi che alla base degli atteggiamenti negativi verso gli omosessuali vi è una morale sessualmente negativa e il bisogno di mantenere il doppio standard tra i due sessi. Dai dati risultò che in effetti il mantenimento della dicotomia maschio-femmina, difesa dagli eterosessuali, è ritenuta minacciata sia dagli omosessuali maschi (ritenuti femminili) sia dalle lesbiche (ritenute maschili). Risultò, inoltre, che quelli che avevano attitudini più negative verso gli omo, erano più portati a difendere il doppio standard dei sessi, erano più cognitivamente rigidi, intolleranti dell'ambiguità e autoritari. Tuttavia le loro attitudini negative erano determinate più dal bisogno di mantenere i ruoli di maschio e di femmina e meno dal voler conservare gli standard sessuali.[219]

Altri autori hanno potuto constatare che il grado di accettazione degli stereotipi sociali dell'omosessualità, e quindi del suo rifiuto, è in rapporto al grado di conoscenza del comportamento sessuale e al grado di pericolosità con cui è vista per sé e per gli altri.[220]

Così è stato trovato che una precedente esperienza (non sessuale) con un omosessuale, o una omosessuale, porta a caratterizzare gli omosessuali maschi e femmine in modo meno negativo. Tuttavia viene notato che una precedente esperienza con un omosessuale di sesso maschile porta a una netta preferenza del maschio omosessuale nei confronti delle lesbiche, ma non è stato riscontrato che una precedente esperienza con una lesbica determina una preferenza differenziale.[221]

Inoltre è stato visto che quanto più un eterosessuale percepisce un omosessuale a sé personalmente simile tanto più cresce la sua aggressione verso quell'omosessuale.[222] Questo fatto conferma la tesi che vuole che l'aggressività dell'eterosessuale verso l'omosessuale è determinata dal percepire l'omo-

i risultati riportati sono citati in R. F. BARR e al., Homosexuality and psychological adjustment, Med. J. Austral. 1974, 9, p. 189

215 R. F. BARR e al., "Homosexuality and psychological"

216 N. GARTRELL e al., Psychiatrist attitudes towards female homosexuality, J. Ment. Dis., 1974, 159, pp. 141 – 4

217 K. T. SMITH, Homophobia: a tentative personality profile, Psychol. Rep. 1971, 29, pp.1071 – 4

218 A. P. MACDONALD e al., Attitudes toward homosexuality: preservation of sex morality or the double standard? J. Consult. Clin. Psychol. 1972, 40, p. 161; A. P. MACDONALD / R. G. GAMES, Some Characteristics of those who hold positive and negative attitudes toward homosexuals, J. Hom. 1974, 1, pp. 9 – 27

219 Cfr. A. P. MACDONALD, The importance of the sex-role to gay liberation, Hom. Consult. J., 1974, 1, pp. 169 – 80

220 Cfr. S. MORIN, Educational programs as a means of changing attitudes toward gay people, J. Hom., 1974, 1, pp. 160 – 5; M. BROWN / D. M. AMOROSO, Attitudes toward homosexuality among West Indian and female college students, J. Soc. Psychol. 1975, 97, pp. 163 – 8; D. STEFFENSMEIR / R. STEFFESMEIER, "Differences", p. 64

221 Cfr. J. MILLHAM e al., A factor-analytic conceptualization of attitudes towards male and female homosexuals,J. Home 1976, 2, pp. 3 – 10

222 Cfr. C. L. SON MINGUEL / J. MILLHAM, The role of cognitive and situational variables in aggression toward homosexuals, J. Hom. 1976, 2

sessualità come una minaccia per la propria eterosessualità e tanto più quanto più l'eterosessuale si percepisce simile all'omosessuale.

Notiamo, infine, che la classe media, in paragone alla classe bassa, tollera di più l'omosessualità. Da vari dati si deduce che questa tolleranza dipende dal fatto che molti eterosessuali di classe media non hanno adottato ferme decisioni attitudinali circa gli stili di vita alternativi, per cui essi sono più suscettibili ad accettare le ragioni degli omosessuali, sulla propria omosessualità, allorche ne sono informati.[223]

4. Effetti della decriminalizzazione dell'omosessualità

La maggior parte delle leggi civili[224] continua a registrare norme contro l'omosessualità, perché si ritiene che con la sua depenalizzazione s'incoraggerebbe il comportamento omosessuale, si contribuirebbe alla sua manifestazione[225], all'aumento di crimini quali l'adescamento e la seduzione di bambini, e di crimini sadici di violenza.[226] D'altra parte gli omosessuali ritengono di andare soggetti a violenza criminale, in quanto sono impediti ad ottenere una soddisfazione legale dal rischio penale cui la loro condizione li espone.[227]

Da varie richerche, in Olanda [228], in Illinois[229], in Inghilterra[230], e più recentemente in 7 Stati degli USA, è emerso che la depenalizzazione della omosessualità non ha portato un aumento dei vari crimini sopra elencati.[231]

223 Cfr. M. E. LUMBY, Homophobia: the quest for a valid scale, J. Hom. 1976, 2, pp. 39 – 47

224 Per l'omosessualità nelle teorie e nella legislazione della chiesa cfr. M. GOODICH, Sodomy in ecclesiastical law and theory, J. Hom. 1976, 1, pp. 427 – 34; per l'omosessualità dal punto di vista storico e legale nel Giudaismo (cfr. W. ORBACH, Homosexuality and Jewish law, Journal of Family Law 1976, 14, pp. 353 – 81

225 Cfr. G. GEIS, Not the law's business? An examination of homosexuality, abortion, prostitution, narcotic and gambling in the United States, Washington D. C. 1972

226 Cfr. E. DAVIS, Victimless crime. The cases for continued enfancement, Police Science and Administration, 1973, 1, pp. 11 – 20

227 Cfr. E. SAGARIN / D. J. MACNAMARA, The homosexual as a crime victim, Inter. J. Crim. Penal. 1975, 3, pp. 14 – 25

228 Cfr. R. P. WILSON / C. CHAPPELL, Australian attitudes toward abortion, prostitution and homosexuality, Australian Quarterly 1968, 40, pp. 7 – 17

229 Cfr. M. HOFFMAN, The gay world: homosexuality and social victim, New York 1969, p. 95

230 Cfr. L. ABSE, The sexual offences act, Brit. J. Crim. 1968, 8, pp. 86 – 8

H. Ricerche specifiche sulla omosessualità

Alcune ricerche empiriche si sono proposte di provare una particolare teoria sull'eziologia dell'omosessualità. Così la psicoanalisi ortodossa si è preoccupata di dimostrare che l'omosessualità è essenzialmente patologica e una delle cause principali dell'omosessualità maschile andrebbe ricercata nella fobia che l'omosessuale ha della donna in genere e dei suoi organi genitali in particolare. Altre ricerche empiriche hanno cercato di provare l'inconsistenza di questo punto di vista. Da parte sua, la teoria dell'apprendimento si è preoccupata di dimostrare che l'omosessualità, allo stesso modo dell'eterosessualità, non è altro che un comportamento imparato.

Questi sono i tre punti che cercheremo di illustrare in questo paragrafo.

1. L'omosessualità maschile nella psicoanalisi

Un gruppo di psichiatri[232] di indirizzo psicoanalitico si riunirono per discutere l'omosessualità maschile. Il materiale omosessuale da essi discusso si basava totalmente sull'esperienza collettiva dei partecipanti e sulle loro osservazioni cliniche.

Il materiale, che risultò dagli incontri del gruppo di studio, fu redatto da 9 membri separatamente la prima volta, mentre la versione finale rappresentò il risultato su cui i partecipanti furono unanimemente d'accordo.

Essi furono d'accordo sui seguenti punti:

1. L'omosessualità è determinata da una esperienza dovuta a una costellazione familiare deficiente.[233] (Alcuni, ma pochi, omosessuali provengono da ambienti istituzionali, e presentano particolari problemi).

231 Cfr. G. GEIS e al., Reported consequences of decriminalization of consensual adult homosexuality in seven American States, J. Hom. 1976, 1, pp. 419 – 26; E. N. FADELY, Sex in new code , Oregon Law Review 1972, 51, pp. 517 – 24; R. BURIAN, Über die Bedeutung erster sexueller Erlebnisse für die Beurteilung und Prognose der sexuellen Perversionen, H. RENNERT e al., (a cura di), Zu Aktuellen Problemen der medizinischen Psychologie, Hall-Wittemberg 1972, p. 207

232 Cfr. C. W. SOCARIDES / M. W. MYERS / I. BIEBER / G. BYCHOWSKI / F. K. PRESCOTT / H. GERSHMAN / H. A. RIFKIN / J. T. JACOBS / S. STEIN / J. TERRY, Homosexuality in the male: a report of psychiatric study group, Inter. J. Psychiat, 1973, 11, pp. 460 – 71

2. L'omosessualità rappresenta un disordine dello sviluppo sessuale e non entra nella sfera del comportamento sessuale normale.

3. Da un terzo a una metà degli omosessuali,che chiedono un trattamento, diventano esclusivamente eterosessuali in seguito a una psico-terapia d'orientamento psicoanalitico, inclusi quegli omosessuali che erano stati formalmente esclusivamente omosessuali.

L'omosessualità fu definita un po' differentemente dai vari membri del gruppo di studio. Le definizioni includono "tutti quegli individui che durante la vita adulta si sono ingaggiati ripetutamente in un comportamento omosessuale" (all individuals who in the adult life repetitively engage in homosexual behavior) (definizione operativa), e "tutti coloro il cui comportamento omosessuale è motivato da una necessità interna e cioe gli omosessuali obbligati" (all those whose homosexual behavior is motivated by inner necessity, that is, the obligatory homosexual),(definizione basata su criteri motivazionali, p. 461)

Gli autori furono d'accordo che ogni individuo il quale è costantemente eccitato sessualmente da partners dello stesso sesso, e preferisce partners dello stesso sesso,è omosessuale.

L'omosessualità come risultato di tipi di esperienze specifiche durante l'infazia

Gli psicoanalisti che hanno condotto ricerche sistematiche sull'omosessualità sono molti, secondo questo gruppo di studio.

D. WEST[234] studiò 50 omosessuali e 50 etero e concluse che l'omosessualità è causata dall'assenza del padre nella famiglia, dalla sua freddezza emozionale, dalla sua inettitudine, dall'incapacità di giocare il suo ruolo in famiglia, da quella mancanza di elementi che permettano al bambino di identificarsi col padre o vedere in lui un eroe. La madre invece sarebbe stata troppo attaccata al figlio.

233 Cfr. I. BIEBER, A discussion of "homosexuality": the ethical challange, J. Consult. Clin. Psychol., 1976, 44, pp. 163 – 6

234 D. WEST, Parental relationships in male homosexuality, Intern. J. Soc. Psychiat., 1959, 5, pp. 85 – 97

BIEBER e coll.[235] studiarono 106 omo e 100 etero. Il loro studio è ritenuto il più ampio sull'omosessualità e proverebbe alcune ipotesi psicoanalitiche sull'eziologia dell'omosessualità. Infatti essi trovarono che gli omo, durante la loro infanzia, avevano sperimentato rapporti patologici con i familiari di più e in modo molto più intenso degli etero; per es. una madre seduttiva, troppo attaccata e troppo intima; e un padre indifferente e ostile. Inoltre la maggior parte delle madri degli omo si era intromessa nei rapporti del figlio con i coetanei, nel suo sviluppo eterosessuale, nelle sue decisioni ecc.; i padri invece erano risultati uomini demascolinizzati. I rapporti maritali dei genitori erano stati piuttosto poveri. Da quest'insieme di dati, gli autori concludono che la causa fontale dell'omosessualità è la patologia intrafamiliare.

SOCARIDES[236] introdusse il concetto che in tutti gli omosessuali c'è stata un' incapacità di progresso dall'unità madre-figlio (nella prima infanzia) all'individuazione del bambino (teoria preedipica della causalità).
Questa mancanza di identità sessuale del bambino, la quale si verificherebbe di solito all'età di tre anni, sarebbe dovuta alla patologia dell'ambiente familiare; una madre dominante, psicologicamente oppressiva, la quale non permette al figlio di rendersi autonomo, e dall'altra un padre assente, debole, incapace di aiutare il figlio a maturarsi. Per cui risulterebbe che nell'omosessuale si verifica una fissazione parziale, con la concomitante tendenza a regredire al primissimo rapporto esperienziale avuto con la madre.

Ci sono state altre pubblicazioni psicoanalitiche che hanno sottolineato aspetti teorici e clinici dell'omosessualità, tra le quali quella di L. OVESEI[237] o di L. HATTERER.[238]

Ma se i membri del gruppo di studio si trovarono d'accordo sul fatto che i genitori sono archetipi responsabili, coscienti o in altro modo, dell'orga-

235 I. BIEBER e al., Homosexuality: A psychoanalytic study of male homosexuals, New York 1962
Notiamo che questa ricerca soffre di diffetti metodologici: il gruppo degli omosessuali provenivono da un ambiente psichiatrico e quindi non rappresentativo della popolazione generale omosessuale. I dati poi furono basati sulle domande di terapeuti psicoanaliticamente orientati.

236 C. W. SOCARIDES, The overt homosexual, New York 1968

237 L. OVESEY, Homosexuality and pseudohomosexuality, New York 1969

238 L. J. HATTERER, Changing homosexuality in the male, New York 1971

nizzazione fisica dell'omosessualità del figlio, espressero invece punti di vista differenti sul come ciò avviene.

Così alcuni sottolinearono l'influenza della madre nel periodo preedipico, facendo il punto sui meccanismi psicodinamici che interferiscono nell'individuazione del bambino e producono una relazione simbiotica con la madre. Minore importanza invece fu data al ruolo del padre. Altri sottolinearono la eccessiva paura di aggressione maschile, accompagnata dal desiderio di avere un discendente maschio, per es. da parte di genitori psichicamente malati. Coloro che accettavano l'origine preedipica sottolineavano pure la paura dell'omosessuale di essere ferito dalla donna durante i rapporti sessuali. Quelli invece che sottolineavano il ruolo di ambo i genitori mettevano in rilievo la paura dell'omosessuale di essere ferito dall'uomo, nonostante che la madre avesse partecipato alla paura dell'eterosessualità. Di conseguenza sarebbe avvenuta una concettualizzazione della paura di avere rapporti sessuali con la madre, secondaria alla paura di aggressione da parte dei maschi.

Il gruppo di studio non era d'accordo con coloro che ritengono che siano psichicamente malati solo gli omo che cercano trattamento terapeutico e non ci siano differenze psicologiche fondamentali tra omo e etero.

Si afferma che una serie di studi su omosessuali non pazienti hanno mostrato che l'interazione bambino-genitori è patologicamente la stessa di quella degli omosessuali pazienti.

BIEBER, facendo una comunicazione personale durante il simposio, disse di aver osservato, durante la Seconda Guerra Mondiale, 50 individui arrestati dalla polizia militare per la loro attività omosessuale. Esami psichiatrici rivelarono che non c'erano differenze tra loro e i pazienti omosessuali civili. I militari avevano avuto lo stesso tipo di famiglia di quello dei pazienti.

SNORTUM e coll.[239] studiarono 46 omosessuali non in terapia, perché scartati dal servizio militare per la loro attività omosessuale. Fu trovato che alla base del loro sviluppo omosessuale c'era stata una madre oppressiva e autoritaria e un padre distante e inaffettuoso.

EVANS[240] distribuì 27 questionari a 43 omosessuali non pazienti e a 142 eterosessuali. Le differenze tra i due gruppi risultarono rilevanti. Così

239 J. R. SNORTUM, Family dynamics and homosexuality, Psychol Rep., 1969, 24, pp. 763 – 70

240 R. B. EVANS, Childhood parental relationships of homosexual men, J. Consult.

gli omo avevano sperimentato lo stesso ambiente familiare di quello sperimentato dai soggetti di BIEBER. Tuttavia EVANS non ritenne che tale fatto costituisse la causa dell'omosessualità.

L. BRAATEN e C. DARLING[241] studiarono 76 omo e trovarono che la maggior parte di essi avevano avuto una madre troppo attaccata e un padre indifferente.

I membri del gruppo di studio, nell'accennare alle ricerche sull'eziologia genetica (KALLMAN[242]) e endocrinologica (KOLODNY e coll.[243]) dell'omosessualità, precisano che non vi sono prove per affermare tali eziologie, dato che molti sono i casi di esclusivi omosessuali che sono diventati eterosessuali esclusivi in seguito a terapia psicoanalitica.

L'omosessualità è un disordine dello sviluppo sessuale e non una variante sessuale normale

Secondo il gruppo di studio vi sono due modelli per descrivere la normalità: quello statistico, che si basa sulla media, e quello medico, che contrappone patologia a normalità.

Sostenendo che l'omosessualità non è una variante della sessualità, contrariamente a quanto vorrebbero alcuni[244], essi si basano sulle seguenti osservazioni psichiatriche e psicoanalitiche: gli omo sono incapaci ad effettuare e a mantenere in modo consistente un'attività eterosessuale gratificante o rapporti profondi di amore eterosessuale , e ciò a causa di paure infantili. Spesso l'oggetto dell'omosessuale possiede qualità fisiche della madre o di una sorella, per es. il colore degli occhi. In altri casi la scelta dell'oggetto omosessuale è fatta in vista di una soddisfazione 1) di desiderio di contatto umano, 2)di desiderio di essere accettato, amato e considerato da un uomo, 3) di desiderio di riparare a un senso di deficienza di mascolinità mediante

Clin. Psychol., 1969, 33, pp. 129 – 35

141 L. J. BRAATEN / C. D. DARLING, Overt and covert homosexual problems among male college students, Genet. Psychol. Mong., 1965, 71, pp. 269 – 310

242 F. KALLMAN, "Comparative twin", pp. 282 – 98

243 R. D. KOLODNY e al., "Plasma testosterone", pp. 1170 – 74

244 Cfr. B. HADDEN, Homosexuality: its questioned classification, Psychiyt. Ann., 1976, 6, pp. 38 – 46; T. SAGHIR, Counseling the homosexual, Med. Asp. Hum. Sex., 1975, 9, pp. 149 – 50; J. R. TURNAGE / D. L. LOGAN, Sexual variation without 'deviation', Brit. J. Crim., 1975, 15, pp. 117 – 9; E. H. GNEPP, Biology, marital illness and homosexuality, Psychology", 1975, 12, pp. 60 –1

l'identificazione con una figura maschile idealizzata, e 4) bisogno di neutralizzare il potere maschile e quindi realizzare un desiderio per disarmare e conquistare uomini simbolicamente forti tramite l'atto omosessuale, 5) bisogno di vincere la protezione maschile e forse anche bisogno di guadagnare ricompense materiali o di altro genere.

Secondo il gruppo di studio vi sono tre teorie psicoanalitiche che spiegano il perchè della scelta etero o omosessuale.

La prima è quella di FREUD, basata sulla bisessualità costituzionale, secondo la quale come vi è una predisposizione sessuale innata verso il sesso opposto, così vi è pure una predisposizione inconscia innata verso uno del proprio sesso.

La seconda è quella di S. RADO[245], in cui si attesta che l'uomo e la donna non ereditano un meccanismo organizzato che dirige, o potrebbe dirigere, all'accoppiamento o alla scelta del maschio. Alla luce di questa evidenza, la teoria psicoanalitica degli istinti sessuali, sviluppatasi nei primi 10 anni di questo secolo, diviene un espediente storico che è sopravvissuto alla sua utilità scientifica. Ciascuno dei sessi ha una capacità innata di imparare ed è dotato di un potenziale specifico di apparati e strumenti. Ma in forte contrasto con i vertebrati inferiori, e come conseguenza dell'encefalizzazione di certe distinzioni, organizzate prima di tutto a livello inferiore evoluzionistico del sistema nervoso centrale, essi non ereditano l'informazione organizzata o le direzioni concernenti l'uso di tale dotazione.

Il gruppo di studio spiega, d'accordo col punto di vista sopra esposto, che la scelta dell'oggetto omosessuale non è innata o istintiva, come non lo è neppure la scelta dell'oggetto eterosessuale, giacché l'uno e l'altro sono comportamenti imparati. La scelta dell'oggetto sessuale non è predeterminata dall'etichetta cromosomica. L'oggetto eterosessuale è determinato fin dalla nascita da indottrinamento culturale e ambientale. Esso è sostenuto dal concetto universale umano dell'accoppiamento e da quello dell'unità della famiglia in connesssione con la complementarietà e i contrasti tra i due sessi. Inoltre si è determinato nel corso di due miliardi e mezzo di anni di evoluzione umana. E' un prodotto della differenziazione sessuale, che in un primo momento era basato unicamente sulla riproduzione sessuale. Per es. dalla scissione di un

245 S. RADO, Psychoanalysis of behavior, Ney Work 1956

unicellulato non sessuale si è arrivati alla produzione di due cellulati sessuali, quindi alla differenziazione di un utero, organo separato, e finalmente allo sviluppo di individui separati, reciprocamente adattati l'uno all'altro anatomicamente, endocrinologicamente, psicologicamente e in molti altri modi. Solo massiccie paure infantili possono danneggiare e distruggere il fattore standard maschio-femmina. Tali paure inconscie sono responsabili dell'ulteriore sviluppo dell'omosessualità.[246]

Una terza teoria è quella di BIEBER[247], il quale ritiene che là dove la riproduzione dipende dall'accoppiamento eterosessuale, si sono costituiti i meccanismi per garantire l'eccitamento e il comportamento eterosessuale. I meccanismi neurologici e ormonali, in concerto con i fatti esperienziali, sotto le condizioni normali infantili, garantiscono la scelta dell'oggetto eterosessuale.

Per quanto riguarda il problema dell'eterosessualità innata e biologicamente garantita, o se è totalmente imparata, il gruppo di studio ritiene che una risposta si può dare solo dopo una ricerca interdisciplinare. Inoltre si sostiene che è falso considerare l'omosessualità come una variante della sessualità rifacendosi a dati storici e antropologici come fanno i sostenitori del comportamento, i quali affermano che l'omosessualità è esistita in tutte le società fin dall'antichità con pochissime eccezioni, se vi sono.

Il gruppo di studio precisa pure che bisogna correggere la concezione di coloro che ritengono che l'antica Grecia avrebbe visto l'omosessualità come uno stile di vita valido. Che ciò è falso è stato dimostrato da vari investigatori, come KARLEN[248], G. TAYLOR[249], W. LANCEY[250]. D'altra parte vi sarebbero prove che in alcuni tipi di società non esiste nessuna omosessualità come per es. tra i Busch Negros, tra gli Indiani Vyana del Surinam, tra gli Indiani Guigira della Columbia e tra gli Israeliani dei Kibbutz.

KARLEN avrebbe pure smentito l'argomento biologico per mezzo del quale si sostiene che il comportamento di montare lo stesso sesso tra la spe-

246 Cfr. C. W. SOCARIDES, Homosexuality and medicine, J.Am. Med. Assoc., 1970, 212, pp. 1199 – 1202

247 I. BIEBER, Olfaction in sexual development and adult sexual organization, Am. J. Psychoth., 1959, 13, pp. 851 – 59

248 A. KARLEN, Sexuality and homosexuality, New York 1971

249 G. R. TAYLOR, Historical and mythological aspects of homosexuality, in J. MARMOR (a cura di), Sexual inversion, New York 1965

250 W. K. LANCEY, The family in classical Greece, New York 1968

cie infraumana (primati, cani ecc.) è la prova evidente che i fattori omosessuali sono innati, e quindi estendibili anche all'uomo.

Non si è neppure d'accordo con coloro che dichiarano che gli omosessuali sono normali, giacché riescono ad adattarsi come gli etero, raggiungendo gradi accademici, successo, gratificazione nelle relazioni sociali ecc. Lo sbaglio fondamentale di questa ipotesi, che vuole che la media degli omosessuali sono beneaggiustati e ben compensati quanto gli etero, sta nel fatto che l'aggiustamento è eguagliato alla normalità o alla mancanza di patologia. Infatti il gruppo di studio sostiene che l'individuo può essere effettivo nelle relazioni professionali e sociali, nonostante una grave psicopatologia in un lungo periodo di tempo e nonostante un forte costo psichico.

Perciò si conclude che vi è sufficiente letteratura, la quale dimostra che l'omosessualità è trattabile con la psicoanalisi, la psicoterapia e la terapia di gruppo.[251]

Studi sperimentali psicoanalitici dell'omosessualità

Negli ultimi 10-15 anni, è stato sviluppato un metodo sperimentale per studiare uno degli aspetti fondamentali della teoria psicoanalitica, quale è la relazione tra psicopatologia e pulsioni libidinali aggressive. Il metodo comprende la rappresentazione techistoscopica della pulsione correlativa e degli stimoli neutrali configurativi e verbali a livello subliminale.

I dati che questo metodo ha portato sono formulati nelle seguenti proposizioni: quando una pulsione correlativa registra subliminalmente, fa contatto con qualunque desiderio di pulsione correlativa congrua (inconscia), che attiva nell'individuo in quel momento, e per la persona predisposta alla patologia il risultato è spesso un'intensificazione della specie di disturbo al quale essa è generalmente vulnerabile.

I risultati delle ricerche fatte in laboratorio secondo questo metodo, sono stati sintetizzati da L. SILVERMAN[252]. Più recentemente lo stesso autore e altri[253] hanno applicato la così detta tecnica subliminale all'omosessualità

251 Cfr. F. X. ACOSTA, Etiology and treatment of homosexuality: a review, Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 9 – 29

252 L. H. SILVERMAN, An experimental technique for the study of unconscious conflict, Brit. J. Med.Psychol., 1971, 44, pp. 17 – 25

253 Cfr. L. H. SILVERMAN e al., An experimental study of aspects of psychoanalytic theory of male homosexuality, J. Abnor. Psychol. 1975, 82, 178 – 88

maschile per verificare certi aspetti sostenuti dalla teoria psicoanalitica a proposito dell'orientazione sessuale.

Essi intanto precisano che la psicoanalisi classifica l'omosessualità degli adulti come una forma di nevrosi, almeno quando è esclusiva o è la forma preferita di attività sessuale. Secondo la psicoanalisi la nevrosi patologica risulta quando un individuo esperimenta la pulsione libidinale o aggressiva come minaccia. Incapace di utilizzare una forma maggiore espressiva di controllo regolatorio, egli tenta di respingere la pulsione mediante una o più operazioni difensive.

Quando la psicoanalisi classifica l'omosessualità degli adulti come 'psiconevrotica' vuole sottolineare che essa è il risultato di un conflitto sopra una pulsione inconscia.

Nella ricerca SILVERMAN e coll. non si propongono di analizzare l'omosessualità nella sua complessità fenomenologica, ma solo in due aspetti. Nel primo aspetto sono analizzati i desideri incestuosi dell'omosessuale verso la madre, intesi come lotta difensiva contro l'eterosessualità. Infatti, secondo la psicoanalisi, l'omosessuale non ha mai superato il suo attaccamento sessuale verso la madre; è a causa di quest'ansia che egli è vulnerabile, ed è a causa della particolare difesa da lui impiegata, che egli trova se stesso disinteressato al sesso opposto, o e respinto dalle donne in quanto oggetti sessuali, mentre si sente attratto verso gli uomini. L'omosessuale è inibito nelle sue reazioni sessuali verso le donne, sia perché essere eterosessuale è inconsciamente equiparato all'incesto e quindi conduce alla castrazione come punizione, sia perché la vagina stessa richiama la castrazione. L'omosessuale è invece attratto da uomini in quanto la presenza del loro pene lo assicura che non vi è pericolo di castrazione in vista.

Il secondo aspetto è il desiderio per una unione simbolica con la madre preedipica. Nell'atto omosessuale, nello stesso momento in cui vi è una lotta contro l'incesto (madre edipica), vi è una ricerca di unione simbiotica, non genitale con la madre preedipica. Tale desiderio non può essere soddisfatto con una donna a causa della presenza simultanea del primo determinante emozionale — l'ansia che circonda le relazioni eterosessuali —. Così la ricerca dell'unione simbiotica dell'atto omosessuale ha un aspetto difensivo e un aspetto gratificante.

Questi due desideri non sono necessariamente forti negli omosessuali, ma essi sono motivazioni inconscie del comportamento.

Per verificare se questi desideri sono le cause incoscie dell'omosessualità maschile, gli autori esaminarono un gruppo di 36 omosessuali e 36 etero, non clinici nè detenuti. Somministrando ai soggetti stimoli configurativi-verbali rappresentanti incesto, simbiosi e modelli neutrali, negli omo si sarebbero verificati le seguenti ipotesi: a) quando desideri incestuosi scattano negli omosessuali maschi, perché in essi viene stimolata la minaccia di castrazione, intensificheranno l'ansia, gli sforzi difensivi e / o l'orientazione omosessuale; b) quando fantasie di gratificazione simbiotica scattano negli omosessuali scattano negli omosessuali maschi, perché riducono la minaccia di castrazione, essi esperimentano una diminuzione di ansia, di sforzi difensivi e / o dell'orientazione omosessuale.

Ciascun soggetto fu sottoposto all'esperimento per tre sessioni e ogni volta con uno degli stimoli subliminali. Dopo che erano stati presentati gli stimoli subliminali, l'orientazione sessuale dei soggetti fu verificata mediante la valutazione sessuale di 10 figure di donne e 10 di uomini, mentre il grado di minaccia sperimentata, come risultato della percezione subliminale, fu misurata usando l'indice di minaccia del test di RORSCHACH.

All'esame dello stimolo subliminale dell'incesto, gli eterosessuali non mostrarono nessun cambiamento nell'orientazione sessuale o nella minaccia, mentre gli omosessuali mostrarono una preferenza per le figure maschili. Alla prova dello stimolo subliminale simbiotico, gli eterosessuali non mostrarono nessun cambiamento nell'orientazione sessuale o nella minaccia, mentre gli omo mostrarono una diminuzione dell'indice di minaccia. Le direzioni di queste differenze furono in accordo con le ipotesi psicoanalitiche: gli stimoli subliminali incestuosi aumentano i desideri omosessuali negli omo e gli stimoli subconsci simbiotici diminuiscono i desideri omosessuali negli omo.

La conclusione degli autori è che questi desideri non sono necessariamente più forti negli omosessuali, ma sono piuttosto desideri motivanti del comportamento degli omosessuali.[254]

254 Questi risultati vanno considerati in rapporto ad altri ottenuti da ricerche precedenti. Per la bibliografia vedi l'articolo della nota 253.

2. Rilievi critici sulla teoria fobica dell'omosessualità maschile

La psicoterapia e soprattutto la psicoanalisi tendono a vedere l'omosessualità come una nevrosi o un sintomo nevrotico (M. KLEIN[255], RADO[256], ELLIS[257], BIEBER[258], OVESEY[259] ecc.). Questo punto di vista sarebbe stato confermato dal fatto che diversi autori hanno osservato che la frequenza di fenomeni nevrotici tipici negli omosessuali è più alta che negli etero, e perciò hanno concluso che l'omosessualità nei loro pazienti è uno dei sintomi nevrotici (STEKEL[260], ELLIS[261], MUSAPH[262], DOIDGE[263] ecc.). Vi sono pure dei behavioristi che sostengono tale tesi.[264]

Si potrebbe invece interpretare che lo sviluppo del maleaggiustamento degli omosessuali sia causato da difficoltà che essi incontrano nella società eterosessuale e dal generale rifiuto a cui sono sottoposti.

Infatti alcuni autori, studiando degli omosessuali, non hanno trovato una frequenza di sintomi nevrotici negli omosessuali più alta che negli eterosessuali (SIEGELMAN, SAGHIR, HOOKER ecc.[265]).

D'altra parte nessuno degli autori che vede l'omosessualità come una nevrosi, riporta dati empirici per sostenere tale tesi. Questa tesi, secondo

255 M. KLEIN, The psychoanalysis of children, Londra 1932

256 S. RADO, A critical examination of the concept of bisexuality, Psychoanal. Med. 1940, 2, pp. 549 – 67

257 A. ELLIS, On the cure of homosexuality, Inter. J. Sex., 1952, 5, pp. 136 –8

258 I. BIBER e al., Homosexuality: A psychoanalytic study, New York 1962; Lo stesso autore, Homosexual dynamics in psychiatry crisis, Am. J. Psychiatr. 1972, 128, pp. 19 – 31;

259 L. OVESEY, Homosexuality and pseudohomosexuality, New York 1969

260 W. STEKEL, Ist die Homosexualität heilbar?, Nervenarzt, 1929, 1, pp. 337 – 43

261 A. ELLIS, Homosexuality and creativity, J. Clin. Psychol. 1959, 15, pp. 376 – 9

262 H. MUSAPH, On homosexuality, Psychiat. Neur. Neuroch (Amsterdam) 1960, 63, pp. 203 – 11

263 W. T. DOIDGE / W. H. HOLTZMAN, Implication of homosexuality among air force trainees, J. Consult. Psychol., 1960, 24, pp. 9 – 13

264 R. W. RAMSAY / V. VAN VELZEN, Behavior therapy for sexual perversion, Beh. Res. Ther. 1968, 6, p. 233

265 M. SIEGELMAN, Adjustment of male homosexuals and heterosexuals, Arch. Sex. Beh. 1972, 2, pp. 9 – 25; M. SAGHIR e al., Homosexuality. VI. Psychiatric disorders and disability in the male homosexual, Am. J. Psychiatr. 1970, 126, pp. 63 – 70; E. HOOKER, The homosexual community, in C. T. PALMER / M. J. GOLDSTEIN (a cura di), Perspectives in psychotherapy, New York 1966

FREUND e coll.[266] sarebbe vera se si potesse dimostrare che i maschi omosessuali provano avversione per le donne e che i maschi eterosessuali non provano alcuna avversione per il fisico maschile, o che tanto il maschio omosessuale quanto l'eterosessuale provano avversione per il fisico del sesso non preferito, e che l'omosessuale prova un'avversione molto forte.

In una prima ricerca FREUND[267] ebbe modo di investigare tra 222 omosessuali, che gli si erano rivolti perché volevano essere aiutati a diventare eterosessuali o perché avevano problemi con la legge. Il 67 % ammisero di non avere mai sentito curiosità sessuale per il corpo della donna. Del resto dei soggetti, il 26,1 % ammise che anche in stato di sobrietà aveva sperimentato qualche attrazione erotica per la donna; il 5,4 % invece aveva sperimentato ciò solo in stato di ubriachezza, il 68,5 % ammise di aver tentato qualche volta il rapporto eterosessuale (51,8 %) con successo e il 16,7 % con insuccesso); il 42,3 % ammetteva di provare avversione per il rapporto eterosessuale, mentre il 42,3 % attestava di non avere mai avuto avversione, e circa il 10 % non si sentiva di rispondere a tale domanda, e il 26,1 % ammise di aver amato qualche volta una donna.

Nei capitoli precedenti abbiamo visto che gli uomini androfili non rispondevano sessualmente alla forma del corpo femminile. Tuttavia in uomini omosessuali precedentemente eccitati (il contatto inaugurato con un corpo eterosessuale), incluso il rapporto, suscitava risposte sessualipositive, accompagnate dall'indicazione di sentire avversione per tale interazione. Ciò può far sospettare che il contatto con la forma del corpo è di fatto piuttosto negativo, cioè si può produrre un'avversione erotica che impedisce il contatto con un corpo eterosessuale.

Più recentemente, FREUND e coll.[268] hanno studiato il problema, proponendosi di dimostrare: a) fino a che punto il fisico femminile eccita sessualmente l'omosessuale; b) se l'omosessuale prova avversione per il fisico femminile; c) se ci sono differenze tra le reazioni erotiche degli omosessuali e quelle degli etero verso il fisico del sesso non preferito.

266 K. FREUND e al., Heterosexual in homosexual males, Brit. J. Psychiatr. 1973, 122, pp. 163 – 9

267 Lo stesso autore, Aus den Krankengeschichten homosexueller Männer, Psychiat. Neur. Med. Ther. 1960, 6, p. 213

268 K. FREUND e al., "Heterosexual aversions", pp. 163 – 9

Gli autori dividono il lavoro in tre parti: nella prima esaminano il valore erotico relativo dei maschi e delle femmine per i maschi omosessuali, e paragonano i fattori delle reazioni erotiche degli omosessuali e eterosessuali.

A questo scopo esaminarono 36 uomini omo, volontari, tra i 21 e i 43 anni, che preferivano partners tra i 20 e i 30 di età. Essi furono paragonati a 18 studenti universitari e a 18 immigrati di recente, tutti volontari. La loro età si aggirava tra i 21 e i 39 anni.

I soggetti furono sottoposti al test fallometrico di FREUND[269] con lo scopo di misurare i vari cambiamenti del volume del pene in relazione agli stimoli potenzialmente erotici. Come stimoli furono usati diapositive di persone nude, di 4 differenti età, e ogni categoria era rappresentata da 6 diapositive.

Nella seconda parte, i risultati della prima parte della ricerca indicarono che le risposte alle differenti categorie di età del sesso non preferito sono uguali per ambedue i gruppi.

Per gli autori ciò significava: a) i soggetti reagivano eroticamente al sesso non preferito, anche se le età dei gruppi non erano definibili, o b) le reazioni al sesso non preferito non erano affatto reazioni sessuali, o c) queste reazioni rappresentavano un certo grado di avversione.

Il problema di questa seconda parte è: la risposta al sesso non preferito era distinta dalla risposta alle configurazioni degli stimoli sessualmenti neutrali?

I soggetti omosessuali esaminati furono 32. L'età andava dai i 20 ai 66 anni e preferivano partners di 20 – 30 anni. Il gruppo eterosessuale era costituito da 16 studenti iniversitari e 16 immigrati. Tutti, omo e etero, erano volontari.

Furono sottoposti alla stessa procedura eseguita nella prima parte, con alcune varianti. Dai dati risultò che le reazioni agli stimoli neutrali e le reazioni alle diapositive del sesso non preferito, non erano differenti in modo significatico per ambedue i gruppi.

Nella parte terza si accertarono le risposte agli stimoli potenzialmente avversivi, dopo che i soggetti erano stati prestimolati a una misura livellata di detumescenza penile.

269 K. FREUND, A note on the use of the phallometric method of measuring mild sexual arousal in the male, Beh. Ther. 1971, 2, pp. 225 – 8

Furono esaminati 20 omosessuali volontari, tra i 20 e i 53 anni, con preferenza di partners di 20 – 30 anni di età. Gli eterosessuali erano 20 studenti tra i 20 e i 30 anni.

Ogni soggetto fu sottoposto, nel corso di una unica sessione, a un test di 5 categorie di stimoli, ciascuna delle quali comprendeva 6 diapositive.

L'esperimento mostrò che sia negli etero come negli omo le risposte di detumescenza provocata dalle figure che rappresentano malattie della pelle (tratti da un testo di dermatologia) erano più ampie di quelle provocate da tutte le altre figure; che non c'era differenza tra omo e etero nelle risposte del pene al sesso non preferito e che, per i soggetti di ambo i gruppi, non risultarono differenze tra le risposte di detumescenza ai nudi del sesso non preferito e quelle delle figure sessualmente neutrali. I soggetti di ambo i gruppi mostrarono di provare più disgusto per le figure della malattia della pelle che per tutti gli altri stimoli, e i soggetti eterosessuali mostrarono di provare più disgusto per i nudi di uomini che per le immagini neutrali; tuttavia, tale differenza non fu riscontrata tra gli omosessuali.

In un'altra ricerca, FREUND e coll.[270] cercano di dimostrare l'inconsistenza della così detta teoria fobica.

RADO rifacendosi a FREUD così teorizza le cause dell'omosessualità: la paura dei genitali del sesso opposto costituisce il dinamismo dell'individuo che vuole rapporti sessuali con un membro dello stesso sesso.[271] Questa teoria è condivisa soprattutto dai teorici della psicodinamica. Ma come abbiamo avuto modo di vedere ,FREUND e collaboratori ritengono che essa non è sostenibile. Tuttavia essi dicono che tale teoria potrebbe avere un'altra interpretazione, e cioè che l'omosessualità maschile sia causata dalla semplice avversione verso il rapporto eterosessuale.[272] Per cui essi tentano di verificare tale interpretazione.

Essi partirono dal processo tipico del rapporto sessuale umano, che descrivono in quattro fasi: collocazione di un eventuale partner adeguato, interazione pretattile con sguardi e sorrisi, comunicazione verbale e particolari modi di positura, ma senza o con minimo contatto fisico, e infine unione genitale.

270 K. FREUND e al., The phobic theory of male homosexuality, Arch. Gen. Psychiat., 1974, 31, pp. 495 – 99

271 S. RADO, Adaptation psychodynamic: motivation and control, , in J. JAMESON / H. KLIEN (a cura di), New York 1969, p. 214; cfr. pure C. J. KENSTEMBAUM, Adolescent homosexual experience, Med. Asp. Hum. Sex., 1975, 9, pp. 99 – 100

272 K. FREUND e al., "The phobic", pp. 495 – 9

Queste quattro fasi furono presentate verbalmente a un gruppo di uomini androfili con lo scopo di provare l'interpretazione della teoria fobica sopra accennata. Ma prima di passare a questa prova, gli autori sperimentarono le cinque categorie delle quattro fasi in un gruppo di eterosessuali, in termine di detumescenza del pene. Dopo aver confrontato il punteggio degli etero e la successione degli stimoli, non fu riscontrata nessuna differenza, mentre fu notata una differenza significativa nelle risposte penili dei due gruppi in rapporto alle varie categorie delle quattro fasi. Non risultò alcuna differenza significativa tra le risposte alle situazioni neutrali, la fase della collocazione del partner e l'interazione pretattile. La risposta di ciascuna di queste categorie fu assai minore delle risposte alle fasi d'interazione tattile e dell'unione genitale.

Nella seconda parte della ricerca furono esaminati 20 androfili (tra i 19 – 48 anni di età). Tre dei soggetti risultarono al quarto posto della scala di KINSEY, 8 al quinto e 8 al sesto. La procedura fu la stessa di quella usata per gli etero, con qualche eccezione.

Dai dati non risultò alcuna differenza nel punteggio, fu invece osservata una differenza significativa tra le risposte alle varie categorie di stimoli (cfr. tav. 30 e fig. 11).

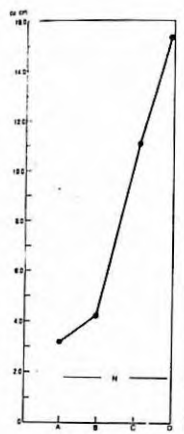
Tav. 30

—Analysis of Variance for the Five Stimulus Categories—Homosexual Men

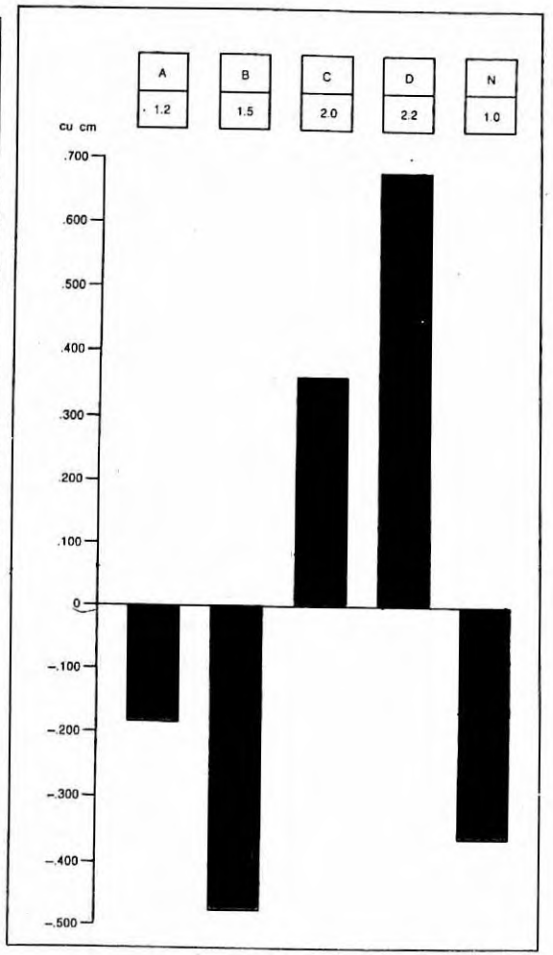
Source	Multivariate F df	Multivariate F Raw Scores	Multivariate F z-Scores	Univariate F df	Univariate F Verbal Ratings	Univariate F PVC, Raw Scores	Univariate F PVC, z-Scores
Succession (1)	2	.472		1	<1	<1	
Subjects within groups	17			18			
Stimulus (2)	8		54.742*	4	113.517*	7.595*	8.009*
(1) × (2)	8		1.326	4	1.510	1.739	1.159
Within cells	1,742			872			

* Significance level at .001.

Fig 11



—Penile tumescence responses of heterosexual controls to verbal descriptions of the various phases of heterosexual interaction. A, Location of a potential female partner; B, pretactile interaction; C, tactile interaction; and D, genital union. N indicates the descriptions of sexually neutral situations.



—Penile responses of androphilic men to verbal descriptions of the various phases of heterosexual interaction. The number below each of the capital letters for the various categories of situations indicates the subjects mean disgust rating.

Il rapporto eterosessuale risultò provocare più disgusto dell'interazione tattile eterosessuale, la quale a sua volta risultò provocare più disgusto dell'interazione pretattile. Questa risultò suscitare più disgusto della situazione di una partner femminile potenziale, la quale a sua volta risultò suscitare più disgusto degli stimoli sessualmente neutrali.

Ma siccome FREUD[273] e RADO[274] ritengono che solo una parte del corpo della donna suscita avversione in un omosessuale, per es. la vagina (o meglio la vulva), la quale, secondo questi autori è percepita dall'omosessuale, tramite fantasie inconscie, come una minaccia che egli cerca di evitare, sempre FREUND e coll.[275] cercarono con un altro esperimento di verificare tale ipotesi.

Essi presentarono a un gruppo di androfili, immagini di varie parti del corpo femminile — facce, seni, vulva esposta completamente come pure immagini panoramiche sessualmente neutrali.

Non risultarono differenze significative tra le risposte del pene alle varie parti del corpo femminile e le diapositive neutrali, mentre risultò che la vulva suscitava più disgusto dei seni, e questi più disgusto del resto delle immagini.

Dall'insieme di questi esperimenti sembra che tra gli androfili non vi sia una generale forte avversione verso le donne come partners sessuali, o per lo meno essa non è maggiore di quella che sembra essere tra gli uomini eterosessuali contro i partners delle stesso sesso. Perciò qualunque variazione nelle esperienze eterosessuali, o atteggiamento verso la donna come partner, che si riscontra tra gli omosessuali, è probabilmente paragonabile alle variazioni corrispondenti negli eterosessuali rispetto ai partners delle stesso sesso.[276]

273 S. FREUD, Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität, Studien zur Psychoanalyse der Neurosen, 1913 — 1925, Vienna, Zurigo, Berlino, IPV, 1926, orig. 1928; lo stesso autore, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, sesta ed. Lipsia, Vienna 1925

274 S. RADO, "A critical examination", p. 459

275 K. FREUND e al., Heterosexual aversion in homosexual males: a second experiment, Brit. J. Psychiat., 1974, 125, 177 — 80

276 Per una comprensione più completa sugli esperimenti di FREUND e al., (Cfr. F. FREUND / R. KOSTELL, The structure of erotic preference in the nondeviant male, Beh. Res. Ther. 1970, 8, pp. 15 — 20; K. FREUND e al., The female child as a surrogate object., Arch. Sex. Beh. 1972, 2, pp. 119 — 133; K. FREUND, Male homosexuality: an analysis of the pattern , J. A. LORAINE (a cura di), Understanding homosexuality, Lancaster 1974, pp. 25 — 81; K. FREUND e al., Heterosexual interest in homosexual males, Arch. Sex. Beh. 1975, 5, pp. 509 — 517)

3. Teoria dell'apprendimento sociale e omosessualità

La teoria dell'apprendimento sociale postula che le preferenze dell'eterosessualità e della omosessualità sono comportamenti appresi. Essa respinge categoricamente le conclusioni dell'assunto psicoanalitico che gli impulsi sessuali dell'adulto, espressi abitualmente in modo omosessuale, sono causati solo dai primi conflitti con i genitori o dalla paura dell'eterosessualità.[277]

Secondo WEST[278] le spiegazioni psicoanalitiche possono forse riguardare lo sviluppo dell'omosessualità in una minoranza di omosessuali, ma non nella maggioranza. Egli asserisce invece che il bambino impara a esprimersi sessualmente più verso un sesso piuttosto che verso l'altro, attraverso rinforzamenti sociali e fattori condizionanti. L'influenza delle preferenze e dei comportamenti sessuali imparati sarebbe confermata dalla relazione antropologica di C. FORD e F. BEACH[279], *i quali trovarono che tra 76 società primitive* più della metà consideravano normali e accettabili alcune forme di attività omosessuale.

Attualmente ci sono sufficienti prove sperimentali e cliniche che indicano che alcuni bambini e bambine non riescono a imparare preferenze e compotamenti del sesso tipico appropriato.[280]

Le implicazioni di questo primo fallimento per il comportamento sessuale degli adulti sono state rilevate in diverse ricerche.

Sia il maschio che la femmina omosessuali, che dichiarano una corretta identità di genere, si sono visti come falliti nelle capacità e negli interessi del sesso tipico appropriato come bambini e, o da bambini, hanno espresso disagio con il ruolo del loro genere.[281] Perciò sembra che uno sviluppo adeguato dell'identità di genere e delle preferenze e dei comportamenti del sesso tipico hanno una funzione importante nella preferenza futura del bambino per l'eterosessualità o per l'omosessualità.

277 H. H. MACCULLOCH / P. M. FELDMAN, Aversion therapy in the management of 43 homosexuals, Brit. Med. J. 1967, 2, pp. 494 – 7; H. J. MACCOLLOCH e al., Anticipatory avoidance learning for the treatment of homosexuality: recent developments and an automated aversion therapy system, Beh. Ther. 1971, 2, pp. 151 – 69

278 D. J. WEST, Homosexuality, Chicago 1967

279 C. S. FORD / F. A. BEACH, Patterns of sexual behavior, New York, Harper 1959

280 R. GREEN, Sexual identity conflict in children and adults, New York 1974

281 R. B. EVANS, Childhood parental relationships of homosexual men, J. Clin. Consult. Psychol. 1969, 39, pp. 140 – 7;

Ci si domanda in che modo il bambino acquisisce la sua identità di genere e in che modo comportamenti, attitudini e preferenze del sesso tipico appropriato.

Nelle recenti formulazioni della teoria dell'apprendimento sociale, quando si viene a spiegare lo sviluppo dell'identità di genere e quello delle attitudini e dei comportamenti relativi al sesso tipico, si dà un ruolo preminente ai processi di apprendimento e modellamento di osservazione.[282] Si sostiene così che l'apprendimento di comportamenti identificatori del sesso tipico può verificarsi senza alcun rinforzamento diretto di chi impara, e prima di tutto attraverso l'osservazione delle altre persone e degli avvenimenti. Tuttavia si teorizza pure che i genitori indottrinano attivamente il bambino in rapporto al ruolo sessuale appropriato con certe azioni, quali il rinforzo selettivo dei comportamenti del sesso appropriato, abbigliamento differenziale, selezione dei giocattoli e attività del sesso appropriato e promozione di associazioni con i compagni di giuoco dello stesso sesso.

Prove sperimentali a sostegno di tale posizione sono offerte dalle ricerche di MOSS, di GOLDBERG e LEWIS,[283] di MONEY e ERHARDT,[284] e altri.

Molte delle affermazioni esplicative della teoria dell'apprendiamento sociale, in rapporto allo sviluppo dell'identità di genere e ai comportamenti del sesso tipico, sembrano essere ben confermati da studi sperimentali e naturalistici. L'accento che la teoria dell'apprendimento mette attualmente sull'apprendimento osservazionale e nelle implicazioni relative per rinforzare l'apprendimento e l'esecuzione del ruolo sessuale appropriato, dimostra una forte visione esplicativa e prefigurata dello sviluppo della tipicizzazione sessuale.[285] L'importanza di sviluppare adeguatamente una identità di genere, e comportamenti sessuali tipici per lo sviluppo preferenziale di comportamenti eterosessuali, è già stata discussa.[286] Tuttavia, sebbene le ipotesi della teoria del-

282 A. BANDURA, Social-learning theory of identification process, in D. A. GOSLIN (a cura di), Handbook of Socialization theory and Research, Chicago 1969; W. MISCHEL, Sex-typing and socialization, in P. H. MUSSEN (a cura di), Manual of Child Psychology, New York 1970, vol. II

283 S. GOLDBERG / M. LEWIS, Play behavior in the year-old infant: early sex differences, Child Develop. 1969, 40, pp. 21 – 32

284 J. MONEY / A. ERHARDT, "Uomo donna", cap. V.

285 F. K. ACOSTA, Etiology and treatment of homosexuality: a review, Arch. Sex. Beh. 1975, 4, pp. 9 – 29

286 MONEY / EHRHARDT, Ibidem

l'apprendimento sociale sembrino avere qualche sostegno, i suoi teorici non sono stati ancora capaci di portare prove sperimentali di prima mano che siano in rapporto diretto con l'apprendimento nell'infanzia di una appropriata o inappropriata identità di genere e i comportamenti del sesso tipico con la futura omosessualità adulta. Solo GREEN e MONEY portano un esempio di sei individui omosessuali che da bambini erano stati ritenuti effeminati.[287] E'chiaro che si esigono ancora più e più approfonditi studi longitudinali per identificare i fattori dell'omosessualità nell'infanzia e seguire lo sviluppo dei bambini "marchiati" attraverso l'adolescenza e la vita adulta. Ciò è indispensabile, prima che si possa definire la comprensione dello sviluppo omosessuale in rapporto alla teorizzazione dell'omosessualità come esclusivo apprendimento sociale.

187 R. GREEN / J. MONEY, Sexual identity conflict in children and adults, New York 1974

Capitolo IX

OMOSESSUALITA' FEMMINILE

Gli investigatori dell'omosessualità hanno centrata la loro attenzione soprattutto sull'omosessualità maschile.[288] Tuttavia alcuni ricercatori si sono occupati in modo specifico anche dell'omosessualità femminile o lesbismo, e ciò si è verificato soprattutto in questi ultimissimi anni.

Dallo studio della letteratura sul lesbismo emergono i seguenti punti: differenze tra maschi e femmine omosessuali, incidenza dell'omosessualità femminile, basi organico-genetiche, caratteristiche dell'infanzia e dell'adolescenza, dinamica familiare, studi psicologici, studi psichiatrici, stato maritale e omosessualità femminile nelle carceri.

A. Differenze tra omosessualità maschile e femminile nella dinamica comportamentale

Vi è un numero di differenze importanti tra l'omosessualità maschile e quella femminile che meritano uno sguardo.

Nella cultura europeo-americana le effusioni sessuali tra donne non sono stimmatizzate con la stessa violenza con cui lo sono tra gli uomini. Le donne possono baciarsi sulle labbra, abbracciarsi e passeggiare con la mano nella mano, e nessuno si rigira con disapprovazione, ma non è così per gli uomini. Mentre si ammette che due donne vivano insieme, non lo si ammette per due uomini. Una ragazza con tratti maschili suscita fierezza, ma non un ragazzo con tratti femminili o effeminato. Le donne possono vestire abiti maschili, mostrare un comportamento e maniere maschili e nessuno ci fa caso, mentre gli uomini che vestono o si comportano in modo femminile sono subito sospettati.[289]

288 Cfr. R. E. GOULD, What we don't know about homosexuality, New York Time Magazine, 1974,24 (febbr.), p. 58; M. S. WEINBERG / A. P. BELL, Homosexuality: an annoted bibliography, New York, Londra 1972

Queste considerazioni sono importanti da un punto di vista pratico-psicologico. Ciò significa che una donna omosessuale non subisce e non soffre, come il maschio omosessuale, paure di essere scoperta, minacce di ricatti e sentimenti d'insicurezza e di inadeguamento. Come conseguenza risulta che una grande proporzione di lesbiche, più che di omo maschi, mantengono fattori stabili di aggiustamento sociale, sono meno promiscue e le loro relazioni sono più stabili.[290]

B. Incidenza

Sebbene i risultati sull'incidenza del lesbismo siano meno degni di fiducia di quelli sull'omosessualità maschile, molte ricerche convengono che l'incidenza del lesbismo di tipo 5 e 6 della scala di KINSEY è circa la metà di quella relativa degli uomini. Le ragioni sono diverse. Prima di tutto vi è la tendenza a non prendere in modo serio l'omosessualità femminile. C'è il fatto che le ricerche sull'omosessualità, e quelle scientifiche in modo particolare, sono fatte soprattutto da uomini, i quali sono molto interessati ai desideri omosessuali e temono più quelli del proprio sesso che quelli delle donne. C'è pure il fatto che l'omosessualità femminile è un fenomeno 'tranquillo', e meno organizzato di quello maschile in quanto subcultura e perciò meno accessibile alle ricerche empiriche.[291] Inoltre, è più facile, nella nostra società, raggiungere una identità femminile che quella maschile; i modelli di dipendenza costituiscono un adattamento accettabile per le donne e sono più facilmente raggiungibili dei modelli di autonomia e di responsabilità vocazionale e paterna richiesta agli uomini. Vi è pure il fatto che , nell'atto sessuale, è più facile per la donna simulare di quanto non lo sia per l'uomo. Perciò non sorprende il fatto di trovare che, in rapporto ai maschi, il grado di omosessualità esclusiva è più basso tra le femmine. La maggior parte delle lesbiche sono state esposte a relazioni omosessuali.[292] Infine, le donne, che hanno paura o avversione per l'eterosessualità, hanno un'opzione aperta ad essi, e ciò è evidentemente assai raro per gli uomini: si riporta che il 14 – 19% delle donne non sposate e il 5 – 8% di quelle già sposate avevano bisogni sessuali così repressi da non rispondere più sociosessualmente durante la loro vita adulta.[293] Questo duplice standard sessuale della nostra cultura permette tale sessualità accettabile nelle donne, ma non negli uomini. Così un largo numero di donne, le quali a causa della loro avversione eterosessuale finirebbero in modelli omosessuali, sono invece capaci di avere una vita in cui non sono coinvolte sessualmente.[294]

289 J. MORMOR, Sexual disorders. Homosexuality and sexual orientation disturbances, in M. A. FREEDMAN e al (a cura di), vo.. II, p. 1515; D. STEFFENSMEIR, Sex differences in reaction to homosexuals: research continuities and further development, J. Sex Res. 1974, 10, pp. 52 – 67; S. SCHÄFER, Sexual and social problems of lesbians, J. Sex Res. 1976, 12, pp. 50 – 69; W. L. COTTON, Social and sexual relationships of lesbians, J. Sex Res. 1975, 11, pp. 139 – 48; D. W. SWANSON e al., Clinical features of the female homosexual patient. A comparation with the heterosexual patient, J. Ment. Dis. 1972, 155, pp. 119 – 24; F. E. KENYON, Homosexuality in the female, Brit. J. Hosp. Med., febbr. 1970, pp. 183 – 206

290 J. MORMOR, Sexual, p. 1515; K. MILET, Sexual politics, New York 1970; G. GREEN, The female eunuch, New York 1971; R. G. GOULD, Social and sexuality. Social-cultural roles of males and females, in A. M. FREEDMAN e al., (a cura di) vol. II. pp. 1460 – 6

291 S. SCHÄFER, "Sexual", pp. 50 – 69

C. Basi organico-genetiche della lesbiche

M. W. PERKINS[295] riporta un caso di due gemelle monozigote ambedue omosessuali con cariotipo normale.

292 P. W. BLUMSTEIN / P. SCHWARTE, Lesbianism and bisexuality, in E. GOODE / R. R. TROIDEN (a cura di), Sexual deviance and sexual deviants, New York 1974; M. T. SAGHIR / E. ROBINS, Male and female homosexuality: a comprehensive investigation, Baltimora 1973; R. GUNDLACH, Research project report, The Ladder, 1967, 11, pp. 2 – 9; F. E. KENYON, Studies in female homosexuality, Brit. J. Psychiat. 1968, 14, pp. 1337 – 50; J. H. HEDBLOM, Dimensions of lesbian sexual experience, Arch. Sex. Beh. 1973, 2, pp. 329 – 41

293 J. MORMOR, "Sexual", p. 1515

294 J. H. GAGNON / W. SIMON, Sexual conduct. The social source of human sexuality. Chicago 1973; V. SIGUSCH / P. SCHARTZ, Jugendsexualität, Dokumentation einer Untersuchung, Stuttgart 1973; S. SCHÄFER, "Sexual", pp. 55 – 60; P. W. BLUMSTEIN / P. SCHWARTZ, Bisexuality in women, Arch. Sex. Ben. 1976, 5, pp. 171 – 81; F. E. KENYON, Female homosexuality - A review, in J. A. LORAINE (a cura di), Understanding homosexuality, Lancaster 1974, p. 85

LORAINE e coll.[296] trovarono che la secrezione del testosterone del loro gruppo di lesbiche era alta, quella dell'estrone, dell'estradiolo e dell'estriolo era bassa, come pure i livelli del LH e del follicle stimulating hormon. Tuttavia queste anormalità ormonali non furono riscontrate in tutte le lesbiche.

P. GRIFFTHS[297] e coll., non rilevarono alcuna differenza tra 42 lesbiche e un numero di controllo all'esame dell'estriolo, estradiolo, estrone, pregnandiolo, 17-oxosteroidi, 17-idrossicorticosteroidi, testosterone e epitestosterone. Per ambo i gruppi, i livelli dei vari ormoni erano entro la normalità. All'esame antropometrico, invece, le lesbiche risultarono più alte in statura e più larghe di spalle e un po' più mascoline. Mentre non fu riscontrata alcuna anormalità delle caratteristiche sessuali secondarie e dei genitali esterni.

Anche KENYON[298] non rilevò alcuna differenza tra il gruppo di lesbiche e il gruppo di controllo in rapporto all'età del menarca e alla regolarità del menses. Mentre le lesbiche risentivano un po' più i loro periodi, ma avevano meno tensione premestruale.

KENYON paragonò pure un gruppo di lesbiche esclusive ad un gruppo non esclusivo, rilevando solo che le esclusive avevano avuta la prima mestruazione più tardi e avevano avuto meno edoma premestruale.

D. Caratteristiche dell'infanzia e della adolescenza delle lesbiche

Nel descrivere l'infanzia e l'adolescenza delle lesbiche saranno esaminati i seguenti punti: tomboysmo o sindrome della "maschietta", peculiarità fisiche, desideri e fantasie per il genere opposto, indossamento di vesti del sesso opposto e primi interessi omosessuali.

295 M. W. PERKINS, Homosexuality in female monozygotic twins, Beh. Genet. 1973, 3, pp. 387 – 9

296 J. A. LORAINE e al., "Endocrine function", pp. 406 – 9; J. A. LORAINE e al., "Patterns", p. 552

297 P. D. GRIFFTHS e al., Homosexual women: an endocrine and psychological study, J. Endocr. 1974, 63, pp. 549 – 56; A. J. EISENGER e al., Female homosexuality, Nature 1972, 238, p. 106

298 F. E. KENYON, Physique and physical health of female homosexual, J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1968, 31 pp. 487 – 9; Lo stesso autore, "Female", pp. 97 – 100

1. Tomboysmo o sindrome della "maschietta".

Le bambine che si comportano come i ragazzi è un fenomeno che coinvolge manifestazioni polisintomatiche, di preferenze e attività che sono di solito più associate ai maschietti. Questa sindrome include: 1. avversione persistente ad attività femminili e a giocare con giocattoli femminili; 2. netta preferenza della compagnia dei ragazzi e delle loro attività.

SAGHIR e ROBINS[299] trovarono che su 56 lesbiche e 43 etero, il 70 % e il 16 % riportavano, rispettivamente, caratteristiche di tomboysmo durante l'infanzia e l'adolescenza (cfr. tav. 31).

Tav. 31
Childhood and early adolescent personality characteristics of female homosexuals

Personality Characteristics	N	Homosexual Females f	Homosexual Females %	Heterosexual Females (N = 43) f	Heterosexual Females %
Considered herself or was considered a tomboy:	56	39	70	7	16
No girl playmates, played mostly with boys, showed no interest in domestic work, was active in team sports, did *not* refuse to play with dolls		15	38	6	86
In addition to above behavior, playing with dolls was rejected		24	62	1	14
Cross-gender wishes:	54				
Wished that she was a boy or a man		34	63	3	7
Wished she has a penis		6	11	0	0
Wishes of sex change		3	6	0	0
Cross-dressed:	54				
During preadult years		2	4	0	0
During adulthood		4	8	0	0

299 SAGHIR / ROBINS, "Male - female", pp. 191 – 203

La differenza maggiore tra i due gruppi con sindrome di tomboysmo stava nel fatto che mentre le lesbiche avevano avuto avversione a giocare con le bambole, le etero no.

La maggior parte di questi soggetti aveva sviluppato la sindrome durante l'adolescenza. Tuttavia, mentre nelle lesbiche si protrasse nell'adolescenza e nella vita adulta, nelle etero svanì con l'inoltrarsi dell'adolescenza.

2. Peculiarità fisiche

In SAGHIR e ROBINS[300] la maggior parte delle lesbiche non era stata presa di mira per il tomboysmo o per le peculiarità fisiche. Solo una minoranza lo era stata. D'altra parte non risultò alcuna connessione tra tomboysmo e peculiarità fisiche.

3. Desideri e fantasie per il genere opposto

Da varie ricerche risulta che la maggior parte delle lesbiche, contro una minoranza delle etero, riportava desideri ricorrenti di cambiare sesso.[301] Tuttavia, anche se questi desideri sono ripetitivi, essi sono prevalentemente idee di rincrescimento per non essere nati o diventati maschi, soprattutto con la fantasia e l'immaginazione. D'altra parte solo una minoranza delle lesbiche riferiscono desideri di un'operazione chirurgica per cambiare sesso[302], ma tale desiderio non è perseguito in modo serio.[303]

4. Indossamento di vesti del sesso opposto

Questo fenomeno è molto raro nelle lesbiche. In SAGHIR e ROBINS[304]

300 SAGHIR / ROBINS, "Male-female", pp. 195 – 5

301 ibidem, pp. 195 – 6; D. G. BROWN, Sex-role development in a changing culture, Psychol. Bull., 1958, 55, pp. 233 – 4

302 Cfr. E. F. KENYON, "female", p. 102

303 Cfr. J. LONEY, Family dynamics in homosexual women, Arch. Sex. Res., 1973, 2, pp. 343 – 50

304 SAGHIR / ROBINS, ibidem. pp. 196 – 7

solo il 4% delle lesbiche aveva indossato vesti maschili, e solo 8% nella vita adulta, per motivi sociali, come in party di omosessuali.

5. Primi interessi omosessuali e primi sospetti di essere lesbica

Le lesbiche cominciano ad interessarsi ad altre donne e ad essere coscienti di tali interessi, verso i 14 anni e mezzo. La donna a cui la ragazza lesbica è interessata, è della stessa età o di età più anziana.[305] Inizialmente questo interesse si esprime di solito con sentimenti di attrazione, desiderio di amicizia, bisogno di tenerezza e di intimità fisica con quella persona. Contemporaneamente incominciano pure i sospetti di essere lesbica, ma passano circa tre anni e mezzo prima di dichiararsi lesbica, e da questo momento passa circa un anno prima di avere il primo rapporto omosessuale.[306] Questo rapporto è descritto dalla maggior parte delle lesbiche come piacevole e soddisfacente. Tuttavia, una volta avvenuta l'identificazione come lesbica, solo 2 su 5 esprimono gli stessi sentimenti per i rapporti.[307]

E. Dinamica familiare delle lesbiche

Gli investigatori sulll'omosessualità suggeriscono che vi è un rapporto più o meno stretto tra variabili della dinamica familiare delle lesbiche e la loro orientazione sessuale.

Le variabili fondamentali di questa dinamica sono: stato socioeconomico, dei genitori, stato religioso, perdita dei genitori, numero dei fratelli e ordine di nascita, età materna e relazione genitori - lesbiche.

305 E. F. KENYON, "Studies", pp. 1336 – 43

306 S. SCHÄFER, "sexual", p. 51; S. SCHÄFER / G. SCHMIDT, Weibliche Homosexualität. Documentation der Ergebnisse einer Untersuchung an Homosexuellen und Bisexuellen Frauen in der BRD, Amburgo 1974 (ciclost.)

307 S. SCHÄFER, "Sexual", pp. 53 – 4

1. Stato socioeconomico dei genitori

In SAGHIR e ROBINS[308] il 45% dei padri delle lesbiche, contro la metà di quelli delle etero, facevano lavori non specializzati o semispecializzati, mentre il 56% e 50 %, rispettivamente, aveva una buona occupazione[309] (cfr. tav. 32).

Tav. 32

A comparison of the socioeconomic status of the fathers of homosexual and heterosexual females when the females were still children

	Fathers of Homosexual Females (*N*=54)		Fathers of Heterosexual Females (*N*=43)	
Socioeconomic Status	*f*	%	*f*	%
Unskilled	15	28	14	32
Semiskilled	9	17	8	18
Clerks	9	17	1	2
High occupation and special education, including professional and managerial	21	39	20	48

2. Stato religioso

La predominanza di appartenenza a un tipo di religione varia da ricerca a ricerca: così a volte si nota la predominanza di lesbiche ebree[310] e a volte di quelle cattoliche.[311] Perciò pare che l'orientazione omosessuale delle donne non sia in rapporto all'appartenenza a un tipo di religione.[312]

308 SAGHIR / ROBINS, "Male" pp. 295 – 304

309 M. SIEGELMAN, "Parental", p. 15

310 H. E. BERL e al., Homosexuality in women, Arch. Gen. Psychiat. 1967, 17, p. 626

311 F. E. KENYON, Studies in female homosexuality IV and V, Brit. J. Psychiat. 1968, pp. 1337 – 43; SAGHIR / ROBINS, "Male", p. 296; S. SCHÄFER, "Sexual", p. 68; in questi due ultimi autori predominano invece le protestanti.

312 S. N. HAYNES / L. S. OSILL, Homosexuality, behaviors and attitudes, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 283 – 9

3. Perdita dei genitori

Si constata che, nei confronti delle etero, le lesbiche hanno sperimentato di più la perdita, o l'assenza, di ambo i genitori, o di uno dei due, o per morte o per divorzio o per separazione.[313]

4. Numero dei fratelli e ordine di nascita

In SAGHIR e ROBINS[314] le lesbiche avevano meno fratelli delle etero. Due terzi di esse erano figlie uniche o avevano un fratello, contro un terzo delle etero. Nell'ordine di nascita non ci furono grandi differenze tra i due gruppi. Gli stessi risultati li ottennero altri autori.[315] SAGHIR e ROBINS rilevarono pure che le lesbiche con sindrome di tomboysmo avevano meno sorelle delle altre lesbiche e delle etero[316] (cfr. tav. 33 – 34).

Tav. 33

Number of sibs and order of birth among heterosexuals

Proband + Sibs	Number of Families	% of All Families	Total Children	Order in Sibship	Families	% of All Families
1	6	14	6	1st	20	48
2	8	19	16	2nd	10	24
3	9	21	27	3rd	7	17
4	7	17	28	4th	3	7
5	6	14	30	5th		
6	1	2	6	6th	1	2
7	1	2	7	7th	1	2
8	2	5	16	8th		
9	2	5	18	9th		
	42		154			
			Mean = 3.6 children			

313 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 296 – 7; P. D. GRIFFTHS e al., Homosexual women: an endocrine and psychological study, J. Endocr. 1974, 63, pp. 549 – 56; KENYON, "Studies", pp. 1334 – 43

314 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 297 – 8

315 R. H. GUNDLACH / E. ROBINS, Birth order and sex of siblings in a sample of lesbian and non lesbian, Psychol. Rep. 1967, 20, p. 61

316 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 299 – 300

Tav. 34

Mean birth order of female homosexuals from sibships of two or more

Sibship	*N*	Sum of Values	Sum of Squares
2	18	9.0000	9.0000
3	10	4.0000	3.5000
4	7	2.3000	1.8800
5	1	0.2500	0.0600
6	2	0.8000	0.6400
Totals	38	16.3500	15.0800
Mean		0.4300	
Correction term			7.0000
Total variance			8.0800
Mean variance			0.2183
S.E. of mean		0.0758	

5. Età della madre delle lesbiche

Mentre SAGHIR e ROBINS[317] trovarono che le lesbiche nate al di sotto dei 30 erano di più del numero di controllo, KENYON[318] non trovò differenze significative tra l'età delle madri delle lesbiche e quella delle madri delle etero.

6. Relazioni genitori-lesbiche

In SAGHIR e ROBINS[319], il 53% delle lesbiche, contro il 27% delle etero, avevano una madre dominante, mentre il padre giocava un ruolo secondario.

Da bambine le lesbiche avevano sperimentato rapporti più stretti con il padre e ne avevano condiviso interessi e hobbies, mentre avevano avuto rapporti molto freddi con la madre e soprattutto a causa del disinteresse di questa. Solo il 23% delle lesbiche, contro l'85% delle etero, riportava rapporti positivi con la madre e di essersi identificata con essa. La maggior parte delle lesbiche (77%) o si era identificata col padre o non aveva avuto una figura parentale con cui identificarsi.

L'atmosfera familiare, durante l'infanzia delle lesbiche, era stata fortemente negativa, soprattutto per la disgregazione dei rapporti sociali ed emozionali tra i genitori.

LONEY[320] sottopose 22 lesbiche e un numero di controllo all'E-FAT (Elias Family Adjustament Test) e a una serie di domande su fattori demografici, esperienze sessuali ecc. Risulto' che le lesbiche descrissero in modo negativo sia il padre che la madre. Il padre era stato visto come un uomo disinteressato, deluso, freddo, egoista, non degno di fiducia, di cattivo umore, meschino ecc. : la madre invece si era troppo preoccupata dei problemi maritali, trascurando del tutto la figlia. Inoltre, contese tra i genitori tra loro e tra figlia e genitori erano stati problemi dominanti. Dall'insieme risultava un marito crudele, una madre martire e una figlia arrabbiata. Le contese tra figlia e genitori erano state forti, aperte e dirette.[321]

Anche SIEGELMAN[322] allorchè paragonò 63 lesbiche con 68 etero, trovò che le lesbiche descrivevano il padre meno affettuoso e più distante in rapporto alle etero, mentre i due gruppi non differivano nella descrizione delle altre variabili paterne, quali giustificazione, esigenza e protezione. Così pure le lesbiche descrivevano la madre come donna non affettuosa e più esigente di quella delle etero, ma non differiva dalle altre variabili. Inoltre, le lesbiche, rispetto alle etero, si erano sentite meno vicino al padre e alla madre e avevano sperimentato meno senso di sicurezza familiare e più attriti tra i genitori (cfr. tav. 35 – 36).

317 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 298 – 9

318 KENYON, "Studies", pp. 1337 – 50

319 SAGHIR / ROBINS, "Male", p. 301; cfr. pure G. B. BARKER, The female homosexual in hospital, Brit. J. Project. Psychol. Pers. Stud., 1970, 15, pp. 2 – 7

320 J. LONEY, "Family", pp. 343 – 50

321 Questi risultati sono, in generale, d'accordo con quelli ottenuti dai ricercatori della teoria dell'apprendimento, i quali sottolineano l'importanza dell'impatto del padre, il quale avrebbe un ruolo fondamentale nello sviluppo sessuale adeguato della figlia. La letteratura a riguardo è riassunta da H. B. BILLER, Father, child and sex-role, Lexington 1971.

322 M. SIEGELMAN, "Parental", pp. 14 – 22

Tav. 35

Rotated factor loadings, communalities, percentage of variance, and reliabilities

	Homosexual								Heterosexual							
PCR : SF2	Father[a] (N = 94)				Mother (N = 96)				Father (N = 92)				Mother (N = 92)			
variable	I	II	III	h^2[b]	r[tt][c]	I	II	III	h^2	r[tt]	I	II	III	h^2	r[tt]	I	II	III	h^2	r[tt]
Love	·94	·12	·20	·93	·94	·91	·14	·21	·88	·93	·84	·03	·38	·86	·95			·27	·88	·99
Reject	−·95	−·06	·20	·94	·93	−·92	−·08	−·25	·91	·87	−·93	−·05	−·18	·90	·89			−·13	·89	·83
Casual	·00	·94	·01	·89	·91	−·02	·94	·14	·90	·90	−·19	·93	·19	·93			·91	·14	·86	·87
Demand	−·17	·92	·03	·88	·92	−·26	−·89	·12	·88	·91	−·42	−·83	·21	·91	·90		−·84	·26	·81	·88
Protect	·29	·01	·96	·99	·81	·34	·01	·93	·98	·81	·36	·03	·90	·94	·83	·31	−·06	·92	·94	·78
%Common variance	41	38	21			41	37	22			42	34	24			42	35	23		
% Total variance	38	35	20			37	34	20			39	31	21			36	31	20		

Note: I, II, and III = The factors Love-Reject, Casual-Demand, and Protect, respectively.
a Homosexual responses about his father.
b Communalities.
c Generalized Kuder-Richardson Formula 20 reliabilities.

Tav. 36

Parent background comparisons between homosexuals and heterosexuals scoring low on neuroticism

Variables	N[a]		M		SD		
	Homo-sexual	Hetero-sexual	Homo-sexual	Hetero-sexual	Homo-sexual	Hetero-sexual	
PCR : LG's Father							
Loving	19	22	25·37	29·14	9·02	9·46	1·30
Rejecting	19	22	17·68	14·68	7·19	7·43	1·31
Casual	19	22	25·68	26·68	7·46	8·03	·41
Demanding	19	22	23·42	20·73	9·35	8·26	·98
Protecting	19	22	19·68	23·09	5·31	5·56	2·00
I—Love-Reject ..	19	22	55·68	62·45	15·76	16·17	1·35
II– Casual-Demand ..	19	22	50·26	53·95	15·94	14·62	·77
PCR : SF2 Mother							
Loving	20	21	29·00	32·19	10·02	6·55	1·21
Rejecting	20	21	13·95	12·19	6·32	4·13	1·06
Casual	20	21	23·70	26·52	8·98	7·45	1·10
Demanding	20	21	22·95	19·76	8·61	6·66	1·32
Protecting	20	21	22·45	23·24	6·38	5·48	·43
I—Love-Reject ..	20	21	63·05	68·00	15·52	9·65	1·23
II– Casual-Demand ..	20	21	48·75	54·76	16·90	11·20	1·35
BQ							
Close to father	20	20	5·75	8·80	3·32	4·00	2·41*
Close to mother ..	20	20	7·70	12·50	13·92	5·24	3·28**
Family security ..	21	21	14·81	19·24	4·06	5·41	3·00**
Interparent friction ..	19	21	2·95	4·57	1·68	2·27	2·55*
Parent dominance ..	20	20	12·85	14·30	6·34	6·38	·72

[a] N differed for some variables because of missing data.
* $p < .05$, two-tailed; ** $p < .01$, two-tailed; *** $p < .001$, two-tailed.

L'autore nota che l'esperienza negativa delle lesbiche con i genitori si debba più a una loro tendenza nevrotica che alla loro omosessualità.

THOMPSON e coll.[323] trovarono che le lesbiche si percepivano meno simili ad ambo i genitori che le etero, e si vedevano meno simili alle persone del loro sesso biologico: esse non si identificavano nè con la madre nè con il padre.

Sottoposte alla lista degli aggettivi, le lesbiche, oltre che valutarsi con tratti mascolini, dichiaravano di aver sperimentato da una parte il rifiuto della madre e dall'altra un'accettazione aggressiva del padre.

323 N. THOMPSON e al., "Parental", pp. 120 — 7; cfr. pure Female homosexuals, Med. Asp. Hum. Sex., 1975, 10, p. 108 (Quiz).

F. Studi psicologici

J. HASSELL e E. SMITH[324] sottoposero 24 lesbiche e un gruppo di controllo al DAP (Draw-A-Person test) e alla lista degli aggettivi, e le invitarono a descrivere se stesse, gli uomini e le donne in generale. I risultati indicarono che le lesbiche, in rapporto alle etero, a) sessualizzavano i loro disegni e abbellivano di più la figura femminile, b) non mostravano alcuna confusione di identità di genere al DAP e alla lista degli aggettivi, c) raggiunsero un punteggio più alto in autonomia, cambiamento (instabilità) alla lista degli aggettivi, e d) raggiunsero un punteggio più basso in degradazione, difesa, deferenza, ordine, aggiustamento personale e autocontrollo alla lista degli aggettivi. Si conclude che le lesbiche possono essere più indipendenti, più mutevoli, più sessualmente preoccupate e meno aggiustate delle etero.

THOMPSON e coll.[325] paragonarono donne e uomini omosessuali a relativi gruppi di controllo. Emerse che non vi erano differenze significative tra i gruppi omo ed etero nell'aggiustamento personale e nella stima di sé; ma gli uomini erano meno difensivi e meno fiduciosi, e le lesbiche più fiduciose, nei confronti dei rispettivi gruppi di controllo (cfr. tav. 37).

Tav. 37

EVALUATIVE FACTOR FROM THE SEMANTIC DIFFERENTIAL

Groups	M	SD	t	df	p
Male homosexual	17.24	2.59			
Male heterosexual	17.00	2.44	.75	248	ns
Female homosexual	17.40	2.67			
Female heterosexual	17.77	2.49	.95	176	ns

Note. - High scores show a more positive evaluation.
- For the most widely separated groups, female heterosexual vs. male heterosexual = 2.28, $df = 215$, $p < .05$.

324 J. HASSELL / E. SMITH, Female homosexuals concepts of self, men, and women, J. Pers. Ass., 1975, 29, pp. 154 – 9

325 N. THOMPSON e al., Personal adjustment of male and female homosexual and heterosexual, J. Abnor. Psychol., 1971, 78, pp. 237 – 40

WILSON e GREEN[326] sottoposero 46 lesbiche e un gruppo di controllo al CPI, all'EPPS (Edwards Personal Preference Schedule) e all'EPI. I due gruppi non differivano nelle caratteristiche della personalità, nè mostrarono caratteristiche patologiche della personalità. Il fatto poi che le lesbiche risultassero meno femminili al CPI, fu ritenuto dagli autori essere un influsso della scelta dell'oggetto omosessuale piuttosto che della psicologia della personalità, sottolineando pure che l'omosessualità si distingue solo per l'oggetto omosessuale.

Tav. 38

Differences Between Homosexual and Heterosexual Females on the Sub-Scales of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory

		Heterosexual (n = 64)		Homosexual (n = 64)		
	Scale	M	s.d.	M	s.d.	*t*
(L)	Lie	2.19	1.24	2.25	1.60	.06
(F)	Fake	4.88	3.67	5.19	3.54	.31
(K)	Correction	14.72	4.01	14.00	4.73	.72
(Hs)	Hypochondriasis	13.94	3.61	11.16	3.10	2.78*
(D)	Depression	21.13	6.77	20.59	3.16	.54
(Hy)	Hysteria	21.69	5.06	18.69	3.52	3.00*
(Pd)	Psychopathic deviate	22.66	4.73	21.44	4.75	1.22
(M-f)	Masculinity-femininity	36.97	3.92	37.00	4.78	.03
(Pa)	Paranoia	11.03	2.24	9.53	4.13	1.50
(Pt)	Psychasthenia	29.34	6.07	24.88	4.86	4.46**
(Sc)	Schizophrenia	27.00	5.62	25.62	7.22	1.31
(Ma)	Mania	20.84	5.00	19.69	6.64	1.15
(Si)	Social introversion	24.81	10.00	26.13	7.70	1.32

* P < .05
** P < .01
M = average score
s.d. = standard deviation of the scores
t = statistical differences between the means of the heterosexual and homosexual groups

326 M. WILSON / R. GREEN, Personality characteristics of female homosexuals, Psychol. REp., 1971, 28, pp. 407 – 12

Agli stessi risultati approdavano E. OHLSON e WILSON[327] sottoponendo un gruppo di lesbiche e un gruppo di controllo all'MMPI. Infatti le lesbiche non apparvero meno aggiustate delle etero, anzi mostravano più fiducia in sé, erano meno ansiose e più sicure delle etero. La scelta dell'oggetto sessuale e lo stile di vita erano in rapporto alla differenza di personalità delle etero e delle lesbiche (cfr. tav. 38).

P. GRIFFTHS e coll.[328] trovarono che le lesbiche all'EPI erano meno nevrotiche e meno estroverse. Lo stesso aveva trovato KENYON paragonando lesbiche ed etero[329], e lesbiche esclusive e non esclusive.[330]

J. HOPKINS[331] trovò che al test dei 16PF di CATTELL le lesbiche si differenziavano rispetto al gruppo di controllo in cinque scale: erano più riservate, distaccate, critiche e fredde, più dominanti, assertive e progressiste; più negligenti in materia pratica; più bohemien e autosufficienti, ma meno tese ed energiche. Mentre non emersero differenze in ansia, estroversione e profilo nevrotico, sebbene le lesbiche risultassero più indipendenti.

Lo stesso autore sottopose un gruppo di lesbiche e relativo gruppo di controllo al test di RORSCHACH, traendo la conclusione dell'inutilità di esso per determinare l'orientazione differenziale tra etero e lesbiche.[332]

Mentre altri autori[333] riscontrarono che al test di RORSCHCH i fattori femminili delle lesbiche erano più simili a quelli degli uomini che a quelli delle donne. Gli stessi risultati otteneva FREEDMAN.[334]

SIEGELMAN[335] trovò che le 84 lesbiche, nei confronti delle 133 etero,

327 E. OHLSON / M. WILSON, Differentiating female homosexuals from female heterosexuals by use of MMPI, J. Sex Res., 1974, 10, pp. 308 – 15

328 P. D. GRIFFTHS, "Homosexual women", pp. 549 – 56

329 F. KENYON, Studies in female homosexuality, J. Consult. Clin. Psychol., 1968, 32, pp. 1337 – 50

330 Idem, Studies in female homosexuality, Acta Psychiat. Scand., 1968, 44, pp. 224 – 37

331 J. HOPKINS, The lesbian personality, Brit. J. Psychiat., 1969, 115, pp. 1433 –6

332 Idem, Lesbian signs on the Rorschach, Brit. J. Project. Psychol. Pers. Stud., 1970, 15, pp. 7 – 14

333 Cfr. R. GUNDLACH / B. F. REISS, The range of problems in the treatment of lesbian, in D. MILMAN / G. GOLDMAN (a cura di), The neurosis of our time: acting out, Springfield 1973

334 M.FREEDMAN, Homosexuality among women and psychological adjustment, Dissertation Abstracts, 1967, 28, 4294 B.

335 M. SIEGELMAN, Adjustment of homosexual and heterosexual women, Brit. J. Psychiat. 1972, 120, pp. 477 – 81; cfr. pure B. F. REISS e al., Psychological test

erano più nevrotiche, ma meno depresse e trovò pure (in accordo a WILSON e GREEN, e HOPKINS) che una delle caratteristiche fondamentali delle lesbiche era il predominio.

STEISMAN non trovava alcuna differenza sulle variabili 'orientazione dell'io' e dell'ideale tra un gruppo di lesbiche e un gruppo di omofili.

G. Studi psichiatrici.

SAGHIR e coll.[336] paragonarono 57 lesbiche a 43 etero, trovando che le lesbiche ricordavano più crisi emozionali e che consideravano come cause immediate della loro depressione la rottura delle relazioni romantiche. Inoltre, le lesbiche avevano fatto più tentativi di suicidio[337] e tendevano di più all'uso di alcol.[338] Invece non furono riscontrate differenze tra i due gruppi per nevrosi, disordini della personalità e perversioni sessuali (pratiche o fantasie sadomasochistiche).

Nonostante la presenza di disordini psichiatrici, gli autori trovarono che soltanto una minoranza delle lesbiche mostrava incapacità funzionale e personale di un certo rilievo, mentre la maggior parte mostrava capacità, adattabilità e produttività quanto le etero.

SIEGELMAN[339] a conclusione della sua ricerca dice che le lesbiche erano in condizioni psichiche buone quanto le etero e che la descrizione che alcuni psichiatri danno delle lesbiche come psichicamente malate, riflette piu un pregiudizio che dati scientifici. Alla stessa conclusione arrivano altri investigatori.[340]

data on female homosexuality: a review of the literature, J. Hom., 1974, 1, pp. 71 – 85

336 M. T. ROBINS e al., Homosexuality IV. Psychiatric disorders and disability in the female homosexual, Am. J. Psychiat., 1970, 127, pp. 147 – 54

337 Cfr. W. SWANSON e al., "Clinical features", pp. 119 – 25

338 Ibidem

339 M. SIEGELMAN, "Adjustmant", pp. 477 – 81

340 Cfr. E. L. OHLSON / M. WILSON, "Differentiating", p. 315; D. H. ROSEN, Lesbianism. A study of female homosexuality, Springfield 1974; R. C. ROBERTIELLO, One psychiatrist's view of female homosexuality, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 30 – 3

SAGHIR e ROBINS[341] riportano che le lesbiche che si erano sottoposte a terapia, lo avevano fatto sotto pressione della scuola o della famiglia[342], e che la causa della loro depressione era individuata nella rottura delle relazioni amorose con un'altra donna e nei conflitti con la famiglia.

KENYON[343], usando l'MPI (Mandsley Personality Invetory) e il CMP (Cornell Medical Index) come testi di nevroticismo, trovò che le lesbiche riportavano un livello di nevroticismo più alto del gruppo di controllo. In un'altra ricerca esaminò a vari tests un gruppo di lesbiche non pazienti e un gruppo di controllo.[344] Le lesbiche, rispetto al gruppo di controllo, risultarono più alte in nevroticismo all'EPI e più basse in estroversione. Ai 16PF le lesbiche si distinsero solo per un livello più alto in apprensione e al DPI (Dynamic Personality Inventory) erano più vicine al livello normale che a quello nevrotico . Una ricerca ulteriore mostrava che il 60% delle lesbiche lamentavano sintomi di depressione e molte di esse avevano precedenti psichiatrici. La conclusione che KENYON trae è che le lesbiche non rappresentano un gruppo omogeneo.[345]

H. Stato maritale delle lesbiche

M. SAMANDARI JENSEN[346], investigando in modo approfondito sulla percezione del ruolo sessuale nell'unione della coppia lesbica, trovò che essa adotta i ruoli maritali (moglie-marito) quasi come quelli adottati nelle unioni eterosessuali.

341 SAGHIR / ROBINS, "Male", pp. 266 – 94; cfr. pure gli stessi autori, Homosexuality –1. Sexual behavior of the female homosexual, Am. J. Psychiat., 1969, 126, p. 91

342 Cfr. S. SCHÄFER, "Sexual", pp. 65 – 7

343 F. KENYON, Studies in the female homosexuality – Psychological tests results, J. Consult. Psychol., 1968, 32, p. 510

344 Idem. Personality neuroticism and female homosexuality, Proc. Vth. World Cong. Psychiat., 1971

345 Idem, Some characteristics of female patients referred with homosexual problems, in N. MORRIS (a cura di), Psychosomatic medicine in ostetrics and gynaecology, Basel 1972, p. 379

346 M. SAMANDARI JENSEN, Role differentiation in female homosexual quasi marital unions, J. Marr. Fam., 1974, 36, pp. 360 – 7

D'altra parte viene pure sottolineato che tra le lesbiche vi è un affetto considerevole, un amore romantico più elevato che tra gli omo maschi[347], sono più fedeli e s'integrano di più nel circolo sociale della partner, partecipano di più a molte attività e sono più soddisfatte della propria convivenza.

I. Omosessualità femminile nelle carceri

In uno studio tra 376 donne carcerate fu trovato che il 52%, contro il 48%, s'ingaggiavano in attività omosessuali. Non risultò alcuna differenza tra i gruppi in rapporto alla razza, alla durata della sentenza o al QI. Tra le omosessuali erano incluse più recidive e la loro età media era 9,5% più giovane delle non omosessuali. Inoltre, tra le omosessuali vi erano meno vedove, ma più giovani.[348]

J. SCHNELL e coll.[349] rilevarono che un gruppo di 20 ragazze, che si trovava in casa di correzione da tre mesi, non mostrava una risposta delle pupille alle diapositive, a contenuto omosessuale, maggiore di quanto non fosse risultato all'inizio della pena.

347 Cfr. N. M. HYDE, The love that dared not speak its name, Boston 1970, p. 12; W. L. COTTON, "Social , pp. 139 – 48

348 Cfr. L. NORRIS, Comparison of two groups in a southern state women's prison: homosexual behavior versus non-hemosexual behavior, Psychol. Rep., 1974, 34, pp. 75 – 8

349 J. SCHNELL e al., Pupillary response as indication of sexual preference in a juvenile correction institution, J. Clin. Psychol., 1974, 30, pp. 1146 – 50

Capitolo X

TRANSESSUALISMO E TRANSVESTITISMO

Compito di questo capitolo è dare uno sguardo su transessualismo maschile e femminile, e un accenno al transvestitismo.

A. Transessualismo maschile

Nella trattazione del transessualismo[350] maschile saranno raccolti gli studi effettuati sui seguenti punti: sindrome del transessualismo maschile, incidenza, descrizione fenomenologica, cause, orientazione sessuale, stato maritale, e stato socioeconomico.

1. Sindrome del transessualismo maschile

La sindrome del transessualismo maschile comprende quegli individui biologicamente maschi, i quali già dalla prima infanzia rifiutano la loro mascolinità e mostrano una preferenza progressiva ed ininterrotta per il ruolo femminile, e desiderano vivere come membri di questo sesso.[351]

Il transessualismo è la forma più estrema del cambiamento di genere: la convizione di una persona di sesso maschile anatomicamente normale di

350 Il termine 'transessualismo' fu usato per la prima volta nel 1950 (cfr. D. O. CAULDWELL, Questions and answers on the sex life and problems of trans-sexuals, Haldman-Julius Public, Girard, Ks 1950), ma come fenomeno è documentato molto in là nella storia (cfr. V. L. BULLLUGH, Transexualism in history, Arc. Sex. Res., 1975, 4, pp. 561 – 71).

351 Cfr. J. R. STOLLER, "Gender", p. 1403; J. WALINDER, Transsexualism: definition, prevalence and sex distribution, Acta Psychiat. Scand., 1968, 203 (suppl.) pp. 255 – 7; B. D. HORE e al., Male transsexualism in England: sixteen cases with surgical intervantion, Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 81 – 8; J. MONEY, Two names, two wardrobes, two personality, J. Hom., 1974, 1, pp. 65 – 70; H. T. CHRISTENSEN, Interview with a transsexual, Fam. Coord., 1974, 23, pp. 243 – 50

essere o di appartenere al sesso opposto. Questo cambiamento di genere è già presente allorché inizia il comportamento chiamato 'maschile' o 'femminile'. Allorché si sviluppa l'identitá di genere, non si verificano episodi appropriati al sesso della persona, ma se maschio, egli continua in modo inalterato nella femminilità già presente dalla prima infanzia.[352]

352 Nella letteratura il termine 'transessualismo' è di solito usato per indicare chiunque desideri un cambiamento di sesso. Ma questo uso indica tipi di personalità differenti, e non ha qualità precise in rapporto ad una sindrome clinica, a cause, a trattamento indicato e prognosi. Vi sono pazienti, che a differenza di quelli con una inversione psicosessuale, chiedono di cambiare sesso per ragioni psicopatologiche individuali. Tra questi si trovano: transvestiti, omosessuali, schizofrenici, paranoici e altri. Il desiderio di cambiare sesso in questi pazienti è di breve durata e ha spesso la coloritura di una magica scappatoia da una crisi specifica della vita. Passata la crisi, anche il desiderio di cambiare sesso ha termine, sebbene può avere ancora delle ripercussioni a livello della vita fantastica del paziente.

Il desiderio per il cambiamento di sesso dei transvestiti e degli omosessuali mostra spesso l'evidenza di una identificazione importante col sesso opposto. Può apparire una infelicità temporanea, ma intensa nel ruolo del genere assegnato. Ma ciò che è più importante è il profondo attaccamento di base di questi pazienti al loro ruolo sociale maschile e all'uso del loro pene nelle relazioni sessuali o come simbolo di mascolinità (cfr. J. R. STOLLER, The term "transvestitism", Arch. Gen. Psychiat., 1971, 24, pp. 230 – 7). J. K. MEYER / J. E. HOOPES, The gender dysphoria syndromes. A position statment on so called transsexualism, J. Plast. Reconstr. Sur.,1974, 54, pp. 444 – 51; J.K. MEYER, Clinical variants among applicants for sex reassignment, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 527 – 58; E. L. NEWMAN / R. J. STOLLER, Non transsexual men who seek sex reassignment, Am. J. Psychiat., 1974, 131, pp. 434 – 41; R. GREEN, What are you feeling toward sex-change surgery? Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 126 – 39; D. LAUB / N. FISK, A riabilitaton gender dysphoria by surgical sex change,J. Plast. Reconst. Sur., 1974, 53, pp. 388 – 403; W. POMEROY, The diagnosis and treatment of transvestites and transsexualism, J. Sex. Mar. Ther., 1975, 1, pp. 215 – 24; C. SOCARIDES, A psychiatric study of the desire for sexual transformation (transsexualism), the plaster-of-paris, Int. J.Psychoanal., 1970, 51, pp. 341 – 9;M. P. BENTLER, A typology of transsexualism: gender identity theory and data, Arch. Sex.Beh., 1976, 5, pp. 567 – 84).

La letteratura sul transessualismo riporta già casi di questi tipi di pazienti, che, in seguito alla frustrazione per aver perduto irrimediabilmente il loro pene, hanno conseguito gesti tragici (cfr. J. MONEY / G. WOLLF, Sex reassignment: male-to-female to male, Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 245 – 50; T. VAN PTEEN / I. FAWZY, Sex conversation surgery in a man with severe gender dysphoria, Arch. Gen. Paschiat., 1976, 33, pp. 751 – 3).

Un gruppo a parte è costituito da quegl'individui che si autopraticano una qualche forma di operazione chirurgica dei propri genitali in senso femminile. Su tre casi riportati (cfr. J. MONEY / M. DE PRIEST, These cases of genital self-surgery and their relationship to transsexualism , J. Sex Res., 1976, 12, pp. 283 – 94), due erano paranoici e il terzo manifestava la sua pulsione transessuale come semplice idea fissa.

2. Incidenza del transessualismo maschile

MEYER e coll. [353] basandosi su 1034 corrispondenti che si autodichiaravano transessuali, indicano che il rapporto uomini-donne è di 2,7:1 e tra i corrispondenti attivi 2,1:1. Gli autori notano che il rapporto tra i transessuali di ambo i sessi è più equilibrato se paragonato agli anni precedenti. IHLENFELD e BENJAMIN[354] dimostrano il medesimo calo nella predominanza uomo-donna : dall'8,6:1 nel 1967 al 4:1 nel 1973. In Svezia, dove esiste un registro centrale governativo per coloro che vogliono legalmente cambiare sesso e quindi il loro certificato di nascita, i dati sono più esatti e il rapporto uomo-donna è quasi 1:1.[355] Negli USA, i. PAULY[356], che scrive nel 1974, riporta che il rapporto del transessualismo uomo-donna è di 3:2 – 2:1 e che questo rapporto va sempre più equilibrandosi. Più recentemente WALINDER e THUVE[357] riferiscono che tra il 1972 – 1974 il permesso di operarsi fu dato a 62 transessuali, di cui 33 erano uomini e 29 donne, per cui in Svezia si opererebbero circa 31 persone all'anno.[358]

353 J. K. MEYER e al., Characteristics of a self-designated transsexual population, Arc. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 219 – 30

354 C. IHLENFELD / H. BENJAMIN, Outcome of the hormonal-surgical intervention on the transsexual conditon, Stanford 1973

355 J. WALINDER, Incidence and sex ration of transsexualism in Sveden, Brit. J. Psychiat., 1971, 119, pp. 195 – 6

356 I. B. PAULY, Female transsexualism: Part I, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, p. 495

357 J. WALINDER / I. THUVE, A low concerning sex reassignment of transsexuals in Sveden, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 255 – 8

358 Da quando, per la prima volta, la procedura del cambiamento del sesso fu pubblicizzata, un numero sconosciuto di uomini e donne transessuali,o che si autodefiniscono tali, si sono sottoposti a trattamento ormonale, psichiatrico e chirurgico. Da allora sappiamo veramente poco circa l'incidenza delle complicazioni chirurgiche, stato patologico postoperatorio e mortalità di questi pazienti. Pochi sono gli autori che hanno riportato dei dati a proposito (cfr. J. RANDELL, Preoperative and postoperative status of male and female transsexuals, in R. GREEN / J. MONEY (a cura di), Transsexualism and sex reassignment, Baltimora 1969, pp. 355 – 81; J. RANDELL. Indications for sex reassignment surgery, Arch. Sex. Res., 1971, 1, pp. 153 – 61; J. MONEY, Prefatory remarks on outcome of sex reassignment in 24 cases of transsexualism, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 163 – 5; G. K. STÜRUP, Male transsexuals, Acta psychiat. Scand., 1976, 53, pp. 51 – 63). Dai dati di queste ricerche risulta che il cambiamento di sesso tra i transessuali è seguito da un migliore aggiustamento sociale e personale in tre quarti di loro, almeno nei primi anni postoperatori (cfr. pure J. HOENIG e al., Surgical treatment for transsexualism, Acta Psychiat. Scand., 1971, 47, pp. 106 – 33; idem, The management of transsexualism, Can. Psychiat. J., 1974, 19, pp. 1 – 6).

3. Descrizione fenomenologica del transessualismo maschile

Dallo studio della dinamica fenomenologica dello sviluppo dei transessuali emergono i seguenti fattori: simbiosi madre-bambino, primo comportamento femminile del transessualismo, primi conflitti e disposizione a cambiare sesso.

a. Simbiosi madre-bambino[359]

Alla nascita il bambino, futuro transessuale, è riconosciuto come maschio, e la madre è indicibilmente contenta di aver dato alla luce un bel maschietto. Il sesso che viene assegnato al bimbo è chiaro. La madre contenta di avere questo bambino, stabilisce con lui una stretta e amorosa simbiosi; non permette a nessuno e in nessuna circostanza di interferire tra lei e il bambino. E quando, all'età di un anno o due, compaiono le prime manifestazioni femminili nel bambino, lei ne è contenta, e non le definisce a se stessa come femminili, ma come graziosi, amabili, attraenti, gentili. Così lascia che il comportamento femminile si sviluppi.[361]

b. Primo comportamento femminile del futuro transessuale

Allorché il bambino è in grado di fare da sé, comincia spontaneamente a indossare vesti femminili – per la prima volta in genere non è fatto dalla madre – e nei giochi fa la parte della bambina. Egli non mostra interessi per attività maschili, e nelle scelte di favole, racconti, programmi televisivi, mostra

359 R. J. STOLLER / H. J. BAKER, Two male transsexuals in one family, Arch, Sex. Beh., 1973, 2, pp. 323 – 8; R. J. STOLLER, Parental influence in male transexualism, in R. GREEN / J. MONEY (a cura di), "Transsexualism", pp. 153 – 69; R. GREEN, Childhood cross-gender identification, in R. GREEN 6 J. MONEY, ibidem, pp. 23 – 25; E. M. LEVINE e al., Male to female: the role transformation of transsexuals, Arc. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 173 – 85; G. P. MARTEL, Etude d'un cas de transsexual, Can. Psychiat. Assoc., 1974, 19, pp. 13 – 16

360 R. J. STOLLER, "Gender", p. 1404

161 Ibidem

Per i casi clinici (cfr. R. J. STOLLER, The transsexualism experiment, Londra 1975, p. 46

di essere attratto dal fascino femminile. Allorché è abbastanza grandicello e in grado di giocare con gli altri bambini, egli si unisce ai giochi delle bambine. E queste diagnosticano molto naturalmente la sua femminilità: un bambino maschile verrebbe automaticamente escluso dai loro giochi femminili. Il bambino femminile invece s'inserisce senza sforzo nel loro gruppo ed esse lo sentono come uno di loro.

All'età di 3, 4, 5 anni, egli si è già assegnato un nome femminile, e il suo modo di parlare, di gestire, camminare contengono sia sintomi femminili (identità e ruolo) sia di donna (uno stato biologico) del suo futuro sviluppo. Non è raro che già a questa età accenni di volere il suo pene rimosso.[362]

c. I primi conflitti[363]

La scuola diventa sempre più penosa dal momento che la sua femminilità gli viene fatta notare dall'espressione degli altri ragazzi, ma non invece dalle ragazze. Prima o poi, sotto la pressione dei coetanei, insegnanti o conoscenti — ma non dei genitori — egli tenta di nascondere la sua femminilità, ma senza successo.[364] Così viene a trovarsi senza amici. Il conseguente stato di tristezza e di solitudine lo conducono all'insuccesso scolastico[365], a un ulteriore isolamento e a uno stato di nevrosi generalizzata. Questa comunque è solo

362 R. J. STOLLER / L. E. NEWMAN, The bisexual identity of transsexualism: two cases samples, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 17 – 28; L. E. NEWMAN, Transsexualism in adolescence, – Problems in evaluation and treatment, Arch. Sex. Beh., 1970, 23, pp. 112 – 21; M. PHILBERT, Male transsexualism: an endocrine study, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 91 – 3; R. GREEN / R. J. STOLLER, Two monozygotic identical twin pairs discordant for gender identity, Arch. Sex. Beh., 1971, 4, pp. 321 – 7; R. GREEN, Diagnosis and treatment of gender identity disorders during childhood, Arc. Sex.Beh., 1971, 1, 167 – 63; STOLLER / BAKER, "Two male", pp. 323 – 8; J. K. MEYER e al., "Characteristics", pp. 219 –30; G. K. STÜRUP, Male transsexuals, Acta Psychiat. 1976, 53, pp. 51 – 63; H. LOWY / T. L. LOWOKIS, Autocastration by male transsexual, Can. Psychiat. Ass. J., 1971, 16, pp. 399 – 405; B. ZUGER, Children who wear clothing of opposite sex, Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, pp. 79 – 80; L. R. HOTT, Transsexualism, Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 162 – 9

Per i casi su questo punto (cfr. L. E. NEWMAN, "Transsexualism", pp. 112 – 21

363 B. D. HORE e al., "Male transsexualism", p. 318

364 E. M. LEVINE e al., "Male to female", pp. 133 – 5

365 P. G. MARTEL, "Etude d'un cas", pp. 13 – 16

superficiale, giacché non è generata da un conflitto interno, ma è costituita da un insieme di sintomi risultanti dalla penosa realtà esterna.[366]

4. Cause

La letteratura sul transessualismo ha solo negli ultimi decenni definito la sindrome. Tuttavia non vi è ancora accordo, tra gli studiosi, sulla sua dinamica clinica ed eziologica.[367]

Tralasciando le teorie, i dati che emergono dalle varie ricerche sulle cause del transessualismo possono essere enucleati nei seguenti punti: fattori organico-genetici, dinamica familiare, studi psicologici, ricerche particolari eziologiche e reazioni agli stimoli.

366 La prova di ciò sta nel fatto che appena a un transessuale gli viene dato il permesso, da parte di una autorità nella società, per es. un medico, d'impegnarsi a entrare tra i membri di sesso femminile, ansia, depressione e conseguente comportamento nevrotico scompaiono (cfr. R. J. STOLLER, "gender', p. 1404). Così vale anche per la schizofrenia, una diagnosi che viene spesso fatta sui transessuali (cfr. E. M. LAVINE, "Male to female", pp. 173 – 85) da coloro che pensano che una tale enorme svolta della realtà anatomica di una persona deve essere causa evidente di un sistema allucinatorio. Tuttavia si afferma che nei transessuali ne c'è un segno o un sintomo tipico della schizofrenia (cfr. L. E. NEWMAN, "Transsexualism", p. 115). D'altra parte viene fatto pure notare che non si cura la schizofrenia concedendo alla persona allucinata la realtà che la sua allucinazione domanda (cfr. J. R. STOLLER, "Gender", p. 1404; J. L. FINNEY, A study of transsexuals seeking gender reassignment, Am. J. Psychiat., 1975, 132, pp. 962 – 4).

Bisogna pure dire che la presenza o meno dei conflitti sopra accennati, nei transessuali, dipende dalle aspettative socio-culturali dell'ambiente in cui un transessuale viene allevato (cfr. R. J. STOLLER, Two feminized male american indians, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 529 – 38).

367 Le varie teorie sul transessualismo possono essere raggruppate in due branche: 1) le teorie eziologiche che considerano le condizioni del transessuale uno sviluppo essenzialmente psicogeno (cfr. C. W. SOCARIDES, A psychoanalytic study of the desire for sexualtransformation (transsexualism): the plaster-of-paris man, Int. J. Psychoanal. 1970, 51, pp. 341 – 9; W. P. POMEROY, A report of the sexual histories of twentyfive transsexuals, Trans. N. Y. Acad. Sci. ,1967, 29, pp. 444 – 7); 2) le teorie dette organiche che sostengono che la responsabilità della sindrome transessuale è da ricercarsi nella anormalità strutturale e biochimica del cervello (cfr. H. F. SPÄTE, Zum Anteil des limbischen System in der Pathogenese des Transvestites, Psychiat. Neurol.Med., 1970, 22, pp. 339 – 44; D. BLUMER, Transsexualism, sexual dysfuntion and temporal lobe, in GREEN / MONEY (a cura di), "Transs.", pp. 213 – 19; J. MONEY, Identification and complementation in the differetiation of gender identity, Dan. Med. Bull., 1972, 19,pp. 267 – 8; J. HOENIG / J. C. KENNA, The nosological position of transsexualism, Arc.

a. Fattori organico-genetici

GREEN e STOLLER[368] riportano due casi di gemelli, una coppia di maschi e una di femmine, di cui uno dei fratelli e una delle sorelle erano transessuali. Ambo i maschi avevano cariotipo 44+XY e le femmine cariotipo normale 46+XX. HORE e coll.[369] trovarono cariotipo normale in uno dei gemelli transessuali da loro esaminati, mentre l'altro non fu possibile esaminarlo. STOLLER e BAKER[370] esaminarono altri due fratelli transessuali, trovandoli normali sia per il cariotipo sia biologicamente. Un caso di adolescente transessuale con cariotipo pure normale viene riportato da NEWMAN[371], come da MARTEL[372], LOWY e KOLIVAKIS[373], e da HOTT[374]

Ormoni

M. PHILBERT[375] esaminò un giovane transessuale prima dell'operazione in donna, trovando che le sue caratteristiche primarie e secondarie erano quelle di un uomo normale; la viscosità stomatica (buccal smear) era di tipo maschile; la secrezione dei 17-chetosteroidi era al di sotto di quella degli uomini normali, mentre la secrezione delle gonadotropine era nei limiti del normale, come pure normali risultarono gli esami sul metabolismo del testosterone.

GREEN e STOLLER[376] non trovarono differenze ormonali tra fratelli monozigoti. Entro i limiti della normalità maschile risultarono pure gli esami ormonali di transessuali fatti da NEWMAN[377], MARTELL[378], e ROWY e

Sex. Beh., 1974, 3, pp. 273 – 87; L. NUSSELT / G. KOCKOTT, EEG-Befunde bei Transsexualität – eine Beitrag zur Pathogenese, Z. EEG-EMG, 1976, 7, pp. 42 – 8; P. O. LUNDBERG e al., Sella turcica in male-to-female transsexuals, Arc.Sex.Beh., 1975, 4, pp. 657 – 62).

368 GREEN / STOLLER, "Two monozygotic", pp. 321 – 7
369 B. D. HORE, "Male transsexualism", pp. 319
370 STOLLER /BAKER, "Two male", pp. 323 – 8
371 L. E. NEWMAN, "Transsexualism", pp 121 – 21
372 P.G. MARTEL, "Etude d'un cas", pp. 13 – 16
373 F. H. LOWY T. L. KOLIVAKIS, "Autocastration", p. 401
374 L. R. HOTT, "Transsexuality", pp. 162 – 9
375 M. PHILBERT, "Male transsexualism", pp. 91 – 3
376 Cfr. GREEN / STOLLER, Ibidem
377 L. E. NEWMAN, "Transsexualism", pp. 112 – 21
378 G. P. MARTEL, Etude d'un cas", p. 15

KALIKAVIS[379]. Mentre L. STARKA e coll.[380] in un gruppo di transessuali paragonati a omosessuali trovò: plasma di testosterone con livelli più bassi. G. DÖRNER e coll.[381] trovarono che un effetto negativo delle reazioni dell'estrogeno non fu seguito da un'azione positiva della reazione sul LH in transessuali con ipo- o asessualità e testicoli intatti o ipo- o agonadismo ipergonadotropico, come pure in eterosessuali con identità di genere normale; mentre ciò si era verificato in transessuali con comportamento omosessuale e funzionamento testicolare normale, come pure in omosessuali con identità di genere normale.

b. Dinamica familiare

Dagli esami della dinamica familiare dei transessuali emergono tre fattori: la bisessualità della madre, l'assenza del padre e l'attaccamento esagerato della madre.

Bisessualità della madre[382]

E' stato visto che la madre del bambino transessuale è una donna con forti caratteristiche bisessuali della personalità. Nell'infanzia appare che la sua femminilità fu trascurata dalla madre, la quale è una donna fredda, distante, severa, incapace di dare alla ragazza il senso della sua dignità, per cui la bambina si fa la convinzione che non vi è alcun vantaggio a essere femmina.[383] D'altra parte la bambina stabilisce una buona intesa con il padre, dal quale si sente amata. Questi a sua volta la incoraggia a partecipare ai suoi interessi maschili. Per cui la bambina rinforza i suoi sentimenti del vantaggio dei maschi sulle femmine, e partecipa con entusiasmo a ciò che il padre la incoraggia, come all'atletica, agli hobbies maschili e al vestire da ragazzo. Ma accade che ad un certo momento il padre l'abbandoni o perché divorzia, o per morte, o perché rivolge la sua attenzione verso un altro figlio o figlia più giovane.

379 F. L. LOWY / T. L. KOLIKAVIS, "Autocastration", p. 401
380 L. STARKA e al., Plasma testosterone in male transsexuals and homosexuals, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 134 – 8
381 G. DÖRNER e al., On the evocability of positive oestrogen feedback action on LH secretion in transsexual men and women, Endocrinologie, 1976, 67, pp. 20 – 5
382 Cfr. STOLLER / NEWMAN, "The bisexuality", pp. 17 – 28
383 J. STOLLER, "Gender", p. 1404

Accade, allora, che le decisioni , o i desideri della ragazza di crescere e comportarsi come un maschio, si frantumano[384], per cui da questo momento incomincia a assumere un aspetto femminile. Questo fatto coincide con la pubertà. Essa si sposa presto, senza grossi impulsi eterosessuali e senza amore o preamboli idillici.[385]

Assenza e passività del padre[386]

La madre del futuro transessuale sposa un uomo distante e passivo. Solo occasionalmente questi uomini hanno tratti non effeminati, per cui essi non impongono quella mascolinità verso la quale la moglie prova invidia immensa. Al contrario questo tipo di uomo si offre come oggetto di disprezzo, dando alla famiglia un esempio costante di inettitudine maschile. La sua presenza è più evidenziata dal diprezzo della moglie che dal suo essere fisicamente presente. Così egli offre al suo bambino nessun esempio della figura del padre. Quando non è assente per il lavoro, si rende irreperibile dal bambino, giacché occupato nei suoi hobbies.[387]

Attaccamento esagerato della madre[388]

Contrariamente a quanto si potrebbe predire, la madre dei transessuali, nonostante l'invidia per la mascolinità, si sente vibrare di gioia allorché ha un maschietto. Essa mette al suo bambino un nome marcatamente maschile, spesso di un eroe, o di un guerriero o di un re. Essa non ha mai desiderato una bambina, e con questo bambino la sua vita rifiorisce. Il suo desiderio di amore

384 Ibidem

385 Per un esame di alcuni casi di questo tipo di madre del transessuale (cfr. R. J. STOLLER, "The transsexual esperiment", pp. 56 – 60).

386 STOLLER / NEWMAN, ibidem; B. D. HORE e al., "Male transsexualism", p. 320; R. J. STOLLER, Parental influences in male transsexualism, in GREEN/ MONEY (a cura di), "Transsex.", pp. 153 – 69; STOLLER / BAKER, "Two male", p. 323 – 80; P. L. LOBOVITZ, Feminine behavior in boys: aspects of its outcome, Am. J. Psychiat., 1972, 10, pp. 1283 – 9

387 Cfr. R. J. STOLLER, "Gender", p. 14. Contrariamente a STOLLER, c'e chi riporta che non sempre si riscontra questa assenza del padre (cfr. R. GREEN, "Diagnosis", pp. 167 – 73).

Per i casi (cfr. R. J. STOLLER, "Trasnssexual experiment", pp. 64 – 8).

388 Cfr. STOLLER / NEWMAN, "The bisexual", pp. 17 – 38; GREEN / STOLLER, "Two monozygotic", pp. 321 – 7; STOLLER / BAKER, "Two male", pp. 323 – 8; M. LAVINE e al., "Male to female", pp. 173 – 85

incondizionato per lui è profondo. Essa se lo tiene tra le braccia fin che può, in seguito non lascia che il bambino si allontani spesso da lei. Il contatto fisico tra i due è molto costante. Essa permette al bambino che si sviluppi con una partecipazione intensa alla sua femminilità.[389]

c. Studi psicologici

I ricercatori che si sono occupati del transessualismo hanno indagato, tra l'altro, sul comportamento verbale, sul comportamento sessuale, sulla intelligenza, sulla femminilità e mascholinità, sulla preferenza dei genitori, sulla tolleranza verso i transessuali e sulla loro patologia.

Comportamento verbale

MONEY e BLOCK[390] paragonarono le caratteristiche del comportamento verbale di un gruppo di transessuali e di controllo uomini e donne. Fu trovato che i transessuali, sebbene parlassero più del normale, non raggiungevano una differenza statisticamente importante nei confronti del gruppo di controllo. Essi valutavano di meno degli uomini etero i loro discorsi, usando quattro categorie in più: negazione, qualificazione, sottrazione e spiegazione; e usavano due categorie in più delle donne etero: valutazione e referenze non personali, ma usavano due categorie di meno: negazione e spiegazione. Inoltre i transessuali parlavano più liberamente in materia di intimità sessuale ed erotica.

Gli autori interpretano che la più bassa valutazione che i transessuali fanno delle categorie sopra indicate, nei confronti del gruppo di controllo, implica o uno sviluppo del super-io poco sviluppato o una grande facoltà dissociativa nel cambiare le premesse nelle quali essa opera. Gli autori pro-

389 Cfr. R. J. STOLLER, "Gender", p. 1404

Alcuni altri autori riportano casi in cui non è la madre ad avere una unione stretta ed emozionale con il bambino, ma la nonna (cfr. R. GREEN, "Diagnosis', p 167 – 73; B. D. HORE e al., "Male transsexualism", pp. 317; G. R. STÜRUP, "Male transsexuals", pp. 59 – 60; A. CHILDS, Acute symbiotic psychosis in a postoperative transsexual, J. Sex Res., 1977, 6, pp. 37 – 44).

Per i casi (cfr. R. J. STOLLER, "Transsexual experiment", pp. 160 – 63).

390 J. MONEY / D. BLOCK, Speech, sexuality and temporal lobe: an analysis of spontaneous speech of thirteen male transsexuals, J. Sex Res., 1971, 7, pp. 35 – 41

tendono per quest'ultima, giacché i transessuali mostrano di essere capaci di distinguere giusto e non giusto, e nello stesso tempo di saper sfuggire a quel giudizio per mezzo del quale si cerca di farli entrare nella norma. Per cui essi rispondono : "sì, ma nel mio caso è diverso, questa regola non si può applicare a me".

Il fatto poi che i transessuali parlino un po' più del gruppo di controllo, avrebbe la sua spiegazione nel fatto che nella loro eziologia è coinvolto il funzionamento del lobo temporale, supposto che la corteccia di esso controlli sia la parola che la sessualità. Ma non viene comunque spiegata la natura di questa interazione.

Comportamento sessuale

HOENIG e coll.[391] studiarono 46 uomini e 14 donne transessuali, che avevano fatto richiesta di operarsi. Fu trovato che la maggior parte aveva vestito con vesti del sesso opposto e aveva avuto desideri transessuali dall'età di 10 anni[392], e tali desideri erano ormai radicati nella maggior parte di ambo i sessi ormai da 20 anni. Tra le donne le fantasie erano esclusivamente omosessuali, mentre tra gli uomini il 18% aveva fantasie eterosessuali.[393] Fu pure riscontrato che erano maleaggiustati nel lavoro, sebbene raggiungessero un livello culturale medio. Si pensa che questo fatto era dovuto non tanto al fatto che i pazienti erano transessuali, quanto al carico di disturbi psichiatrici dai quali questi individui sarebbero affetti.

Si rilevò pure che circa 80% non facevano pratica di prostituzione, sebbene costituisse una grande tentazione per i transessuali, e non tanto per la soddisfazione sessuale e motivi economici, ma quanto per sentirsi persona del sesso opposto.[394] Il loro potenziale sessuale non era alto: molti di essi non erano interessati all'erotismo e al sesso nel senso stretto.[395]

LEVINE e coll.[396] separarono un gruppo di transessuali in A e B. Il

391 J. HOENIG e al., A fallow-up study of transsexuals: social and economic aspects, Psychiat. Clin., 1970, 3, pp. 85 – 100

392 Cfr. B. D. HORE e al., "Male transsexualism", pp. 317 – 9

393 Ibidem

394 Ibidem, p. 318

395 Cfr. J. HOENIG / J. C. KENNA, "Nosology", pp 237 – 87; G. K. STÜRUP, "Male transsexuals", p. 56

396 E. M. LEVINE e al., Behavioral differences and emotional conflict among male-to-female transsexuals, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 81 – 6

gruppo A comprendeva 12 soggetti che avevano sperimentatto l'omosessualità e avevano adottato un ruolo femminile; tutti praticavano la prostituzione, ma solo perché la trovavano come un espediente molto redditizio per guadagnare denaro necessario all'operazione. La capacità di farsi passare per prostitute e avere relazioni con uomini eterosessuali, dava loro conferma della propria identità di genere transessuale.[397] Nel gruppo B solo due o tre avevano avuto esperieze omosessuali, ma con una frequenza rara, e nessuno aveva fatto pratica di prostituzione.

Intelligenza dei transessuali

RABOCH e SIPOVA[398] investigarono sulla capacità intelletiva di 17 omosessuali non femminili, 24 omosessuali femminili, 24 transessuali, 20 adulti eunucoidi ipogonadotropici e 100 uomini con matrimonio sterile, ma normospermici. I dati mostrarono che nei 4 gruppi patologici più del 60% aveva un quoziente al di sopra della media (+110) e nel gruppo dei transessuali il 50% mostrava un QI al di sopra della media.

In base a esperimenti animali[399], gli autori ipotizzano che i cambiamenti dell'equilibrio ormonale, durante il periodo prenatale, distinguono quelle aree del cervello che nella vita adulta, da una parte provocano il comportamento sessuale femminile[400] e dall'altra quello maschile, portando allo stesso tempo a un aumento del QI.[401]

Femminilità e mascolinità dei transessuali

Nella coppia di maschi monozigoti di GREEN e STOLLER[402] fu rilevato che il transessuale raggiungeva il grado di femminilità normale per le ragazze e il non transessuale quello normale per i ragazzi. Più femminili del

397 Cfr. E.M. LEVINE e al., "Male to female", pp. 173 – 85; G. K. STÜRUP, ibide, p. 59; P. G. MARTEL, "Etude d'un cas", p. 18; L. R. HOTT, "Transsexuality", pp. 162 – 9

398 J. RABOCH / I. SIPOVA, "Intelligence", pp. 156 – 61

399 G. DÖRNER, Sexulahormonalabhängige Gehirndifferenzierung und Sexualtät, Zena 1972

400 ERICKSON, Educational foundation. An outline of medical management of the transsexual, Sett. 1971

401 Cfr. H. J. EYSENCK, Intelligenz-test, Reinbek presso Amburgo 1972

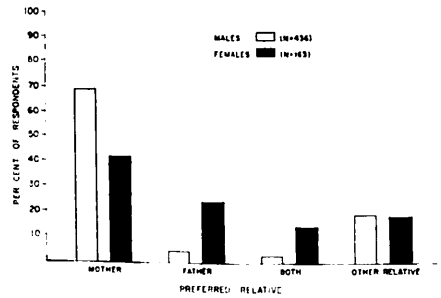
402 R. GREEN / R. J. STOLLER, "Two monozygotic", pp. 321 – 7

gruppo di controllo furono trovati i transessuali esaminati da A. ROSEN[403] e quelli da RABOCH e coll.[404] GREEN e coll.[405] trovarono che tra 30 bambini femminili e 25 maschili, quelli femminili raggiungevano un grado di femminilità statisticamente più alto. Femminili risultarono pure i transessuali esaminati da LOBOVITZ.[406] TOWNE e coll.[407] trovarono che i transessuali erano più femminili del gruppo di controllo sia nell'identità di genere che nel ruolo di genere. Da ciò viene dedotto che l'estremo conservatismo dei transessuali dipende dal fatto che il concetto che hanno di sé è quello di una donna della classe media, nella quale il ruolo femminile tradizionale conserva ancora la sua tipologia nella sua figura di donna di casa, al cui ruolo aspirano molti dei transessuali.[408]

Preferenza dei genitori

MEYER e coll.[409] trovarono che alcuni dei transessuali preferivano il padre o la madre, altri ambo i genitori. Tuttavia di solito i maschi preferivano la madre al padre (cfr. fig 12).

Fig. 12



Maternal or paternal preference among respondents.

403 A. ROSEN, Brief report ofMMPI characteristics of sexual deviation, Psychol. Rep. 1974, 35, pp. 73 – 74

304 H. B. RABOCH e al., Comparative psychiatric status of male applicants for sexual reassignment surgery, jejunoileal bypass surgery, and psychiatric outpatient treatment, J. Sex Res., 1976, 12, pp. 315 – 20

405 R. GREEN e al., The It-scale for children and Draw-A-Person test as screening procedures for identifying feminine pre-adolescent males: thirty feminine and twenty-five masculine boys compared, J. Pers. Assess. 1972

406 P. S. LOBOVITZ, "Feminine behavior", pp. 1283 – 9

407 B. D. TOWNE e al., Differences", p. 261

408 T. KANDO, "Male", pp. 45 – 64

409 J.K. MEYER e al., Characterization of self-designed transsexual population. Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 219 – 30

Tolleranza verso i transessuali

T.KANDO[410] investigò sulla tolleranza di 17transessuali e 17 uomini e 17 donne eterosessuali in rapporto a diversi aspetti del transessualismo. Dai dai emerse che le donne erano più intolleranti verso il transessualismo e imputavano agli altri il massimo d'intolleranza; gli uomini etero erano meno intolleranti delle donne e pensavano degli altri, specialmente degli uomini, che erano pure tolleranti verso il transessualismo. I transessuali imputavano al pùbblico menò intollerenza delle donne, ma particolarmente imputanano questa tolleranza alle donne. Dall'insieme dei dati apparve che gli uomini imputavano meno tolleranza agli uomini che alle donne e lo stesso facevano le donne. In altre parole, gli uomini e le donne suppongono che le donne sono più tolleranti verso il transessualismo che gli uomini.

Il fatto che i transessuali supponevano che gli uomini fossero meno tolleranti delle donne, starebbe a dimostrare che essi si considerano donne.

In conclusione , uomini e donne etero e transessuali considerando e valutando la tolleranza degli altri verso il transessualismo non fanno altro che proietare i propri sentimenti sugli altri.

Patologia

HOENIG e coll.[411] trovarono che quasi la metà delle persone che avevano chiesto l'operazione chirurgica aveva record criminali, un terzo di crimini era di natura non sessuale. La prostituzione non era più comune tra gli uomini che tra le donne. Il 70% del totale dei soggetti era stata classificata psichiatricamente disturbata.

In un'altra ricerca, gli stessi autori[412] trovavano che su 60 transessuali (46 uomini e 14 donne), solo 18 non avevano riportato disturbi psichiatrici, mentre 2 erano schizofrenici, 6 psicotici affettivi, 2 subnormali e 11 mostravano vari disordini della personalità.

Sempre HOENIG e coll.[413] su 72 transessuali trovarono che la maggior

410 T. M. KANDO, The projection of intollerance: a comparation of males, females and transsexuals, J. Sex Res., 1972, 3, pp 225 – 36

411 J. HOENIG e al., "A follow-up", pp. 85 – 100

412 J. HOENIG e al., Social and economic aspect of transsexualism, Brit. J. 1970, 117, pp. 163 – 2

413 J. HOENIG e al., "The nosological", pp. 273 – 87

parte presentava disturbi di schizofrenia, psicosi affettiva, nevrosi, disturbi della personalità e altri sintomi psichiatrici.

Questi autori fanno presente che tali sindromi psichiatriche possono trovarsi in una stessa persona in modo isolato o associate.

J. FINNEY[414] esaminò 19 maschi e una donna transessuali. Tra il gruppo 13 presentavano tratti isterici della personalità: 12 esibivano tratti psicotici: 6, pensieri psicotici e 6 risultarono con personalità paranoica schizoide. Tuttavia la maggior parte di questi 12 non fu riscontrata psicotica all'intervista.

STOLLER e BAKER[415] non trovarono nei due fratelli transessuali alcun segno di psicosi, psiconevrosi o malattie organiche al cervello.

MONEY[416] trovava che su 17 transessuali, 12 avevano visto per la prima volta lo psichiatra in seguito alla decisione di cambiare sesso; 10 si erano rivolti a uno psicoterapeuta per aiuto, e sempre in rapporto all'operazione. L'autore dichiara di aver conosciuto solo un caso di depressione suicida, che persistette anche dopo l'operazione, e precisa anche che l'operazione non abolisce nel transessuale la depressione o la delinquenza psicotica o i disturbi mentali di schizofrenia.

MEYER e coll.[417] riferiscono che il 52% dei transessuali da loro intervistati aveva indossato vesti del sesso opposto; altri lo facevano saltuariamente e il 25% non lo faceva. Questo fatto d'indossare vesti del sesso opposto è per gli autori un disturbo della personalità più che un sintomo normale del transessualismo.

HORE[418] trovò che il 68% del gruppo da lui esaminato era socialmente stabile e il 50% aveva sperimentato trattamenti psichiatrici.

Assenza di psicopatologia fu riscontrata tra 10 transessuali candidati al riassegnamento del sesso esaminati da ROBACH e coll.[419]

414 J. C. FINNEY e al., A study of transsexual seeking gender reassignment, Am. J. Psychiat. 1975, 132, pp. 962 – 4

415 STOLLER / BAKER, "Two male", p. 324

416 J. MONEY, "Prefatory remarks", pp. 163 – 5

417 J. K. MEYER e al., "Characterization", pp. 219 – 30

418 B. D. HORE, "Male", pp. 81 – 84

419 H. D. ROBACK e al., "Comparative psychiatric", pp. 315 – 20

d. Ricerche eziologiche particolari

FREUND e coll.[420] esaminarono 52 transessuali che avevano chiesto l'operazione chirurgica, e 185 omosessuali androfili, sulle seguenti variabili sessuali: narcisismo, avversione per il proprio pene, transvestitismo (indossare vesti del sesso opposto per diretta soddisfazione sessuale in combinazione all'identità femminile).

Sia al questionario verbale sia al test fallometrico non risultò che narcisismo e masochismo avessero nei transessuali un ruolo più importante che negli omo. Mentre tra i transessuali fu unanime l'avversione per il proprio pene, e ciò non apparve essere in connessione al desiderio di avere organi femminili. Il fatto poi che indossassero vesti del sesso opposto non era per il soddisfacimento sessuale, e ciò li distinguerebbe dai transvestiti. E mentre tra gli omosessuali solo il 14% preferiva partners eterosessuali, per tutti i transessuali tale preferenza era loro obiettivo esclusivo. Inoltre, mentre i transessuali avevano sempre avuto il desiderio di un corpo femminile, tra gli omo solo il 16% lo aveva desiderato qualche volta. I transessuali, fin dalla prima infanzia, avevano sempre avuto interessi omosessuali, mentre tra gli omo risultò esserci una correlazione significativa tra FGI (feminine gender identity) e RHsD (Rate significance Homosexual development Scale); i transessuali, in paragone agli etero, avevano fatto pochissime esperienze eterosessuali.

Gli autori concludono che le teorie eziologiche sul transessualismo potrebbero essere così delineate: narcisismo, masochismo, transvestitismo e avversione per il proprio pene.

In un'altra ricerca, gli stessi autori paragonarono tre gruppi: 52 transessuali, 206 omo non transessuali e 193 eterosessuali. Dall'esame emersero i seguenti dati: transessuali e non transessuali omofili non differivano nè per la mancanza del padre nella loro infanzia nè per la mancanza dei rapporti padre-figlio. Questo fatto contraddirebbe la tesi secondo la quale il transessualismo dipende per sé dalla mancanza della figura paterna.

420 K. FREUND e al., The transsexual syndrome in homosexual males, J. Nerv. Ment. Dis., 1974, 158, pp. 145 – 53

421 Idem. Parent-child relations in transsexual and non-transsexual homosexual males, Brit. J. Psychiat., 1974, 124, pp. 22 – 23

I due gruppi non differivano neppure per la mancanza della figura materna nella loro infanzia o per i rapporti di affetto con i genitori. Tuttavia gli omo non transessuali, rispetto agli omo etero, avevano di più sperimentato i rapporti con la madre e di meno con il padre.

Gli autori precisano che non è chiaro se la scarsa relazione padre-transessuale sia dipesa dal padre o dal transessuale; e se la forte relazione con la madre sia dipesa da questa o dall'attaccamento del figlio verso di essa. Essi sono della convizione che il rapporto bambino-genitori non è in stretta relazione con il grado di disturbo dell'identità di genere.

e. Stimoli e transessualismo

BARR[422] studiò le reazioni ,a stimoli di film di nudi maschili e femminili, del volume del pene e del galvanic skin di 24 transessuali, che avevano fatto richiesta di operazione chirurgica, e li paragonò a 24 omosessuali che avevano chiesto trattamento a causa d'impulsi omosessuali e a 60 studenti eterosessuali.

I dati mostrarono che i transessuali differivano in modo significativo, in rapporto agli omo, per una più forte tendenza a rispondere agli stimoli di nudi maschili che a quelli femminili e per una più lunga durata del galvanic skin, agli stimoli femminili e meno a quelli maschili.

L'autore ritiene che ciò sta a dimostrare che i transessuali sono più interessati alle donne che agli uomini, sebbene il loro interesse dal punto di vista soggettivo, e rispetto alla misura delle risposte del pene, sia predominantemente omosessuale. D'altra parte la capacità più forte delle donne di suscitare risposte orientative nei transessuali, sarebbe in accordo con i dati clinici: il transessuale maschio è fortemente interessato agli aspetti della femminilità.

BARR e BLASZCZYNSKI[423] condussero una ricerca sulle risposte anatomiche di 40 transessuali, 44 omosessuali e un gruppo di controllo di 60 studenti eterosessuali, sottoposti a stimoli di nudi maschili e femminili.

422 R. F. BARR, Responses to erotic stimuli of transsexual and homosexual males, Brit. J. Psychiat., 1973, 123, pp. 579 – 85

423 R. F. BARR / A. BLASZCZYNSKI, Anatomic responses of transsexual and homosexual males to erotic film sequence, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 221 – 22

Risultò che gli omo e il gruppo di controllo mostravano risposte del galvanic skin più significativamente alte alle immagini del sesso preferito che a quelle del sesso non preferito; e i transessuali, in paragone agli omo, tendevano a rispondere più ampiamente agli stimoli femminili con il galvanic skin. Non fu invece trovata una stretta relazione al sesso preferito tra risposte del volume del pene e galvanic skin. La conclusione che gli autori ne traggono è la stessa di quella della ricerca precedente.

5. Orientazione sessuale

L'orientazione sessuale del transessuale non è necessariamente eterosessuale, può essere anche bisessuale oppure lesbica. PAULY[424] citando uno studio di WALINDER, riporta che l' 83% dei maschi transessuali era orientato sessualmente in senso eterosessuale, cioè preferiva uomini, e il 7% era bisessuale, anche se si identificavano principalmente come lesbiche. In una ricerca di BARR[425] sia le risposte psicologiche agli stimoli erotici sia l'orientazione soggettiva mostrarono che 2 su 24 uomini transessuali s'identificavano come lesbiche. D. FEINBLOOM e coll. riportano due casi autobiografici di maschi transessuali, cooperatori allo stesso articolo, con identità di genere prettamente femminile, i quali oltre ad essere orientati sessualmente come lesbiche, sono impegnate come attive femministe: "The transsexual coauthors of this paper are women-identified women (lesbians) who (as feminists) reject the traditional male-created norms of what women (and men) should be".[426]

Nello stesso articolo si riporta pure che su circa 120 clienti transessuali maschi del 'Gender Identity Service' in Boston, 4 sono orientati principalmente come lesbiche.[427]

424 I. B. PAULY, Men who should be women, Sudurday Review, 1969, 4, pp. 73 – 78

425 R. F. BARR, Apparent heterosexuality in two male patients requesting change of sex operation, Arch. Sex. Beh., 1974, 4, pp. 13 – 26

426 D. H. FEINBLOOM e al., Lesbian / feminist orientation among male-to- female transsexuals, J. Hom., 1976, 2, pp. 59 – 71

427 Ibidem, pp. 61 – 2

6 Stato maritale dei transessuali

RANDELL[428] riporta che su 73 transessuali, 48% si erano sposati, così pure il 23% di un altro gruppo.

MONEY[429] riporta che su 17 casi di transessuali maschi operati, 6 erano celibi, 4 si erano sposati molto giovani, di cui due si erano separati come donne dopo l'intervento chirurgico e 6 si sposarono per la prima volta come donne in seguito all'operazione chirurgica.

L'autore ritiene che tra i transessuali operati vi è la tendenza a intraprendere rapporti stabili con il partner.

MONEY e BRENNAN[430] riferiscono che i transessuali tendono ad avere più anni del partner e, come donne, tendono a dichiararsi con età più giovane di quella effettiva (infatti essi mostrano un aspetto più giovane a causa della cura ormonale femminile). Inoltre essi si sposano con uomini eterosessuali, i quali accettano la femminilità del transessuale, o della moglie transessuale, come autenticamente femminile e reagiscono a questa immagine femminile allo stesso modo con cui gli altri eterosessuali reagiscono alla femminilità di una donna normale.

Tra i transessuali esaminati da HOENIG e coll.[431] il 76% era celibe; tra gli sposati, il 13% lo era ancora e l'11% si era separato o aveva divorziato: 22% conviveva con una persona dello stesso sesso e uno con una donna.

MEYER e coll.[432] riportano che 22% del loro gruppo si era legalmente

Tav. 39

Percentage of Respondents Reporting Children

	Males (436 respondents)	Females (163 respondents)
Married	13	6
Never married	1	4

428 J. RANDELL, Indication for sex reassignment surgery, Arc. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 153 – 61

429 J. MOENY, "Prefatory", pp. 163 – 5

430 J. MONEY / J. G. BRENNAN, Heterosexual Vs homosexual attitudes: male partners' perception of the feminine image of male transsexuals, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 193 – 209

431 J. HOENIG e al., "Social and economic", p. 164

432 J. K. MEYER, "Characterization", pp. 219 – 30

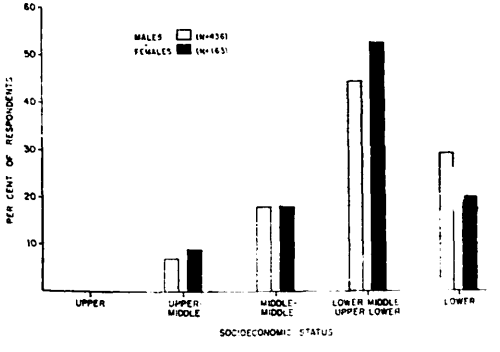
sposato e il 24% aveva coabitato con una persona dello stesso sesso, ma di genere opposto; 56 uomini sposati e 3 non sposati avevano avuto bambini da una donna (cfr, tav. 39).

7 Stato socioeconomico

In MEYER e coll.[433] la maggior parte del gruppo transessuale apparteneva alla classe socioeconomica dello stadio medio[434], poi venivano quelli della classe più bassa, seguivano quelli della classe media e quindi un piccolo gruppo che apparteneva alla classe al di sopra della media, ma nessuno apparteneva alla classe socioeconomica più alta.

Gli autori notano di tener presente i seguenti fattori per la comprensione di questa classificazione: tra i corrispondenti della classe media e al di sopra della media, erano pochi quelli che vivevano con i genitori, e che tra i transessuali della classe più alta e la classe media vi è una grande riluttanza a manifestare ad una clinica la propria transessualità assunta e soprattutto per corrispondenza (cfr. fig. 13).

Fig. 13



Comunque lo stato socioeconomico di questo gruppo di transessuali corrispondeva a quello dei transessuali intervistati direttamente in clinica.

433 J. K. MEYER e al., "Characterization", p. 222

434 Cfr. P. M. BENTELR, "A typoligy", p. 572; J. HOENIG e al., "Social and economic", pp. 163 – 64

Per quanto riguarda il lavoro, fu constatato che i transessuali maschi erano attratti da occupazioni femminili, e viceversa le donne.

HOENIG e coll.[435] trovarono che il 13% dei transessuali da loro esaminati erano figli illegittimi (le proporzioni tra uomini e donne erano simili); la classe sociale a cui appartenevano presentava la seguente percentuale: 46% alla classe V, il 27% alla IV, il 15% alla III e il 10% alle classi I e II. La maggior parte (80%) aveva un'istruzione secondaria, a cui corrispondeva l'aggiustamento sul lavoro. La frequenza con cui cambiavano lavoro era molto alta [436]

B. Transessualismo femminile

Le investigazioni sul transessualismo femminile sono molto più povere di quelle sul transessualismo maschile. Dai dati delle varie ricerche possono essere enucleati i seguenti fattori: sindrome del transessualismo femminile, sua incidenza, caratteristiche fenomenologiche del transessualismo femminile, cause, comportamento sessuale, stato maritale e stato socioeconomico.

1. Sindrome del transessualismo femminile

Le transessuali sono biologicamente donne. Fin dalla prima infanzia esse rifiutano la loro femminilità e mostrano una preferenza progressiva ed ininterrotta per il ruolo maschile.[437] Queste donne sono le più mascoline delle donne. Come gli uomini, esse sono esclusivamente omosessuali in rapporto all'anatomia del loro oggetto sessuale, ma esclusivamente eterosessuali in rapporto all'identità. E allo stesso modo che gli uomini, non negano il loro sesso anatomico, ma sono estremamente occupate nel modo tipico di essere degli uomini e nel desiderare di cambiare il loro corpo in maschio.[438]

435 J. HOENIG e al., "Social and economic", pp. 163 – 64

436 M. LEVINE e al., "Male to female", pp. 173 – 85

437 I. B. PAULY, Female transsexualism: Part I, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 487 – 507

438 Vie-ne notato che mentre gli uomini possano ottenere con un'operazione chirurgica genitali che funzionano similmente a quelli di una donna – a volte inclusa pure la

D. CHRISTODERESCU[439] accanto a una descrizione generale del transsessualismo femminile, che corrisponde alla sindrome sopra riportata, delinea quattro altre categorie di donne transessuali:

1. Donne omosessuali passive, o transvestite, che si sentono colpevoli a causa della loro perversione, le quali pensano che una transformazione anatomica annullerebbe il loro senso di colpa.

2. Psicotiche con sessualità caotica, le quali possono vivere con l'illusione di essere state trasformate.

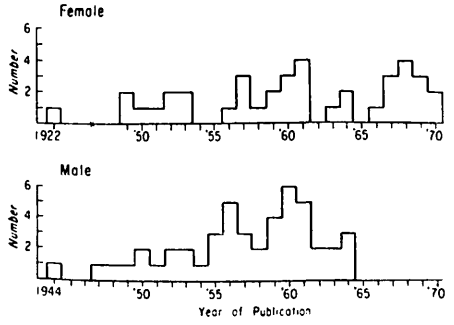
3. Esibizioniste con una sessualità immatura, attirate dalla pubblicità fatta sul transessualismo.

4. Eterosessuali cresciute in conformità al sesso assegnato, ma che a causa di ambiguità somatiche sono incerte sulla loro identità e sono portate a identificarsi col sesso opposto a quello con il quale sono state cresciute.

2. Incidenza del transessualismo femminilie

PAULY[440] nel riassumere la letteratura mondiale sul transessualismo femminile, riporta che dal 1922 a quando fu pubblicato il primo caso di una donna

Fig. 14



Published reports of transsexuals (by year of publication).

capacità di avere l'orgasmo - non è possibile ancora per una donna avere testicoli e pene (cfr. R. G. STOLLER, "Gender", pp. 1405)

439 D. CHRISTODORESCU, Female transsexualism, Psychiat. Clin. 1971, 4, p. 40 – 5

440 I. B. PAULY , "Female ", pp. 488 – 9

transessuale sottopostasi alla riassegnazione del sesso, fino al 1970, si menzionano un totale di 80 casi.[441] (Cfr. tav. 40, 41, 42, 43 e fig. 14).

Tav. 40

Cases of Female Transsexualism

Case No.	Year published	Author	Country	Language	Case description
1	1922	Hirschfeld	Germany	German	Fair
2	1949	Cauldwell	U.S.A.	English	Minimal
3	1949	Abecassis	France	French	Fair
4	1950	Cauldwell	U.S.A.	English	Minimal
5	1951	Dukor	Switzerland	German	Good
6	1952	Solms	Austria	German	Minimal
7	1952	Battig	Switzerland	German	Excellent
8	1953	Redmount	U.S.A.	English	Good
9	1953	Barahal	U.S.A.	English	Fair
10	1956	Vague	France	French	Minimal
11	1957	Mikulicz-Radecki	Germany	German	Fair
12	1957	Agostini	Italy	Italian	Good
13	1957	Bowman	U.S.A.	English	Minimal
14	1958	Di Poggio	Italy	Italian	Minimal
15	1959	Schachter	France	French	Good
16	1959	Lammers	Germany	German	Good
17	1960	Hofer	Germany	German	Fair
18-19	1960	Israel	France	French	Fair
20	1960	Prakken	Netherlands	Dutch	Minimal
21-23	1961	Hertz	Sweden	English	Fair
24	1961	Scholl	Germany	German	Good
25-26	1961	Burchard	Germany	German	Good
27	1961	Sendrail	France	French	Good
28	1963	Don	South Africa	English	Fair
29	1963	Goldrach	France	French	Fair
30	1964	Rubenstein	England	English	Minimal
31	1966	Benjamin	U.S.A.	English	Fair
32-44	1967	Wålinder	Sweden	English	Good
45	1967	Simon	U.S.A.	English	Good
46	1967	Kockott	Germany	German	Fair
47	1968	Kluzak	Czechoslovakia	Czech	Excellent
48-53	1968	Money	U.S.A.	English	Fair
54-58	1968	Vogt	Norway	English	Excellent
59	1968	Stoller	U.S.A.	English	Excellent
60	1969	Léger	France	French	Good
61-70	1969	Pauly	U.S.A.	English	Excellent
71-76	1969	Randell	England	English	Fair
77-79	1970	Hampson	U.S.A.	English	Good
80	1970	Warner	U.S.A.	English	Excellent

441 Per l'incidenza del rapporto transessualismo femminile e transessualismo maschile, cfr. il paragrafo sull'incidenza del transessualismo maschile.

Tav. 41

Published Reports on Female Transsexuals: Country of Origin

Country	Percent	No.
U.S.A.	31	12
France	18	7
Germany	18	7
Switzerland	5.1	2
Italy	5.1	2
Sweden	5.1	2
England	5.1	2
South Africa	2.5	1
Austria	2.5	1
Norway	2.5	1
Czechoslovakia	2.5	1
Netherlands	2.5	1
Total	100	39

Tav. 42

Published Reports on Female Transsexuals: Language

Language	Percent	No.
English	46	18
German	26	10
French	18	7
Italian	5	2
Dutch	2.5	1
Czechoslovakian	2.5	1
Total	100	39

Tav. 43

Published Cases of Transsexualism

Author	Year	Source	Male	Female	Male:female ratio
1. Hamburger	1953	Letters from world	357	108	3.3:1
2. Overzier	1958	Cases from Germany	19	4	4.8:1
3. Randell	1959	Cases from England	29	6	4.8:1
4. Pauly	1965	Review of world literature	100	28	3.6:1
5. Benjamin	1967	Cases from U.S.A.	242	28	8.6:1
6. Wålinder	1967	Cases from Sweden	30	13	2.3:1
7. Knorr *et al.*	1968	Letters from world	294	78	3.8:1
8. Fogh-Anderson	1969	Operated on in Denmark	11	3	3.7:1
9. Edgerton *et al.*	1970	Operated on at Johns Hopkins	20	4	5.0:1
10. Hoenig *et al.*	1970	Cases from England	46	14	3.3:1
		Total	1148	286	4.0:1

3. Caratteristiche fenomenologiche del transessualismo femminile

La futura ragazza transessuale rifiuta fin da bambina di essere una donna. Si dà segretamente un nome maschile e veste quasi sempre in modo maschile. PAULY[442] riporta che prima della pubertà il 54% aveva vestito come ragazzo il più spesso possibile, il 16% "consistently", il 20% occasionalmente e solo il 10 % mai (cfr. tav. 44).

442 STOLLER, "Gender", p. 1405

Tav. 44

Cross-Dressing in Female Transsexuals

	Before puberty		After puberty	
	Percent	No.	Percent	No.
Never	10	5	1	1
Occasionally	20	10	6	4
As often as possible	54	27	20	14
Consistently	16	8	73	51
	100	50	100	70

Questa ragazza inoltre è interessata alle attività dei ragazzi, in cui si mostra abilissima. Così negli sports è una delle migliori atlete, e si trova spesso in competizione con i ragazzi più bravi.[443]

La pubertà della transessuale è particolarmente traumatica. Con l'inizio del menarca e lo sviluppo dei seni, è costretta a prendere coscienza dell'evidenza concreta della sua femminilità. Ciò sconvolge e contrasta le sue fantasie di diventare un maschio ed entra in dissonanza con la sua psicosessualità e il concetto di identità che ha di sé. Per minimizzare la sua apparenza fisica si fascia i seni e inventa accorgimenti per sembrare più maschile possibile.[444]

Appena questa ragazza può, spesso durante l'adolescenza, cerca di farsi passare da maschio. Come gli uomini transessuali, la prima volta che si mostra in pubblico, sembra straordinariamente maschio e nessuno sospetta del suo vero sesso.[445]

In questo periodo, ma spesso anche prima, ella è ormai convinta di appartenere al genere maschile, mentre cresce in lei un grande disgusto per il suo sesso anatomico.[446]

Prima del cambiamento del sesso, la paziente ha già trovato una partner con la quale vivrà a lungo, spesso per sempre. Questa partner non è una

443 I. B. PAULY, "Female", pp. 499 – 500
Per i casi (cfr. R. GREEN, Persons seeking sex change: psychiatry management of special problems, Am. J. Psychiat. 1970, 126, pp. 1596 – 16 03).

444 I. B. PAULY, "Female", pp. 500 – 1; J. MONEY / J. G. BRENNAN, Sexual dimorphism in the psychology of female transsexuals, J. N. Ment. Dis., 1968, 147, p. 487
Viene pure fatto notare il ritardo del menarca e i periodi irregolari e scarsi in esse.

445 R. J. STOLLER, ibidem; V. L. BULLOUGH, "Transsexualism", pp. 461 – 71

446 I. B. PAULY, Adult manifestation of male transsexualism, in GREEN / MONEY, "Transsex.", pp. 37 – 58
Per i casi (cfr. STOLLER, "Transsexual experiment", p. 236).

omosessuale aperta, ma, di solito, una donna che non ha relazioni omosessuali, spesso sposata e con figli, e che risponde sessualmente alla transessuale come a un uomo senza pene, e non come ad una omosessuale.[447] (Cfr. fig. 15).

Fig. 15

Aspetto fisico maschile di un soggetto femmina transessuale.

Esempio di ginecomastia idiopatica in un ragazzo di 13 anni, che invece è normale dal punto di vista endocrinologico ed anatomico.

447 I. B. PAULY, "Female", p. 501

4. Cause

Tra le cause del transessualismo femminile vengono elencati i fattori organicogenetici, la dinamica o l'influsso familiare e i fattori psicologici.

a. Fattori organicogenetici

Tra i fattori organicogenetici del transessualismo femminile sono compresi gli ormono e i cromosomi.

Cromosomi nelle transessuali

Ormai vi sono dati sufficienti per poter affermare che la maggioranza delle transessuali sono geneticamente normali.[448] Nella letteratura si riporta solo un caso di anormalità cromosomica (XO / XX) associato al transessualismo femminile.[449] PAULY[450] riassumendo 80 casi di donne transessuali, riferisce che nessuna di esse fu trovata geneticamente anormale (cromatina cariotipo e determinazione cromosomica).

Inoltre appare abbastanza chiaro che le transessuali sono fisicamente e ginecologicamente normali, anche se vi è una minoranza che riporta anormalità mestruali, come insufficienza e irregolarità dei periodi. Per cui si può concludere che genotipicamente e fenotipicamente la maggior parte delle transessuali risulta nei limiti della normalità.[451]

Ormoni nelle transessuali

Di solito si pensa che nelle transessuali i livelli dell'ormone maschile, e precisamente il testosterone, è elevato. J. JONES e J. SAMIMY[452] paragonarono i livelli del testosterone (17-chetosteroidi delle urine e steroidi 17-cenogenici) di tre donne transessuali a di 22 donne e 10 uomini normali.

448 J. WALINDER, "Transsexualism: definition", pp 255 – 7; I. B. PAULY, "The current status", p. 460; idem, "Adult manifestation", pp. 37 – 58. 59.– 87

449 Cfr. S. JAMES e al., Sex chromosome abnormality in a patient with transsexualism, Brit. Med. J., 1973, 3, p. 29

450 I. B. PAULY, "Female", p. 513

451 Ibiedem

452 J. R. JONES / J. SAMIMY, Plasma testosterone levels and female transsexualism, Arch. Sex. Beh., 1973, 9, pp. 251 – 6

I dati mostrarono che lo stato endocrinologico delle transessuali era quello tipico femminile. Pure normale risultò la gemella esaminata da GREEN e STOLLER[453]; mentre G. FULMER [454] trovò il livello di testosterone di 4 transessuali (tra 9) elevato e due di esse presentavano anche un leggero irsutismo.

DÖRNER e coll.[455] trovarono che la forte azione positiva della reazione dell'estrogeno fu evocata sulla secrezione del LH in una transessuale con comportamento bisessuale e eumonorrea, come pure in donne eterosessuali con identità di genere normale, mentre fu debole in una transessuale con comportamento omosessuale e oligo- e/o ipomenorrea.

b. Dinamica familiare

Cinque sembrano i fattori eziologici che emergono dalla dinamica familiare delle transessuali: 1) allorché questa bambina nasce non sembra carina e bella ai genitori, ma forte e vigorosa. Spesso essi sono delusi da questo fatto.[456] 2) Nei primi mesi di vita la madre si mostra incapace di farle da mamma: o perché clinicamente depressa a causa di una malattia grave – ma non necessariamente assente fisicamente in modo assoluto – o incapace per malattia psichica.

Questa presenza fisica della madre, ma non psichica, viene giudicata più grave di quanto non lo sarebbe una sua completa assenza o un suo rimpiazzamento.[457]

3) Il padre, tipo maschile, non è presente psicologicamente almeno in due aree cruciali: non fa niente perché la moglie superi la sua depressione e non contribuisce alla femminilità della figlia nel modo in cui lo fanno i padri di figlie non transessuali. 4) La bambina è utilizzata a sopportare i problemi

453 GREEN / STOLLER, "Two monozygotic", pp. 321 – 7

454 G. P. FULMER, Testosterone levels and female-to-male transsexualism, Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 399 – 400

455 G. DÖRNER e al., "On the evocability", pp. 20 – 5

456 R. J. STOLLER' Etiological factors in female transsexualism, Arch. Sex. Beh. 1972, 2, pp. 47 – 64; GREEN / STOLLER, "Two monozygotic", p. 325; I. B. PAULY, "Female", p. 496

457 L. E. NEWMAN, "Transsexualism", p. 113

della madre nelle veci del padre. Per cui essa finisce col sentire che è suo dovere essere di sollievo alla madre. Il padre stesso, con il quale la ragazza ha un rapporto d'intesa, la incoraggia in questa direzione fino al punto che essa diventa il suo sostituto presso la moglie.[458] 5) Inoltre il padre la incoraggia pure nel suo comportamento maschile e non di rado entrando in competi-

Tav. 45

Characteristics of Fathers of Female Transsexuals

	Percent positive	No.
1. Assaultive or physically abusive	79	24
2. Large or excessively masculine	74	19
3. Competed with patient	73	15
4. Alcoholic	64	14
5. Other emotional disturbances	60	10
6. Encouraged masculine identification	60	15
7. Dominant parent	57	30
8. Preferred by patient	52	31
9. Preferred male child	50	10
10. Sexually abused patient	22	23

zione con lei (cfr. tav. 45). La bambina passa molto tempo con lui e si comporta come il suo piccolo maschietto. Il padre è fiero del successo atletico della figlia, e quando se la vede girare intorno e partecipare al suo lavoro o hobbies.[459]

c. Studi psicologici sul transessualismo femminile

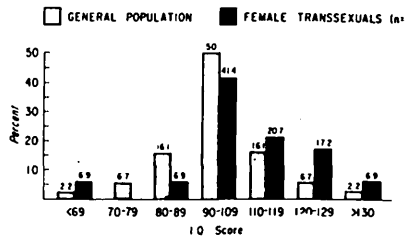
Questo paragrafo comprende i seguenti punti: intelligenza delle transessuali, loro mascolinità e femminilità, preferenza dei genitori e patologia.

Intelligenza delle transessuali

Nella ricerca di PAULY[460] su 45 transessuali 31 avevano il QI normale, 2 superiore e due erano ritardate. Nei confronti del gruppo di controllo, il QI delle transessuali era, in media, superiore (cfr. fig.16). Questi dati sono in accordo con quelli di altri ricercatori.[461]

458 STOLLER, "Gender", p. 1405; I. B. PAULY, "Female", 496 – 9
459 STOLLER, ibidem
460 I. B. PAULY, "Female", pp. 509 – 10
461 Cfr. . R. DOORBAR, Psychological testing of transsexuals, Trans. N. Y. Acad. Sci., 1967, 29, pp. 455 – 62; J. MONEY / R. EPSTEIN, Verbal aptitude in eonism and prepubertal effeminacy, Trans. N. Y. Acad. Sci., 1967, 29, pp. 448 – 54

Fig. 16



Intellectual capacity.

Mascolinità e femminilità delle transessuali

I diversi autori[462], che si sono occupati della mascolinità delle transessuali, hanno rilevato che essa è molto alta. Il punteggio che le transessuali raggiungono in mascolinità è quello medio dei maschi eterosessuali, contrariamente ai maschi transessuali che raggiungono un livello di femminilità al di sopra della media delle donne eterosessuali. Questi risultati sono stati considerati anche dal punto di vista clinico. Per cui si è osservato che le transessuali accettano ed esperimentano il ruolo maschile in un modo più naturale dei transessuali maschi, i quali tendono all'esagerazione e spesso a farne una caricatura.

Preferenza di genitori

MEYER e coll.[463] riportano che le donne transessuali mostrano una preferenza per il padre. Lo stesso risulta dalla ricerca di PAULY.[464]

Patologia delle transessuali

Nella ricerca di PAULY[465] solo una su 35 soffriva di disturbi psicologici e psichiatrici, mentre 6 furono considerate deluse perché manifestavano

462 Cfr. J. MONEY / J. BRENNAN, Sexual dimorphism", pp. 487 – 99; J. MONEY / C. PRIMEROSE, Sexual dimorphism and dissociation in the psychology of male transsexuals, J. Nerv. Ment. Dis., 1968, 147, pp 472 – 86; J. WALINDER, Transsexualism: a study of forthy-three cases, Goterborg 1967
463 J.MEYER e al., "Characterization", pp. 219 – 30
464 I. B. PAULY, "Female", p. 497
465 Ibidem, p. 511

l'idea fissa di appartenere al sesso opposto.[466] Esse avevano accettato il ruolo maschile durante lo stesso periodo critico in cui gl'individui normali accettano la loro identità di genere.

Il disturbo psicopatologico più frequente nelle transessuali è la depressione, a causa della quale seguono talvolta tentativi di suicidio.[467] Nella letteratura sull'argomento si riporta pure un caso di suicidio di una transessuale, avvenuto 10 anni dopo l'operazione.[468] E' stato, tuttavia, notato che in genere i sintomi psicotici scompaiono in seguito al riassegnamento del sesso.[469]

5. Comportamento sessuale

Con i cambiamenti postpubertali, le transessuali diventano contemporaneamente consapevoli di essere attratte dalle donne. Questa preferenza sessuale diventa conscia dai 6 ai 22 anni.[470]

La maggior parte delle transessuali tendono a resistere ai loro istinti omosessuali, e, da quando si rendono conto per la prima volta di essere attratte dalle donne, al loro primo contatto omosessuale, passano in media 5 anni.[471] (cfr. fig. 17)

Nel coinvolgimento con un'altra donna, tutte le transessuali assumono ruolo maschile. E, in quanto assumono ruolo ed identità maschile, esse negano di essere omosessuali. Esse si sentono alquanto sconvolte, allorché, per la prima volta, percepiscono di essere omosessuali. Perciò accade che, in questo momento di crisi, alcune di esse intraprendono rapporti eterosessuali.

466 Cfr. D. W. HASTING, Inauguration of a research study on transsexualism in a university medical center, in R. GREEN / j. MONEY, (a cura di), "Transsex", p. 245

467 PAULY, i"Female", p. 512; Idem, "Adult manifestation", pp. 37 – 58; J. WALINDER, "Transsexualism", ibidem

468 Cfr. H. J. BAKER / R. GREEN, Treatment of transsexualism, in J. MASSERMAN (a cura di), Current psychiatric therapies, Vol. 10, New York 1970, pp. 88 – 99

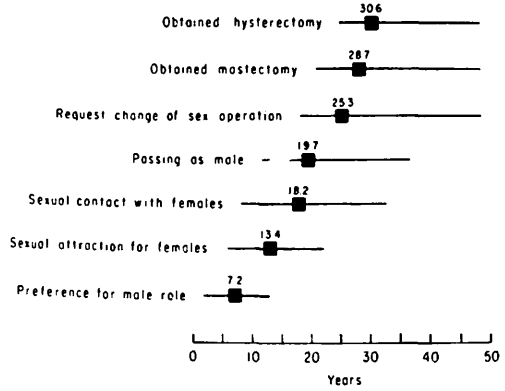
469 Cfr. H. BENJAMIN, Transvestitism and transsexualism in the male and female, J. Sex Res., 1967, 3, pp. 107 – 27; PAULY, The current status of the change of sex operation, J. Nerv. Ment. Dis., 1968, 147, pp. 460 – 71; J. HOENIG e al., Surgical treatment of transsexualism, Acta Psychiat. Scand., 1971, 47, pp. 106 – 33

470 PAULY, "Female", pp. 501 – 2

471 Ibidem, p. 502

472 Ibidem

Fig. 17



female transsexual sequence.

Nella scelta della partner, le transessuali cercano ragazze decisamente femminili, le quali non hanno avuto precedenti rapporti omosessuali.[472]

6 Stato maritale delle transessuali

HOENIG e coll.[474] riportano che il 97% delle transessuali era nubile e il il resto del gruppo si era separato o aveva divorziato; mentre il il 29% di tutto il gruppo conviveva con una donna. In MONEY su 7 donne operate, una aveva avuto una breve esperienza matrimoniale con un uomo e le altre sei si sposarono come uomini dopo l'operazione. In un'altra serie di 33 transessuali, sempre donne, il 15% era sposato e il 12% divorziato.[475] PAULY[476] trovò che nel suo gruppo il 19% erano sposate, e già divorziate, e il 16% aveva avuto bambini. Tuttavia questo evento biologico non era stato considerato per lungo tempo "un istinto materno" e tanto meno c'era stato il desiderio di assumere il ruolo femminile e quello materno.

473 PAULY, "Female", pp. 503 – 5; R. GREEN, Sexual identity conflict in children and adults, Baltimora 1974

474 J. HOENIG e al.,'Social"and economic", p. 164; Idem, "A fellow-up", pp. 85 – 100

475 Cfr. j. E. HOOPES e al., Transsexualism: consideration regarding sexual reassignment, J. Nerv. Ment. Dis., 1968, 147, pp. 510 – 16

476 PAULY, ibidem, pp. 502 – 3

7. Stato socio-economico delle transessuali

Nella ricerca di PAULY[477] solo un terzo dei matrimoni delle famiglie da cui provenivano le transessuali erano sani. La maggior parte (63%), erano, tuttavia, ancora intatti. Allorché si erano verificati divorzi o separazioni, le pazienti avevano l'età media di 7,9 anni. I rapporti tra i genitori erano di solito non buoni.[478]

Per quanto riguarda l'ordine di nascita, non sembra che le transessuali differiscono dalla popolazione generale.[479] Molto alta è invece l'incidenza di illegittimità delle transessuali.[480]

PAULY[481] riporta che più della metà (64%) erano cresciute in ambienti rurali, in fattorie ecc., dove l'atteggiamento mascolino delle ragazze non è di solito considerato inappropriato.[482] Tuttavia si fa presente che le transessuali provengono da ogni tipo di strato sociale, cultura e gruppo etnico.[483]

C. Transvestitismo

Nella presentazione del transvestitismo saranno delineati i seguenti punti: la sindrome del transvestisismo, la sua descrizione fenomenologica, le cause, la carriera dei transvestiti tipici e in fine sarà riportato un caso complesso di transvestitismo.

477 Ibidem, p. 449
478 Cfr. R. J. STOLLER, Sex gender, New York 1968
479 Cfr. J. WALINDER, Transsexualism: physical characteristics parental age, and birth order, in GREEN / MONEY (a cura di), "Transsex." pp. 221 – 34
480 PAULY, ibidem, p. 489; J. HOENIG e al., "Social and economic", pp. 163 – 72
481 PAULY, ibidem, pp. 498 – 9
482 J. HOENIG e al., "Social and economic", pp 163 – 72; J. K. MEYER e al., "Characteristics", pp. 219 – 30
483 J. HOENIG e al., ibidem

1. Sindrome del transvestitismo

Il transvestitismo è il travestirsi con abiti del sesso opposto con lo scopo di ottenere l'eccitazione sessuale.

Molto raramente il transvestito desidera essere considerato come membro del sesso opposto e di essere accettato come tale dalla società, mentre, contrariamente ai transessuali, non desidera sottoporsi a un cambiamento del proprio sesso.[484] Il transvestito può indossare vesti del sesso opposto permanentemente o solo in circostanze particolari. S'incontrano casi di transvestiti per i quali il desiderio di transvestirsi è irresistibile e somiglia ad una nevrosi ossessiva compulsiva.

Nella letteratura non sempre il termine "transvestitismo" è usato nel senso stretto sopra descritto. STOLLER[485], riassumendo la letteratura precedente sull'argomento, mette in evidenza la varietà con cui il termine è usato dai vari autori.

1) Vi è il feticista che indossa un capo (o più) di vestiario con lo scopo di ottenere l'eccitazione sessuale. Questo comportamento è stato riscontrato tra le donne, e soprattutto tra gli uomini eterosessuali non effeminati. Il pene è per essi fonte di piacere. Essi si considerano maschi. (Questo tipo corrisponde alla sindrome sopra descrittta).

2) Vi è il transessuale che non considera il capo di vestiario del sesso opposto come feticcio e non è eccitato da esso. Questi uomini sono femminili, ma non effeminati. Essi si comportano come omosessuali passivi e odiano il loro pene. In genere non sono psicotici. (Essi corrispondono ai transessuali).

3) Vi è l'omosessuale effeminato, ma non femminile, il quale non veste da donna per essere eccitato sessualmente. Egli si considera omosessuale ed è fiero del proprio pene.

4) Vi è il transvestito aperto, eccentrico, latentemente psicotico, il cui comportamento transvestitico è generato dalla sua psicosi.

5) Vi è l'individuo che si traveste a causa di uno squilibrio biochimico (per es. per ipogonadismo congenito) o in connessione a lesioni al cervello (per es. al lobo temporale).

484 D. LESTER, "Unusual", p. 169; G. DÖRNER, Sexualhormonabhängige Gehirndifferenzierung und Sexualität, Vienna 1972, p. 288
485 R. J. STOLLER, The term", pp. 230 – 7

6) Vi è il transvestito occasionale, che si traveste solo in particolari occasioni, come feste, balli, ecc.

7) Vi è infine il transvestito che non è compreso in una sola di queste categorie, ma può riassumerne una o più.

Dalla complessità di questo quadro sembra chiaro che la sindrome del transvestitismo rimane ancora da definirsi. Tuttavia, per noi il transvestitismo corrisponde alla sindrome sopradescritta o del primo numero di STOLLER.

2. Descrizione fenomenologica del transvestitismo

L'eccitazione sessuale, causata dall'indossamento del sesso opposto, è stata riscontrata solo negli uomini, ad eccezione di un caso di donna riportato da E. GUTHEIL.[486]

L'eccitamento sessuale prodotto dall'indossare vesti del sesso opposto porta di solito alla masturbazione e all'orgasmo.[487] Questa categoria di uomini copre due stili differenti di comportamento. Vi è il tipo di transvestito che viene eccitato da un solo capo di vestiario, o da pochi, al quale rimane fedele per tutta la vita; e vi è il tipo di transvestito che comincia con un capo o più di vestiario e li aumenta sempre più col passare degli anni, fino a vestire completamente da donna, magari qualche volta anche con il desiderio di comparire nella società come donna.[488]

Il travestito è primariamente eterosessuale[489]: preferisce le donne agli uomini, come oggetto sessuale, sia nella realtà che nelle sue elaborazioni fantastiche. Di solito è sposato e ha figli. Ciò è stato dimostrato ampiamente da V. PRINCE e P. BENTLER.[490] Questi autori riportano che il 64% era sposato e il 14% era separato, divorziato o vedovo. L'89% considerava il vestiario

486 E. GUTHEIL, Case report , in W. STEKEL (a cura di), Sexual aberration, New York 1964, p. 281

487 Cfr L. E. NEWMAN, "Trenssexualism" , pp. 115 – 6

488 Cfr. R. J. STOLLER, "The term", pp. 230 – 7

489 Cfr. W. POMEROY, "The diagnosis", pp. 215 – 25

490 V. PRINCE / P. M. BENTLER, Survey of 504 cases of transvestitism, Psychol. Rep., 1972, 31, pp. 903 – 17

femminile come feticcio sessuale, mentre il rimanente si riteneva uomo con una parte di femminilità che cercava di esprimere. Il 78%, allorché vestiva da donna, si sentiva come una personalità differente. Il 5% prendeva ormoni femminili e il 50% lo avrebbe desiderato. Il 14% desiderava l'operazione per cambiare sesso e il resto (34%) lo avrebbe voluto da giovane. Quelli che presentavano se stessi con caratteristiche transessuali non differivano da quelli che si presentavano con altre variabili psicologiche e sociologiche.

I lavori che facevano erano differenti da quelli fatti dai loro padri. Il 50% erano primogeniti e il 26% secondogeniti. Solo il 18% aveva rotto i rapporti con la famiglia. Il 72% riteneva che il padre era stato un tipo e una immagine maschile per i figli e il 51% riteneva il padre un tipo dominante.

L'84% ricordava di essere stato trattato sempre come ragazzo maschio, contro il 4%, il quale era stato trattato come ragazza, perché la madre aveva desiderato una bambina e il 4% era stato vestito da ragazza per punizione.

Il 54% aveva fatto la propria esperienza di transvestito per la prima volta a 10 anni.

IL 20% delle mogli era all'oscuro del comportamento travestitico del relativo marito e quelle che lo sapevano variavano ampiamente nel modo di accettare tale comportamento. Il 23% lo accettava in pieno; altre lo accettavano solo in casa e il 29% era decisamente contrario.

Un certo numero di questi transvestiti amava indossare vesti femminili durante il rapporto sèssuale. Molto frequentemente il capo indossato era la veste da camera.

Secondo gli autori, il 18% si erano mostrati in pubblico vestiti da donne, e probabilmente anche un altro 16%.

Mentre il 72% pensava di divulgare il proprio comportamento transvestitico, l'1% pensava di ridurlo. Il 69% di tutto il gruppo aveva interrotto saltuariamente la propria attività transvestitica.

Tra questi corrispondenti le attività sadomasochistiche apparvero essere rare.

Dalle ricerche di STOLLER[491] risulta che i transvestiti non sono effeminati durante il ruolo di uomini, che comprende la maggior parte della loro vita. Essi praticano professioni esclusivamente maschili, e assai raramente le

491 J. STOLLER, "Gender", p. 1406

professioni preferite dagli omosessuali. Comportamento, voce, scelta del linguaggio, stile nel vestiario e altre manifestazioni comportamentali del genere sono marcatamente maschili, quando non vestono abiti di sesso opposto.

Il pene è per essi la sola sorgente del massimo piacere erotico: essi si considerano maschi. Il loro eccitamento è espresso attraverso il pene. La presenza del pene, nascosto sotto le vesti femminili, li eccita. L'intensità del piacere provato in questi momenti può essere paragonata solo a quella che essi esperimentano allorché possono rivelare il loro segreto. Ma ciò è molto difficile. Esso viene rivelato solo a una moglie pronta a cooperare o a un'amica.[492]

3. Cause del transvestitismo

Tra le cause del transvestitismo si parla di fattori organicogenetici, di influsso o di dinamica familiare e di fattori psicologici.

a. Fattori organicogenetici

Non sono state riportate fino adesso prove (per quanto mi risulta) con le quali si dimostri che lo stato più o meno compulsivo d'indossare vesti del sesso opposto per la soddisfazione sessule dipende da uno squilibrio ormonale: per es. da un eccesso di estrogeni, oppure per ipersessualità delle cellule che mediano il comportamento sessuale dell'ipotalamo.[493] Nel caso in cui ciò si verificasse, si avrebbe una riduzione dell'attività delle cellule testicolari di Leydig attraverso il meccanismo pituitario ipotalamico, con la conseguente riduzione o perdita della libido. Tuttavia, si ritiene che nei transvestiti il funzionamento emozionale eterosessuale è di solito normale (la perdita della

492 Cfr. Personal, Nature and management of transvestism , Lancet, 1971, 2, pp 319 – 21

493 Vi sono autori che sostengono un influsso dello squilibrio ormonale nei transvestiti, tuttavia o essi rimangono ancora nel campo della probabilità o si basano su esperimenti animali (cfr. B. ZUGER, The role of familial factors in persistent effeminate behavior in boys, Am. J. Psychiat., 1970, 26, p. 1167; idem, "Gender role", p. 449; idem, "Children who", pp. 79 – 80).

libido, quando si verifica, è un effetto secondario dovuto all'ansia intensa provocata dal mancato soddisfacimento degli impulsi travestitici).[494]

Diversi sono gli investigatori che riportano invece casi di transvestitismo di uomini con anormalità dell'EEG.[495]

b. Dinamica familiare

Nella storia dei transvestiti si trova un periodo – dal secondo, terzo anno di età in poi – durante il quale al bambino fu permesso di sviluppare la sua mascolinità.

Il primo episodio di transvestitismo risale all'infanzia[496], allorché il ragazzo è vestito da donna per punizione o per altro motivo, ma che non è provocato direttamente da lui.[497]

Nella ricerca di PRINCE e BENTLER[498], il 14% aveva indossato vesti del sesso opposto prima dei 5 anni; il 40% tra i 5 e i 10 anni; il 37% tra i 10 e i 17 anni. Non fu riscontrata nessuna differenza nelle variabili – stato maritale, esperienze omosessuali, ecc. – tra quelli che avevano cominciato a indossare vesti femminili prima dei 5 anni e quelli che avevano cominciato verso i 18.

STOLLER[499] ritiene che il ragazzo fu vestito da donna per essere umiliato e fu fatto sempre da una donna (madre, zia, nonna, soreila ecc.) per ferire il ragazzo nella sua identità mascolina. PRINCE e BENTLER[500] trovarono invece che solo il 4% era stato vestito da donna per punizione e il 6% aveva portato i capelli più lunghi degli altri ragazzi.

Tuttavia vi sono casi in cui è lo stesso soggetto a prendere l'iniziativa d'indossare vesti femminili.[501]

494 Cfr. Personal, "Nature", pp. 319 – 21

495 Cfr. J. WALINDER, "Transvestitism", pp. 567 – 63; H.S. SPÄTE, Zum Anteil des limbischen System in der Pathogenese des Transvestitismus, Psychiat. Neurol. Med. Psychol., 1970, 22, pp. 339 – 44; L. NUSSELT / G. KOCKOTT, "EEG-Befunde", pp. 42 – 8

496 Cfr. B. ZUGER, "Children who", pp. 79 – 81

497 Cfr. J. R. STOLLER, "Gender", p. 1406

498 V. PRINCE / P. M. BENTLER, "Survey", p. 192

499 R. J. STOLLER, "The term", pp. 231 – 2

500 PRINCE / BENTLER, ibidem, pp. 903 – 17

501 Cfr. Personal, "Nature", p. 320

Ci si domanda se un singolo atto, quale è quello d'indossare vesti femminili, possa causare una perversione che dura tutta una vita. Se ciò fosse vero, sarebbe confermata l'ipotesi psicoanalitica, che vorrebbe che le perversioni sono causate da un singolo evento traumatico ed eccitante. E più verosimilmente vi sarebbe uno stato infantile preparatorio, non ancora individuato.[502]

Dalla storia dei travestiti, il padre appare come una persona distante e passiva[503] o fredda, rigida, autoritaria e mascolina, che incute quasi sempre paura, con rari momenti di tenerezza verso il figlio.[504]

c. Studi psicologici

BENTLER e PRINCE[505] distribuirono un questionario sulla personalità di tipo MMIP a 176 travestiti e a un gruppo di controllo. Nei due gruppi non risultarono differenze nelle seguenti variabili: cinismo, depressione, discordie familiari, propensione al mal di testa, ostilità, ipocondria, impulsività, irritabilità, dire menzogne, disorganizzazione nevrotica, tendenze psicotiche, ribellione, sadismo, superficialità, attitudini socialmente devianti, lagnanze per dolori fisici, infrequenza e desiderabilità.

In un altro lavoro, BENTLER e coll.[506] sottoposero al test di W. HOLTZMAN[507] 25 transvestiti (non clinici) con lo scopo di esaminare le loro caratteristiche psicotiche e i processi patologici del pensiero. I dati mostrarono che essi presentavano un livello più alto del normale nelle risposte generali intellettuali, e rispondenti più in termini di forma che di colore; avevano una percezione alta del proprio corpo e i processi del pensiero patologici, ma non con una percetuale significativa.

502 Cfr. STOLLER, "The term", ibidem

503 R. J. STOLLER, Pornography and perversion, Arch. Gen. Psychiat., 1970, 22, pp. 490 – 99

504 Cfr. Personal , ibidem

505 P. M. BENTLER / V. PRINCE, Psychiatric symtomatology in transvestites, Clin. Psychol., 1970, 26, pp. 434 – 5

506 P. M. BENTLER e al., Personality characteristics of male transvestites, J. Clin. Psychol., 1970, 26, pp. 287 – 91

507 W. HOLTZMAN e al., Inkblot perception and personality, Austin, Texas 1961

Notiamo che questa ricerca mostra difetti fondamentali: manca di un consistente gruppo di controllo; il test è poco valido dal punto di vista psicologico e vi è una interpretazione speculativa delle risposte progettive del test. Per cui quelle poche differenze rilevate, possono non avere alcun valore.

4. Carriera dei transvestiti

H. BUCKNER[508], in base a una ricerca tra 262 transvestiti, delinea i tratti fondamentali del travestito tipico sposato, con figli ed esclusivamente eterosessuale.

Questo transvestito veste segretamente da donna in casa, tende a essere assai passivo e secretivo nel suo comportamento. Differisce totalmente dagli omosessuali che si travestono. Sebbene può accadere che il suo travestitismo sia in connessione con altre deviazioni sessuali, esso è completamente differente da queste.

Nel delineare lo sviluppo tipico del puro transvestito eterosessuale, l'autore gli riconosce prima di tutto una condizione e predisposizione biologica, che lo condurrebbe alla passività, insieme a una libido bassa e una macanza di un forte potenziale di aggressività.[509]

Tra i 4 – 14 anni di età questo transvestito comincia ad associare articoli femminili con la soddisfazione sessuale , di solito masturbandosi. Può accadere che il ragazzo assuma con la fantasia un ruolo che non sperimenta nella vita futura, come può essere un ruolo femminile. Può accadere che egli trovi in sé una caratteristica che ha la madre o una sorella, ma non il padre, e indossi le loro vesti rinforzando il suo aspetto femminile. E può anche darsi che questo aspetto femminile venga incoraggiato dalla stessa madre.

In un secondo momento il ragazzo incomincia a percepire difficoltà eterosessuali, che possono derivare dall'energia bassa della libido o dalla

508 H. T. BUCKNER, The transvestitic career path, Psychiatry, 1970, 33, pp. 381 – 89

509 La permessività è la mancanza di spinta sociale (aggressività) potrebbero essere imparate. Ma non vi sono prove di una eziologia biologica del transvestitismo qui sostenuta.

mancanza di senso stabile della stima di sè. Questa difficoltà può essere peggiorata dal suo senso di perfezionismo, dall'avere un esagerato concetto delle richieste di mascolinità, dall'essersi impegnato in un ruolo veramente difficile da portare a termine e dall'avere una paura esagerata di fallire nei rapporti eterosessuali, nello sport, nel lavoro o nel matrimonio.

A questo punto le precondizioni del travestito sono simili alle precondizioni associate comunemente all'omosessuale.

In un terzo momento il travestito si trova a dover bloccare gli sbocchi verso l'omosessualità. Due sono le ragioni per cui l'omosessualità è per lui una risposta inaccettabile: la sua avversione socializzata per l'omosessualità, o la mancanza di una struttura opportuna per imparare appropriatamente il comportamento omosessuale. Questo fatto lo blocca eterosessualmente e omosessualmente, facendolo regredire ai primi mezzi di soddisfazione, cioè alla masturbazione tramite vesti femminili.

A questo punto egli è simile al feticista.

In un quarto momento quest'individuo elabora fantasie masturbatorie nello sviluppo di un io femminile. A questo fatto contribuiscono varie cause. A livello biologico, a causa della sua aggressione autoerotica, può ottenere un aumento di energia sessuale, che egli utilizza per completare il suo oggetto soddisfattorio. Egli può avere la sensazione di essere un travestito e imparare ciò che è appropriato a questo ruolo. Una conseguente spinta verso il completamento e verso la perfezione, può accellerare questo processo.

In un quinto momento, ormai travestito, fissa il soddisfacimento in modalità comportamentali proprie del travestito.

La combinazione della regressione autoerotica, l'elaborazione dell'interesse feticista nel vestire da donna e il possibile sviluppo di una personalità femminile permettono una elaborazione di una coppia sintetica che scivola elegantemente tra i controlli socializzati narcisistici e i controlli appropriati verso la regressione ambivalente. Il travestito allora può serenamente giocare un ruolo eterosessuale secondo le aspettative culturali, facendosi regali di vesti, divenendo donna dopo un giorno di lavoro spossante in ufficio ecc.

Alcuni travestiti parlano di questi due aspetti come di una dissociazione di personalità, consapevoli però di ciò che stanno facendo. "Connie (è un nome che il travestito si dà, allorché veste da donna) esiste solo per me , ed ella sa che io sono il suo signore e maestro". Così parla un travestito di se stesso.

I travestiti, allo stesso modo di una coppia felice che non pensa al divorzio, non vogliono rinunciare al loro travestitismo. Se il travestito si sposa, lo fa perché crede ancora di funzionare con successo come maschio eterosessuale. Di fatto, egli non trova il suo matrimonio capace di soddisfare quella tensione che soddisfa invece il suo matrimonio interno (lo sposalizio tra Connie e il suo maestro).

Molti travestiti cercano di non rivelare il loro travestitismo alle mogli. Quelli che lo fanno, sono pochi e solo una piccola minoranza viene scoperta. Vi sono mogli, che cooperano, come abbiamo già visto, e qualcuna lo fa pure con entusiasmo. In alcuni matrimoni la moglie rimane perché dipende totalmente dal marito, altre invece minacciano il divorzio. Accade molto spesso che il travestito divorzi senz'altro dalla moglie esterna, piuttosto che divorziare dalla 'moglie' interna.

5. Un caso complesso di travestitismo

Recentemente, WARD[510] ha trattato con successo un travestito maniaco depressivo di 24 anni, somministrandogli del litio.

Da quattro anni e mezzo il paziente aveva esperienze omosessuali, continuando a intermittenza l'attività eterosessuale. Da due anni si era cominciato a travestire in concomitanza a una depressione maniaca. A parere dell'autore fu la depressione maniaca a causare l'inizio del comportamento travestitico del paziente, e esso fu protratto in seguito alle soddisfazioni sperimentate. D'altra parte il paziente aveva dichiarato che a volte si era travestito per confortarsi in momenti di cattivo umore e di depressione. Il fatto è che in seguito alla somministrazione del litio, il suo stato maniaco depressivo scomparve e perse pure interesse a travestirsi. WARD spiega questo cambiamento con l'apprendimento operante (operant learning). Cioè a dire, il com-

510 N. G. WARD, Single case study: successful lithium treatment of transvestism associated with maniac-depression, J, Nerv. Ment. Dis. 1975, 161, pp. 204 – 6

portamento travestitico sarebbe stato paragonato, periodicamente, a sentimenti di piacere intensificati dallo stato maniaco o ipomaniaco, cosicché questo stato avrebbe rinforzato periodicamente quel comportamento.[511]

511 Tale meccanismo di rinforzamento è conosciuto come il metodo più effetivo per mantenere un comportamento ad alto prezzo in un lungo periodo di tempo. Per cui se gli stati maniaci o ipomaniaci avevano davvero determinato il rinforzamento e il mantenimento di tale comportamento, allorché il litio li eliminò, anche il comportamento si estinse.

L'autore precisa che non vi sono prove nella letteratura a riguardo, né si possono dedurre da questo caso, per cui si possa consigliare l'uso del litio nei travestiti che non manifestano sintomi maniaco-depressivi.

Capitolo XI

PERVERSIONI DI MODO E PERVERSIONI DI OGGETTO

Venendo a riassumere i risultati delle perversioni, in un primo momento parleremo delle perversioni di modo e poi di quelle di oggetto.

A. Perversioni di modo

Le perversioni di modo esprimono il modo con cui è ottenuta la soddisfazione sessuale. Esse includono: esibizionismo, voyeurismo, sadismo e masochismo e stupro.

1. Esibizionismo

Nel paragrafo sull'esibizionismo verrà delineata la sua sindrome, sarà accennato alla sua incidenza, alle caratteristiche comportamentali degli esibizionisti, alle caratteristiche della loro personalità e al loro stato maritale.

a. Sindrome dell'esibizionismo

L'esibizionismo è la tendenza compulsiva o l'atto di esporre parte del proprio corpo (genitali) o tutto il corpo per la soddisfazione sessuale e non sessuale.[1] Esso viene distinto dagli approcci che i pedofili fanno ai bambini, dagli atti di ubriachi, psicotici o ritardati mentali che espongono i propri genitali o urinano incoscienti di quello che fanno, dalle sollecitazioni che alcuni uomini fanno alle donne per ottenere il rapporto sessuale. Tuttavia la sindro-

1. Cfr. D.R. EVANS, Exhibitionism, in C. G. Castello (a cura di), Symptom of Exhibitionism, New York 1970, pp. 560 – 73

me esibizionistica può trovarsi associata ad altre perversioni, quali la pedofilia, ii voyeurismo[2], il feticismo[3] o l'omosessualità.[4]

Gli investigatori distinguono l'esibizionismo dal nudismo e dallo striptismo, anche se vengono notate somiglianze comportamentali superficiali.[5]

b. Incidenza

L'esibizionismo è una delle perversioni più comuni. Esso comprende da un terzo a un quarto di offese sessuali sia in Inghilterra che in Germania Occidentale, occupa un posto simile negli USA e in Canadà ed è molto frequente nel resto dell'Europa[6], mentre è molto raro in Asia, in America Latina e in Africa.[7]

La maggior parte degli esibizionisti sono uomini. Casi di donne sono molto rari.

L'esibizionismo ha inizio durante la pubertà e raggiunge il massimo della sua incidenza tra i 30 – 40 anni. L'inizio dopo i 45 anni è raro, eccetto in casi di malattie organiche.[8]

E' stato pure rilevato che, mentre tra gli adulti l'incidenza rimane stabile, vi è un aumento molto alto tra i giovani al di sotto dei 21 anni, così per es. in Inghilterra e Wales l'aumento e del 50%.[9] Viene tuttavia notato che que-

2 Cfr. G. ROOTH, Exhibitionism, sex violence, and pedophilia, Brit. J. Psychol., 1973, 122, pp. 705 – 10; T. P. HACKETT, The psychotherapy of the exhibitionists in a court setting, Sem. Psychiat., 1971, 3, pp. 297 – 306

3. P. KÖNIG, Verhaltenstherapie sexueller Deviationen, Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 103 – 8

4 J. ROGNANT, Thérapiecomportamentale de l 'exhibitionism nevrotique, Encephale, 1973, 62, pp. 332 – 44

5 C. M. McCAPHY / J. K. SKIPPER, Lesbian behavior as an adaptation to the occupation of stripping, Soc. Prob., 1969, 17, pp. 262 – 70; J. K. SKIPPER / C. M. McCAPHY, Stripteasers, Soc. Prob., 1970, 17, pp. 391; E. E. WAGNER, Projective test data from two contrasted groups of exhibitionists, Perceptual and Motor Skills, 1974, 31, pp. 131 – 40

6 F. G. ROOTH, Persistent exhibitionism: short-term response to aversion self-regulation, and relaxion treatment, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 227 – 48; idem. Changes in the conviction rate for incident exsposure, Brit. J. Psychiat., 1972, 121, pp. 89 – 94

7 Idem, Exhibitionism outside Europe and America, Arch. Sex. Res., 1973, 2, p. 351

8 Cfr. G. P. LIEBALD, Hypothalamusverbindung in einem Fall unberherrschebaren Exhibitionismus, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 713 – 19

9 Cfr. F. G. ROOTH, "Changes", pp. 713 – 19

sto aumento non è tanto in connessione con l'aumento dei disturbi sessuali dei giovani, quanto piuttosto in connessione con l'aumento della delinquenza nella società. Infatti, l'esibizionismo dei giovani termina verso i 21 anni, e ciò è dovuto al fatto che essi progrediscono in crimini sessuali più gravi, come il sadismo e lo stupro.[10]

L'incidenza dell'esibizionismo non varia tra i diversi gruppi razziali conviventi in una stessa area, sebbene venga rilevato che i bianchi tendono ad essere intrarazziali, mentre i negri tendono ad essere interrazziali.[11]

Di solito l'esibizione è fatta davanti a donne adulte, un pò meno davanti a ragazze sui 16 anni e più raramente davanti a bambine.

La durata dell'atto non sorpassa in genere i 15 minuti[12], e la frequenza con cui viene ripetuto varia da individuo a individuo.[13]

c. Caratteristiche comportamentali

Il modo con cui l'atto è espresso varia da persona a persona. L'atto è fatto in luogo pubblico o privato, alla finestra di casa[14], in auto[15], o in strada.[16] In M. McDONALD[17] la maggior parte delle esibizioni erano state fatte fuori di casa, e quasi la metà nelle proprie auto.

Alcuni esibizionisti, durante l'esibizione, hanno l'erezione, altri no. Può accadere che all'atto preceda, s'accompagni o segua la masturbazione oppure no. Solo una minoranza pare che si spoglia completamente nell'esibirsi (in McDONALD il 7%).

10 Cfr. G. BAUER, Triebverbrechen minderjahriger Delinquenten, Kriminalistik, 1970, 24, pp. 145 – 50

11 J. M. McDONALD, Indecent exposure, Springfield 1973

12 Cfr. Cfr. M. MÜMSCH, Exhibitionismus, Phalluskult und Genitalpräsentieren, Sexualmedizin, 1976, 6, pp. 358 – 63

13 Cfr. J. ROGNANT, "Therapie", pp. 332 – 44

14 Cfr. A. PETO, The etiological significance on the primal scene in perversions, Psychoanal., Q. 1975, 44, pp. 183 – 4

15 Cfr. D. K. KENTSMITH / J. B. BASTONI, Obscene telephoning by an exhibitionist during therapy: a case report, Intern. J. Croup Psychother., 1974, 24, pp. 353 – 7

16 Cfr J. STEVENSON / I. H. JONES, Behavior therapy for exhibitionism, Arch. Gen. Psychiat., 1972, 27 , pp. 839 – 41

17 M. McDONALD, "Indecent", ibidem

Mentre in alcuni esibizionisti l'atto è compulsivo, in altri è premeditato.[18] Alcuni di essi dichiarano di essere coscienti se non dopo che hanno compiuto l'atto. Tuttavia la maggior parte degli esibizionisti sviluppono fattori stereotipati dell'atto a causa del suo carattere ripetitivo. I soggetti ubbidiscono a un certo numero di stimoli,che fermentano in essi un'intensa reazione emozionale, in cui si mescolano confusamente tensione erotica, angoscia profonda e paura di essere sorpresi da estranei, che non siano le vittime. Da questo stato di tensione passano all'atto.

Gli stimoli suscettibili che spingono all'atto sono vari e numerosi. Non di rado dettagli particolari di vesti o del corpo femminile rivestono carattere feticistico. Grande concentrazione viene fatta sulle circostanze favorevoli all'esibizione e in modo talmente intenso che l'esibizionista non può più trattenersi dall'esibirsi allorché comparirà la vittima designata.[19]

In certe occasioni sembra che l'esibizionista compia l'atto in modo tale che faciliti il suo arresto.[20] Alcuni di essi riportano sentimenti di colpa dopo l'atto, altri non considerano il proprio esibizionismo come un problema da risolversi. Può accadere che ad ogni episodio, anche dopo molti arresti e ostracismi socio-familiari, si ripromettono di non ripeterlo più, ma invano.[21]

Alcuni autori[22] trovano che l'esibizionismo è più frequente durante i periodi caldi, altri invece non trovano nessuna connessione con la temperatura.[23] Vi è chi precisa che la maggior parte delle esibizioni si verificano tra le 8 a. m. alle 6 p. m., e in particolare tra le 9 – 8 a. m. e le 3 – 5 p. m., e di solito più durante la settimana che il weekend.

Sono pochi gli esibizionisti che intendono con il loro atto invitare la vittima al rapporto sessuale. Essi in genere si limitano e s'aspettano una reazione particolare della vittima: spavento, indignazione e abuso, piacere e divertimento, ma non indifferenza.[24]

18 Cfr. J. STEVENSON / I. H. JONES, "Behavior", pp. 839 – 41
19 Cfr. J. ROGNANT, "Therapie", pp. 332 – 44
20 Vi sono esibizionisti che tendono a essere arrestati allorché devono avere una promozione nel lavoro o un aumento del salario (cfr. R. ZECHNICH, Exhibitionism; genesis, dynamics and treatment, Psychiat. Q., 1971, 41, pp. 70 – 5; H. L. KOZOL, Myth about the sex offender, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 51 – 62).
21 Cfr. J. L. MATHIS / M. COLLINS, Progressive phase in the grouptherapy of exhibitionists, Inter. J. Group Psychother., 1970, 20, pp. 163 – 9
22 Cfr. D. R. EVANS, "Exhibitionism", pp. 60 – 73
23 McDONALD, "Indecent", ibidem
24 H. J. VOGT, Behandlung des Exhibitionismus, Z. Med. Klin., 1973, 68, p. 129

d. Caratteristiche della personalità degli esibizionisti

McDONALD[25], riassumendo dati clinici di esibizionisti, nota che essi sono descritti come passivi, compulsivi, reticenti, schizoidi, moralmente rigidi, timidi, riservati, coscenziosi, ben educati, molto intelligenti[26], sessualmente immaturi, oralmente fissati, con complessi d'inferiorità[27], con identificazioni femminili, con scarso controllo degli impulsi e, occasionalmente, con tendenze sadomasochistiche. R. ZECHNICH[28] rileva soprattutto il carattere nascosto, secretivo e proiettivi degli esibizionisti. J. ROGNANT[29] sottopose a esami clinici e a tests proiettvi 12 esibizionisti. Egli riscontrò in alcuni, elementi ossessivi, in altri, elementi fobici, o anormalità psico-affetive, carattere compulsico o ansietà diffusa. 7 di essi invece, al di là del loro comportamento esibizionistico, non presentavano elementi patologici seri e conservavano ogni possibilità di adattamento.

Nei 45 casi riportati da J.MATHIS e M. COLLINS[30] nessuno presentava psicosi, o ritardo mentale o sindrome organica cerebrale, ma furono definiti tutti come emozionalmente e mentalmente non patologici. Pure normali furono trovati 41 esibizionisti esaminati dal punto di vista clinico e 34 esaminati dal punto di vista psicometrico.[31] H. VOGT[32] invece ritiene che lo stesso atto esibizionistico, oltre a essere un indicatore del disturbo della sessualità, è espressione di una personalità completamente disturbata. E. WAGNER trovò che gli esibizionisti erano ostili e sessualmente maleaggiustati, ma non più di altri gruppi (schizofrenici, nevrotici).[33] C. McCREARY[34] sottopose 93 esibizionisti all'MMPI, dividendoli in tre gruppi in rapporto al numero del-

25 D. R. EVANS, ibidem; P. H. GEBHARD e al., Sex offender, New York 1965
26 McDONALD, ibidem
27 Cfr. D. K. KENTSMITH / J. B. BASTONI, "Obscene", pp. 353 – 7;
28 R. ZECHNICH, "Exhibitionism", pp. 70 – 5
29 J. ROGNANT, ibidem
29 J. ROGNANT, ibidem
30 J. L. MATHIS / M. COLLINS, "Progressive", pp. 163 – 9
31 Cfr. A. J. SMUKLER e al., Personality characteristics of exhibitionists, Dis. Nerv. Syst., 1975, 36, pp. 163 – 9
32 H. J. WOGT, "Behandlung", p. 129
33 E. E. WAGNER, "Projective", pp. 131 – 40
34 C. P. McCREARY, Personality profiles of persons convicted of indecent exposure, J. Clin. Psychol., 1975, 31, pp. 260 – 2

le loro esibizioni. Fu riscontrata una relazione tra frequenza all'esibizione e gravità di disturbi della personalità. Vengono pure riportati casi di esibizionisti con disturbi organici (ritardo mentale, lesioni al cervello, diabete) o psicologici (psiconevrosi, psicopatia e psicosi).[35]

e. Stato maritale degli esibizionisti

Nel gruppo di ROGNANT[36], il 75% erano sposati e avevano figli (1,5, in media). Il loro esibizionismo non li precludeva dall'avere un'attività coniugale o extraconiugale. Nel gruppo di MÜNSCH[37], il 63% erano sposati e l'80% dichiaravano di avere un'attività eterosessuale. McDONALD[38] tende a sottolineare che gli esibizionisti sono, tra coloro che commettono crimini sessuali, quelli che più si sono sposati.

2. Voyeurismo

Non sono state fatte ricerche adeguate sul voyeurismo, mentre si è molto speculato, soprattutto in psicoanalisi[39], intorno a singoli casi.

Qui noi accenniamo alla sindrome del voyeurismo e alle caratteristiche dei voyeuristi.

a. Sindrome del voyeurismo

Il voyeurismo è definito come il desiderio esagerato di guardare segretamente un individuo di sesso opposto in uno stato di nudità o seminudità, o durante l'atto sessuale o l'atto igienico.[40] Questo desiderio è così intenso da

35 Cfr. D. R. EVANS, "Exhibitionism", pp. 144 – 60; P. H. GEBHARD e al., Sex offenders, New York 1965

36 J. ROGNANT, "Therapie", pp. 332 – 44

37 H. MÜNSCH, "Exhibitionism", pp. 358 – 63

38 McDONALD, "Indecent", ibidem

39 Cfr. K. ABRAHAM, Restrictions and transformations of scopophilia in psychoneurotics, with remarks on analogous phenomena in folk-psychology, New York 1968; E. F. HAMMER, Symptoms of sexual deviation: dynamic and etiology, Psychoanal. Rev., 1968, 55, pp. 5 – 27

40 Cfr. A. PETO, "The etiological", p. 184; E. CHESSER, Strange loves: the human aspects of sexual deviation, New York 1971

sorpassare per importanza lo stesso atto sessuale. L'atto ha carattere compulsivo, contro il quale il soggetto non obbietta.[41]

41 Cfr. I. D. YOLOM, Aggression and forbiddeness in voyeurism, Arc. Gen. Psychiat., 1960, 1, pp. 305 – 19

Nella sindrome del voyeurismo possono essere comprese attività sessuali diverse. Una di esse è la scopofilia, definita come l'eccessivo interesse nel guardare i genitali degli altri o l'atto sessuale. Essa è praticata sia da etero che da omosessuali. Gli eterosessuali spiano una coppia, a sua insaputa, mentre compie l'atto sessuale in un parco o nella propria auto in luogo più o meno discreto. Se lo scopofilo viene sorpreso e non fa in tempo a svignarsela, cerca di difendersi affermando che era lì di passaggio. Tuttavia, può capitare che non sfugga alle busse di più parcheggiatori, ma ciò non gl'impedisce di ritornare. Può anche accadere che se in un primo momento egli è considerato un guardone intruso, venga poi più che 'sopportato'. Due individui dichiararono che se la prima volta la presenza di un guardone li aveva disturbati, in seguito si erano sentiti più eccitati mentre compivano l'atto sessuale con la propria ragazza. Perciò essi continuarono a parcheggiare sempre allo stesso posto, dove sapevano che veniva frequentato dal guardone. In ambo i casi le ragazze erano all'oscuro del fatto. Quando una di esse si accorse del guardone, nonostante il partner la volesse convincere che in ciò non c'era nulla di male, essa rifiutò da quel momento di avere rapporti sessuali in auto o in parchi.

Tra gli omosessuali la scopofilia è praticata soprattutto dai frequentatori di toilets o di parchi pubblici. Questi scopofili possono essere distinti in due gruppi: un gruppo che si limita a guardare gli atti genitali degli altri e si masturba, e non permette che qualcuno tocchi o manipoli i suoi genitali (tra questi individui vi sono soprattutto omosessuali che hanno paura di contrarre malattie veneree o bisessuali); l'altro gruppo è costituito da omosessuali che, in un primo tempo si eccitano nel guardare i genitali degli altri, in genere mentre si masturbano, e in un secondo momento necessitano che qualcuno dei presenti manipoli i suoi genitali fino all'orgasmo.

Vi sono inoltre omosessuali che frequentano toilets o parchi con lo scopo d'incontrare un particolare partner. L'eccitazione che essi ottengono nel guardare i genitali degli altri sembra essere secondaria. Infatti, essi frequentano quei luoghi perché più facilmente permettono loro la scelta di un partner dotato genitalmente secondo un proprio ideale, e non tanto per eccitarsi nel guardare, anche se ciò di solito si verifica.

Inoltre vi sono pure omosessuali scopofili che frequentano parchi e toilets con lo scopo esclusivo di eccitarsi, ma non di raggiungere l'orgasmo in loco. Questo gruppo è costituito da quegli omosessuali che convivono con uno stesso partner da un anno o più. Questa eccitazione preliminare ha come scopo di dimostrare al proprio partner di essere sempre efficace e potente nelle eventuali richieste sessuali. Diversi di questi scopofili praticano agli altri, nelle toilets o parchi, la masturbazione, la fellatio o assumono ruolo passivo nei rapporti anali. Può accadere che quanto praticano con estranei, non lo facciano col partner, o perché non desiderato dal partner o perché facendolo col proprio partner non provano alcun piacere.

I dati degli omosessuali scopofili si basano su 400 casi, 275 dei quali sono frequentatori di toilets assidui, cioè ogni volta che l'occasione permette loro di farlo, in genere prima, nell'intervallo o dopo il lavoro; il resto era costituito da individui che frequentavano le toilets da tre a quattro volte alla settimana, di solito nei giorni festivi. Tra il totale del gruppo, 53 avevano dai 15 ai 13 anni; la maggior parte andava dai 18 ai 55, e una minoranza (25 individui) andava dai 60 in su. Questi ultimi erano i più assidui,

b. Caratteristiche dei voyeurs

Di solito il voyeur è un maschio. Egli cerca di spiare le donne. Donne voyeurs , sebbene si sa che ci sono, non sono quasi mai riportate dalla letteratura sull'argomento.

I. YOLOM[42] riporta 8 casi di voyeurs, quasi tutti arrestati per altri crimini. La loro età s'aggirava tra i 15 e i 33 anni.[43] Essi avevano un'attività voyeuristica molto persistente. 5 avevano cominciato con lo spiare la madre e 5 si masturbavano nel guardare. Il loro QI andava da 105 a 125. L'autore nota che 6 non avevano fratelli maggiori; 5 erano sposati, ma avevano già divorziato o erano separati.

Sempre secondo lo stesso autore nel voyeur avrebbe grande importanza l'elemento sadico.[44] L'atto di essere guardato era ritenuto dal voyeur come una punizione inflitta alla persona che veniva spiata.

più adescatori, più promiscui e spesso pagavano ai più giovani il debito della loro vecchiaia.

Bisogna dire che oggi la scopofilia sembra un fenomeno universale tra i giovani omosessuali allo stesso modo che l'esibizionismo dei propri genitali, evidenziati in modo plastico da jeans attillati o scoloriti nel punto genitale di richiamo. In qualche modo ciò è pure vero per i giovani eterosessuali. Ma in questo caso l'esibizionismo è più nei ragazzi, i quali allo stesso modo che i coetanei omosessuali non disdegnano di esibire i propri genitali. Forse in essi è da ricercarsi pure un sintomo di ambiguità sessuale.

Per quanto riguarda le ragazze, rileviamo soltanto che esse sembrano molto più scopofile delle consorelle di una decina di anni più anziane.

Un'altra attività voyeuristica è il troilismo. Esso si può definire come il triangolo sessuale formato da due uomini e una donna o da due donne e un uomo. In questo triangolo sessuale, un partner, spesso il marito, (cfr. D. DALLEN, A textbook of psychosexual disorders, Londra 1969, ed. 2) o un partner, spesso la moglie, (cfr. J. M. REINHARD, Sex perversions and crimes, Springfield 1957) sta a guardare di nascosto l'atto sessuale. Una volta che l'intruso desiderato, soddisfatto, è andato via, il (la) voyeur, se non è un masturbatore, esce dal nascondiglio e compie l'atto sessuale con la propria partner.

Si parla pure di troilismo di circostanza. In esso sono coinvolte due o più coppie, le quali hanno rapporti sessuali indipendentemente, ma allo stesso tempo e alla presenza dell'uno e dell'altra (cfr. J. L. McCARY, Human sexuality, Princeton 1967). Questo tipo di troilismo è socialmente più accettato ed è praticato, oltre che in ambienti di prostituzione, tra giovani coppie spesso legate da amicizia.

Sono riportati pure casi di troilismo incestuoso voyeuristico. Un padre per es. che induce un figlio e una figlia a compiere l'atto sessuale alla sua presenza (cfr. E. F. HAMMER, "Symptoms of sexual", pp. 5 – 27).

42 I.D. YOLOM "Aggression", pp. 305 – 19

43 Cfr. A. PETO, "The etiological", p. 184

44 Cfr. W. C. LENCER, The mind of Adolf Hitler: the secret wartime report, New York 1972

In questo gruppo fu trovato che i voyeur, oltre a non fare uso di pornografia e a non frequentare spettacoli di varietà, non commettono stupri, assalti, scassi o incendi dolosi, come spesso si è pensato.

P. GEBHARD e coll.[45] ritengono che i voyeurs costituiscono un gruppo misto, in cui sono inclusi individui sottosviluppati, deficienti mentali, casi situazionali e ubriachi. Nella maggioranza dei casi, da essi esaminati, i voyeurs avevano una vita sessuale inadeguata e quelli che erano meglio aggiustati sessualmente, erano meno abituali all'attività voyeuristica. Questa loro attività era estesa solo a estranei.[46] Essi risultarono essere figli unici o i più giovani e con poche sorelle. Avevano rapporti relativamente buoni con i genitori[47], ma non i genitori tra loro. Sia durante l'infanzia che l'adolescenza non avevano avuto donne come amiche. Pochi di essi erano sposati.

Dall'insieme dei dati risultò che la loro componente omosessuale era più forte di quella eterosessuale. Inoltre, apparvero aver avuto un alto record di crimini, soprattutto durante l'adolescenza, ma la maggior parte di questi crimini erano stati atti di voyeurismo o, occasionalmente, atti di esibizionismo.

3. Sadismo e masochismo

Non troviamo ricerche empiriche particolari sul comportamento sessuale, sulle caratteristiche della personalità ecc. dei sadici e dei masochistici. Sono stati soprattutto gli psicologi e gli psicoanalisti[48] che hanno discusso questi

45 P. H. GEBHARD e al., Sex offenders, New York 1965

46 Questo fatto viene sottolineato pure da altri autori (cfr. D. ALLEN, Exhibitionistic and voyeuristic conflicits in learning and functioning, Psychoanal.Q., 1967, 36, pp. 546 – 70; I. ROSEN, Pathology and treatement of sexual deviations, Londra 1967).

47 Cfr. pure J. L. RUBINS, Sexual perversion: some dynamic considerations. Am. J. Psychoanal., 1969, 29, pp. 94 – 105

48 Cfr. E. S. TAUBER, Reflection on sexual perversion, Contempor. Psychoanal., 1975, 11, pp. 1 – 14; H. S. FRIEDMAN, The masochistic character in the work of Edith Wharton, Sem. Psychiat., 1973, 5, pp, 313 – 29; C. FRIED, Icarianism, masochism, and sex differences in fantasy, J. Pers. Assess., 1971, 35, pp. 38 – 55; W. B. OBER, Carlo Gesualdo, prince of Venosa: murder, madrigals, and masochism, Bull. N. Y. Acad. Med., 1973, 49, pp. 634 – 45; D. ROY, Lytton Strachey and masochistic basis of homosexuality, Psychoanal. Rev., 1973, 60, pp. 579 – 84

fenomeni in termini generali; se hanno approfondito dei casi particolari, lo hanno fatto nell'ambito di una verifica di principi teoretici[49] o terapeutici.[50]

Nel nostro sguardo sul sadismo e sul masochismo, riassumeremo le varie descrizioni della sindrome, faremo dei riferimenti alle caratteristiche dei sadici e dei masochisti e concluderemo con la loro dinamica familiare.

a. Sindrome del sadismo, del masochismo e del sadomasochismo

Il masochismo viene definito come la perversione sessuale in cui la soddisfazione sessuale è procurata dall'essere maltrattato da un partner o da se stesso.

Il sadismo è definito come la perversione sessuale in cui la soddisfazione è procurata coll'infliggere pene e umiliazioni al partner.

Il sadomasochismo è definito come la relazione perversa in cui il godimento che una persona prova, tramite la sofferenza, e il godimento che l'altra persona prova, nell'infliggere pene, sono attrazioni importanti e complementari nella relazione delle persone coinvolte.[51]

Oltre a questo tipo di descrizione classica vi sono altre descrizioni più o meno simili, ma con sfumature più particolari.

Così c'è chi chiama sadismo la crudeltà per la ricerca del piacere sessuale e masochismo il suo concomitante.[52] Queste due varianti assommate danno il concetto di sadomasochismo. Le forme con cui queste perversioni sono

49 Cfr. M. De M'UZAN, A case of masochistic perversion and outline of a theory, Inter. J. Psychoanal., 1973, 54, pp. 455 – 67

50 Cfr. D. LERSON e al., A group treatment program for masochistic patients, Hosp. Comm. Psychiat., 1975, 25, pp. 525 – 8; D. HERMAN / M. C. NELSON, The treatment of psychosocial masochism, Psychoanal. Rev., 1973, 60, pp. 333 – 72

Per una visione generale storico-filosofico-antropologico-psicologica del sadomasochismo (cfr. G. ROTHMAN, The riddle of cruelty, Londra 1971). Per uno sguardo sintetico dei fattori teoretici e clinici del masochismo da un punto di vista eclettico, dello sviluppo del termine, delle concettualizzazioni psicoanalitiche, delle teorie interpersonali, della teoria sociale, della teoria dell'apprendimento e delle prospettive biologiche (cfr. R. L. SACK / W. MILLER, Masochism: a clinical and theoretical overview, Psychiatry, 1975, 39, pp. 244 – 57).

51 Cfr. W. J. GADPAILLE, Quiz, Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, pp. 79 – 93; A. M. FREEDMAN e al., Comprehensive textbook of psichiatry, Baltimora 1975, vol II, pp. 2594 – 2603, ed. 2.

52 Cfr. W. KURTH, Lustgewinn aus Grausamkeit, Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 513 – 6

espresse sono molteplici. W. KURTH parla anche di sadismo minore, che ha più o meno un ruolo nelle relazioni sessuali normali o è progettato nella sfera intelletuale. In questo caso esso trova espressione nei fenomeni quali la pornografia, in surrogati di esperienze religiose e nel maltrattamento dei bambini. Inoltre l'autore distingue pure un sadismo collettivo, e porta come es. il Nazismo, e un sadismo sublimato, per es, la chirurgia.

M. SHORE e coll.[53] ritengono che il termine masochismo è applicabile a diversi tipi distinti di pazienti. Essi, in base a un questionario distribuito a un gruppo di pazienti con disturbi psichiatrici, classificano tre tipi di masochisti in rapporto alle loro caratteristiche più salienti. Vi è il tipo vittima: persona che ha un rapporto intenso con un'altra persona, dalla quale è maltrattata fisicamente ed emozionalmente; vi è l'autodonatore: persona che si sacrifica in modo altruistico e cerca un autoannientamento; vi è il somatizzatore: persona che lamenta dolori fisici senza vera ragione dal punto di vista medico.

Infine si parla pure di masochismo morale, definito come il godimento causato dall'umiliazione. Esso è vissuto nell'autoaffermazione delle proprie incapacità adulte, nonostante il contrario, e nella dichiarazione di essere in balia del fato.[54]

b. Caratteristiche dei sadomasochisti

I. MARKS e coll.[55] riportano 5 casi di sadomasochisti, l'età dei quali andava dai 18 ai 57 anni. Tre di essi avevano tendenze sia sadiche che masochiste, uno era sadico e l'altro masochista. Due avevano cominciato a praticare la loro perversione prima della pubertà. Due erano sposati e uno fidanzato, mentre gli altri due non avevano mai avuto una ragazza. Tre avevano rappor-

53 M. SHORE e al., Patterns of masochism: an empirical study, Brit. J. Med. Psychol. 1971, 44, pp. 59 – 66

54 Cfr. H. G. GRAND, The masochistic defence of the "double mask": its relationship with imposture, Inter. J. Psychoanal., 1973, 54, pp. 445 – 54; D. A. BARBARA, Masochism in love and sex, Am. J. Psychoan., 1974, 34, pp. 73 – 9; S. PANKER, The joy of suffering, New York 1973, pp. 41 – 51

55 I. MARKS e al., Sexual deviants two years after electric aversion, Brit. J. Psychiat. 1970, 117, p. 174

ti eterosessuali, uno dei quali li praticava di solito in modo sadico. Tra i 5, tre avevano interessi omosessuali piuttosto forti. Tutti presentavano difficoltà interpersonali a causa della loro perversione.

J. BEREST[56] riporta un caso di sadismo di un giovane vedovo di 27 anni. Egli fu arrestato mentre indulgeva nelle sue pratiche sadiche con una bambina di 11 anni, che aveva rapito e condotta in un bosco. Dopo il suo arresto scrisse una confessione a forma di lettera, in cui descrisse i vari stadi dello sviluppo cronologico della sua perversione sadica: 1) stadio di sadismo ideale, immaginato già dall'età di 5 anni; 2) stadio di sogni ad occhi aperti, rappresentato da figure coinvolte in atti sadici, durante il quale il paziente si masturbava ed eiaculava; 3) stadio allo stato attuale, caratterizzato da pratiche sadiche reali (sadismo praticato sulla bambina che avrebbe finito con l'uccidere). A questa fase seguì un tentativo di suicidio.

Dai vari esami risultò che la sua intelligenza era al di sopra della media, non presentava sintomi psicotici, ma a causa del suo grave stato depresso, fu giudicato sull'orlo di una caduta psicotica. Mostrò inoltre una paura anormale per l'omosessualità. Il suo atteggiamento verso il sesso era associato a pene e a punizioni insieme a forti reazioni sadiche. Oltre a una immaturità di giudizio, nonostante la sua intelligenza, non manifestò alcun sentimento di rimorso o colpa.

Un caso complesso di masochismo viene riportato da M. De M'UZAN.[57] Si tratta di un individuo di 65 anni, che aveva cominciato il masochismo a livello di letture e d'immaginazione, prima dei 10 anni di età. Verso i 10 anni cominciò a praticare il masochismo in modo reale, dopo che si rese conto che cercava di essere punito corporalmente e sentiva una forte attrazione per l'urina. Nelle diverse pratiche masochistiche che subì da questa età in poi non gli furono risparmiati neppure i genitali. Spesso le sue richieste di crudeltà erano così inimmaginabilmente perverse e pericolose da spaventare i suoi stessi partners sia eterosessuali che omosessuali. A 25 anni sposò una cugina di 15 anni, pure lei masochista. Questa unione dette loro la possibilità di maltrattarsi a vicenda. Tuttavia, le torture non erano di solito inflitte dal marito o dalla moglie, ma da uno o due altri partners sadici, sempre uomini. La parte

56 J. J. BEREST, Report on a case of sadism, J. Sex Res., 1970, 6, pp. 210 – 19
57 M. De M'UZAN, "A case ", pp. 455 – 67

della vittima era condivisa equalmente tra moglie e marito. Allo stesso modo del marito, ella sopportava crudeltà così estreme da farsi più volte crocifiggere o sospendere per i seni con uncini. Essa morì a 23 anni, consumata dalle torture, in seguito ad una tubercolosi polmonare.

Il marito descriveva la moglie come una donna dolce e amabile, e il loro matrimonio, durato 8 anni, come una unione piena di reciproco affetto.

L'autore considera questo caso come un caso obiettivo di masochismo morale. Il paziente non praticava più la sua perversione da qualche tempo, conducendo una vita rispettabile e tranquilla.

Una categoria di perversione sadomasochista è la così detta schiavitù (bondage). In essa il piacere erotico è procurato per mezzo di umiliazioni, schiavizzazione, legamenti fisici ecc.

R. LITMAN e C. SWEARINGEN[58] riportano un piccolo gruppo di questo tipo di sadomasochisti. Essi erano tutti maschi, di razza bianca, appartenenti alla classe sociale media,che vivevano una vita apparentemente normale. Essi cercavano di procurarsi il piacere erotico nell'essere umiliati, legati e schiavizzati da un partner. Non fu in loro riscontrato alcun fattore familiare di interazione o esperienze infantili traumatiche, mentre presentavano sintomi di depressione frequente e ideazione o comportamento suicida. Avevano tendenze omossessuali che andavano sempre più rafforzandosi con l'età. Non tutti amavano le sofferenze. Senza uno scenario, molti di loro erano impotenti e incapaci a raggiungere l'orgasmo con la sola fantasia: oggetti feticcio o scenario erano indispensabili. Circa la metà assumevano un ruolo sadico, ma con riluttanza.

Un altro fenomeno con caratteristiche sadomasochistiche è quello che coinvolge uomini (o donne), che, per facilitare l'erezione o l'orgasmo nelle loro pratiche autoerotiche, praticano l'autoimpiccagione (self-hanging) o l'autosoffocazione (self-suffocation).[59]

58 R. L. LITMAN / C. SWEARINGEN, Bondage and suicide, Arch. Gen. Psychiat., 1972, 27, pp. 80 – 5
59 Cfr. H. RESNICK, Erotized repetitive hangings, Am. J. Psychother., 1972, 16, pp. 4 – 21; A. WIESMAN, Self-destruction and sexual pervesion, in E. SHNEIDMAN, (a cura di), Essays in self-destruction, New York 1967, pp. 265 – 99; F. GWOZDZ, The sexual asphyxias, Forensic Sci. Gaz., 1970, 1, pp. 2 – 3; J. I. COE, Sexual asphyxias in the female, J. Forensic Sci., 1975, 20, pp. 181 – 8; H. L. P. RESNICK / R. E. LITMAN, Erotized repetitive hangings, Read before the winter scientific of the American Academy of Psychoanalysis, 1970

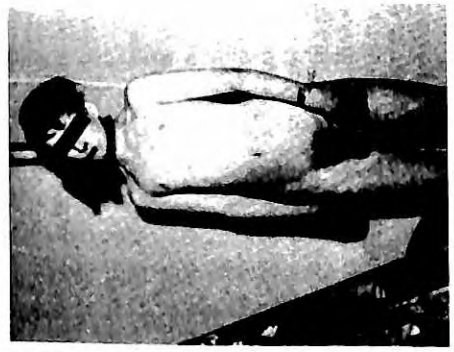
Durante queste pratiche possono verificarsi, incidentalmente, anche casi di morte. Questi casi vengono divisi in due gruppi:1) morte casuale durante attività autoerotica, di persone con persistenti disturbi fisiologici o patoanatomici.[60] (cfr. fig. 18) ; 2) morte causata da metodi speciali per ottenere la stimolazione sessuale.[61] In questo gruppo sono compresi la maggior parte dei casi.

Fig. 18

L'età delle persone coinvolte in queste pratiche può andare dal di sotto i 18 anni fino oltre i 60. Essi si trovano in ogni strato sociale. Di solito non hanno antecedenti penali, mostrano un comportamento pubblico ineccepibile, non lasciando trapelare nulla che faccia sospettare della loro perversione.

60 Cfr. H. GORMSEN, Retsmedicin, Copenhagen 1972, M. GREGERSEN, Autoerotische Todesfälle, Sexualmedizin, 1975, 4, pp. 690 – 7

61 M. GREGERSEN, "Autoerotische", pp. 690 – 7



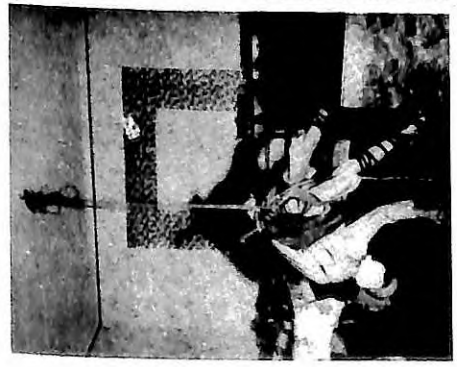


Fig. 19

L'incidenza dei casi conosciuti è piuttosto bassa, anche perché molti casi sfuggono a una analisi per accertarne le cause sessuali.

La personalità di questi inividui è complessa. La caratteristica fondamentale è il masochismo: stretti legami alle gambe, alle braccia, al collo, per mezzo di corde, cinghie di pelle o di gomma o di metallo. Le tecniche sono varie e raffinate; transvestitismo: uso di biancheria intima del sesso opposto; fotoerotomania: fotocamere piazzate in loco per riprendere l'atto; pornografia: uso di libri, riviste erotiche a contenuto masochistico; uso di narcotici e droghe. (Cfr. fig. 19).

c. Dinamica familiare dei sadomasochisti

Sono assenti ricerche sulla dinamica familiare dei sadomasochisti, mentre vi è molta speculazione in campo psicoanalitico.

Dalla descrizione dei vari casi si può soltanto dire che alcuni di questi individui hanno avuto una vita affettiva e contatti fisici piuttosto poveri nell'ambito familiare.[62] Altri, fin dall'infanzia, a causa di punizioni fisiche ricevute dai genitori o da tutori o da altri (maestri di scuola, compagni di gioco, o estranei), hanno associato punizione con sesso[63], fino a diventare una parte inconscia della loro personalità. Di solito i sadomasochisti descrivono il padre come un tipo severo e seduttivo in materia sessuale[64], oppure egli stesso masochista.[65]

4. Stupro

Nella descrizione dello stupro ci occuperemo della sindrome, dell'età e dei tipi di stupratori, delle loro caratteristiche psicologiche, degli studi sociologici sugli stupratori, della loro patologia, dello stupro di gruppo e delle mogli degli stupratori.

62 Cfr. E. S. TAUBER, Reflection on sexual perversion, Contempor. Psychol. 1975, 11, pp. 1 – 14

63 Cfr. J. J. BEREST, "Report", p. 218; H. G. GRAND, "The masochistic", pp.445 – 54

64 M. F. SHORE e al., "Patterns", p. 62

65 M. De M'UZAN, "A case", pp. 455 – 67

a. Sindrome dello stupro

Lo stupro viene definito come il rapporto sessuale fra due persone, una delle quali usa la violenza fisica o l'intimidazione per ottenere quel rapporto.

Di solito lo stupro è una violenza eterosessuale, ma può essere anche omosessuale, in questo caso è praticato soprattutto nelle prigioni e negli ospedali. Lo stupratore, soprattutto delle prigioni, non si considera spesso omosessuale, ma considera la vittima come un omosessuale passivo.[66] Tuttavia, la maggior parte delle investigazioni si sono occupate quasi esclusivamente dello stupro eterosessuale, e nella nostra descrizione ci occuperemo appunto di questo.
Dal punto di vista legale si distingue lo stupro forzato dallo stupro statutario, in cui uno degli individui coinvolti è al di sotto dell'età giuridica stipulata.[67] Di quest'ultimo ci occuperemo nel paragrafo della pedofilia.

b. Incidenza dello stupro

Negli USA su 100.000 abitanti si compiono almeno 30 stupri all'anno.[68] Molto alta è pure la sua incidenza in Inghilterra e in Europa. Da molti viene constatato che lo stupro sta aumentando.[69] Si sottolinea anche che i casi riportati non riflettono neppure un terzo degli stupri effettivamente commessi.[70]

66 R. L. SADOFF, Sex and law, in A. M. FREEDMAN e al. (a cura di), "Comprehensive textbook", vol. II, p. 1598

67 Cfr. D. CHAPPELL e al., Forcible rape: bibliography, J. Crim. Law Criminol., 1974, 65, p. 248; C. A. RINGROSE, Sociological, medical and legal aspects of rape, Crim. Law Q., 1975, 17, pp. 440 – 5

68 Cfr. U. S., Bureau of census, statistical abstract of the United States, Washington, DC, 1974

69 Cfr. S. FELDMAN-SUNMERS / K. LINDNER, Reception of victims and defendants in criminal assault cases, Criminal Justice and Behavior, 1976, 3, pp. 135 – 49; A. M. SCACCO, Rape in prison, Springfield 1975

70 Cfr. S. FELDMAN-SUMMERS / K. LINDNER, "Perception", pp. 135 – 49

c. Età degli stupratori

In Canadà l'età degli stupratori va dai 20 ai 24 anni.[71] Negli USA la maggior parte degli stupratori sono al di sotto dei 30 anni.[72] Per l'Europa non si conoscono dati, poiché mancano ricerche a riguardo.

d. Tipi di stupratori

Nell'indagine sullo stupro si è cercato di distinguere anche vari tipi di stupratori[73], come pure della vittima.[74]

R. MONROE[75] distingue due tipi di stupratori, quelli che compiono un atto singolo esplosivo (atto episodico incontrollabile) e quelli la cui violenza privata è caratterizzata da molti episodi incontrollabili. Nel primo caso l'individuo compie l'aggressione senza una chiara motivazione, senza una completa deliberazione e pieno intendimento. Prima e dopo la violenza il suo comportamento è normale. A causa dell'intensità dell'emozione, il suo impulso a compiere l'aggressione ha carattere imperativo.

Nel secondo caso, l'individuo ha un impulso iniziale, un sospetto o una supposizione, che diviene la sua conclusione finale. A questo individuo il mondo appare discontinuo e incostante, una serie di opportunità, tentazioni, frustrazioni, esperienze sensuali ed espressioni frammentarie.[76] Il suo comportamento impulsivo è un ego-sintonico.

71 Cfr. C. BARRIGA e al., Young adult offenders — Ages twenty to twenty-four, Can. Psychol. Ass. J., 1971, 6, pp. 33 – 40

72 F. A. HENN e al., Forensic psychiarty: profiles of two types of sex offenders, Am. J. Psychiat., 1976, 133, pp. 694 – 6; J. M. MAcDONALD,Rape: offenders and thei victims, Springfield 1971

73 E. SCHORSCH,Sexualstraftäter, Stoccarda 1971; R. LUTHE, Psychiatrische Probleme der Sexualdelinquenz, Mschr. Krim. Strafrechtsref., 1969, 52, p. 314; H. WITTER, Die forensische Beurteillung der sexualdelikte — Notzucht und Gewaltunzucht, Handbuch der forensischen Psychiatrie, 1972,2, p. 1057

74 Cfr. C. AMELUNXEN, Viktimologie, Forschr. Med., 1972, 90, p. 563; E. A. FATTAH,Towards a criminological classification of victims, Int. Crim. Pol. Rev., 1967, 22, p. 162; C. HARTMANN / J. RINDFLEISCH, Notzuchtdelikte, I, Sexualmedizin, 1976, 9, pp. 655 – 8; J. RINDFLEISCH / C. HARTMANN, Notzuchtdelikte, II, Sexualmedizin, 1976, 10, p. 721

75 Cfr. R. R. MONROE,Episodic sexual disorders, Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, p. 50 – 64

76 Cfr. SHAPIRO, Neurotic styles, New York 1965

Questo individuo giustifica il suo atto in modo razionale e senza rimorso.

R. MOROE[77] definisce gli atti di questo tipo di pazienti come reazioni episodiche. La loro parsonalità è caratterizzata da disturbi psicotici nevrotici sociopatici e fisiologici. I maccanismi patofisiologici e patopsicologici non sono in essi contraddittori, ma complementari.

K. SOOTHILL e coll.[78] distinguono invece tre tipi di stupratori. Nel primo tipo sono comprese quelle persone per le quali lo stupro è un fatto del tutto accidentale di una personalità aggressiva, (nell'acquisizione di proprietà o in relazione a uomini e a donne). Il loro comportamento, oltre a essere complicato, è spesso aggravato dall'ubriachezza. Può accadere che essi non compiano altri stupri.

Nel secondo tipo sono comprese quelle persone, che compiono lo stupro su individui al di sotto di 15 anni. Esse sarebbero più numerose di quanto si è soliti pensare. Sebbene questi individui non compiano altri stupri, possono ripetere atti pedofili.

Nel terzo sono incluse persone dalle caratteristiche miste e varie. Per esse lo stupro costituisce un atto relativamente isolato. Tra di loro sono compresi giovani inibiti e frustrati, i quali cercano di superare le proprie difficoltà per mezzo di un atto violento; aggressori pericolosi e pervertiti o sadici, che possono terminare l'aggressione con un omicidio.

e. Caratteristiche psicologiche degli stupratori

Gli studi psicologici fatti sugli stupratori hanno un carattere molto eterogeneo, per cui non è facile integrare i loro risultati.

Dati clinici suggeriscono che l'intelligenza degli stupratori tende a essere bassa.[79] Questi risultati sono stati confermati da varie investigazioni, in cui si è indagato sul QI di carcerati stupratori rispetto a non stupratori.[80] Gli

77. R. R. MONROE, Episodic behavior disorders, Cambridge 1970

78 K. L. SOOTHILL e al., Rape: a 22 jr. cohor study, Med. Sci. Law, 1976, 16, pp. 62 – 9

79 Cfr. J. RANDELL, Sexual variations, Londra 1973

80 Cfr. N. S. GOLDNER, Rape as heinous but understudied offense, J. Crim. Law Crim. Pol. Sci., 1972, 63, pp. 402 – 7; I. KARANCAN e al., Nocturnal penile tumescence and sleep of convincted rapists and other prisoners, Arch. Sex. Beh., 1973, 3, pp. 19

stupratori risultarono avere un QI più basso del gruppo di controllo. Altri autori non hanno trovato invece che gli stupratori differivano in modo significativo per il QI dal gruppo di controllo, come pure al test di Rorschach.[81]

G. KERCHER e C. WALKER[82] esaminarono le reazioni a stimoli sessuali e non sessuali di un gruppo di stupratori e di altri condannati per crimini non sessuali. Le reazioni del volume del pene non furono differenti nei due gruppi. Mentre gli stupratori risultarono più alti nel G. S. R. (galvanic skin responses) agli stimoli eterosessuali e valutarono tali stimoli meno eccitanti in paragone al gruppo di controllo. Gli autori concludono che questi stimoli erano spiacevoli e sgraditi agli stupratori, e che essi non erano capaci di ricavare un piacere vicario dalla pornografia (petting eterosessuale, fellatio e coito eterosessuale).[83]

M. GOLDSTEIN e coll.[84] hanno dimostrato che il grado di esperienza pornografica dei deviati, compresi gli stupratori, era inferiore al gruppo di controllo, e ciò sia durante l'adolescenza sia durante la vita adulta. Tuttavia gli stupratori, durante l'adolescenza si erano masturbati con la stessa frequenza del gruppo di controllo e si erano eccitati col materiale erotico più degli omosessuali e dei transessuali. Durante la vita adulta invece questi fenomeni tra gli stupratori diminuivano, mentre tra gli omosessuali salivano.

KARACAN e coll.[85] riportano che un gruppo di stupratori carcerati esibivano evidenti cambiamenti nell'NPT (nocturnal penile tumescence) e caratteristiche dell'EEG del sonno pari al gruppo di controllo, ma differenze significative all'MMPI. Inoltre gli stupratori mostravano una diminuzione significativa del 'sonno profondo' (deep sleep).

Gli autori ritengono come probabili cause di questi cambiamenti, i fattori psicologici e gli stress associati alla situazione del carcere.

– 25,; C. F. RUFF / D. L. TEMPLER, The intelligence of rapists, Arch. Sex. Beh., 1976 5, pp. 327 – 9

81 W. C. PERDUE / D. LESTER, Personality characteristics of rapists, Percept. Motor Skills, 1972, 35, p. 514

82 G. A. KENCHER / C. E. WALKER, Reaction of convincted rapists to sexually explicit stimuli, J. Abnor. Psychol., 1973, 81, pp. 46 – 50

83 Cfr. J. D. HAIN / F. M. LINTON, Psychological response to visual sexual stimuli, J. Sex Res., 1969, 5, pp. 292 – 303

84 M. GOLDSTEIN e al., Experience with pornography: rapists, pedophiles, homosexuals, transsexuals and controls, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 1 – 15

85 I. KARACAN e al., "Nocturnal Penile", pp. 19 – 25

f. Studi sociologici sugli stupratori

GOLDNER[86] nota che i casi di stupro statutario sono più frequenti dei casi di stupro forzato e che l'incidenza dello stupro forzato aumenta con la grandezza della città. Egli riporta pure stupri di donne, ma fatti solo su bambini. McDONALD[87] ritiene che le donne che assistono allo stupro, possono essere considerate anche compartecipanti allo stupro.

D. CHAPPELL e coll.[88] paragonarono stupratori di Boston e di Los Angeles. In ambo le città la frequenza degli stupratori giovani sposati era alta. In Los Angeles gli stupri venivano compiuti soprattutto durante il weekend, il più spesso in gruppo, con vittime meno estranee e più giovani; più in "pick-up" (auto e bars). In Boston invece gli stupri erano più frequenti durante l'estate. Le vittime avevano subito più maltrattamenti.

M. AMIR[89] riporta abbondanti dati sugli stupri compiuti in Filadelfia tra il 1958 – 60. Egli rileva che lo stupro era più comune tra i negri che tra i bianchi (sia come aggressori che come vittime); molti stupri erano interrazziali; l'età dell'aggressore e della vittima andava dai 16 ai 19 anni, ma le vittime tendevano a essere più giovani degli aggressori. Gli stupratori appartenevano più alle classi sociali basse. Gli stupri erano più frequenti in luglio e agosto, durante il weekend, specialmente il sabato di sera dalle 8 p.m. alle 2 a.m. L'82% sia delle vittime che degli aggressori abitavano nelle stesse zone. Gli aggressori avevano incontrato la vittima spesso in strada(48%) o in casa della vittima (26%). Molti stupri erano stati progettati precedentemente (71%) contro pochi compiuti per impulso (16%). Nell'58% dei casi era stata usata la forza fisica, nel 35% vi erano state percosse e soffocamento, nel 42% la minaccia, nel 25% la coercizione, nel 21% l'intimidazione con arma da fuoco e nel 21% l'adescamento. Il 55% delle vittime non aveva posto resistenza, mentre il 27% lo aveva fatto e il 18% aveva trovato scampo nella fuga. L'autore nota che più era stata usata la forza fisica più la vittima aveva posto resistenza.

86 N. S. GOLDNER, "Rape as", pp. 402 – 7

87 J. McDONALD, Rape, Springfield 1971

88 D. CHAPPELL e al., Forcible rape, in J. HENSLIN (a cura di), Studies in the sociology of sex, New York 1971, pp. 169 – 90

89 M. AMIR, Patterns in forcibles rape, Chicago 1971

Nel 42% degli stupri, aggressori e vittima erano estranei, nel 14% si conoscevano già (erano parenti o amici). Lo stupro di gruppo era molto frequente. Nel 53% dei casi erano stati praticati fellatio, cunilingus o rapporto anale e nel 43% vi erano stati rapporti multipli.

S. KIRK[90] paragonò stupratori bianchi e negri. I negri avevano avuto rapporti più convenzionali con la vittima (adulta, uomo-donna, rapporti vaginali); mentre i bianchi erano stati meno convenzionali (vittima più giovane, alta proporzione di rapporti omosessuali, più fellatio, cunilingus e più rapporti anali). D'altra parte i negri avevano usato più la forza dei bianchi.

L'autore ritiene che queste differenze erano dovute soprattutto alla classe sociale (i negri appartenevano alla classe più bassa) che a differenze razziali.

HARTMANN e RINDFLEISCH[91] condussero una investigazione tra gli stupri (n.150) compiuti dal 1960 al 1972 nell'area sud di Hessen, in Germania Occidentale. Essi distinguono tre tipi di stupratori in base alle relazioni stupratore-vittima.

Nel 90% dei casi lo stupratore abitava o lavorava nelle vicinanze della casa della vittima. Il 74,4% delle vittime non conoscevano lo stupratore e il 27,3% lo avevano visto qualche volta di sfuggita.

La vittima era stata di solito aggredita da un solo stupratore; nel 44% dei casi lo stupro era stato una "dolce violenza" (überfallsartige, allo stesso modo pure nel 64% dei casi riportati da SCHORSCH[92] e nel 16% da AMIR.[93] La forza fisica era stata usata nel 55% dei casi, contro l'85% in AMIR.[94] Gli autori sono d'accordo con quest'ultimo nel ritenere che più sono intimi i rapporti di conoscenza tra aggressore e vittima, più è la violenza o la resistenza.

Dall'investigazione risultò pure che un terzo dei casi era stato impulsivo; in un altro terzo, tra aggressore e vittima, vi era stato un precedente contatto

90 S. A. KIRK, The sex offenses of blacks and whites, Arch. Sex. Beh., 1975, 3, pp. 295 – 302
91 G. HARTMANN / J. RINDFLEISCH, "Notzuchtdelikte", pp. 655 – 8
92 E. SCHORSCH, Sexuellestraftäter, Stoccarda 1971
93 M. AMIR, Victim precipitated forcible rape, J. Crim. Law Crim. Pol. Sci., 1967, 58, p. 493
94 M. AMIR, ibidem

erotizzante (erotisierende); il 18% era stato progettato e nel 16% l'aggressore aveva approfittato di una situazione a lui favorevole.

Gli autori notano che vi è un rapporto stretto tra stupro e tipo di relazione, precedente al fatto, tra vittima e aggressore.

W. BUCKLICK[95] riporta che tra vittima e aggressore vi era stato più o meno un rapporto precedente; in AMIR[96], nel 53% dei casi vi era stato un rapporto precedente tra aggressore e vittima.

GLATZEN[97] nota che quando l'aggressore non conosce la vittima, lo stupro è impulsivo, mentre se non la conosce, lo stupro viene di solito progettato. In AMIR[98], il 71% dei casi era stato progettato quando tra vittima e aggressore vi era stato un precedente rapporto intimo, e nel 53% la vittima aveva posto resistenza. Egli chiama questi "casi di vittime imprudenti" (victim -precipitated cases). In HARTMANN e RINDFLEISCH[99], questi casi sono circa un terzo: in 10 il contatto erotizzante tra vittima e aggressore era stato tale che la vittima aveva compiuto il rapporto sessuale in modo volontario, per cui gli autori definiscono queste vittime "false vittime".

g. Patologia degli stupratori

In HENN e coll.[100], gli stupratori presentavano una storia precedente antisociale, ma non presentavano malattie gravi mentali (come psicosi, disordine del pensiero o delusioni). Lo stesso profilo di personalità viene tracciato da McDONALD[101]. Su 30 stupratori McCALDON[102] riscontrò che circa la metà presentava una personalità antisociale. P. GEBHARD e coll.[103] trovarono che solo meno dell'1% erano psicotici. AMIR[104] trovò che il 24% degli

95 W. KUKLICK, Notzuchts-Kriminalität in Hamburg, Amburgo 1970
96 M. AMIR, ibidem
97 F. GLATZEN, Zur Victimologie der Notzucht, Saarbrücken Med. Dis., 1970
98 M. AMIR, ibidem
99 G. HARTMANN / J. RINDFLEISCH, "Notzuchtdelikte", p. 658
100 F. HENN e al., "Forensic psychiatry", pp. 694 – 6
101 J. M. McDONALD, "Rape", ibidem
102 R. J. McCALDON, Rape, Candian J. of Correction, 1967, 9, pp. 37 – 46
103 P. GEBHARD e al., Sex offenders, New York 1965
104 M. AMIR, "Patterns", ibidem

stupratori avevano fatto uso di alcol prima dell'aggressione, mentre in R. RADA[105] la percentuale era del 50%

HENN e coll. concludono che la psicosi non è una predisposizione allo stupro. I loro dati, e altri dati clinici, suggeriscono che l'incidenza di psicosi tra gli stupratori è più bassa di quella della popolazione generale.[106]

h. Stupro di gruppo

Lo stupro di gruppo coinvolge due o più persone, le quali si sono accordate precedentemente sui principi da seguire nella loro aggressione collettiva.[107]

La sua incidenza in AMIR[108] è del 43%, in SCHORSCH[109] del 14% e in RINDFLEISCH e HARTMANN[110] del 10%.

Di solito è un leader che mette in atto il piano, al quale è concesso il privilegio di avere il primo rapporto con la vittima.

Il gruppo che commette lo stupro non è costituito da un insieme di stupratori convenuti per l'occasione, ma è un gruppo che stupra.

Questo gruppo, a parere di psichiatri, dà prove simboliche di omosessualità tramite il suo coinvolgimento sessuale con il medesimo oggetto e nel disprezzo dei tratti femminili.

La vittima dello stupro di gruppo comprende due specie di persone: 1) la ragazza o la donna di cattiva reputazione, la quale per varie ragioni spesso non si lamenta della violenza subita; 2) la ragazza o la donna che è coinvolta per sua inavvertenza, cioè perché si trova in luogo e in tempo sbagliato.

Lo stupro di gruppo pare sia più frequente durante il weekend.[111] I partecipanti hanno di solito un alto record d'uso d'alcol e antecedenti criminali.[112]

105 R. T. RADA, Alcoholism and forcible rape, Am. J. Psychiat., 1975, 132, pp. 444 – 6

106 F. A. HENN e al., ibidem, p. 696

107 Cfr. G. GEIS, Group sexual assault, Med. Asp. Hum. Sex., 1975, 5, pp. 101 – 13

108 M. AMIR, ibidem

109 E. SCHORSCH, Sexualstraftäter, Stoccarda 1971

110 J. RINDFLEISCH / G. HARTMANN, Notzuchtdelikte, Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 721 – 4

111 Cfr. M. AMIR, ibidem

112 Ibidem

i. Mogli degli stupratori

T. GARRETT e R. WRIGHT[113] fecero un'investigazione tra le mogli degli stupratori e dei soggetti che avevano commesso incesti. Le mogli degli stupratori risultarono avere qualche anno d'istruzione in più del marito. Sette su 11 tenevano a sottolineare questo fatto; 7 erano di qualche anno più giovani e 4 di qualche anno più anziane dei rispettivi mariti. Esse ritenevano pure di aver avuto una educazione migliore (più sentimenti religiosi, più affetto ecc.) di quella dei mariti, dei quali sottolineavano le instabilità dei rapporti nella famiglia del marito.

Nove ritenevano che il marito aveva commesso l'aggressione, che aveva causato l'ospitalizzazione psichiatrica; una riteneva che l'atto era stato consensuale tra marito e vittima,e l'altra riteneva che il marito non aveva commesso lo stupro.

Tutte dichiaravano di essere state sorprese dall'atto compiuto dal marito, sebbene sapessero che il marito aveva precedenti dello stesso crimine. Nessuna riteneva che l'atto del marito aveva avuto ripercussioni negative nell'ambito del proprio matrimonio, anzi alcune di esse dichiaravano che le relazioni si erano maggiormente intensificate.

Sei pensavano che lo stupro del marito aveva avuto ripercussioni sociali negative, ma non conseguenze psicologiche. Solo una notava che il fatto aveva avuto qualche effetto sui figli. Solo una incolpava apertamente il marito per l'aggressione, e se anche la maggioranza di esse esprimevano qualche simpatia per la vittima, molte erano pure quelle che davano colpa anche alla vittimma.[114]

113 T. B. GARRETT / R. WRIGHT, Wives of rapists and incest offenders , J. Sex Res., 1975, 11, pp. 149 – 57

114 Vari autori ritengono che non è raro il caso in cui la vittima è una complice (cfr. R. SLOVENKO,Statutory rape, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 155 – 64; G. GEIS, "Group sexual", pp. 101 – 13).

E' stato trovato che la responsabilità della vittima è in rapporto alla sua rispettabilità e che come diminuisce la rispettabilità della vittima, così diminuisce l'impatto del crimine percepito dalla vittima. La condizione di rispettabilità viene classificata come segue: donna sposata, vergine nubile, nubile non vergine, donna divorziata, prostituta. Inoltre la percezione della gravità dello stupro da parte della vittima è in rapporto alla sua identità di genere (cfr. S. FELDMAN-SUMMERS / L. LINDNER, Perception", pp. 135 – 49).

Queste donne non mostravano né colpa nè vergogna per l'atto commesso dal marito. Gli autori concludono che l'atto di aggressione del marito costituiva per le mogli una leva utile, con la quale esse, in seguito, potevano farsi una posizione di dominio morale e sociale nei confronti del marito.

B. Perversioni di oggetto

Le perversioni di oggetto esprimono la scelta dell'oggetto che fornisce la stimolazione sessuale o per mezzo del quale uno si stimola sessualmente.

Quando una perversione implica sia una scelta di modo che una scelta di oggetto, si è soliti indicarla come perversione di oggetto.

Tra le perversioni di oggetto vengono elencate: il feticismo, l'incesto, la pedofilia e la zoofilia o la bestialità.

1. Feticismo

Il concetto di feticismo è stato studiato con prospettive piuttosto ampie, per cui le conclusioni che se ne traggono sono poche omogenee e qualche volta vaghe. Non ci sono ricerche empiriche sull'argomento, mentre si riportano diversi casi clinici, sui quali si specula ampiamente.

Nella nostra descrizione del feticismo, daremo uno sguardo alla sindrome e alle caratteristiche del feticismo, alla dinamica e alle caratteristiche della personalità dei feticisti.

a. Sindrome del feticismo

Il feticismo è lo stato in cui un oggetto costituisce la sorgente primaria per il raggiungimento della soddisfazione sessuale.[115] L'oggetto può essere

115 Cfr. A. W. EPSTEIN, The fetish object: phylogenetic consideration, Arch. Sex. Beh., 1956, 4, pp. 303 – 8; R. L. SADOFF, Other sexual deviations, in A. M. FREEDMAN e al. (a cura di), Comprehensive", vol. II, pp. 1540 – 1; D. LESTER, "Unusual", p. 158

animato o inanimato, appartenente o no a una persona particolare. Tra i vari oggetti feticci vengono elencati: scarpe o stivali, calze, fazzoletti, guanti, bavagli o pannolini di bambini, pantaloni, seni o piedi della donna, piedi storpi ecc.[116]

Alcuni autori estendono il concetto di feticismo molto in là della descrizione data sopra. C'è chi considera che l'omosessuale ha come feticcio il pene.[117] Altri ancora ritengono che il feticcio è solo parte della struttura complessa di un carattere perverso, il quale ha altre perversioni, quali sadismo, voyeurismo ecc. Perciò, secondo questi autori, il feticcio non costituisce una sindrome a sé, ma fa parte di una sindrome più vasta denominata sindrome perversa.[118] Altri vedono l'attaccamento dei bambini a particolari oggetti, quali la bottiglia del latte, o bambole, come feticcio.[119] In questi casi i bambini usano l'oggetto feticcio per masturbarsi. Tuttavia, qualcuno osserva che questi non sono da considerarsi casi di feticismo[120], ma fenomeni o oggetti transizionali, che l'infante usa per lenire il trauma del divezzamento e della separazione dal corpo materno (specialmente dai seni). Questi fenomeni sarebbero universali e non patologici, mentre l'oggetto feticcio sarebbe un oggetto transizionale che può persistere durante la vita adulta e che sarebbe legato in modo deludente alla scena primaria (primal scene), che ha per oggetto i seni materni o il fallo del padre.[121]

116 Cfr. H. LIHN, Fetishism: a case report, Inter. J. Psychiat., 1970, 51, pp. 351 – 8; M. F. BETHELL, A rare manifestation of fetishism, Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 301 – 2; W. L. MARSHALL, A combined treatment approach to the reduction of multiple fetish-related behaviors, J. Consult. Clin. Psychol., 1974, 42, pp. 613 – 16; J. J. BEREST, Fetishism, three cases history, J. Sex Res., 1971, 7, pp. 237 – 9; A. PETO, The etiological significance of the primal scene in perversions, Psychoanal. Q., 1975, 44, pp. 177 – 9o; I. M. MARKS, Phylogenesis and learning in the acquisition of fetishism, Dan. Med. Bull., 1972, 19, pp. 307 – 10

117 M. KHAN, Foreskin fetishism and its relation to ego pathology in a male homosexual, Inter. J. Psychoanal., 1965, 46, pp. 185 – 90

118 Cfr. H. LIHN , "Fetishism", pp. 351 – 8

119 Cfr. H. ROIPHE / E. GALENSON, Object loss and early sexual development, Psychoanal. Q., 1973, 42, pp. 73 – 90; idem, Early genital activity and the castration complex, Psychoanal. Q., 1972, 49, pp. 334 – 47; E. GALENSON / H. ROIPHE, The impact of the early sexual discovery on mood, defensive organization, and symbolization, Psychoanal. Study Child, 1971, 26, pp. 195 – 216

120 C. R. BAK, Distortion of the concept of fetishism, Psychoanal. Stady Child., 1974, 29, pp. 447 – 56; cf4. pure P. GREENACRE, The transitional object and the fetish, Inter. J. Psychoanal., 1970, 51, pp. 447 – 56

121 Cf . A. PETO, "The etiology", 177 – 90

Su questa linea si afferma che tra feticcio e oggetto transizionale vi è un rapporto essenziale, o come alcuni si esprimono "un oggetto genetico"[122], e altri parlano di qualità filogenetiche allo stesso modo che ontogenetiche.[123]

b. Caratteristiche del feticismo

Nell'adulto il feticcio appare in forma concreta, o fantastica, come condizione dell'eccitazione sessuale e del compimento dell'atto masturbatorio o del rapporto sessuale.[124]

Dai vari casi riportati possono essere formulate le seguenti caratteristiche del feticismo: 1) il feticismo si esprime per mezzo di una cosa inanimata in presenza o no dell'oggetto sessuale[125]; 2) tramite una parte del corpo dell'oggetto non direttamente connesso con l'atto sessuale, come cibo, mani, ecc.; 3) è realizzato mediante una procedura ritualistica obbligatoria che introduce e completa il rapporto sessuale, per es. il taglio dei capelli, o la presenza costante di una particolare donna nelle vicinanze[126]; 4) il fetticcio è a volte necessario come supporto al rapporto etero o omosessuale[127]; 5) il feticcio comincia di solito durante l'adolescenza[128]; 6) il feticcio può essere associato ad altri disturbi[129], per es. alla cleptomania[130], o a deviazioni sessuali, per es. al transvestitismo, o a perversioni, per es. al voyeurismo, esibizionismo o masochismo[131]; 7) il feticcio è durevole, inanimato, immobile e capace di rimanere intatto fuori del corpo.[132]

122 H. ROIPHE / E. GELENSON, Some observations in transitional object and infantil fetish, Psychoanal. Q., 1975, 44, pp. 205 – 32
123 A. W. Epstein, "The fetish", p. 303
124 Cfr. C. R. BAK, "Distortion", p.191
125 Cfr. P. KÖNIG, Verhaltestherapie sexueller Deviationen, Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 106 – 8
126 Cfr. H. LIHN, "Fetishism", p. 351
127 A. PETO, "The etiological", pp. 177 – 90; M. BETHELL, "A rare", p. 351;
128 Cfr. W. L. MARSHALL, "A combined", p. 613 – 6; H. LIHN, "Fetishism", p. 351
129 Cfr. W. L. MARSHALL, ibidem; J. J. BEREST, "Fetishism", p. 237
130 M. F. BETHELL, ibidem, p. 301
131 H. LIHN, ibidem, p. 351
132 Cfr. C. W. SOCARIDES, The development of fetishistic perversion, J. Am. Psychoanal. Ass., 1960, 8, pp. 281 – 311

c. Dinamica e caratteristiche della personalità dei feticisti

Secondo una stretta definizione clinica, il feticismo sarebbe soltanto una perversione dell'uomo, tuttavia si riportano anche casi di donne, sebbene rari.

G.ZAVITZIANOS[133] riporta due casi di feticismo femminile. In uno dei casi, una ragazza, dopo aver superato il feticismo e l'esibizionismo, sviluppò una sindrome che l'autore chiama 'omovestismo' (homovestism): la paziente indossava vesti appartenenti a persone dello stesso sesso, ma senza più masturbarsi. Essa viene descritta come psicotica del tipo impostore, crudele con animali e bambini (masturbava bambini, ma non bambine), diceva bugie ed era sessualmente promiscua. La caratteristica più rilevante del suo comportamento delinquente era la cleptomania: rubava oggetti a donne sposate, o gravide, che ammirava e imitava. L'atto del rubare la eccitava.

Questa ragazza era stata masturbata dalla madre fin dall'infanzia e aveva assistito per tre anni ai rapporti sessuali tra i genitori.

Questi eventi particolari vissuti nella prima infanzia sono considerati come eventi traumatici essenziali allo sviluppo della dinamica del feticismo. Il feticista, cioè, rifletterebbe la personalità patologica di uno o di ambo i genitori: una madre offre il suo piede al bambino perché lo accarezzi; ambidue col tempo ne traggono piacere e con l'età il ragazzo ritualizza questo gioco per la sua gratificazione sessuale.[134] Più o meno la stessa dinamica riflette il feticismo di un ragazzo di 16 anni: da bambino il padre lo prendeva nel letto per farlo giocare con i suoi piedi; più tardi questo ragazzo sviluppò il feticismo dei piedi e dell'odore relativo.[135]

La personalità del feticista può essere caratterizzata da forte patologia: infantilismo psicosessuale, psicopatia, schizofrenia paranoica e ossessione.[136]

Le fantasie e il comportamento dei feticisti sono visti come compulsivi.[137] L'individuo evita di solito i legami romantici e il rapporto sessuale, preferen-

133 G. ZAVITZIANOS, Homovestism: perverse form of behavior involving wearing clothes of the same sex, Inter. J. Psychoanal., 1971, 53, pp. 471 – 7
134 Cfr. R. DICKES, Psychodynamics of fetishism, Med. Asp. Hum. sex., 1970, 53, pp. 39 – 52
135 Cfr. A. PETO, "The etiological", pp. 177 – 90
136 Cfr.J. J. BEREST, "Fetishism", p. 237; W. L. MARSHALL, "Combined", p. 613
137 Cfr. W. L. MARSHALL, "A combined", p. 613

do a questo la masturbazione. Di fatto egli è capace di entrare in intimità con l'oggetto feticcio, ma non con ciò che lo simbolizza.[138]

Da un complesso di casi si deduce che, nella dinamica dello sviluppo della personalità del feticista, un grande ruolo lo ha la seduzione[139] e la minaccia dell'olfatto. Alcuni feticisti richiedono che il loro oggetto feticcio abbia l'odore disgustoso che richiama quello del corpo sporco, sudaticcio. Il più importante di quest'odore è di origine fecale, il quale riveste un significato essenzialmente libidinoso.[140] Altri elementi importanti sono l'urina[141] e il sangue mestruale[142], sebbene in grado minore.

138 Cfr. Z. A. AARONS, Fetish, fact and fantasy: a clinical study of the problems of fetishism, Inter. J. Psychoanal., 1975, 2, pp. 199 – 230

139 Cfr. A. PETO, ibidem

140 Cfr. R. DICKES , "Psychodynamic", pp. 39 –52; A. PETO, The olfactory forerunner of the superego. Its role in normality, neurosis, and fetishism, Inter. J. Psychoanal., 1973, 54, pp. 323 – 30

141 H. LIHN, "Fetishism", p. 351

Riportiamo un caso di feticista di 25 anni. Egli ha sviluppato tutto un rituale nella sua pratica, il quale consiste in ciò: in un primo tempo invita il partner a spogliarsi dei pantaloni (che devono essere blues-jeans), che annusa e lecca sulla parte che ha avuto contatto con gli organi genitali; poi gli chiede il permesso di baciargli e leccargli i piedi. Dopo circa 5 minuti che sta lì ad annusare e a leccare i piedi, si mette in bocca gli slip del partner, preferibilmente sporchi. In fine chiede al partner d'impregnare le sue calze o gli slip di urina, che appallotolateli ben bene se le infila in bocca.

Durante questo rituale, eccitato dall'odore, si masturba, e in genere raggiunge l'orgasmo allorchè mette in bocca gli slip o le calze del partner impregnate di urina. In cambio egli gliene dà uno nuovo, ritenendosi quelli sporchi, che utilizza per eccitarsi ancora una volta quando è solo, ricorrendo allo stesso tempo con la fantasia alla scena originale.

Questo individuo afferma di essersi reso conto di essere stato eccitato dall'urina verso i 10 anni, ma cominciò la pratica feticista verso i 17 e ha perfezionato l'attuale rituale da due anni. Egli dice che tale rituale è soltanto un espediente artificiale per raggiungere in modo graduale e più intensamente il piacere sessuale. Ai partners, sempre diversi, fa credere che quella è la prima volta e che lo fa per curiosità, per sperimentare qualcosa di nuovo.

X. è convinto che tale pratica è una perversione 'contro natura', di cui se ne vergogna terribilmente. Per questo già verso i 21 anni si sottopose a terapia psicoanalitica, ma scoraggiato dai pochi o nulli risultati, dopo un anno, abbandonò ogni tentativo di soluzione. Da circa un mese è di nuovo sotto terapia e sembra assai ottimista.

142 J. J. BEREST, "Fetishism", p. 237

2. *Incesto*[143]

Nella discussione sull'incesto accenneremo alla sindrome, all'incidenza, alla frequenza e alla durata del fenomeno, all'età dei partecipanti, al tipo di contatto sessuale, alla personalità degli individui coinvolti e alle caratteristiche socio-familiari.

143 Nella discussione sull'origine della proibizione dell'incesto, vari autori si sono rifatti a fattori etici, religiosi, biologici, sociali, politico-economici o psicologici. Dai vari punti di vista espressi a riguardo si possono formulare sette teorie importanti: 1) la teoria genetica. Con essa si afferma che tra l'incrocio tra consaguinei derivano risultati biologici che rendono la sopravvivenza della popolazione meno possibile (cfr. G. LINDZEY, some remarks concerning incest, the incest taboo, and psychoanalytic theory, Am. Psychol., 1967, 22, pp. 1051 – 9). 2) La teoria della indifferenza. Essa postula una repulsione sessuale tra consanguinei (cfr. WESTERMARCK, The history of human marriage, Londra 1894). 3) La teoria del ruolo della famiglia o della stirpe (strain). Essa sostiene che le regole della esogamia servono per impedire la confusione dei ruoli multipli tra consanguinei e preservano la differenziazione dei ruoli differenziati tra i membri (cfr. A. D. COULT, Causality and cross-sex prohibitions, Am. Anthropology, 1963, 65, pp. 266 – 77; M. J. WEICH, The term "Mother" and "Father" as a defence against incest, J. Am. Psychoanal. Ass., 1968, 16, pp. 783 – 91). 4) La teoria della coesione della famiglia. Essa efferma che il tabù dell'incesto tra consaguinei serve al consolidamento della famiglia, promuove l'efficienza dei suoi servizi sociali e rafforza la società come un tutt'uno con l'eliminazione della sorgente dei conflitti, cioè la gelosia sessuale tra consaguinei (cfr. B. Z. SELIGMAN, The incest barrier, Brit. J. Psychol., 1932, 22, pp. 250 – 76). 5) La teoria della socializzazione. Essa afferma che il tabù dell'incesto è universale perché regola la componente erotica universale di socializzazione. L'incesto infatti impedisce la maturazione della sessualità della personalità dell'individuo e il suo funzionamento efficiente nella società (cfr. T. PARSONS, The incest taboo in relation to social structure and the socialization of the child, Brit. J. Soc., 1954, 5, pp. 101 – 17). 6) La teoria della soppravvivenza. Essa sostiene che l'incesto era virtualmente impossibile all'uomo primitivo, poiché vi era una scarsità di partners appropriati. Così, per es. fino a quando il ragazzo raggiungeva la sua maturità sessuale, i suoi genitori erano probabilmente morti (cfr. M. K. SLATER, Ecological factors in the origin of incest, Am. Anthropol., 1959, 61, pp. 1042 – 59). 7) La teoria culturologica. Essa sostiene che l'uomo non sarebbe sopravvissuto senza la cooperatione tra famiglie e tra tribù. Il tabù dell'incesto garantiva lo scambio di donne tra i gruppi e aiutava ad assicurare tale cooperazione (cfr. L. A. WHITE, The definition and prohibition of uncest, Am. Anthropol., 1948, 50, pp. 416 – 35).

Per altri punti di vista teoretici sulle conseguenze dei tabù (cfr. A. RASCOWSKY / M. RASCOWSKY, The prohibition of incest, filicide and the sociocultural process, Inter. J. Psychoanal., 1972, 53, pp. 271 – 6; J. SCHWARZMAN, The individual, incest, and exogamy, Psychiatry, 1974, 37, pp. 171 – 80).

Per uno sguardo all'incesto dal punto di vista etnologico (cfr. M. MAISCH, L'inceste, Parigi 1970).

a. Sindrome dell'incesto

L'incesto designa il rapporto sessuale tra padre e figlia, tra madre e figlio, tra fratello e sorella. Tuttavia la definizione legale.[144] e culturale dell'incesto può comprendere altre istanze: può essere considerato il rapporto sessuale tra consanguinei, così tra patrigno e figliastra o tra zio e nipote, tra padre e figlio, tra fratello e fratello, o tra cugini ecc.[145]

Gli antropologi sottolineano che un rapporto sessuale che è considerato in una società incesto, può essere libellato come un adulterio in un'altra società.

A causa delle variazioni nel definire l'incesto, alcuni autori spesso usano 'incesto' per designare differenti comportamenti sessuali.[146]

b. Incidenza dell'incesto

Non si conosce l'incidenza dell'incesto. Esso è tenuto nascosto fino a che è possibile, a causa delle conseguenze disastrose sociali e legali in cui incorrerebbero i partecipanti.[147] Così si ritiene che i casi d'incesto non rivelati nel mondo occidentale sono più del 90% del totale.[148]

Le statistiche di criminologia in Inghilterra e Wales indicano che ogni anno circa 200 – 300 casi d'incesto vengono a conoscenza della polizia, ma essi costituirebbero solo una minima parte del totale degli incesti compiuti.[149]

144 Il limite di proibizione dell'incesto è molto vario. Questa variabilità è presente ancor oggi in materia politica penale nei differenti paesi. Nel congresso internazionale di Diritto Penale del 1965, i penalisti convenuti cercarono di confrontare i loro punti di vista e allineare i loro atteggiamenti sulla definizione dell'incesto e sulle relative sanzioni. In questo congresso, come soluzione finale si adottò la seguente formulazione; "Dans les pays où l'inceste est incriminè, cette infraction doit être limitée aux relations entre ascendents et descendents, entre frères et soeurs. L'instruction de ces affaires nècessite particulierement des observations de personalitè et de melieu (cfr. Collettivo, Les infractions contre la famille et la moralitè sexuelle. – C. R. du IXe Congrès international de droit pènal–, Rev. Intern. Droit. Pèn., 1965, 35, pp. 415 – 1149).

145 Cfr. N. LUKIANOWICZ, Incest, Brit. J. Psychiat., 1972, 120, pp. 301 – 13; G. W. BERRY, Incest: some clinical variations on classical thema, J. Am. Acad. Psychoanal., 1975, 3, pp. 151 – 61

146 G. ROOTH, Exhibitionism, sexual violence and paedophilia, Brit. J. Psychiat., 1973, 122, pp. 705 – 10

147 Cfr. C. J. MAcLEAN / M. S. ADAMS, A method for the study of incest, Ann. Hum. Gen., 1973, 36, pp. 323 – 32

148 Cfr. H. MAISCH, Incest, Londra 1973

Negli USA si pensa che l'incidenza dell'incesto è almeno del 5% e forse del 15%.[150] Tuttavia questi risultati sono derivati esclusivamente da casi di storie cliniche di pazienti di sesso femminile. In Svezia l'incidenza è di 0,73 casi su un milione di persone.[151]

Se da una parte non si conosce l'attuale incidenza dell'incesto nei vari paesi, dall'altra è stato possibile stabilire la frequenza relativa ai vari tipi d'incesto.

c. Frequenza dell'incesto

Dalle varie investigazioni risulta che la frequenza dell'incesto padre-figlia, e patrigno-figliastra, e il più comune; al secondo posto viene l'incesto fratello-sorella, poi seguono padre-figlio, zio-nipote, nonno-nipote ecc.[152]

La frequenza con cui è praticato il rapporto incestuoso varia da caso a caso e dal tipo d'incesto. In molti casi, per es. l'incesto padre-figlia, è praticato ogni giorno, in altri diverse volte alla settimana, o al mese, e solo in pochi casi è sporadico e incidentale.[153]

d. Durata dell'incesto

Lo stesso vale per la durata dei rapporti incestuosi. MAISCH[154] riporta che nel 70% dei casi la relazione incestuosa era durata più di un anno. Comunque vi sono stati casi in cui il rapporto è durato per più di 17 anni.[155]

149 Cfr. J. E. WILLIAMS, The neglect of incest: a criminologists view, Med. Sci. Law, 1974, 14, pp. 64 – 7

150 Cfr. J. BOODBURY / E. SCHWAIZ, The silent sin: a case history of incest, New York 1971; M. MÜLLER- KÜPPERS, Fehlhaltungen transitorischen Charakters, Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 617 – 23

151 Cfr. S. K. WEINBERG, Incest behavior, New York 1955

152 Cfr. N. LUKIANOWCZ, "Incest", pp. 301 – 13; H. MAISCH, Incest, Londra 1973; D. J. HENDERSON, Incest: a synthesis of data, Can. Psychiat. Ass. J., 1969, 17, pp. 299 – 313

153 Cfr. N. LUKIANOWICZ, ibidem; J. E. WILLIAMS, "The neglect ", pp. 64 – 7

154 H. MAISCH, Inceste, Parigi 1970

155 Cfr. H. LUKIANOWICZ, ibidem, p. 303; G. MOLNAR / P. CAMERON, Incest syndrome: observations in a general hospital psychiatric unit, Can Psychiat. Ass. J., 1975, 20, pp, 373 – 7

e. Età dei partecipanti

Età del responsabile

Anche l'età varia da caso a caso e dal tipo d'incesto. Comunque la media dell'età del responsabile s'aggira sui 40 anni; la maggior parte vanno dai 30 ai 50[156], soprattutto nell'incesto padre-figlia, madre-figlio, nonno-nipote; mentre nell'incesto fratello-sorella l'età del responsabile può andare dai 12 anni in su.[157]

Età della vittima

WILLIAMS[158] riporta che l'età media della vittima, al momento dell'inizio della relazione, era di circa 12 anni; lo stesso in MAISCH[159] poche erano al di sotto dei 10 anni, molte al di sopra dei 16 e dei 20. In LUKIANOWICZ[160], l'età della vittima, nell'incesto padre-figlia, andava dai 5 ai 14 anni; nell'incesto fratello-sorella, dagli 8 ai 18;; in quello nonno-nipote (f), dagli 8 ai 14; in quello zio-nipote (f), dai 10 ai 14; in quello madre-figlio, dagli 11 ai 18 e in quello zia-nipote (m.), uno aveva 14 anni e l'altro 18.

In WIRKKUNEN[161], l'età della vittima del gruppo degli alcolizzati s'aggirava sui 10 anni, mentre nel gruppo dei non alcolizzati sui 12 anni.

Dall'insieme di questi e altri dati[162] appare che l'età media della vittima, per il primo rapporto incestuoso, è di 13 anni circa. Almeno per l'incesto padre-figlia, nonno-nipote (f.) o zio-nipote (f.), questa età ottimale rappresenta il momento in cui appaiono i caratteri della pubertà e sembra che l'apparizione dei caratteri sessuali secondari costituiscono degli elementi di attrazione sessuale per i responsabili.[163]

156 Cfr. H. LUKIANOWICZ, ibidem. p. 304; M. VIRKKUNEN, Incest offences and alchoholism, Med. Sci. Law, 1974, 14, pp. 124 – 8
157 Cfr. N. LUKIANOWCZ, ibidem, p.309
158 J. E. WILLIAMS, "The neglect", pp. 64 – 7
159 H. MAISCH, Incest, Londra 1973
160 N. LUKIANOWICZ, ibidem, pp. 304. 337
161 M. VIRKKUNEN, "Incest", pp. 124 – 8
162 Cfr. G. MOLAR / P. CAMERON, "Incest", p. 373
163 Cfr. H. MAISCH, Incest, Londra 1973

f. Tipo di contatto sessuale nei rapporti incestuosi

In tipo di contatto sessuale incestuoso può comprendere carezze, toccamenti, fellatio, masturbazione, cunilingus e coito. Il rapporto più frequente è il coito, mentre i soli contatti non genitali sono rari. Così per es. nell'incesto padre-figlia, padre-figliastra, nonno-nipote, il coito è praticato in più della metà dei casi.[164]

Può accadere che la vittima sia consenziente, o comunque mostri di godere dei rapporti incestuosi.[165] WILLIAMS[166] riporta che solo nel 12% dei casi vi era stata violenza o minacce, e VIRKKUNEN[167] riporta che su 45 casi, 12 vittime erano state consenzienti.

g. Personalità degl'individui coinvolti e concorrenti all'incesto

Incesto padre-figlia

1) Il padre. La maggior parte di questi individui non sono ritardati mentali, come si è soliti pensare, anche se alcuni ricercatori ne riportano una discreta percentuale che va dal 20% al 30%.[169] Il QI di questi padri è superiore a quello degli altri delinquenti sessuali e non sessuali, e quando non è superiore, essi mostrano una intelligenza media.[170] Inoltre MAISCH[171] riporta che la loro predisposizione al crimine è minima rispetto agli altri delinquenti sessuali. LUKIANOWICZ[172] riporta che il 20% del suo gruppo aveva subito condanne prima della scoperta dell'incesto, ma non precisa la natura della condanna dei crimini. In VIRKKUNEN[173], la maggior parte del gruppo degli

164 Cfr. COLIN e al., Apercu sur l'incest, Acta Med. Leg. Soc., 1966, 19, pp. 312 – 19; H. MAISCH, Inceste , Parigi 1970; M. VIRKKUNEN, ibidem, pp. 124 – 8
166 Cfr. N. LUKIANOWICZ, ibidem, p. 305
167 J. E. EWILLIAMS, "The neglect", pp. 64 – 7
168 M. VIRKKUNEN, ibidem, pp. 124 – 8
169 Cfr F. RAMIE / P. MISCHAUX, De quelques aspects de la delinquence sexuelle dans un department de l'ouest de la France, Acta Méd. Leg. Soc., 1966, 19, pp. 79 – 85; J. E. WILLIAMS, "The neglect", pp. 64 – 7
170 Cfr. A. CAVALLIN, Incestuous fathers: a clinical report, Am. J. Psychiat., 1966, 122, pp. 1132 – 8; H. MAISCH, "Inceste, Parigi 1970; R. PIRNAY - DUFRASNE, Relation incestueuse dans une famille nombreuse, Acta psychiat. Belg., 1973, 73, p. 713
171 H. MAISCH Inceste, Parigi 1970
172 N. LUKIANOWICZ, ibidem, p. 305
173 M. VIRKKUNEN, "Incest", p. 124

alcolizzati, e circa il 26% dei non alcolizzati, aveva precedenti penali, ma solo tre erano stati condannati per crimini sessuali.

MAISCH[174] sottolinea il basso potenziale sessuale di questi padri, mentre LUKIANOWICZ[175] dice che questi individui hanno un grande bisogno di soddisfazione sessuale e sono sessualmente esigenti (demanding).

Diversi sono gli autori che parlano di alta frequenza d'uso d'alcol da parte di questi pazienti.[176]

Si è discusso e si discute sul peso che hanno i disturbi mentali del padre incestuoso. I dati a proposito sono divergenti. Infatti, mentre alcuni insistono sulla rarità di disturbi mentali[177], altri annoverano frequenti disturbi psicotici o nevrotici.[178]

2) La vittima. Spesso la vittima del padre incestuoso è la figlia maggiore. In diversi casi si assiste ad una successione delle sorelle.[179]

Lo stato mentale della vittima varia: in alcune ricerche si riporta una grande proporzione di ragazze sottosviluppate[180], in altre le vittime appaiono essere dotate non meno delle ragazze in generale.[181]

In diverse ricerche appare che la vittima assume spesso un atteggiamento di opposizione contro la madre, e non di rado ha un comportamento seduttore.[182] Vi sono alcune di queste ragazze che mostrano perfino di essere gelose allorché si accorgono che il padre comincia a volgere le sue attenzioni verso figlie più giovani.[183]

3) La madre. In MAISCH[184], il 29% delle madri aveva vita instabile, il 20% licenziosa, il 50% aveva figli adulterini o naturali e il 10% aveva passato un periodo della giovinezza in case di correzione.

174 M. MAISCH, ibidem
175 N. LUKIANOWICZ , ibidem
176, H. MAISCH, ibidem; M. VIRKKUNEN, ibidem, pp. 124 – 8; A. CAVALLIN, "Incestuos", pp. 1131 – 8
177 Cfr. H. MAISCH, ibidem
178 Cfr. M. VIRKKUNEN, "Incest", pp. 124 – 8; F. RAMEE / P. MICHAUX, "De quelques", pp. 79 – 85; N. LUKIANOWICZ, "Incest", p. 305
179 Cfr. N. LUKIANOWICZ, ibidem; G. MOLNAR / P. CAMERON, "Incest", p. 375
180 Cfr. E. NAU, La personalitè des victimes d'inceste, Acta Med. Leg. Soc., 1966, 19, pp. 195 – 8
181 Cfr N.H. MAISCH, Inceste , Parigi 1970
182 Cfr. G. MOLNAR / P' CAMERON, "Incest",,p. 373 – 4
183 Cfr. N. LUKIANOWICZ, ibidem, pp. 306 – 7
184 H. MAISCH, ibidem

All'inizio della relazione incestuosa della figlia è spesso assente, o non ha più rapporti sessuali con il marito. Questo fatto può dipendere da varie cause: a causa di malattie, o per gravidanza, o perché inattrattiva o perché rifiuta sessualmente il marito. [185]

Non è raro pure che questa donna accetti tacitamente la relazione incestuosa, o la tolleri. La sua tendenza a non svelare il fatto è spesso dettata da paura del marito, da mancanza di coraggio e dal timore dello scandalo.[186]

Incesto fratello-sorella

Abbiamo già accennato che degli incesti fratello-sorella sono pochi quelli che vengono scoperti.[187] In LUKIANIWICZ[188], due fratelli e una sorella risultarono essere psicotici; 13 fratelli e 14 sorelle non presentavano gravi disturbi della personalità (nevrosi o psicosi). Solo in uno dei casi la relazione incestuosa era durata 14 anni, e in qualche periodo era stata continuata dal fratello aggressivo e violento contro la volontà della sorella. Nel resto dei casi la relazione era incominciata come esplorazione sessuale, o come gioco, mentre più tardi, nella adolescenza, aveva assunto i caratteri del rapporto sessuale.

L'autore afferma che questi individui subiscono raramente alterazione psichiche a causa dell'incesto.[189] Spesso il loro comportamento viene tollerato dai genitori, il quali non li sgridano o li minacciano, per cui essi non sviluppono in seguito sentimenti di colpa e trovano, poi, un sostituto come partner sessuale facilmente al di fuori della famiglia.

Diamo un breve accenno a due casi di incesto fratello-sorella da me esaminati.

In un caso la relazione tra un quattordicenne e una undicenne era durata 9 mesi. Essa era cominciata come esplorazione sessuale. Sia il frattello che la sorella risultarono essere normali. Ambedue hanno in seguito sposato. La

185 Cfr. D. W. SWANSON, Who violates children sexually? Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 184 – 97; N. LUSTIG e al., Incest: a family group survival pattern, Arch. Gen. Psychiat. 1966, 14, pp. 31 – 40
186 Cfr. N. LUKIANOWICZ, "Incest", p. 306; M. VIRKKUNEN, ibidem, p. 124
187 (Quiz), Med. Asp. Hum.Sex., 1976, 1, pp. 123 – 33
188 N. LUKIANOWICZ, ibidem, pp. 309 – 11
189 Cfr. J. SCHWARTZMAN, The individual, incest and exogamy, Psychiatry, 1974, 37, pp. 171 – 80; C. J. MAcLEAN / M. S. ADAMS, "A method", pp. 323

ragazza sposò all'età di 18 anni, ha due bambini e conduce una vita molto normale. Il fratello fu costretto a sposare, verso i 16 anni, una ragazza che aspettava un bambino, ma non sicuramente da lui, giacché questa ragazza aveva avuto rapporti sessuali con un fratello di lui di qualche anno più giovane. Anche egli vive una vita comune e ha sei bambine.

Nell'altro caso la relazione sessuale, tra un fratello di 17 anni e due sorelle di 18 e 15 anni rispettivamente, era durata circa due anni, fino a quando le ragazze non si convertirono al movimento religioso "I bambini di Gesu".

A detta del fratello, nessuna delle sorelle sapeva dell'altra di avere rapporti incestuosi. Esse dormivano in due stanze diverse, e il fratello si recava da due a tre volte alla settimana ora dall'una ora dall'altra. L'incesto era iniziato con la sorella più grande. Sebbene le ragazze non avessero posta una forte resistenza, avevano subito i rapporti sotto minacce e aggressione da parte del fratello, specialmente alla fine del secondo anno.

Le ragazze risultarono essere molto sensibili, senza disturbi particolari della personalità. Il fratello, invece, mostava leggeri sintomi nevrotici, viveva in uno stato continuo di esaltazione e ipnosi musicale. A causa di balbuzie, anche durante il periodo dei rapporti incestuosi, aveva un forte complesso di inferiorità di fronte alle ragazze. Tuttavia egli precisò che non fu questo il motivo che lo indusse a intraprendere rapporti sessuali con le sorelle, ma semplicemente perché considerava quei rapporti naturali e innocenti allo stesso modo che i rapporti sessuali con le altre ragazze.

Dopo la fine dei rapporti incestuosi sposò una ragazza, la quale lo abbandonò circa dopo due mesi per andarsene con un amico di lui. Il fatto lo addolorò moltissimo, e per due mesi circa nutrì sentimenti omicidi contro il rivale. Poi decise di fare un viaggio a piedi da Zurigo alla Sicilia, con lo scopo di dimenticare tutto e di ritrovare, nell'abbandono alla natura, gli elementi originali della musica. Circa un anno e mezzo dopo, ritornò dal viaggio guarito dalla gelosia. Infatti, a Firenze si riconciliò con l'amico, al quale confessò pure i suoi precedenti sentimenti di vendetta. Questi fu a tal punto colpito e commosso che decise di lasciargli la moglie, oppure di vivere un menage a tre. Egli rifiutò le due possibilità, pur dichiarando che amava ancora la moglie, ma disse che per il momento le bastava la compagnia di un cane regalatogli da due contadini Toscani.

Ritornato a Zurigo, intraprese ancora una volta i rapporti incestuosi con la sorella più giovane (l'altra si era già sposata con uno del movimento religioso). I rapporti durarono circa due settimane, sempre contro la volontà della sorella, fino a quando la ragazza non si confidò con la sorella maggiore, la quale rivelò il fatto ai genitori. Questi, calvinisti di stretta osservanza, lo indussero a lasciare la casa, promettendogli un lauto onorario mensile.

Attualmente egli vive a Berna in compagnia del suo cane, che considera: "Oggettivamente il genitore più comprensivo e l'amico più amabile e fedele".

Incesto madre-figlio

In LUKIANOWICZ[190], una madre era normale (più tardi sviluppò una depressione involuzionale o tardiva), mentre il figlio era schizofrenico; l'altra madre soffriva di schizofrenia e il figlio era subnormale. La loro intelligenza era al di sotto della media. La terza madre era nevrotica e il figlio normale. Questi, dopo due anni di relazioni incestuose, lasciò la casa e si sposò.

L'autore nota pure che una delle madri era vedova e un'altra aveva fatto un matrimonio sbagliato.

LUKIANOWICZ[191] nota che in questo tipo d'incesto la madre deviante dipende patologicamente dal figlio. Ella cercherebbe in lui protezione e appoggio morale, oltre che vedere in lui l'immagine idealizzata di un innamorato della sua giovinezza.

Incesto padre-figlio

J. RAYBIN[192] riporta un caso di un professore di 40 anni che aveva avuto rapporti con il padre, il figlio, un fratello e un cugino. Quest'individuo presentava disturbi del carattere e schizofrenia pseudonevrotica. Il figlio era omosessuale, in seguito all'incesto aveva fatto uso di droga ed era caduto in una psicosi acuta, di cui se ne accusava il padre. Pare pure che sia la madre di quest'ultimo come pure la moglie partecipassero tacitamente al comportamento distorto del marito.

D. LANGSLEY e coll.[193] si limitano a descrivere la dinamica di un caso

190 N. LUKIANOWICZ, "Incest", p. 309
191 N. LUKIANOWICZ, Infanticide, Psychiat. Clin., 1971, 4, pp. 148 – 61
192 J. B. RAYBIN, Homosexual incest, J. Nerv. Ment. Dis., 1969, 148, pp. 105 – 10
193 D. J. LANGSLEY e al., Father-son incest, Compr. Psychiat., 1968, 9, pp. 218 – 26

d'incesto padre-figlio, sottolineando che l'incesto sembra più un fatto in rapporto ai problemi intrapsichici del padre che all'interazione familiare.

Un altro caso d'incesto padre-figlio, è stato portato recentemente da G. AWAD.[194] Il rapporto incestuoso tra padre e figlio di 14 anni era durato sei settimane. Essi avevano praticato sia la stimolazione vicendevole che il rapporto anale. L'iniziativa era stata presa dal padre, il quale durante ogni episodio incestuoso si trovava in stato di ubriachezza. Il figlio si era sottomesso passivamente, mentre la madre non gli aveva creduto al primo episodio. Il padre aveva da lungo tempo problemi di omosessualità latente, presentava una personalità impulsiva e immatura. Il figlio presentava una intelligenza normale, ma un comportamento piuttosto delinquente.

Incesto nonno-nipote (f.)

Nel caso riportato da LUKIANOWICZ[195], sia il nonno che le 5 nipoti, dal punto di vista mentale, erano normali. In seguito tre delle nipoti diventarono promiscue, tuttavia nella loro subcultura questo loro comportamento era considerato e accettato come normale. Pare che il nonno avesse avuto rapporti anche con tre delle figlie, prima che si sposassero, e probabilmente una delle nipoti era sua figlia. Questo caso era caratterizzato da isolamento sociale.

Incesto zio-nipote (f)

Di quattro casi riportati da LUKIANOWICZ[196], uno zio era alcolizzato e psicotico, il quale aveva usato la forza per ottenere i rapporti. Spesso aveva picchiato una sorella e una figlia di 12 anni perchè avessero rapporti sessuali con lui. Gli altri tre erano del tutto normali, e così pure le 4 nipoti. Gli zii non consideravano i rapporti con le nipoti nè un peccato nè un crimine. Pare che essi si sentissero sostenuti dalla permissività della loro classe sociale.

Incesto zia-nipote (m.)

LUKIANOWICZ[197] riporta due casi d'incesto zia-nipote. In un caso la zia era ipomaniaca e aveva iniziato la relazione sessuale con il nipote durante una

194 G. A. AWAD, "Father-son", pp. 135 – 9
195 N. LUKIANOWICZ, "Incest", pp. 308 – 11
196 Ibidem, pp. 309 – 11
197 Ibidem

delle sue fasi più acute di ipomania; il nipote era un tipo timido, vergognoso e passivo, ma normale. L'altra zia era una donna sposata con 5 figli; era promiscua, e il nipote non era stato altro che uno dei suoi tanti amori. Ambedue avevano una personalità normale.

h. Caratteristiche socio-familiari dei partecipanti

Si è soliti riportare che l'incesto si verifica nelle classi più basse. In WILLIAMS[198], il 64% proveniva da ambienti urbani, da famiglie numerose, piuttosto povere e con condizioni intrafamiliari disastrose. MAISCH[199] riporta invece che un numero rilevante di famiglie con incesto viveva in condizioni piuttosto decenti. Egli ritiene che l'ambiente soprappopolato più che causa d'incesto, è una variabile precipitante di esso. In MOLNAR e CAMERON[200], le famiglie appartenevano al grado sociale IV (secondo i criteri di HOLLINGSHEAD e REDLICH).[201] Dopo la scoperta dell'incesto, circa una metà di queste famiglie mantenne ancora un considerevole stato di stabilità, mentre la metà si sfasciò sovraccarichi di problemi familiari. In LUKIANOWICZ[202], il 4% apparteneva alla classe III, il 21% alla classe IV e il 75% alla classe V. Più della metà (56%) proveniva da ambienti rurali. Questo autore, in base ai suoi dati e a quelli di autori precedenti, sottolinea che la prevalenza dell'incesto si verifica soprattutto nelle classi sociali lavoratrici che hanno uno standard di vita basso e sono culturalmente isolati.[203]

3. Pedofilia[204]

Dalle varie ricerche è possibile delineare i seguenti punti sulla pedofilia: la sua sindrome, le caratteristiche dei pedofili, i rapporti pedofili-vittime, gli studi psicologici e la patologia.

198 J. E. WILLIAMS, "The neglect", pp. 64 – 7
199 H. MAISCH, Inceste, Parigi 1970
200 G. MOLNAR / P. CAMERON, "Incest", p. 375
201 Cfr. A. HOLLINGSHEAD / F. C. REDLICH, Social class and mental illness. A community study, New York 1958
202 N. LUKIANOWICZ, "Incest", pp. 303 – 10
203 Cfr. M. MÜLLER-KUPPERS, "Fehlhatungen", pp. 617 – 28

a. Sindrome della pedofilia

La pedofilia è la perversione sessuale in cui il bambino è usato come oggetto per la soddisfazione sessuale.

La pedofilia può essere omosessuale o eterosessuale, a seconda che il soggetto è attratto da un individuo infantile del proprio sesso o del sesso opposto, oppure etero-omosessuale, quando il soggetto è attratto da individui di ambo i sessi.[205]

La definizione della pedofilia in rapporto all'età del soggetto, può variare da paese a paese. Così in Canadà si considera pedofilo l'individuo attratto da una persona al di sotto dei 15 anni[206]; negli USA è pedofilo l'individuo attratto da una persona al di sotto dei 12 anni[207]; in Italia, il C. P., art. 519, parla di pena da tre a dieci anni per violenza carnale nei confronti di minori di 14 anni; da sei mesi a tre anni per corruzione di minorenni, art. 530.

b. Caratteristiche dei pedofili

P. BERNARD[208] investigò sulle caratteristiche di 50 pedofili. La maggior parte di essi erano giovani: circa il 58% era al di sotto dei 40 anni, il 26% tra i 41 e i 50. Di solito erano i più giovani della famiglia.

Il 90% era celibe e l'8% sposato, la metà dei quali aveva figli.

Il livello culturale era più alto, in media, di quello della popolazione generale Olandese, ma il loro stato occupazionale era più basso.

Essi si erano resi consapevoli della loro inclinazione sessuale durante la pubertà. A questo periodo risaliva pure il loro primo rapporto pedofilo.

Nelle relazioni con i genitori erano abbastanza aperti, ma non molto con il resto dei parenti.

204 Per un approccio alla pedofilia nella letteratura biografica e nei romanzi biografici (cfr. G. P. ROSSMAN, Literature on pederasty, J. Sex Res., 1973, 9, pp. 307 – 12).

205 Alcuni autori, soprattutto nel passato, includono nella perversione pedofila casi d'incesto (cfr. G. ROOTH, Exhibitionism, sexual violence and paedophilia, Brit. J. Psychiat., 1973, 122, pp. 705 – 10). Nella nostra descrizione questi casi sono esclusi.

206 J. W. MOHR e al., Paedophilia and exhibitionism, Toronto 1964

207 J. J. PETERS / R. L. SADOFF, Clinical observation of child molesters, Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 20 – 32

208 F. BERNARD, An enquiry among a group of pedophiles, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 242 – 55

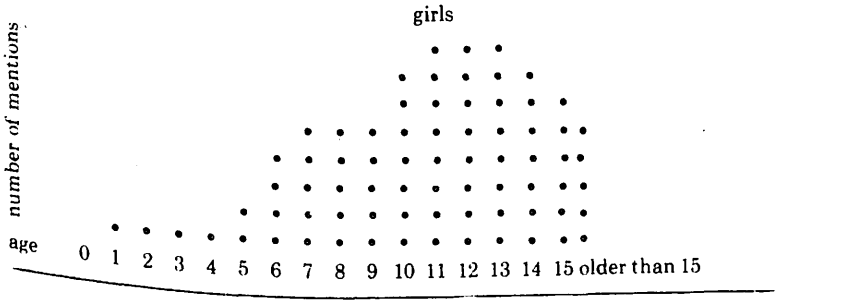
Tra coloro che avevano preferenze omosessuali, la preferenza più alta era per i ragazzi tra i 12 – 14 anni, mentre gli eterosessuali preferivano ragazze tra gli 11 e i 14 anni. Tra i due gruppi vi era pure una minoranza che preferiva bambini, o bambine, tra i 5 – 6 anni. Tuttavia, la maggioranza (96%) preferiva ragazzi del proprio sesso (cfr. tav. 46).

Tav. 46

Question: What age groups are you generally most interested in?

Age preference	Percentages
praepuberty up to 11	39
puberty 12, 13, 14, or:	44
puberty 12, 13, 14, 15	55
post-puberty older than 15	6

Question: What age groups are you generally most interested in?



Nelle pratiche sessuali la preferenza andava per le carezze e la masturbazione, sebbene 42 del gruppo avevano avuto pure rapporti anali. Molto bassa era la frequenza dei rapporti vaginali.

Al momento dell'inchiesta, la maggior parte aveva una relazione pedofila. Circa la metà faceva viaggi, una o due volte all'anno, al di fuori del proprio paese (principalmente verso il Mediterraneo), per avere rapporti pedofili.

Sia quelli che avevano rapporti pedofili sia quelli che non li avevano, trovavano un sostituto al loro oggetto sessuale nel materiale figurativo, soprattutto in fotografie di ragazzi nudi, in films, disegni ecc. a contenuto pedofilo.

K. NEDOMA e coll.[209] investigarono sulle caratteristiche di 100 pedofili. L'età media era di 37 anni, la maggior parte era sposata, il 51% della quale aveva figli.

Il livello di educazione era piuttosto rudimentale.

Nel rilevare le caratteristiche sessuali tra i vari tipi di pedofili, furono paragonati pedofili che avevano cominciato a masturbarsi prima degli eterosessuali con preferenza di adolescenti al di sotto dei 12 anni, e pedofili etero con preferenza di adolescenti tra i 12 – 15 anni.

I dati mostrarono che i gruppi non differivano per le esperienze eterosessuali durante l'adolescenza. I pedofili omo avevano cominciato a masturbarsi prima degli etero e con più frequenza; i pedofili etero avevano cominciato a masturbarsi con la vittima più tardi e meno spesso. I pedofili omo si masturbavano anche da adulti, mentre i pedofili etero avevano avuto più esperienze eterosessuali con le vittime, sempre da adulti. L'attività dei pedofili omo con adolescenti era più alta di quella normale, mentre quella degli etero con adolescenti era solo normale. I pedofili omo avevano avuto più contatti pedofili dei pedofili etero. Tra i pedofili omo, il contatto sessuale con gli adolescenti era la forma sessuale più frequente, mentre tra gli etero era il coito; il contatto orale più comune tra i due gruppi era stato sperimentato con gli adolescenti. Inoltre i pedofili omo usavano farsi masturbare dai bambini più degli etero.

Fu pure trovato che nel 60% dei casi il contatto pedofilo era avvenuto o in casa della vittima o in quella dell'offensore.

C. McCAPHY[210] paragonò pedofili che negavano o scusavano il loro atto (incolpando l'alcol) con altri pedofili che si reputavano colpevoli. Allorché furono interrogati sulla ragione del loro comportamento perverso, coloro che negavano l'atto davano più spesso attribuzioni negative, e sia essi che coloro che si accusavano dell'atto raccomandavano misure punitive più severe contro i pedofili.

209 K. NEDOMA e al., Sexual behavior and its development in pedophilic men, Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 267 – 71

210 C. McCAPHY, Drinking and deviance disavowal, Soc. Prob., 1968, 16, pp. 43 –9

L'autore interpreta questo atteggiamento come un rinnegamento della loro perversione per affermare una identità normale.

c. Rapporti pedofili-vittima

VIRKKUNEN[211] nota che le investigazioni criminologiche indicano una resistenza da parte della vittima solo in un caso su quattro di pedofilia, e che molti dei ragazzi e delle ragazze coinvolti lasciano passivamente che gli eventi prendano il loro corso; nota pure che sono a volte le stesse vittime a prendere l'iniziativa di recarsi dall'offensore, spesso portando con sè altri coetanei. Nella sua ricerca, su 64 casi di pedofilia, il 48,4% risultava avere queste caratteristiche.

L'autore nota che in questo tipo di pedofilia non vi è un comportamento aggressivo da parte dell'offensore.

In NEDOMA e coll.[212], solo in 2 casi su 100 vi era stata un'azione di forza, mentre nel resto l'approccio con la vittima era stato in modo socialmente appropriato.

H. PRAHM[213] riporta che solo nel 33% su 216 casi vi era stata una resistenza da parte della vittima. Il 90% delle vittime era al di sopra dei 7 anni e la maggior parte apparteneva allo stato economico più basso.

E. BRONGERSMA[214] afferma che nei contatti pedofili il ragazzo non è sacrificato al piacere dell'adulto e che il contatto pedofilo non è nè innocuo nè offensivo.

211 M. VIRKKUNEN, Victim-precipitated paedophilia offences, Brit. J. Crim. 1975, 15, pp. 175 – 9

212 K. NEDOMA e al., "Sexual behavior", p. 269

213 H. PRAHM, Psychosoziale Aspekte von Sexualdelikten an Kindern, Mschr. Krimінol. Strafrechtserf, 1974, 57, pp. 193 – 8

214 E. BRONGERSMA, Over pedofielen en 'Kinderlokkers'. I. Het seksuele contact tussen volwassenen en kind. II. Wat weten we von de pedofiele mens? III. De betekenis van het pedofiele contact voor het kind, Intermediair, 1975, 11, pp. 1. 3. 5. 7. 15. 31 35. 37 – 39, 47. 49. 51. 53. 55.

d. Studi psicologici

G. FISHER[215] esaminò un gruppo di pedofili eterosessuali all' Edwards Personal Preference Schedule, e in un'altra ricerca, fatta insieme al L. HOWOLL[216], un gruppo di pedofili omosessuali.

Dai dati emerse che i pedofili omo, rispetto agli etero, erano più bassi in ordine e sopportazione e più alti in eterosessualità, ma non differenti nel resto delle variabili. Allorché i due gruppi furono messi a paragone con un gruppo di maschi normali, i pedofili risultarono differenti in circa la metà delle variabili: così i pedofili raggiunsero un punteggio più basso in aggressione e autonomia, e più alto in 'passività' (intraception) e degradazione; i pedofili omo risultarono più bassi in rendimento e ordine e più alti in disciplina, mentre i pedofili etero risultarono più bassi in modificazione e più alti in sopportazione e deferenza.

FREUND[217] studio le reazioni del volume del pene di un gruppo di pedofili omo e etero, sottoposti a diapositive di nudi di bambini e adulti di ambo i sessi. Fu notato che i pedofili etero preferivano ragazze giovani a donne adulte, e le donne ad ogni tipo di uomo (bambino o adulto). I pedofili omo preferivano ragazzi a uomini adulti, e ragazze giovani a uomini adulti.

Dall'insieme dei dati si trae la seguente conclusione: per i pedofili etero era più importante l'oggetto sessuale, per i pedofili omo era più importante l'età dello sviluppo dell'oggetto.[218] Da questo punto di vista i pedofili omo differivano dagli omo non pedofili, i quali preferiscono giovani a uomini adulti, e ogni tipo di uomo ad ogni tipo di donna.

In una ricerca piu recente FREUND e LAMGEVIN[219] hanno riesaminato i risultati della ricerca precedente, per verificare se i pedofili rispondono sessualmente alle bambine, e se sì, se tutti gli omosessuali pedofili rispondono (come nella ricerca del 1967) o soltanto alcuni, e se gli omosessuali pedofili, che rispondono alle bambine, sono più bisessuali degli androfili (bisessuali attratti da partners maturi).

215 G. FISHER, Psychological needs of heterosexual pedophiles, Dis. Nerv. Syst., 1970, 30, pp. 419 – 21

216 G. FISHER / L. HOWELL, Psychological needs of homosexual pedophiles, Dis. Nerv. Syst., 1970, 31, pp. 623 – 5

217 K. FREUND, Erotic preference in pedophilia, Beh. Res. Ther., 1967, 5, pp. 339 – 48; cfr. K. FREUND, Homosexualität, Amburgo 1968

218 Questi esperimenti psicologici confermano la tesi di GIESE, il quale afferma che l'azione pedofila si rivolge principalmente a partners tipicamente infantili / giovanili, e solo in un secondo momento prende in considerazione il sesso del partner (cfr. H. GIESE, Psychopathologie der Sexualität, Stoccarda 1971, p. 25)

219 K. FREUND / R. LANGEVIN, Bisexuality in homosexual pedophilia, Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 415 – 23

In base alle risposte ad un questionario, furono classificati due gruppi di androfili: il primo era costituito da 13 bisessuali e da 13 non bisessuali; e il secondo da 12 bisessuali e da 12 non bisessuali; e un gruppo di pedofili, di cui 9 erano bisessuali e 13 non bisessuali. I gruppi furono sottoposti a delle prove, dalle quali fu possibile enucleare i seguenti risultati: i pedofili bisessuali per autodichiarazione furono distinti dai bisessuali che risultarono tali anche al fallometro. Essi infatti rispondevano alle bambine più degli altri gruppi. Fu pure provato che esiste un numero considerevole di pedofili non bisessuali (contrariamente alla ricerca del 1967). Inoltre furono enucleati i seguenti dati: 1) i pedofili bisessuali rispondono in modo significativo alle bambine tra i 6 – 8 anni più di ogni altro gruppo; 2) i pedofili bisessuali rispondono in modo significativo più di ogni altro gruppo alle bambine tra gli 8 anni e mezzo e gli 11, ad eccezione dei due gruppi androfili non bisessuali, sebbene la differenza fosse minima; 3) non risultò alcuna differenza tra i gruppi alle risposte delle immagini delle pubescenti; 4) i pedofili omosessuali rispondevano meno degli androfili alle immagini delle donne adulte.

Fu pure possibile distinguere i pedofili bisessuali dai non bisessuali per mezzo della convalutazione convergente della bisessualità derivata dall'autodichiarazione e della bisessualità provata al fallometro. Mentre tale valutazione convergente non fu possibile per gli androfili. Gli autori sono del parere che questa mancanza di convalutazione convergente tra bisessualità autodichiarata e bisessualità fallometrica negli androfili, sia dovuta a criteri inappropriati circa la bisessualità dichiarata o che negli androfili non vi sia una vera e propria bisessualità.[220]

220 Cfr. K. FREUND, "Male homosexualty",in J. A. LORAINE (a cura di), pp. 25 – 91

e. Patologia dei pedofili

Dalle varie ricerche risulta che il pedofilo differisce da altri aggressori che commettono altri tipi di crimini. Così è stato trovato che tra gli aggressori pedofili ci sono molti uomini anziani[221], i quali raramente commettono altri tipi di crimini. Secondo G. RITZEL[222] circa il 30% di questi anziani mostrano un'involuzione del cervello, mentre il resto non mostra che i disturbi inerenti all'età.

Sono stati trovati casi di pedofilia associati a malattie organiche del cervello, come pure per lesioni del nucleo ventromediale dell'ipotalamo.[223]

Da alcuni autori si afferma, tra l'altro, che il QI dei pedofili è scarso[224], che essi mancano di capacità sociale e di contatto, sono passivi, dipendenti insicuri, emozionalmente immaturi, mostrano caratteristiche infantili e isteriche e sono soggetti a prolungate frustrazioni sessuali.[225] A. FRITZ e coll.[226] esaminarono un gruppo di pedofili che erano stati riferiti per una valutazione psichiatrica in seguito a contatto pedofilo. Essi risultarono essere non particolarmente patologici dal punto di vista psichiatrico, eccetto la loro perversione sessuale; non fu evidenziato in essi altro tipo di comportamento criminale[227],

221 Cfr. H. SZEWZYK / I. DRESHLER, Untersuchungen von Alterssittlichkeitstätern, Medizinisch Juristische Grenzfragen, vol. II, Jena 1971, pp. 93 – 100; H. WITTER, Zur Typologie der pädophilen Delikten, in H. GOPPINGER / H. WITTER (a cura di), Handbuch der forensischen Psychiatrie, Berlino 1972, pp. 1060 – 4; G. RITZEL, Zur Kriminalität alter Menschen, Beitr. Gerichtl. Med., 1973, 31, pp. 87 – 91

222 G. RITZEL, "Zur Kriminalität", pp. 87 – 91

223 Cfr. D. W. SWANSON, "Wo violates", pp. 184 – 97; R. L. SADOFF, Sexually deviant offenders, Teple Law Quart., 1967, 40, p. 305; F. ROEDER e al., Weitere Erfahrungen mit der stereotaktischen Behandlung sexueller Perversionen, J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp), pp. 317 – 24

224 Cfr. E. SCHORSCH, Häufige Merkmalskombinationen bei Sexualstraftätern, Mschr. Kriminol. Strafrechtsref.., 1973, 56, pp. 677 – 83; M. COHEN e al., Sociometric study of the sex offenders, J. Abnor. Psychol., 1969, 74, pp. 249 – 55

225 Cfr. E. SCHORSC, "Häufige", pp. 677 – 83; J. J. PETERS / R. L. SADOFF, Clinical observations on child molesters, Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 10 – 32; H. L. HAZOL, Myths about the sex offenders, Med. Asp. Hum. Sex., 1951, 5, pp. 51 – 62; R. LESNIAK, Sexual offences in the light of forensic expert evidence, Psychiat. Pol. 1969, 3, pp.425 – 30; R. WILLE, Der aggressive Sexualtäter, Beitr. Gerichtl. Med., 1970, 127, pp. 141 – 3

226 A. FRITZ e al., "Forensic", pp. 294 – 6

227 Cfr. G. BAUER, Gewaltätige Triebverbrecher. Eine Analyse ihre Entwiklung und ihres Verhaltens, Münch. Med. Wschr. 1971, 113, pp. 1089 – 96

nè la violenza risultò una caratteristica della loro attività. D'altra parte 10 su 111 furono diagnosticati come schizofrenici, 16 con sindrome organica al cervello e 15 erano ritardati mentali. Per gli autori questa proporzione alta di patologia era dovuta al fatto che quel gruppo era costituito da pedofili ricoverati espressamente per una valutazione psichiatrica, per cui era logico aspettarsi un grado massimo di psicopatologia. Perciò essi concludono che l'incidenza di psicosi è molto bassa tra i pedofili.

VIRKKUNEN[228] si propose di verificare in che cosa i pedofili con carattere antisociale (psicotici) differiscano dai pedofili ordinari, che comprendono molti individui con difficoltà di contatti e immaturità. Dai dati risultò che le caratteristiche che vengono di solito attribuite ai pedofili, come livello d'intelligenza basso, infantilismo, prolungata frustrazione sessuale e mancanza di contatti sociali in generale, furono chiaramente osservati nei pedofili ordinari, ma anche, in grado minore, nei pedofili con carattere antisociale.

L'autore nota che i pedofili con carattere antisociale commettono altri crimini. Inoltre si può presumere che, soprattutto quelli con difficoltà nei contatti, con infantilismo, complessi d'inferiorità, mancanza di fiducia in sè e prolungate frustrazioni sessuali, sono nel rischio di commettere con più frequenza atti pedofili. Normalmente le persone con carattere antisociale sono estroverse, superficialmente incapaci di buoni contatti e con un QI medio. Di conseguenza, quelli che più fortemente sono portati a commettere atti pedofili, sembra che formino un gruppo chiaramente discernibile dalla maggioranza.

4. Zoofilia o bestialità

La letteratura sulla bestialità è molto scarsa se non quasi inesistente; ci è possibile solo descrivere la sindrome, con brevi considerazioni.

228 M. VIRKKUNEN, The pedophilic offender with antisocial character, Acta Psychiat. Scand., 1976, 53, pp. 401 – 5

a. Sindrome della bestialità

La bestialità è definita come la perversione sessuale in cui un essere umano ha rapporti con un animale vivente.

In KINSEY[229] il rapporto sessuale con animali costituiva la forma del comportamento sessuale umano con il livello più basso d'incidenza. Esso apparve essere comune più che altro negli anni della preadolescenza e in zone rurali. Un terzo degli uomini che viveva in aree rurali, e con un livello di educazione basso, aveva avuto rapporti sessuali con un animale fino all'orgasmo.

Di recente sono stati portati due casi di bestialità. In un caso si tratta di un giovane cinese di 23 anni, il quale fu sottoposto a trattamento psichiatrico perchè aveva avuto rapporti sessuali con una gallina[230]; nell'altro si tratta di una donna di 42 anni, sposata e con 4 figli, la quale aveva avuto rapporti sessuali con il suo cane pastore tedesco. Questa donna viveva in zona rurale, era vedova e pare che fosse del tutto normale, eccetto un po' ansiosa.[231]

229 A. C. KINSEY, Sexual behavior in the human female, Filadelfia 1953
230 Cfr. K. T. CHE, A case of bestiality, Singapore Med. J., 1974, 15, pp. 287 – 8
231 Cfr. T. E. HOLDEN / D. M. SHERLINE, Bestiality, with sensitization and anaphylactic reaction, Obstet. Gynec., 1973, 42, pp. 138 – 40

PARTE IV

FONDAMENTI DELLA SESSUALITA' E ANALISI CRITICA

Data la complessità e l'eterogeneità del materiale da noi riportato nella discussione sulla sessualità, si rivela estremamente arduo poter formulare un quadro sintetico dei fondamenti della sessualità e una sua analisi critica.

Una delle diffficoltà maggiori nasce dal fatto che, mentre un gruppo di ricercatori avvia le ricerche o gli esperimenti partendo da precisi e univoci principi teorici, un altro gruppo si muove all'interno di un eclettismo non riducibile a formule precise, e un altro, in fine, più che sostenere particolari punti teorici, è interessato a presentare i risultati di una data ricerca o esperimento su un aspetto del fenomeno sessuale, per mettere a fuoco principalmente l'importanza di una data problematica o inadeguatezza di un dato metodo ecc. Ora, siccome la maggior parte delle ricerche appartengono a questo gruppo, abbiamo pensato di dare, in un primo momento, uno sguardo ad alcune teorie che stanno alla base di alcune ricerche, presentando i contributi e i limiti di ciascuna di esse, e di far seguire, in un secondo momento, un'analisi critica generale su ciascuna parte del nostro lavoro, soffermandoci di quando in quando su un dato metodo o una data ricerca particolare, per meglio sottolinearne la portata all'interno dell'analisi critica generale. Concluderemo questa parte tentando di dare una sintesi del concetto di sessualità, che sembra emergere dall'insieme dei dati delle ricerche.

Capitolo XII

FONDAMENTI DELLA SESSUALITÀ SECONDO PARTICOLARI TEORIE E LORO ANALISI CRITICA

Varie sono le teorie che si sono occupate, per un motivo o per un altro, della sessualità, ma quelle che più espressamente lo hanno fatto sono: la teoria genetico-costituzionale, la psicoanalisi, la teoria dell'apprendimento, la teoria della relatività culturale, la teoria della tassonomia o statistica, e infine la teoria della differenziazione psicosessuale.

A. teoria genetico-costituzionale

Con questa teoria[1] si sostiene che il comportamento sessuale (inclusa la scelta dell'oggetto) è preordinato dai geni ed è fissato da ormoni sessuali nel sistema nervoso centrale del feto o del neonato. Questo argomento si basa sull'assunto che essendo l'uomo un animale, è anch'egli soggetto alle leggi dell'evoluzione. Per cui, dal momento che egli ha ereditato le strutture fondamentali del suo cervello dalla stessa sorgente dalla quale lo hanno ereditato gli animali, ne segue che il suo comportamento sessuale ha gli stessi determinanti neurofisiologici. Ricerche su animali hanno, infatti, dimostrato che il funzionamento del sistema nervoso centrale può essere modificato da ormoni in modo da condurre a una modificazione del comportamento maschile in quello femminile e del comportamento femminile in quello maschile.

Con la teoria genetico-costituzionale si sostiene pure che i disturbi sessuali, le deviazioni e le perversioni sono causate da forze fisiologiche e non psicologiche.

1. Cfr. D. MAcLEAN, New findings on brain function and sociosexual behavior, in J. ZUBIN / J. MONEY (a cura di), Contemporary sexual behavior: critical issues in 1970's, Baltimore 1973; idem, Brain mechanism of elementar sexual function, in A. M. FREEDMAN e al. (a cura di), "Comprehensive textbook", vol. II, pp. 1386 – 92

1. Contributo

La teoria genetico-costituzionale riveste un grande interesse in quanto si basa su esperimenti, piuttosto che su dati speculativi. Molti sono, infatti, gli esperimenti animali che hanno convalidato le varie assunzioni e principi di questa teoria, che vuole che il comportamento sessuale è predeterminato dai geni ed è fissato da ormoni sessuali nel sistema nervoso centrale del feto o del neonato. E' stato, infatti, visto che influenzando il cervello con stimoli elettrici o chimici ecc. si può causare l'ipersessualità, o una scissione dei fattori sessuali, oppure una stimolazione ormonale può cambiare il funzionamento della sessualità.[2]

2. Limiti

Nonostante questa teoria si mostri assai suggestiva per i successi sperimentali ottenuti, essa perde molto del suo fascino se si considera l'indebita applicazione dei suoi risultati, ottenuti da esperimenti animali, al comportamento sessuale umano. Fintanto che il comportamento umano è correlato con la corteccia, la quale nell'uomo ha assunto – attraverso il processo storico-psicosessuale – una struttura specifica, differente da quella animale, ogni applicazione al comportamento sessuale umano dei risultati animali è una estrapolazione. Infatti, sebbene certe condizioni costituzionali, modificando l'ambiente ormonale del feto, possono causare nel bambino un comportamento di transvestitismo, questo combiamento comportamentale è trascurabile se paragonato a quello ottenuto negli esperimenti animali; nè si hanno, d'altra parte, prove di perversione costituzionale, anche se vi sono prove di un certo grado di cambiamento della mascolinità e della femminilità.[3]

2 Cfr. R. P. MICHAEL, Biological factors in the organization and expression of sexual behavior, in I. ROSE (a cura di), The pathology and treatment of sexual deviation, Londra 1964, pp. 24 – 54

3. Cfr. J. MONEY / E. POLLITT, Cytogenetic and psychosexual ambiguity: Klinefelter's syndrome and transsexualism compared, Arch. Gen. Psychiat., 1964, 11, pp. 589 – 95; J. MONEY, Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism, in R. GREEN / J. MONEY (a cura di), Transsexualism and sex reassigment, Baltimore 1969, pp. 91 – 115

B. Teoria psicoanalitica

FREUD[4] pensò che a fondamento dello sviluppo sessuale dell'uomo e della donna vi era una bisessualità costituzionale o biologica e che lo sviluppo sessuale del bambino era fortemente influenzato dalle sue relazioni con i genitori – complesso di Edipo. Egli inoltre sostenne il primato del pene o della superiorità del maschio rifacendosi alla superiorità fisica del maschio riscontrabile nei mammiferi[5] e al successo artistico e scientifico, quasi esclusivamente maschile, attraverso la storia; inoltre, elaborando la teoria della libido, teorizzò la varie fasi (orale, anale, fallica) attraverso le quali un individuo raggiungerebbe la maturità sessuale. Infine egli vide le cause delle perversioni nella combinazione di 5 categorie: bissessualità, complesso di Edipo, primato del pene, teoria della libido e conflitto.

Nello sviluppo che FREUD fece delle analisi delle perversioni, sottolineò che la nevrosi costituiva la negativa della perversione. Egli affermò che nel comportamento perverso, allo stesso modo che nella nevrosi, l'ego utilizza difese più o meno adeguate, ma la sofferenza e l'infelicità persiste, e che, inoltre, nella perversione le difese sono fissate sulla sensazione di piacere per cui l'ego accetta le componenti sessuali infantili e la repressione.

FREUD, seguito da altri psicoanalisti, ha sottolineato la grande importanza del conflitto di Edipo e dell'ansia di castrazione nell'origine delle perversioni, e ciò a causa della frequenza, in tali pazienti, dell'ansia persistente, della forte sensazione di pericolo in rapporto all'atto sessuale, delle fantasie di castrazione vaginale e del pericolo, o danno, al pene durante l'atto sessuale.

Ulteriori ricerche psicoanalitiche hanno sottolineato le caratteristiche del sistema difensivo dell'ego-superego e quelle della vita istintiva (sessualità e aggressività) come dipendenti da fattori biologici-costituzionali e ambientali.[6]

I dati di studi psicoanalitici, fino al momento più recente, che hanno contribuito alla formazione della teoria psicoanalitica delle perversioni, sono:

4. S.FREUD, Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität, Studien zur Psychoanalyse der Neurose, 1913 – 1925, Lipsia, Vienna, Zurigo 1922, orig 1917; Idem, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Lipsia, Vienna, Zurigo 1922, orig. 1917

5 R. J. STOLLER, Overview. The impact of new advances in sex research on psychoanalytic theory, Am. J. Psychiat., 1973, 130, p. 244

6. Cfr. R. J. STOLLER, "Overview", p. 244

l'identificazione dell'omosessuale con il genitore di sesso opposto, dipendente dal conflitto orale che predispone all'Edipo inverso, nella fase fallica; la negazione della castrazione nell'esibizionista; il rinforzamento difensivo nel sadismo e masochismo in individui con forte istinto di morte; intensa aggressività proiettata sul soggetto e contro se stesso nel sadomasochismo; l'erotizzazione e l'aggressività , nel guardare, dovuta a trauma e a fantasie della scena primigenia, nel voyeurismo; l'importanza della separazione e dell'oggetto transizionale nel feticismo.[7]

Partendo da questi nuovi dati, si afferma che la nevrosi non è la negativa della perversione, ma che la perversione ha una struttura simile alla nevrosi e forse alla psicosi, e che la perversione può essere classificata come una "nevrosi sessuale", in cui hanno parte i meccanismi di difesa psicotica.

In base a questi nuovi dati si afferma che la perversione umana prende struttura dall'ostilità causata dall'abbandono di identificazione con la madre, dalla paura di non riuscire a liberarsi dalla sua influenza e dal bisogno di vendetta. Perciò lo studio delle perversioni è più uno studio dell'ostilità che della libido.[8] (Cfr. pure pp. 204 – 210).

1. Contributo

La teoria psicoanalitica mostra una versatilità molto profonda nello spiegare i fenomeni sessuali. Il fatto di aver focalizzato il contenuto personale della sessualità, di cui cerca di comprendere reazioni conscie e inconscie, che sottendono la sua attuazione nelle sue varie espressioni, ha contribuito non poco allo smascheramento dei fantasmi della libido, i quali investono spesso energie della personalità in modo indebito. In questa linea, la teoria psicoanalitica, oltre ad avere contribuito a una demitizzazione dei tabù della sessualità in genere e ad avere sottolineato l'importanza del fenomeno sessuale nelle varie fasi

7 Cfr. P.GREENACRE, The transitional object and fetish with special reference to the role of illusion, Inter. J. Psychoanal., 1970, 51, pp. 447 – 56

8 Cfr. R. J. STOLLER, Hostility and mystery in pervesion, inter. J. Psychoanal., 1974, 55, pp. 425 – 34; D. M. UCHOA, A discussion of the paper by ROBERT J. STOLLER on hostility and mystery in perversion, Inter. J. Psychoanal., 1974, 55, p. 435

dello sviluppo psichico, ha aperto pure nuove possibilità per la comprensione della dinamica dei disturbi sessuali, delle perversioni e delle deviazioni. Le varie categorie dell'id, dell'ego e del superego, del complesso di Edipo, del complesso di castrazione, del principio del piacere ecc., le hanno permesso di elaborare principi e ipotesi che hanno dato un contributo molto forte alla comprensione degl'impulsi o delle forze che concorrono alla strutturazione della sessualità a livello psichico, intrapsichico, interpersonale e intersociale. Infine, la teoria psicoanalitica sottolineando il farsi della sessualità in termini dialettici – che trovano la prima attualizzazione nella perversità polimorfa del bambino, il quale incomincia a lottare per emancipare il suo sviluppo sessuale contro la paura di castrazione, per poi vivere con intensità drammatica un altro stadio dello sviluppo sessuale incentrato nel complesso di Edipo, e poi più in là nel superego ecc. – indica l'importanza dell'impegno e della responsabilità personale per la maturazione non solo della propria sessualità, ma anche della personalità integrale.

2. Limiti

Nonostante la versatilità che la teoria psicoanalitica offre per una comprensione della sessualità umana e della personalità, dobbiamo dire che molti dei suoi principi sono non specifici. Nel costruire le varie istanze della dinamica specifica dello sviluppo della sessualità, dei disturbi sessuali, delle perversioni ecc., essa si affida, per la loro spiegazione, a giudizi predeterminati, E ciò sia per quanto riguarda la sessualità del bambino, sia per quanto riguarda lo sviluppo della sessualità matura e delle deviazioni, le quali sono basate sul principio della bisessualità innata, ampiamente criticata da FREUND e coll.[9] e in discredito presso psicoanalisti.[10] Soprattutto non è stata confermata la tesi di FREUD della bisessualità biologica, come è stato dimostrato.[11] D'altra parte diverse ricerche[12] sul primo sviluppo della mascolinità e della femminilità infantile hanno messo in discussione gli stadi dello sviluppo della sessualità teorizzati da FREUD. Così pure la tesi della superiorità del maschio nell'ambito sessuale, è stata fortemente indebolita dalle ricerche di MASTERS e JOHNSON[13], i quali hanno trovato che l'orgasmo femminile ha origine nel clitoride, emancipando così la donna dal primato del pene. La teoria della libido, con la quale viene generalizzata la teoria degl'istinti e con la quale si vuole spiegare la genesi delle perversioni, non è stata confermata dalle ricerche empiriche. Infine, l'origine delle perversioni, motivata esclusivamente su conflitti psichici, è stata smentita, in quanto si è visto che possono esserne causa anche fattori biofisiologici.

9 Cfr. K. FREUND e al., Heterosexual aversion in homosexual men, J. Clin. Endocr., 1973, 4, p. 126; K. FREUND, Male homosexuality: an analysis of the pattern, in J. A. LORAINE (a cura di), "Understanding", pp. 25 – 91

10 Cfr. A. KARDINER e al., A methodological study of Freudian theory , III: Narcissism, bisesuality and the dual instinct theory, J. Nerv. Ment. Dis., 1959, 129, p. 207

C. Teoria dell'apprendimento

La teoria dell'apprendimento è multiconcezionale. Essa riassume la teoria del connessionismo di E. THORNDIKE[15], il condizionamento contiguo di GUTHRIE, il condizionamento classico di I. PAVLOV[15], il condizionamento operante di B. SKINNER[16], l'apprendimento del segno di E. TOLMAN, la teoria del campo di K. LEWIN e i vari approcci che usano modelli matematici dell'apprendimento.[17]

Tuttavia, le teorie dell'apprendimento, nelle loro varietà d'indirizzi, si sono occupate specificamente poco della sessualità e del comportamento sessuale.

11 Cfr. A. JOST, "A new look", pp. 209 – 16

12 Cfr. A. B. BILLER, Father absence and personality development of the male child, Develop. Psychol., 1970, 2, pp. 181 – 201

13 W. H. MASTERS / V. JOHNSON, Human sexual responce, Boston 1966

14 E. L. THORNDIKE, Fundamentals of learning, New York 1931

15 I. PAVLOV, Conditionated reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex, trad, dal Russo di G. V. ANVEP, London 1938

15 B. F. SKINNER, The behavioral of organism: an experimental anlysis, New York 1938

16 Per una esposizione comprensiva delle varie teorie dell'apprendimento (cfr. E. R. HILGARD, Theories of learning, New York 1956; I. L. JANIS e al., Personality: dynamics, development and assessment, New York 1969

17 E. R. HILGARD, Theories of learning

E allorché se ne sono occupate, sebbene nello stabilire i fattori del comportamento sessuale tipico e atipico, si siano riferiti a meccanismi differenti, si trovano tutte d'accordo nel sostenere che il comportamento sessuale umano é determinato dall'esterno: forze esterne agirebbero sul cervello e sulla psiche, soprattutto nel periodo infantile, allorché il binomio cervello-psiche si trova nello stadio di irresistenza e di recezione quasi passiva. Una volta che un individuo, a causa di uno stimolo piacevole sessuale, reagisce positivamente, tende a ripetere il meccanismo imparato per procurarsi di nuovo il piacere, il cui desiderio viene di volta in volta rinforzato.

1. Contributo

Abbiamo già detto che le teorie dell'apprendimento non si sono occupate specificamente della sessualità dell'uomo. Tuttavia sottolineando l'importanza dell'apprendimento in un individuo, hanno contribuito a mettere in rilievo che il fattore 'apprendimento' è di estrema importanza per la comprensione non solo del comportamento sessuale, ma anche delle reazioni e motivazioni di tale comportamento.

In qualche modo si può affermare che i principi sostenuti dalle teorie dell'apprendimento sono il primo gradino su cui basare o avviare i principi psicologici.

2. Limiti

Le teorie dell'apprendimento basano i loro principi su esperimenti animali. Quanto i risultati di esperimenti animali, ottenuti in laboratorio e quindi già precondizionati, siano in rapporto allo sviluppo della sessualità degli animali in condizioni naturalmente liberi, non si sa ancora. Se poi questi risultati vengono applicati allo sviluppo e al comportamento sessuale umano, si può facilmente capire quanto vi è d'indebito. Infatti, fino al momento attuale, non vi sono dati che attestino di un cambiamento di comportamento sessuale umano sottoposto a certi condizionamenti, come invece si sono ottenuti con animali. Inoltre, le modificazioni del comportamento sessuale indotto dall'imprintamento primigenio (imprinting), dal condizionamento e dal cambiamento delle relazioni tra animali della stessa specie (esperimenti di sopraappopolamento, privazione della madre ecc.), non sono stati riscontrati negli esseri umani, nè dall'altra parte sono stati riportati cambiamnti tali da essere classificati come perversioni.[18]

D. Teoria della relatività culturale

Gli autori di questa teoria usano le ricerche di altri per sostenere i loro principi o posizioni.[19] Essi, partendo dai risultati ottenuti da vari ricercatori sul comportamento sessuale nelle diverse culture, mettono in risalto che da cultura a cultura si notano differenze circa le pratiche sessuali e circa le relazioni e gli atteggiamenti su tali pratiche. Da ciò deducono che la sessualità tipica, o atipica (deviazioni, perversioni o aberrazioni), é relativa alle culture. Per cui può accadere che una cultura, in base a norme arbitrarie (religiose, morali, politiche ecc.) consideri la perversione di un individuo una variante del comportamento sessuale, mentre un'altra cultura vi associa una malattia. Secondo i sostenitori di questa teoria è la società che bisogna ritenere malata, e non l'individuo.

1. Contributo

Il contributo della teoria della relatività culturale sta nel aver messo in forse le sicurezze aprioristiche dei sostenitori, soprattutto psichiatri e psicoanalisti, del panpatologismo delle deviazioni sessuali.[20] E'chiaro, i sostenito-

18 Cfr. R. J. STOLLER, "Overview", p. 248

19 Cfr. D. DENNIS, Homosexual oppression and liberation, New York 1971; P. FISHER, The gay mystique: the myth and reality of male homosexuality, New York 1972; D. DONN, The gay militants, New York 1971

20 Cfr. R. GREEN, Homosexuality as a mental illness, Intern. J. Psychiat., 1972, 10, pp. 77 – 98; C. FORD / F. BEACH, Patterns of sexual behavior, New York 1951

ri della teoria della relatività culturale si propongono un unico scopo: la libertà sessuale. Essi sono molto attivi all'interno delle organizzazioni delle subculture sessuali, soprattutto tra le organizzazioni omofili e, combattendo contro l'ostracismo e la degradazione sociale tradizionale nei loro riguardi, sostengono il diritto a vivere la propria sessualità non come una malattia, ma come una variante.[21]

Questi sostenitori hanno pure contribuito a far risaltare le contraddizioni delle definizioni di sessualità normale o anormale, sana o patologica nell'ambito scientifico e di aver pure sottolineato l'importanza che le variabili culturali hanno nei giudizi di valore su un dato comportamento sessuale.[22]

2. Limiti

Il primo limite dei sostenitori della teoria della relatività culturale sta nella loro posizione aprioristica con la quale vogliono in ogni modo sostenere che le perversioni o le deviazioni non sono patologiche. Vi sono chiari casi invece di deviazioni o perversioni (nel feticismo, nel transvestitismo, nel transessualismo ecc.) la cui origine è senz'altro patologica.[23]

Questi teorici, inoltre, affrontano la comprensione del comportamento sessuale di una persona, considerando il significato di un aspetto del suo comportamento esterno – rifacendosi alla statistica o a particolari costumi culturali – trascurando del tutto la dinamica interna di un individuo.

21 Cfr. H. D. MESSER The homosexuality as physician, in R. GREEN (a cura di), Human sexuality, Baltimore 1975, p. 75

22 Cfr. D. G. FORGEY, The institution of Berdache among the North American Plains Indians, J. Sex Res., 1975, 11, pp. 1 – 5

23 Cfr. D. BLUMER, Transsexualism, sexual disfunction and temporal lobe disorder, in R. GREEN / J. MONEY (a cura di), "Transsexualism", pp. 213 – 19

E. Teoria della tassonomia

Con la teoria della tassonomia o della statistica[24] si sostiene che l'uomo, come membro del regno animale, può essere trattatto in modo statistico, senza che noi introduciamo il nostro giudizio morale o speculativo circa la motivazione. Infatti, se si sottopone ad esame il comportamento di qualsiasi specie, si trova sempre un certo numero di soggetti aberranti. E come si può tracciare un diagramma (bell curve) per la frequenza dell'introduzione e dell'eiaculazione in un gruppo di ratti, così pure si può trovare una 'bell curve' simile per la scelta dell'oggetto sessuale, del vestire con vesti del sesso opposto, o nell'usare un feticcio ecc. Questo diagramma non riflette altro che la variabilità inerente alla natura delle creature.

1. Contributo

Il contributo più importante della teoria della tassonomia sta nell'aver dato una visione ottimistica del sesso[25] e di aver contribuito a frenare il moralismo intransigente occidentale, che cerca di giudicare l'atto sessuale umano, sezionandolo sul banco anatomico della legalizzazione e della facile classificazione in sano o patologico, in buono o cattivo. Questa teoria, inoltre, ha contribuito a mettere in evidenza aspetti del comportamento sessuale di un grosso gruppo della popolazione e conseguentemente a far cambiare molti atteggiamenti e pregiudizi nel campo scientifico medico-psichiatrico e nelle varie confessioni religiose. Infatti, le ricerche che hanno portato alla formulazione di questa teoria, segnano l'inizio delle ricerche scientifiche o empiriche della sessualità.

24 Cfr. A. C. KINSEY e al., Sexual behavior in the human male, Filadelfia 1948; P. H. GEBHARD e al., Factors in marital orgasm, Med. Asp. Hum. Sex., 2 (7 giugno), pp. 22 – 5

25 Cfr. W. H. MASTERS / V. E. JOHNSON, Human sexual inadequacy Boston 1966

2. Limiti

Uno dei limiti principali della teoria della tassonomia sta, più che nei dati che gli autori portano sul comportamento sessuale, nella posizione che essi prendono prima di averli raccolti. I sostenitori dicono che la sessualità o il comportamento sessuale non è soggetto a giudizi di tipo psicologico o di valore e che l'investigatore ne saprà abbastanza allorché avrà finito di collezionare i dati. Sotto questo punto di vista, questa teoria va ad allinearsi con la teoria del comportamento. Inoltre, puntando esclusivamente sulle componenti quantitative del sesso e del piacere che ne deriva, trascura le componenti qualitative e soggettive, cui la coppia sembra faccia ancora appello. Infine, classificando la condotta sessuale dell'uomo in termini di rarità o di frequenza, ed escludendo ogni termine conflittuale o patologico, non fa che ridurre l'uomo ad uno stato di bestia innocente.[26]

F. Teoria della differenziazione psicosessuale

La teoria della differenziazione psicosessuale[27] si propone di evitare "il concetto della contrapposizione natura e cultura, tra il fattore genetico e l'acquisito, tra il biologico e lo psicologico o tra l'istinto e l'apprendimento".[28] Con essa si sostiene che la differenziazione psicosessuale, o dell'identità di genere, è un continuo che ha inizio nel concepimento e culmina nella formazione dell'identità di genere dell'adulto.

All'inizio il programma del dimorfismo sessuale viene pilotato dai cromosomi sessuali X e Y, che, a seconda del loro assetto XX o XY, danno informazione alla gonade indifferenziata, trasformandola rispettivamente in ovaia o in testicolo. Una volta che la gonade si è differenziata, il pilotaggio del programma passa agli ormoni prodotti dalle sue cellule, i quali sono responsabili, non solo dei genitali esterni, ma anche di certi aspetti dell'organizzazione

26 Cfr. G. ABRAHAM, Visione filosofica della sessuologia, in G. ABRAHAM / W. PASINI (a cura di), "Introduzione", pp. 17 – 32

27 Cfr. R. STOLLER,Sex and gender, New York 1968

28 Cfr. J. MONEY / A. A. EHRHARDT, "Uomo, donna", p. 15

cerebrale, che a loro volta influenzano alcuni aspetti del comportamento sessuale. Successivamente gli ormoni cedono il programma a due nuovi vettori: alla morfologia genitale e a quella parte del sistema nervoso (periferica e intracranica) connessa alla morfologia genitale, i quali informano il bambino stesso e le persone che sono responsabili dell'assegnazione del sesso del genere del neonato, e ciò, oltre che con l'apparenza dei genitali, anche mediante manifestazioni comportamentali, che secondo criteri tradizionali e culturali sono classificati come predominantemente maschili o femminili. Queste manifestazioni non determinano automaticamente il dimorfismo dell'identità di genere, ma solo parzialmente. La parte predominante della differenziazione dell'identità di genere riceve il suo programma per via sociale, dalle persone responsabili della conferma del sesso assegnato attraverso l'educazione quotidiana. Una volta differenziata, l'identità di genere riceve ulteriori conferme dalle modificazioni ormonali della pubertà; tutto ciò non si verifica nei casi di identificazione incongrua.

Con l'inizio della paternità e maternità, tutto il programma si rimette in moto, per la formazione di una nuova generazione.[29]

1. Contributo

Il modello della teoria della differenziazione psicosessuale ha il pregio di sottolineare in modo adeguato la complessità multiforme dello sviluppo sessuale. Inoltre, nella sintesi organica dei dati delle varie scienze sull'argomento, offre un punto di partenza valido per susseguenti considerazioni sulla varietà del comportamento sessuale umano.

2. Limiti

Nonostante il grande piano teorico che la teoria della differenziazione psicosessuale offre, non si può dire che essa costituisca l'ultima parola sull'argomento. Molte delle sue conclusioni sono referenze e estrapolazioni di dati

29 CfrJ. MONEY / A. A. EHRHARDT, "Uomo, donna", pp. 16 – 18

provenienti da ricerche su animali o da studi clinici (soprattutto sull'ermafroditismo). Forse ulteriori studi sul comportamento sessuale umano non clinico confermeranno la teoria della differenziazione psicosessuale. Per ora, essa si presenta come la più capace per una comprensione della sessualità e del comportamento sessuale.

Capitolo XIII

RILIEVI CRITICI GENERALI SULLE RICERCHE EMPIRICHE

In questo capitolo tenteremo di fare dei rilievi critici generali sui risultati delle ricerche che si sono occupate delle predisposizioni biofisiologiche e dei fattori psicologici della sessualità.

A. Rilievi critici sui risultati delle ricerche biofisiologiche

I risultati delle ricerche biofisiologiche comprendono: i risultati ottenuti dalle ricerche sui cromosomi, sulla embrologia, sugli ormoni, sulla morfologia e sulla fisiologia

1. Determinazione genetica del sesso

Le ricerche sui cromosomi sessuali danno la possibilità di affermare che il sesso genetico di un individuo è il risultato di un'interazione quantitativa dell'unione di geni presenti nei cromosomi separati e che il controllo genetico è influenzato specialmente tra il rapporto delle caratteristiche degli autosomi e dei cromosomi sessuali. Esse, inoltre, ci danno la possibilità di affermare che la compagine normale XY e XX può essere alterata a causa di un processo irregolare della riduzione cromosomica diploide, o meiosi. Questa irregolarità, le cui cause sono ancora sconosciute, porta alle così dette anomalie cromosomiche, le quali hanno gravi ripercussioni sulla differenziazione interna ed esterna dei genitali e sullo sviluppo psicosociale di un individuo.

Nonostante i risultati positivi ottenuti in campo cromosomico, molti sono ancora i punti oscuri che necessitano una spiegazione per una comprensione più approfondita del ruolo effettivo che essi hanno nella determinazione del dimorfismo sessuale. Infatti non si conosce ancora il gene responsabile di tale dimorfismo; la stessa teoria dell'eredità cromosomica, sebbene oggi sia larga-

mente suffragata, non si può dire che si possa considerare un capitolo felicemente chiuso con i risultati a nostra disposizione. Soprattutto in queste ricerche si lamenta il sacro isolamento in cui i loro risultati rimangono. (Cfr. cap.I).

2. Embriologia sessuale

Tra i contributi portati dalle ricerche in campo embriologico emergono quelli sullo sviluppo del testicolo e dell'ovaia. Si è visto così che lo sviluppo del testicolo precede quello dell'ovaia di circa sei settimane e che i fattori che interferiscono nella differenziazione hanno un peso determinante per lo sviluppo della sessualità normale o dell'intersessualità. Tentativi interessanti sono stati fatti per determinare le strutture da cui derivano i testicoli e le ovaie, e sul ruolo che gli ormoni hanno nello sviluppo della differenziazione dell'embrione in maschio o femmina.

D'altra parte le ricerche sull'embrione sono in grado di dirci ancora poco sul processo dell'unione dello spermatozoo e dell'uovo; molte incertezze rimangono ancora sulla possibilità di dare una visione dello sviluppo del bambino nell'utero materno durante i nove mesi e i risultati della differenziazione sessuale dell'embrione si riducono ancora a molte referenze sparse , inorganiche e incomplete, in quanto le ricerche sono state limitate più che altro al maschio(Cfr. cap. II).

3. Endocrinologia sessuale

In questi ultimi anni gli studi sugli ormoni sono stati molti e fruttuosi. Con essi si è potuto mettere in evidenza l'importanza che gli ormoni hanno nella differenziazione sessuale, nella determinazione delle caratteristiche somatiche, nel funzionamento dell'attività sessuale e quindi nelle sue disfunzioni, allo stesso modo che nelle endocrinopatie sessuali.

Lo studio degli ormoni femminili, a causa delle loro relazioni con gli anticoncezionali, ha ricevuto più attenzione di quello maschile. Così, in questi ultimi anni, a causa delle tecniche sempre più precise per la misurazione dei

livelli nel sangue ecc., alcuni autori hanno potuto concludere che gli androgeni adrenali hanno nella donna un ruolo più importante degli ormoni ovarici, ciò mostra che l'androgeno appare essere l'ormone erotico principale non solo per l'uomo, ma anche per la donna.[1]

Si è visto pure che gli ormoni androgeni rendono l'uomo più aggressivo e, in modo variabile, aumentano pure il suo desiderio sessuale. Lo studio degli ormoni, in fine, ha dato la possibilità, mediante la loro somministrazione, di poter in qualche modo aiutare la realizzazione della personalità di individui che soffrono di ipersessualità, di deviazioni non accettate o di identità di genere.

Nonostante i progressi ottenuti in campo degli ormoni sessuali, rimangono ancora molte incertezze sul peso effettivo che essi hanno nella differenziazione dell'embrione e sull'interazione tra la loro attività e quella del sistema nervoso. Inoltre si sa molto poco sugli effetti che essi hanno sul desiderio sessuale della donna durante la menopausa, sul così detto climaterio virile e sulle disfunzioni sessuali dell'erezione e dell'eiaculazione.

4. Morfologia sessuale

Dalle ricerche sulla morfologia si sono ottenuti risultati che danno la possibilità di delineare lo sviluppo della differenziazione morfologica sessuale del maschio e della femmina, e soprattutto durante il periodo della prepubertà e pubertà.

Dati importanti sono stati ottenuti per una conoscenza dello sviluppo morfologico sessuale del maschio e della femmina in rapporto ai vari tipi somatici, all'età, alla razza, all'ambiente socioculturale e al clima. Soprattutto di grande rilievo sono i dati sulla variabilità delle caratteristiche sessuali secondarie in rapporto allo sviluppo normale o anormale, alla loro precocità o meno,dato anche il loro grosso influsso sulle aspettative sociali e personali, e quindi la loro importanza per l'identificazione sessuale.

Poco invece si conosce sulla differenziazione morfologica sessuale nell'infanzia e quasi niente su quella dei deviati sessuali, eccetto pochi casi clinici.

1 .S. REICHLIN, Relationships of the pituitary gland to human sexual behavior, Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5 (2), p. 151

Uno studio su questo punto potrebbe portare validi contributi per la comprensione del rapporto tra la percezione che un deviato ha del proprio corpo e il suo ruolo sessuale di genere, tra identità femminile (per es. per il transessuale) e la percezione che il partner 'eterosessuale' ha di essa (Cfr. cap. IV).

5. Fisiologia sessuale

L'inizio dello studio della fisiologia sessuale è piuttosto recente: esso risale alle ricerche di MASTERS e JOHNSON (1966). Lo scopo di questo studio è la conoscenza dell'attività fisiologica sessuale , che ha come culmine l'orgasmo. Le ricerche al riguardo hanno appunto avuto il merito di portare dei dati per la conoscenza dei vari meccanismi e processi che sfociano nella soddisfazione fisiologica sessuale. Si è così messo in evidenza le reazioni genitali ed extragenitali coinvolte nell'attività sessuale dell'uomo e della donna, e quindi nel meccanismo dell'orgasmo. Queste ricerche, prospettando un unico orgasmo vaginale-clitorideo, hanno portato un contributo considerevole alla soluzione della problematica sui vari tipi di orgasmo femminile, smentendo così la teoria freudiana del duplice orgasmo nella donna e della dipendenza della donna dal primato del pene.

Inoltre, queste ricerche, sviluppando varie tecniche terapeutiche che fanno ricorso alla stessa fisiologia sessuale, hanno portato un contributo valido anche alla cura delle disfunzioni sessuali.

La fisiologia sessuale è l'aspetto della sessualità che più è stato trascurato dalla fisiologia e dalla ginecologia.[2] Perciò i dati a disposizione , essendo il risultato di poche ricerche, hanno bisogno ancora di convalide per la valutazione della loro effettiva portata. D'altra parte le ricerche si sono limitate per lo più alla discussione del meccanismo fisiologico del coito in una età idealmente efficiente, trascurando quasi del tutto la fisiologia sessuale nell'età avanzata; poca attenzione è stata pure data allo studio dei vari stimoli fisici e psichici sessuali e alle reazioni del sistema nervoso centrale all'interno dell'attività fisiologica sessuale (soprattutto nella determinazione dell'eccitazione).

Infine lo scopo che queste ricerche si propongono sorpassa forse i loro stessi mezzi. (Cfr. cap. V).

2. Cfr. V. SIGUSCH, "Sexuelle Reaktionen", in H. GIESE (a cura di), p. 829

B. Rilievi critici circa i risultati della sessualità tipica e atipica

Nel fare dei rilievi critici sui risultati della sessualità tipica e atipica, ci soffermeremo sui vari punti che sono stati trattati all'interno dell'uno e dell'altro aspetto.

1. Sessualità tipica

Abbiamo avuto modo di vedere che le ricerche sulla sessualità tipica si sono accupate delle diverse variabili del comportamento sessuale, come la masturbazione, i rapporti eterosessuali (soprattutto nel periodo che va dall'adolescenza ai 30 anni), i rapporti extramatrimoniali, la sessualità in rapporto alla sterilizzazione maschile e agli anticoncezionali femminili, la sessualità in rapporto alla personalità e in rapporto agli stimoli erotici. Scopo di questo paragrafo è di fare alcuni rilievi critici su alcuni di questi punti. In un primo tempo pensiamo di dare uno sguardo generale ai contributi delle ricerche , e poi di far seguire dei rilievi critici su alcuni punti in particolare. (Cfr. cap.VI)

a. Contributo generale delle ricerche sulla sessualità tipica

Le ricerche empiriche sulla sessualità tipica, al di là della loro varietà d'indirizzi ideologici e teorici, hanno portato un contributo innegabile per una maggiore comprensione della sessualità, e hanno contribuito, allo stesso tempo, a una sua relativa emancipazione dalle sovrastrutture e dai principi teoretici di tipo medico-psichiatrico, o morale, in cui era stata incasellata. Avendo focalizzato il fenomeno sessuale nel vissuto, esse hanno pure contribuito non poco a mettere in luce il ruolo effettivo che la sessualità ha nella dinamica della personalità umana, e alla sua importanza nell'ambito socioculturale. Per il fatto che le ricerche affrontano la sessualità tenendo conto delle variabili personali, sociofamiliari, culturali, ambientali ecc. hanno dato la possibilità di tracciare gli standards su cui si muove oggi il fenomeno sessuale e di far vedere i fattori importanti che agiscono all'interno di esso. Si è visto così che il comportamento sessuale dei giovani ha subito un cambiamento considerevole se paragonato a quello di 10 anni fa. Ciò vale soprattutto per

gli atteggiamenti e le reazioni verso i rapporti prematrimoniali, per il ruolo dei partners nei rapporti sessuali, per la masturbazione, per l'uso degli anticoncezionali, per l'uso delle varie tecniche nei rapporti sessuali, per il rapporto sessualità-matrimonio, moralità-sessualità, religione-sessualità, sessualità-affettività, sessualità e legalizzazione ecc. Dall'insieme dei dati sui questi vari punti, viene indicato che la sessualità è vista come elemento principale sia come fattore nelle relazioni interpersonali sia come fattore culturale. Viene pure rilevato che la sessualità acquista motivazioni morali, non tanto in base a principi oggettivi e immutabili, ma in rapporto alla dinamica dei soggetti coinvolti, alle loro aspirazioni politico-sociali situate in un particolare ambiente, spazio e tempo.

Infine dobbiamo dire che le ricerche empiriche, studiando il fenomeno della sessualità nel suo vissuto reale, hanno contribuito alla formazione di un atteggiamento meno pregiudiziale e meno tabuistico della sessualità, e, allo stesso tempo, hanno indicato l'urgenza di una profilassi pedagogica e medica sia nell'ambito familiare che nell'ambito delle varie istituzioni sociali.

b. Problematica inerente alle ricerche empiriche

Sembra abbastanza legittimo domandarsi fino a che punto le persone implicate nelle ricerche dicono la verità sulla propria esperienza sessuale. Quanti non sono già precondizionati da un test, dalla stessa formulazione di una intervista? Quali sono le differenze di personalità tra coloro che si sottopongono alle ricerche e quelli che non si sottopongono? ecc. La validità delle conclusioni e dei risultati delle varie ricerche sul comportamento sessuale dei giovani e dei non più giovani dipende dalla validità delle risposte degli intervistati e dall'oggettività con cui quelle risposte sono riportate dai ricercatori. La politicizzazione, per es. può essere una delle categorie usata per manipolare i risultati di una ricerca.[3]

Comunque sia, bisogna credere che i ricercatori che indagano sul fenomeno della sessualità hanno come unico scopo la sua liberazione dai pregiudizi e dall'ignoranza. Questa liberazione dovrebbe portare a una comprensione più

3. Politicizzazione ha qui significato di manipolazione dei dati della ricerca in modo che servano a dimostrare una tesi prestabilita(cfr. R. C. SORENSEN, "Adolescent', ibid.).

oggettiva della sessualità, perché possa essere vissuta più profondamente nella strutturazione e realizzazione di una personalità umana. Il problema, tuttavia, si ripropone allorché ci si domanda che cosa significa per i ricercatori liberazione dai pregiudizi e realizzazione della personalità umana. Questi punti sostituiscono il ritornello dei vari ricercatori, sui quali insistono con particolare interesse. A volte si ha l'impressione che per alcuni ricercatori 'liberazione' dai pregiudizi e 'realizzazione' della personalità hanno dimensioni solo quantitative. Per es. ci si preoccupa di rilevare l'età della prima masturbazione o del primo coito, trascurando la loro ambivalenza; o a rilevare la frequenza del coito, trascurando la qualità dell'esperienza. Di conseguenza, per questi autori, 'liberazione sessuale' diventa sinonimo di permissività o di repressione dal senso di colpa.[4]

Un altro appunto che può essere fatto ad alcuni ricercatori è che la sessualità , o la sua espressione, è qualcosa di più delle altre funzioni fisiologiche: essa è spesso regolata da particolari considerazioni morali. Così, un rapporto sessuale di un giovane con una prostituta, magari il suo primo rapporto, può essere visto in una prospettiva morale diversa da quello con la fidanzata, e lo stesso vale per una donna che riesce ad avere l'orgasmo con un estraneo, ma non con il marito. Di conseguenza una ricerca che si propone di esaminare solo il fatto quantitativo dell'orgasmo, trascurando il coinvolgimento personale, e soprattutto morale, dice poco in rapporto alla dinamica di liberazione personale-sociale. D'altra parte questo problema della moralità della persona è importante anche da un punto di vista metodologico. Infatti vi sono persone che considerano immorale il sottoporsi ad una ricerca sessuale. Da ciò si deduce che la moralità di coloro che si sottopongono volontari ad una ricerca sulla sessualità è diversa da coloro che non si sottopongono. E' probabile, allora, che essi differiscono nel modo con cui esprimono la propria sessualità ,come pure nei loro atteggiamenti e reazioni verso di essa. Ciò porta a concludere che il gruppo che si sottopone per es. ad una inchiesta sulla masturbazione o sul coito, rappresenta in modo oggettivamente tipico solo quella popolazione che riflette la sua moralità, ma non la popolazione generale.

4. Cfr. N. WAGNER e al, "Sexual behavior", p. 150; V. SIGUSCH / G. SCHMIDT, "Teenage boys", p. 107

Bisogna, inoltre, rilevare che a volte si assiste a troppe generalizzazioni all'interno dello stesso gruppo esaminato. Così capita di trovare dati cumulativi dell'età e dello stato maritale di uomini e donne, per cui resta impossibile sapere sia l'età media che lo stato maritale medio degli uomini e delle donne in modo distinto.[5] Oppure si possono trovare domande vaghe per es. sulla valutazione delle attitudini sessuali, come accade nella ricerca di WILSON.[6] per es. "Sei sessualmente liberale o conservativo". Ora è difficile che a una domanda del genere si possa dare una risposta tale che quadri con le pretese di una descrizione precisa delle attitudini dei Nord Americani verso la sessualità (a fairly precise description of the distribution of attitudes). D'altra parte il significato di 'liberale' e 'conservativo' può essere inteso così differente da individuo a individuo che è davvero arduo poter interpretare i risultati ottenuti. Inoltre lo stesso autore non fa distinzione nelle sue domande tra sessualità premaritale , maritale ed extramaritale. Vi sono altre domande nella stessa ricerca che sono pure ambigue. Nella tav. 2 della ricerca (p.126) le domande sulla masturbazione dei ragazzi e delle ragazze confondono i due sessi insieme, per cui rimane problematico distinguere i diversi atteggiamenti in rapporto al sesso. Lo stesso vale per le domande circa i rapporti sessuali (cfr. tav. 3, p. 127; tav. 4, p.128, della ricerca), nelle quali non si fa distinzione dello stato maritale, per cui è impossibile sapere se una persona che risponde è celibe o sposata. La stessa metodologia inadeguata riflettono altre ricerche sulle domande circa gli atteggiamenti degli adulti verso i rapporti prematrimoniali (ALSTON e TUCKER) o circa l'orgasmo femminile (BUNTLER).

c. Rilievi critici su alcuni paragrafi della sessualità tipica

Vasectomia

Quasi tutti gli autori che si sono occupati della vasectomia o sterilizzazione maschile, considerano tale tecnica molto positiva e le persone che volontariamente vi si sottopongono come delle persone responsabile di fronte al proplema demografico. E tengono pure a sottolineare che quasi il 99% dei vasectomizzati dichiarano di essere contenti di aver preso una tale decisione, di essere più soddisfatti della propria attività sessuale e di quella con la propria partner.

5 Cfr. R. A. LEWIS, "Parental", pp. 156 – 70
6 W. C. WILSON, "The distribution", pp. 46 – 64

D'altra parte alcuni ricercatori avanzano delle riserve su tale entusiasmo. Essi ritengono che è ancora prematuro dare una giusta valutazione. Infatti la procedura è stata introdotta solo da poco, e quindi manca una sedimentazione dei motivi di tale entusiasmo. Inoltre manca spesso un gruppo di controllo, perché si possa valutare in modo oggettivo la soddisfazione espressa dai vasectomizzati e le relative implicanze psicologiche. Soprattutto va tenuto presente che il problema del concetto della mascolinità, nell'uomo di cultura occidentale, è ancora legato al concetto di generazione e di prole. Infine si obietta che probabilmente l'entusiasmo espresso dai vasectomizzati altro non è che un meccanismo di difesa, per camuffare la propria disillusione, o scacco, essendosi votati irrevocabilmente alla sterilizzazione e sapendo di non poter tornare più indietro.[7] (Cfr. cap. VI).

Anticoncezionali femminili

Anche gli anticoncezionali femminili, come la vasectomia, sono considerati un fatto positivo sia in rapporto alla soluzione del problema demografico, sia in rapporto alla vita sessuale della donna. La donna, infatti, liberata dalla preoccupazione e dalla paura di rimanere ingravidata, può assumere un ruolo più attivo nell'attività sessuale e godere di più nei rapporti sessuali. In questo modo la donna raggiunge pure una maggiore uguaglianza con l'uomo, in quanto, sentendosi più libera, può avanzare con lo stesso diritto esigenze e richieste nell'ambito dell'attività sessuale, non dovendo più sottostare alla schiavitù di particolari tempi fisiologici.

Per quanto riguarda la maggiore soddisfazione nella vita sessuale che l'uso degli anticoncezionali comporterebbe, il fatto rimane ancora problematico, in quanto mancano quasi del tutto gruppi di controllo. Inoltre, il problema degli anticoncezionali femminili è stato esaminato quasi esclusivamente da un punto di vista utilitaristico-funzionale, mentre poco è stato indagato sui rapporti anticoncezionali e identità femminile e senso della maternità. Poco è stato pure indagato sulle ripercussioni che l'uso degli anticoncezionali ha

7. Cfr. H. WOLFERS, "Psychological", p. 300

nella dinamica familiare, o morale-religiosa ecc. Potrebbe essere che l'uso degli anticoncezionale sia e non sia effettivamente un segno di maggiore responsabilità familiare e sociale, o di maturità personale; così potrebbe essere e non essere un semplice segno di irresponsabilità, di opportunismo, di conflitti di identità, di ostilità, di masochismo, di nichilismo, di povertà emozionale o di una personalità manipolata. Questo fatto è naturalmente legato ad altri problemi, tra cui spicca soprattutto il problema dell'emancipazione della donna, il quale va sempre più perdendo la sua identità personale per diventare un gioco nelle spirali anonime della politica. (Cfr. cap. VI).

Rapporti extramatrimoniali

Gli investigatori che si sono occupati dei rapporti extramatrimoniali sono tutti d'accordo che essi vanno sempre più aumentando. E ciò soprattutto per quanto riguarda il coinvolgimento della donna, la quale non sembra più rassegnata a sopportare l'infedeltà del marito per farsene dei meriti religiosi o di automasochismo. Tuttavia si dice pure che il problema dei rapporti extramatrimoniali fonda la complessità della sua fenomenologia espressiva o comportamentale, che va dal semplice bacio al coito, sulle regole sociali e sulle variabili culturali.[8]

Per quanto riguarda le cause dell'incremento dei rapporti extramatrimoniali, tra l'altro, si elencano fattori di ordine sociale, quale l'industrializzazione, il progresso economico e il rilassamento giuridico. Dal punto di vista della dinamica matrimoniale si sottolinea il maleaggiustamento maritale e una nuova concezione del matrimonio, in cui, già prima che venga legalizzalmente concluso, si prospettano relazioni sessuali extra col consenso di ambo i partners. In questa linea appare perciò che i rapporti extramatrimoniali, soprattutto nei giovani, riflettono aspettative del matrimonio stesso.

Sebbene le indagini sui rapporti extramatrimoniali prospettano una spiegazione causale di tipo sociologica di essi, come la più plausibile, sono necessarie ulteriori ricerche empiriche, perché si abbia una maggiore elaborazione o specificazione di quelle cause, o un loro rifiuto. (Cfr. cap. VI).

8 Cfr. J. N. EDWARDS, "Extramarital", pp. 210 – 24

Sessualità e personalità

I ricercatori che si sono occupati dei rapporti tra comportamento sessuale e personalità, hanno messo in rilievo che a un particolare tipo di personalità corrisponde pure un particolare comportamento sessuale e allo stesso tempo particolari reazioni e atteggiamenti verso di esso. Così è stato visto che una personalità estroversa differisce nel suo comportamento sessuale da una personalità introversa. Una personalità estroversa è sessualmente più attiva, allaccia con più facilità rapporti premaritali ed extramaritali, e ha atteggiamenti più permissivi verso il fenomeno della sessualità. Tuttavia, nonostante il suo maggiore coinvolgimento sessuale, il tipo con personalità estroversa mostra di essere meno soddisfatto della propria vita sessaule e vive di più in conflitto, rispetto al tipo introverso.

I ricercatori hanno pure mostrato che ad una personalità estroversa sono associate caratteristiche di nevroticismo, mentre esse sono correlazionate in modo negativo alla personalità introversa.

Questi dati delle ricerche empiriche sul rapporto personalità, comportamento e attitudini sessuali, sono importanti per una comprensione del comportamento di un individuo non solo nell'ambito del patologico, ma anche nell'ambito del normale. Essi, infatti, indicano che l'elemento estroversione-nevroticismo è un continuum del comportamento in cui un tipo particolare di personalità di solito s'ingaggia. Rimane, tuttavia, il problema della effettiva validità di questi dati. Essi sono troppi pochi per costituire un giudizio definitivo per la comprensione del rapporto personalità e comportamento sessuale. Se ulteriori ricerche empiriche confermano che effettivamente un tipo di personalità estroversa mostra attitudini positive verso il comportamento promiscuo e mostra di essere orientata biologicamente nel suo comportamento sessuale, tali risultati possono essere un punto di partenza per lo studio soprattutto delle deviazioni. (Cfr. cap. V).

Sessualità e materiale erotico

L'apporto che i ricercatori hanno portato circa lo studio del materiale erotico in rapporto alla sessualità, sta soprattutto nell'aver sottolineato l'importanza che lo stimolo sessuale ha nel meccanismo del funzionamento della sessualità . Essi hanno pure mostrato l'ambiguità e la variabilità di incidenza che uno stimolo sessuale ha sul comportamento sessuale. Inoltre hanno rileva-

to che un dato comportamento sessuale presente, può avere una origine storica molto complessa. Nella sua formazione hanno un ruolo importante particolari stimoli sessuali, i quali, pertanto, costituiscono un bagaglio di riserva a cui un individuo, tramite l'elaborazione fantastica e immaginativa, fa appello per eccitarsi sessualmente.

Queste ricerche hanno pure contribuito a mettere in risalto che le deviazioni o le perversioni sessuali sono probabilmente manifestazioni estreme di comportamento sessuale, in cui la maggior parte delle persone s'ingaggia.[9] Da ciò segue che uno studio della sessualità, nelle espressioni meno estreme, si rivelerebbe molto utile per una comprensione più obiettiva del comportamento sessuale nella sua variabilità di espressioni.

I problemi che sollevano le ricerche, che fanno uso del materiale erotico, sono di natura morale e metodologica. Abbiamo già accennato che il gruppo che si sottopone alle ricerche empiriche sulla sessualità conserva un atteggiamento morale diverso di quello che non si sottopone. Tale osservazione vale ancora di più se si considera che il materiale erotico è in genere ritenuto materiale pornografico. D'altra parte è stato notato che delle persone che si rifiutano di presentarsi all'esperimento, cambiano atteggiamento allorchè si dice loro che saranno pagate.[10] Per cui è probabile che ciò costituisca un precondizionamento che invalidi l'oggettività delle loro risposte. Inoltre, bisogna tener presente quei soggetti, che si sottopongono agli esperimenti, non costituiscono un gruppo tipico della popolazione generale, giacchè sono reclutati quasi esclusivamente tra gli studenti di 16 – 18 anni, i quali sono a uno stadio dello sviluppo sessuale particolarmente cruciale. Dagli esperimenti vengono, quindi, esclusi, per motivi etici o legali, i giovani al di sotto di quella età, quasi sempre le donne, e quasi sempre gli operai e i giovani di ambiente rurale. Bisogna pure notare che nelle ricerche, anche se si tiene conto dei fattori tipici comportamentali di un individuo e dei loro rapporti con le variabili attitudinali e demografiche, non si è in grado poi di verificarle con una osservazione diretta, per cui la loro validità si basa esclusivamente su dati riportati dagli stessi soggetti.

9 Cfr. K. FREUND e al., "The female", pp. 119 – 33
10 Cfr. D. M. MOROSO / M. BROWN, "Problems in studing", pp. 187 – 95

Osserviamo infine che problematiche sono pure le misure fisiologiche usate nelle ricerche, le quali al momento attuale sono limitate solo a due: il riferimento personale e gli indici fisiologici. Il riferimento personale richiede che sia vagliato dall'investigatore, il quale al momento attuale non ha i mezzi per farlo. Considerando invece le misure fisiologiche, la problematica nasce dalla loro inadeguatezza. Per es. il pletismografo penile è soggetto a distorsioni, quali movimenti artefatti, effetti di adattamento e di controllo volontario. Inoltre, a causa della sensibilità del pene, lo stesso pletismofero può costituire una stimolazione, che è difficile distinguere da quella provocata dal materiale pornografico.[11] (Cfr. cap. VI).

2 Sessualità atipica

Nel fare alcuni rilievi critici sulle ricerche fatte in rapporto alla sessualità atipica, prenderemo in esame prima le deviazioni e poi le perversioni.

a. Deviazioni

Centreremo la nostra discussione critica sui fattori portanti dell'omosessualità, del transessualismo e del transvestitismo, che le ricerche empiriche hanno più preso in considerazione.

Omosessualità maschile

L'omosessualità maschile, come abbiamo visto, è la deviazione sessuale che più è stata studiata. Le ricerche sull'origine genetica dell'omosessualità sono molte, tuttavia sono ben lontane dall'offrire dati per una conclusione definitiva. I risultati sullo studio dei gemelli non portano a nessuna conclusione sull'eziologia, d'altra parte tutti gli omosessuali dimostrano di avere cromosomi normali. I dati sul sesso dei fratelli e sull'età dei genitori, sebbene di un certo interesse, sono solo indirettamente legati ai fattori genetici dell'omosessualità. Le ricerche sulla fisiologia hanno portato qualche evidenza di differen-

11 Cfr. M. ZUCKERMAN, "Physiological measures", pp. 297 – 329

ze tra omosessuali e eterosessuali. Tuttavia, sebbene non si possano negare queste differenze, soprattutto in campo ormonale, i risultati attuali a nostra disposizione sono ancora confusi e contraddittori. Infatti, è difficile concludere che l'orientazione di un omosessuale dipenda da una disfunzione ormonale, quando un altro omosessuale mostra una funzione endocrinologica normale. Forse le differenze fisiologiche sono risultati di fattori psicologici che agiscono per via non ancora chiara.[12]

Le ricerche sull'infanzia hanno preteso di dimostrare alcune differenze tra omosessuali ed eterosessuali. Così si è evidenziato che gli omosessuali, rispetto agli etero, hanno sperimentato di più l'assenza del padre, o una madre sopraprotettiva. Ma questi risultati possono essere frutto di una metodologia artefatta. Infatti, allorché SIEGELMAN[13] confrontò genitori di omosessuali e di eterosessuali sul nevroticismo, non trovò nessuna differenza tra i due gruppi. D'altra parte non si può affermare con sicurezza matematica che l'effetto del comportamento dei genitori sui bambini sia esclusivo, poiché vi sono prove che anche il comportamento del bambino è causa del comportamento dei genitori.[14] Inoltre la maggior parte dei dati sull'infanzia degli omosessuali si basa sulla percezione che gli omosessuali adulti hanno del loro passato o dei loro genitori. I ricercatori si sono preoccupate poco , o quasi per niente, di investigare direttamente sulla personalità dei genitori degli omosessuali.

I dati sulla sessualità e sul comportamento sessuale rivelano che le risposte psicologiche sessuali degli omo hanno generalmente inizio nella preadolescenza, mentre quelli degli etero più tardi. L'attività sessuale degli omo si distingue da quella degli etero soprattutto per l'uso della pratica masturbatoria, la quale tra gli omosessauli è un fenomeno universale. Questo comportamento masturbatorio perdura ulteriormente, anche se nella vita adulta viene spesso rivestito della modalità esclusivamente omosessuale. Tuttavia non sono offerti dati per mezzo dei quali si possa sostenere che la responsabilità delle differenze sull'attività masturbatoria tra etero e omo, in termini di prevalenza-preferenza, dipenda da fattori educazionali o dallo stato socio-economico.

12 Cfr. R. KOLODNY e al., "Plasma testosterone", p. 1170
13 M. SIEGELMAN, "parental", p. 18
14 Cfr. R. Q. BELL, A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization, Psychol. Rev., 1968, 75, pp. 81 – 95

Un dato che emerge da queste ricerche è che gli omo, rispetto agli etero, iniziano le pratiche sessuali relativamente presto.

Dagli studi psicologici e psichiatrici è possibile rilevare dei dati di una certa importanza. Da un punto di vista psicologico emergono due tratti: 1) gli omosessuali tendono a somigliare più al sesso opposto nei tests sulla mascolinità-femminilità; 2) gli omosessuali sembrano meno aggiustati degli eterosessuali. Tuttavia questo secondo punto è aperto a due interpretazioni: è probabile che il comportamento omosessuale sia praticato da quelle persone della società che sono meno aggiustate o è probabile che il maleaggiustamento degli omosessuali dipenda dall'ostracismo, dalle persecuzioni e dai pregiudizi verso di essi da parte della maggioranza eterosessuale, i quali fattori agirebbero da stress sugli omosessuali così da provocare in essi reazioni psicologiche di maleaggiustamento.

Dal punto di vista psichiatrico, a parte l'associazione tra paranoia e omosessualità, non sono state portate prove con le quali si possa sostenere che gli omosessuali soffrono di disturbi psichiatrici più degli etero. E allorché alcuni ricercatori tendono a sottolineare una maggiore incidenza di disturbi psichiatrici tra gli omosessuali, dobbiamo tener presente che non di rado questi ricercatori prendono in considerazione campioni di omosessuali reclutati tra gli arrestati frequentatori di toilets pubbliche, i quali probabilmente non riflettono la maggioranza degli omosessuali, che vivono una vita ordinaria e sono del tutto sconosciuti alle autorità legali.

Osserviamo pure che, sebbene gli investigatori abbiano capito che per comprendere la personalità degli omosessuali, bisogna studiare individui non reclutati tra gli ospedali psichiatrici o nelle carceri, hanno, tuttavia, diretto le loro investigazioni tra gli omosessuali reclutati tra gruppi di attivisti o appartenenti a particolari associazioni omofile. Ora, è stato dimostrato che gli omosessuali appartenenti a organizzazioni omofile sono più nevrotici dei non appartenenti o dei non attivisti[15], per cui si può avanzare il dubbio che gli omosessuali attivisti o appartenenti a organizzazioni omofile rappresentino in modo tipico l'omosessuale medio.

Di un certo interesse si sono rivelati i risultati delle ricerche fatte sulla tipologia degli omosessuali. I diversi tentativi di classificare gli omosessuali

15 Cfr.M. SIEGELMAN, "Adjustment ", pp. 9 – 25

sotto particolari punti di vista o caratteristiche, offrono un potenziale utile per la comprensione dell'omosessualità. Tuttavia, è bene notare che in queste varie classificazioni tipologiche vi e una riduzione della complessità del comportamento e delle attitudini sessuali degli omo. Le varie tipologie sono basate più su una assolutizzazione di un tratto del comportamento della personalità dell'omosessuale che su un tipo di distinta personalità.

Per quanto riguarda i risultati delle ricerche specifiche di indirizzo teorico che si sono accupate dell'omosessualità, dobbiamo dire che nessuna teoria, nè la teoria biologica, nè la psicoanalisi, nè la teoria dell'apprendimento sociale hanno portato prove evidenti e convincenti dell'eziologia dell'omosessualità. Vi sono abbastanza prove di ricerche empiriche per sostenere contro la psicoanalisi che l'omosessualità non è frutto di una personalità psicologicamente disturbata. I dati che la psicoanalisi porta per sostenere questa tesi si basano più su particolari casi clinici che sulla popolazione generale. Neppure vi sono prove per sostenere la teoria fobica dell'omosessualità. Abbiamo visto, infatti, che FREUND ha mostrato che l'omosessaule non ha una particolare paura degli organi della donna o del corpo della donna in generale, ma che egli preferisce come soggetto sessuale una persona dello stesso sesso. La psicoanalisi ha però ragione nel sostenere le sue teorie sull'omosessualità contro quelle teorie le quali più che basarsi sulla fenomenologia del comportamento sessuale, si basano su principi teorici di normalità sessuale. D'altra parte, come abbiamo già osservato, una comprensione dell'omosessualità comporta lo studio della fenomenologia del comportamento sessuale che vada al di là anche dei casi clinici particolari.

Per quanto riguarda la teoria dell'apprendimento sociale dell'omosessualità, i suoi sostenitori non sono stati ancora in grado di portare prove sperimentali di prima mano, che siano in rapporto diretto con l'apprendimento, nell'infanzia, di un'appropriata o inappropriata identità di genere, e l'apprendimento del comportamento del sesso tipico verso la futura omosessualità adulta. Anche se GREEN e MONEY[16] portano sei esempi di omosessuali che da bambini erano stati considerati effeminati, ciò costituisce un apporto troppo esiguo per poter concludere che l'omosessualità maschile trova la sua spiegazione in un apprendimento quasi esclusivamente sociale. (Cfr. cap. VIII).

16Cfr. GREEN / J. MONEY, Sexual identity in children and adults, New Kork 1974

Omosessualità femminile

Non vi sono molte osservazioni specifiche da farsi circa la metodologia e i risultati delle ricerche fatte sull'omosessualità femminile. Molti dei rilievi critici fatti sull'omosessualità maschile valgono anche per il lesbismo. In particolare osserviamo che, dall'insieme dei risultati sull'omosessualità delle donne, si può dire che esse non senbrano disturbate psicologicamente più delle eterosessuali. E' difficile concludere che esse, rispetto alle etero, hanno sperimentato nella loro infanzia meno rapporti affettivi con i genitori. Le ricerche al riguardo sono contraddittorie. Forse perchè le omosessuali costituiscono un gruppo troppo eterogeneo, e gli investigatori non ne hanno tenuto debito conto. D'altra parte bisogna tener presente che le omosessuali, soffrendo meno dell'ostracismo sociale, sono emerse poco come gruppo di subcultura, se considerate in rapporto ai maschi omosessuali, e perciò sono state meno studiate. (Cfr. cap. IX).

Transessualismo maschile e femminile

In questi ultimi anni vi è stato un grande interesse per il fenomeno del transessualismo e il tentativo di capirlo. Chi ha dedicato particolare attenzione al transessualismo maschile e femminile è stato STOLLER, come abbiamo avuto modo di vedere. E' bene osservare che questo autore è uno psichiatra e uno psicoanalista eterodosso, il quale nelle sue ricerche fa soprattutto uso delle tecniche osservazionali psicologiche. Egli, con molti altri al suo seguito, o indipendenti, sostiene che nell'eziologia del transessualismo la mascolinità, o la femminilità, dei transessuali non ha un fondamento biologico, ma è determinata dal condizionamento sociofamiliare. Per cui alla base del l'orientazione sessuale dei transessuali e delle transessuali starebbe il principio dell'improntamento primigenio (imprinting).[17] Si sostiene così che è la madre a imprimere sul bambino la propria femminilità, in modo tale da generare in lui una identità di genere profonda femminile (nel caso della bambina, è il padre ad imprimere la propria mascolinità). Inoltre, sulla base di studi clinici,si sostiene che il transessuale non è un nevrotico, perché egli non sente conflitti per il proprio genere; non è uno psicotico, perché il transessuale non è un deluso: egli riconosce molto bene la natura del suo sesso biologico,

17 Cfr. R. STOLLER, "The transsexual experiment", p. 289

mentre asserisce che il suo sesso biologico e la sua identità di genere sono in opposizione; ed in fine, il transessuale non è un perverso perché non presenta una personalità sessualizzata (qui perversione è definita come una nevrosi sessualizzata).

E' certo che dai dati attuali sul transessualismo di ambo i sessi è difficile poter trarre una conclusione definitiva su questi e altri punti. Per quanto riguarda la psicosi, si potrebbe osservare che , per il fatto che il transessuale si fissa sul cambiamento del sesso opposto, potrebbe presentare con ciò una incapacità a riconoscere la sua realtà anatomica a causa di una struttura mentale allucinatoria. Altre osservazioni si possono fare a proposito dell'improntamento primigenio (imprinting). Di esso si hanno studi su animali, ma non vi sono dati di ricerche che attestino un suo effetto nella determinazione del comportamento umano.

Bisogna pure osservare che le ricerche sul transessualismo sono ancora a livello clinico. Pochi sono pure gli autori che, studiando la psicologia, o la patologia dei transessuali, hanno usato un gruppo di controllo. A volte vengono paragonati transessuali e omosessuali, altre transessuali maschi e femmine, ma molto raramente viene usato un gruppo di controllo non transessuale. Il fatto poi che molti autori insistono che i transessuali si sentono attratti da partners eterosessuali, e che ciò costituisce una conferma alla loro identità di genere femminile, bisogna osservare che tale asserzione si basa su autodichiarazioni di transessuali. E' probabile che tali dichiarazioni costituiscono un meccanismo di difesa o di razionalizzazione per lo scopo che i transessuali intendono raggiungere. Ed è pure legittimo dubitare dell'eterosessualità di coloro con i quali essi coabitano e con i quali hanno relazioni sessuali. Sulla personalità di questi eterosessuali non si sa niente. Certo, pensare, d'altra parte, che i ricercatori si siano lasciati ingenuamente convincere dalle autodichiarazioni dei transessuali, è pure altrettanto ingenuo. Comunque l'esigenza di nuove e più approfondite ricerche, le quali usano una metodologia più adeguata, s'impone, giacché fino al momento attuale non sembra che i transessuali mostrino quelle differenze che essi credono di avere rispetto agli omosessuali, e ciò sia per quanto concerne l'oggetto della scelta dell'oggetto sessuale, sia per quanto concerne il loro comportamento sessuale.
(Cfr. cap. X).

Transvestitismo

Abbiamo visto che il transvestitismo è un termine che nelle ricerche copre vari comportamenti. Non è raro che si confonda con il transessualismo, il feticismo o l'omosessualità. Si nota, tuttavia, che nelle ricerche di maggior rilievo si preferisce ormai considerare il transvestitismo come la tendenza a vestire con vesti del sesso opposto per soddisfazione sessuale, ma anche non proprio sessuale. Ciò porta a una più esatta definizione della sindrome del fenomeno.

Per quanto riguarda l'eziologia, le ricerche non sono ancora in grado di offrirne una che sia un minimo attendibile. Speculazioni cliniche tendono a vedere il transvestitismo associato ad una esperienza nell'infanzia, quale l'indossamento di vesti di sesso opposto per coercizione, o per gioco, e una identificazione con il genitore di sesso opposto. Studi ormonali hanno mostrato che i transvestiti non soffrono di particolari disfunzioni endocrinologiche, nè d'altra parte, per il fatto che sono stati trovati casi di transvestitismo associato ad anormalità cerebrali, si può affermare che la maggioranza tra loro soffre di tali anomalie. (Cfr. cap. X).

b. Perversioni

In questo paragrafo delineremo brevemente i risultati che si sono raggiunti nello studio di ciascuna delle perversioni da noi esaminate, faremo poi seguire una panoramica critica generale sulle stesse perversioni e concluderemo dando un accenno alle tecniche psicologiche usate per la scoperta delle deviazioni e delle perversioni.(Cfr. cap. XI).

Esibizionismo

Vi sono diversi studi sull'esibizionismo, i quali danno la possibilità di fare una descrizione della sua fenomenologia in termini di variabili demografiche e sociali, o della modalità dell'atto dell'esibizionista. Scarse sono invece le ricerche psicologiche. Studi clinici hanno aperto una quantità di ipotesi per una investigazione della personalità degli esibizionisti, ma fino ad oggi i risultati clinici rimangono discutibili. Ulteriori ricerche necessitano le diversi ipotesi sulle caratteristiche dell'esibizionista, quali immaturità psicologica, timidezza, e sintomi di altre perversioni, specialmente il voyeurismo.(Cfr. cap. XI).

Voyeurismo

Sul voyeurismo mancano ancora ricerche adeguate empiriche, mentre si riportano diversi casi, i quali indicano che nei voyeristi c'è una immaturità eterosessuale, forti tratti omosessuali e tendenze esibizionistiche. (Cfr. cap. XI).

Sadismo e masochismo

Anche per il sadismo e il masochismo mancano ricerche empiriche adeguate, mentre vengono riportate descrizioni di casi, soprattutto da parte di psicoanalisti. Tuttavia, nonostante le conclusioni tratte per la spiegazione dell'eziologia, non si è ancora riusciti a stabilire fino a che punto queste perversioni sono innate e fino a che punto sono imparate. Si è pure sottolineato che lo scenario comportamentale dei sadici e dei masochisti ha somiglianze con quello dei feticisti, ma ciò è solo vero per un numero molto scarso tra loro. (Cfr. cap. XI).

Stupro

Mentre le ricerche psicologiche sugli stupratori sono quasi insignificanti, vi è una buona quantità di studi sociologici, attraverso i quali è possibile tracciare, da un punto di vista esterno, la personalità dell'aggressore, quella della vittima e i diversi modi di aggressione. I tests proiettivi non hanno dato risultati validi per una descrizione degli stupratori.

Dall'insieme dei dati raccolti sullo stupro , risulta che gli stupratori hanno una personalità più simile ai criminali non sessuali che ai criminali sessuali. I tests psicologici mostrano che il protocollo degli stupratori non è differente da quello dei criminali non sessuali, e la loro storia sessuale presenta caratteristiche di normalità. (Cfr. cap. XI).

Feticismo

Abbiamo visto che il concetto di feticismo è stato usato in un senso troppo largo, per cui consegue una dispersione dei dati delle ricerche e una mancanza di omogeneità. D'altra parte queste ricerche sono quasi nulle, mentre sono state fatte ipotesi sulla eziologia in ambito teorico. Così i sostenitori della teoria dell'apprendimento hanno proposto un'eziologia del faticismo incentrata nel condizionamento, il quale inizialmente coinvolge associazioni causali

tra l'eventuale feticcio e l'eccitazione sessuale. La teoria psicoanalitica, invece, sottolinea l'ansia di castrazione del feticista e specula sul simbolismo coinvolto nella scelta del feticcio. (Cfr. cap. XI).

Incesto

Le ricerche empiriche sull'incesto, oltre che essere inadeguate, sono deboli anche dal punto di vista metodologico. Vi sono vari equivoci sulla personalità di coloro che sono coinvolti nell'incesto e delle persone che vi concorrono. Molte ricerche si basano unicamente sugli incesti venuti a conoscenza delle autorità legali o sugl'incesti di quei pazienti internati negli ospedali psichiatrici. La personalità dei partecipanti è esaminata dopo incesto avvenuto, o contro i quali è stata già presa una posizione legale o terapeutica, e ciò può in qualche modo causare dei disturbi psicologici oppure aggravarli, se ci sono. Nessuna delle ricerche usa un gruppo di controllo. Nel dare i risultati spesso non si tiene conto dei fattori etici e razziali. Infine, le ricerche sull'incesto si sono occupate quasi esclusivamente dell'incesto padre-figlia, mentre hanno trascurato per es. l'incesto fratello-sorella, il quale si ritiene sia ancora più comune. (Cfr. cap. XI).

Pedofilia

I vari studi sulla pedofilia indicano che i pedofili differiscono dai gruppi di controllo più degli altri gruppi di criminali sessuali. Essi, tuttavia, non costituiscono nell'ambito delle ricerche un gruppo omogeneo: non si fa distinzione del pedofilo delinquente da quello non delinquente; non di rado tra il gruppo dei pedofili sono inclusi anche gli incestuosi. Bisogna tuttavia dire che i fattori del pedofilo tipico sono caratterizzati dalla sua attrazione sessuale più per i bambini di ambo i sessi che per gli adulti di un sesso o dell'altro. (Cfr. cap. XI)

Panoramica critica generale sulle perversioni

E' importante prendere coscienza degli equivoci e dei pregiudizi dei ricercatori, e delle loro teorizzazioni circa le perversioni sessuali. La maggior parte degli investigatori considera le perversioni sessuali come comportamenti antisociali, o atti criminali, o come segni di disturbi psicologici, per cui le persone che ne sono affette vanno curate o sottoposte a trattamento. D'altra parte si

sostiene che è facile trovare manifestazioni 'normali' nel comportamento sessuale dei perversi, ed espressioni di perversioni sessuali , in forme non estreme, in quasi tutte le persone normali. Così per es. il feticismo può essere simile alla preferenza per partners sessuali aventi particolari qualità: capelli biondi, occhi neri, seni o natiche ben sviluppati ecc. FREUND e coll.[18] trovarono che un gruppo di studenti normali manifestavano di essere attratti sessualmente da donne di età perfino al di sotto degli 11 anni. Eppure questi studenti non erano pedofili. Questo esperimento , supposto che presenti risultati obiettivi, dimostra in qualche modo che le perversioni sessuali sono manifestazioni estreme del comportamento sessuale comune alla maggior parte delle persone, forse anche solo a livello di fantasia; però, per il risultato dell'erezione e dell'eccitazione, la fantasia pare una componente indispensabile. Da ciò risulterebbe che gl'investigatori sulle perversioni – allo stesso modo vale pure per le deviazioni, come abbiamo a suo tempo accennato – darebbero risultati più obbiettivi e utili, se considerassero il comportamento sessuale come un continuum, e indagassero pure sulle manifestazioni sessuali perverse meno estreme. Inoltre, sarebbe ancora più proficuo se invece di focalizzare le ricerche sul comportamento perverso – che è un effetto – s'impegnassero a indagare di più sulla dinamica personale dell'individuo.

Rilievo critico sulle tecniche usate nell'individuazione delle deviazioni e delle perversioni

Sono state fatte molte ricerche, con lo scopo di scoprire gli individui sessualmente deviati o perversi, sottoponendoli a tests psicologici, senza osservare il loro comportamento sessuale. Il fine principale di tali ricerche è di determinare la presenza, o il tipo, di perversioni o deviazioni, senza che la persona sotto analisi sappia che cosa si vuole analizzare o provare.

Tra i vari tests usati a questo riguardo, vi sono tests proiettivi (test di RORSCHACH, TAT, test ADP ecc.), e non proiettivi (MMPI, MMPI Mf, tests verbali, prova della differenza del sesso ecc.) e tests comportamentali (misura delle pupille (pupil size), GSR, Volume del pene ecc.).

Queste tecniche psicologiche applicate per provare o determinare la presenza di una deviazione o una perversione – l'applicazione è stata fatta soprattutto per l'omosessualità – di una persona, a volte si sono mostrate incostanti e altre volte valide. Così tra i tests standard, solo i segni di WHEELER per il RORSCHACH e la scala del Mf dell'MMPI hanno mostrato qualche validità. Mentre più interessanti si sono rivelati i tests comportamentali, quali quelli per la misura della pupilla, quello del volume del pene ecc.

Notiamo infine che, mentre i tests standard servono solo come prove retrospettive per i dati già raccolti, i tests comportamentali sembrano più validi per una nuova ricerca.

18 Cfr. FREUND e al.,"The female child", pp. 119 – 33

C. Sintesi del concetto di sessualità quale emerge dai dati delle ricerche

Dall'esame critico fatto in rapporto ad alcune teorie che si sono occupate della sessualità, e in rapporto alle varie ricerche, risulta abbastanza chiaro che nessuna delle teorie singole, o anche delle ricerche, è capace di offrire una visione completa del fenomeno della sessualità. D'altra parte, almeno nella grande maggioranza, non sembra che le ricerche empiriche vogliano formulare un concetto della sessualità. Esse si limitano piuttosto a descrivere le diverse variabili del fenomeno e a sottolineare la sua complessità come fatto ancora parzialmente esplorato. Per conseguenza più che una sintesi del concetto della sessualità, che sembra senz'altro prematura, esse ci offrono il materiale per tentare di mettere in rilievo alcuni punti, quali i fattori determinanti dello sviluppo della sessualità, la natura e la funzione della sessualità e il valore della medesima.

1. Fattori determinanti dello sviluppo della sessualità

Dai dati delle varie ricerche è possibile tracciare un prospetto generale dei fattori che contribuiscono allo sviluppo della sessualità. Questi fattori possono essere riassunti in due branche: in una sono compresi i fattori biologici e nell'altra i fattori ambientali.

Le forze biologiche della sessualità di un individuo sono costituiti dai cromosomi, dagli ormoni, dalla morfologia e dalla fisiologia. La loro interazione

porta allo sviluppo delle caratteristiche primarie e secondarie del sesso, allo stesso modo che ai meccanismi funzionali tramite i quali si svolge il processo 'quantitativo' dell'attività sessuale.

I fattori ambientali, o forze ambientali, sono costituiti dai contatti fisici che il bambino ha con la madre già al tempo della gravidanza e poi dai contatti fisici, affettivi, emozionali, culturali, razziali ecc. che il bambino ha con i genitori e con l'ambiente extrafamiliare. Questi contatti sono determinanti anche nel periodo preadolescenziale e adolescenziale. Le forze ambientali sono spesso chiamate condizionamenti o modelli familiari ed extrafamiliari. Esse esercitano un influsso soprattutto nella determinazione dell'orientazione sessuale di un individuo.

Tuttavia è l'interazione tra forze biologiche e forze ambientali che contribuisce al processo dello sviluppo della sessualità.

Abbiamo visto che la combinazione cromosomica XX o XY di un uomo porta la gonade indifferenziata a diventare ovaia o testicolo. Se testicolo, la gonade produce androgeni, che determinano il feto a diventare un maschio. Altrimenti, la differenziazione procede sempre in senso femminile. Le secrezioni testicolari (o la loro assenza) determinano il dimorfismo sessuale del cervello. Un ruolo nella formazione dello sviluppo sessuale e della differenziazione ha pure l'ambiente fetale; trauma, stress, malnutrizione, eccesso o deficienza di ormoni materni ecc. possono avere conseguenze negative immediate sul feto, i cui effetti si ripercuotono anche nello sviluppo sessuale, dopo la nascita.

Le anormalità biologiche possono essere più o meno gravi. La più grave — l'insensibilità agli androgeni — porta a problemi d'intersessualità con i relativi conflitti in rapporto all'identità di genere e all'identità sessuale. Una normale identità sessuale, o maggiore o minore senso di identità sessuale (consapevolezza che una persona ha della propria mascolinità o femminilità), è determinata dalle caratteristiche biologiche (normali, o più o meno normali, univoche o più o meno ambigue), da una normale produzione di androgeni (più o meno normale), ed è normalmente rinforzata (più o meno abnormalmente) dal modo con cui l'ambiente e specialmente i genitori reagiscono e allo stesso momento offrono modelli di identità e di comportamento sessuale.

Ad una normalità morfologica s'accompagna generalmente uno sviluppo normale di identità di genere, ciò dipende dalla percezione che un individuo ha dell'identità di genere, da una secrezione sufficiente ormonale e dai modelli di identità di genere che l'ambiente offre e si aspetta dall'individuo.

Nel caso di una ambiguità morfologica, o di una insufficienza ormonale o di una reazione ambigua dell'ambiente, si ha una insicurezza di identità di genere, cioè a dire una incertezza e una insicurezza nell'esprimere la propria mascolinità o femminilità sessuale. In modo specifico si può dire che nel caso in cui l'ambiguità è morfologica, si sviluppano i vari tipi di ermafroditismo, nel caso in cui invece l'ambiguità è ambientale, e forse ormonale, sviluppa il transessualismo, il transvestitismo, e le perversioni sessuali varie. (Casi eccezionali di perversioni possono anche verificarsi in associazione a particolari anomalie o lesioni cerebrali). L'omosessuale, invece , conserva la propria identità di genere.

La maggiore o minore ambiguità d'identità sessuale e di genere si riflette poi sulla maggiore o minore accettazione del ruolo comportamentale di mascolinità o femminilità proposto dalle aspettative familiari e sociali, e del ruolo sessuale e di amore, che ha di solito la sua espressione nel piacere che culmina con l'orgasmo, in cui è prospettato o no un fine procreativo.

2. Natura e funzione della sessualità

Dai dati che offrono le ricerche risulta abbastanza chiaro che la sessualità e il suo esercizio non sono più visti legati esclusivamente al concetto di coppia legalmente unità, unica categoria in cui amore e sessualità si esprimerebbero in modo naturale. Le ricerche tendono a mettere in rilievo che la pulsione sessuale non è più esercitata soltanto all'interno di una coppia fissa, maschio e femmina, nel senso anatomico, nè soltanto in riferimento ad un fine preciso, la procreazione. La sessualità viene vissuta nelle sue varie espressioni erotiche, con o senza un fine specifico procreativo. La sua variabilità di espressioni e di forme, con cui viene vissuta, dipende dall'età, dal tipo di coppia e dall'interazione della coppia nel suo ambiente socioculturale.

3. Dimensione morale della sessualità

I ricercatori non si sono proposti di rilevare la dimensione morale della sessualità, tuttavia, da quanto abbiamo sopra detto, appare chiaro che l'espressione con cui viene vissuta la sessualità non sembra legata ad una concezione metafisica del sesso o ad una legge naturale (nel senso inteso dalla filosofia e dalla teologia tradizionale), da cui è possibile derivare principi fissi e standardizzabili di comportamento una volta per sempre. Il concetto di normalità appare associato ad un concetto di natura soggetta alle variabili della dinamica del tempo e dello spazio e in riferimento al grado di conoscenza che si ha del fenomeno della sessualità nelle sue implicazioni di sanità e di equilibrio biopsicosociale dell'individuo.

In rapporto al concetto di sanità e di equilibrio biopsicosociale, sono stati formulati vari concetti di normalità,secondo i quali, determinati comportamenti sessuali, sono ritenuti normali oppure anormali. Tuttavia il concetto di normalità è quasi sempre visto in rapporto alla sanità biopsicosociale della personalità e fonda le sue basi su fattori fenomenologici, come appare soprattutto dalle ricerche sull'omosessualità e sulle deviazioni.

Da questa visione consegue che le dimensioni morali della sessualità non sono di natura ontologico-religiosa, nel senso strettamente tradizionale, ma fondano le loro basi soprattutto nelle esigenze biopsicosociali delle singole persone. L'ideale morale perciò riflette questi fattori, ed è in rapporto al grado di conoscenza che si ha del comportamento sessuale nella dinamica delle relazioni tra la singola persona e il suo ambiente socioculturale.

Tuttavia, una variabile dell'ambiente socioculturale è anche il fattore religioso con il suo bagaglio etico, il quale esercita ancora il suo influsso nella nuova dimensione morale della sessualità, soprattutto come elemento conflittogeno, derivante da una parte dall'atteggiamento critico con cui vengono accettati i suoi dogmi etici e dall'altra dall'incapacità di quelle persone di sbarazzarsene completamente, anche perché essi sono presenti ancora in molte pieghe e istituzioni della società.

4. Valore della sessualità

Da quanto è stato accennato, risulta che la sessualità acquista valore nel suo esercizio fisiologico-affettivo all'interno di una coppia fissa o no, maschio e femmina o no, e in vista o no della procreazione. Il contesto di legittimità delle varie espressioni con cui la sessualità è vissuta, è determinato dai fattori biologici e ambientali in cui l'equilibrio biopsicosociale di un individuo si sviluppa.

Valore della sessualità e equilibrio biopsicosociale sono in rapporto all'età, allo stato maritale e all'ambiente socioculturale in cui una persona tenta di vivere la sua orientazione sessuale.

CONCLUSIONE

Alla fine di un lavoro ci si aspetta spesso che si venga fuori con una conclusione innovativa, magari con una sintesi degli studi e delle ricerche fatte che metta il fenomeno esaminato in una nuova luce, oppure che si elabori una nuova teoria che inquadri i fatti in una nuova direzione logica. Tale conclusione finale non è possibile per il nostro lavoro. La letteratura studiata è di per sè un fatto considerevole, e i dati e i risultati delle ricerche sono di per sè impressivi.

Come ultimo nostro compito ci promettiamo solo di puntualizzare brevemente i dati di ciascuna parte del nostro lavoro.

Nella prima parte abbiamo visto la sessualità nel suo fatto costituzionale o biofisiologico. Dal punto di vista strettamente filogenetico personale l'individuo si trova con una eredità, un fatto, inalienabile, che ha radici non in se stesso, ma nei genitori, responsabili, spesso impotenti, del plasma primordiale e del codice genetico. Nella sua esplicazione, questo dato costituzionale primordiale appare come la premessa responsabile fontale dell'embriologia, endocrinologia , anatomia e fisiologia sessuale dell'individuo. I risultati finali di tutte queste componenti costituiscono l'individuo come monosessuato (maschio o femmina) o come intersessuato (ermafroditismo ecc.). Se monosessualità e intersessualità adempiono le aspettative personali e sociali, l'individuo può vivere il suo fatto sessuale nel suo stato costituzionale particolare, altrimenti esso è offerto alla manipolazione medico–chirurgica in modo che fatto costituzionale e aspettative personali e sociali convergono verso una sintonia più o meno accettabile.

La monosessualità, a sua volta, in quanto energia biofisiologica e psicosociologica, può assumere diverse forme espressive, da noi concettualizzate in forma tipica (eterosessualità) e in forme atipiche (deviazioni e perversioni), in un rapporto tra loro di un continuum che si rivela esclusivo soltanto negli estremi del vissuto sessuale, e a questo punto con conseguenze socio-psicologiche rimarcabili per l'individuo.

La sessualità come forma tipica (parte II), adempie di solito schemi di sessualità normale e sana in linea con i concetti tradizionali (soprattutto medico-psichiatrico-psicologico) incentrati nella coppia maschio-femmina. Nel suo vissuto, questa forma tipica assume fini (procreazione o no, soddisfazione ludica interpersonale o no, ecc.) ed espressioni (tecniche varie, genere di coppie, preventivi – anticoncezionali, sterilizzazione –, ecc.) in forte contrasto con schemi e dogmi morali tradizionali della coppia e della famiglia di ispirazione occidentale-cristana.

La sessualità come forma atipica (parte III) si esprime, abbiamo detto, nelle deviazioni e nelle perversioni. Sotto la nomenclatura "deviazioni" abbiamo compreso l'omosessualità, il transessualismo e il transvestitismo. Le ricerche empiriche sono in grado di dirci, anche se non in modo definitivo, che alla base di queste tre espressioni atipiche del vissuto sessuale non ci sono premesse di disturbi costituzionali biofisiologiche e tanto meno di disturbi psicologici (eccetto in pochi casi in rapporto alla maggioranza). Esse si rivelano, perciò, più come delle varianti della sessualità in contrasto o no con le aspettative educazionali e sociali. Ciò dipende appunto dall'educazione di ciascun individuo e dalle aspettative sociali in cui egli si trova a vivere la sua esperienza sessuale. Tuttavia, nonostante le aspettative sociali si trovino, ancora oggi, in forte contrasto con quelle orientazioni sessuali atipiche, stiamo allo stesso tempo, assistendo ad un lento rilassamento, o sopportazione o accettazione di esse.

Sotto la nomenclatura "perversioni" abbiamo compreso le varie forme di perversioni di modo e di oggetto. Le ricerche empiriche a riguardo sono molto scarse. Tuttavia nelle forme estreme, e non episodiche, le perversioni appaiono avere una base fortemente disturbata sia dal punto di vista costituzionale biofisiologico che psicologico.

Gli aspetti della sessualita' affrontati nelle ricerche empiriche, come abbiamo visto, sono molti e articolati, tuttavia, nonostante i dati e i risultati, non è stata esaurita tutta la problematica sessuale in rapporto allo sviluppo totale della persona umana.

Rimangono ancora degli aspetti, legati al fenomeno sessuale, che esigono un'indagine, come per es. quelli morale-religiosi.

Noi pensiamo che lo studio della sessualità e del comportamento sessuale umano è un indice importante per la comprensione reale della personalità di un individuo. Non è necessario mitizzare la sessualità, ritenendola l'energia fontale da cui scaturiscono le diverse variabili del comportamento umano. La sessualità appare soltanto un variabile del comportamento umano: essa è l'attualizzazione di una parte di quella energia che costituisce la potenza totale che fa l'uomo. Tuttavia, a differenza delle altre variabili, essa si rivela come una variabile capace di totalizzare tutto il resto dell'attività della persona umana, fino a diventare, talvolta, il polo d'attrazione di ogni sua espressione e aspirazione. A questo punto l'individuo si trova in uno stato sessualizzato, non più capace di rapporti interpersonali, ma ripiegato su se stesso in una direzione solipsista autodistruttiva. E' da questa minaccia di autodistruzione che l'individuo ha bisogno di essere liberato, affinchè l'energia sessuale sia per lui un variabile della sua potenza d'essere, aperta al dialogo creativo.

Intanto bisogna convincersi pure che il fenomeno sessuale, in quanto indice polieffettivo e dinamico di identità di una persona umana, rimane quasi del tutto un mistero personale (anche quando si conosce abbastanza di esso), che non sarà mai sufficientemente indagato e compreso, ma semplicemente vissuto. Esso è un fatto che appartiene e impegna in modo misterioso, spesso, ciascun individuo nella sua storia di vita.

All'investigazione empirica, resta un grande compito: aiutare l'individuo a vivere in modo personale e interpersonale la sua esperienza sessuale, in una liberta' responsabile e dialogante con la comunita' in cui egli vive ed intende esprimersi, affinche' l'energia sessuale, vissuta o sublimata, sia fonte di atti creativi di amore.

BIBLIOGRAFIA

AARON R. - Male contribution to female frigidity. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 42 – 57

AARONS Z. A. - Fetish, fact and fantasy: a clinical study of the problems of fetishism. - Inter. J. Psychoanal., 1975, 2, pp. 199 – 230

ABE K. / MORAN P. A. - Parental age of homosexuals. - Brit. J. Psychiat., 1969, 115, pp. 313 – 317

ABELSON e al. - Attitudes toward and experience with erotic materials. - Washington 1970, vol. 8

ABELSON H. e al. - Public attitudes towards and experience with, erotic materials. Technical reports of the Commission an obscenity and pornography. - Washington 1970, vol. 6

ABRAHAM G. - Visione folosofica della sessualogia. - in G. ABRAHAM / W. PASINI (a cura di). - Introduzione alla sessualità medicia. - Milano 1976, pp. 17 – 32

ABRAHAM G. - Difficoltà sessuali femminili. - in G. ABRAHAM / W. PISANI (a cura di). - Introduzione alla sessuologia medica. - Milano 1975, p. 300

ABRAHAMS J. I. e al. - The surgical correction of retrograde ejaculation. - J. Urol., 1975, 114, pp. 888 – 90

ABRAMOVIC D. R. - Human sexual differentiation. - J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth., 1974, 81, pp. 448 – 53

ABRAMSON P. R. - The relationship of the frequency of masturbation to several aspects of personality and behavior. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 132 – 42

ACOSTA A. A. / LOPEZ R. C. - Bases geneticas de la intersexualidad. - Ginecol. Panam., 1973, 4, pp. 399 – 448

ACOSTA F. K. - Etiology and treatment of homosexuality: a review. - Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 9 – 29

ADAMOPOULOS D. A. e al. - Pituitary-gonadal interrelationship in pubertal female subjects. - Acta Endocr., 1974, 76, pp. 214 – 34

ADAMS P. L. - Late sexual maturation in girls. - Med. Asp. Hum. Sex., 1972, 6, pp. 50 – 75

ADAMS P. L. - Delayed sexual maturation in boys. - Med. Asp. Hum. Sex., 1972, 6, pp. 34 – 63

ADAMS K. S. / LOHRENZ J. G. - Drug abuse, self abuse and abuse of authority. - Can. Psychiat. Ass. J., 1970, 15, pp. 19 – 81

ADAMSON J. D. e al. - Physiological responses to sexual and unpleasant film stimuli. - J. Psychos. Res., 1972, 16, pp. 153 – 62

ALAYA F. / SHARP W. - Fiona Macled. - Cambridge 1970

ALEXANDER N. J. - Prenatal development of the ductus epididymis in the rherus. The effects of fetal castration. - Am. J. Anat., 1972, 135, pp. 119 – 33

ALLEMBERG M. - Impotence in diabetes: the neurological fact. - Ann. Inter. Med., 1971, 75, p. 213

ALLEN D. - Exhibitionistic and voyeuristic conflicts in learning and functioning. - Psychoanal. Q., 1967, 36, pp. 546 – 70

ALSTON J. P. - Attitudes towards extramarital and homosexual relations. - J. of the scientific study of Religion, 1974, 13, pp. 479 – 81

ALSTON J. P. / TUCKER F. - The myth of sexual permissiveness. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 34 – 40

ALTMAN D. - Homosexual: oppression and liberation. - New York 1971

AMBROSETTO C. - Impotenza psicogena. - G. Clin. Med., 1973, 54, pp. 907 – 19

AMELAR R. D. / DUBIN L. - Male infertility. Current diagnosis and treatment. - Urology, 1971, 1, p. 1

AMELUNXEN C. - Viktimologie. - Forschr. Med., 1972, 90, p. 563

AMENDT G. - Haschisch und Sexualität. - Stuttgart 1974

AMIR M. - Victim precipitated forcible rape. - J. Crim. Law Criminol. Pol. Sci, 1967, 58, p. 493

AMIR M. - Patterns in forcibile rape. - Chicago 1971

AMOROSO D. M. e al. - An investigation of behavioral, psychological, and physiiological reaction to pornographic stimuli. - Technical reports of the Commission on obscienty and pornography. - Washington 1970, vol 8

ANDERSON E. - Comparative aspects of the ultrastrucure of female gamete. - Int. Rev. Cytol., 1974, 4 (supp.), pp. 1 – 70

ANDRESS V. A. e al. - A comparison of homosexual and heterosexual response to the Menninger Word Association Test. - J. Clin. Psychol., 1974, 30, pp. 205 – 207

ANGSUSINGHA K. e al. - Unconjugated estrone, estradiol and FSH and LH in prepubertal and pubertal males and females. - J. Clin. Endocr. Metab., 1974, 39, pp. 63 – 68

ANGUELOV G. - Influence du type costitutionnel sur la puberté. - Praxis, 1972, 61, p. 888

ANSBACHER R. - Sperm-agglutinating and sperm-immobilizing antibodies in vasectomized men. - Fert. Steril., 1971, 22, p. 629

ANSARI J. M. - A study of 65 impotent males. - Brit. J. Psychiat., 1975, 127, pp. 337 – 41

ARAFAT I. S. / COTTON W. L. - Masturbation practices of males and females. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 293 – 307

ARENDZEN J. H. / HUISJES H. J. - A sample method for prenatal determination. - Acta Cytol., 1971, 15, pp. 316 – 17

ARIENS J. K. - Regulation of the productive system by pineal gland and its independence on light. - J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 141 – 52

ARMENDARES S. e al. - Two males sibs with uterus and Fallopian tubes. A rare, probably inherited disorder. - Clin. Genet., 1973, 4, pp. 291 – 96

ARNOLD C. B. - The sexual behavior of inner city adolescent condom users. - J. Sex Res., 1972, 8, pp. 298 – 309

ARRATA W. S. M. / IFFY L. - Normal and delayed ovulation in the human. - Obstet. Gynec. Suv., 1971, 26, pp. 675 – 86

ASAYAMA S. - Adolescent sex development and adult sex behavior in Japan. - J. Sex Res., 1974, 11, pp. 91 – 112

ASHIZAWA K. - Maturation osseuse des enfants Japonais de 6 a 18 ans, estmèe par la Methode de Tanner Whitehouse. - Bull. Soc. Anthrop. Paris, 1970, 6, pp. 265 – 80

ATHANASIOU R. - Les Français et la sexualitè: ils plus puritans que les Americans. - Psychologie, 1972, 6, p. 43

ATHANASIOU R. e al. - Sex. - Psychol. Today, 1970, 4, pp. 37 – 52

ATHANASIOU R. / SARKIN R. - Premarital sex bahavior and postmarital adjustment. - Arch. Sex Beh., 1974, 3, pp. 207 – 25

ATHANASIOU R. / SHABER R. - Response to pornography: a comparison of male heterosexuals and homosexuals. - Proc. Ann. Conv. Am. Psychol. Ass., 1970, 5, pp. 349 – 50

ATHANASIOU R. / SHAVER P. - Correlates of heterosexuals' reactions to pornography. - J. Sex Res., 1971, 7, pp. 298 – 311

AUGUST P. G. e al. - Hormonal changes in puberty: III. Correlation of plasma testosterone, LH, FSH, testicular size, and bone age with male puberty development. - J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 34, pp. 319 – 26

AUSTIN C. R. e al. - Reproduction in mammals. 2. - Embrionic and fetal development, Cambridge 1972, p. 113

BAGHDASSARIAN A. e al. - Testicular function in XYY men. - Johns Hopkins Med., 1975, 136, pp. 15 – 24

BAK C. R. - Distortion of the concept of fetishism. - Psychoanal. Stud. Child, 1974, 29, pp. 191 – 229

BAKER D. e al. - Chromosome errors in men with Klinefelter's syndrome and XYY chromosome pattern. - JAMA, 1970, 214, pp. 869 – 78

BAKER G. T. - Gametogenesis. - Acta Endocr., 1972, 71 (supp. 166), 18 – 41

BAKER H. J. / GREEN R. - Treatment of transsexualism. - in J. MASSERMAN (a cura di). - Current psychiatric therapies. - New York 1970, vol. X, pp. 88 – 99

BALAKRISHNAN S. / PURI R. K. - Fetal age and morphological features. - Indian Pediat., 1973, 10, pp. 427 – 33

BANCROFT J. / MATHEWS A. - Autonomic correlates of penile erection. - J. Psychosom. Res., 1971, 15, pp. 159 – 67

BANDURA A. - Social-learning theory of identification process. - in D. A. GOSLIN / R. McNALLY (a cura di). - Handbook of Socialization theory and Research. - Chicago 1969

BARBARA D. A. - Masochism in love and sex. - Am. J. Psychoanal., 1974, 34, pp. 73 – 9

BARBIERI G. - Pseidoermafroditismo femminile da ipertrofia congenita delle ghiandole surrenali. - Rass. Int. Clin. Ter. 1971, 51, pp. 1013 – 20

BARDIN C. W. e al. - Androgen metabolism and mechanism of action in male pseudohermaphroditism: a study of testicular feminization. - Rec. Progr. Res. 1973, 29, pp. 65 – 110

BARDWICK J. M. - Psychodynamics of contraception with particular reference to the rhythm method. - Virginia 1972

BARKER G. B. - The female homosexual in hospital. - Brit. J. Projct. Psychol. Pers. Stud., 1970, 15, pp. 2 – 7

BARNES H. V. - Physical growth and development during puberty. - Med. Clin. N. Am., 1975, 59, p. 1337

BARR R. e al. - Homosexuality and psychological adjustment. - Med. J. Austral., 1974, 9, p. 189

BARR R. - Responses to erotic stimuli of transsexual and homosexual males. - Brit. Psychiat., 1973, 123, pp. 579 – 85

BARR R. / BLASZCZYNSKI A. - Anatomic responses of transsexual and homosexual males to erotic film sequence. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 211 – 22

BARR R. / McCONAGHY N. - Penile volume response to appetitive and aversive stimuli in relation to sexual orientation and conditioning performance. - Brit. J. Psychiatry, 1971, 119, pp. 377 – 83

BARR R. / McCONAGHY N. - A general factor for conditionability: a study of Galvanic skin responses and penile responses. - Beh. Res. Ther., 1972, 10, pp. 215 – 227

BARR M. L. / BERTRAM E. G. - Morphological distinction between neuroses of the male and female, and the behavior of the nucleolar satellite during accelerated nucleoprotein synthesis. - Nature, 1949, 163, pp. 676 – 7

BARR W. - Problems related to postmenopausal women. - S. Afr. Med. J. - 1975, 49, pp. 437 – 9

BARRET J. - Gerontological psychology. - Springfield 1972

BARRIGA C. e al. - Young adult offenders – Ages twenty to twenty-four. - Can. Psychol. Ass. J., 1971, 6, pp. 33 – 40

BARTAK V. / MELLAN J. - Changes in the sexual behavior of adolescents in Czechoslovakia and Germany. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 181 – 4

BARTELL G. D. - Group sex. - New York 1971

BARTA L. e al. - Pseudohermaphroditismus masculinus mit XX / XY Mosaizismus. - Arch. Kinderheilk., 1971, 183, pp. 353 – 9

BATTERY R. - Die psychogene Impotenz. - Schweiz. Rdsch. Med., 1973, 62, pp. 354 – 7

BAUER G. - Triebverbrechen minderjähriger Delinquenten. - Kriminalistik, 1970, 24, pp. 145 – 50

BAUER G. - Gewalttätige Triebverbrecher. Eine Analyse ihrer Entwicklung und ihres Verhaltens. - Münch. Med. Wschr., 1971, 113, pp. 1089 – 96

BAUMAN K. E. / WILSON R. R. - Premarital sexual attitudes of unmarried university students: 1968 vs. 1972. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 29 – 37

BEASLER R. - Current statuts of sex research. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 335 – 47

BECKER K. L. e al. - Histologic evidence of gynecomastia in hyperthyroidism. - Arch. Path., 1974, 98, pp. 257 – 60

BELL R. Q. - A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. - Psychol. Rev., 1968, 75, pp. 81 – 95

BELL R. R. / CHASKES J. B. - Premarital sexual experience among coeds, 1958 and 1968. - J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 81 – 4

BEN N. ARD. - Premarital sexual experience: a longitudinal study. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 32 – 9

BENE E. - On the genesis of male homosexuality: an attempt to clarify the role of the parents. - Brit. J. Psychiat., 1965, 111, p. 803

BENJAMIN H. - Transvestitism and transsexualism in the male and female. - J. Sex Res., 1967, 3, pp. 107 – 27

BENNET R. / ECKMAN J. - Attitudes toward aging: a dritical examination of recent literature and implication for future research. - in C. EISDORFER / M. P. LAWTON (a cura di). - The psychology of adult development and aging. - Washington D. C. 1973

BENTLER P. M. - A typology of transsexualism: gender identity theory and data. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 567 – 84

BENTLER P. M. / PRINCE C. - Psychiatric symptomatology in transvestites. - Clin. Psychol., 1970, 26, pp. 434 – 5

BENTLER P. M. / SHERMAN R. W. / PRINCE C. - Personality characteristics of male transvestites. - J. Clin. Psychol., 1970, 26, pp. 287 – 91

BENSON R. M. / MIGEON C. J. - Physiological and pathological puberty, and human behavior. - in ELEFTHERIOU B. E. / SPROTT R. L. (a cura di). - Hormonal correlates of behavior. - New York 1975

BERGER A. S. - e al. - Urban working class adolescents and sexually explicit media. - Washington 1970, vol 9

BERGER A. S. e al. - Pornography: high school and college years. - Washington 1970, vol 8

BERGER A. S. e al. - Youth and pornography in social context. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 279 – 308

BERGER M. J. / TAYMOR M. L. - The role luteinizing hormone in human follicular maturation and function. - Am J. Obstet. Gynec. 1971, 3, pp. 708 – 10

BEREST J. J. - Report on a case of sadism. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 210 – 19

BEREST J. J. - Fetishism, three cases history. - J. Sex Res., 1971, 7, 237 – 9

BERL H. E. e al. - Homosexuality in woman. - Arch. Gen. Psychiat., 1967, 17, p. 626

BERNARD F. - An enquiry among a group of pedophiles. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 242 – 55

BERNARD J. - Myths and mechanism of meiosis. - Chromosoma, 1976, 54, pp. 295 – 325

BERRY G. W. – Incest: some clinical variations on a classical theme. - J. Am. Acad. Psychoanal., 1975, 3, pp. 151 – 61

BERSTEIN G. S. - Conventional method of contraception: condom, diaphram, and vaginal foam. - Clin. Obstet. Gynecol., 1974, 17, pp. 21 – 33

BETELHO VIEIRA FILHO J. P. e al. - Pseudo hermafroditismo masculino: estudo de un caso com geminizacao incompleta. - Rev. Assoc. Med. Bras., 19, pp. 409 – 16

BETHELL M. F. - A rare manifestation of fetishism. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 301 – 2

BIDLINGMAIER F. e al. - Plasma testosterone in pubertal gynecomastia. - Z. Kinderheilk., 1973, 115, pp. 89 – 94

BIEBER I. - Homosexuality. - New York 1962

BIEBER I. - Homosexual dynamics in psychiatry crisis. - Am. J. Psychiat., 1972, 128, pp. 88 – 92

BIEBER I. - Olfaction in sexual development and adult sexual organization. - Am. J. Psychoth., 1959, 13, pp. 851 – 859

BIEBER I. e al. - Homosexuality: A psychoanalytic study. - New York 1962

BIERIC J. - Female pseudohermaphroditism. - Helv. Paediat. Acta, 1974, 29 (supp. 34), pp. 87 – 97

BIERICH J. - Frühreife. - J. Neurov. Rel., 1971, 10 (supp), p. 615

BILLER H. B. - Father absence and the personality development of the male child. - Develop. Psychol., 1970, 2, pp. 181 – 201

BILLER H. B. / LIEBEMAN D. A. - Body build, sex-role preference and sex-role adoption in junior high school boys. - J. Gen. Psychol., 1971, 118, p. 81

BING E. / RUDIKOFF E. - Divergent ways of parental combined with hermaphrodites children. - Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 73 – 88

BIRK I. e al. - Serum testosterone levels in homosexual men. - N. Engl. J. Med., 1973, 289, pp. 1236 – 8

BIRKELBACK R. D. / ZURCHER L. A. jr. - Some socio-political characteristics of antipornography campaigners: a research note. - Sociological Sym-

posium, 1970, 4, pp. 13 – 21

BLAKE J. - The teenage birth control dilemma and public opinion. - Science, 1973, 18, pp. 708 – 12

BLALOCK H. M. - Social statistics. - New York 1972

BLUMER D. - Transsexualism. - sexual dyfunction and temporal lobe disorder. - in R. GREEN / J. MONEY (a cura di). - Transsexualism and sex reassignment. - Baltimore 1969, p. 213 – 15

BLUMSTEIN P. W. / SCHWARTE P. - Lesbianism and bisexuality. - in E. GOODE / R. R. TROIDEN (a cura di). - Sexual diviance and sexual deviants. - New York 1974

BLUMSTEIN P. W. / SCHWARTZ P. - Bisexuality in women. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 171 – 81

BLUNCK W. - Female pseudohermaphroditism. - Acta Endocr., 1974, 75 (supp. 184), pp. 192 – 3

BLUNCK W. e al. - Über Frühreife. I. Mitteilung. Physiologische Grundlagen und Untersuchungsmethoden. - Mschr. Kinderhk., 1967, 115, p. 463

BOCZKOWSKI K. - Pure gonadal dysgenesis clinical and genetic study. - Mat. Med. Pol., 1973, 5, pp. 197 – 202

BOHRN E. e al. - Gonadendysgenesie. Langzeitbeobachtung von 25 Fällen. - Pädiat. Pädol., 1975, 10, pp. 253 – 69

BOYD J. D. / HAMILTON W. J. - The human placenta. - Cambridge 1970

BRAATEN L. J. / DARLING C. D. - Overt and covert homosexual problems among male college students. - Genetic Psychol. Monographs, 1965, 71, pp. 269 – 310

BRANDY J. P. - Behavior therapy and sexual disorders. - in A. M. FREEDMAN e al. - Comprehensive textbook of psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, ed. 2, p. 1556

BRIGGS M. - Cigarette smoking and fertility in men. - Med. J. Austr., 1973, 7, pp. 616 – 17

BRODENCK B. - Kinder- und Jugendsexualität, Sexualsozialisierung. - Reinbeck 1972

BRODERICK C. B. - Herterosexual interesta of suburban youth. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 83 – 103

BRODERICK C. G. / ROWE G. A. - A scale of preadolescent heterosexual development. - J. Marr. Fam., 1968, 30, p. 97

BRODIE H. K. H. e al. - Plasma testosterone levels in heterosexual and homosexual men. - Am. J. Psychiatr., 1974, 131, pp. 82 – 3

BRONGERSMA E. - Over pedofielen en „Kinderlokkers". I. Het seksuele contact tussen volwassenen en kind. II. Wat ewten we van de pedofiele mens? De betekenis van het pedofiele contact voor het kind. - Intermediair, 1975, 11, pp. 1. 3. 4. 5. 9. 15. 31. 37 – 39; 47. 49. 51. 55

BROOKS P. A. - Masturbation. - Am. J. Nur., 1967, 67, pp. 820 – 3

BROWN D. G. - Sex-role development in a changing culture. - Psychol. Bull., 1958, 55, pp. 233 – 4

BROWN M. / AMOROSO D. M. - Attitudes toward homosexuality among West Indian and female college students. - J. Soc. Psychol., 1975, 97, pp. 163 – 8

BROWN S. W. / CHANDRA H. S. - Inactivation system of the mammalian X-chromosome. - Proc. Nat. Acad. Sci., 1973, 70, pp. 195 – 9

BRUCE P. T. - Vasectomy: a servey of 98 men. - Med. J. Aust., 1973, 1, pp. 17 – 19

BRUSLE J. - Les infrastructures germinales femelles precoces (gonocytes, ovogonies et ovocytesl). - Ann. Biol., 1972, 11, pp. 505 – 71

BRYAN J. H. - Apprenticeships in prostitution. - in A. SHILON (a cura di). - Studies in human sexual behavior: the american scene. - Springfield 1970, p. 420

BUCHWALD A. M. e al. - Sex censorship: the assumption of antiobscienty laws and empirical evidence. - Minnesota Law Rev., 1962, 46, pp. 1009 – 41

BUCKNER H. T. - The transvestic career path. - Psychiatry, 1970, 33, pp. 381 – 389

BUNZ M. / MULLEN S. - A self-report investigation of two types of myotonic response during sexual orgasm. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 10 – 20

BURDICK J. A. / STEWART C. Y. - Differences between „show" and „no show" volunteers in a homosexual population. - J. Soc. Psychol., 1974, 92, pp. 159 – 160

BURIAN R. - Über die Bedeutung erster sexualler Erlebnisse für die Beurteilung und Prognose der sexuallen Perversionen. - in H. RENNERT e al (a cura di). - zu aktuellen Problemen der medizinischen Psychologie. - Hall-Wittemberg 1972, p. 207

BUTLER C. A. - New data about female sexual response. - J. Sex. Mar. Ther., 1976, 2, pp. 40 – 6

BYRD J. R. e al. - Cas limites de dysgesie gonadique. Correlations entre les données cliniques, cytogènetique et anatomo pathologique. - Rev. Franc. Endocr. Clin., 1972, 13, pp. 107 – 21

BYRNE D. / LAMBERTH J. - The effect of erotic stimuli on sex arousal evalutative responses and subsequent behavior. Technical report of the Commission of obscenity and pornography. - Washington 1970, vol 8

CAGNARRO G. e al. - Un caso di ermafroditismo con raro mosaicismo. - Studi Sasseresi, 1973, 51, pp. 123 – 41

CALDERONE M. - Manual of family and contraceptive practice. - Baltimore 1970

CALOBRE P. - Problems of cryptorchidism. - Helv. Paediat. Acta, 1974, 29 (supp. 34), pp. 47 – 52

CALVERLEY M. H. e al. - Atypical gonadal dysgenesis: a clinical and cytogenetical report of three patients. - J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth., 1973, 80, pp. 735 – 44

CANNON K. L. / LONG R. - Premarital sexual behavior in the sixties. - J. Marr. Fam., 1971, 33, pp. 36 – 49

CARLON N. / STAHL A. - Les primiers stades du developpement des gonanades chez l'homme et les vertebres superieurs. - Path. Biol., 1973, 21, pp. 903 – 914

CARNS D. E. - Talking about sex: Notes on first coitus and double sexual standard. - J. Marr. Fam., 1973, 35, pp. 677 – 88

CARRIER J. M. - Participants in urban Mexican male homosexual encounters. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 279 – 91

CARTER S. C. - Hormones and sexual behavior. - Stroudsburg 1974

CASTEL Y. e al. - Le syndrome de féminisation testiculaire. A propos de 2 observations personnelles. - Sem. Hop. Paris 1973, 49, pp. 167 – 74

CATTELL R. B. / MANRONEY J. H. - The use of the 16 PF in distinguishing homosexuals, normals, and general criminals. - J. Consult. Psychol., 1962, 26, pp. 534 – 40

CAULDWELL D. O. - Questions and answers on the sex life and problems of trans-sexuals. - Haldma-Julius Public, Girard, Ks 1950

CAVALLIN A. - Incestuous fathers: a clinical report. - Am. J. Psychiat., 1966, 122, pp. 1132 – 8

CHAN B. S. T. - Sex differences in the growth of stature and its components segments of Hong Kong Chinese girls. - Z. Morph. Anthrop., 1972, 63, p. 323

CHAN B. S. T. / SOONG Y. S. - Relationship between the growth in stature and age at menarche of Chinese girls in Hong Kong. - Z. Morph. Anthrop., 1976, 67, pp. 121 – 35

CHAPELL D. e al. - Forcible rape. - in J. HENSLIN (a cura di). Studies in the sociology of sex. - New York 1971, pp. 169 – 90

CHAPELL C. e al. - Forcible rape: bibliography. - J. Crim. Law Criminol., 1974, 74, pp. 248 – 63

CHE K. T. - A case of bestiality. - Singapore Med. J., 1974, 15, pp. 287 – 8

CHEAN J. S. / TAY C. K. - A case of true hermaphroditism with impaired growth and normal growth hormone levels in a Chinese. - Med. J. Aust., 1973, 2, pp. 28 – 31

CHEMAMA D. - La pubertè. - La Revie de Médicine, 1976, 17, 1005 – 10

CHEN Y. S. e al. - Genetic studies on hypospadias in males. - J. Med. Gen., 1971, 8, pp. 153 – 9

CHESSER E. - Strange loves: the human aspects of sexual deviation. - New York 1971

CHOATE J. W. e al. - The embryology of supernumerary ovaries. - Obstet. Gynec., 1973, 41, pp. 246 – 52

CHRISTENSEN H. T. - Interview with a transsexual. - Fam. Coord., 1974, 23, pp. 243 – 50

CHRISTENSEN H. T. / GREGG C. F. - Changing sex norms in America and Scandinavia. - J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 616 – 27

CHRISTODORESCU D. - Female transsexualism. - Psychiat. Clin., 1971, 4, pp. 40 – 5

CHRISTODORESCU S. e al. - Psychiatric disturbances in Turner's syndrome. - Psychiat. Clin., 1970, 3, pp. 114 – 24

CLOWER V. - Panel report: the development of the child's sense of his sexual identity. - J. Am. Psychoanal. Ass., 1971, 18, pp. 165 – 76

COCHRANE R. - Values as correlates of deviancy. - Brit. J. Soc. Clin. Psychol., 1974, 13, pp. 257 – 67

COE J. I. - Sexual asphyxias. - Life-threatening behavior, 1974, 4, pp. 171 – 5

COETES-GALLEGROS V. e al. - Effect of paramathason acetate on ovarian steroids and gonadotropins. I Normal menstrual cycle. - J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 41, pp. 215 – 20

COHEN M. e al. - Sociometric study of the sexual offenders. - J. Abnor. Psychol., 1969, 74, pp. 249 – 55

COLE C. L. / SPANIER G. B. - Comarital mate-sharing and family stability. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 21 – 31

COLE E. R. - Effects of steroids, including progestin and estrogen compo-

nents of oral contraceptive drugs, on the sterease activity of thrombin. - Thromb. Res., 1974, 4, pp. 551 – 65

COLI R. W. - Management of the climacteric and postmenopause. - Med. Clin. N. A. 1972, 56, p. 789

COLSEN C. E. - The evaluation of pornography: effects of attitude and perceived physiological reaction. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 307 – 23

COMFORT A. - Likehood of human phenomenes. - Nature, 1971, 230, pp. 432 – 3

CONNELL E. e al. - Hormones, sex, and happiness. - Chicago 1972

CONSTANTINE L. L. / CONSTANTINE J. M. - Group and multilateral marriage: definitional notes, glossary and annoted bibliography. - Family Process, 1971, 10, pp. 157 – 76

CONSTANTINE L. L. / CONSTANTINE J. M. - Group marriage: a study of contemporary multilateral marriage. - New York 1973

COOK P. R. - On the inheritance of differentiated traits. - Biol. Rev., 1974, 49, pp. 51 – 84

COOPER A. J. e al. - Androgen function in impotence. - Brit. Med. J., 1970, 3, p. 17

COTTON W. L. - Role-playing substitutions among homosexuals. - J. Sex Res., 1972, 8, pp. 310 – 23

COTTON W. L. - Social and sexual relationships of lesbians. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 139 – 48

COUL A. D. - Causality and cross-sex prohibitions. - Am. Anthropol., 1963, 65, pp. 266 – 77

CRIGLER J. F. e al. - Diseases of the testes. - in M. M. WINTROBE e al. (a cura di). - Principles of internal medicine. - New York 1970, pp. 549 – 55

CROAKE J. W. / JAMES B. - A four years comparison of premarital sexual attitudes. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 91 – 96

CROWLY H. - The boys in the band. - New York 1968

CUBER J. F. - Adultery: reality versus stereotype. - in G. NEUBECK (a cura di). - Extramarital relations. - Englewood Cliffs 1969, p. 449

CURRAN J. P. e al. - Correlates of sexual experience among university students. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 124 – 31

CUWITT G. / GENDREAU P. - Assessing the diagnostic utility of MMPI and 16 PF indexes of homosexuality in a prison sample. - J. Consult. Clin. Psychol., 1972, 39, p. 343

CZYBA J. C. e al. - La troisième semaine du développement embryonaire. - Cah. Mèd. Lyon, 1971, 47, pp. 4193 – 208

CZYBA J. C. e al. - La nidation de l'eouf human. - Cah. Mèd. Lyon 1971, 47, pp. 2865 – 76

DAHL D. S. / MIDDLETON R. G. - Comparison between cavernosaphenous and cavernospongiosum shuting in the treatment of idiopatic priapism: a report of 5 operations. - J. Urol., 1975, 112, pp. 644 – 5

DAIL W. G. / EVANS A. P. - Neural and vascular development in the human phallus. A light and electron microscopic study. - Invest. Urol., 1974, 11, pp. 427 – 38

DAIN A. R. - Differences in chromosome lengths between male and female sheep. - Nature, 1972, 237, pp. 455 – 7

DARKE R. A. - Heredity as an etiological factor in homosexuals. - J. Nerv. Ment. Dis., 1948, 107, pp. 251 – 268

DARWISH M. E. e al. - Priapism: evaluation of treatment regimes. - J. Urol. 1974, 112, pp. 92 – 4

DAVID R. e al. - Sexual precocity associated with a hypothalamic tumor. Effects of sex hormone therapy. - Arch. Dis. Child, 1975, 50, pp. 157 – 60

DAVIS E. - Victimless crime. The cases for continued enfancement. - Police Science and Administration, 1973, 1, pp. 11 – 20

DAVIS E. - Sex on campus: is there a revolution?. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, pp. 128 – 42

DAVIS E. e al. - Elective vasectomy by American urologists in 1967. - Fert. Steril., 1970, 21, pp. 615 – 21

De KRETSER D. M. e al. - Hormonal, histological and chromos studies in adult males with testicular disorders. - J. Clin. Endocr., 1972, 35, pp. 392 – 401

DENNIS D. - Homosexual oppression and liberation. - New York 1971

DE SOLAR C. D. / UCHIDA I. A. - Identification of chromosomal abnormalities by quinacrine-staining technique in patients with normal karyotypes by conventional analysis. - J. Pediat., 1974, 84, pp. 534 – 8

DEVICTOR M. e al. - Anomalies de structure et de role du chromosome Y chez l'homme. - Path. Biol., 1971, 19, pp. 231 – 49

DEWHURST C. J. / HAINES R. M. - XX karyotype in four tissues of a true hermaphrodite. - J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth., 1971, 78, pp. 1084 – 6

DIAMOND M. - Human sexuality, a 39-program television series produced by the university of Hawaii and station KHET-TV. - Washington D. C. 1973

DIAMOND M. e al. - Visual sensitivity and sexual arousal during the menstrual cycle. - J. Nerv. Ment. Dis., 1972, 155, pp. 170 – 76

DICKES R. - Psychodynamics of fetishism. - Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 39 – 52

DITTA T. e al. - A rare combination of duplication of geneto-urinary tract, hindgut, vertebral column and other associated anomalies. - Brit. J. Urol., 1974, 46, pp. 577 – 82

DODSON K. S. e al. - Plasma sex steroid and gonadotrophin patterns in human menstrual cycles. - Brit. J. Obstet. Gynaecol., 1975, 82, pp. 602 – 14

DOERING C. H. e al. - A cycle of plasma testosteronein the human male. - J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 40, pp. 492 – 500

DOERR P. e al. - Plasma testosterone, estradiol, and semen analysis in male homosexuals. - Arch. Gen. Psychiat., 1973, 29, pp. 829 – 33

DOIDGE W. T. / HOLTZMANN W. H. - Implication of homosexuality among air force trainees. - J. Consult. Psychol., 1960, 24, pp. 9 – 13

DOMINIAN J. - Genetic factors and personality disorders. - Med. Lab. Technol., 1971, 28, pp. 367 – 72

DONN D. - The gay militants. - New York 1971

DOORBAR R. R. - Psychological testing of transsexuals. - Trans. N. Y. Acad. Sci., 1967, 29, pp. 455 – 62

DÖRING G. K. - Klimakterische Beschwerden. - Fortschritte der Medizin, 1976, 94, pp. 1058 – 60, 1066 – 8, 1118 – 24

DÖRNER G. - Sexualhormonabhängige Gehirndifferenzierung und Sexualität. - Zena 1972

DÖRNER G. e al. - On the evocability of positive oestrogene feedback action on LH secretion in transsexual men and women. - Endocrinology, 1976, 67, pp. 20 – 5

DRAK P. / KOPENCY J. - Sterility in female smokers and non smokers. - Zbl. Gynäk., 1970, 92, pp. 865 – 66

DRESCOLL J. P. - Transsexuals. - Transaction special supplement on sex and marginality in American men, 1971, 66, 68, pp. 28 – 37

DRISCOLL R. / DAVIS E. - Sexual restraints: A comparison of perceived and self reported reasons of college students. - J. Sex Res., 1971, 7, pp. 253 – 62

DROBNJAY P. e al. - Cista disgeza Gonadas. Normalnim Muskin Kariotipom 46 / XY. - Lijecn. VJESN, 1970, 92, pp. 1301 – 7

DROOBY A. D. - The management of erectile failure (impotence). - J. Med. Lib., 1974, 27, pp. 321 – 8

DROSDWSKY M. / VENEZIA R. - Observation d'un cas de dysgenesie gonadique mixte de phenotype masculin avec mosaïque 45, X / 46, XY. - Qust. Mèd., 1974, 27, pp. 805 – 9

DUCK S. C. e al. - Pseudohermaphroditism with tests and a 46, XX karyotype. - J. Pediat., 1975, 87, pp. 58 – 62

EBERLE P. - Die Chromosomenstruktur des Menschen in Mitosis und Meiosis. - Stuttgart 1966

EDWARD R. G. - Fertilization of human eggs in vitro: morals ethics law. - Q. Rev. Biol., 1974, 49, pp. 3 – 26

EDWARDS J. N. - Extramarital involvement fact and theory. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 210 – 24

EDWARDS J. N. / BOOTH A. - Sexual behavior in and out of marriage: an assessment of correlates. - J. Marr. Fam., 1976, 38, pp. 73 – 81

EHRHARDT A. A. - Psychosexuality: psychological problems in intersexuality. - Acta Endocr., 1974, 75 (supp. 184), p. 194

EHRHARDT A. A. e al. - Female gender identity and absence of gonadal hormones: Turner's syndrome. - Johns Hopkins Med. J., 1970, 126, pp. 236 – 48

EHRHARDT A. A. e al. - Female gender identity and absence of fetal gonadal hormones: Turner's syndrome. - Johns Hopkins Med. J. 1970, 126, p. 237

EICHER W. - Psychogenese und Therapie funktioneller Sexualstörungen der Frau. - Med. Welt, N. F. 1973, 24, pp. 1270 – 2

EISENBERGER A. J. e al. - Female homosexuality. - Nature, 1972, 238, p. 106

EKSMYR R. - Anthropometry in Ethiopian private school children. - Natr. Metab., 1971, 13, pp. 7 – 20

ELERT R. - Keimdrüsenfunktion II: Störungen bei der Frau. - in H. GIESE (a cura di). - Die Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, pp. 594 – 601

ELIAS W. - Frühentwicklung der Samenkanälchen beim Menschen. - Verh. Anat. Gen., 1974, 68, pp. 123 – 31

ELLIS A. - On the cure of homosexuality. - Inter. J. Sex., 1952, 5, pp. 136 – 8

ELLIS A. - Homosexuality and creativity. - J. Clin. Psychol., 1959, 15, pp. 376 – 9

ELLIS A. - Masturbation. - Journal of social therapy, 1955, pp. 141 – 3

ELLIS A. - If this be sexual heresy. - New York 1963

ELLIS A. - Sexual mores a quarter of a century from now. - Psychiatr. Opin., 1973, 10, p. 17

ELLIS A. - Healthy and disturbed reasons for heving extramarital relations. - in G. NEUBECK (a cura di). - Extramarital relations. - Englewood Cliffs 1969, p. 173

ELLIS A. / ARBANEL. - The encyclopedy of sexual behavior. - New York 1973

EMSON H. E. - Impotence. - Can. Med. Assoc. J. 1972, 107, pp. 937 – 8

ENGELHARDT H. T. jr. - The disease of masturbation: values and concept of disease. - Bull. Hist. Med., 1974, 48, pp. 234 – 48

EPSTEIN A. W. - The fetish object: phylogenetic consideration. - Arch Sex. Beh., 1956, 4, pp. 303 – 8

ERIKSON M. H. - Psychotherapy achieved by a reversal of the neurotic process in a case of ejaculation precox. - Am. J. Clin. Hypn., 1971, 14, pp. 56 – 60

EVANS R. B. - Childhood parental relationships of homosexual men. - J. Consult. Psychol., 1969, 33, pp. 129 – 135

EVANS R. B. - Childhood parental relationships of homosexual men. - J. Consult. Clin. Psychol., 1969, 39, pp. 140 – 7

EVANS R. B. - Sixteen personality factor questionaire scores of homosexual men. - J. Consult. Clin. Psychol., 1970, 34, pp. 212 – 215

EVANS R. B. - Adjective check list scores of homosexual men. - J. Pers. Assess., 1971, 35, pp. 344 – 9

EVANS R. B. - Physical and biochemical characteristics of homosexual men. - J. Consult. Clin. Psychol., 1972, 39, pp. 140 – 147

EVANS R. B. - Exhibitionism. - in C. G. COSTELLO (a cura di). - Symptoms of psychopathology. - New York 1970, pp. 560 – 73

EYSENCK H. J. - Personality and attitudes to sex: a factorial study. - Personality, 1970, 1, pp. 335 – 76

EYSENCK H. J. - Personality and sexual adjustment. - Brit. J. Psychiat., 1971, 118, pp. 593 – 608

EYSENCK H. J. - Hysterical personality and sexual adjustment, attitudes and behaviour. - J. Sex Res., 1971, 7, pp. 274 – 81

EYSENCK H. J. - Genetic factors in personality development. - in A. R. KAPLAN (a cura di). - Human behavior genetics. - Springfield 1973

EYSENCK H. J. - Personality, premarital sexual permissiveness and assortative mating. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 47 – 51

EYSENCK H. J. / MICHAELIS W. - The determination of personality inventory factor patterns and intercorrelations by changes in real-life motivation. - J. Gen. Psychol., 1971, 118, pp. 223 – 34

FABER A. S. e al. - Men with vasectomy: a study of medical, sexual, and psychosocial changes. - Psychos. Med., 1967, 29, pp. 354 – 66

FADELY E. N. - Sex in new code. - Oregon Law Review, 1972, 51, pp. 517 – 24

FALK R. J. - Premature menopause: a report of two cases. - Med. Ann. D. C. 1974, 43, pp. 493 – 5

FANG J. S. e al. - Aging and X chromosome loss the human ovary. - Obstet. Gynex., 1975, 45, pp. 455 – 8

FARBER M. / MARCHANT D. J. - Congenital absence of the uterine cervix. - Am. J. Obstet. Gynec., 1975, 121, 414 – 17

FARBES A. P. e al. - Skeletal maturation of children in Shirez Iran. - Am. J. Phys. Anthrop., 1971, 35, pp. 449 – 54

FARKAS A. P. - Basic morphological data of external genitals in 177 healthy central European men. - Am. J. Phys. Anthrop., 1971, 34, pp. 325 – 8

FAULK M. - Frigidity: a critical review. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 257 – 66

FEELY E. e al. - The menopause: facts and misconceptions. - Nurs. Forum 1975, 14, pp. 74 – 86

FELDMAN M. P. / McCULLOCH M. J. - Homosexual behavior: Therapy and assessment. - Pergamon Press, New York 1972

FELDMANS-SUEMEMERS S. / LINDNER K. - Reception of victims and defendants in criminal assault cases. - Criminal Justice and behavior, 1976, 3, pp. 135 – 49

FENGLER A. / WOOD V. - The generation gap: an analysis of attitudes on contemporary issues. - Gerontologist, 1972, 12, pp. 124 – 8

FERENCZI P. S. - Zur Nosologie der männlichen Homosexualität. - Bausteine zur Psychoanalyse, 1972, 1, pp. 152 – 70

FERENCZY A. / RICHART R. M. - The fine structure of the gonads in the complete form of testicular feminization syndrome. - Am. J. Obst. Gynec., 1972, 113, pp. 399 – 409

FERGUSON-SMITH M. A. - Karyotype-phenotype correlation in gonadal

dysgenesis and their bearing on the pathogenesis of malformations. - J. Med. Genet., 1965, pp. 142 – 55

FERIN J. / THOMAS K. - Dauerersatztherapie bei Frauen in der Postmenopause. - in P. A. VAN KEEP e al (a cura di). - Aging and Estrogens. - Karger 1973

FIELDS J. J. - Homosexuality: a confused trinity. - Group Process, 1974, 6, pp. 73 – 82

FINGER F. W. - Changes in sex practices and beliefs of male college students over 30 years. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 304 – 17

FINKELSTEIN L. - Awe and premature ejaculation: a case study. - Psychoso. Q. 1975, 44, pp. 232 – 52

FINNEY J. C. e al. - A study of transsexual seeking gender reassignment. - Am. J. Psychiat., 1975, 132, pp. 962 – 4

FISHER C. e al. - Total suppression of REM sleep with the MAO inhibitor Nardil in a subject with painful nocturnal REM erection. - Psychophysiology 1972, 9, p. 91

FISHER G. / HOWELL L. - Psychological needs of pedophiles. - Dis. Nerv. Syst., 1970, 31, pp. 623 – 5

FISHER P. - The gay mystique: the myth and reality of male homosexuality. - New York 1972

FISHER S. - The female orgasm. - New York 1973

FORD C. E. - Genetic activity of sex chromosomes cells. - Phil. Trans. Roy. Soc. London 1970, 259, pp. 53 – 55

FORD C. E. - Cytogenetics and sex determination in man and mammals. - J. Bios. Sci., 1970, 2, pp. 7 – 30

FORD C. S. / BEACH F. A. - Patterns of sexual behavior. - New York 1951

FOREST M. G. e al. - Evidence of testicular activity in early infancy. - J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 148 – 52

FOREST M. G. e al. - Interrelations hypothalamo hypophyso gonadiques au cours de la primière annèe de la vie. - Ann. Endocr., 1974, 35, p. 255

FOREST M. G. / CATHIARD A. M. - Patterns of plasma testosterone and 4-androstenedione in normal newborns: evidence for testicular activity at birth. - J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 41, pp. 977 – 84

FORGEY D. G. - The institution of Berdache among the North American Plains Indians. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 1 – 15

FOSS G. L. / LEWIS F. J. W. - A study of four cases with Klinefelter's syn-

drome, showing motile spermatozoa in their ejaculates. - J. Reprod. Fertil., 1971, 25, pp. 401 – 8

FOX C. A. - Measurement of intra-vaginal and intra-uterine pressures during human coitus by radio-telemetry. - J. Reproduct. Fertil. 1970, 22, pp. 243 – 51

FOX C. A. - Recent studies in human coital physiology. - Clin. Endocr. Metab., 1973, 2, pp. 527 – 43

FOX C. A. / FOX B. - A comparative study of coital physiology pH during with special reference to the sexual climax. - J. Reprod. Fertil., 1971, 24, pp. 319 – 36

FOX C. A. e al. - Continuous measurement by radiotelemetry of vaginal human coitus. - J. Reprod. Fertil., 1973, 33, pp. 69 – 75

FOX C. A. e al. - Recent studies in human coital physiology. - Clin. Endocr. Metab., 1973, 2, pp. 527 – 43

FOX C. A. e al. - Studies in the relationship between plasma testosterone levels and human sexual activity. - J. Endocr. 1972, 52, pp. 51 – 8

FRANCHI L. L. / BAKER T. G. - Oogenesis and follicular growth. - in E. E. S. HAFEZ / EVANS T. N. (a cura di). - Human reproduction. Conception and contraception. - Maryland 1973, pp. 53 – 81

FRASER I. S. e al. - Cyclical ovarian function in woman with congenital absence of the uterus and vagina. - J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 634 – 37

FREEDMAN A. M. e al. - Comprehensive textbook of psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, pp. 2564 – 2603, ed.2

FREEDMAN D. G. - Human infancy. Retrospective. - New York 1974

FRENCHER J. S. / HENKIN J. - The menopausal queen: adjustment to aging and the male homosexual. - Am. J. Orthopsychiat., 1973, 43, pp. 670 – 4

FREUD S. - Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. - Studien zur Psychoanalyse der Neurosen, 1913 – 1925 - Wien / Berlin / Zürich: IPV, 1926, orig. 1928

FREUD S. - Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. - Leipzig / Wien 1925, orig. 1905, ed. 6

FREUD S. - Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. - Studien zur Psychoanalyse der Neurosen, 1913 – 1925. - Leipzig 1922, orig. 1927

FREUD S. - Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. - Leipzig, 1922, orig. 1917

FREUND K. - Aus den Krankengeschichten homosexueller Männer. - Psychiat. Neurol. Med. Therapy, 1960, 6, p. 213

FREUND K. - A laboratory method for diagnosis predominance of homo- or heteroerotic interest in the male. - Beh. Res. Ther., 1963, 1, p. 85

FREUND K. - A note on the use of phallometric method of measuring mild sexual arousal in the male. - Beh. Ther., 1971, 2, pp. 223 – 8

FREUND K. - Erotic preference in pedophilia. - Beh. Sex. Ther., 1967, 5, pp. 339 – 48

FREUND K. - Homosexualität. - Hamburg 1968

FREUND K. - Male homosexuality: An analysis of the patterns. - in J. A. LORAINE (a cura di). - Understanding homosexuality. - Lancaster MTP, 1974, pp. 25 – 81

FREUND K. e al. - The female child as a surrogate object. - Arch. Sex. Beh., 1972, 2, pp. 119 – 133

FREUND K. e al. - Heterosexual aversion in homosexual males. - Brit. J. Psychiat., 1973, 122, pp. 163 – 9

FREUND K. e al. - Heterosexual aversion in homosexual males: a second experiment. - Brit. J. Psychiat., 1974, 125, pp. 177 – 180

FREUND K. e al. - Femininity and preferred age in homosexual and heterosexual males. - Brit. J. Psychiat., 1974, 125, pp. 442 – 6

FREUND K. e al. - Measuring feminine gender identity in homosexual males. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, p. 249

FREUND K. e al. - Comparison of two penile measures of erotic arousal. - Beh. Res. Ther., 1974, 12, pp. 335 – 9

FREUND K. e al. - Parent-child relations in transsexual and non-transsexual homosexual males. - Brit. J. Psychiat., 1974, 124, pp. 22 – 23

FREUND K. e al. - The phobic theory of males homosexuality. - Arch. Gen. Psychiatr., 1974, 31, pp. 495 – 99

FREUND K. e al. - The transsexual syndrome in homosexual males. - Brit. J. Psychiat., 1974, 124, pp. 22 – 23

FREUND K. e al. - Heterosexual interest in homosexual males. - Arch Sex. Behav., 1975, 4, pp. 509 – 517

FREUND K. / KOSTELL R. - The structure of erotic preference in the nondeviant male. - Beh. Res. Ther., 1970, 8, pp. 15 – 20

FREUND M. - In re vasectomy. - J. Sex Res., 1974, 10. pp. 341 – 2

FREUND M. / DAVIS E. - A follow-up study of the effects of vasectomy on sexual behavior. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 241 – 68

FRIED C. - Icarianism, masochism, and sex differences in fantasy. - J. Pers. Assess., 1971, 35, pp. 38 – 55

FRIEDMAN H. J. - An interpersonal aspect of psychotronic impotence. - Am. J. Psychoth., 1973, 17, pp. 421 – 9

FRIEDMAN H. S. - The masochistic character in the work of Edith Wharton. - Sem. Psychiat., 1973, 5, pp. 313 – 29

FRIEDMAN L. J. - Unconsummated marriages. - Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 16 – 29

FRIEDMAN M. B. - The sexual behavior of American college women: an empirical study and a historical survey. - Merril Palmer Q., 1965, 11, pp. 33 – 48

FRISCH R. E. / REVELLE R. - The height and weight of girls and boys to the time of initiation of the growth spurt in height and weight and relationship to menarche. - Hum. Biol., 1971, 43, pp. 140 – 59

FROMANTIN M. e al. - Etude de vingt cinq observations de syndrome de Klinefelter depistés a l'occasion du service militaire. - Ann. Endocr., 1971, 32, pp. 653 – 60

FRY W. F. - Psychodynamics of sexual humor: sex and the elderly. - Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, pp. 140 – 8

FULMER G. P. - Testosterone levels and female-to-male transsexualism. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 399 – 400

GABRILOVE J. L. - Non-tumorous feminzing adrenogenital syndrome in the male subjects. - J. Urol., 1973, 110. pp. 710 – 13

GADPAILLE W. J. - Parent-school cooperation in sex education – How can the professional help? - The family Cooperator, 1970, 19, pp. 301 – 7

GADPAILLE W. J. - Quiz. - Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, pp. 76 – 93

GADPAILLE W. J. / COLO E. - Research into the physiology of maleness and femaleneness. - Arch. Gen. Psychiat., 1972, 26, pp. 193 – 206

GAGNAIRE W. J. e al. - L'embriologie du vagin. (Revue générale et mise à jour. Son application dans la compréhension de l'absence congenital de vagin). - Rev. Franç. Gynéc., 1975, 70, pp. 253 – 59

GAGNON J. H. e al. - Some aspects of sexual adjustment in early and later adolescence. - in J. ZUBIN / A. FREEDMAN (a cura di). - The psychology of adolescence. - Grune-Stralton 1972

GAGNON J. H. / SIMON W. - Prospects for changes in American sexual patterns. - Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 100 – 17

GAGNON J. H. / SIMON W. - Sexual conduct. The social source of human sexuality. - Chicago 1973

GALBRAITH G. G. / MOSHER D. L. - Associative sexual responses to sexual arousal, quilt, and external approval contingencies. - J. Pers. Soc. Psychol., 1968, 10, pp. 142 – 7

GALENSON E. / ROIPHE H. - The impact of the early sexual discovery on mood, defensive organization, and symbolization. - Psychoanal. Study Child, 1971, 26, pp. 195 – 216

GALLO P. G. - The age at menarche in Somalia. - Ann. Hum. Biol., 1975, 2, pp. 197 – 200

GARDO S. / PAPP Z. - Wert der zytogenetischen Untersuchungen in der Differenzialdiagnostik der Störung der Sexualdifferenzierung. - Wien, Klin. Wschr., 1975, 87, pp. 44 – 7

GARETT T. B. / WRIGHT R. - Wives of rapists and incest offenders. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 149 – 57

GARN M. S. - Differential sexual dimorphism in bone diameters of subjects of European and African ancestry. - Am. J. Phys. Anthrop., 1971, 37, p. 127

GARRIS L. e al. - The relationship between oral contraceptives and adolescent sexual behavior. - J. Sex Res., 1976, 12, pp. 135 – 46

GARRON D. C. - Personality and intelligence in Turner's syndrome. - Manuscript, APA Symposium on Human Behavior Genetics, Honolulu 9/4, 1972

GARTRELL N. e al. - Psychiatrist attitudes towards female homosexuality. - J. Nerv. Ment. Dis., 1974, 159, pp. 141 – 4

GAUTIER D. e al. - Troubles de l'olfaction et hypogonadisme: limites et frontieres du syndrome de De Morsier. - Méd. Armées, 1975, 3, pp. 199 – 206

GEBHARD P. H. e al. - Sex offenders. - New York 1965

GEBHARD P. H. e al. - Factors in marital orgasm. - Med. Asp. Hum. Sex., 2, (7 giugno), pp. 22 – 5

GEBOES K. e al. - Sexual impotence in man. - Andrologia 1975, 7, pp. 217 – 27

GEER J. H. - Direct measurement of genital responding. - Ann. Psychol. 1975 30, pp. 415 – 8

GEIS G. - Not the law's business? An examination of homosexuality, abortion, prostitution, narcotics and gambling in the United States. - Washington C. C. 1972

GEIS G. e al. - Reported consequences of decriminalization of consensual

adult homosexuality in seven American States. - J. Hom, 1976, 1, pp. 419 – 26

GEIS G. - Group sexual assualt. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 101 – 13

GENNAZZANI A. R. e al. - Pattern of plasma ACTH, hGH, and cortisol during menstrual cycle. - J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 41, pp. 431 – 7

GEORGE P. K. / POLANI P. E. - Y heterochromatin and XX males. - Nature, 1970, 228, 1215 – 6

GERARD F. D. - Sex differences in sexual response. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 201 – 3

GERYLOVOVA A. / BOUCHALOVA M. - The relationship between children's and parent's heights in the age-range 0 – 6 years. - Hum. Biol., 1974, 1, pp. 129 – 32

GIESE H. - Psychopathologie der Sexualität. - Stuttgart 1962

GIESE H. / SCHMIDT G. - Studenten-Sexualität. Verhalten und Einstellung. - Reibek 1968

GILBERT A. N. - Doctor, patient, and onanist deseases in the nineteenth century. - J. of the History of Medizine and allied Sciences, 1975, 30, p. 217

GLAMSER F. D. - The importance of age to conservative opinions: a multivariant analysis. - J. Gerontol., 1974, 29, pp. 549 – 54

GLATZEN F. - Zur Viktimologie der Notzucht. - Saarbrücken Med. Dis. 1970

GLEISBACH H. - The urinary steroid excretion in girls during puberty. - H. Horm. Metab. Res., 1974, 6, pp. 325 – 9

GLINTS M. - The menopausa: reward or punishment. - Psychosomatics 1975 16, pp. 161 – 3

GÖBEL P. / THEUREE G. - Über Testosteronbestimmungen im Urin beim Hirsutismus der Frau. - Med. Welt, 1968, 2, p. 2268

GOLDBERG S. / LEWIS M. - Play behavior in the year-old infant: early sex differences. - Child Develop., 1969, 40, pp. 21 – 32

GOLDMAN R. S. / DALE E. - Amenorrhea and infertility after oral contraception. - J. Med. Ass. Georgia, 1971, 60, pp. 252 – 6

GOLDSMITH A. / GOLDBERG R. J. - Psychological aspects of vasectomy in Latin America. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 278 – 92

COLDSTEIN M. e al. - Experiences with pornography: rapists, pedophiles, homosexuals, transsexuals and controls. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 1 – 15

GONDOS B. / HOBEL C. J. - Ultrastructure of germ cell development in the human fetal testis. - Z. ZELLFROSCH, 1971, 119, pp. 1 – 20

GOODMAN P. - Memoirs of an ancient activist. - in L. RICHMOND / G. NOGUERA (a cura di). - The gay liberation book. - San Francisco 1973, p. 23

GOPPERT H. - Rückbildung und Alter. - in H. GIESE. - Die Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, pp. 37 – 8

GORDON D. L. e al. - Pathology testicular finding in Klinefelter's syndrome. 47, XXY vs 46, XY / 47, XXY. - Arch. Inter. Med., 1972, 130, pp. 726 – 29

GORDON M. - Sex manuals: past and present. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, p. 21

GORMSEN H. - Retsmedicin. - Copenhagen 1972

GORSKY R. A. - Gonadal hormones and the prenatal development of neuroendocrine function. - in L. MARTIN / W. F. GARRON (a cura di). - Frontiers in neuroendocrinology. - New York 1971

GOUGH H. G. - California Psychological Inventory. - California, 1970

GOULD R. E. - What we don't know about homosexuality. - New York Time Magazine, Feb. 1974, 25, p. 58

GOULD R. E. - Social and sexuality. Social cultural roles of males and females. - in A. M. FREEDMANN e al. (a cura di). - Comprehensive textbook of psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, pp. 1460 – 6

GOY R. W. - Early hormonal influence on the development of sexual and sex-related behavior. - in G. C. QUARLON e al (a cura di). - Neuro-sciences: a study program. - New York 1970, pp. 196 – 207

GRAND D. B. / DILLON M. J. - Micropenis associated with testicular agenesis. - Arch. Dis. Childh., 1975, 50, pp. 247 – 9

GRAND H. G. - The masochistic defence of the „double mask": its relationships with imposture. - Inter. J. Psychoanal., 1973, 54, pp. 445 – 54

GRANTURCO D. T. - The promischous teen-ager. - South Med. J. 1974, 67, pp. 415 – 8

GREGERMAN R. I. / BIERMAN E. L. - Aging and hormones. - in R. H. WILLIAMS (a cura di). - Textbook of endocrinology. - Filadelfia 1974, pp. 1059 – 69

GREGERSEN M. - Autoerotische Todesfälle. - Sexualmedizin, 1975, 4, pp. 690 – 7

GREEN R. - The female eunuch. - New York 1971

GREEN R. - Persons seeking sex change: psychiatry management of special problems. - Am. J. Psychiat., 1970, 126, pp. 1596 – 1603

GREEN R. - What are you feeling toward sex-change surgery?. - Med. Asp. Sex., 1971, 5, pp. 1596 – 1639

GREEN R. - Diagnosis and treatment of gender identity disorders during childhood. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 167 – 78

GREEN R. - Sexual identity conflict in children and adults. - Baltimore 1974

GREEN R. e al. - The It-scale for children and Draw-A-Person test as screening procedures for identifying feminina pre-adolescent males: thirty feminine and twenty-five masculine boys compared. - J. Pers. Assess., 1972

GREEN R. / STOLLER R. J. - Two monozygotic identical twin pairs discordant for gender identity. - Arch. Sex. Beh., 1971, 4, pp. 321 – 7

GREENACRE P. - The transitional object and the fetish with special reference to the role of illusion. - Inter. J. Psychoanal., 1970, 51, pp. 447 – 56

GREENBERG J. S. - The effects of homophile organization on self-esteem and alienation of its members. - J. Hom., 1976, 1, pp. 313 – 7

GREENBERG J. S. - A study of the self-esteem and alienation of male homosexuals. - J. Psychol., 1973, 83, pp. 137 – 43

GREENBERG J. S. / ARCHAMBAULT F. X. - Masturbation, self-esteem and other variables. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 41 – 51

GREENBLATT R. B. e al. - Endocrinology of sexual behavior. - Med. Asp. Hum. Sex., 1972, 6, pp. 110 – 31

GRIFFITHS P. D. e al. - Homosexual women: an endocrine and psychological study. - J. Endocr., 1974, 63, pp. 549 – 56

GRONDIN J. M. e al. - Extragrandular estrogen in the post-menopause. - in K. J. RYAN / D. C. GIBSON (a cura di). - Menopause and aging. - Bethesda 1971, pp. 15 – 35

GRONDIN J. M. e al. - Source of estrogen production in postmenopausal women. - J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 207 – 14

GRUELL GONZALES J. R. e al. - Male pseudohermaphroditism with internal bisexual genital (a report on two brothers). - J. Rev. Roum. Endocr. 1970, 7, pp. 343 – 47

GRYFE C. I. e al. - Pattern of development of bone inchildhood and adolescence. - Lancet, 1971, 1, pp. 523 – 26

GUNDLACH R. H. - Research project report. - The Ladder, 1967, 11, p. 2

GUNDLACH R. H. / RIESS B. F. - The range of problems in the treatment of lesbian. - in D. MILMA / G. GOLDMAN (a cura di). - The neurosis of our time: acting out. - Springfield 1973

GUNDLACH R. H. / ROBIS E. - Birth order and sex of siblings in a sample of lesbian and non lesbian. - Psychol. Rep., 1967, 20, p. 61

GUPTA D. - Changes in the gonadal and adrenal steroid patterns during puberty. - J. Clin. Endocr. Metab., 1975, 4, pp. 27 – 58

GUTHEIL E. - Case report. - in W. STEKEL (a cura di). - Sexual aberration. - New York 1964, p. 281

GWOZDZ F. - The sexual asphyxias. - Forensic Sci. Gaz., 1970, 1, pp. 2 – 3

HACKETT T. P. - The psychotherapy of exhibitionists in a court setting. - Sem. Psychiat., 1971, 3, pp. 297 – 306

HADZSELIMOVIC F. / SEGUGHI H. - Elektronenmikroskopische Untersuchungen beim Kryptorchismus. - Z. Kinderchirurgie, 1973, 12, pp. 373 – 81

HAGEMENAS F. C. / KITTINGER G. W. - The influences of fetal sex on the levels of plasma progesterone in the human fetus. - J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 384 – 91

HAGEN C. e al. - Letter: Prolactin levels in gynecomastia related to Klinefelter's synfrome. - Lancet, 1974, 2, p. 57

HAIN J. D. e al. - Menstrual irregularity symptoms and personality. - J. Psychosom. Res. 1970, 14, pp. 81 – 7

HAIN J. D. / LINTON F. M. - Psychological response to visual sexual stimuli. - J. Sex Res., 1969, 5, pp. 292 – 303

HAIST M. / HEWITT J. - The butch-fem dichotomy in male homosexual behavior. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 68 – 75

HAJNIS K. e al. - The frequency of somatotypes in Czech adult population. - Z. Morph. Anthrop., 1974, 66, pp. 20 – 30

HALL J. G. e al. - Familial congenital anorchia. - Birth Defects, Orig. Art. Ser., 1975, 11, pp. 115 – 19

HAMBURG D. A. / LUNDE D. T. - Sex hormones in development of sex differences in human behavior. - in E. MACCOBY (a cura di). - The development of sex differences. - Stanford 1960, pp. 1 – 24

HAMERTON J. L. - Significance of sex chromosome derived heterochromatin in mammals. - Nature, 1968, 219, pp. 910 – 14

HARRIS G. W. / NAFTOLIN F. - The hypothalamus and control of ovolution. - Brit. Med. Bull., 1970, 26, pp. 3 – 9

HARRISON D. e al. - Attitudes of rural youth toward premarital sexual permissiveness. - J. Marr. Fam., 1969, 31, pp. 783 – 7

HARRISON D. e al. - Premarital sex Standards of rural youth. - J. Sex Res.,

1974, 10, pp. 266 – 77

HARTMANN C. / RINDFLEISCH J. - Notzuchtdelikte. I. - Sexualmedizin, 1976, 9, pp. 655 – 8

HARVEY P. D. - Condom – a new look. - Fam. Plann. Perspect., 1972, 4, p. 27

HASSELL J. / SMITH E. - Female homosexuals concept of self, men, and women. - J. Pers. Ass., 1975, 39, pp. 154 – 9

HATTERER L. J. - Changing homosexuality in the male. - New York 1971

HAYEK A. / YUNIS E. - Dicentric Y chromosome in mixed gonadal dysgenesis. - J. Med. Gen., 1975, 12, pp. 210 – 22

HAYNES S. N. / OSILL L. J. - Homosexuality: behaviors and attitudes. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 283 – 9

HAZOL H. I. - Myths about the sex offenders. - Med. Asp. Hum. Sex., 1951, 5, pp. 51 – 62

HEALTH R. G. - Pleasure and activity in man. Deep and surface electroencephalogramms during orgasm. - J. Nerv. Ment. Dis., 1972, 154, pp. 3 – 18

HEDBLOM H. J. - Dimensions of lesbian sexual experience. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 329 – 41

HELLERSTEIN H. K. / FRIEDMAN E. H. - Sexual activity and the postcoronary patients. - Arch. Int. Med., 1970, 125, pp. 987 – 999

HENDERSON D. J. - Incest: a synthesis of data. - Can. Psychiat. Ass. J., 17, pp. 299 – 313

HENN F. A. e al. - Forensic psychiatry: profiles to two types of sex offenders. - Am. J. Psychiat., 1976, 113, pp. 694 – 6

HESSELLUND H. - On some sociosexual sex differences. - J. Sex Res., 1971, 7, pp. 263 – 73

HESSELLUND H. - Masturbation and sexual fantasies in married couples. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 133 – 47

HESTON L. L. / SHIELDS J. - Homosexuality in twins. - Arch Gen. Psychiat. 1968, 18, pp. 149 – 160

HEWARD J. L. e al. - Effects of exposure to pornography. - Washington 1970

HIERONS R. - Impotence in temporal lobe lessions. - J. Neurovisc. Rel., 1971 (supp.) 10, pp. 477 – 81

HILGARD E. R. - Theories of learning. - New York 1956

HILINGER C. / WEBER E. - Zur Struktur des Tubulus Systeme in menschlichen Hoden. - Z. Anat. Entwickl. Gesch., 1973, 139, pp. 217 – 26

HILLMANN R. W. e al. - Season of birth, parental age, menarche age, and body form interrelationship in young-women. - Hum. Biol., 1970, 42, pp. 570 – 80

HILSCHER W. - Kinetik der Präpermatogenese und Spermatogenese. - Verh. Anat. Ges., 1974, 68, pp. 39 – 62

HOBART C. W. - Sexual permissiveness in young English and French Canadians. - J. Marr. Fam., 1972, 34, pp. 292 – 303

HOBSON B. / WIDW L. - Relationship of the sex of the foetus to the amount of human chorionic gonadotrophin in placentae; single and dizygotic twin placentae compered. - J. Endocr., 1975, 64, pp. 117 – 23

HOCHHOLZER H. - Akzelerationsvorgänge und Differenzierungstendenzen im Pubertätsablauf. - Anthropologische Anzeiger, 1976, 35, pp. 127 – 39

HOENIG J. The management of transsexualism. - Can. Psychiat. J., 1974, 19, pp. 329 – 41

HOENIG J. e al. - A follow-up study of transsexuals: social and economic aspects. - Psychiat. Clin., 1970, 3, pp. 85 – 100

HOENIG J. e al. - Surgical treatment of transsexualism. - Acta Psychiat. Scand., 1971, 47, p. 106

HOFFMAN M. - The gay world: homosexuality and social victim. - New York 1969, p. 95

HOFFMAN M. - The gay world. - New York 1973

HOLDEN T. E. / SHERLINE D. M. - Bestiality, with sensitization and anaphylactic reaction. - Obstet. Gyn., 1973, 42, pp. 138 – 40

HOLLINGSHAED A. / REDLICH F. C. - Social class and mental illness. A community study. - New York 1958

HOLSTEIN A. F. e al. - Zur Cytologie der pränataien Gonadenentwicklung beim Menschen. III. Die Entwicklung der Leydigzellen im Hoden von Embrionen und Feten. - Z. Anat. Entwickl. Gesch. 1971, 36, pp. 43 – 46

HOOK E. B. - Behaviors implications of the human XYY genotype. - Science, 1973, 179, pp. 139 – 50

HOOKER E. - The homosexual community. - in C. T. PALMER / M. J. GOLDSTEIN (a cura di). - Perspectives in psychotherapy. - New York 1966

HOOPES J. E. e al. - Transsexualism: consideration regarding sexual reasignment. - J. Nerv. Ment. Dis., 1968, 146, pp. 510 – 16

HOPKINS J. - Lesbian personality. - Brit. J. Psychiat., 1969, 115, p. 1433

HOPKINS J. - Lesbian signs on the Rorschach. - Brit. J. Proj. Psychol. Stud., 1970, 15, pp. 7 – 14

HORE B. D. e al. - Male transsexualism in England: sixteen cases with surgical intervention. - Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 63 – 8

HORNSTEIN O. P. e al. - Die XXYY Variante des Klinefelter Syndroms. - Dtsch. Med. Wschr., 1974, 99, pp. 248 – 51

HOTT L. R. - Transsexualism. - Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 162 – 9

HUMPHREYS L. - Tearoom trade. - Chicago 1970

HUMPHREYS L. - Out of the closets: the sociology of homosexual liberation. - Englewood Cliffs 1972

HUNT M. - Sexual behavior in the 1970's. - Playboy, 1973, 20, p. 85

HUNT M. - Sexual behavior in the 1970's. - Playboy, 1974, 21, p. 60

HUQ M. S. e al. - True hermaphroditism: the value of gonodal venography in preoperative diagnosis. - J. Nerwak Beth Israel Med. Cent., 1973, 32, pp. 3 – 13

HUSSEY H. H. - Editorial: Gynecomastia. - JAMA, 1974, 228, p. 1423

HUSTED J. R. /EDWARDS A. E. - Personality correlates of sexual arousal and behavior. - Arch. Sex. Res., 1976, 5, pp. 149 – 56

HUTT S. J. e al. - Direct observation and measurement of behavior. - Springfield 1970

HYDE N. M. - The love that dared not to speak its name. - Boston 1970, p. 12

IHLENFELD C. / BENJAMIN H. - Outcome of the hormonal-surgical intervention on the transsexual condition. - Standford 1973

IRONDELLE M. - L'examen clinique en gynecology. - La Revue de Mèdicine, 1976, 17, pp. 979 – 85

ISMAIL A. A. A. e al. - A method for estimation of plasma testosterone using a technique depending on competitive protein binding. - Res. in Steroids, 1971, 4, pp. 311 – 15

ISMAEL A. A. A. e al. - Relationship between plasma sample cortisol and marital unions. - J. Marr. Fam., 1974, 36, pp. 360 – 7

ISRAEL J. - Sexuelle Verhaltensformen der schwedischen Großstadtjugend. - in M. B. GERGSTÖM-WALAN e al (a cura di). - Modellfall Skandinavien? Sexualität und Sexualpolitik in Dänemark und Schweden. - Reinbeck 1970

JACKSON E. D. / POTKAY C. R. - Precollege influences on sexual experiences of coeds. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 143 – 9

JACKSON P. - Male sterilization clinic. - Brit. Med. J., 1970, 4, 295

JAMES S. e al. - Sex chromosome abnormality in a patient with transsexualism. - Brit. Med. J., 1972, 3, p. 29

JAMES W. H. - In re: reporting in coital rates. - J. Sex Res., 1974, 10, p. 342

JANIS I. L. e al. - Personality: dynamics, development and assessment. - New York 1969

JEFFENSON J. W. - Letter: Etiology of masturbation. - JAMA, 1974, 227

JEMES W. H. - Sex ratios of half-sibs of male homosexuals. - Brit. J. Psychiat. 1971, 118, pp. 93 – 4

JENICEK M. / DEMIRJIAN A. - Age at menarche in French Canadian urban girls. - Ann. Hum. Biol., 1974, 1, pp. 339 – 46

JENNY M. - Basi anatomo-fisiologiche e neuroendocrine del comportamento sessuale dell'uomo e della donna. - in G. ABRAHAM / W. PASINI. - Introduzione alla sessuologia medica. - Milano 1975, p. 171. - Trad. dal francese 'Introduction a la sexuologie medical. - Paris 1974

JINKS J. I. / FULKER D. W. - Comparison of the biometrical, genetal, MAVA and classical approaches to the analysis of human behaviour. - Psychol. Bull., 1970, 73, pp. 311 – 49

JOHN P. J. / REED R. S. - P.R.U.D.E.S. (Pornography research using direct erotic stimuli). - J. Sex Res., 1972, 8, pp. 337 – 46

JONES N. - Ethiological studies of child behavior. - London 1972

JOHNSON J. - Impotence. - Brit. J. Psychiat., 1975, N. spec. 9, pp. 206 – 11

JOHNSON R. E. - Some correlation of extramarital coitus. - J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 449 – 56

JOHNSTON F. E. - Control of age at menarche. - Hum. Biol., 1974, 46, pp. 159 – 71

JORDAN B. T. / KEMPLER B. - Hysterical personality: an experimental investigation of sex-role conflict. - J. Abnorm. Psychol., 1970, 75, pp. 172 – 6

JOSEPH E. D. - An aspect of female frigidity. - J. Am. Psychoanal. Assoc., 1974, 22, pp. 116 – 22

JOST A. - Embryonic sexual differentiation. - in JONES H. W. / SCOTT W. W. (a cura di). - Hermaphroditism, genital anomalies and related endocrine disorders. - Baltimore 1958

JOST A. - Hormonal factors in the sex differentiation of the mammalian fetus. - Phil. Trans. Roy. Soc., 1970, 259, pp. 119 – 30

JOST A. - A new look of the mechanisms controlling sex differentiation in mammals. - John Hopkins J., 1972, 130, pp. 138 – 52

JUDD L. H. e al. - Androgen and gonadotropin dynamics in testicular feminization syndrome. - J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 34, pp. 229 – 34

KAATS G. R. / DAVIS K. E. - The dynamics of sexual behavior in college students. - J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 390 – 9

KAATS G. R. / DAVIS K. E. - Effects of volunteer biases in studies of sexual behavior and attitudes. - J. Sex Res., 1971, 7, pp. 26 – 34

KAHN M. H. e al. - Male psychosexual development: role of sibling sex and ordinal position. - J. Gen. Psychol., 1972, 121, pp. 187 – 196

KALDERON A. E. / TUCCI J. R. - Mixed gonadal dysgenesis: a case report and review of the literature. - Acta Endocr., 1975, 79 (supp. 197), p. 39

KALLMAN F. G. - Twin and sibship study of overt male homosexuality. - Am. J. Hum. Gen., 1952, 4, pp. 136 – 146

KALLMAN F. G. - Comparative twin studies on the genetic aspects of male homosexuality. - J. Nerv. Ment. Dis., 1952, 115, pp. 282 – 298

KANDA S. / HATAYAMA A. - Analysis of Japanese preadolescent growth. - Z. Morph. Anthrop., 1971, 63, pp. 1 – 10

KANDO T. M. - The projecttion of intollerance: a comparison of males, females, and transsexuals. - J. Sex Res., 1972, 3, pp. 225 – 36

KANDO T. M. - Males, females, and transsexuals: a comparative study of sexual conservatism. - J. Hom., 1974, 1, pp. 45 – 64

KANOWSKI S. - Hypersexualität im Rahmen partieller Klüver-Bucy-Syndrome. - J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 504 – 16

KANTERO R. L. e al. - Serum growth hormone and gonadotophins and urinary steroids in adolescent girls. - Acta Endocr., 1975, 78, pp. 11

KANTNER J. F. - Teens and sex: A national portrait?. - J. Marr. Fam., 1973, 5, pp. 121 – 5

KANTNER J. F. / ZELNIK M. - Contraception and pregnary: Experience of young unmarried women in the United States. - Fam. Plann. Perspecr., 1973, 5, pp. 21 – 35

KAPLAN H. S. / SAGER C. J. - Sexual patterns at different ages. - Med. Asp. Hum. Sex. 1971, 5, pp. 10 – 23

KAPOR-STANULOVIC N. / LYNN D. B. - Femininity and family planning. - J. Sex Res., 1972, 8, pp. 286 – 97

KARANCAN I e al. - Nocturnal penile tumescence and sleep of convicted rapists and other prisoners. - Arch Sex. Beh., 1973, 3, pp. 19 – 25

KARAYLCIN G. e al. - Priapism in sick cell disease: Report of five cases. -

Am. J. Med. Ass., 1972, 246, pp. 289 – 93

KARDINER A. e al. - A methodological study of Freudian theory 111: Narcissism, bisexuality and the dual instinct theory. - J. Nerv. Ment. Dis., 1959, 129, p. 207

KARLEN A. - Sexuality and homosexuality. - New York 1971

KATCHADOURIAN H. A. / LUNDE D. T. - Fundamentals of human sexuality. - New York 1975, p. 103, ed. 2

KASTIN A. J. e al. - Clinical experience with hypothalamy releasing hormones, part 2, luteinizing hormone-releasing hormone and other hypophysiotropic releasing hormones. - Rec. Prog. Horm., 1972, 28, p. 28

KEISERMAN W. M. e al. - A new type of retrograde ejaculation: Report of three cases. - Infert. Steril., 1974, 25, pp. 1075 – 2

KELCH R. P. e al. - Estradiol and testosterone secretion by human, simian, and canine testes, in males with hypogonadism and males pseudohermaphrodites with the feminizing testes syndrome. - J. Clin. Invest., 1972, 51, pp. 824 – 30

KELCH R. P. e al. - Estrone secretion by human simian and canine testes: effects of HCG on estrone and estradiol. - Intern. Cong. Endocr. Washington, D. C. June 18 – 24. (abs. 542)

KENCHER G. A. / WALKER C. E. - Reaction of convicted rapists to sexually explicit stimuli. - J. Abnor. Psychol., 1973, 81, pp. 46 – 50

KENT S. - The intimate relationship between urinary system and sexual function. - Geriatrics, 1975, 30, pp. 138 – 43

KENTSMITH D. K. / BASTONI J. B. - Obscene telephoning by an exhibitionist during therapy: a case report. - Inter. J. Group Psychother., 1974, 24, pp. 353 – 7

KENYON F. E. - Physique and physical health of female homosexual. - J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 1968, 31, pp. 487 – 9

KENYON F. E. - Studies in female homosexuality. - Acta Psychiat. Scand., 1968, 44, pp. 224 – 37

KENYON F. E. - Studies in female homosexuality. - Brit. J. Psychiat., 1968, 14, pp. 1337 – 50

KENYON F. E. - Studies in female homosexuality IV and V. - Brit. J. Psychiat., 1968, 114, pp. 1337 – 43

KENYON F. E. - Studies in female homosexuality — Psychological Tests result. - J. Consult. Psychol., 1968, 32, p. 510

KENYON F. E. - Studies in the female homosexuality. - J. Consult. Clin. Psychol., 1968, 32, pp. 1337 – 50

KENYON F. E. - Homosexuality in the female. - Brit. J. Hosp. Med., 1970, Febbr., pp. 183 – 206

KENYON F. E. - Personality neuroticism and female homosexuality. - Proc. Vth World Cong. Psychiat., 1971

KENYON F. E. - Some chracteristics of female patients refered with homosexual problems. - in N. MORRIS (a cura di). - Psychosomatic medicine in obstetrics and gynaecology. - Basel 1972, p. 397

KEYNON F. E. - Female homosexuality. - A review. - in J. A. LORAINE (a cura di). - Understanding homosexuality. - Lancaster 1974, p. 85

KESSLER A. / MOOS R. H. - The karyotype XYY and criminality: a review. - J. Psychiat. Res. 1970, 7, pp. 153 – 70

KESSLER S. / MOOS R. H. - Behavioral manifestation of chromosomal abnormality. - Hosp. Pract., 1973, 8, pp. 131 – 37

KHAN M. - Foreskin fetishism and its relation to ego pathology in a male homosexual. - Inter. J. Psychoanal., 1965, 46, pp. 185 – 90

KHOO S. K. / MACKAY E. V. - Testicular feminization. The clinical feature, endocrine and gonadal pathology in six patients. - Aust. NZ. J. Obstet. Gynaec. 1972, 12, pp. 1 – 13

KIESSELBACH A. / ROSENBAUER K. A. - Anatomie und Physiologie der Sexualorgane. - in H. GIESE (a cura di). - Die Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, pp. 364 – 7

KIM M. H. e al. - Hormonal profile in patients with gonadal dysgenesis. - Am. J. Obstet. Gynec., 1974, 118, pp. 955 – 60

KING J. - Impotence after fractures of the pelvis. - J. Bone Joint. Surg., 1975, 57, pp. 1107 – 9

KINNEY T. R. e al. - Priapism in association with sick hemoglobinopathies in children. - J. Pediatr., 1975, 86, pp. 241 – 2

KINSEY A. C. e al. - Sexual behavior in the human female. - Philadelphia 1935

KINSEY A. C. e al. - Sexual behavior in human male. - Philadelphia 1948

KIRK S. A. - The sex offenders of black and whites. - Arch. Sex. Beh., 1975, 3, pp. 295 – 302

KIRKHAM G. - Homosexuality in prison. - in J. HENSLIN (a cura di). - Studies in the sociology of sex. - New York 1971, pp. 325 – 49

KISEKKA M. - Attitudes towards premarital sex and love relationships among

Baganda secondary school students. - Nkanga, 1974, 8, pp. 35 – 42

KISEKKA M. - Sexual attitudes and behavior among students in Uganda. - J. Sex Res., 1976, 12, pp. 104 – 116

KITAHRA M. - Polygyny: insufficient father-son contact and son's masculine identity. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 201 – 309

KLARK L. - Is there a difference between a clitorial and vaginal orgasm?. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 25 – 28

KLEEMAN J. A. - The establishment of core gender identity in normal girls. I. a) Introduction: b) development of the ego capacity to differentiation. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 103 – 16

KLEEMAN J. A. - The establishment of core gender identity in normal girls. II. How meaning are conveyed between parent and child in the first 3 years. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 117 – 29

KLEIN L. A. e al. - Surgical treatment of priapism: with a note on heparin-induced priapism. - J. Urol., 1972, 108, pp. 104

KLEIN M. - The psychoanalysis of children. - London 1932

KLEISTER L. - L'identitè sexuelle et sa genèse. - Concours Med., 1976, 97, pp. 65 – 77

KNORR D. e al. - 17 Hydroxysteroid Oxydoreduktase Mangel bei Pseudohermaphroditismus Masculinus vom Typ des Reifenstein Syndroms. - Klin. Wschr., 1974, 52, pp. 537 – 43

KNORR D. e al. - Plasma testosterone in male puberty. I. Physiology of plasma testosterone. - Acta Endocr., 1974, 75, pp. 181 – 94

KOEGLER R. R. / KLINE L. Y. - Psychotherapy research: an approach utilizing autonomic response measurement. - Am. Psychother., 1965, 19, pp. 286 – 79

KOERNER H. - Zytogenetische Untersuchungen bei Infertilität. - Zbl. Gynäk. 1975, 97, pp. 467 – 74

KOLODNY R. C. e al. - Plasma gonadotrophis and prolactin in male homosexuals. - Lancet, 1972, 2, pp. 18 – 20

KOLODNY R. C. e al. - Plasma testosterone and semen analysis in male homosexuals. - Lancet, 1972, 2, pp. 18 – 20

KOLODNY R. C. e al. - Sexual dysfunction in diabetic men. - Diabetes, 1974, 23, pp. 306 – 9

KÖNIG P. - Verhaltenstherapie sexualler Deviationen. - Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 103 – 8

KRAUSOVE H. / KRAUS R. - Fine structure of the primary follicles in man.

- Folia Morph., 1974, 22, pp. 41 – 44

KRAUSOVA H. / KRAUS R. - Contribution to the cytodifferentiation of the mammalian oocyte. - Folia Morph., 1974, 22, pp. 219 – 21

KRAUSOVA H. / MARTINEK J. - Ultrastructure of the human oocyte in the prenatal period. - Folia Morph., 1972, 20, pp. 76 – 78

KRETSCHMER E. - Körperbau und Charakter. - Berlin 1961

KÜHNEL W. - Der Einfluß von Antiandrogenen auf die Testosteronanabhängige des männlichen Genitalapparates. - Verh. Anat. Ges., 1974, 68, pp. 261 – 5

KUKLICK W. - Notzuchts Kriminalität in Hamburg. - Hamburg 1970

KURTH W. - Lustgewinn aus Grausamkeit. - Sexualmedizin 1976, 5, pp. 513 – 516

KUTCHINSKI B. - The effect of pornography – An experiment of perception, attitudes, and behavior. - Washington 1970, vol 8

KWIATKOWSKA Z. - Testosterone secretion in young males. - Mat. Med. Pol. 1975, 7, pp. 35 – 7

KYPER J. - Over the hill at 30?. - Gay Sunshine, 1970, p. 20

LANCEY W. K. - The family in classical Greece. - New York 1968

LANG T. - Die Homosexualität als genetisches Problem. - Acta Gen. Med. Gemellogiae, 1960, 9, pp. 270 – 81

LANG T. - Studies in the genetic determination of homosexuality. - J. Nerv. Ment. Dis., 1940, 92, pp. 55 – 64

LANGELUDDEKE A. - Die chirurgische Behandlung. - in H. GIESE (s cura di). - Die Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, pp. 1038 – 50

LANGSLEY D. J. e al. - Fàther-son incest. - Compr. Psychiat., 1968, 9, pp. 218 – 226

LAROCQUE M. A. / M. D. COSGROVE. - Priapism: a review of 46 cases. - J. Urol., 1974, 112, pp. 770 – 3

LASKA-MIERZEJEWSKA T. - Effect of ecological and socio-economic factors on the age at menarche, body height and weight of rural girls in Poland. - Hum. Biol., 1970, 42, pp. 287 – 92

LATORRE H. e al. - Idiopathicgynecomastia in seven preadolescent boys. Elevation of urinary estrogen excretion in two cases. - Am. J. Dis. Child., 1973, 126, pp. 771 – 3

LAUB D. / FISK N. - A rehabilitation gender dysphoria syndrome by surgical

sex change. - J. Plastic Reconstructive Sur., 1974, 53, pp. 388 – 403

LAURENT C. e al. - Facteurs genetiques dans la sterilité masculine. - Lyon Mèd., 1973, 229, pp. 883 – 7

LAURITZEN C. - Plädoyer für Östogene in der Postmenopause. - Medical Tribune, 1975, nn. 37 – 38

LAVELLE C. L. B. - Secular treds in different racial groups. - Angle Orthodont., 1972, 42, pp. 19 – 25

LAWRENCE E. / NEWMAN E. - Treatment for the parent of feminine boys. - Am. J. Psychiat., 1976, 133, pp. 683 – 7

LEAR H. - Psychosocial characteristics of patients requesting vasectomy. - J. Urol., 1972, 108, pp. 767 – 9

LEE A. P. e al. - Regulation of human gonadotropins. IV Serum follicle stimulation and luteinizing hormone determinations in children. - J. Clin. Endocr. Metab., 1970, 31, p. 248

LEE A. P. e al. - Regulation of human gonadotropins. VIII. Suppression of serum LH and FSH in adult males following exogenous testosterone administration. - J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 35, p. 636

LEE J. A. - Colors of love. - Toronto 1973

LEE J. A. - Styles of loving. - Psychology Today, 1974, 10, pp. 43 – 51

LEE J. A. - Forbidden colors of love: pattern of gay love and gay liberation. - J. Hom., 1976, 1, pp. 401 – 18

LEE S. - High incidence of true hermaphroditism in the early human embryos. - Biol. Neonate, 1971, 18, pp. 418 – 25

LEGROS J. J. e al. - FSH, LH, and testosterone blood level in patients with psychogenic impotence. - Endocrinologia Experimentalis, 1973, 7, p. 59

LEHNE G. - Gay male fantasies. - The Body Politic, 1974, 9, pp. 15 – 25

LEISTI J e al. - Differential inactivation of the X chromosome in a kindred with X / autosome translocation. - Clin. Res., 1974, 22, p. 219 A

LE LORIER B. e al. - Incidences des anomalies chromosomiques dans la sterilité masculine. A propos d'une etude de 40 cases. - Presse Med., 1971, 79, pp. 1232 – 4

LEMERE F. / SMITH J. W. - Alcohol-induced sexual impotence. - Am. J. Psychiat., 1973, 130, p. 212

LENCER W. C. - The mind of Adolf Hitler: the secret wartime report. - New York 1972

LENZ W. - Parental sex differentiation: genetic and hormonal controi. - Acta

Endocr., 1974, 75 (supp. 184), pp. 185 – 6

LENZ W. / LENZ F. - Grundlinien der Humangenetik. - in P. E. BECKER (a cura di). - Humangenetik. - Stuttgart 1968, vol. I, pp. 1 – 27

LEONARD M. J. e al. - Male hypogonadism: Klinefelter and Reifenstein syndromes – Birth Defects. - Orig. Art. Ser., 1975, 11, pp. 17 – 22

LERSON D. e al. - A group treatment program for masochistic patients. - Hosp. Com. Psychiat., 1975, 25, pp. 525 – 8

LESNIAK R. - Sexual offences in the light of forensic expert evidence. - Psychiat. Pol., 1969, 3, pp. 425 – 30

LESTER D. - Unusual sexual behavior: the standard deviations. - Springfield 1975, p. 42

LIVINGSTON S. e al. - Masturbation simulating epilepsy. - Clin. Pediat., 1975 14, pp. 232 – 4

LIVINGSTON S. / PAULI L. L. - Neurological evaluation in child psychiatry. - in A. M. FREEDMAN e al (a cura di). - Comprehensive textbook of Psychiatry. - Baltimore 1975, vol. 2, p. 2064, ed. 2

LEVINE E. M. e al. - Behavioral differences and emotional conflict among male-to-female transsexuals. - Arch. Sex Res., 1976, 5, pp. 81 – 86

LEVITT E. E. / KLASSEN A. D. jr. - Public attitudes toward homosexuality: part of the 1970 national survey by the institute for sex research. - J. Hom., 1974, 1, pp. 29 – 43

LEV-RAN A. - Sexuality and educational levels of women with the latetreated adrenogenital syndrome. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 27 – 32

LEWIS M. / SCHOENFELDT L. - Developmental-interest factors associated with homosexuality. - J. Consult. Clin. Psychol., 1973, 41, pp. 291 – 3

LEWIS V. e al. - Genital operation in girls with the adrenogenital syndrome: subsequent psychologic development. - Obstet. Gynec., 1970, 36, pp. 11 – 15

LIBBY R. W. / WHITEHURST R. N. - Renovating marriage: toward new sexual life style. - Calif. 1973

LIDBERG L. - Social and psychiatric aspects of impotence and premature ejaculation. - Arch. Sex. Beh., 1972, 2, pp. 135 – 46

LIEBMANN H. G. / LEHFELDT H. - Population control in India. - J. Sex Res., 1972, 8, pp. 189 – 93

LIGHTFOOT R. S. / SALOMON S. - Fertility of ram spermatozoa frozen by the pellet method. I Transport and variability of spermatozoa within the genital tract of the ewe. - J. Prod., Fert., 1970, 22, pp. 395 – 98

LIHN H. - Fetishism: a case report. - Inter. J. Psychiat., 1970, 51, pp. 351 – 8

LINDZEY G. - Some remarks concerning incest, the incest taboo, and psychoanalytic theory. - Am. Psychol., 1967, 22, pp. 1051 – 9

LITMAN R. E. / SWEARINGEN C. - Bodage and suicide. - Arch. Gen. Psychiat., 1972, 27, pp. 80 – 5

LOBOVTZ P. S. - Feminine behavior in boys: aspects of its outcome. - Am. J. Psychiat., 1972, 10, pp. 1283 – 9

LONEY J. - Background factors, sexual experiences, and attitudes towards treatment in two „normal" homosexual semples. - J. Consult. Clin. Psychol., 1972, 38, pp. 57 – 65

LONEY J. Family dynamics in homosexual women. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 343 – 50

LONEY J. - An MMPI measure of maladjustment in a sample of „normal" homosexual men. - J. Clin. Psychol., 1971, 27, pp. 486 – 7

LOOTS J. M. / LAMPRECHT D. V. - Anthropometrical evalution of rural and urban Venda males. - S. Afr. Med. J., 1971, 45, p. 1284

LOPEZ ARRANZ S. J. e al. - Aportacion al conocimiento de los variaciones ultrastructurales en el oocito su maduracion. - An. Anat., 1971, 20, pp. 441 – 462

Lo PICCOLO J. - Mothers and doughters: perceived and real differences in sexual values. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 171 – 177

Lo PICCOLO J. / LOBITZ W. C. - The role of masturbation in the treatment of orgasmic disfunction. - Arch, Sex. Beh., 1972, 2, pp. 163 – 71

LORAINE J. A. e al. - Endocrine function in male and female homosexuals. - Brit. Med. J., 1970, 4, pp. 406 – 408

LORAINE J. A. e al. - Patterns of hormonal excretion in males and female homosexuality. - Nature, 1971, 234, pp. 552 – 555

Lo SCUITO L. e al. - National survey of public attitudes toward and experience with erotic materials: methodological report. - in U. S. Commission on obscenity and pornography. - Technical Reports, Wahington 1971, vol VI

LOW J. M. - Relation between socio-economic status and skeletal maturation of Chinese children. - Z. Morph. Anthrop., 1972, 64, p. 1

LOW W. D. - Stature and body weight of southern Chinese children. - Z. Morph. Anthrop., 1971, 63, pp. 11 – 45

LOWRY R. B. e al. - Familial true hermaphroditism. - Birth Defects, Orig. Art. Ser., 1975, 11, pp. 105 – 113

LOWY H. / LOWAKIS T. L. - Autocastration by male transsexual. - Can. Psychiat. Ass. J., 1971, 16, pp. 399 – 405

LUCIANI M. J. / STHAL A. - Etude des stades de debut de la meiose, chez l'ovocyte foetal human. - Rev. Cent. Hosp. Univ., 1971, 22, pp. 29 – 34

LUCKEY E. B. / NASS G. D. A. - Comparison of sexual attitudes and behavior in an international sample. - J. Marr. Fam., 1969, 31, pp. 364 – 79

LUKIANOWICZ N. - Incest. - Brit. J. Psychiat., 1972, 120, pp. 301 – 13

LUKIANOWICZ N. - Infanticide. - Psychiat. Clin., 1971, 4, pp. 148 – 61

LUMBY M. E. - Code switching and sexual orientation: a test of Bernstein's sociolinguistic theory. - J. Hom., 1976, 1, pp. 383 – 99

LUNDBERG P. O. e al. - Sella turgica in male-to-female transsexuals. - Arch. Sex. Beh., 1974, 4, pp. 657 – 62

LUSTIG N. e al. - Incest: a family group survival pattern. - Arch. Gen. Psychiat., 1966, 14, pp. 31 – 40

LUTHE R. - Psychiatrische Probleme der Sexualdelinquenz. - Mschr. Krim. Strafrechtsrel., 1969, 52, p. 314

LYNN C. B. - Parental and sex-role identification: a theoretical formulation. - Berkeley, Calif. 1969, pp. 18 – 19

LYON M. F. - X-chromosome inactivation and developmental patterns in mammals. - Biol. Rev., 1972, 47, pp. 1 – 35

LYON M. F. - Role of X and Y in mammalian sex determination and differentiation. - Helv. Paediat. Acta, 1974, 29 (supp. 34), pp. 7 – 12

MAETEL G. P. - Etude d'un cas de transsexual. - Can. Psychiat. Ass., 1974, 19, pp. 13 – 16

MAISCH H. - L'inceste. - Paris 1970

MAISCH H. - Incest. - London 1973

MALFATTI J. / EIDLITZ E. - Perspectives on sexuality. - New York 1972, p. 33

MALINA R. M. e al. - Selected body measurement of children 6 – 11 years. - Vital HLTH Statist., 1973, 11, p. 48

MANN J. e al. - Effects of erotic films on sexual behaviors of married couples. - Washington 1970, vol 8

MANOSEVITZ M. - The development of male homosexuality. - J. Sex Res., 1972, 8, pp. 31 – 40

MANOSEVITZ M. - Early sexual behavior in adult homosexual and heterosexual males. - J. Abn. Psychol., 1970, 76, pp. 396 – 402

MANOSEVITZ M. - Item analysis of MMPI Mf scores using homosexual and heterosexual males. - J. Consult. Clin. Psychol., 1970, 35, pp. 395 – 99

MANOSEVITZ M. - Educational and MMPI Mf scores in homosexual and heterosexual males. - J. Consult. Clin. Psychol., 1971, 36, pp. 395 – 99

MARANELL G. M. e al. - Social class and premarital sexual permissivness: a subsequent test. - J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 85 – 88

MARGOLESE M. - Homosexuality: a new endocrine correlate. - Horm. Beh., 1970, 1, pp. 151 – 55

MARKS I. M. - Phylogenesis and learning in the acquisition on fetishism. - Dan. Med. Bull., 1972, 19, pp. 307 – 10

MARKS I. M. e al. - Sexual deviants two years after electric aversion. - Brit. J. Psychiat., 1970, 117, p. 174

MARMOR J. - Frigidity, dyspareunia and vaginismus. - in A. M. FREEDMAN e al (a cura di). - Comprehensive textbook of Psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, p. 1520

MAROIS M. - Embriologie de l'appareil genital masculin et feminin. - Biol. Med., 1971, 60, pp. 115 – 76

MARQUEZ MONTER H. e al. - Hystopathology study with cytogenetic correlation in 20 cases of gonadal dysgenesis. - Am. J. Clin. Pathol., 1972, 57, pp. 449 – 56

MARSHALL J. / ROWE B. - Psychologic aspects of the basel body temperature method of regulation births. - Fert. Steril., 1970, 21, pp. 14 – 19

MARSHALL D. S. / SUGGS R. C. - Human sexual behavior. - New York 1971

MARSHALL W. A. - Physical changes at puberty. - Publ. Roy. Coll. Phycns. Edinb., 1974, 45, pp. 7 – 16

MARSHALL W. A. - Growth and sexual maturation in normal puberty. - Clin. Endocr. Metab., 1975, 4, pp. 3 – 15

MARSHALL W. A. - A combined treatment approach to the reduction of multiple fetish-related behaviors. - J. Consult. Clin. Psychoanal., 1974, 42, pp. 613 – 16

MARSHALL W. A. / TANNER J. M. - Variations in pattern of pubertal changes in boys. - Arch. Dis. Childh., 1970, 545, pp. 13 – 23

MARTINSON F. M. - Infant and child sexuality a sociological perspective. - Minnesota 1973

MASALI M. - Body size and proportion as revealed by bone measurement and

their meaning in environmental adaptation. - J. Hum. Evol., 1972, 1, p. 187

MASICA D. N. e al. - Fetal feminization and female gender identity in the testicular feminizing syndrome and androgen insensity. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 131 – 42

MASTERS W. / JOHNSON V. - Human sexual response. - Boston 1966

MASTERS W. H. / JOHNSON J. - Human sexual inadaquacy. - Boston 1970

MASTRANTONIO P. e al. - Pseudoermafroditismo gemminile ad importa surrenalica. - Arch. Obstet. Ginec., 1972, 77, pp. 264 – 84

MASTROIANNI L. jr. - Rhythm, systematized change-taking. - Fam. Plann. Perspect., 1974, 6, pp. 109 – 12

MATHIS J. L. / COLLINS M. - Progressive phase in the grouptherapy of exhibitionists. - Inter. J. Group. Psychother., 1970, 20, pp. 163 – 9

MATTEVI M. S. e al. - Cytogenetic, clinical and genealogical analysis in a series of gonadal dysgenesis patients and their families. - Humangenetik, 1971, 13, pp. 126 – 46

MATTON M. T. - Male and female sex determination by fluorescent assay of Barr bodies and Y bodies in interphase cells. - J. Obstet. Gynec., 1972, 2, pp. 19 – 27

MATUSSEK P. - Funktionelle Sexualstörungen. - in H. GIESE (a cura di). - Die Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, pp. 815 – 27

McCAFFREY J. A. - The homosexual dialectic. - New York: Prentice Hall, Englewood Cliffs 1972

McCAFFREY J. A. - Homosexuality: the stereotype, the real. - in J. A. McCAFFREY (a cura di). - The homosexual dialectic. - New York 1972

McCALDON R. J. - Rape. - Can. J. Correct., 1967, 9, pp. 37 – 47

McCAPHY C. - Drinking and deviance disavowal. - Soc. Prob., 1968, 16, pp. 43 – 9

McCAPHY C. / SKIPPER J. K. - Lesbian behavior as an adaptation to the occupation of stripping. - Soc. Prob., 1969, 117, pp. 262 – 70

McCLINTOCK M. - Menstrual synchrony and suppression. - Nature, 1971, 229, pp. 244 – 5

McCOLLOCH H. J. e al. - Anticipatory avoidance learning for the treatment of homosexuality: recent developments and an automated version therapy system. - Beh. Ther., 1971, 2, pp. 151 – 69

McCONAGHY N. - Penile volume responses to moving and still pictures of male and female nudes. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 565 – 70

McCONAGHY N. - Measurements of changes in penile dimensions. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, p. 381

McCONAGHY N. - Penile response conditioning and its relationship to aversion therapy in homosexuals. - Beh. Ther., 1970, 1, pp. 213 – 221

McCREARY C. P. - Personality profiles of persons convicted of indecent exposure. - J. Clin. Psychoal., 1975, 31, pp. 260 – 2

McCULLOCH H. J. / FELDMAN P. M. - Aversion therapy in the management of 43 homosexuals. - Brit. Med. J., 1967, 2, pp. 595 – 7

McDONALD A. P. - The inportance of the sex-role to gay liberation. - Hom. Consult. J., 1974, 1, pp. 169 – 80

McDONALD A. P. e al. - Attitudes toward homosexuality: preservation of sex morality or the double standard?. - J. Consult. Clin. Psychol., 1972, 40, p. 161

McDONALD A. P. / GAMES R. G. - Some characteristics of those who hold positive and negative attitudes toward homosexuals. - J. Hom., 1974, 1, pp. 9 – 27

McDONALD J. M. - Indecent exposure. - Springfield 1973

McDONALD J. M. - Rape: offenders and victims. - Springfield 1971

McDONOUGH P. G. e al. - Gonodal dysgenesis with function. Clinical and cytogenetic findings in sex patients. - Obstet. Gynec., 1971, 36, pp. 868 – 72

McKERRACHER D. W. - Psychological aspects of a sex chromatin abnormality. - Can. Psychol., 1971, 12, pp. 270 – 281

McLEAN C. J. / ADAMS M. S. - A method for the study of incest. - Ann. Hum. Gen., 1973, 36, pp. 323 – 32

McLEAN P. D. - Brain mechanism of elementary sexual function. - in A. M. FREEDMAN (a cura di). - Comprehensive textbook of Psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, pp. 1386 – 92, ed. 2

McLEAN P. D. - New Findings on brain function and sociosexual behavior. - in J. ZUBIN / J. MONEY (a cura di). - Contemporary sexual behavior: critical issues in 1970's. - Baltimore 1975

MELGES F. T. / HAMBURG D. A. - Psychological distress during the menstrual, postpartum, and menopausal periods. - in F. BEACH (a cura di). - Views on Human sexuality. - New York, 1974, p. 235

MELICOW M. e al. - Castrati choir and opera sings. - Urology, 1974, 3, p. 663

MESSER H. D. - The homosexual as physician. - in G. GREEN (a cura di). - Human sexuality. - Baltimore 1975, pp. 76 – 81

MEYER J. K. - Clinical variants among applicants for sex reassignment. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 527 – 58

MEYER J. K. e al. - Characterization of self-designed transsexual population. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 219 – 30

MEYER J. K. / HOOPES J. E. - The gender dyphoria syndromes. A position statement on so called transsexualism. - Plastic Reconst. Sur., 1974, 54, pp. 444 – 51

MEYER T. P. - The effects of sexually arousal and violent films on aggressive behavior. - J. Sex Res., 1972, 8, pp. 324 – 31

MHALER M. - On human symbiosis and vicissitudes of individuation. - New York 1968

MICHAEL R. P. - Biological factors in the organization and expression of sexual behavior. - in I. TOSEN (a cura di). - The pathology and treatment of sexual deviation. - London 1964, pp. 24 – 54

MICHAL V. e al. - Femoro pudendal Bypass in treatment of sexual impotence. - J. Cardiovasc. Surg., 1974, 15, pp. 356 – 9

MIDDENDORP C. P. e al. - Determinants of premarital sexual permissiveness. - J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 369 – 79

MIDDENDORP C. P. e al. - Determinants of premarital sexual permissiveness: a secondary subsequent test. - J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 85 – 8

MIDGLEY A. R. e al. - Human reproductive endocrinology. - in E. S. E. HAFEZ / T. N. EVANS (a cura di). - Human reproduction, conception and contraception. - Maryland 1973, pp. 201 – 36

MIERZEJWSKA T. L. - Morphological and development differences between Negro and White Cuban youths. - Hum. Biol., 1970, 42, pp. 581 – 97

MIGEON C. J. - Adrenal androgens in man. - Am. J. Med. 1962, 56, p. 606

MILET K. - Sexual politics. - New York 1970

MILLER M. - On being different: what is means to be homosexual. - New York 1971

MINNIGERODE F. A. - Age-status labeling in homosexual men. - J. Hom., 1976, 1, pp. 273 – 6

MISCHEL W. - Sex-typing and socialization. - in P. H. MUSSEN (a cura di). - Manual of Child Psychology. - New York 1970, vol. II

MITTWOCH U. - Cellular regulation in sexual development. - Helv. Paediat. Acta, 1970, 29 (supp. 34), 13 – 18

MITTWOCH U. - How does the Y-chromosome affect gonadal differentiation?

- Phil Trans. Roy. Soc. London, 1970, 259, pp. 113 – 17

MITTWOCH U. - Genetics of sex differentiation. - New York 1973

MOHR J. W. e al. - Pedophilia and exhibitionism. - Toronto 1964

MOLNAR G. / CAMERON P. - Incest syndrome: observations in a general hospital psychiatric unit. - Can. Psychiat. Ass. J., 1975, 20, pp. 373 – 7

MONEY J. - Human behavior cytogenetics: review of psychopathology in the three syndromes 47, XXY; 47, XYY; and 45, X. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 181 – 200

MONEY J. - Identification and complementation in the differentiation of gender identity. - Dan. Med. Bull., 1972, 19, pp. 267 – 8, 449 – 67

MONEY J. - Long-term psychologic follow-ups of intersexed patients. - Clinics Plastic Surgery, 1974, 1, pp. 271 – 4

MONEY J. - Matched pairs of hermaphrodites: behavioral biology of sexual differentiation to gender identity and behavior. - Eng. Sci., 1970, 33, pp. 32 – 39

MONEY J. - Phyletic and idiosyncrate determinants of gender identity. - Dan. Med. Bull., 1972, 19, 265 – 74

MONEY J. - Prefatory remarks on outcome of sex reassignment in 24 cases of transsexualism. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 163 – 5

MONEY J. - Psychologie considerations of sex assigment in intersexuality. - Clinics Plastic Surgery, 1974, 1, pp. 215 – 22

MONEY J. Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. - in R. GREEN / J. MONEY (a cura di). - Transsexualism and sex ressignment. - Baltimore 1969, pp. 91 – 115

MONEY J. Sexual dimorphism and homosexual gender identity. - Psychol. Bull. 1970, 74, p. 433

MONEY J. - Turner's syndrome and parietal lobe function. - Cortex, 1973, 9, pp. 385 – 92

MONEY J. - Two names, two wardrobes, two personality. - J. Hom., 1974, 1, pp. 65 – 70

MONEY J. e al. - An examination of some basis sexual concepts: the evidence of hermaphroditism. - Bull. Johns Hopkins Hospital, 1955, 97, p. 301

MONEY J. e al. - Cytogenetics, hormones and behavior disability: comaration of XYY and XXY syndromes. - Clin. Genet., 1974, 6, pp. 370 – 82

MONEY J. e al. - Fetal feminization induced by androgen insensitivity in the testicular feminization syndrome: effect on marriage and maternalism. -

Johns Hokins Med. J., 1968, 123, p. 105

MONEY J. e al. - Impulse, aggression and sexuality in the XYY syndrome. - St. John's Law Review, 1970, 44, pp. 220 – 35

MONEY J. / BLOCK D. - Speech, sexuality and temporal lobe: an analysis of spontaneous speech of thirteen male transsexuals. - J. Sex Res., 1971, 7, pp. 35 – 41

MONEY J. / BRENNAN G. - Heterosexual Vs attitudes: male partners, perception of the feminine image of male transsexuals. - J. Sex. Res., 1970, 6, pp. 193 – 209

MONEY J. / BRENNAN J. G. - Sexual dimorphism in the psychology of female transsexuals. - J. Nerv. Ment. Dis., 1968, 147, pp. 472 – 86

MONEY J. / EHRHARDT A. A. - Prenatal hormonal exposure: possible effects on behavior in man. - in R. P. MICHAEL (a cura di). - Endocrinology and human behavior. - London 1968, pp. 32 – 48

MONEY J. / EHRHARDT A. A. - Uomo, donna, ragazzo, ragazza. - Trad. ital. LYNN SALKIN-SBIROLI. - Milano 1976. - Dall'americano: Man, woman, boy, girl: the differentiation and dimorphism gender identity from conception to maturity. - Baltimore – London 1972

MONEY J. / EPSTEIN R. - Verbal aptitude in neonism and prepubertal effeminacy. - Trans. N. Y. Acad. Sci., 1967, 29, pp. 448 – 54

MONEY J. / MITTENTHAL S. - Lack of personality pathology in Turner's syndrome: relation to cytogenetics, hormones and physique. - Beh. Genet., 1970, 1, pp. 43 – 56

MONEY J. / POLLIT E. - Cytogenetic and psychosexual ambiguity: Klinefeiter's syndrome and transsexualism compared. - Arch Gen. Psychiat., 1964, 11, pp. 589 – 95

MONEY J. / PRIMROSE C. - Sexual dimorphism and dissociation in the psychology of male transsexuals. - J. Nerv. Ment. Dis., 1968, 147, p. 472

MONEY J. / WOLFF G. - Sex ressignment: male-to-female-to-male. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 245 – 50

MONROE R. R. - Episodic bahavior disorders. - Cambridge 1970

MONROE R. R. - Episcodic sexual disorders. - Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, pp. 50 – 64

MORGAN A. / BLIZZARD R. M. - Familial congenital anorchia. - Birth Defects, Orig. Art. Ser., 1975, 11, pp. 115 – 19

MORIN S. - Educational programs as a mean of changing attitudes toward gay people. - J. Hom., 1974, 1, pp. 160 – 5

MORMOR J. - Sexual disorders. Homosexuality and sexual orientation disturbances. - in M. A. FREEDMAN e al. (a cura di). - Comprehensive textbook of psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, p. 1515, ed. 2

MORRIS D. - The naked Ape. - London 1967

MORRIS P. A. - Doctors attitudes to homosexuality. - Brit. J. Psychiat., 1972, 122, p. 435

MORRISON J. C. e al. - Mumps oophorits: a causa of premature menopause. - Fert. Steril., 1975, 26, pp. 655 – 9

MORROW J. E. e al. - A possible explanation of the excessive brother-to-sister ratios reported in siblings of male homosexuals. - J. Nerv. Ment. Dis., 1965, 140, p. 306

MÜLLER-KÜPPERS M. - Fehlhaltungen transitorischen Charakters. - Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 617 – 23

MURRAY M. A. F. / CORKER C. S. - Levels of testosterone and luteinizing hormone in plasma samples taken at 10-minute intervals in normal men. - J. Endocr., 1973, 56, p. 157

MURSTEIN B. I. - Critique of models of dyadic attraction. - in B. I. MURSTEIN (a cura di). - Theories of attraction and love. - New York 1971, pp. 14 – 19

MUSAPH H. - On homosexuality. - Psychiat. Neur. Neuroch., 1960, 63, p. 203

MUSIO L. / ORIGLIO A. - Considerazione clinico genetiche su di un caso di stato intersessuale. - Folia Hered. Path., 1971, 20, pp. 25 – 32

MUSSEN P. / SCODED A. - The effects of sexual stimulation under varying conditions on TAT sexual responsiveness. - J. Consult. Psychol., 1955, 19, p. 90

M'UZAN M. De. - A case of masochistic perversion and outline of a theory. - Inter. J. Psychoanal., 1973, 54, pp. 455 – 67

MYRICK F. - Attitudinal differences between heterosexually and homosexually oriented males and between covert and overt male homosexuals. - J. Abn. Psychol., 1974, 83, pp. 81 – 6

MYRICK F. - Homosexual types: an empirical investigation. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 226 – 37

NAHOUM J. C. e al. - Os pseudo hermafroditismos masculinos de forma familiar. - J. Bras. Ginec., 1974, 78, pp. 303 – 19

NARITA O. e al. - Pregnancy and childbirth in a true hermaphrodite. - Obstet. Gynec., 1975, 45, pp. 593 – 95

NASH J. L. / RICH J. D. - The sexual effects of vasectomy. - Fert. Steril., 1972, 23, p. 715 – 18

NAU E. - La personalitè de victimes d'inceste. - Acta Med. Leg. Soc., 1976, 6, pp. 195 – 8

NEDOMA K. e al. - Sexual behavior and its development in pedophilic men. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 267 – 71

NEU L. R. e al. - XXq male with aspermia. - Fert. Sterl., 1973, 24, pp. 811 – 13

NEU R. L. e al. - Normal Y chromosome fluorescent pattern in testicular feminization. - Am. J. Obstet. Gynec., 1972, 114, pp. 932 – 33

NEUBECK G. / SCHLETZER V. M. - A study of extramarital relationships. - in G. NEUBECK (a cura di). - Extramarital relations. - Englewood Cliffs 1969 p. 146

NEUGARTEN B. L. e al. - Age norms, age constraints, and adult socialization . - Am. J. Soc., 1965, 70, pp. 710 – 7

NEW M. I. / LEVINE L. S. - Congenital adrenal hyperplasia. - Adv. Hum. Genet., 1974, 4, p. 251

NEWMAN F. e al. - Hormones and brain differentiation. - in L. MARTIN e al. (a cura di). - The hypothalamus. - New York 1970, pp. 569 – 603

NEWMAN F. e al. - Drug-induced intersexuality in mammals. - J. Reprod. Fert., 1969, supp. 7, pp. 9 – 24

NEWMAN F. / STEINBECK H. - Antiandrogene. Tierexperimentelle Grundlagen und klinische Anwendungsmöglichkeiten. - Der Internist, 1971, 12, pp. 195 – 205

NEWMAN L. E. - Transsexualism in adolescence: problems in evaluation and treatment. - Arch. Gyn. Psychiat., 1973, 23, pp. 112 – 21

NEWMAN L. E. e al. - The oedipal situation in male transsexualism. - Brit. J. Med. Psychol., 1971, 44, pp. 295 – 303

NEWMAN L. E. / STOLLER R. J. - Non transsexual men who seek sex reassignment. - Am. J. Psychiat., 1974, 131, pp. 437 – 41

NEY I. F. / BERARDO F. M. - The family: its structure and interaction. - New York 1973, pp. 29 – 37

NG C. K. e al. - Growth of trunk width in Hong Kong Chinese preschool children. - Z. Morph. Anthrop., 1974, 66, pp. 1 – 9

NIELSEN J. - Turner's syndrome in medical neurological and psychiatric ward: a psychiatric, cytogenetic and clinical study. - Acta Psychiat. Scand., 1970, 43, pp. 286 – 310

NIELSEN J. / FRIEDERIC U. - Pure gonadal dysgenesis. - Clin. Genet., 1972, 3, pp. 52 – 58

NIERMAN H. e al. - Excretion of urinary testosterone in Klinefelter's syndrome. - Humangenetik, 1975, 26, pp. 61 – 70

NIKOLOWSKI W. - Das sogenannte Klimakterium virile. - J. Neurovisc. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 653 – 8

NIKOLOWSKI W. - Potentia and impotentia coeundi. - Wien. Med. Wochenschr., 1975, 125, pp. 75 – 8

NILLIUS S. J. / WIEDE L. - Induction of medcycle-like break of luteinizing hormone in young women by exogenous oestradiol -17 β . - J. Obstet. Gynec. Brit. Commonw., 1971, 78, pp. 882 – 7

NOEL B. e al. - The XYY syndrome; reality or myth?. - Clin. Genet., 1974, 5, pp. 387 – 94

NORRIS L. - Comparison of two groups in a southern state women's prison: homosexual behavior versus non-homosexual behavior. - Psychol. Rep., 1974, 34, pp. 75 – 8

NOWAKOWSKY H. - Hermaphroditismus verus. - Acta Endocr., 1974, 75, (supp. 184), p. 189

NUTT R. H. / SEDLACEK W. E. - Freshmen sexual attitudes and behavior. - J. of College Student Personel, 1974, 15, pp. 346 – 51

OBER W. B. - Carlo Gesualdo, prince of Venosa: murder, madrigals, and masochism. - Bull. N. Y. Acad. Med., 1973, 49, pp. 634 – 45

O'BRYAN R. M. e al. - Does thyroid substance improve response of breast cancer to surgical castration? - Cancer, 1974, 33, p. 1082

OCHSNER M. G. e al. - Incidence of retrograde ejaculation following bladder neck revision as a child. - J. Urol., 1970, 104, pp. 596 – 7

O'CONNEL M. J. e al. - Testicualr feminization syndrome in three sibs: emphasis on gonadal neoplasia. - Ann. J. Med. Sci., 1973, 25, pp. 321 – 33

O'CONNER J. e al. - Biorhithms and human reproduction. - New York 1974

O'CONNER J. / STERN L. - Results of treatment in function sexual disorders . - N. Y. State J. Med., 1972, 72, p. 1927

ODELL W. D. e al. - FHS induction of sensitivity to LH: one case of sexual maturation in the male rat. - Endocrinology, 1973, 92, p. 160

ODUORI M. L. e al. - Intersexuality and chromosomes: a case of male pseudohermaphroditism. - A. Afr. Med., 1975, 52, pp. 81 – 88

OFFER D. - Stages of sexual development. - in A. M. FREEDMAN e al (a cura di). - Comprehensive textbook of Psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, p. 1394

OHLSON E. / WILSON M. - Differentiating female homosexuals from female heterosexuals by use of MMPI. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 308 – 15

OLAMBIWONNU N. O. / FRASIER S. D. - Serum gonadotropin concentrations during the first four years of life. - J. Clin. Endocr., 1973, 38, p. 320,

OLSON C. A. e al. - True hermaphroditism. - J. Urol., 1971, 105, pp. 586 – 90

OLSON D. H. - Marriage of the future: revolutionary or evolutionary changes?. - Fam. Coord., 1973, p. 383

O'NEILL N. / O'NEILL G. - Marriage: a contemporary model. - in A. M. FREEDMAN e al (a cura di). - Comprehensive textbook of psychiatry. - Baltimore, 1975, vol II, pp. 1430 – 4, ed. 2

O'NEILL N. / O'NEILL G. - Open marriage: implication for human service systems. - Fam. Coord., 1973, 22

ORTHNER H. - Zentrale Ursachen von Sexualstörungen. - in H. GIESE (a cura di). - Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, pp. 706 – 709, 719 – 719

ORYWALL D. / DILGER J. - Frühnachweis der testicularen Feminisierung. - Diagnostik, 1973, 6, pp. 293 – 96

OTTENHEIMER L. - Unconscious factors on choice of a mate. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, p. 130

OUNSTEN C. / TYLOR D. C. - Gender differences: their ontogeny and significance. - Edinburgh 1972

OVESEY L. - Homosexuality and pseudohomosexuality. - New York 1969

OVESEY L. e al. - Psychotherapy of male homosexuality. - Arch. Gen. Psychiat., 1963, 9, p. 193

OWEN D. R. - The 47, XYY male: a review. - Psychol. Bull., 1973, 78, pp. 209 – 33

PAL A. K. e al. - Sexual precocity due to granulosa cell carcinoma. - Indian J. Pediat., 1974, 41, pp. 281 – 2

PANCEA V. e al. - Familial refensten syndrome. - J. Gen. Hum. 1973, 21, pp. 279 – 86

PANKER S. - The joy of suffering. - New York 1973, pp. 41 – 51

PAPATHEOPHILOU R. e al. - Electroencephalographic findings in treatment-seeking homosexuals compared with heterosexuals: a controlled study. - Brit.

J. Psychiat., 1975, 127, pp. 63 – 6

PASINI W. - I matrimoni bianchi. - in G. AGRAHAM / W. PASINI (a cura di). - Introduzione alla sessualità medicia. - Milano 1976, p. 203

PAULSEN C. A. - The testes. - in R. H. WILLIAMS (a cura di). - Textbook of endocrinology. - Philadelphia 1974, p. 323

PAULSON C. / PAULSON R. - Swing in Wedlock. - Society, 1972, 9, pp. 28 – 37

PAULY I. B. - Female transsexualism: part I. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 460 – 71

PAULY I. B. - Premarital and extramarital intercourse. - in A. M. FREEDMAN e al (a cura di). - Comprehensive Textbook of Psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, p. 1446

PAVLOV I. - Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. - Trad. dal Russo di G. V. ANVEP. - London 1938

PEARLMAN C. K. - Frequency of intercourse in males at different ages. - Med. Aspect. Hum. Sex., 1972, 6, p. 92

PEARSON P. L. / BOBROW M. - Fluorescent staining of the Y chromosome in meiotic stages of human male. - Product. Fertil., 1970, 22, pp. 177 – 9

PERDERSEN H. - Further observation of the fine structure of the human spermatozoa. - Z. Zellforsch., 1972, 123, pp. 305 – 15

PERDES H. e al. - A rare case of overt and mutual homosexuality in female identical twins. - Psychiat. Q., 1967, 41, pp. 108 – 133

PERDUE W. C. / LESTER D. - Personality characteristics of rapists. - Percept. Mot. Skills, 1972, 35, p. 514

PERETTI P. O. e al. - Self-image and emotional stability on oedipal and non-oedipal male homosexuals. - Acta Psychiat. Belg., 1976, 76, pp. 46 – 55

PEREZ BALLESTER B. e al. - Familial gonadal dysgenesis. - Am. J. Obstet. Gynec., 1970, 49, pp. 235 – 9

PEREZ PALACIOS G. / JAFFE R. B. - The syndrome of testicular feminization. - Pediat. Clin. N. Am., 1972, 19, pp. 653 – 67

PERMUTTER J. F. - More rapid female climax in masturbation than coitus. - Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, p. 151

PERSONS T. - The incest taboo in relation to social structure and the socialization of the child. - Brit. J. Soc., 1954, 5, pp. 101 – 17

PETER J. Treatment of endocrine impotence. - Brit. Med. J., 1972, 4, p. 114

PETERS U. H. - Sexualstörungen bei psychosomatischer Epilepsie. - J. Neurovisc. Rel., 1971, (supp.) 10, pp. 491 – 7

PETERS J. J. / SADOFF R. L. - Clinical observations of child molesters. - Med. Asp. Hum. Sex., 1970, 4, pp. 20 – 32

PETO A. - The etiological significance of the primal scene in perversions. - Psychoanal. Q., 1975, 44, pp. 177 – 90

PETO A. - The olfactory fererruner of the superego. Its role in normalicy, enurosis, and fetishism. - Inter. J. Psychoanal., 1973, 54, pp. 323 – 30

PFEIFFER E. / DAVIS G. C. - Determination of sexual behavior in middle and old age. - J. Am. Ger. Soc., 1972, 20, p. 15

PHILBERT M. - Male transsexualism: an endocrine study. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 91 – 3

PHILIP J. e al. - Cytogenetic investigation in male infertility. - Acta Obstet. Gynec. Scan., 1974, 49, 235 – 9

PIPEL H. F. e al. - Birth control, teenage and the law: a new look 1971. - Fam. Plann. Perspect., 1971, 3

PIRKE M. K. - Endokrinologie der sexuellen Reaktion. - Sexualmedizin, 1977 6, pp. 37 – 40

PIRKINS M. W. - Homosexuality in female monozygotic twins. - Beh. Genet., 1973, 3, pp. 387 – 9

PIRNAY-DUFRASE R. - Relation incestueuse dans une familie nombreuse. - Acta psychiat. Belg., 1973, 73, pp. 713 – 8

Playboy Panel. - New sexual life stiles. - Playboy, 1973, 20, p. 73

PLOTNICK L. P. e al. - Integrated concentrations of growth hormone correlated with stage of puberty and estrogen levels in girls. - J. Clin. Endocr. Metab., 1974, 38, pp. 436 – 9

POLANI P. E. - Hormonal and clinical aspects of hermaphroditism and testicualr feminizing syndrome in man. - Phil. Trans. Roy. Soc. London, 1970, 259, pp. 187 – 204

POLISHUK W. Z. / RON M. A. - Familial bicornute and double uterus. - Am. J. Obstet. Gynec., 1974, 119, pp. 982 – 87

POMEROY W. - The diagnosis anf treatment of transvestites and transsexualism. - J. Sex. Mar. Ter., 1975, 1, pp. 215 – 41

PRAHM H. - Psychosoziale Aspekte von Sexualdelikten an Kindern. - Mschr. Kriminol. Strafrechtsref., 1974, 57, pp. 193 – 8

PRADER A. - Pseudotermaphroditism masculinus. (Male pseudohermaphroditism = MPH). - Acta Endocr., 1974, 75 (supp. 184), pp. 190 – 1

PREEYASOMBAT C. e al. - A female pseudohermaphrodite with salt losing congenital adrenal hyperplasia as the result of 21 OH deficiency. - J. Med. Ass. Thailand, 1975, 58, pp. 161 – 70

PRINCE V. / BENTLER P. M. - Survey of 504 cases of transvestitism. - Psychol. Rep., 1972, 31, pp. 903 – 17

PRINCE W. H. / JACOBS P. A. - The 47, XYY male with special reference to behavior. - Sem. Psychiat., 1970, 2, pp. 30 – 39

PROCTOR R. C. - Impotence as a symptom of depression. - N. C. Med. J., 1976, 34, pp. 876 – 8

PUTTEN Van T. / FAWZY I. - Sex conversion surgery in a man with severe gender dysphoria. - Arch. Gen. Psychiat., 1976, 33, pp. 751 – 3

RABOCH J. - Two studies of male sex impotence. - J. Sex. Res., 1970, 6, pp. 181 – 7

RABOCH J. e al. - Plasma testosterone in male with sexual dysfunction. - Arch. Sex. Beh., 1975, 4, pp. 541 – 5

RABOCH J. /SIPOVA I. - Intelligence in homosexuals, transsexuals and hypogonadotropic eunuchoids. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 156 – 71

RABOCH J. / STARKA L. - Coital activity of men and levels of plasmatic testosterone. - J. Sex Res., 1972, 3, p. 219 – 24

RADA R. T. - Alcoholism and forcible rape. - Am. J. Psychiat., 1975, 132, pp. 444 – 6

RADO S. - A critical examination of concept of bisexuality. - Psychoanal. Med., 1940, 10, pp. 459 – 67

ROAD S. - Adaption psychodynamic: motivation and control. - in J. JAMESON / H. KLEIN (a cura di). - New York 1969, p. 214

ROAD S. - Psychoanalysis of behavior. - New York 1956

RAMEY J. H. - Empiring pattern of innovative behavior in marriage. - Fam. Coord., 1972, 21, p. 435

RAMIE F. / MISCHAUX P. - De quelques aspects de la delinquence sexuelle dans un depertment de l'ouest de la France. - Acta Med. Leg. Soc., 1966, 19, pp. 79 – 85

RAMSAY R. W. / VELZEN VAN V. - Behavior therapy for sexual perversion. - Beh. Res. Ther., 1968, 6, p. 233

RANDELL J. - Indications for sex reassignment surgery. - Arch. Sex. Beh., 1971, 1, pp. 153 – 61

RANDELL J. - Preoperative and postoperative status of male and female

transsexuals. - in G. GREEN / J. MONEY (a cura di). - Transsexualism and sex reassignment. - Baltimore 1969, pp. 355 – 81

RANDELL J. - Sexual variations. - London 1973

RAPPAPORT R. e al. - FSH: its mediating role an testosterone secretion in hypopituitarism. - California 1973, p. 34

RASCHOVSKY A. / RASCHOVSKY M. - The prohibition of incest, filicide and the socialcultural process. - Inter. J. Psychoanal., 1972, 53, pp. 271 – 6

RAYBIN J. B. - Homosexual incest. - J. Nerv. Ment. Dis., 1969, 148, pp. 105 – 110

RAYDU G. B. S. / RAJA L. N. - Female pseudohermaphroditism: a case report. - Indian Pediat., 1974, 11, pp. 639 – 41

REDMAN J. F. / BISSADA N. K. - Complete duplication of the urethra with probable diphallus. - J. Pediat. Surg., 1975, 10, pp. 720 – 24

REICHLEIN S. - Relationships of the pituitary gland to human sexual behavior. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5 (2), p. 151

REIK W. - The function of the orgasm. - New York 1971, pp. 79 – 81

REISS I. L. - Premarital sexual standards in America. - New York 1960, pp. 218 – 264

REISS I. L. - Prenatal sexual standards. - in C. B. BRODERICK / J. BERNARD (a cura di). - The individual sey and society: A siecus handbook for teacher and counsolors. - Baltimore 1969

REISS I. L. - The family system in America. - New York 1971

REISS I. L. - The social context of premarital sexual permissiveness. - New York 1967, p. 74

REITER E. O. e al. - Hormonal changes of adolescence. - Med. Clin. North Am., 1975, 59, pp. 1289 – 1304

RENTON C. J. C. - A case of polyorchidism with intersex. - J. Urol., 1975, 113, pp. 720 – 24

RESNICK M. I. e al. - Priapism in boys, management with cavernosaphenous shunt. - Urology, 1975, 5, pp. 492 – 5

RESNICK H. - Erotized repetitive handings. - Am. J. Psychoth., 1972, 26, 612 – 17

REYES F. I. - Studies of human sexual development. II. Fetal maternal serum gonadotropin and sex steroid concentration. - J. Clin. Endocr., 1974, 38, pp. 612 – 17

RICHAELIS R. - Hypersexualität bei endogenen Depressionen. - J. Neurovisc. Rel., 1971, (supp.) 10, pp. 603 – 7

RIDKIND B. A. e al. - 24-hour urinary luteinizing hormone (LH) and follicle stimulating hormone (FSH) excretion in normal children. - J. Clin. Endocr. Metab., 1970, 31, p. 517

RIESS B. F. e al. - Psychological test data on female homosexuality: a review of the literature. - J. Hom., 1974, 1, pp. 71 – 85

RIETI S. - American handbook of psychiatry. - New York 1974, vol. III, ed. 2

RINDFLEISCH J. / HARTMANN G. - Notzuchtdelikte. - Sexualmedizin, 1976, 5, pp. 721 – 4

RINGROSE C. A. D. - Sociological, medical and legal aspects of rape. - Crim. Law Q., 1975, 17, pp. 440 – 445

ROBERTIELLO R. C. - One psychiatrist's view of female homosexuality. - J. Sex Res., 1973, 29, pp. 30 – 3

ROBERTIELLO R. C. - The ‚clitorial versus vaginal orgasm' controversy and some of its ramification. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 307 – 11

ROBONSON E. e al. - The premarital sexual revolution among college females . - Fam. Coordinat., 1972, 14, pp. 189 – 95

RODGERS A. e al. - A longitudinal study of the psycho-social effects of vasectomy. - J. Marr. Fam., 1965, 27, pp. 59 – 64

RODGERS A. e al. - Sociopsychological characteristics of patients obtaining vasectomies from urologists. - Marr. Fam. Living, 1963, 25, pp. 331 – 5

ROEDER F. e al. - Weitere Erfahrungen mit der stereotaktischen Behandlung sexueller Perversionen. - J. Neurov. Rel., 1971, 10 (supp.), pp. 317 – 24

ROGNANT J. - Thèrapie comportamentale de l'exhibitionism nevrotique. - Encephale, 1973, 62, pp. 332 – 44

ROIPHE H. / GALENSON E. - Early genital activity and the castration complex. - Psychoanal. Q., 1972, 49, pp. 334 – 47

ROIPHE H. / GALENSON E. - Objectloss and early sexual development. - Psychoanal. Q., 1973, 42, pp. 73 – 90

ROIPHE H. / GALENSON E. - Some observations in transitionalobject and infantile fetish. - Psychoanal. Q., 1975, 44, pp. 206 – 32

ROMSHE C. A. e al. - Intracranial human chorionic gonadotropin tumor with precocious puberty. - J. Pediat., 1975, 86, pp. 250 – 2

ROOTH F. G. - Changes in the conviction rate for indecent exposure. - Brit. J. Psychiat., 1972, 121, 89 – 94

ROOTH F. G. - Exhibitionism outside Europa and America. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 351 – 63

ROOTH F. G. - Exhibitionism, sexual violence and paedophilia. - Brit. J. Psychiat., 1973, 22, pp. 705 – 10

ROOTH F. G. - Perisistent exhibitionism: short-term response to aversion self-regulation, and relaxion treatment. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 227 – 248

ROSEN I. - Pathology and treatment of sexual deviations. - London 1967

ROSENBERG G. B. / BUTTON SMITH B. - Sex role identity and sibling composition. - J. Gen. Psychol., 1971, 118, pp. 29 – 32

ROSENTHAL D. - Genetic theory and abnormal behavior. - New York 1970

ROSS G. T / WANDEWIELE R. L. - The ovaries. - in R. L. WILLIAMS (a cura di). - Textbook of endocrinology. - Philadelphia 1974, pp. 368 – 422

ROSSMAN G. P. - Literature on pederasty. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 227 – 312

ROTHMAN G. - The riddle of cruelty. - London 1971

ROWE P. R. e al. - The temporal relationship between the secretion of luteinizing hormone and testosterone in man. - J. Endocrinol., 1975, 64, pp. 17 – 26

RUBIN R. T. e al. - Testosterone secretion during sleep. Road at the International Congress for Psychoendocrinology. - Berkeley Calif. Dec. 1973

ROBINS E. e al. - Homosexuality. IV. Psychiatric disorders and disability in the female homosexual. - Am. J. Psychiat., 1970, 127, pp. 147 – 54

RUBINS J. L. - Sexual perversion: some dynamic consideration. - Am. J. Psychoanal., 1969, 29, pp. 244 – 57

RUDD B. T. e al. - Plasma and urine testosterone responses to human chorionic gonadotrophin (HCG) in children with delayed puberty. - Arch. Dis. Childh., 1973, 48, pp. 653 – 4

RUFF C. F. / TEMPLER D. L. - The intelligence of rapists. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 327 – 9

RUNDEL H. W. e al. - Birth control: contraception and abortion. - New York 1973, cap. III – V

RUPPEL H. J. - Religiosity and premarital sexual permissiveness: a response to the Reiss-Heltsley and Broderick debate. - J. Marr. Fam., 1970, 32, pp. 647 – 655

RUSSEL D. H. - Juvenile delinquency. - Psychiatric Annals, 1975, 5, pp. 3 – 43

RYBO L. - Symptoms of climacterium. - Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1971, (supp.) 9, p. 25

RYDER R. G. e al. - Separating and joining in influences in courtship and early marriage. - Mes. Asp. Hum. Sex., 1972, 6, p. 13

SACHER E. J. e al. - Plasma and urinary testosterone levels in depressed men. - Arch. Gen. Psychiat., 1973, 28, pp. 15 – 18

SACK R. L. / MILLER W. - Masochism: a clinical and theoretical overview. - Psychiatry, 1975, 38, pp. 244 – 57

SADOCK V. A. - The inconsummated marriage. - in A. M. FREEDMAN e al, (a cura di), Comprehensive textbook of psychiatriy. - Baltimore 1975, pp. 1528 – 1530, vol. II, ed. 2

SADOFF R. L. - Other sexual deviations. - in A. M. FREEDMAN e al (a cura di). - Comprehensive textbook of Psychiatry. - Baltimore 1975, vol II, p. 1539, ed 2

SADOFF R. L. - Sexuality deviant offenders. - Teple Law Quart., 1967, 40, p. 305

SAGARINE E. - Sex rearing and sex orientation. The reconciliation of apparently contradictory data. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 329 – 34

SAGARINE E. / McNAMARA D. J. - The homosexual as a crime victim. - Inter. J. Crim. Penal., 1975, 3, pp. 14 – 25

SAGHIR M. T. e al. - Homosexuality: III. Psychiatric disorders and disability in the male homosexual. - Am. J. Psychiat., 1970, 128, pp. 1079 – 1086

SAGHIR M. T. / ROBINS E. - Male and female homosexuality: a comprehensive investigation. - Baltimore 1973

SAGHIR T. M. / ROBINS E. - Homosexualtiy. I. Sexual behavior on the female homosexual. - Am. J. Psychiat., 1969, 126, p. 91

SAITO H. - Male infertility. Lactic dehydrogenese isozymes of the seminal plasma of male infertility. - Acta Urol. Jap., 1970, 16, pp. 22 – 30

SALSBERG S. - Is group marriage viable?. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 325 – 33

SANCHEZ CONTRERAS J. / ZARATE SANDOVAL H. - Disgesia gonadal. Analisis de 2 casos. - Genec. Obstet. Mex., 1970, 28, pp. 317 – 77

SANDFORD D. A. -Patterns of sexual arousal in heterosexual men. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 150 – 55

SANDRIN NETO R. e al. - The testis in patients with abnormality of sex differentiation. Histology and endocrine function. - Acta Endocr., 1973, 73, pp. 179 – 88

SARTO G. E. - Genetic disorders affecting genital development in 46, XY individuals. (Male pseudohermaphroditism). - Clin. Obstet. Gynec., 1972, 5, pp. 183 – 202

SARTO G. E. / OPTIZ J. M. - The XY gonadal agenesis syndrome. - J. Med. Gen., 1973, 10, pp. 288 – 93

SASS F. A. - Sexual asphyxias in the female. - J. Forensic Sci., 1975, 20, pp. 181 – 5

SBIROLI C. e al. - Some aspects of steroid metabolism in different forms of male pseudohermaphroditism. - Fert. Steril. Proccedings of VII World Congress, Tokyo and Kyoto 1971 (Excerpta Medica, Amsterdam 1973).

SCACCO A. M. jr. - Rape in prison. - Springfield 1975

SCHAEFER L. G. - Women and sex. - New York 1973

SCHÄFER S. / SCHMIDT G. - Weibliche Homosexualität. Dokumentation der Ergebnisse einer Untersuchung an homosexuellen und bisexuellen Frauen in der BRD. - Hamburg 1974 (ciclost)

SCHALLY A. V. e al. - Gonadotropin-releasing hormone: one polypeptide regulates secretion of luteinizing and follicle-stimulating hormones. - Science, 1971, 173, p. 1036

SCHEDEWIE H. e al. - Chromosomale, histologische Untersuchungen bei einem 14-jährigen Mädchen mit Gonadendygenesis vom Tip XO / XY. - Mschr. Kinderheilk., 1972, 120, pp. 64 – 9

SCHIAVI R. C. - Sex therapy and psychophysiological research. - Am. J. Psychiat., 1976, 133, pp. 562 – 66

SCHIAVI R. C. e al. - Plasma testosterone during nocturnal sleep in normal men. - Steroids, 1974, 24, pp. 191 – 202

SCHIFFER D. - Relation of inhibition of curiosity to homosexuals. - Psychol. Rep., 1970, 27, pp. 771 – 6

SCHIRREN C. - Die Wirkungen des Rauchens auf Generations- und Sinnesorgane. - Rehab. Medizin, 1972, 25, pp. 23 – 24

SCHLIERMAN E. / SCHMIDT W. - The control of mammalian spermatogenesis. - Humangenetik, 1973, 19, 75 – 98

SCHMIDT G. - Empirische-psychologische Ergebnisse zur Sexualforschung. - in H. GIESE (a cura di). - Die Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, p. 60, ed. 2

SCHMIDT G. e al. - Arbeiter-Sexualität. - Berlin 1971

SCHMIDT G. e al. - Psychological stimulation in men: emotional reactions changes of sex behavior, and measures of conservative attitudes. - J. Sex Res.,

1969, 5, p. 119

SCHMIDT G. e al. - Responses to reading erotic stories: male-female differences. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 181 – 199

SCHMIDT G. / SIGUSCH V. - Arbeiter Sexualität. Eine empirische Untersuchung an jungen Industriearbeitern. - Berlin 1971

SCHMIDT G. / SIGUSCH V. - Changes in sexual behavior among young males and females between 1960 ? 1970. - Arch. Sex. Beh., 1972, 2, pp. 27 – 45

SCHMIDT G. / SIGUSCH V. - Psychosexual stimulation by films and slides: a further report an sex differences. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 268 – 83

SCHMIDT G. / SIGUSCH V. - Sex differences in responses to psychosexual stimulation by films and slides. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 268 – 83

SCHNEIDER T. e al. - Letter: Impotence in the diabetic male. - S. Afr. Med. J., 1975, 49, pp. 1817 – 18

SCHNELL L. e al. - Pupillary response as indication of sexual preference in a juvenile correction institution. - J. Clin. Psychol., 1974, 30, pp. 1146 – 50

SCHOENFELD L. e al. - Erectile impotence: complication of external sphincteroctomy. - Urology, 1974, 4, pp. 681 – 5

SCHOENFIELD D. - Stimulation of ejaculated human spermatozoa by caffeine. - Fert. Steril., 1973, 24, pp. 772 – 5

SCHORSCH E. - Häufige Merkmalskombinationen bei Sexualstraftätern. - Mschr. Kriminol. Strafrechtsref., 1973, 56, pp. 677 – 83

SCHORSCH E. - Sexualstraftäter. - Stuttgart 1971

SCHWARTZ G. S. - Devices to prevent masturbation. - Med. Asp. Hum. Sex., 1973, 7, pp. 141 – 53

SCHWARTZMAN J. - The individual, incest and exogamy. - Psychiatry, 1974, 37, pp. 171 – 80

SCHWARZA H. G. - Zellfunktion und vorzeitige Chromosom-Kondensation. - Verh. Anat. Gen., 1975, 69, pp. 175 – 7

SCHWINGER E. / BOCZKOWSKI K. - Frequency and morphology of the Y body in patients with female or ambisexual phenotype. - Clin. Genet., 4, pp. 447 – 49

SCOTT E. M. - Genetic disorders in isolated populations. - Arch. Environm., 1973, 26, pp. 32 – 5

SCOTT J. E. / FRANKLIN J. L. - Sex references in the mass media. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 196 – 209

SEGALLH D. e al. - Suprasellar cyst associated with isosexual precocious puberty. - Radiology, 1974, 111, pp. 607 – 16

SEIDMANN M. - Impotentia coeundi. - Harefuah, 1973, 85, pp. 67 – 70

SELIGMAN B. Z. - The incest barrier. - Brit. J. Psychol., 1932, 22, pp. 250 – 276

SENARCLES M. De. - Pratica ginecologica e sessualità: dal dolore al piacere. - in G. ABRAHAM / W. PASINI (a cura di). - Introduzione alla sessuologia medica. - Milano 1975, pp. 106 – 2

SHADER R. I. - Menarcheal age and personality: the choice of statistical test of relationship. - Psychos. Med., 1974, 36, pp. 321 – 26

SHANFIELD I. e al. - True hermaphroditism with XX / XY mosaicism: a case report. - J. Pediat., 1973, 83, pp. 471 – 3

SHANNON R. / NIKOLAIDES N. J. - The bovine freermartin, a new look at an old problem. - Phil. Trans. Roy. Soc., 1970, 259, pp. 141 – 147

SHAPIRO. - Neurotic styles. - New York 1965

SHARIR A. - The age at menarche in girls attending schools in Baghdad. - Hum. Biol., 1971, 43, pp. 265 – 70

SHARMAN G. B. - Late DNA-replication in the paternally derived X-chromosome of female kangaroos. - Nature, 1971, 230, pp. 231 – 2

SHEARER M. H. / SHEARER M. R. - Rapping about sex. - New York 1972, pp. 11 – 20

SHELDRAKE P. / CORMACK M. - Dream recall and the menstrual cycle. - J. Psychos. Res., 1974, 18, pp. 347 – 50

SHERFEY J. M. - The nature and revolution of female sexuality. - New York 1972

SHIRAI M. / MATSUDA S. - Pituitary and gonadal function in chromatin positive XXY Klinefelter's syndrome. - Tohoku J. Exp. Med., 1973, 110, pp. 347 – 57

SHOCKELT E. - Letter: Gynecomastia. - JAMA, 1974, 229, p. 1168

SHORE M. e al. - Patterns of masochism: an empirical study. - Brit. J. Med. Psychol., 1974, 1971, 44, pp. 59 – 66

SIEBERS J. W. e al. - Structural aberration of the Y chromosome and the corresponding phenotype. Report of a case with the karyotype 45, X / 46, X, i (Yp). - Humangenetic, 1973, 19, pp. 57 – 66

SIEGELMAN M. - Adjustment of homosexual and heterosexual women. - Brit. J. Psychiat., 1974, 120, pp. 477 – 81

SIEGELMAN M. - Adjustment of male homosexual and heterosexuals. - Arch. Sex. Beh., 1972, 2, pp. 9 – 25

SIEGELMAN M. - Birth order and family size of homosexual men and women. - J. Consult. Clin. Psychol., 1973, 41, p. 164

SIEGELMAN M. - Parental background of male homosexual and heterosexuals. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 3 – 18

SIEGELMAN M. - Parental background of homosexual and heterosexual women. - Brit. J. Psychiat., 1974, 124, pp. 14 – 21

SIGUSCH H. / HADZSELIMOVIC. - Ultrascopische Untersuchungen am Tubules bei Kindern von der Geburt bis zu Pubertät. I. Spermatogonienentwicklung. - Verh. Anat. Ges., 1974, 68, pp. 133 – 48

SIGUSCH V. - Sexuelle Reaktionen bei der Frau. - in H. GIESE (a cura di). - Die Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, p. 834

SIGUSCH V. e al. - Psychosexual stimulation: sex differences. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 10 – 24

SIGUSCH V. e al. - Über die Lust der Medizin. - in A. GRABNER-HAIDER (a cura di). - Recht auf Lust?. - Wien 1970

SIGUSCH V. / SCHMIDT G. - Teenage boys and girls in West Germany. - J. Sex Res., 1973, 9, pp. 107 – 23

SIGUSCH V. / SCHWARTZ P. - Jugendsexualität. Dokumentation einer Untersuchung. - Stuttgart 1973

SIITERI K. P. / WILSON D. J. - Testosterone formation and metabolism during male sexual differentiation in the human embryo. - J. Clin. Endocr., 1974, 38, pp. 113 – 25

SILVERMAN L. H. - An experimental technique for the study of unconscious conflict. - Brit. J. Med. Psychol., 1971, 44, pp. 17 – 25

SILVERMAN L. H. e al. - An experimental study of aspects of psychoanalytic theory of male homosexuality. - J. Abn. Psychol., 1973, 82, pp. 178 – 88

SIMINONS J. - Deviants. - Santa Barbara Calif. 1969

SINGER I. - The goals of human sexuality. - New York 1973, cap. III

SINGER I. / SINGER J. - Types of female orgasm. - J. Sex Res., 1972, pp. 265 – 67

SISTERI P. K. / WILSON J. D. - Testosterone formation and metabolism during male sexual maturation phenomena in normal male adolescents. - Helv. Paediat. Acta, 1973, 18, p. 583

SKAKKEBAEK N. L. e al. - Qualification of human seminiferous epithelium.

III. Histological studies in 44 infertile men with normal chromosome complements. - Acta Microbiol. Scand. Sect. A., 1973, 81, pp. 97 – 111

SKINNER B. F. - The behavior of the organism: an experimental analysis. - New York 1938

SKIPPER J. K. / McCAPHY C. H. - Stripteasers. - Soc. Prob., 1970, 17, p. 391

SLATER B. - Birth order and maternal age of homosexuals. - Lancet, 1962, 281, pp. 69 – 71

SLATER M. K. - Ecological factors in the origin of incest. - Am. Anthropol., 1959, 61, pp. 1042 – 59

SLOVENKO R. - Statutory rape. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 155 – 64

SMITH J. R. / SMITH L. G. - Co-marital sex and sexual freedom movement. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 131 – 42

SMITH K. T. - Homophobia: a tentative personality profile. - Psychol. Reports, 1971, 29, pp. 1091 – 4

SMUKLER A. J. e al. - Personality charakteristics of eshibitionists. - Di. Nerv. Syst., 1975, 36, pp. 600 – 6

SNORTUM J. R. - Family dynamics and homosexuality. - Psychol. Rep., 1969, 24, pp. 763 – 770

SNYDER E. E. / SPREITZER E. - Attitudes of the aged toward nontraditional sexual behavior. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 249 – 53

SOBRINHO I. G. e al. - Changes in adrenocortical function of patients with gonadal dysgenesis after treatment with estrogens. - J. Clin. Endocr., Metab., 1971, 33, p. 110

SOCARIDES C. W. - Homosexuality and medicine. - J. Am. Med. Assoc., 1970, 212, pp. 1199 – 1202

SOCARIDES C. W. - Psychoanalytic study of the desire for sexual transformation (transsexualism): the plaster-of-paris. - Inter. J. Psychoanal., 1970, 51, pp. 341 – 9

SOCARIDES C. W. - The development of a fetishistic perversion. - J. Am. Psychoanal. Ass., 1960, 8, pp. 281 – 311

SOCARIDES C. W. - The overt homosexual. - New York 1968

SOCARIDES C. W. / MYERS M. W. / BIEBER I. / BYCHOWSKI G. / PRESCOTT F. K. / GERSHMAN H. / RIFKIN H. A. / JACOBS J. T. / STEIN S. / TERRY J. - Homosexuality in the male: A report of a psychiatric study goup. - Inter. J. Psychiat., 1973, 11, pp. 460 – 471

SOMMER B. - Menstrual cycle changes and intellectualperformance. - Psychosom. Med., 1972, 34, pp. 263 – 9

SOMMER B. - The effect of menstruation on cognitive and perceptual-motor behavior. - Psychos. Med., 1973, 35, pp. 515 – 35

SORENSEN R. C. - Adolescent sexuality in contemporary America (Ages 13 – 19). - New York 1973

SOUPART P. / MORGENSTERN L. L. - Human sperm capacitation and in vitro fertilization. - Fert. Steril., 1973, 24, pp. 462 – 78

SPANIER G. B. - Formal and informal sex education as determinats of premarital sexual behavior. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 39 – 67

SPANIER G. B. / COLE C. L. - Mate-swapping: participation, knowledge and values in a Midwestern Community. - Kansas City, Missouri 1972

SPÄTE H. F. - Zum Anteil des limbischen System in der Pathogenese des Transvestitismus. - Psychiat. Neurol. Med. Psychol., 1970, 22, pp. 339 – 44

SPEIDEL J. J. - Knowledge of contraceptive technique among hospital population of low socio-economic status. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 284 – 306

SPERLING K. / RAO P. N. - The phenomenon of premature condensation: its relevance to basic and applied research. - Humangenetik, 1974, 23, pp. 235 – 58

STAFFORD T. M. e al. - Gonadal dysgenesis with isochromosome X and menstruation. - Am. J. Obstst. Gynec., 1973, 116, pp. 886

STANLEY G. e al. - Further studies of gonadotropoin and estradiol secretion during the preovulatory phase of the human menstrual cycle. - J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 36, pp. 1205

STARK D. von - Embriologie. - Stuttgart 1975

STARKA L. e al. - Plasma testosterone in male transsexuals and homosexuals. - Arch. Sex. Beh., 1975, 11, pp. 134 – 8

STEFFENSMEIER D. / STEFFENSMEIER R. - Sex differences in reaction to homosexuals: research continuities and further developments. - J. Sex Res., 1974, 10, 52 – 67

STEINBERG E. - Hormonal control of mammalian spermatogenesis. - Physiol. Rev., 1971, 51, p. 1

STEKEL W. - Ist die Homosexualität heilbar?. - Nervenarzt, 1929, 2, pp. 337 – 43

STELLE D. G. / WALKER C. E. - Male and female differences in reaction to erotic stimuli as related to sexual adjustment. - Arch. Sex. Beh., 1974, 3, pp. 459 – 70

STEPHAN W. G. - Parental relationships and early social experience of activist male homosexuals and male herterosexuals. - J. Abn. Psychol., 1973, 82, pp. 506 – 13

STERLING D. T. / KOBAYASHI D. - A critical review of reports on the effect od smoking on sex and fertility. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 201 – 17

STEVENS B. C. - Probability of marriage and infertility of women suffering fron schizophrenia or affective disorders. - Popul. Stud., 1969, 23, pp. 435 – 54

STEVENSON J. / JONES I. H. - Behavior therapy for exhibitionism. - Arch. Gen. Psychiat., 1972, 27, pp. 839 – 41

STEWART B. H. e al. - Correction of retrogrde ejaculation by sympathomimetric medication: preliminary report. - Fert. Steril., 1974, 25, pp. 1073 – 4

STHAL S. / LUCIANI J. M. - Nucleoli and chromosomes: their relationships during the meiotic prophase of the human fetal oocyte. - Humangenetik, 1972, 14, p. 269

STINI W. A. - Rediused sexual dymorphism upper arm muscle cricumference assosiated with protein deficient diet in a south American population. - Am. J. Phys. Anthrop., 1972, 36, p. 341

STINSON J. M. - Impotence and adult cricumcision. - J. Natl. Med. Assoc., 1973, 65, p. 161

STOENESCU D. / MAICANESCU M. G. - Cryptorchism and testicular dysgenesis (frequency, structural and function variants). - Rev. Roum. Endocr., 1973, 10, pp. 33 – 35

STOLL R. / MARAUD R. - Le role du testicule dans la differenciation sexuelle des gonaducts dans l'embryon des vertebres amniotes. - Bull. Ass. Anat., 1974, 58, pp. 699 – 764

STOLLER J. R. - Etiological factors in female transsexualism. - Arch Sex. Beh., 1972, 2, pp. 47 – 64

STOLLER J. R. - Parental influence in male transsexualism. - in R. GREEN / J. MONEY (a cura di). - Transsexualism and sexual reassignment. - Baltimore 1969, pp. 153 – 69

STOLLER J. R. - Pornography and perversion. - Arch. Gen. Psychiat., 1970, 22, pp. 490 – 99

STOLLER J. R. - Two feminized male American Indians. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 529 – 38

STOLLER J. R. / BAKER H. J. - Two male transsexuals in one family. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 323 – 8

STOLLER J. R. / NEWMAN L. E. - The bisexual identity of transsexualism: two case samples. - Arch Sex. Beh., 1971, 1, pp. 317 – 28

STOLLER R. - Sex and gender. - New York 1968

STOLLER R. - Hostility and mystery in perversion. - Inter. J. Psychoanal., 1974, 55, pp. 425 – 34

STOLLER R. J. - Gender identity. - in A. M. FREEDMAN e al (a cura di). - Comprehensive textbook of psychiatry. - Baltimore 1975, vol. II, p. 1400, ed. 2

STOLLER R. J. - Overview: The impact of new advances in sex research on psychoanalytic theory. - Am. J. Psychiat., 1973, 130, pp. 241 – 250

STOLLER R. J. - Symbiosis, anxiety and the development of masculinity. - Arch. Gen. Psychiat., 1974, 30, pp. 164 – 72

STOLLER R. J. - The ‚Bedrock' of masculinity and femininity: bisexuality. - Arch. Gen. Psychiat., 1972, 26, pp. 207 – 12

STORR A. - Human aggression. - New York 1970

STOTNICK E. A. - Familial pure gonadal dysgenesis with clitoral hypertrophy and a normal female karyotype. - J. Am. Obsteopath., 1971, 70, pp.1167 – 1178

STÜRUP G. K. - Male transsexuals. - Acta Psychiat. Scand., 1976, 53, pp. 51 – 63

SUMMITT R. L. - Differential diagnosis of genital ambiguity in the new born. - Clin. Obstet. Gynec., 1972, 15, p. 112

SUSANNE C. - Les changements morphologiques lies à l'age. - Anthropologie, 1974, 78, pp. 693 – 718

SWANSON D. W. e al. - Clinical features of the female homosexual patient. A comparison with the heterosexual patient. - J. Nerv. Ment. Dis., 1972, 115, pp. 119 – 24

SWANSON D. W. - Who violates children sexually?. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 184 – 97

SWERDLOFF R. S. e al. - Hormonal mechanism in the onset of puberty. - Postgard. Med. J., 1975, 51, p. 200

SWOBODA W. - Männlicher Hypogonadismus im Kindesalter. - Österreichische Ärztezeitungen, 1976, 31, pp. 154 – 8

SYMONDS C. - Sexual mate-swapping and the swingers. - Marr. Couns. Q., 1971, 6, pp. 1 – 12

SZEWZYK H. / DRESHLER I. - Untersuchungen von Alterssittlichkeitstätern. - Medizinisch Juristische Grenzfragen, Jena 1971, vol. II, pp. 93 – 100

SZASZ T. - The product conversion – From heresy to illness. - in T. SZASZ (a cura di). - Manufacture of madness. - New York 1970

TAUBER E. S. - Reflection on sexual perversion. - Contempor. Psychoanal., 1975, 11, p. 1 – 14

TAUENER R. C. e al. - Cryptorchidism in a family with Kallman's syndrome. - Proc. Roy. Med. Soc., 1974, 67, pp. 33 – 35

TAYLOR G. R. - Historical and mythological aspects of homosexuality. - in J. MARMOR (a cura di). - Sexual Inversion. - New York 1965

TEEVAN J. J. jr. - Reference groups and premarital sexual behavior. - J. Marr. Fam., 1972, 34, pp. 283 – 91

TEGENKAMP T. R. / TEGENKAMP I. - True hermaphroditism. Cytogenetic analysis, surgical repair, and social implication. - J. Med. Gen., 1972, 9, p. 115

TEOH J. I. / LEE M. - Psychogenetic impotence: its aetiology, characteristics and treatment by systematic desensitization. - Singapore Med. J., 1974, 15, pp. 132 – 8

THIELGAARD A. - Cognitive style and gender role in persons with sex chromosome aberration. - Dan. Med. J., 1970, 19, pp. 276 – 82

THIELGAAD A. e al. - Psychological-psychiatric study of patients with Kinefelter syndrome, 47, XXY. - Copenhagen 1971

THOMPSON B. e al. - Menopausal age and symptomatology in a general practice. - J. Biosoc. Sci., 1975, 5, p. 71

THOMPSON N. L. e al. - Personal adjustment of male and female homosexuals and heterosexuals. - J. Abn. Psychol., 1971, 78, pp. 237 – 40

THOMPSON N. L. e al. - Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. - J. Consult. Clin. Psychol., 1973, 41, pp. 120 – 7

THOMPSON N. L. e al. - Personal adjustment of male and female homosexual and heterosexual. - J. Abnor. Psychol., 1971, 78, pp. 237 – 40

THORNDIKE E. L. - Fundamentals of learning. - New York 1931

TOLOT A. e al. - Personality patterns of couples practicing the temperature-rhythm method of birth control. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 119 – 33

TOURNEUR R. e al. - Hermaphrodism vrai alternant avec caryotype XX. A propos d'une nouvelle observation. - Ann. Med. Interne., 1970, 121, p. 1073

TOURNEY G. e al. - Hormonal relationship in homosexual men. - Am. J. Psychiat., 1975, 132, pp. 288 – 90

TOURNEY G. / HATFIELD L. M. - Andogen metabolism in schizophrenics, homosexuals, and normal controls. - Biol. Psychiatr., 1973, 6, pp. 23 – 36

TOWNES B. D. e al. - Differences in psychological sex, adjustment, and familial influences among homosexual and non homosexual populations. - J. Hom., 1976, 1, pp. 261 – 72

TRAN M. H. / LELLOUCH J. - Le masse grasse. I. Sa distribution dans une population de 17774 sujets. - Rev. Europ. Etud. Clin. Biol., 1971, 16, p. 385

TRELOAR A. E. - Menarche, menopause, and intervening fecundability. - Hum. Biol., 1974, 67, pp. 89 – 107

TRUST S. P. - Vasectomy: follow-up of a thousand cases. - Cambridge 1969

TSAI C. C. / YEN S. S. C. - Acute effects of intravenous infusion of 17 β-estradiol aon gonadotropin release in pre- and post-menopausal women. - J. Clin. Endocrinol., 1971, 32, pp. 766 – 71

TUCHMAN H. e al. - Illustated human embriology. - New York, London 1972

TURNER R. K. e al. - Personality characteristics of male homosexuals referred for Aversion Therapy. - Brit. J. Psychiat., 1974, 125, pp. 447 – 9

UCHOA D. M. - A discussion of the paper by Robert J. Stoller on hostility and mystery in perversion. - Inter. J. Psychoanal., 1974, 55, p. 435

UDDENBERG N. J. - Psychological aspects of sexual inadequacy in women. - J. Psychos. Res., 1974, 18, pp. 33 – 47

UDRY J. R. - The social context of marriage. - Philadelphia 1971

UDRY J. R. e al. - Effect of contraceptive pills on sexual activity in the luteal phase of the human menstural cycle. - Arch. Sex. Beh., 1973, 2, pp. 205 – 14

U. S. Bureau of the census, statistical abstract of the United States. - Washington, D. C., 1974

UTIAN W. H. - The true clinical features of postmenopausal and oophorodtomy, and their response to oestrogen therapy. - S. Afr. Med. J., 1972, 46, p. 732

VAN DE WIELE R. L. / BOGUMIL F. / DYRENFURTH I. e al. - Mechanisms regulating the menstrual cycle in women. - Rec. Prog. Horm. Res., 1970, 26, pp. 63 – 5

VARMAN R. N. / BOPARAI M. S. - Vasectomy in the army. - Indian J. Med. Res., 1971, 59, p. 655

VASELY K. - The contribution of pediatric gynecology to pediatric endocrinology. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 188 – 92

VEINBERG J. - Sexuality in later life. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 216 – 27

VENEZIA R. - A propos de quattre cas de mosaique 45, X / 46, XY. - Arch. Med. Quest., 1974, 6, pp. 135 – 42

VERMEULEN A. e al. - Testosterone secretion and metabolism in male senescense. - J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 34, pp. 730 – 5

VERNER A. M. e al. - The sexual behavior of adolescent in middle America: generational and American-British comparisons. - J. Marr. Fam., 1972, 34, pp. 696 – 99

VERSCHUER von O. - Erbliche Grundlagen des Geschlechts beim Menschen. - in H. GIESE (a cura di). - Die Sexualität des Menschen. - Stuttgart 1971, p. 320

VIRKKUNEN M. - Incest offences and alcoholism. - Med. Sci. Law, 1974, 14, pp. 124 – 8

VIRKKUNEN M. - Victim-precipitated paedophilia offences. - Brit. J. Crim., 1975, 15, pp. 175 – 9

VIRKKUNEN M. - The pedophilic offender with antisocial character. - Acta Psychiat. Scand., 1976, 53, pp. 401 – 5

VITSE M. e al. - Etude familiale d'un syndrome de Morris. A propos de quattre cas. - Rev. Franc. Gyneç., 1973, 68, pp. 501 – 6

VOGT H. J. - Behandlung des Exhibitionismus. - Z. Med. Klin., 1973, 68

VREELAND R. - Is it true what they say about Harvard boys?. - Psychology Today, 1972, 5, pp. 65 – 8

WAALER P. E. e al. - Studies in normal male puberty. - Acta Paedit. Scand., 1974, 149 (supp.), pp. 1 – 36

WAFELBAKKER F. - Today's attitudes toward homosexuality. - Brit. J. Sex. Med., 1975, 2, pp. 12 – 18

WAGENKNECHT L. V. - Zur Ätiologie und Behandlung des Priapismus. - Der Urologe, 1974, 13, pp. 133 – 7

WAGNER E. E. - Projective test data from two contrasted groups of exhibitionists. - Perceptual and Motor Skills, 1974, 31, pp. 131 – 40

WAGNER N. N. e al. - Sexual behavior in high school: data on a small sample. - J. Sex Res., 1973, pp. 150 – 55

WAH JUN T. e al. - Congenital adrenal hyperplasia: case report in duzygotic twins. - Pediatrics, 1972, 50, pp. 137 – 9

WAKELING A. - Comparative study of patients with Klinefelter's syndrome and hypogonadism. - Psychol. Med., 1972, 2, pp. 139 – 54

WALINDER J. - Incidence and sex ration of transsexualism in Sweden. - Brit.

J. Psychiat., 1971, 119, pp. 195 – 6

WALINDER J. - Transsexualism: definition, prevalence and sex distribution. - Acta Psychiat. Scand., 1968, 203 (supp.), pp. 255 – 7

WALINDER J. - Transsexualism: physical characteristics, parental age, and birth order. - in R. GREEN / J. MONEY (a cura di). - Transsexualism and sex reassignment. - Baltimore 1969, pp. 221 – 34

WALINDER J. - Transsexualism: a study of forty-three cases. - Goterborg 1967

WALINDER J. / THUVE I. - A law concerning sex reassignment of transsexuals in Sweden. - Arch. Sex. Beh., 1976, 5, pp. 255 – 8

WALLACE D. e al. - Contemporary community standards of visual erotic. - Washington 1970

WALLACE D. / WEHMER G. - Evaluation of visual erotica by sexual liberals and conservatives. - J. Sex Res., 1972, 8, pp. 147 – 53

WALTER H. - Remarks on the environmental adaptation. - Humangenetik, 1971, 13, pp. 85 – 97

WALZER S. / HURWITZ I. - Psychosexual ambiguity in Klinefelter's syndrome. - Sem. Psychiat., 1970, 2, pp. 53 – 64

WARD N. G. - Single case study: successful lithium treatment of transvestitism associated with manic-depression. - J. Nerv. Ment. Dis., 1975, 161, pp. 204 – 6

WARREN C. A. B. - Identity and community in the gay world. - New York 1974

WARTENBERG H. - Spermatogenese-Oogenese: ein Cyto-morphologischer Vergleich. - Verh. Anat. Ges., 1974, 68, pp. 62 – 63

WEICH M. J. - The term „mother" and „father" as a defence against incest. - J. Am. Psychoanal. Ass., 1968, 16, pp. 783 – 91

WEILL J. / BERNFELD J. - Le syndrome de Klinefelter chez l'enfant. - Cah. Méd., 1972, 13, pp. 181 – 7

WEINBERG M. S. - Homosexual samples: differences and similarities. - J. Sex Res., 1970, 6, pp. 312 – 25

WEINBERG M. S. - The male homosexuals. - Soc. Prob., 1970, 17, pp. 527 – 537

WEINBERG M. S. / BELL A. P. - Homosexuality: an annoted bibliography. - New York, London 1972

WEINBERG M. S. / WILLIAMS C. J. - Male homosexuals: their problems and adaptations. - New York 1974, p. 316

WEINBERG M. S. / WILLIAMS C. J. - Identity and community in the gay world. - New York 1974

WEINBERG S. K. - Incest behavior. - New York 1955

WEIR J. e al. - Race and age at menarche. - Am. Obstet. Gynec., 1971, 11, pp. 594 – 96

WELON Z. / BIELICKI T. - Further investigation of parent-child similarity in stature, as assessed from longitudinal data. - Hum. Biol., 1971, 43, p. 517

WENDERLEIN J. M. - Ovulationshemmer-Nebenwirkungen unter psychologisch-soziologischen Aspekten. - Fortschritte der Medizin, 1976, 94, pp. 942 - 948

WENGER M. A. e al. - Automic activity during sexual arousal. - Psychophysiology, 1968, 4, pp. 468 – 78

WENIGER J. P. / ZEIS A. - Androgenes et regression de caneax de Müller chez l'embryon de mammifere. - Ann. End., 1975, 36, pp. 13 – 20

WESNER C. E. e al. - Prepubertal Klinefelter syndrome: a report of six cases. - J. Ment. Def. Res., 1973, 17, pp. 237 – 47

WEST D. H. - Parental relationships in the male homosexuality. - Inter. J. Soc. Psychiat., 1959, 5, pp. 85 – 97

WESTOFF C. F. e al. - The pill and coital frequency. - Med. Asp. Hum. Sex., 1971, 5, pp. 72 – 9

WHITE L. A. - The definition and prohibition of incest. - Am. Anthropol., 1948, 50, pp. 416 – 35

WHITEHURST R. N. - Extramarital sex: alienation or extention of normal behavior. - in G. NEUBECK (a cura di). - Extramarital relations. - Englewood Cliffs 1969, p. 129

WHITHY R. M. - Vasectomy: follow-up of 831 cases. - Med. J. Aust., 1975, 1, pp. 164 – 7

WIELAND R. G. e al. - Correlation of growth, pubertal staging, growth hormone, gonadotropins, and testosterone during the pubertal growth spurt in males. - J. Pediat., 1971, 79, p. 999

WIESMAN A. - Self-destruction and sexual perversion. - in E. SHNEIDMAN (a cura di). - Essays in self-destruction. - New York 1967, pp. 265 – 99

WILLE R. - Der aggressive Sexualtäter. - Beitr. Gerichtl. Med., 1970, 127, pp. 141 – 3

WILLIAMS J. E. - The neglect of incest: a criminologist's view. - Med. Sci. Law, 1974, 14, pp. 64 – 67

WILSON M. / GREEN R. - Personality characteristics of female homosexuals. -Psychol. Rep., 1971, 28, pp. 407 – 12

WILSON R. P. / CHAPPELL D. - Australian attitudes toward abortion, prostitution and homosexuality. - Australian Q., 1968, 40, pp. 7 – 17

WILSON W. C. - The distribution of selected sexual attitudes and behaviors among the adult population of the United States. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 46 – 64

WILSON W. C. / ABELSON E. - Experience with and attitudes toward explicit sexual materials. - J. of Social Issues, 1973, 29

WINTER J. S. e al. - Idiopathic sexual precocity in a boy with growth hormone, prolactin and thyrotropin deficiencies. - J. Clin. Endocr. Metab., 1974, 39, pp. 356 – 63

WINTER J. S. / FAIMAN C. - The development of cycle pituitary gonadal function in adolescent females. - J. Clin. Endocr. Metab., 1973, 37, p. 714

WINTER J. S. / FAIMAN C. - Pituitary gonadal relations in female children and adolescents. - Pediat. Res., 1973, 7, pp. 948 – 5

WITTER H. - Die forensische Beurteilung der Sexualdelikte – Notzucht und Gewaltunzucht. - Handbuch der forensischen Psychiatrie, 1972, 2, p. 1057

WITTER H. - Zur Typologie der pädophilen Delikte. - in H. GÖPPINGER / H. WITTER (a cura di). - Handbuch der foresischen Psychiatrie. - Berlin 1972, pp. 1060 – 4

WOLFERS H. Psychological aspects of vasectomy. - Brit. Med. J., 1970, 4, pp. 297 – 300

WOLFERS H. - In re vasectomy. - J. Sex Res., 1974, 10, pp. 172 – 173

WOLFERS H. - In re vasectomy. - J. Sex Res., 1975, 11, pp. 185 – 286

WOLMAN L. - Female circumcision. - J. Am. Psychosom. Dent. Med., 1970, 20, pp. 130 – 131

WOOD H. C. - Vasectomy. - Med. Opin., 1971, 7, p. 56

WOODBURY J. / SCHWYIZ E. - The silent sin: a case history of incest. - New York 1971

YAKELOVICH D. - The new morality. - New York 1974

YALOM I. D. e al. - Prenatal exposure to female hormones. - Arch. Gen. Psychiat., 1973, 28, pp. 554 – 61

YEN S. S. / TSAI C. C. - Acute gonadotropin releasing induced by exogenous estradiol during the mind-follicular phase of the menstrual cycle. - J. Clin. Endocr. Metab., 1972, 34, pp. 298 – 305

YOLOM I. D. - Aggression and forbiddeness in voyeurism. - Arch. Gen. Psychiat., 1960, 3, pp. 305 – 19

YOUNG W. C. e al. - Hormones and sexual behavior. - J. MONEY (a cura di). - Sex research: new developments. - New York 1965

ZACHMAN M. - Evolution of gonadal function in childhood and adolescent. - Helv. Paediat. Acta, 1974, 29 (supp.), pp. 53 – 62

ZAH W. e al. - Mixed gonadal dysgenesis. A case report and review of the world literature. - Acta Endocr., 1975, 79 (supp. 34), pp. 53 – 62

ZAMBONI L. - Fine morphology of the follicle wall and follicle cell oocyte association. - Biol. Reprod., 1974, 10, pp. 125 – 49

ZAVITZIANOS G. - Homovestism: perverse form of behavior involving wearing clothes of the same sex. - Inter. J. Psychoanal., 1971, 53, pp. 471 – 7

ZECH L. - Investigation of metaphase chromosomes with DNA-binding fluorochromosomes. - Exper. Cell Res., 1969, 58, p. 463

ZECHNICH R. - Exhibitionism: genesis, dynamics and treatment. - Psychiat. Q., 1971, 41, pp. 70 – 5

ZEUTHEN E. e al. - XYY males found in a general male population: cytogenetic and physical examination. - Hereditas, 1974, 74, pp. 283 – 90

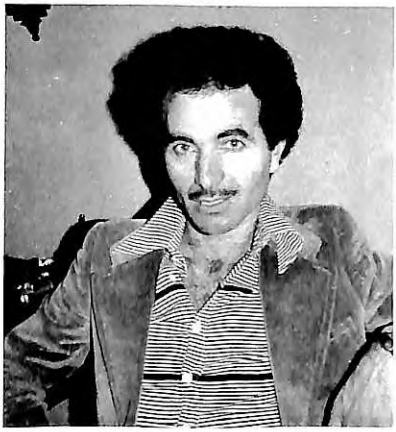
ZIEGLER J. F. e al. - Effects of vasectomy psychological functioning. - Psychos. Med., 1966, 28, pp. 50 – 63

ZIEGLER J. F. e al. - Psychosocial response to vasectomy. - Arch. Gen. Psychol., 1969, 21, pp. 46 – 54

ZUCKERMAN M. - Physiological measures of sexual arousal. - Psychol. Bull., 1971, 75, pp. 297 – 329

ZUGER B. - The role of familial factors in persistent effeminate behavior in boys. - Am. J. Psychiat., 1970, 26, p. 1167

ZUGER B. - Children who wear clothing of opposite sex. - Med. Asp. Hum. Sex., 1976, 1, pp. 79 – 80



Gaetano Lenti (1942) è nato a Lizzano (Ta). Dopo gli studi classici-filosofici, frequentò lo Studio Teologico Fiorentino, conseguendo a Gerusalemme il licenziato in Teologia Biblica, e quindi il dottorato in Teologia Morale presso l'Accademia Alfonsiana in Roma. Dal 1973 al '75 frequentò corsi di "Terapia del Comportamento" all'Istituto di Psichiatria dell'Università di Roma, dove seguì pure l'attività clinico-pratica. Assolto il tirocinio praticoteorico di "Psicoterapia della Personalità" presso il Prof. DDr. Andreas Resch, otteneva il diploma in "Psychological Counseling". E'membro dell' "International Association of Personation and Psychotherapy" (ICPP), affiliato alla "European Association of Behaviour Therapy". Quattro anni di studi delle ricerche sul fenomeno della sessualità, accompagnati da una attività psicoterapeutica nello stesso campo, gli hanno permesso di presentare questo lavoro.

Personation and Psychotherapy (Edited by Andreas Resch)
International Book Series

1. A. Resch, **Depression, Formen Ursachen Therapie,** Innsbruck: Resch 1976, 51 S., DM 7.– öS 54.–
2. T. Srampickal, **The concept of conscience in today's empirical psychology and in the documents of the second Vatican Council** (with more than 100 illustrative tables and figures), Innsbruck: Resch 1976, XVI – 410 p., DM 40.– öS 280.–
3. C. Kottayarikil, **Sigmund Freud on religion and morality, a challenge to christianity** (with several illustrations and more than 800 original quotations with German and English references), Innsbruck: Resch 1977, XX – 399 p., DM 38.– öS 265.–
4. G. Lenti, **La sessualità nelle ricerche empiriche,** (con 19 figure e 46 tavole), Innsbruck: Resch 1978, XXIX – 509 p. DM 35.– öS 245.–
5. A. Savickas, **The concept of symbol in the psychology of C. G. Jung,** (in printing)
6. M. Vodopivec,**Die Frühentwicklung des Menschen nach der Implantation** (Nachlese), (in Vorbereitung)

ISBN 3–85382–005–0

Reschverlag A-6010 INNSBRUCK, Postfach 8, Austria